T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KAYSERİ YAŞLI BAKIM MERKEZLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON VE YETİ YİTİMİNİN İNCELENMESİ

Hazırlayan
Behice TERLİKLİ

Danışman
Hasan DURMUŞ

Yüksek Lisans Tezi

Temmuz 2024

KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KAYSERİ YAŞLI BAKIM MERKEZLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON VE YETİ YİTİMİNİN İNCELENMESİ

Hazırlayan
Behice TERLİKLİ

Danışman
Hasan DURMUŞ

Yüksek Lisans Tezi

Temmuz 2024

KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı- Soyadı: Behice TERLİKLİ
İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

‘’Kayseri Yaşlı Bakım Merkezlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Ve Yeti Yitiminin İncelenmesi’’ adlı **Yüksek Lisans Tezi** Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan	**Danışman**
Behice TERLİKLİ	**Doç. Dr. Hasan DURMUŞ**

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Hasan DURMUŞ danışmanlığında **Behice TERLİKLİ** tarafından hazırlanan **''Yaşlı Bakım Merkezlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Ve Yeti Yitiminin İncelenmesi''** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

…./…./2024

JÜRİ

Danışman: Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

Üye: Prof. Dr. İskender GÜN

Üye Doç. Dr. Arda BORLU:…….....

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ……. Tarih ve …… sayılı kararı ile onaylanmıştır.

…./…./2024
Prof. Dr. Bilal AKYÜZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin bütün aşamlarında beni yönlendirip yüksek bilgi, tecrübe, zaman ve emeklerini esirgemeyerek yetişmem ve gelişmemde katkıda bulunan, yol gösteren danışmanım Doç. Dr. Hasan DURMUŞ'a; yüksek lisans eğitimi süresince emeği geçen bütün Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarıma; anket çalışmaları süresince katılımını esirgemeyen tüm yaşlı bireylere; hayatımda attığım her adımda yanımda olduklarını her zaman hissettiren çok sevgili ailem Mine ÇERÇİLER, Zuhal TERLİKLİ, İbrahim ÇERÇİLER, Mehmet TERLİKLİ olmak üzere her bireyine bana inançları, destekleri ve sevgileri için teşekkür ederim. Son olarak, hayatımda olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, yüksek lisans eğitimimin her aşamasında sevgisi ve desteği ile daima yanı başımda olan, varlığı ile bana güç veren sevgili eşim Alaaddin TERLİKLİ'ye sonsuz sevgi ve teşşekkürlerimi sunuyorum.

KAYSERİ YAŞLI BAKIM MERKEZLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON VE YETİ YİTİMİNİN İNCELENMESİ

Behice TERLİKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlıgı
Yüksek Lisans Tezi, Temmuz 2024
Danışman Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

ÖZET

Bu çalışma yaşlı bireylerde sağlık sorunlarının beraberinde getirebileceği yeti yitimi ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptamak, bununla birlikte yeti yitimi ve depresyonu tetikleyen risk etmenlerini belirlemek için planlanmıştır. Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışmada yaşlı bireyleri değerlendirmek için tanımlayıcı bilgileri içeren sorular, Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 24.0 programı ile gerçekleştirilmiş olup, başlıca kullanılan testler: Ki-kare test, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Korelasyon analiz testleridir. Bu çalışmadaki istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ 'dir. Çalışmaya 348 birey katılmış olup %53.7'si kadın (n=187), %48.3'ü erkektir (n=161). Bakımevine gitmeyen bireylerin giden bireylere göre anlama iletişim kurma, insan ilişkileri, toplumsal yaşama katılım, yaşam faaliyetleri ve hareket etmekte çekilen zorluğun anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Hareket etmede çekilen zorluğun ise kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların ve bakımevine gitmeyen bireylerin yeti yitimi puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bakımevine gitmeyen, destekli yaşayan, ekonomik durumu kötü olan, eğitim seviyesi düşük olan, bekar/dul olan ve kronik hastalığı olan bireylerde depresyon daha sık görülmekteydi. Kadınların depresyon puanları, erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yeti yitiminin tüm alt boyutları ile depresyon arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Yeti Yitimi Ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.601$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerde yeti yitimi ve depresyonun birbirine yol açabilen durumlar olarak çok yönlü ele alınması ve bu ilişki tedavi ve bakım süreçlerini etkileyeceği için yaşlı bireylerin sıklıkla depresyon ve yeti yitimleri açısından değerlendirilmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Yetişkinler; Yeti Yitimi; Depresyon; Yaşlı Bakım Merkezi

