



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDA KIRILGANLIK VE DEPRESYON
DÜZEYİ İLİŞKİSİNİN KARŞILAŞTIRIMASI**

Dr. Fadime Kalan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ SAğLIK
UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

**YAşLILARDA KIRILGANLIK VE DEPRESYON
DÜZEYİ İLİŞKİSİNİN KARŐILAŐTIRMASI**

Dr. Fadime Kalan

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Seçil Gunher Arıca**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez çalıőmam sırasında da değerli bilgi birikim ve tecrübeleri ile bana destek olan değerli tez danışman hocam Profesör Dr. Seçil Günher Arıca'ya

İlgi ve önerilerini, desteğini göstermekten kaçınmayan değerli hocam Doç. Dr. Reőat Dabak 'a,

Bu süreçte birlikte çalışma fırsatı bulduğum Haseki Sağlık ve Uygulama ve araştırma Merkezi hocaları baőtta olmak üzere doktor, hemőtire, sekreter ve tüm sağlık personeli arkadaşlarıma,

Emek, sabır ve fedakarlıkları ile hep yanımda olan aileme,

Sonsuz saygı, sevgi ve teőekkürlerimi sunarım.

Fadime Kalan

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iii
TABLolar	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI	3
2.1.1. Yaşlanma da Değişiklikler	3
2.2. KIRILGANLIK.....	3
2.2.1.Kırılganlık Ölçülebilirliği	4
2.3.YAŞLILARDA DEPRESYON.....	5
2.3.1. Yaşlılarda Depresyonun Tanı ve Değerlendirmesi	6
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	8
3.1. Veri toplama Araçları	8
3.1.2. Anket formu	8
3.1.3. Mini Mental Test.....	9
3.1.4. Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	9
3.1.5. Edmonton Kırılganlık Ölçeği.....	9
3.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi	10
4. BULGULAR.....	11
5. TARTIŞMA.....	27
6.SONUÇ	34
7.KAYNAKÇA	35
8.EKLER	39
EK 1. ETİK KURUL KARARI	39
EK 2. İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ASM'DE ÇALIŞMA İZİNİ.....	40
EK 3. TEZ KONUSU ONAM FORMU	41
EK.4 ANKET FORMU	42
EK.5YESAVAGE DEPRESYON ÖLÇEKĞİ.....	43
EK.7 MİNİ MENTAL TEST	46
9. ÖZGEÇMİŞ.....	48

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CSHA	: Canada Study of Heald
DSÖ	: Dñnya Sağlık Örgütü
EFS	: Edmonton Frailty Scala
SPSS	: Statistical Package for Social Siciences for Windows



TABLolar

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	12
Tablo 4.2. Hastalara Uygulanan Ölçeklere Ait Bulgular	14
Tablo 4.3. Yesavage Depresyon ölçek puanları ile,Edmonton Kırılgnlık ölçek puanlarının Karşılaştırılması	15
Tablo 4.4. Katılımcıların Yaş ve Eğitim durumlarına göre Kırılgnlık ve Depresyonları	15
Tablo 4.5. Yaş Gruplarına göre Depresyon ve Kırılgnlık Düzeyleri.....	16
Tablo 4.6. Kırılgnlık veDepresyon Derecelerinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması	17
Tablo 4.7. Eğitim Durumu ile Kırılgnlık ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	18
Tablo 4.8. Medeni Durumla Kırılgnlık ve Depresyonun Karşılaştırılması	18
Tablo 4.9. Kırılgnlık ve Depresyon Düzeyi ile Sosyal Güvence durumunun Karşılaştırılması	19
Tablo 4.10. Yaşanan Yer ile Kırılgnlık ve Depresyon Oranının Karşılaştırılması..	19
Tablo 4.11. Sağlık Algısına göre Depresyon ve Kırılgnlık İlişkisinin Karşılaştırılması	20
Tablo 4. 12. Sağlık Algısı ile Depresyon ve Kırılgnlık Düzeyinin Karşılaştırılması	20
Tablo 4.13. Uykuya Dalmada Zorluk ile Kırılgnlık ve Depresyon arasındaki ilişki	21
Tablo 4.14. Ürinerinkontinans ile Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki	22
Tablo 4.15. Son 1 yıl içinde düşme ile Kırılgnlık ve Depresyon Düzeyinin Karşılaştırılması	22
Tablo 4.16. İlaç Kullanımı ile Kırılgnlık ve Depresyon arasındaki ilişki	23
Tablo 4.17. Sigara Kullanımı ile Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	23
Tablo 4.18. Kilo Kaybı ile Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki	24

Tablo 4.19. Halsizlik İle Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	25
Tablo 4.20. Hastaneye Yatış İle Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	25
Tablo 4.21. Günlük yaşam aktivelerinizde kısıtlama ile Depresyon ve Kırılgnlık Arasındaki İlişki.....	26



ÖZET

Giriş: Yaşlılık, birey açısından fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedildiği üreticilik rolünün azaldığı, sosyal izolasyonun yaşandığı ve bir çok sağlık sorununun arttığı kaçınılmaz bir dönemdir. Son verilere göre dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır.

Kırılganlık ise organ ve sistemlerde fizyolojik rezervin azalması sonucunda gelişen hassasiyet olarak tanımlanır. Kırılgan yaşlıya, narin yaşlı da denmektedir.

Depresyon ise kendini kötü hissetme, çökme, işlevsel ve yaşamsal aktivitelerde düşme olarak tanımlanır. Bu çalışmanın amacı, yaşlılıkta kırılganlık ve depresyon yapan faktörleri saptamak ve en önemlisi kırılganlık ve depresyon oluşmadan bilgilendirme yapılarak koruyucu önlemler almak ve yaşlı bakımında kullanmaktır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmış olup, her hastayla yüz yüze görüşülerek anket doldurularak gerçekleştirildi. Psikoza olanlar, gönüllü olmayanlar çalışma dışı bırakıldı. Başlangıçta Mini Mental test yapılarak, testi geçemeyen 26 kişi çalışma dışı bırakıldı. 299 katılımcıya 17 soruluk sosyodemografik sorulardan oluşan bir anket uygulandı. Daha sonra hastalara Edmonton kırılganlık ölçeği ve Yesevage Depresyon ölçeği uygulandı. İstatiksel analiz için SPSS 15.0 Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma minimum, maksimum olarak verildi. Sayısal değerler normal dağılım koşulunu sağlamadığından bağımsız 2 grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile ikiden çok grup karşılaştırmaları Kruskal Wallis testi ile yapıldı. İkiden çok alt grup analizleri Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Benforonni düzeltmesi ile yorumlandı. Gruplarda oranlar Ki kare analizi ile karşılaştırıldı. İstatiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Aile Sağlığı Merkezimize (ASM) kayıtlı 325 hastada depresyon ve kırılganlık düzeyini araştırdığımız çalışmada 26 hasta, Mini mental testi geçemediği için çalışma dışı bırakıldı. 299 hastanın sonuçlarına göre

Yesevagegeriatrik depresyon ölçeği toplam depresyon derecesi ile Edmontongeriatik kırılganlık ölçeği toplam puanı ve kırılganlık analiz skoru(derecesi) arasında istatiksels olarak pozitif yönde bir ilişki saptandı.(P < 0,001) Yani 65 yaş ve üstü hastalarda kırılganlık artıkça depresyon da artmaktaydı. Çalıştığımız nüfusta 85 yaş üstü grubun kırılganlık düzeyi < 75 ve 75-85 yaş gruplarına göre yüksekti. Erkek cinsiyetin kırılganlık toplam puan ortalaması kadın cinsiyete göre istatiksels olarak anlamlı yüksekti (p<0.001).

Sonuç: Çalışmamızda yaşlılarda yaş artıkça, kırılganlık ve depresyon düzeyi artmaktadır. Gelecek yıllarda yaşlı nüfus ve sağlık gereksinimleri artmaktadır. Taramalarla kırılganlık ve depresyon düzeylerini erken saptayıp kırılganlık ve depresyonu geciktirmek etkin tedavi ve bakım açısından önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, kırılganlık, yaşlı

ABSTRACT

Introduction: Elderliness is an un avoidable period when the physical and spiritual strength of the individual is lost as not to be strengthened again, the role of productiveness decreases, social isolation is experienced and various health problems increase. According to the recent figures, the elderly population in the world has been gradually increasing.

Frailty is defined as the sensitivity developing due to decreased physiological reserves in organs and systems. The frail elderly is also called as the fragile elderly.

Depression is defined as feeling unwell, moody, decrease in functional and vital activities. The aim of the present study is to determine the factors causing frailty and depression in the elderly and to take preventive measures and use them in elderly care by informing them before frailty and depression.

Material and methods: The study was designed as a descriptive and cross-sectional study. Face-to-face interviews were carried out by the patients and a survey was conducted. Those having psychosis and not being volunteer were excluded from the study. Initially a Mini-Mental test was conducted and 26 individuals not being able to pass the test were excluded from the study. A survey of 17 sociodemographic questions was applied to 299 participants. Then Edmonton frail scale and Yesavage Depression Scale were applied to the patients. SPSS 15.0 Windows program was used for statistical analysis. Descriptive statistics; figures and percentages were given for categorical variables, means and standard deviation as minimum and maximum were given for numeric variables. Since the numerical values did not meet the normal distribution condition, 2 independent group comparisons were carried out with Mann-Whitney U test and more than two groups comparisons were made with Kruskal Wallis test was used for more than two subgroup analyses and the results were interpreted with the Bonferroni correction. The ratios in groups were compared with Chi-squared analysis. Statistical alpha significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: In the study, where the level of depression and frailty in 325 patients in our FHC was investigated, 26 patients were excluded because they were not able to pass the mini mental test. According to the results of 299 patients, a statistically

positive relationship was found between Yesevage geriatric depression scale total depression level and Edmonton geriatric frailty scale total score and frailty analysis score(degree).(p<0.001 for all) In Other words, depression increased as frailty increased in patients who were at the age of 65 and above.The frailty level of the group over the age of 85 was higher than the <75 and 75-85 age groups in the population of the study.Frailty total score average of males was significantly higher compared to that of females (p<0,001)

Conclision:It has been concluded that as the age increases in the elderly ,the level of frailty end depression increases.The elderly,the level of frailty and depression increases.The eldrly poplation and the needs fort healthcare will be increasing in the upcoming years.Early detection of frailty and depression by screening and delaying frailty and depression play an important role in terms of efective treatement and care.

Keywords:Depression,frailty,elderly

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yapılan araştırmalar ve nüfus sayımları yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 65 yaş üstündeki nüfusun 2050 de 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu yaşa özel hastalıklarda önem kazanmaktadır.2012 yılı istatistikleri, Avrupa'nın neredeyse yüzyılı bulan yaşlanma sürecine Türkiye'nin 27 sene gibi kısa bir sürede ulaşacağını öngörmektedir.2015 verileri %8.2 lik yaşlı oranı, artan ortalama yaşam yılı (76.6)ile Türkiye'nin artık artan doğurganlık oranına sahip ülke olmaktan çıkıp gittikçe yaşlanan ülkeler konumuna girdiğini göstermektedir.(1)Yaşlı nüfusta çok görülen kırılgnlık ve depresyonda önlenebilir ve en azından geciktirilebilir durumlardır . Çalışmanızda da Araştırma Hipotezi Ho:Yaşlılarda kırılgnlık düzeyi artarken depresyon gelişme düzeyi artmaz. H1:Yaşlılarda kırılgnlık düzeyi artarken depresyon düzeyi artar araştırılmıştır.

Kırılgnlık, farklı şekillerde ifade edilmekle birlikte yaşa bağlı fizyolojik rezervlerde nöromüsküler, metabolik ve immün fonksiyona bağlı dış streslere artmış hassasiyet olarak tanımlanmaktadır. Kırılgnlık süreci 3 aşamada tanımlanmaktadır. Kırılgnlık öncesi süreç; her tür etkene karşı tam bir iyileşme imkan sağlayan klinik açıdan belirtileri olmayan süreçtir. Kırılgnlık süreci fizyolojik kaynakların azalması ile iyilik halinden fonksiyonel azalmaya doğru bir geçiş durumudur. Kırılgnlık komplikasyonlarının görüldüğü evre ise başladığı andan itibaren sürekli devam eden sistemlerin kendi bağlantısı sonucu kısır döngüye dönuşen ve sonuç olarakta mortalitenin görüldüğü bir süreçtir.Kırılgnlık tanısı konulurken hastalığın yanı sıra yaşlı bireyin yaşam koşullarının göz önüne alındığı bütüncül bir yaklaşımda bulunulması önerilmektedir.Kırılgn yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde azalma bilişsel fonksiyonlarda kötüleşme ve yaşam memnuniyetinin düşük olduğu bilinmektedir. Buna ek olarak komorbit hastalıkların sayısı, kötü sağlık algısı klinik incelemede gösterge olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavi ve bakım planı olarak; beslenme desteği, sosyaldestek, fiziksel aktivite ve egzersiz kapsamlı bir geriatrik değerlendirme, buna yönelik konsültasyon servisinin kırılgn yaşlı bireylerde yaşam kalitesini artıracadıı bilinmektedir. Buna ek olarak hormonal ve anti inflamatuar tedavinin sonuçlar üzerinde olumlu etkileri görülmüştür.

Psikiyatrik hastalıklar içinde depresyonda yaşlılıkta özellikle öne çıkmaktadır. Yaşla depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların çoğunda yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir. Bu yaş gurubunda depresyonun fazla görülmesi intiharların genel popülasyona göre 2 kat fazla görülmesine sebep olmaktadır.(2)

Ülkemizde yaşlılarda kırılgnlık ve depresyon üzerine yapılan çalışmalar ağırlıklı olarak yaşlı bakım evlerinde ve huzur evlerinde yapılmıştır. Bizim Aile Sağlığı Merkezimizde yapacağımız çalışma genel popülasyondaki yaşlılarda kırılgnlık ve depresyon prevalansını ve sebep olan faktörleri daha çok gösterecektir. Birinci basamakta yapılacak taramalarda kırılgnlık ve depresyon düzeylerini erken saptayarak daha başlangıç düzeyinde yaşlılarda erken tedavi olanağı sağlayacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI

Yaşlılık, biyolojik fizyolojik sosyolojik, kronolojik ölçülerle tanımlanabilir. Yaşlılık Dünya Sağlık Örgütü tarafından kendi içinde üç gruba ayrılmıştır.65 -74 yaş aralığı' genç yaşlı''75-84aralığını "yaşlı " 85 ve üzerini"çok yaşlı" olarak tanımlamaktadır. Yaşlı sağlığının temel belirleyicileri gençle yaşlı arasındaki akla gelebilecek tüm biyolojik ve fiziksel farklılıklar, fizyolojik yetenek ve işlevlerde azalma; yaşamın ileri dönemine ait bir takım değişiklikler, toplumun sosyoekonomik yapısının yaşlı üzerindeki etkisi ve bu yapının yaşlının gereksinimlerini karşılayamamasıdır. Yaşlılıkta organ ve sistemlerde zamanla ortaya çıkan geri dönüşü olmayan yapısal değişiklikler olur.(3)

2.1.1. Yaşlanma da Değişiklikler

Yaşlı kişilerin fiziksel kapasitelerinin azalması ile bağımlılıkları artar. Yaşlanma ile birlikte uyku sorunlarında artış olur. Uyku süresi kalitesi ve örüntüsünde sorunlar olur. (4)

Yaşlı kişilerin multimorbid hastalıkları sebebiyle çoklu ilaç kullanımları ilaç etkileşimlerine hastane yatış ve sürelerinin uzamasına neden olmaktadır.(5)Yaşlı nüfusta kalp hastalığı, maligniteler sık görülür. Osteoporozda yaşlı nüfusta sık görülür. Kemik yoğunluğunda azalma ve kemiğin ince mimari yapısında bozulma sonucu kırık riski artar. Üriner inkontinansta yaşlı popülasyonda çok görülür. Üriner inkontinansta sosyal ve hijyenik problemlere yol açar. Yaşlanma sonucu oluşan bedensel ve ruhsal değişiklikler herkesde aynı düzeyde olmaz.İleri yaşlarına rağmen bazı kişiler dinç kalırken aynı yaştaki diğer yaşlılarda düşkünlük sık doktora gitme sık hastaneye yatırılma görülmektedir.Özellikle genetik yatkınlık,beslenme tarzı, sosyo-ekonomik düzey yaşlanma sınırını etkileyebilir.

2.2. KIRILGANLIK

Kırılğanlık, yaşın ilerlemesi ile birlikte organlarda fizyolojik rezervin azalmasıdır, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, kilo kaybı güçsüzlük ve bağımlı olma, strese dayanıksızlık gibi sorunlara neden olabilir. Kırılğan yaşlının; yeti yitimi, bakımevine yatış ve hatta olumsuz sağlık sorunları ile

karşılaşma riski sağlıklı akranlarına göre daha fazladır. Sarkopeni, kronik hastalıklar immün işlevlerde ve nöroendokrin sistemdeki değişiklikler, kırılğanlığın gelişimine katkıda bulunmaktadır. Kırılğan yaşlıda, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, ilaç kullanımı, hastane kurum bakım ihtiyacının artması ev ve çevre düzenlemeleri, sosyal destek ihtiyacının artması, aile ve bireyin eğitimi gibi konularda hemşirelik bakımına ihtiyaç artmaktadır.(6)Kırılğanlığın sistemlerle hematolojik, inflamatuvar, endokrin hormonal ve adipoz doku ile,ince motor hareketlerle biyolojik ve biyokimyasal parametrele ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmalara göre kırılğan bireylerde hemoglobin, IGF-1, DHEA, 25OH D3, folat, vitamin B12 vitamin E ve kolesterolde azalma; IL6 ve Hb A1c düzeylerinde ise artma saptanmıştır(7).

Sarkopeni, ilerleyen yaşla birlikte meydana gelen iskelet kas kütlesi ve gücünde azalma ile seyreden yaşam beklentisinde azalma ile seyreden azalma ve ölüm riski gibi sonuçlar doğuran bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Kırılğanlık ve sarkopeni; fizyopatolojik ve klinik sonuçlar,tedavi ve önleme yöntemleri açısından birbiri ile ilişki gösteren olgular olarak tanımlanmaktadır.

2.2.1.Kırılğanlık Ölçülebilirliği

Kırılğanlığın tanımlanmasında ilk adım, uygun bir tarama aracının kullanılmasıdır. Tarama araçlarının bazıları kırılğanlık bileşenlerine, bazılarıda faktörlerin değerlendirilmesine odaklanmaktadır(8).

Fried Kırılğanlık ölçeği: Fried ve arkadaşları tarafından oluşturulan kırılğanlık kriterleri; istemsiz kilo kaybı, bitkinlik, zayıf kas kuvveti, yavaşlamış yürüme hızı ve azalmış bedensel etkinlik düzeyidir. Bu kriterlerden herhangi üçünün veya fazlasının olması kırılğan bir veya iki kriter varlığı kırılğanlık öncesi olarak değerlendirilmektedir. Kriterlerden hiç birinin olmaması ise kırılğan değil olarak değerlendirilir.

FRAİL indeksli: Uluslar arası Yaşlanma ve Beslenme Derneği (International of Nutrisyon and Aging) tarafından oluşturulmuş kırılğanlığın farklı boyutlarda değerlendirildiği bir ölçektir. FRAİL kelimesinin her harfi bir kırılğanlık kriterini temsil etmektedir. F:Fatigue(yorgunluk,R:Residans (Direnc) A:Aerobic(egzersiz) I :Illness (hastalık sayısı) L:Loss of weigh (kilo kaybı) Değerlendirilmesi ise Fried fenotipindeki değerler ile yapılmaktadır.

CSHA Kırılgnlık ölçeği: Rockwood ve arkadaşları tarafından Kanada Sağlık ve Yaşlanma Araştırması (Canada Study of Heald Aging) sonuçları kullanılarak oluşturulmuştur. Ölçek 70 maddeden oluşmakta ve değerlendirme sonuçları yedi kategoride yorumlanmaktadır. Pek dinç, kontrol edilebilir hastalıklar, mevcut savunmasız görünümde, hafif derecede kırılgn,orta derecede kırılgn,ciddi kırılgn(8).

Edmonton Kırılgnlık Ölçeği:10 alanı değerlendirmektedir. En yüksek puan 17 dir. Yüksek seviyede kırılgnlığı gösterir. Saat testi, kalk yürü testi ile performans test edilmektedir. Diğer alanlar duygu durumu fonksiyonel bağımsızlık, ilaç kullanımı, sosyaldetek, beslenme ve sağlık algısı, kontinans ve yaşam kalitesidir. Test sonucunda hastanın puanları toplanarak kırılgnlık düzeyi belirlenmektedir. Kırılgnlık analiz skoru(derecesi):

- 1).0-4 puan:Kırılgn değil
- 2).5-6 puan:Görünürde savunmasız
- 3)7-8 puan :Hafif kırılgn
- 4)9-10 puan:Orta kırılgn
- 5)11 puan ve üstü:Şiddetli kırılgn

Şeklinde dir.Bizde çalışmamızda Edmonton Kırılgnlık ölçeğini kullandık.

2.3.YAŞLILARDA DEPRESYON

Depresyon; büyük üzüntü, endişe, suçluluk ve değersizlik, başkalarından uzaklaşma, uyku, iştah ve cinsel istek kaybı ve her zamanki faaliyetlere karşı ilgisizlikle belirginleşen bir duygu durum bozukluğudur. DSÖ verilerine göre fiziksel, duygusal, toplumsal sorunlara yol açan hastalıklar arasında 4. Sırada olan depresyonun ileriki yıllarda sıklık açısından 2. Sıraya yükseleceği ve insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (8). Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan bu hastalık yineleyici bir hastalıktır ve uzun süreli tedavisi gerekir. Yoğunlaşamama ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtileridir. Genel olarak zihin sürecinde yavaşlamanın yanı sıra kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır. Yaşlılarda depresyon çeşitli yeti yitimine

neden olmakta, beden hastalıklarına bağlı ölümleri ve sağlık bakım hizmetlerinin kullanımını ve maliyetini artırmaktadır. Depresyonun yaşlılık döneminde sık görülmesi, tanı ve tedavi olanağının bulunması, tedavi edilmediğinde intihar riskinin olması ve yaşam kalitesini etkilemesi önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir.(9)

Yaşlılarda depresyon, dünya çapında giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlılık çağı depresyonu için yapılan epidemiyolojik çalışmalar yaşlılarda depresyon belirtilerinin %8-35 majör depresyonun ise %0.2.9 oranında görüldüğünü bildirmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 31 milyon yaşlının yaklaşık 5 milyonu depresyondan etkilenmektedir. Toplum içinde yaşayan yaşlıların %15- 25 'inde uzun dönem bakım merkezlerinde olanların %25 inde huzur evinde kalanların %25'inde depresyon bulunduğu bildirilmekte.(9)

2.3.1. Yaşlılarda Depresyonun Tanı ve Değerlendirmesi

Depresyonu olan yaşlılarda, genç hastalara göre daha çok somatik yakınmalar olur. Yaşlılarda görülen en sık somatik yakınmalar; kuvvetsizlik, halsizlik, baş ve karın ağrısı gibi vücudun farklı yerlerinde ağrılar ve kabızlıktır. Yaşlılarda kilo kaybı yorgunluk ve uykusuzluk gibi belirtiler fiziksel hastalıklarla karıştırılabilir. Bu nedenle ayırımın iyi yapılması gerekir. (10)

Bir çok depresyon ölçeği uykusuzluk ve yorgunluk gibi somatik belirtilerin varlığını sorgulamaktadır. Bazı popülasyonlarda depresyonla ilgili olmayan somatik belirtilerin varlığında bu belirtilerin sorgulanması ile yanlış depresyon tanısı konulabilir. Bu yüzden bazı özel gruplara özgü depresyon ölçekleri geliştirilmiştir. Örneğin yaşlı kişiler için Yesavage Geriatrik depresyon ölçeği, bedensel hastalığı olanlar yada birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar için Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, Doğum sonrası dönemde olanlar için Edinburg Doğum sonrası Depresyon ölçeği sayılabilir. Bütün depresyon ölçekleri daha çok takip amaçlı kullanılmakta ve depresif belirtilerin varlığını göstermektedir. Bu yüzden klinisyen hastayı bütün yönleri ile değerlendirmelidir.(11)

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan depresif belirtiler doktorlar ve hastalar tarafından yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak görülebilir. Emekli olan yaşlılarda işlevsel beklentilerin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek yeti

yitimining düzeyine göre tam olarak değerlendirme yapılamayabilir. Yaşlılar çoğunlukla depresyonla ilgili belirtileri söylemeyebilirler,duygularını belirtme de isteksiz olabilirler.Bu nedenle yaşlılar daha çok bedensel yakınmalarla hekime baş vururlar.Bu nedenle hekim ve hasta tıbbi durum üzerinde daha fazla durur ve depresyon tanısından uzaklaşabilirler.(12)

Yaşlıların depresyon tanısında dikkat etmesi gereken bazı noktalar vardır. Öncelikli olarak yaşlılarda hastalık öyküsü hastanın kendinden ve yakınlarından ayrıntılı olarak alınmalıdır. Bu şikayetlerde hastanın son dönemdeki işlevselliği önemlidir. Hastanın daha önceki psikiyatrik hastalık hikayesi, ailenin ruhsal durumu, kişilik özellikleri, kronik ve bedensel hastalıkları ve görülen hastalık belirtilerinin gelişimi çok iyi şekilde sorgulanmalıdır. Bununla birlikte yaşlının fizik mayenesi yapılmalı, depresyona neden olabilecek hastalıklar sorgulanmalı, tam kan sayımı, sıvı elektrolit değerleri, ayrıca karaciğer, böbrek, troid fonksiyonları değerlendirilmeli, bilgisayarlı beyin tomografisi,vitamin B12, folat düzeyleri incelenmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı olarak tanımlanmış bir anket çalışmasıdır. Çalışmanın yürütülebilmesi için T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulun'dan 09.11.2018 tarihinde 1511 nolu karar numarası ile onay alınmıştır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 16.05. 2019 tarihinde 16867222-604.01.01 sayı no ile ASM 'de çalışma izni alınmıştır. Çalışma 16.05.2019 ve Nisan 2020 tarihleri arasında İstanbul Bağcılar 'da Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda yapıldı. Gönüllü olmayanlar, psikoza olanlar 65 yaş altı hastalar çalışma dışı bırakıldı. Minimental test, Yesavage Geriatrik Depresyon ölçeği ve Edmonton Kırılgnlık ölçeği kullanıldı.