EVALUATION OF DEPRESSİON AND DISABILITY IN AGED PEOPLE STAYING IN KAYSERİ ELDERLY CARE CENTERS

Behice TERLİKLİ

Institute of Health Sciences Public Health

Master's Thesis, July 2024

Advisor Assoc. Dr. Hasan DURMUŞ

ABSTRACT

This study is designed to identify the relationship between disability due to health issues and depression in elderly individuals, as well as to determine the risk factors triggering disability and depression. In this cross-sectional descriptive study, questions containing descriptive information were used to assess the elderly individuals, along with the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) and the Geriatric Depression Scale (GDS). Statistical analysis was performed using the SPSS 24.0 program, with the main tests used being the Chi-square test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, and correlation analysis tests. The statistical significance level in this study is $p<0.05$. It was observed that individuals who did not go to nursing homes had significantly higher difficulties in understanding and communicating, interpersonal relationships, participation in social life, life activities, and mobility compared to those who did. It was also found that women had more difficulty in mobility than men. The disability scores of women and those who did not go to nursing homes were found to be significantly higher. Depression was more common in individuals who did not go to nursing homes, lived with support, had poor economic status, low education levels, were single/widow, and had chronic illnesses. The depression scores of women were found to be significantly higher than those of men. A moderately significant positive relationship was found between all subdimensions of disability and depression. A moderate positive ($r=0.601$) and significant ($p<0.05$) relationship was found between the Geriatric Depression Scale score and the Disability Assessment Schedule score. The study concluded that disability and depression in elderly individuals should be considered as interrelated conditions, which will affect treatment and care processes. Therefore, elderly individuals should be frequently assessed for depression and disabilities.

Keywords: Aged Individuals; Disability; Depression; Elderly Care Center

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK…….....
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI……..i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI…….....ii
KABUL VE ONAY SAYFASI……...…iii
TEŞEKKÜR…….…iv
ÖZET…….……..…v
ABSTRACT……...…vi
İÇİNDEKİLER……..…vii
KISALTMALAR VE SİMGELER……..……...…….x
TABLOLAR LİSTESİ…….....xi
ŞEKİLLER LİSTESİ…….…….....xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ……1
2. GENEL BİLGİLER……..5
2.1. Yaşlılık……....5
2.2. Yaşlanma……7
2.2.1. Kronolojik yaşlanma……7
2.2.2. Biyolojik (fizyolojik) yaşlanma……...8
2.2.3. Psikolojik yaşlanma……8
2.2.4. Sosyal yaşlanma…….……...9
2.3. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Durumu…….……9
2.4. Yeti Yitimi Kavramı ve Yeti Yitimi Tanımlamaları……17
2.5. İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) ve ICD-10……..…18
2.6. Yaşlılıkta Yeti Yitimi…….……...23
2.7. Yaşlılarda Yeti Yitimine Neden Olan Risk Etmenleri…….……25
2.8. Yeti Yitiminin Getirdiği Sorunlar…..……25
2.9. Yaşlılarda Yeti Yitimi Sonuçları ve Halk Sağlığı Yaklaşımı..……..26
2.10. Yaşlılık ve Depresyon.……..……...27
2.11. Yaşlılıkta Depresyon Epidemiyolojisi……..……...28
2.12. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi……..…...30

2.13. Yaşlılık Depresyonunda Risk Faktörleri……..……30
2.14. Yaşlıların Yaşadıkları Ortamlara Göre Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki ……..……...…..31
2.15. Depresyon ve Yeti Yitimi……..…..32
3.GEREÇ VE YÖNTEM……34
3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri…….34
3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri……36
3.3. Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0) …….……..……..…..……36
3.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği……...…….....38
3.5. İstatistiksel Analizler……..……39
4. BULGULAR……...40
5. TARTIŞMA…….....63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….....77
7. KAYNAKÇA…….....79
EKLER……89
ÖZGEÇMİŞ……...…….94

KISALTMALAR VE SİMGELER

BM : Birleşmiş Milletler

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GDÖ : Geriatrik Depresyon Ölçeği

ICD-10 : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Baskı

ICIDH : Uluslararası Engellilik, Yaygınlaştırma ve Sağlık

ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health Sınıflandırması

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development

SPSS : Statistical Packege For Social Science

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHODAS 2.0 : Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı……..……40

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Durum, Araç ve Akıllı Telefon Kullanımlarına İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı ……..…….....41

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Şeklinin İncelenmesi…….……..….42

Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığının Değerlendirilmesi……42

Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Katılımcıların Akıllı Telefon ve Araç Kullanım Durumları……...…….43

Tablo 4.6. Cinsiyete Göre Katılımcıların Ekonomik Düzey ve Eğitim Durumunun İncelenmesi…….44

Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Katılımcıların Çalışma Durumunun İncelenmesi……...44

Tablo 4.8. Cinsiyete Göre Katılımcıların Yaşam Durumlarının İncelenmesi……45

Tablo 4.9. Cinsiyete Göre Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi ….45

Tablo 4.10. Bakımevine Giden ve Gitmeyen Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi ……46

Tablo 4.11. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi…….46

Tablo 4.12. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Yaşam Durumlarına Göre İncelenmesi…….47

Tablo 4.13. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Birlikte Yaşam Durumuna Göre İncelenmesi ……47

Tablo 4.14. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Ekonomik Durumlara Göre Dağılımının İncelenmesi ……..48

Tablo 4.15. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi……48

Tablo 4.16. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre İncelenmesi ……49

Tablo 4.17. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Kronik Hastalık Varlığına Göre İncelenmesi ……49
Tablo 4.18. Cinsiyete Göre Katılımcıların Yeti Yitimi Ölçeğinin Alt Boyutları Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları ……..47
Tablo 4.19. Cinsiyete Göre Katılımcıların Yeti Yitimi ve Depresyon Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları……..…….51
Tablo 4.20. Bakımevine Gitme Durumuna Göre Katılımcıların Depresyon, Yeti Yitimi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları……51
Tablo 4.21. Kronik Hastalık Bulundurma Durumuna Göre Katılımcıların Depresyon ve Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları…….53
Tablo 4.22. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi……...…..53
Tablo 4.23. Katılımcıların Yaşam Durumuna Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi ……...54
Tablo 4.24. Katılımcıların Birlikte Yaşam Durumuna Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi ……55
Tablo 4.25. Katılımcıların Ekonomik Durumuna Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi…….55
Tablo 4.26. Katılımcıların Ekonomik Durumuna Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi……56
Tablo 4.27. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi…….56
Tablo 4.28. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi…….56
Tablo 4.29. Katılımcıların Araç Kullanma Durumlarına Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi……....57
Tablo 4.30. Katılımcıların Araç Kullanma Durumlarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi……57
Tablo 4.31. Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanma Durumlarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi…….58
Tablo 4.32. Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanma Durumlarına Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi…….59

Tablo 4.33. Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının Göre İncelenmesi……..59
Tablo 4.34. Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Yeti Yitimi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Korelasyonu……..60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Yaş grubuna göre yaşlı nüfusun yüzdesi, 2017, 2022……..…..11
Şekil 2.2. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke, 2022……...12
Şekil 2.3. Nüfus piramidi, 1935, 1975, 2022……..12
Şekil 2.4. Hane türüne göre yaşlı nüfus yüzdesi, 2022……..13
Şekil 2.5. Cinsiyete göre yaşlı okuryazarlık oranı, 2017, 2021…….13
Şekil 2.6. Yaşlı nüfusun eğitim düzeyine göre yüzdesi, 2017, 2021…….14
Şekil 2.7. Medeni duruma ve cinsiyete göre yaşlı nüfus yüzdesi, 2022…….14
Şekil 2.8. Yaş grubuna ve cinsiyete göre genel mutluluk düzeyi, 2022……15
Şekil 2.9. Yaşlı bireylerin internet kullanım yüzdesi, 2017, 2022…….16
Şekil 2.10. Bir bireyin artık kendi başının çaresine bakamayacak bir yaşa ulaştığında yaşama dair istek yüzdesi, 2021…….17
Şekil 2.11. ICIDH 1980'de yer alan yeti yitimi süreci şeması……..20
Şekil 2.12. Saad Nagi'nin oluşturduğu yeti yitimi süreci planı…….21
Şekil 2.13. Verbrugge ve arkadaşlarının oluşturduğu yeti yitimi süreci ……..22
Şekil 4.1. Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanı ve Yeti Yitimi Ölçek Puanı Arasındaki İlişki……....62

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, insana fiziksel bakımdan kayıp yaşatan, bireylerarası desteği zayıflatan, statü kaybettiren, çoğalan fiziksel rahatsızlıklar ve engellilik sebebiyle insanı çevresine bağımlı duruma getiren bununla beraber psikolojik meselelere daha çok rastlanılan fizyolojik bir dönem olarak tanımlanmıştır (Akgün ve ark., 2004; Meseguer-Santamaría ve ark., 2013; Taşçı, 2010; Tel ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporunda yaşlanmayı, bireylerdeki yeti yitiminin ve diğer bireylere olan bağımlılaşmanın artması olarak tanımlamıştır (Güler ve ark., 2015). Nüfusun yaş ortalamasının artması da yaşlılık ve yeti yitimi arasındaki bağlantıyı kuvvetlendirmiştir (Saygun ve Eser, 2012).