Örneklem büyüklüğü; 2194 evreninden, psikoza olanlar, gönülü olmayanlar göz önünde bulundurulup %5 kabul edilirse total popülasyon 2085 olarak kabul edilerek örneklem büyüklüğü 325 olarak hesaplanır. Güven düzeyi %95, güven aralığı %5 Başlangıçta mini mental test yaptırılarak 24 puan ve üstü alamayan 26 hasta çalışma dışı bırakıldı. 299 hastaya Yesevege Depresyon ölçeği ve Edmonton kırılgnlık ölçeği uygulandı.

Çalışmaya katılmada gönüllülük esas alındı. Her hastaya bilgilendirilmiş gönüllü onam formu verildi. Hastalardan yazılı ve sözlü onamlar alınarak veriler toplandı. Çalışmaya katılan kişilere herhangi bir kimlik bilgisi sorgulanmadı. Katılamcıların çalışmaya katılmayı red etme ve cevaplamaya başladıktan sonra anketi yarıda bırakma hakkı mevcuttu. Bu çalışma sosyal güvenlik kurumuna veya çalışmayı yapana herhangi bir maliyet getirmemiştir. Hazırlanan anket formları tarafımca hastalara bire bir okunarak doldurtuldu.

3.1. Veri toplama Araçları

3.1.2. Anket formu

Hastaların sosyodemografik özellikleri için 17 soruluk anket formu kullanıldı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, eğitim durumu, medeni hali, sağlık algısı, sigara. İnkontinans, yaşadığı yer, kilo kaybı, ilaçkulanımı, uykuya dalmada zorluğun sorgulandığı, anket formu kullanıldı.

3.1.3. Mini Mental Test

Folstein MF ve arkadaşlarının 1975 yılında geliştirmiş olduğu bu test 11 sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir.24-30 puan arası normal, 18-23 arası hafif demans 17 puan ve altı ciddi demans ile uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat hesaplama, hatırlama, lisan motor fonksiyon ve algılama yeteneklerini test eder.Kolay ve uygulanabilir oluşu büyük avantajdır.(13) Teste 24 puan ve üzerini

3.1.4. Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği

Yesavage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geriatri popülasyondaki depresyon hastalarında depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirildi. 1997’daTürkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Ertan T ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 20 soru olumlu, 10 soru olumsuz olarak kurgulanmıştır. 30 sorudan oluşur. Ölçeğin değerlendirilmesinde olumlu sorulara hayır; olumsuz sorulara evet yanıtı 1’er puanla eşleştirilmiştir.(0-10)puan depresyon yok,(11-13) puan muhtemel depresyon 14 puan ve üzeri kesin depresyon olarak değerlendirilmiştir.(14).

3.1.5. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği

Edmonton Kırılgnlık ölçeği (Edmonton Frail Scala) Rafson ve Arkadaşları tarafından 2006 yılında kırılgnlığı tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin içerik geçerliliği Geriatrican ‘s Clinical Impression of Frailty (GCIF)isimli 70 soruluk kırılgnlık ölçeği ile yapılmış olup/ ve yüksek korelasyon gösterdiği tesbit edilmiştir.($r;0,64$ $p<0,0001$)Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur(15).

EFS ‘ nin Türkiye’deki geçerlilik, güvenlik çalışması 2013 yılında Aygör ve Fadıoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin madde sayısı Türk toplumuna uyarlama sürecinde ve ölçek için elde edilen Cronbach alfa değeri 0.75 olarak belirtilmiştir.

Ölçek kapsamlı geriatrik değerlendirmede yer alan kırılgnlık belirteci olarak kabul edilen 9 kırılgnlık boyutundan oluşmaktadır. Bu boyutlar, bilişsel durum, genel sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performanstır. Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır(16). Genel sağlık durumu ve ilaç kullanımı 2 soru ve diğer

boyutlar ise bir soru ile değerlendirilmektedir. Bilişsel durumu değerlendirmek için saat testi, fonksiyonel performansı değerlendirmek için zamanlı kalk git testi kullanılmaktadır. Sorular 0,1,2 puanla değerlendirilmekte ölçekten alınan toplam puan 0-4 puan kırılğan değil, 5-6 puan görünürde savunmasız,7-8 puanhafif kırılğan,9-10 puan orta kırılğan,11 ve üzeri şiddetli kırılğan olarak tanımlanmaktadır.(16)

3.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum maksimum olarak verildi. Sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağlamadığından bağımsız iki gurup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile ikiden çok grup karşılaştırmaları Kruskal Wallis testi ile yapıldı. İkiden çok grupta alt grubun analizleri Mann Whitney Utesti ile yapıлып Benferroni düzeltmesi ile yorumlandı. Gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. İstatiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza dahil etme kriterlerine uygun 299 hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalamaları, Ort \pm SD (Min-Maks) 71.4 \pm 6,4 (65-94) idi. Katılımcıların %46.5 'i (n:139) kadın,%55,5'i(n:160) erkekti. Katılımcılar yani 65 yaş ve üstü hastalar, yaş gruplarına göre 3 gruba ayrıldı.<75 %72.2 (n:216),75-85 %24 ,1(n:82) 85 yaş ve üstü %3.7(n:11) idi.

Katılımcıların %25,8(n.77) 'si okur yazar değildi.%37.5 (n:112) lise ve üzeri %15.1 (n:45) idi.

Katılımcıların medeni durumlarına göre %1.7'si (n: 5)bekar, % 62.5'i(n:187) evli %4 'ü (n:12)boşanmış ,%31.8 (n:95) 'nin eşi ölmüş idi. Katılımcıların sosyal güvencesi olanlar %96.7 (n:289) idi

Katılımcıların yaşadıkları yer merkez olan%95.3 (n:285) ,kırsal kesim olan%4.7 (n:14) idi. Yaşadıkları yer kırsal kesim olanlar yalnızca kış aylarında İstanbul'da kalıyorlardı. 'Kendi sağlığını nasıl algılıyorsunuz?' sorusunu katılımcılar %11.7(n:15)'i kötü olarak yanıtlamıştır. Orta olanlar%59,2 (n:177) iyi olanlar%27,4 (n:82), çok iyi olan %1,7(n:5) idi.

Katılımcıların uykuya dalmada zorluk çekme oranları%42.5 (n:27) idi. İnkontinans sorulduğunda%45,2(n:135) oranında idrar kaçırdıkları görülmüştür. Son 1 yıl içinde düşme oranı%23,4(n:70)idi.

Sürekli ilaç kullanım oranı%83.6 (n:250) idi. Katılımcılara sigara içme oranı sorgulandığında düzenli sigara içenlerin %7(n:21), bırakanların %27 ,8 (n:83) Hiç içmeyenlerin %65.2 (195)olduğu görülmüştür.(Tablo 4.1)

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş Ort.±SD (Min-Maks)		71,4±6,4 (65-94)	
		n	%
Yaş	<75	216	72,2
	75-85	72	24,1
	85 ve üstü	11	3,7
Cinsiyeti	Kadın	139	46,5
	Erkek	160	53,5
Eğitim durumu	Okuryazar değil	77	25,8
	Okuryazar	65	21,7
	İlköğretim	112	37,5
	Lise ve üzeri	45	15,1
Medeni durum	Bekar	5	1,7
	Evli	187	62,5
	Boşanmış	12	4,0
	Eşi ölmüş	95	31,8
Sosyal güvence durumu		289	96,7
Yaşanan yer	Merkez	285	95,3
	Kırsal kesim	14	4,7
Sağlık algısı	Kötü	35	11,7
	Orta	177	59,2
	İyi	82	27,4
	Çok iyi	5	1,7
Gece uykuya dalmada zorluk		127	42,5
İdrar tutamama, kaçırma		135	45,2
Son 1 yıl içinde hiç düşme		70	23,4
Sürekli kullanılan ilaç		250	83,6
Düzenli sigara kullanımı	Evet	21	7,0
	Bıraktım	83	27,8
	Hiç içmedim	195	65,2
Diyet yapılmadığı halde kilo kaybı		23	7,7
Halsizlik		136	45,5
Son 1 yıl içinde hastaneye yatış		63	21,1
Günlük yaşam aktivelerinizde kısıtlama		151	50,5

Katılımcıların Yesavage Depresyon Ölçeğine göre toplam puan ortalaması(7,76±5.97) olup minimum puan 1 maksimum puan 29 idi. Ölçekte(0-10) puan depresyon yok, (11- 13)puan muhtemel depresyon,14 puan ve üzeri kesin depresyon olarak değerlendirilmiştir. Hastaların, %71.9 (n:215) 'de depresyon yoktu. %9.4(n:28)'i muhtemel depresyondur.%18.7 (n:96)'da kesin depresyon vardı.

Hastaların Edmonton Kırılganlık ölçeğindeki sorulara verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde, bilişsel durumun değerlendirildiği saat testinde yerleştirme hatası yapmayan %95, küçük yerleştirme hataları yapan %3 diğer küçük hataları yapan hasta oranı %1,3 idi.Genel sağlık durumunun değerlendirildiği son bir yıl içinde hastaneye yatış durumunun sorgulandığı soruda hastaneye hiç yatışı olmayan hasta oranı %79 ,1-2 kez yatma oranı % 16.7 idi. 2 den fazla yatış oranı % 4 idi.Sağlık durumlarını genel olarak tanımlamaları istendiğinde mükemmel bulanlar % 35, idare eder diyenler % 56.2,kötü diyenler %8.4 idi. Yardıma ihtiyacı olduğunda yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenme oranı her zaman diyenlerde %17.7 bazen diyen %75,3 hiç diyenler % 7 idi.Düzenli olarak 5 veya daha fazla ilaç kullanma oranı % 71,6; unutkanlığın sorgulandığı ilaç kullanmayı unutma oranı 30,1 idi.Kilo kaybı olanların sorgulandığı soruda oran)% 9 idi.Kendini sıklıkla üzgün depresif hissetme oranı %35.8 idi. İnkontinans oranı %43,8 idi. Fonksiyonel performansın değerlendirildiği kalk-yürüttestinde 0-10 saniye %59.5 ,11-20 saniye %28.4 ve 20 saniyenin üstü ise %12 idi.

Bu sorulara verdikleri yanıtlara göre kırılganlık toplam puan ortalaması (4,88±2,69) ve en düşük kırılganlık puanı 1 en yüksek kırılganlık puanı 14 idi. Kırılganlık analiz skoruna(derecesine) göre kırılgan olmayanların oranı %49,görünürde savunmasız % 30,1; hafif kırılgan %10,4 ; orta kırılgan %5,7;şiddetli kırılgan %4.7 idi.(Tablo 4.2)

Tablo 4.2. Hastalara Uygulanan Ölçeklere Ait Bulgular

YESAVAGE DEPRESYON ÖLÇEĞİ			
Toplam Puan Ort.±SD (Min-Maks)		7,76±5,97 (1-29)	
		n	%
Depresyon Derece	0-10 puan depresyon yok	215	71,9
	11- 13 puan muhtemel depresyon	28	9,4
	14 puan ve üzeri kesin depresyon	56	18,7
EDMONTON KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ			
Bilişsel Durum	Hata yok	284	95,0
	Küçük yerleştirme hatalar	11	3,7
	Diğer hatalar	4	1,3
Genel sağlık durumu- Son Bir Yılda Hastane Yatış Sayısı	yok	237	79,3
	1-2	50	16,7
	>2	12	4,0
Sağlığını Genel Olarak Tanımlama	Mükemmel, çok iyi, iyi	106	35,5
	İdare eder	168	56,2
	Kötü	25	8,4
Fonksiyonel Bağımsızlık	0-1	184	61,7
	2-4	82	27,5
	5-8	32	10,7
Sosyal Destek- Yardıma ihtiyaç olduğunda yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenme	Her zaman	53	17,7
	Bazen	225	75,3
	Hiç	21	7,0
İlaç kullanımı- Düzenli olarak 5 veya daha fazla ilaç kullanımı İlaç Kullanmayı Unutma		214	71,6
		90	30,1
Beslenme- Son zamanlarda giysilerde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybı		27	9,0
Ruh hali- Kendinizi sıklıkla üzgün ya da depresif hissetme		107	35,8
Kontinans		131	43,8
Fonksiyonel Performans	0-10 sn	178	59,5
	11-20 sn	85	28,4
	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma muhtaç duyması	36	12,0
Kırılgnlık Toplam PuanOrt.±SD (Min-Maks)		4,88±2,69 (1-14)	
Kırılgnlık Analiz Skoru	Kırılgn Değil	147	49,2
	Görünürde Savunmasız	90	30,1
	Hafif Kırılgn	31	10,4
	Orta Kırılgn	17	5,7
	Şiddetli Kırılgn	14	4,7

Katılımcılarda Yesavage Geriatrik depresyon ölçeği toplam puanı ve depresyon derecesi ile kırılgnlık toplam puanı ve kırılgnlık derecesi arasında istatiksels olarak anlamlı bir ilişki saptandı. (Tablo 4.3)