Karmaşık, dinamik, kapsamlı ve tartışmalı bir durum olduğu için yeti yitimini tarif etmek genellikle zor olmuştur (Chen ve ark., 2012; Topinková, 2008; WHO, 2011). DSÖ yeti yitimiyle ilgili, bireyin vücut işlevlerindeki problemlerden kaynaklanan yetersizlikler, etkinliklerin sınırlanması bununla beraber gündelik hayata katılımın sınırlılığını içeren kapsamlı bir tanımlama yapmıştır (Krahn, 2011). Genellikle bireyin gündelik hayat etkinliklerinin (motilite, kişisel bakım) ve gündelik hayatta kullanılan araç gereçlerin (yemek yapma, alış-veriş yapma, telefon kullanma, parasal işlemleri gerçekleştirme, tıbbi ilaçları satın alma vb. enstrümental hayat etkinliklerinin) bireyin kendi durumunu beyan etmesiyle yorumlanmıştır (Avlund, 2004; Durocher ve ark., 2012; WHO, 1980). Artan yaşın beraberinde getirdiği, doğal sistem işlevlerindeki geriye gidiş ve kronik hastalıklar yeti yitim derecesini tayin etmiştir (Kesioğlu ve ark., 2003; Tel, 2014).

Yaşlılıkta yeti yitiminin risk etkenleri incelendiğinde değiştirilebilmesi mümkün olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki grupta incelendiği görülmüştür. Yaş, cinsiyet, kalıtım gibi etkenler değiştirilmesi mümkün olmayan etkenler içinde yer almıştır. Değiştirilmesi mümkün olan etkenler de kişisel etkenler çevresel etkenler (sosyal destek sistemleri gibi) olarak sınıflandırılmıştır. Bütün bu etkenlerin beraberinde yeti yitimi durumunda sosyal destek sistemlerinin kalitesi ve niceliği de önem taşımıştır (Hairi ve ark., 2013; Kulkarni ve Rodrigues, 2014). Bireyde rahatsızlıklar veya bozuklukların olması da yeti yitimi durumu veya işlevsel kısıtlılık ihtimali bakımından önemli faktörler arasında yer almıştır (Avlund, 2004). Bu sebeple risk faktörlerini tespit etmede bireyin vücudu, psikolojisi, sosyal yaşam durumu ile beraber kültürel ve çevresel etmenlerle birlikte değerlendirilmesi önerilmiştir (Hairi ve ark., 2013).

Yeti yitimi değişken bir prosestir ve sıklıkla bu durumun neticesi incelenmiştir (den Ouden ve ark., 2011). Halbu ki bulunduğumuz zaman diliminde yeti yitimi tıbbi ve kişisel tutumdan yapısal ve sosyal tutuma değişim göstermiştir. İnsanlar bundan böyle yeti yitimi durumunu fizyolojik bir problem olarak değil, bütün insanlığı etkileyen sosyal bir durum olarak kabul etmiştir (Metzler, 2011). Yeti yitiminin erken safhalarının daimi nitelik göstermediği ileri sürülmüştür. Bununla beraber tam işlevselliğe veya yeti yitimine geçişin muhtemel olduğu da bildirilmiş olup yeti yitiminin erken safhalarındaki yaşlı bireylere özgü teşebbüslerin yeti yitimi yaygınlığını hafifletebileceği görüşü ileri sürülmüştür (Akın ve Emiroğlu, 2003).

Toplum sağlığı bakımından incelendiğinde yaşlı bireylerin yeti yitimine en açık fertler olduğu önem arz eden bir durum olmuştur. 2060'lı senelere dek yeti yitimi artış eğiliminin süreceği bununla birlikte yaşlı bireylerin yaşadığı müesseselerde yaşamını sürdürecek olan yeti yitimli yaşlı bireylerin oranlarının %179'a yükseleceği ileri sürülmüştür. 1985'li senelerde yeti yitimi olmayan yaşlı bireylerin yeti yitimi olan yaşlı bireylere oranı 3.2 bireye karşılık bir birey şekilde belirlenmiştir. Bu oranın 2060'lı senelerde yeti yitimi olmayan yaşlıların yeti yitimi olan yaşlılara oranı 2.5 bireye bir birey şeklinde olacağı düşünülmüştür. 65-84 arası yaş grubundaki yaşlı bireylerde yeti yitimi artış oranının %129 olacağı, 85 ve üzeri yaştaki yaşlılarda ise bu artış oranının %409 olacağı öngörülmüştür (Berlau ve ark., 2009). Bir diğer kaynakta yaşlı bireylerde 2040 senesinde yeti yitim oranlarının 4-5 katına ulaşacağı

öngörülmüştür (Aslan ve Ertem, 2012). Bu bakımdan incelendiğinde yeti yitiminin şiddetini etkileyen örnek olarak kadın yaşlı olmak gibi ve yeti yitimine ortam oluşturan durumların öncelikli olarak saptanması, sonrasında da bu durum için politikalar düzenlenmesi ve kuvvetlendirilmesi gerekli görülmüştür (Crews ve Lollar, 2003).