Kırılgnlık toplam puanı ile Yesavage toplam puanı arasında istatiksels olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardı.(p=0,009)Yani kırılgnlık puanı arttıkça depresyon puanı da artmaktadır.Kırılgnlık toplam puanı ile depresyon derecesi arasında da pozitif yönde bir ilişki vardır.(p=0,007).Kırılgnlık derecesi ile depresyon toplam puanı arasında pozitif bir ilişki vardır.(p=0,024).Kırılgnlık derecesi ile depresyon derecesi arasında pozitif bir ilişki vardır.(p=0,007)(Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Yesavage Depresyon ölçek puanları ile,Edmonton Kırılgnlık ölçek puanlarının Karşılaştırılması

	Yesavage ToplamPuanı		Yesavage Depresyon Derecesi	
	rho	p	rho	p
Kırılgnlık Toplam Puanı	0,151	0,009	0,155	0,007
Kırılgnlık Puanı Grup(Derecesi)	0,130	0,024	0,155	0,007

Kırılgnlık toplam puanı ve derecesi ile yaş ,arasında pozitif yönde bir istatiksels ilişki vardı.(p<0.001)Yaş yükseldikçe kırılgnlık artmaktadır.Yine kırılgnlık düzeyi ile eğitim arasında negatif yönde istatiksels bir ilişki vardır.Eğitim düzeyi arttıkça kırılgnlık düzeyi azalmaktadır.(p<0,001) Depresyon düzeyi ile yaş ve eğitim düzeyi arasında istatiksels anlamlı bir ilişki yoktur.(p=0,188 ve p=0,078)(Tablo 4.4)

Tablo 4.4. Katılımcıların Yaş ve Eğitim durumlarına göre Kırılgnlık ve Depresyonları

	Yaş		Eğitim Durumu	
	rho	p	rho	p
YesavageDepresyon Puanı	0,076	0,188	-0,102	0,078
Yesavage Depresyon Derece	0,058	0,321	-0,109	0,060
Kırılgnlık Toplam Puan	0,227	<0,001	-0,254	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru	0,228	<0,001	-0,223	<0,001

Yaş gruplarının, kırılgnlık toplam puan ortalamalarında istatiksels olarak anlamlı bir fark saptandı.(p=0,001) 85 yaş ve üstü grubun kırılgnlık toplam puan ortalaması <75 ve 75 -85 yaş gruplarına göre istatiksels olarak anlamlı yüksekti.(p<0,001 ;p=0,009)Yaş guruplarının kırılgnlık düzey oranlarında istatiksels olarak anlamlı bir fark saptandı.(p=0,001) 85 yaş üstü gurubun orta şiddetli kırılgn oranları yüksekti. Yaş gruplarının depresyon oranında istatiksels anlamlı bir fark yoktu(.p=0,290).(Tablo 4.5.).

Kırılgnlık toplam puan ortalamaları >75yaş grubunda (4.6±2.5) medianı 4 iken 75-85 yaş grubunda(5.26± 2,8) medianı 5 iken;85 yaş üstü grupta(8±3,10) medyanı 8 bulunmuştur(p=0,001) Yaş gruplarının depresyon puan ortalamalarında istatiksels bir ilişki yoktur. (p=0.310)(Tablo 4.5)

Tablo 4.5. Yaş Gruplarına göre Depresyon ve Kırılgnlık Düzeyleri

		Yaş			
		<75	75-85	85 ve üstü	
YESAVAGE Depresyon Toplam Puan					
	Ort.±SD (Median)	7,70±5,80 (6)	7,42±6,04 (6)	11,09±8,12 (11)	0,310
YESAVGE Depresyon Derecen (%)	Depresyon yok	157 (72,7)	53 (73,6)	5 (45,5)	0,290
	Muhtemel depresyon	19 (8,8)	7 (9,7)	2 (18,2)	
	Kesin depresyon	40 (18,5)	12 (16,7)	4 (36,4)	
Kırılgnlık Toplam Puan					
	Ort.±SD (Median)	4,60±2,50 (4)	5,26±2,88 (5)	8,00±3,10 (8)	0,001
	Kırılgn Değil	115 (53,2)	31 (43,1)	1 (9,1)	0,001
	Görünürde Savunmasız	67 (31,0)	20 (27,8)	3 (27,3)	
Kırılgnlık Analiz Skoru n (%)	Hafif Kırılgn	18 (8,3)	10 (13,9)	3 (27,3)	
	Orta Kırılgn	7 (3,2)	8 (11,1)	2 (18,2)	
	Şiddetli Kırılgn	9 (4,2)	3 (4,2)	2 (18,2)	

Erkek cinsiyetin kırılgnlık toplam puan ortalaması, kadın cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı.(p=0,008) Cinsiyet guruplarının Yesavage Depresyon toplam puanı ve derecesi ile kırılgnlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.(p=0,289)Kırılgnlık toplam puan ortalaması kadın cinsiyette (4,39± 2,46) ve medyanı 4; Erkek cinsiyette (5,31±2.82) medyanı 5'tir. p< 0,008(Tablo 4.6.)

Tablo 4.6. Kırılgnlık ve Depresyon Derecelerinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması

		Cinsiyeti		
		Kadın	Erkek	
YESAVGE Depresyon Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	7,32±5,69 (5)	8,13±6,20 (6)	0,289
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	101 (72,7)	114 (71,3)	0,793
	Muhtemel depresyon	14 (10,1)	14 (8,8)	
	Kesin depresyon	24 (17,3)	32 (20,0)	
Kırılgnlık Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	4,39±2,46 (4)	5,31±2,82 (5)	0,008
Kırılgnlık Analiz Skoru	Kırılgn Değil	74 (53,2)	73 (45,6)	0,232
	Görünürde Savunmasız	43 (30,9)	47 (29,4)	
	Hafif Kırılgn	13 (9,4)	18 (11,3)	
	Orta Kırılgn	6 (4,3)	11 (6,9)	
	Şiddetli Kırılgn	3 (2,2)	11 (6,9)	

Hastaların eğitim durumları, depresyon derecesi ile istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.(p=0,105) Kırılgnlık toplam puanı ortalaması okur yazar olmayanla okur yazar olana göre anlamlı yüksektir. Okur yazar olmayan da toplam puan ortalaması(6.30±3,7) ve medianı 6 iken,okur yazar olanda (4,82±2)ve medianı 5 tir.(p=0,006).

Okur yazar olmayanla, ilköğretim mezunlarının kırılgnlık puanlarının ortalamaları karşılaştırıldığında okur yazar olmayanda anlamlı yüksektir.

Okur yazar olmayanla ortalama kırılgnlık puan ortalaması(6,30±3,7) iken, medyanı 6 ilköğretim mezunların ortalama kırılgnlık puanı(4.14±2.27)medianı da 4 tür.(P<0,001).

Okur yazar olmayanla, lise ve üzeri mezunlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında;lise mezunlarının ortalama kırılgnlık puanları(4.4±2,25) ve 4 median ile istatikselsel olarak anlamlı düşüktür.p<0,001 (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Eğitim Durumu ile Kırılganlık ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Eğitim Durumu±				
		Okuryazar değil	Okuryazar	İlköğretim	Lise ve üzeri	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan Ort.±SD (Median)		9,35±6,70 (8)	7,26±6,07 (5)	7,07±5,06 (5)	7,44±6,29 (5)	0,105
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	48 (62,3)	48 (73,8)	85 (75,9)	34 (75,6)	0,455
	Muhtemel depresyon	9 (11,7)	5 (7,7)	11 (9,8)	3 (6,7)	
	Kesin depresyon	20 (26,0)	12 (18,5)	16 (14,3)	8 (17,8)	
Kırılganlık Toplam Puan Ort.±SD (Median)		6,30±3,17 (6)	4,82±2,43 (5)	4,14±2,27 (4)	4,40±2,25 (4)	<0,001
Kırılganlık Analiz Skoru	Kırılgan Değil	26 (33,8)	31 (47,7)	66 (58,9)	24 (53,3)	0,006
	Görünürde Savunmasız	24 (31,2)	19 (29,2)	32 (28,6)	15 (33,3)	
	Hafif Kırılgan	8 (10,4)	10 (15,4)	9 (8,0)	4 (8,9)	
	Orta Kırılgan	9 (11,7)	4 (6,2)	3 (2,7)	1 (2,2)	
	Şiddetli Kırılgan	10 (13,0)	1 (1,5)	2 (1,8)	1 (2,2)	

Medeni durumla, kırılganlık ve depresyon dereceleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı.(p=0,065)(p=0,327) (Tablo 4.8.)

Tablo 4.8. Medeni Durumla Kırılganlık ve Depresyonun Karşılaştırılması

		Medeni durum				
		Bekar	Evli	Boşanmış	Eşi ölmüş	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan Ort.±SD (Median)		10,20±5,07 (12)	7,32±5,48 (6)	8,25±6,43 (7)	8,43±6,81 (6)	0,497
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	2 (40,0)	138 (73,8)	10 (83,3)	65 (68,4)	0,428
	Muhtemel depresyon	1 (20,0)	18 (9,6)	0 (0,0)	9 (9,5)	
	Kesin depresyon	2 (40,0)	31 (16,6)	2 (16,7)	21 (22,1)	
Kırılganlık Toplam Puan Ort.±SD (Median)		4,80±1,10(4)	4,56±2,55(4)	5,00±2,83(5)	5,51±2,93(5)	0,065
Kırılganlık Analiz Skoru	Kırılgan Değil	3 (60,0)	99 (52,9)	5 (41,7)	40 (42,1)	0,327
	Görünürde Savunmasız	2 (40,0)	58 (31,0)	4 (33,3)	26 (27,4)	
	Hafif Kırılgan	0 (0,0)	15 (8,0)	2 (16,7)	14 (14,7)	
	Orta Kırılgan	0 (0,0)	7 (3,7)	0 (0,0)	10 (10,5)	

Kırılganlık ve depresyon dereceleri ile sosyal güvence karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. $p=0,20$ ve $p=0,23$ Tablo(4.9).

Tablo 4.9. Kırılganlık ve Depresyon Düzeyi ile Sosyal Güvence durumunun Karşılaştırılması

		Sosyal Güvence Durumu		
		Var	Yok	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan Ort.±SD (Median)		7,67±5,94 (6)	10,20±6,61 (9,5)	0,178
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	209 (72,3)	6 (60,0)	0,206
	Muhtemel depresyon	28 (9,7)	0 (0,0)	
	Kesin depresyon	52 (18,0)	4 (40,0)	
Kırılganlık Toplam Puan Ort.±SD (Median)		4,91±2,68 (5)	4,20±3,22 (3)	0,235
Kırılganlık Analiz Skoru	Kırılgan Değil	140 (48,4)	7 (70,0)	0,494
	Görünürde Savunmasız	88 (30,4)	2 (20,0)	
	Hafif Kırılgan	31 (10,7)	0 (0,0)	
	Orta Kırılgan	17 (5,9)	0 (0,0)	
	Şiddetli Kırılgan	13 (4,5)	1 (10,0)	

Yaşanılan yerin merkez, yada kırsal kesim olmasının depresyon ve kırılganlık düzeyi ile ilişkisi karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p=0,108$ ve $p=0,633$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Yaşanan Yer ile Kırılganlık ve Depresyon Oranının Karşılaştırılması

		Yaşanan Yer		
		Merkez	Kırsal kesim	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan Ort.±SD (Median)		7,66±5,87 (6)	9,64±7,72 (8)	0,460
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	208 (73,0)	7 (50,0)	0,108
	Muhtemel depresyon	26 (9,1)	2 (14,3)	
	Kesin depresyon	51 (17,9)	5 (35,7)	
Kırılganlık Toplam Puan Ort.±SD (Median)		4,85±2,63(5)	5,64±3,82(5)	0,633
Kırılganlık Analiz Skoru	Kırılgan Değil	141 (49,5)	6 (42,9)	0,126
	Görünürde Savunmasız	86 (30,2)	4 (28,6)	
	Hafif Kırılgan	31 (10,9)	0 (0,0)	
	Orta Kırılgan	15 (5,3)	2 (14,3)	
	Şiddetli Kırılgan	12 (4,2)	2 (14,3)	

Hastaların sağlık algısı ile (sağlığını nasıl algılıyorsunuz sorusuna verdikleri yanıt) Yesavage Depresyon derecesi ve kırılgnlık toplam puanı ve analiz skoru (derecesi) arasında negatif yönde istatiksels olarak anlamlı ilişki saptandı.(p=0,022, p<0,001,p<0,001)(Tablo 4.11)

Tablo 4.11. Sağlık Algısına göre Depresyon ve Kırılgnlık İlişkinin Karşılaştırılması

	Sağlık Algısı	
	rho	p
Yesavage Depresyon Puanı	-0,102	0,079
Yesavage Depresyon Derece	-0,133	0,022
Kırılgnlık Toplam Puan	-0,514	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru	-0,472	<0,001

Hastaların sağlık algısına göre depresyon toplam puanları ve kırılgnlık puanları korele çıkmıştır. Sağlıklarını kötü algılayanlarda depresyon toplam puanı ortalaması(11,94±7,93) ve median (11) iken, sağlığını iyi hissedenler de depresyon toplam puanı (7,29±5,02 medianı(6) ve sağlık algısı orta olanlarda depresyon toplam puanı (7,19±5,66)ve medianı (5)2 tir.p=0,004

Sağlıklarını kötü algılayanlarda, kırılgn olmama oranı %14 iken ,orta hissedenlerde %40,7 ve iyi hissedenlerde %81,7 dir.(p<0,001) Sağlığını kötü algılayanlarda şiddetli kırılgnlık olayı % 31,4 ;sağlığını iyi algılayanlarda şiddetli kırılgnlık derecesi%0.0 dır.(Tablo 4.12.)

Tablo 4. 12. Sağlık Algısı ile Depresyon ve Kırılgnlık Düzeyinin Karşılaştırılması

YESAVAGE Depresyon Toplam Puan	11,94±7,93	7,19±5,66 (5)	7,29±5,02 (6)	0,004
Ort.±SD (Median)	(11)			
YESAVAGE Depresyon Derecen (%)				0,002
Depresyon yok	16 (45,7)	135 (76,3)	61 (74,4)	
Muhtemel depresyon	3 (8,6)	14 (7,9)	9 (11,0)	
Kesin depresyon	16 (45,7)	28 (15,8)	12 (14,6)	
Kırılgnlık Toplam Puan	8,23±3,34 (8)	5,07±2,18 (5)	3,12±1,67 (3)	<0,001
Ort.±SD (Median)				
Kırılgn Değil	5 (14,3)	72 (40,7)	67 (81,7)	<0,001
Görünürde Savunmasız	8 (22,9)	69 (39,0)	13 (15,9)	
Kırılgnlık Analiz Skoru n (%)				
Hafif Kırılgn	6 (17,1)	23 (13,0)	1 (1,2)	
Orta Kırılgn	5 (14,3)	10 (5,6)	1 (1,2)	
Şiddetli Kırılgn	11 (31,4)	3 (1,7)	0 (0,0)	

Gece uykuya dalmada zorluğu olanların %65.4 ünde depresyon yokken, %25,2 si kesin depresyon,%9.4 de muhtemel depresyondur. Uykuya dalma zorluğu olmayanların ise %76 ,7'sında depresyon yokken,%14 'de kesin depresyon %9,3 de muhtemel depresyon vardır.(p<0.044)

Gece uykuya dalmada zorluk çekenlerin kırılgnlık toplam puanları ortalaması (5.582±,82) medyanı 5 iken, uykuya dalmada zorluğu olmayanların kırılgnlık toplam puanları(4,37±3,48) medyanı 4 tür.(p<0,001) (Tablo 4.13)

Tablo 4.13. Uykuya Dalmada Zorluk ile Kırılgnlık ve Depresyon arasındaki ilişki

	Gece uykuya dalmada zorluk		
	Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam PuanOrt.±SD (Median)	8,91±6,38 (7)	6,91±5,51 (5)	0,005
YESAVGE Depresyon Derece			0,044
Depresyon yok	83 (65,4)	132 (76,7)	
Muhtemel depresyon	12 (9,4)	16 (9,3)	
Kesin depresyon	32 (25,2)	24 (14,0)	
Kırılgnlık Toplam PuanOrt.±SD (Median)	5,58±2,82 (5)	4,37±2,48 (4)	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru			0,007
Kırılgn Değil	48 (37,8)	99 (57,6)	
Görünürde Savunmasız	42 (33,1)	48 (27,9)	
Hafif Kırılgn	18 (14,2)	13 (7,6)	
Orta Kırılgn	10 (7,9)	7 (4,1)	
Şiddetli Kırılgn	9 (7,1)	5 (2,9)	

İdrar kaçırma ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.(p=0,082)

İdrar kaçıranlarda kırılgnlık toplam puanı ortalaması(5,99±2,96)medyanı 5 iken, idrar kaçırmayanlarda (3,97±2,05) medianı 4 tür(.p<0,001) (Tablo 4.14)

Tablo 4.14. Ürinerinkontinans ile Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki

		İdrar Kaçırma, tutamama		
		Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	8,46±6,41 (6)	7,18±5,54 (5)	0,082
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	92 (68,1)	123 (75,0)	0,349
	Muhtemel depresyon	13 (9,6)	15 (9,1)	
	Kesin depresyon	30 (22,2)	26 (15,9)	
Kırılgnlık Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	5,99±2,96 (5)	3,97±2,05 (4)	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru	Kırılgn Değil	42 (31,1)	105 (64,0)	<0,001
	Görünürde Savunmasız	48 (35,6)	42 (25,6)	
	Hafif Kırılgn	18 (13,3)	13 (7,9)	
	Orta Kırılgn	14 (10,4)	3 (1,8)	
	Şiddetli Kırılgn	13 (9,6)	1 (0,6)	

Son bir yıl içinde düşenlerin %61,4’de depresyon görülmezken, düşmeyenlerin %64’de depresyon görülmektedir.(p=0.46)

Son bir yıl içinde düşenlerin kırılgnlık toplam puanları ortalaması (6,20±3,8) ve medyanı 6 iken; düşmeyenlerin kırılgnlık toplam puanları (4,48±2,43) meydanları 4’ tür. Son bir yıl içinde düşenlerin %34,3’ü kırılgn değilken; düşmeyenlerin %53.7 si kırılgn değildir.(p<0,001) (Tablo 4.15)

Tablo 4.15. Son 1 yıl içinde düşme ile Kırılgnlık ve Depresyon Düzeyinin Karşılaştırılması

		Son 1 yıl içinde hiç düşme		
		Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	9,10±6,64 (8,5)	7,34±5,70 (5)	0,078
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	43 (61,4)	172 (75,1)	0,046
	Muhtemel depresyon	7 (10,0)	21 (9,2)	
	Kesin depresyon	20 (28,6)	36 (15,7)	
Kırılgnlık Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	6,20±3,08 (6)	4,48±2,43 (4)	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru	Kırılgn Değil	24 (34,3)	123 (53,7)	<0,001
	Görünürde Savunmasız	19 (27,1)	71 (31,0)	
	Hafif Kırılgn	10 (14,3)	21 (9,2)	
	Orta Kırılgn	10 (14,3)	7 (3,1)	
	Şiddetli Kırılgn	7 (10,0)	7 (3,1)	

Sürekli ilaç kullanımı depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.p=0.616

Sürekli ilaç kullananların kırılgnlık toplam puan ortalamaları(5,11±2.66)ve medianları 5 iken sürekli ilaç kullanmayanların kırılgnlık toplam puanları(3,73±2,62)ve medianları 3 tür.(p<0,001)sürekli ilaç kullananların %45 ‘i kırılgn değilken sürekli ilaç kullananların % 69,4 ‘ü kırılgn değildir.(p=0,049) Tablo 4.16

Tablo 4.16. İlaç Kullanımı ile Kırılgnlık ve Depresyon arasındaki İlişki

		Sürekli kullanılan ilaç		
		Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	7,98±6,06 (6)	6,61±5,38 (4)	0,086
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	177 (70,8)	38 (77,6)	0,616
	Muhtemel depresyon	24 (9,6)	4 (8,2)	
	Kesin depresyon	49 (19,6)	7 (14,3)	
Kırılgnlık Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	5,11±2,66 (5)	3,73±2,62 (3)	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru	Kırılgn Değil	113 (45,2)	34 (69,4)	0,049
	Görünürde Savunmasız	80 (32,0)	10 (20,4)	
	Hafif Kırılgn	28 (11,2)	3 (6,1)	
	Orta Kırılgn	16 (6,4)	1 (2,0)	
	Şiddetli Kırılgn	13 (5,2)	1 (2,0)	

Düzenli sigara içme ile kırılgnlık ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (P=0,630ve p=0,0680) Tablo 4.17

Tablo 4.17. Sigara Kullanımı ile Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki

		Düzenli sigara kullanımı			
		Evet	Bıraktım	Hiç içmedim	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	6,67±5,28 (5)	7,51±5,71 (6)	7,98±6,16 (6)	0,630
YESAVGE Depresyon Derecen (%)	Depresyon yok	17 (81,0)	62 (74,7)	136 (69,7)	0,598
	Muhtemel depresyon	0 (0,0)	7 (8,4)	21 (10,8)	
	Kesin depresyon	4 (19,0)	14 (16,9)	38 (19,5)	
Kırılgnlık Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	4,38±2,44 (5)	5,00±2,60 (5)	4,89±2,77 (4)	0,680
	Kırılgn Değil	10 (47,6)	38 (45,8)	99 (50,8)	0,474
	Görünürde Savunmasız	7 (33,3)	23 (27,7)	60 (30,8)	
	Hafif Kırılgn	3 (14,3)	14 (16,9)	14 (7,2)	
	Orta Kırılgn	1 (4,8)	5 (6,0)	11 (5,6)	
	Şiddetli Kırılgn	0 (0,0)	3 (3,6)	11 (5,6)	

Diyet yapmadığı halde kilo kaybı olanların depresyon toplam puanları ortalaması (10,70±6,69) medianları 10 iken;kilo kaybı olmayanların(7,51±5,85) medyanları5.5 (p=0,023) Kilo kaybı olmayanların %73 ,6 ‘da depresyon yok iken; kilo kaybı olanların %52,2 sinde depresyon yoktur.(p=0,002)

Diyet yapmadığı haldekilo kaybı olanlarda kırılgnlık toplam puan ortalaması,(6,78±2) medyanı 6 iken;kilo kaybı olmayanlarda(4,72 ±2,62) medyanı4 ‘tür.(p<0,001)

Kilo kaybı olanların %51’de kırılgnlık yokken ;kilo kaybı olanların %26,1 ‘da kırılgnlık yoktur.(p=0,011)Tablo 4.1

Tablo 4.18. Kilo Kaybı ile Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki

		Diyet yapılmadığı halde kilo kaybı		
		Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	10,70±6,69 (10)	7,51±5,85 (5,5)	0,023
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	12 (52,2)	203 (73,6)	0,002
	Muhtemel depresyon	0 (0,0)	28 (10,1)	
	Kesin depresyon	11 (47,8)	45 (16,3)	
Kırılgnlık Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	6,78±2,95 (6)	4,72±2,62 (4)	0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru	Kırılgn Değil	6 (26,1)	141 (51,1)	0,011
	Görünürde Savunmasız	8 (34,8)	82 (29,7)	
	Hafif Kırılgn	2 (8,7)	29 (10,5)	
	Orta Kırılgn	3 (13,0)	14 (5,1)	
	Şiddetli Kırılgn	4 (17,4)	10 (3,6)	

Halsizliği olanların Yasavage depresyon toplam puanı ortalaması (9,37±6,55) medianı 8,5 iken; halsizliği olmayanların toplam puanları (6,37±5,05)medianları5’tir.(p<0,001) Halsizliği olmayanların %80’inde depresyon yokken; olanların %62,3 ‘de depresyon yoktur.(p<0,001.Halsizliği olmayanlarda kırılgn olmayanlar ,%38.4 iken halsizliği olmayanlarda %56. 4 tür.(p=0,001) (Tablo 4.19)

Tablo 4.19. Halsizlik İle Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki

	Halsizlik		
	Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan Ort.±SD (Median)	9,37±6,55 (8,5)	6,37±5,05 (5)	<0,001
YESAVGE Depresyon Derece			<0,001
Depresyon yok	86 (62,3)	129 (80,1)	
Muhtemel depresyon	13 (9,4)	15 (9,3)	
Kesin depresyon	39 (28,3)	17 (10,6)	
Kırılgnlık Toplam Puan Ort.±SD (Median)	5,57±2,98 (5)	4,30±2,28 (4)	0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru			<0,001
Kırılgn Değil	53 (38,4)	94 (58,4)	
Görünürde Savunmasız	46 (33,3)	44 (27,3)	
Hafif Kırılgn	18 (13,0)	13 (8,1)	
Orta Kırılgn	9 (6,5)	8 (5,0)	
Şiddetli Kırılgn	12 (8,7)	2 (1,2)	

Son bir yıl içinde hastaneye yatanlar ile yatmayanlar arasında depresyon görülmemesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.(p=0,305)

Son 1 yıl içinde hastaneye yatanlarda kırılgnlık toplam puan ortalaması (6,74+- 2,99) medianı6 iken; yatmayanlarda kırılgnlık toplam puan ortalaması(4,39+-2,39) 4'tür.(p<0,001)

Hastaneye yatmayanlarda kırılgnlığı olmayanlar %55.1 iken ;yatanlarda kırılgn olmayanlar %27 dir.p<0,001 Tablo 4.20

Tablo 4.20. Hastaneye Yatış İle Kırılgnlık ve Depresyon Arasındaki İlişki

	Son 1 yıl içinde hastaneye yatış		
	Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan Ort.±SD (Median)	8,21±6,44 (6)	7,64±5,85 (6)	0,846
YESAVGE Depresyon Derece			0,305
Depresyon yok	42 (66,7)	173 (73,3)	
Muhtemel depresyon	5 (7,9)	23 (9,7)	
Kesin depresyon	16 (25,4)	40 (16,9)	
Kırılgnlık Toplam Puan Ort.±SD (Median)	6,71±2,99 (6)	4,39±2,39 (4)	<0,001
Kırılgnlık Analiz Skoru			<0,001
Kırılgn Değil	17 (27,0)	130 (55,1)	
Görünürde Savunmasız	16 (25,4)	74 (31,4)	
Hafif Kırılgn	12 (19,0)	19 (8,1)	
Orta Kırılgn	11 (17,5)	6 (2,5)	
Şiddetli Kırılgn	7 (11,1)	7 (3,0)	

Günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. $p=0.349$

Günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama olanların kırılma toplam puan ortalamaları (6.05 ± 2) medianı 6 iken ;kısıtlama olmayanların puan ortalamaları (3.7 ± 1.88) medianı 4 'tür. ($P < 0.001$) .Günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama olmayanların %67 si kırılma değilken; kısıtlama olanların %31 'i kırılma değildir.%9'ü şiddetli kırılma,%8,6 sı orta kırılma ve %17,9 'u orta kırılma,%33,1 'ise görünürde savunmasızdır.($p < 0.001$) (Tablo 4.21)