Yaşlı bireylerde yeti yitimi, halk sağlığını kötü yönde etkilemesiyle birlikte rutin hayat aktivitelerinin kalitesini düşürmesi ve sağlık harcamalarını arttırması sebebiyle giderek daha da önemli olan bir halk sağlığı sorunu olarak yer almıştır (Topinková, 2008). Bütün bu kötü yöndeki etkilerine ek olarak yeti yitimi rutin hayat aktivitelerini sınırlayarak bağımlı hayata sebep olmuş olup, sosyal ve ekonomik bakımdan yüksek bakım ve muhtaçlık ihtiyacına neden olmuştur (Kesioğlu ve ark., 2003; Tel, 2014). Bütün bu sebeplerden dolayı yaşlı bireylerin ayaktan ya da yatarak kısa ve uzun vadeli bakım ihtiyacına, hanede alınan bakım ya da bakımevi desteğine ve üstelik erken yaşlı ölümlerinin artışına sebep olmuştur. Bunun birlikte yaşlı bireyde mutluluk ve hayat memnuniyeti üzerinde de kuvvetli etkisi bulunan yeti yitimi, yaşlının bağımsızlığı üzerinde doğrudan etkisi olduğu için yaşlının kendini işe yaramaz ve başkalarına bağımlı hissedip, bireyin kendine duyduğu saygı ve değerin azalmasıyla beraber depresyona sebep olmuştur (Tel, 2014).

Yaşlılık dönemi incelendiğinde rastlanan ruhsal problemlerin başında depresyon olduğu belirtilmiştir (Jarvik ve ark., 2000; Işil Maral ve ark., 2001; Sütoluk ve ark., 2004). Genellikle birbirinden farklı rahatsızlıklarla birlikte veya yalnız olarak hayat kalitesi üzerinde etkisi olan önemli bir faktör olarak yer almıştır (Dündar ve ark., 2009; Eser ve Saygun, 2012). Tedavi edilmedi takdirde yaşlıda erken ölüme, genel sağlık durumunda bozukluğa sebep olurken, uygun tedavi ile yaşlının yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (Sahin ve BM, 2003). Bütün bu faktörlerden dolayı depresyonun önemli derecede yeti yitimine sebep olduğu görülmüştür (Saatcioğlu ve ark., 2008; Bilge G. ve Ünal, 2005; Tel, 2014). Üstelik yeni bozukluklara ve sonuçlara neden olmasından dolayı kısır bir çevrimin başlangıcı olabileceği düşünülmüştür (Akın ve Emiroğlu, 2003; Avlund, 2004; Hairi ve ark., 2013; Leveille ve ark., 2002).

Yeti yitimi bulunan yaşlı bireylerin daha sıhhatli hayat sürdürebilmeleri durumu toplum sağlığı açısından incelendiğinde; yaşlıların sağlığını koruma altına almaları, erken tanı ve tedaviden faydalanmaları, sağlıklı hayat biçimlerini öğrenip ilerletmeleri ve sağlık bakım/destek sistemlerinden faydalanmaları gerekli hale gelmiştir (LaPlante, 2014). Ayrıca yol açtığı sonuçlarla sağlıkta harcanan miktarların artışına sebep olduğu için yaşlanmanın sağlıklı bir şekilde idame ettirilmesini sağlayan fiziksel, psikolojik ve sosyal koruyucu tedbirlerin yaş ilerlemeden alınması, rahatsızlıkların erken teşhis ve tedavisi, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım hizmetlerinin oluşturulması ve bireylere ulaştırılması önemli olmuştur (Aslan ve Ertem, 2012). Neticede yaşlı bireylerde yeti yitimi oranlarının artışı, yeti yitiminin kamu sağlığı üzerindeki etkilerinin artışını sürdürdüğü de belirtilmiştir.