Tablo 4.21. Günlük yaşam aktivitelerinizde kısıtlama ile Depresyon ve Kırılma Arasındaki İlişki

		Günlük yaşam aktivitelerinizde kısıtlama		
		Evet	Hayır	p
YESAVGE Depresyon Toplam Puan				
Ort.±SD (Median)		8,19±6,32 (7)	7,31±5,57 (5)	0,349
YESAVGE Depresyon Derece	Depresyon yok	105 (69,5)	110 (74,3)	0,365
	Muhtemel depresyon	13 (8,6)	15 (10,1)	
	Kesin depresyon	33 (21,9)	23 (15,5)	
Kırılma Toplam Puan	Ort.±SD (Median)	6,05±2,86 (6)	3,70±1,88 (4)	<0,001
Kırılma Analiz Skoru	Kırılma Değil	47 (31,1)	100 (67,6)	<0,001
	Görünürde Savunmasız	50 (33,1)	40 (27,0)	
	Hafif Kırılma	27 (17,9)	4 (2,7)	
	Orta Kırılma	13 (8,6)	4 (2,7)	
	Şiddetli Kırılma	14 (9,3)	0 (0,0)	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, katılımcıların Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği toplam puanı ve depresyon derecesi ile; Edmonton Kırılgnlık ölçeği toplam puanı ve kırılgnlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Yani kırılgnlık derecesi arttıkça depresyon derecesi de artmaktaydı. Literatürde de depresyon ve kırılgnlık düzeyini araştıran pek çok çalışma yapılmış bizim çalışmamızla uyumlu çıkmıştır. Bu durum kırılgnlık mı depresyonu, depresyon mu kırılgnlığı artırır sorusunu akla getirmektedir. Düşüncemize göre yaşla birlikte artan komorbitite, bunların komplikasyonları hareketlerde kısıtlanma, düşmelerin artması ve benzeri sebepler kırılgnlığı artırmakta; artan kırılgnlıkta depresyonu artırmaktadır.Yine yaşla birlikte artan izolasyon, gerileme, kişinin eşinin ölmesi başkalarına bağımlılığın artması gibi sebepler kişide depresyon yapmakta buda kırılgnlığı artırmaktadır.Böylece bir kısır döngüye girilmektedir. Güzel tarafı birinin düzeltilmesi yada geciktirilmesi diğerini de düzelterektir. Kırılgnlığa eşlik eden depresyonun başarılı bir şekilde tedavi edilmesi, depresyona bağı gelişen fiziksel inaktivite, sosyal izolasyon, sedanter yaşamı düzelterek artmış fiziksel aktive ve sosyal yaşamı düzelterek artmış kas gücü, artmış enerji seviyesi ile kırılgnlığı azaltabilecektir.

2020 yılında Ji L ve arkadaşları, Doğu Asyada 1789 kişilik, fiziksel kırılgnlık ve 5 maddelik Geriatrik depresyon ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada kırılgnlığın, depresif belirtilerle anlamlı derecede ilişkili olduğunu gösterdi. Sonuçları bizimki ile uyumlu çıkmıştı. Ama onlara göre kırılgnlık ve depresyon arasındaki ilişki insanlar yaşlandıkça zayıflamaktaydı. Çünkü depresyon oranı genç yaşlılar arasında daha yüksekti(17). Jing Z ve arkadaşlarının Çin'in kırsal kesiminde 3242 kiş üzerinde yaptıkları bir çalışmada Lojistik regresyon ve Bootstrap analizleri kullanıldı. Depresyonu yüksek yaşlılarda kırılgnlık riskide yüksekti.(18) Bu çalışmanın sonuçları da bizim çalışmamızla uyumlu idi. Mastaleru A ve arkadaşlarının 65 yaş üstü 663 hastada yaptıkları çalışmada Kırılgnlık, Fried Kriterleri ve kapsamlı geriatrik değerlendirilme kullanılarak değerlendirildi. Ayrıca geriatrik depresyon ölçeği ile değerlendirilen depresyon ve kırılgnlık varlığı pozitif korelasyon göstermiş, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(19). Aine M

NiMhaolan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 60 yaş üzeri kişilerde anksiyete, kırılabilirlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. 560 kişi üzerinde kırılabilirlik firied ölçeği, depresif belirtiler Epidemiyolojik araştırmalar merkezi depresyon ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçekleri kullanılmıştır. Kırılabilir yaşlı gruplarda yüksek anksiyete ve depresyon skorları saptandı. Kırılabilirliğin en erken aşamasında bile duygusal sıkıntı belirtilerinin arttığını gösterdiler. Kırılabilirlik geliştikten sonra da anlamlı depresyon ve anksiyete olasılığı yüksekti. Farklı ölçekler kullansakta bizim çalışmamıza korele sonuçlar elde ettiler. Bizim çalışmamızdan farklı olarak anksiyeteyi de araştırdılar. Çalışmayı hastanede yatan hastalarda yaptıkları için hastaların kırılabilirlik oranı bizim çalışmamızdaki orandan yüksek çıkmıştı(20)). Mattheew Lohman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada depresyon ve kırılabilirlik arasında korelasyon olduğunu söylemişler ve bu iki yapı arasındaki ilişki ;semptom çakışmasıyla açıklanamaz demişlerdir. Bu sebeple depresyonun(psikolojik kırılabilirliğin);somatik kırılabilirliğin bir bileşeni olabileceğini düşünmüşlerdir(21). Cristiana Buigues ve arkadaşları 2015'te yaptıkları bir çalışma da depresyon ve kırılabilirlik yaşlı bireylerin önemli bir kısmında birlikte görülmektedir. İki sendrom arasındaki patofizyolojik değişiklikler yakın zamanda tanımlanmış ama iki sendrom arasındaki nedensel ilişki üzerine gelecekte çalışma yapılması açıkça gerekli demişlerdir(22). Tsuyoshi Okamura ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaşlılar arasında yüksek depresif durum ve ilgi kaybı olduğunu kırılabilirliğin da bunda önemli bir faktör olduğunu göstermişlerdir. Bu da birinci basamak geriatri ile geriatrik psikiyatri arasında iş birliği olması gerekliliğini düşündürmektedir(23). Çalışmalardaki (19,20,21,22,23,24,25) bulgular, bizim çalışmamızla uyumlu çıkmıştır.

Bizim çalışmamızda hastaların %18.7 sinde depresyon vardı. %9 u muhtemel depresyon çıkmıştı.% 71, 9'unda depresyon yoktu. Bizim çalışmamızda kırılabilir olmayanlar %49, görünürde savunmasız %30 ,hafif kırılabilir %10,4, orta kırılabilir %5,7 şiddetli kırılabilir %4,7 idi. (Toplam kırılabilirlik oranı%51). Yapılan diğer çalışmalarda kırılabilirlik ve depresyon oranları farklı oranlarda bulunmuştu. Dünyada 60 yaş üstü insanların üçüncü en yüksek oranına sahip olan Almanya son zamanlarda 15 Avrupa ülkesinin en düşük kırılabilirlik oranına sahip olduğunu bildirildi. Amanda K Buttery ve arkadaşlarının yaptığı çalışma 2008-2011 yılları

arasında yapılan Alman Sağlık Görüşme ve Mayene araştırmasının kesitsel bir analizi idi.Kadınlar arasında kırılgnlık prevalansı %2,8 prekırılgnlık %40,4 erkeklerde %2,3 ve prekırılgnlık %36,9dur(24).Almanya’da yapılan çalışmada kırılgnlık oranları bizim çalışmamızdan çok düşük çıkmıştır. Bunun sebepleri arasında gelişmişlik oranının, sosyo ekonomik düzeyin, yaşlı nüfusun eğitim düzeyinin, beslenme şekillerinin, spor yapmalarının etkili olduğunu ve kırılgnlığın azaltılabileceğini düşünmekteyiz.İki yazar 2016 da depresyon ve kırılgnlığı araştıran kesitsel ve boylamsal bir çalışma yapmıştır .Çalışmaya 24 çalışma dahil edildi.Kırılgnlığı olan 8023 kişide genel depresyon prevalansını %38,60 olarak bulmuşlardı. Depresyonu olan 2167 kişide ise kırılgnlık prevalansı %40,4 idi. Depresyonu olan kişilerin kırılgn olma olasıkları artmıştır(25). Jair Almeida Corneiro ve arkadaşlarının, Edmonton kırılgnlık ölçeği kullanarak yaptıkları bir çalışmada 65 yaş ve üstü360 hasta değerlendirilmiş, kırılgnlık prevalansı %47, bulunmuştu (26).Oscar Ribeiro ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada örneklem 91 tane 100 yaş ve üstü kişiden oluşuyordu. Bunlardan %5.5 i kırılgn değil, %42,9 ‘u kırılgn, 51,6 sıda çok kırılgn olarak sınıflandırıldı.Tüm örnekleme depresyon prevalansı, %35.2 idi.Kırılgnlığı olanlarda depresyon oranı%51, prekırılgn olanlarda %21,2 kırılgn olmayanlarda %0 idi. Kırılgn olanlar, kırılgn olmayanlara göre daha fazla depresyon riski gösterdi(27). 5-COOP çalışması, 5 ülkede(Japonya,İsviçre,Fıransa, Danimarka ve İsveçte yapılmıştır.1253 asırlık bir kesit çalışmasıdır.Bir anket çalışmasıdır.5 kriter değerlendirilerek yapılmıştır.Kilo kaybı, yorgunluk, halsizlik, yavaş yürüme , düşük fiziksel aktivite seviyesi. Genel kırılgnlık prevalansı, 3 kriter ve daha fazlası kullanılarak hesaplandı. İsveçte %51.5 isviçre’de %77,6 idi.(28).(25,26,27,28,29,30) çalışmalarda yaşlılarda depresyon görülme oranları (%30 -%38) kırılgnlık görülme oranları(%43-%57) aralığında bizim çalışmamızdaki oranlardan farklı çıkmıştır. Bu farkın önemli bir kısmının çalışmaların yapıldığı yaş grupları ve örneklemin seçildiği evrenden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda kırılgnlık puanı ve yaş arasında pozitif bir ilişki vardı.Yaş yükseldikçe kırılgnlıkta artmakta idi.85 yaş grubunun puan ortalaması <75ve 75-85 yaş gurubundan yüksekti.Tiago Coelho ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir çalışmada ; Toplumda yaşayan 250 yaşlı kişide kırılgnlık ve kırılgnlık

belirleyicileri, Tilburg Kırılgnlık göstergesi ile değerlendirildi. Katılımcıların %52,4 'ü 80 yaşı üzerinde idi. Fiziksel kırılgnlık 80 yaşı gurubunda yüksekti. Genel olarak yüksek bir ağrı, kırılgnlıkla ilişkilendirilmişti (29). Bizim çalışmamızla sonuçları uyumlu çıkmıştı.Kırılgnlığın yaşla artmasında kronik hastalıkların komplikasyonlarının yaşla artmasının,ilaç kullanımının hareket kısıtlılığının yaşla artmasının sebep olduğu düşünölmüşür.

Bizim çalışmamızda yaş grupları ile depresyon arasında anlamlı bir istatistik ilişki yoktu. YoungKo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Kore'li yaşlı kadınlarda kırılgnlık ve depresyon düzeyini araştırdı.Kırılgnlık düzeyi yaşlı kadınlarda %20,2 oranında orta ve şiddetli idi.Yaş artmasıyla depresyon anlamlı derecede ilişkiliydi.Bizim çalışmamız da yaşla depresyon ilişkisinin anlamsız çıkmasını katılımcılarımızın yaşlarının %72 sinin 75 yaş altı ve %3.7 sinin ise 85 yaş üstünden oluşmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda erkek cinsiyette kırılgnlık ,kadın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Depresyon görölme oranı yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu. Szwaczka ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları bir çalışma da ise deneklerin %24' de kırılgnlık saptanmış olup, kadınlarda %31, erkeklerde %19,1 oranında bizimkinin tersi oranında saptanmıştı(30). Bizim çalışmamızdaki erkeklerde kırılgnlık oranının kadınlardan yüksek olmasında, katılımcılarımızda kadınların yaş ortalamasının daha genç olması ve erkeklerin sigara kullanımının fazla olmasından kaynaklandığı düşünmekteyiz. Çakmur kırsal kesimde yaptığı çalışmada yaşlılarda. Cinsiyet ve kırılgnlık arasında anlamlı bir ilişki saptamadı (31). Simone Farias-Antunez de 60yaşı üstü yaptığı çalışmada kırılgnlığın kadın cinsiyete görölme oranı yüksekti(32). Priscila Yukari ve arkadaşları 2015 'te yaptıkları bir çalışma da Yaşlı Brezilya'lı kadınların diğer guruplardaki katılımcılardan daha kırılgn olduğunu göstermişlerdir. Çevreden çok yaşam tarzı ve sosyodemografik koşullar Brezilyalı kadınların kırılgnlığını etkilemektedir(33). Mattehew Lohman ve arkadaşları yaptıkları bir başka çalışma da kırılgnlık ve depresyonun örtüşmesinde cinsiyet farkını araştırmışlar kadınlarda ve erkelerde görölme oranında anlamlı bir fark görmemişlerdir.(34).

Bizim çalışmamızda yaşanan yerin merkez yada kırsal kesim olması ile kırılabilirlik ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat çalışmayı merkezde yaptığımızdan katılımcıların %95 ,7 'si merkezde yaşamaktadır. Bu nedenle pek güvenilir bir değerlendirme olmamıştır. LinaMa ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kırılabilirliği Çin' in değişik bölgelerinde taramışlar ve kadınlarda ve kırsal alanlarda anlamlı oranda yüksek bulmuşlardır.(35) SEyigor ve arkadaşları Türkiye'de yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetin,yaşın düşük eğitim düzeyinin,4 veya daha fazla ilaç kullanmanın, geçen yıl hastaneye yatışın,yetersiz beslenmenin kırılabilirliği artırdığını göstermişlerdi.(36). Sabine Rohrmann 2020'de yaptığı çalışmasında kırılabilirlik prevalansının değerlendirme aracından bağımsız olarak yaşla birlikte arttığını toplumda yaşayan yaşlı popülasyonlarda %4 ile %59 arasında değiştiğini, kadınlarda erkeklerden fazla olduğunu bulmuştur. Bir popülasyondaki yaygınlık oranı, depresyon, beslenme durumu, eğitim durumu ve kronik hastalık varlığına bağlıdır demiştir.Kadın cinsiyette fazla görülmesi dışında bizim bulgularımızla uyumlu çıkmıştır(37). Hiu-ChuanHsu ve arkadaşlarının,Taylandaki yaşlılarda yaptıkları çalışma da kadın cinsiyette olmak, artan yaş ve düşük eğitim seviyesi prekırılabilirlik ve yüksek kırılabilirlik için risk faktörleriydi.Psikolojik faktörler kırılabilirlikle ilişkili bulunmuştu.Yüksek maddi durum ve sosyal katılım kırılabilirlik ve depresyondan koruyucu faktörlerdi.(38)

Bizim çalışmamızda medeni durumla, kırılabilirlik ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştı. Joan Monin ve arkadaşlarının 2016 yılında 1260 evli çiftte yaptıkları çalışmada eşinin kırılabilirliğinin ve depresyonunun kişinin kırılabilirlik ve depresyonunu artırdığını bulmuşlar, yaşlı çiftlere odaklanan kırılabilirlik ve depresyonu önleme yada tedavi etme müdahelerinin bireylere olandan daha etkili olacağını söyleyerek farklı bir bakış açısı getirmişlerdir.(39)

Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça kırılabilirlik azalmış ama depresyon ilişkisiz çıkmıştır. Nils Georg Niederstrasser ve arkadaşları 12 yıllık takiple 8780 kişide yaptıkları çalışmaların da eğitimde yetersizliği kırılabilirlik için risk faktörü olarak bulmuşlardı(40).

Bizim çalışmamızda son bir yıl içinde düşme, kırılabilirlik ve depresyonla pozitif ilişkili bulunmuştur. Lauriane Segaux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da

kazara olmayan düşmesi olanlarda kırılgnlık anlamlı olarak yüksekti.Erin K Kastenschmid ve Gary J Kenedy birlikte yaptıkları çalışmada yaşlılardaki depresyon ve kırılgnlığı, düşme, inkontinans gibi geriatrik sendromlarla birlikte düşünmek gerektiğini söylemişlerdi (41). Yine CL Arfken ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da düşme korkusu ve düşme yaşamdan memnuniyetin azalması, kırılgnlık ve depresyonla ilişkiliydi(42).

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir durum olmasa da, yaşlı bireyleri ve özellikle de kadınları etkileyen sosyal yönü olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir olgudur. Bizim çalışmamız da idrar kaçırma ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Amai İdrar kaçırma ile kırılgnlık arasında korelasyon vardır.Wang CJ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ürinerin kontinan sprevalansı %19,1 idi.Kırılgnlık, üriner inkontinansı olanlarda olmayanlara göre yüksekti.(%67.7 ye karşı %32.3 oranında)(43). Jumadilova Z ve arkadaşlarının huzur evinde yaptıkları çalışmada üriner inkontinans oranı % 30 idi. Bunların çoğu kadındı ve üriner inkontinansı olanlarda kırılgnlık oranı artmıştı. Daha fazla uriner enfeksiyon geçirmiş. Daha fazla hastaneye yatmış ve daha fazla depresif olmuşlardı(44),

Bizim çalışmamızda diyet yapmadığı halde kilo kaybı olanlarda, kırılgnlık ve depresyon fazla görülmüştür. Bunun sebebinin çoğu zaman malignite olduğu ve bununda kırılgnlık ve depresyonu artırdığı düşünülmüştür. Angela M Sanford'un yaptığı çalışmada ağırlık ve kas külesindeki kaybın kırılgnlık için bir risk faktörü olduğunu bunu erken evrede önlemenin kırılgnlığı önlemede etkili olacağını söylemişti(45). Alessia Valentini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beslenme durumu ve kırılgnlık yakından ilişkiliydi. Mini beslenme değerlendirmesi kırılgnlık öncesi ve kırılgnlığı tahmin eden en iyi değışkendi.(46)

Bizim çalışmamızda düzenli sigara kullanımı ile kırılgnlık ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gotaro Kojima ve arkadaşları yaptığı çalışma da başlangışta sigara içmenin takipte kırılgnlık ve kötüleşen kırılgnlık durumu ile ilişkili olduğunu söylemişlerdir.(47) Çalışmamızda sonucun böyle çıkmasında sebep katılımcılarımızın sigara içme oranlarının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda uykuya dalmada zorluk ile kırılganlık ve depresyon pozitif ilişkili çıkmıştır. Carlos Vas Fragoso ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da uyku bozuklukları kırılganlıkla ilişkili bulunmuştur (48). Yan Press ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, uyku bozukluğunun kırılgan yaşlı insanlar arasında çok yaygın olduğunu ama depresyondan çok anksiyete ile ilişkili olduğunu söylemişlerdir. Biz de yeterli kalite ve sürede uykudan uzak kalmak, yaşlının beden ve ruh sağlığını etkileyeceği gibi, bunun tersi durumda uyku sorunlarının daha da artmasına yol açabileceğini düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda çoklu ilaç kullanımı ile kırılganlık arasından pozitif ilişki çıkmıştır. Mehmet Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada polifarmasi ve kırılganlık pozitif ilişkili çıkmıştır(49). Bunun sebebinin de polifarmasinin komorbiteyi de beraberinde getirmesi ve ilaç yan etkilerinin de kırılganlığı artırdığını düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda son bir yıl içinde hastaneye yatış oranı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ama son bir yıl içinde hastaneye yatış oranı ile kırılganlık oranı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Olga Theou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kırılganlık indeksi ve hastaneye yatış oranı birliktelik göstermişti(50).

Obezitenin kırılganlık için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Çünkü adipoz doku bir endokrin organ gibi davranmakta hormon salgılamakta proinflamatuvar bir ortam oluşturmaktadır. Çalışmamızda obezite risk faktörü araştırılmamıştır. Bu ilişkinin gösterilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın sadece aile sağlığı merkezinde kayıtlı hastalar üzerindeki yapılmış olması, topluma genellenmesinde bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmamızdaki anket sorularından bir kısmının subjektif değerlendirmeye açık olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında bulunmaktadır.

6.SONUÇ

Çalışmamızda yaşlılarda kırılgnlık ve depresyon düzeyleri pozitif ilişkili bulunmuştur. Kırılgnlık ve depresyon geri dönüşümlü ve tedavi edilebilir bir sendrom olup, erken tedavi edilmesi, düşme, kırık, yatış ve artmış mortalite gibi istenmeyen sonuçların önlenmesi için büyük önem taşımaktadır. Kırılgnlık ve depresyonla ilişkili faktörlerin bilinmesi yaşlılara ilişkin sağlık önlemlerinin geliştirilmesini sağlar.



7.KAYNAKÇA

1. *Demografik Değişim Sürecinde Türkiye'yaşlanma ve Sorunlar*. **Çuhadar, S.Gürsoy**. s.l. : dergipark .org., 2016.
2. *Yaşlılarda İntihar Davranışı*. **Arslan, Murat**. 2014.
3. *Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta planlanması*. **Turaman, Cem**. 4, 2001, Cilt 1. 22-27.
4. *Evde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi*. **Dağlar, Gülseren, Sabancıoğlu, Pınar Şükran Ertekin Selma ve Kav, Selma Sultan**. 4, 2014, Cilt 31.
5. *Multimorbititesi olan Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı*. s.l. : Turkish jornal POF Medicene And Primer Care 8.
6. *Kırılğan Yaşlı ve Hemşirelik Bakımı*. **Kapucu, Sevgisun**. s.l. : Dergipark osmangazi, 2017.
7. **Firied LP, XueQ-L, Cappola AR, FerruciL, Chaves P, Varadhan R, et al**. Nonlinear multisistem physiological Desregülasyon associated with frailty in older women imlikation for etioloji and traentment. *The Journal Gerentoloji Series*. 2009, Cilt 10.
8. **Göktaş K, Özkan ı.** Yalkılarda depresyon. *Psiciatry in Turkey*. 2006.
9. *Effect of depresion treatment on depresif syptoms in older adült hold:thermoderatig role of pain.j Am Geriatri*. **Mevandadi s.Ten Have TR, Katz IR, et al**. 2007.
10. *Duygudurum Bozuklukları*. **Psikiyatri, Ceylan ME**. Araştırma ve Klinik Uygulamada **Biyolojik**. 1, 2001, Cilt 4. 10.
11. *Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri*. **Sibel Kılıç, Fuat Torun**. s.l. : Tıp Dergisi , 2011.
12. *Yaşlılık Çağı Depresyonun Risk Etmenleri ve Etiyolojisine Yönelik bir gözden Geçirme*. **A, Kılıçoğlu**. 46, s.l. : Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006, Cilt 7. 49-54.
13. *Mini Mental State Apratikal Apratikal metodfor grading the cognitif state of patiens for the clinician*. **Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR**. 12, 1975. 189-198.
14. *Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlili ve Güvenirliği*. **Turan Ertan, Engin Eker, Vedat Şar**. 34- 2, s.l. : Nöro Psikiyatri Arşivi, 1997. 62-71.
15. *Validity of the Edmonton Frail Scala Age and agening* . **Rofson DB, Majundar SR, Tusuyuki RT, Tahir A, Rockwood K**. 5, 2006, Cilt 35. 526-9.
16. **Rolfson DB, Majumdar Sr, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K, Validity and reability of the Ed**. Validity and reability of the Edmononton Frail Scale. 2006.
17. *Age Differences in the relationship between frailty and depression among community-dwelling older adult*. **Ji L, at al**. s.l. : Geriatr Nurs, 2020.
18. **Jing Z, Li j, Wang Y, Ding L, Tang X Feng Y, Zhou C**. 2020 mart. 268:88-94.

19. *Evaluation of frailty and its impact on geriatric assessment.* **Mastaleru A, Liie AC, Stefani R, Leon-Constantin MM, Sandu IA, Pislaru AI, Abdulan IM, Alexa ID.** s.l. : Psychogeriatrics, 2020 Jan 19.
20. *Frailty, Depression, and Anxiety in Later Life.* **al, Aine M Ni Mihaolain at.** s.l. : Psychogeriatr., Aug 2012.
21. *Depression and Frailty in Late Life : Evidence for a Common Vulnerability.* **Matthew Lohman, Levent Dumenci, Biriana Mezuk.** s.l. : J Gerontol Bpsychol Sci Sos Sci, 2016. 71(4),630-40.
22. *The Relationship Between Depression and Frailty Syndrome: A systematic Review.* **al., Cristiana Buigues et.** 9, s.l. : Aging Ment Health, 2015, Cilt 19. 762-72.
23. *Prevalance of Depressed Mood and Loss of interest Among Community -Dwelling Older People: Large scsle Questionnaire Survey and Visiting Intervention.* **al., Tsyoshi Okamura et.** 11, s.l. : Geriatr Gerontol int, 2018, Cilt 18. 1567-1572.
24. **Amanda K Buttery, Markus A Bush, Beate Gaertner, Christa Chista Scheidt-Nave Judith Fucchs.** 22, s.l. : BMC Geriatr, 2015, Cilt 15.
25. *Ageing Res Rev.* **al., Pinar Soysal at.** 2017.
26. *Frailty in The Elderly Prevalance and Associated Factors.* **al., Jair Almeida Carneiro et.** 2017.
27. *Frailty and Depression in centenarias.* **Oscar Ribeiro, Nattalia Darte, Laettitia Teixeria, Köstence Paul.** 2018.
28. *Frailty and Associated Factors Among Centenarians in the 5 CCOOP Contries.* **al., Marie Herr et.** 2018.
29. *Pain Medicine, Volume 18, Issue 4.* **Tiago Coelho, OTR, PhD, Constança Paul, PhD, Robbert .J.J. Gobbens, RN, PhD, Lia Fernandes, MD, PhD.** s.l. : Pain Made., 2017.
30. *Frailty Phenotyp: Evidence of Both physical and Mental Healt Component in Comunity- Early-old Adült.* **al., Scwaczka et.** 2020.
31. *Turkiye nin'Kırsal Alanındaki Yaşlı Yetişkinlerde Kırılganlık.* **Çakmur, Hlya.** s.l. : Med Sci Monit, 2015 .
32. *Frailty Prevalance and Assoiciated Factors in the Elderly in Sourthern Brazil, 2014.* **Simone Farias -Antunez, Anaclaudia, Gastal Fassa.** s.l. : Epidemoil Serv Saude, 2019.
33. *Comparison of Frailty Among Japanese, brazilianJapanese Descendants and Brazilian Commnity -Dwelling Plder Women.* **al., Piriscila Yukari Sewo Sampaio et.** 6,762-9, s.l. : Geriatr Gerontol Int , 2015, Cilt 15.
34. *Sex Differences in the Consturct Overlap of Frailty and Depression: Evidence From the Healt and Retiment Stdy.* **Mathew Lohman, Levent Dümenci, Briana Mezuk.** 3, s.l. : J Am Geriatr Soc., 2014, Cilt 62. 505-5.