Bu çalışma yaşlı bireylerde sağlık problemlerinin beraberinde getirebileceği yeti yitimi ile depresyon arasında oluşabilecek ilişkiyi saptamak, bununla birlikte yeti yitimi ve depresyonu tetikleyen risk etmenlerini belirlemek için planlanmıştır. Üstelik yaşlı bireylerde depresyon ve yeti yitimini önlemek ve azaltmak için koruyucu ve önleyici tedbirlerin sağlanması yolunda fayda sağlayacağı; çalışmanın, yaşlı bireylerin hayatını daha sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesinde yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma günümüzde problem olarak değerlendirilen, bütün canlılar için anne karnında başlayıp ölümle sona eren oldukça uzun bir süreç olarak ifade edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık tanımlamasını "çevre ile ilgili etmenlere adapte olma becerisinin git gide kaybolmasıdır" şeklinde yapmıştır (Ergün ve ark., 2003). Yunan dilinde "Geras" kelimesinin yaşlılık anlamını taşıdığı belirtilmişken, "iatros" kelimesinin de destek ya da bakım hizmeti anlamını taşıdığı belirtilmiştir. Bu iki kelimenin birleşiminden oluşan "geriatri" kelimesi yaşlılara yönelik bakım hizmetleri ve tedavileri, "gerontoloji" kelimesi ise yaşlanma sürecinin bilimsel bakımdan ele alınması olarak ifade edilmiştir. Yaşlı kavramının tanımlaması, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından 1992 yılında "gereksinim ile tavırları değişkenlik gösteren karma bir grubu oluşturan 65 yaş ve üzeri kişiler " olarak tanımlanmıştır (Güler et al., 2015). DSÖ zihinsel yaşlanma dönemini iki grupta incelemiştir. Bunlardan ilki 65 yaş ve üzeridir ve bu dönemdeki kişiler yaşlı olarak adlandırılıştır. 85 yaş üstü kişiler çok yaşlı olarak kabul edilmiştir. Gerontologlar ise yaşlılık dönemini üç dönemde incelemiştir. Bu dönemlerin ilki 65-74 arası olup genç yaşlılık olarak sınıflandırılırken, ikincisi 75-84 yaş arası olup orta yaşlılık olarak sınıflandırılmış, üçüncüsü ise 85 yaş ve üzeri olup ihtiyarlık dönemi olarak sınıflandırılmıştır (Beğer ve Yavuzer, 2012; Crews ve Zavotka, 2006; Elen ve ark., 2011; Güler ve ark., 2015). Birleşmiş Milletler (BM), yaşlılar için yaş sınırını 60 yaş ve üzeri olarak belirlemiştir. Buna rağmen, DSÖ'nün tanımı hala yaşlanmaya ilişkin ulusal ve uluslararası araştırmalara temel teşkil etmeye devam etmiştir (Akın ve Durna, 2012).

İnsan yaşamının son aşaması olarak bilinen, gelişim ve olgunluktan sonraki, genetik yapı ile çevre arasındaki etkileşimin en üst düzeyde gözlemlendiği, fizyolojik ve zihinsel değişikliklerin görüldüğü, kayıpların, kronik rahatsızlıkların ve depresyonun görüldüğü aşama olarak değerlendirilmiştir (Kislaya ve ark., 2013; Terzioğlu ve ark., 2013). Bireyler yaşlandıkça muhakeme, biliş, hafıza, üretkenlik ve yaratıcılık gibi biyolojik, fizyolojik, zihinsel, sosyokültürel, ekonomik ve sosyal yetenekler azalmaya başlamıştır (Görgün Baran, 2016; Kislaya ve ark., 2013; Terzioğlu ve ark., 2013). Genel olarak yaşlılık, biliş, muhakeme, dikkat, hafıza, davranış, tutum ve yenilik yapma becerilerinde gerileme ile karakterize edilen bir durum olarak nitelendirilmiştir (Danış ve Efe, 2016; İçli, 2016).

Yaşlılık kavramı her bireyin sosyal bağlamına bağlı olarak farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Bu durum, kimi bireylerin yaşlılığı olumlu ya da olumsuz bir şekilde deneyimlemelerine, kimilerinde ise yaşlılığın her birey için ne anlama geldiğine ve yaşlılığa yükledikleri anlamlara göre değişiklik göstermiştir. Bireyin yaşadığı zamana, bölgeye ve kültürel çevreye, sağlık, sosyal ve zihinsel durumuna göre değişebilen subjektif bir kavramdır olarak ifade edilmiştir (Tufan, 2002).

Yaşlılar, toplumdaki diğer bireylerle sosyal ilişkiler kurup, topluma uyum sağlayabilen, yaşadığı çevreye, şehre, ülkeye ilişkin öneri ve beklentileri olan bir grup olarak ele alınmıştır. DSÖ, gelişmiş ülkelerin yaşlanmadan zenginleşeceğini, gelişmekte olan ülkelerin ise zenginleşmeden önce yaşlanacağını, dünyadaki tüm ülkelerin demografik eğilimlerin olumsuz etkilerine hazırlıklı olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Bu yaş aynı zamanda "sosyal ve ekonomik yaşlılığın" başlangıcı olarak da kabul edilebilir, çünkü bu süreçte yaşlılar belirli düzeyde sağlık ve sosyal güvenlikten yararlanmıştır (Eser ve ark., 2010).

Yaşlılık kavramı her bireyin sosyal bağlamına bağlı olarak farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Bu durum, kimi bireylerin yaşlılığı olumlu ya da olumsuz bir şekilde deneyimlemelerine, kimilerinde ise yaşlılığın her birey için ne anlama geldiğine ve yaşlılığa yükledikleri anlamlara göre değişiklik göstermiştir. Bireyin yaşadığı zamana, bölgeye ve kültürel çevreye, sağlık, sosyal ve zihinsel durumuna göre değişebilen subjektif bir kavramdır olarak ifade edilmiştir (Tufan, 2002).

Yaşlılar, toplumdaki diğer bireylerle sosyal ilişkiler kurup, topluma uyum sağlayabilen, yaşadığı çevreye, şehre, ülkeye ilişkin öneri ve beklentileri olan bir grup olarak ele alınmıştır. DSÖ, gelişmiş ülkelerin yaşlanmadan zenginleşeceğini, gelişmekte olan ülkelerin ise zenginleşmeden önce yaşlanacağını, dünyadaki tüm ülkelerin demografik eğilimlerin olumsuz etkilerine hazırlıklı olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Bu yaş aynı zamanda "sosyal ve ekonomik yaşlılığın" başlangıcı olarak da kabul edilebilir, çünkü bu süreçte yaşlılar belirli düzeyde sağlık ve sosyal güvenlikten yararlanmıştır (Eser ve ark., 2010).

2.2. Yaşlanma

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemleri düzeyinde zaman içinde meydana gelen, sabit olmayan, işlevsel ve yapısal tüm değişiklikleri kapsayan, geri dönüşü olmayan, doğumdan itibaren başlayan ve tüm bireylerin ölümüne kadar organizmada fazla miktarda değişime uğrayıp kişiden kişiye değişiklikler gösterebilen gelişimsel bir süreç olarak tanımlanmıştır (Hybels ve ark., 2009; Sadock, 2007).

Yaşlanma/yaşlı olma ile anlamdaş kelimeler çoğunlukla olumsuz içeriği yansıtmıştır. Birey sosyal çevresinden yaşlı olduğuna dair mesajlar aldıkça yaşlı olduğunu kabul etmiştir. Bu durumda yaşlılık herkes için kötü bir şey, hayatta kimsenin istemediği ve mümkünse kaçınılması gereken bir durum olarak algılanmıştır (Buz, 2015; Görgün Baran, 2016; Terzioğlu ve Yılmaz, 2010).

Yaşlanma, canlının oluşumundan yaşamın sonuna kadar süregelen bir dönem olarak kabul edilmiştir. Genel olarak insan yaşamının bebeklik, çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi aşamaları ele alınmıştır. Yaşlanma genel olarak hayat döngüsünün sekizinci aşamasına karşılık gelmiştir. Ancak yaşlanmanın ne zaman başladığı ya da kimin yaşlı olarak adlandırıldığı kültüre ve zamana göre değişiklik göstermiştir (Arpaci, 2005; Görgün Baran, 2016).

Yaşlanma, şu şekilde kategorize edilmiştir:

2.2.1.Kronolojik yaşlanma: Doğum yaşı veya kronolojik yaş olarak ifade edilmiştir. Genel olarak 65 yaş ve üzeri kişilere yaşlı denilmiştir. Fakat bu tanım bireyin bu dönemdeki genel sağlık, fiziksel, ruhsal, zihinsel yetenek ve yetileri gibi işlevlerini tanımlamakta yetersiz olmuştur (Bacanlı ve Terzi, 2013; Görgün Baran, 2016).