35. *Prevalance of Frailty and Associated Factors in the Community -Dwelling Poplotion of çhina.* **Lina Ma, Zihe Tang li Zihang,Feu Sun,Yun Li, Piu Cihan.** s.l. : J aM Geriatr Soc, 2018.
36. *Frailty Prevalans and Related Factors in the Older adult-FrailTURK Proje.* **al., S Eyigor et.** 3, 2015, Cilt 37. 9791.
37. *Epidemiyoloji of Frailty in Older People.* **Rohrmann, Sabine.** 21-22, s.l. : Adv exp Med Bio, 2020.
38. *Trajectories of Frailty and Related Factors of the Older People in taiwan.* **Hui -Chian Hsu, Wen-Chiung Chang.** 1, s.l. : Exp Aging Res, 2015, Cilt 41. 104-14.
39. *Spousal Associations Between Frailty and Depressive Semptoms:Longitudinal Finding From the Cardiovascular Healt Study.* **al., Joan Monin et.** 4, s.l. : J Am Geriatr Soc, 2016, Cilt 64. 824-30.
40. *Determinants of Frailty Development and Progression Using aMultidimensional Frailty index: Evidence From The Engilish Longitudinal Study of Ageing.* **Nils Georg Niederstrasser, Nina Trivedy Rogers,StephanBandelow.** 10, s.l. : Plos One., Cilt 14. e0223799.
41. *Depression and Anxiety in Late Life:Diagnostoc Insights and Therapetic Option.* **Erin K Kastenschmidt, Gary J Kennedy.** 4, s.l. : Mt Sinai J Med, 2011, Cilt 78. 527-45.
42. *The Pravalance andCorrelates of Fear of Falling in Elderly Persons Living in the Community.* **C LArfken, HW Lach ,SJ Birge, JP Miller.** 4, s.l. : Am J public Healt, 1994, Cilt 84. 565-70.
43. *Uriner İnkontinence and İts Association With Frailty Among Men Aged 80 Years or Older in Taiwan:A Cross-Sectional Study.* **al., Chin-Jen Wanget.** 2, 2017, Cilt 20. 111-117.
44. *Urinary Incontinence in the Nursing Home:Resident Characteristics and Prevalance of Drug Treatment.* **Zhana Jumadilova, Terasa,Zyczynski,Barbara Paul,Siva Narayanan.** 4Suppl, s.l. : Am J Manag Care, 2005. S112-20.
45. *Anorexia of Aging and Its Role for Frailty.* **Sanford., Angela M.** 1, s.l. : Curr Open Clin Nutr Metab Care, 2017, Cilt 20. 54-60.
46. *Frailty and Nutriotinial Status OLder People:The Mini Nutritional Assesment as Screening Tool for the Identifikation of Frail Subjeks.* **Alessia Valentini, Massimo Federici,Marria Assunta Cianfarani,Umberto Tarantina,Aldo Bertoli.** 13, s.l. : Clin Interv Aging, 2018, Cilt 13. 1237-1244.
47. *Smoking as a predictor of frailty:asistematic reviev.* **Gotaro Kojima, Steve Lliffe,Kate walters.** 1, s.l. : BMC geriatrics, 2015, Cilt 15. 131.
48. *Sleep-Wake Disturbances and Frailty in Commnity -Living Older Persons.* **Fragoso, Carlos Vaz, et al.** 11, s.l. : Journal Of the American Geriatrics Society, 2009, Cilt 57. 2094-2100.
49. *65 Yaş ve Üzeri Kişilerde Kırılğanlık ile İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki.* **Arkadaşları, Mehmet Arslan ve.** 1, s.l. : Medical Bulletin Of Haseki/Haseki Tıp Bülteni, 2020, Cilt 58.

50. *Frailty ,Hospitalization,and Mortality in Residential Aged Care.* **etal., Olga Theou.** 73, s.l. : J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2018, Cilt 9. *d Anksietiy In AFrail Elderly Poplation.* **Yan Pres, Boris Punchik, Tamer Freud.** 7, s.l. : Aging Clinical and experimental researc, 2018, Cilt 30. 755-765.



8.EKLER

EK 1. ETİK KURUL KARARI



EK 2. İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ASM'DE ÇALIŞMA İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
16/05/2019 13:37 - 16867222 - 604.01.01 - E.1919



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Dr. Fadime KALAN (Anket Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 29/01/2019 tarihli ve 71211201-786 sayılı yazı.
b) 14/05/2019 tarihli ve 64222187-604.01.01-3439 sayılı yazı.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencisi Dr. Fadime KALAN'ın "Yaşlılarda kırılabilirlik ve depresyon düzeyi ilişkisinin değerlendirilmesi" başlıklı anket çalışmasını, Bağcılar İlçesi Çınar Aile Sağlık Merkezinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Biriminin ilgi b) sayılı yazısında belirtilen hususlara uyulması suretiyle onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz / rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Dağıtım:

Gereği:

İstanbul Bağcılar İlçe Sağlık Müdürlüğü

Bilgi:

İstanbul Aile Hekimliği Birimi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi

Birimi

Telefon: Faks No:

e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 55233f0b-b1ce-49cf-a0a6-c4538c6b36f8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. TEZ KONUSU ONAM FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	FADİME KALAN
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	İSTANBUL HASEKİ E.A.H SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı
Doç Dr Seçil ARICA
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	19.06.2018
Karar No:	97 (1)
Tez Konusu:	() Uygundur. (X) Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

EK.4 ANKET FORMU

ÇINAR ASM' DE YAPILACAK 65 YAŞ HASTALAR VE ÜSTÜ HASTALARALDA
KIRILGANLIK VE DEPRESYON DEĞERLRNDİRİLMESİ İÇİN ANKET FORMU

- 1- Yaşınız.....
- 2- Eğitim urumunuz.....
- 3- Cinsiyetiniz.....
- 4- Medeni durumunuz.....1]Bekar2]Evli
.....3]Boşanmış.....4]Eşi ölmüş
- 5- Mesleğiniz.....
- 6- Sosyal güvence durumunuz.....
- 7- Yaşadığınız yer neresi.....1)Merkez2)Kırsal kesim
- 8- Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz.....1) Kötü.....2)orta3)İyi.....4)
Çok iyi
- 9- Gece uykuya dalmada zorluk çekiyormusunuz? 1) Evet.....2)Hayır
- 10- İdrar tutamama , kaçırma var mı?.....1) var.....2)yok
- 11- Son 1 yıl içinde hiç düştünüzü?.....1)Evet 2)Hayır
- 12- Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?1]var.....2] yok.
- 13- Düzenli sigarakullanıyorsunuz?..... 1)evetpaket
yıl.....2.)Bıraktım.....3)Hiç içmedim
- 14- Diyet yapılmadığı halde kilo kaybı var mı?.....1)evet2]hayır
- 15- Halsizliğiniz var mı?.....1)evet2)hayır
- 16- Son 1 yıl içinde hastaneye yatışınız var mı?.....1]evet 2)Hayır
- 17- Günlük yaşam aktivelerinizde kısıtlama odlumu?....1)evet..... 2)hayır

EK.5YESAVAGE DEPRESYON ÖLÇEKĞİ

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz ?Aşağıdaki sorulara evet hayır diye cevap veriniz

	Evet	Hayır
1-)Genel olarak hayatınızdan memmun musunuz?	0	1
2-)Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	1	0
3-)Hayatınızın anlamsız olduğunu mu düşünüyorsunuz?	1	0
4-)Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	1	0
5-)Gelecekte ümitli misiniz?	0	1
6-)Sizi rahatsız eden ve kafanızdan atamadığınız düşünceleriniz var mı?	1	0
7-)Keyfiniz çoğu zaman yerinde midir?	0	1
8-)Sanki size kötü bir şey olacaktı gibi bir korku yaşıyor musunuz?	1	0
9-)Kendinizi çoğu zaman mutlu hissedermisiniz?	0	1
10-)Sıklıkla kendinizi çaresiz hissedermisiniz?	1	0
11-)Sıklıkla hüsursuz ve yerinde duramaz olurlar mı?	1	0
12-)Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	1	0
13-)Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz ?	1	0
14-)Bir çok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	1	0
15-)Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	0	1
16-)Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?	1	0
17-) Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	1	0
18-)Geçmiş düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?	1	0
19) Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?	0	1
20-)Yeni bir şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?	1	0
21-)Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	0	1
22-)Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	1	0
23-)Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz ?	1	0
24-) küçük şeyler canınızı sıkıyor mu?	1	0

EK.6 EDMONTON KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ

Kırılgnlık Alanı	Madde	0 puan	1 puan	2 puan
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yerlerine koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hatalar	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	>2
	Genel olarak sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel, çok iyi, iyi	İdare eder	Kötü
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -Yemek hazırlama -Alışveriş yapma -Ulaşım -Telefon -Ev temizliği -Çamaşır yıkamak -Paranın iadesi -İlaç almak	0-1	2-4	5-8
Sosyal Destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç
İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
	Zaman zaman reçeteli ilaçları almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet	
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	

Ruh hali	Kendinizi sıklıkla üzgün ya da depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size 'gidin' dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20 sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma muhtaç duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			

Kırılganlık Analiz Skoru	
0-4	Kırılgan Değil
5-6	Görünürde Savunmasız
7-8	Hafif Kırılgan
9-10	Orta Kırılgan
11 ormore	Şiddetli Kırılgan

EK.7 MİNİ MENTAL TEST

STANDARİZE MİNİ MENTAL TEST

Puan

YÖNELİM (Her soru 1 puan ,toplam 10 puan).....()

1-Hangi yıl içindeyiz?..... ()

2-Hangi mevsimdeyiz?..... ()

3-Hangi aydayız?..... ()

4-)Bugün ayın kaçı?..... ()

5-Hangi gündeyiz ?..... ()

6-Hangi ülkede yaşıyoruz? ()

7-Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?..... ()

8-Şuan bulunduğunuz semt hangisidir?..... ()

9-Şuan bulunduğunuz bina hangisidir?..... ()

10-Şu an binada kaçınıcı kattasınız ?..... ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam 3 puan)()

Şu an bitirdiğim 3 ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa) (Bayrak) (Elbise) (Toplam 3 puan).....()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam 5 puan).....()

100 den geriye doğru 7 çıkartarak gidin.Dur deyinceye kadar devam edin.

(Her doğru işlem 1 puan:100,93,86,79,72,65) (Toplam 5 puan)

HATIRLATMA (Toplam puan 3)

Yukarda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz?Hatırladıklarınızı söyleyin

(Masa) (Bayrak) (Elbise) (Toplam 3 puan)

LİSAN (Toplam 9 puan).....()

a.Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nelerdir? (Saat) (Kalem)

(Süre 20 saniye) (Toplam 2 puan).....()

b.Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

‘Eğer ve fakat istemiyorum’ (Süre 10 saniye) (1 puan).....()

c.Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim,beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın

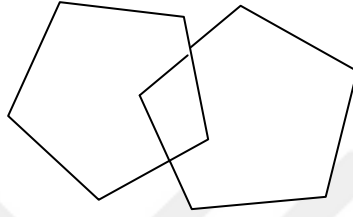
‘ ‘ Masada duran kağıdı elinize alın. İki elinizle katlayın ve yere bırakın lütfen’ ’
(Süre 30 saniye) (toplam puan 3).....

d.Şimdi size bir cümle vereceğim.Okuyun ve yazıda söylene şeyi yapın. (1 puan)

GÖZLERİNİZİ
KAPATIN.....()

e.Şimdi size vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)

f.Şimdi size göstereceğim şeklin aynısını çizin(1 puan).....()



puan(0- 30).....

puan:Normal

puan :Hafifdemans

puan :Demans

Toplam

24-30

18-23

17ve altı

9. ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Fadime Kalan

Doğum yeri ve tarihi: Aksaray /11.06.1965

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi ve Telefonu: fadimekalan@gmail.com cep:05322013319

Yabancı dili: İngilizce

II-Eğitimi

Lise: Van Ereğ Lisesi 1982

Lisans: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 1994

III- Mesleki Deneyimi

1994-1998 Ilgaz (Çankırı) Devlet Hastanesi

1998-2005 Şereflikoçhisar (Ankara) Devlet Hastanesi

2005-2008 Özel Çorlu Şifa Hastanesi (Tekirdağ)

2008-2009 Özel Bayraktar Hemodiyaliz Merkezi

2009- 2010 Özel Deva Hemodiyaliz Merkezi

2010.-2020 Bağcılar Çınar ASM

2014- 2020 SBÜ Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezinde asistan hekim olarak çalışmaktadır.