2.2.2.Biyolojik (fizyolojik) yaşlanma: Yaşlanma aralığında mühim kişisel değişiklikler görülmüştür. Yaşlılığı yalnızca takvimsel yaşa göre yargılamak yanlış kabul edilmiştir. Yaşlanma evresinin seyrini değiştiren kişisel değişikliklerin var oluşu, yaş alma evresine kişisel ve biyolojik yönlerini getirmiştir (Arpaci, 2005; Bacanlı ve Terzi, 2013). Örneğin; 80 yaşında olmalarına rağmen görme, işitme ve daha birçok açıdan yaşıtlarından hatta gençlerden bile üstün olan yaşlılar var olmakla birlikte kendilerini yaşlarından daha genç hisseden yaşlılar olduğu gibi aksine kendilerini depresif ve aşırı yaşlı hisseden birçok genç bireylerinde bulunduğu görülmüştür (Bacanlı ve Terzi, 2013). Gelişim sırasında vücudun yapısı ve işlevinde değişimler meydana gelmiştir. Saç yaşlanması ve cilt kırışması fizyolojik yaş almanın dışarıdan görülen belirtileri arasında yer almıştır. Bireyler yaşlandıkça hareket ve motor becerilerde zayıflık ve işlev kaybı da görülebilmiştir. Bireyin biyolojik yaşının aynı zamanda vücut yaşı olarak kabul gördüğü ifade edilmiştir. Yaşlı yetişkinlerde biyolojik kayıp, bireyin sağlık durumuna, sosyal çevresine, yaşadığı zamana ve yaşadığı yere göre farklılık gösterebildiği belirtilmiştir (Genç ve Dalkılıç; Görgün Baran, 2016).

Bireyler yaşlandıkça genetik, hayat tarzı, sahip olunan meslek, beslenme alışkanlıkları, kişisel özellikler ve yaşanmış hastalıkların da üzerinde etkisi olduğu fiziksel ve zihinsel işlevlerde önemli derecede yetersizliklerin meydana gelebileceği belirtilmiştir. Bu eksiklikler oluştuğunda kişilerin günlük aktivitelerini gerçekleştiremeyebilecekleri belirtilmiş olup araştırmalar yaşlı yetişkinlerin neredeyse yarısının günlük aktivitelerinin sınırlı olduğunu göstermiştir. Yaşlı nüfusun %18'ininin önemli hareket kısıtlılıkları olan ve bu kısıtlamaya neden olan üç ana sorunun kalp hastalığı, artrit ve görme bozukluğu olduğu düşünülmüştür (Arpaci, 2005).

2.2.3.Psikolojik yaşlanma: Psikolojik yaş, gelişim sırasında deneyimin artışıyla meydana gelen davranış değişikliklerini ve davranışsal uyum yeteneğinde yaşa bağlı değişiklikleri ifade etmiştir. Hatıralarda yaşamak, geçmişe duyulan özlem, geçmişte takılıp kalmak, geçmişten ayrılamamak da psikolojik yaşlanmanın bir parçası olmuştur. Geleceğe güvensizliğin oluşturduğu korku, kaygı, üzüntü gibi duyguların tamamının zihinsel çöküntüye yol açabileceği düşünülmüştür. Bu durumda kişisel

duygularla ve kişinin kendini yaşlı biri olarak kabul etmesiyle yakından ilgili olduğu belirtilmiştir (Arpaci, 2005; Bacanlı ve Terzi, 2013; Görgün Baran, 2016).

Psikolojik yaşlanmanın genellikle bireylerin yaşlanmaya hazır olmamasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Kendini mesleğine adamış, yaptığı işten keyif alan birinin emekli olması, bireyde psikolojik çöküntüyü beraberinde getirmiştir. Bu durum onun yetersiz, işe yaramaz ve başkalarına yük olduğunu fark etmesine ve hissetmesine neden olmuştur. Bu nedenler yaşlanan bireylerde yetersizlik duygusunu, başkalarına yük olma tedirginliğini ve işe yaramama korkusunu kaçınılmaz kılmıştır. Bu durumun beraberinde yaşlılar, sürekli kendilerini düşünmeye ve gelecek kaygısı gütmeye de devam etmiştir (Arpaci, 2005; Bacanlı ve Terzi, 2013).

2.2.4.Sosyal yaşlanma: Sosyal yaşlanma, bireyin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin değişikliğe uğraması olarak tanımlanmıştır. Toplumda ve büyük gruplarda insanların topluma uyum sağlayamadığı durumlar var olmuştur (Bacanlı ve Terzi, 2013; Görgün Baran, 2016). Örneğin; 40'lı yaşların ortasında çocuk sahibi olan kadınlar, diğer kadınlara göre ebeveynlik rolünü çok daha geç üstlenmeye başlamış olduğundan sosyal yapılarının akranlarına göre daha genç olduğu düşünülmüştür (Bacanlı ve Terzi, 2013).

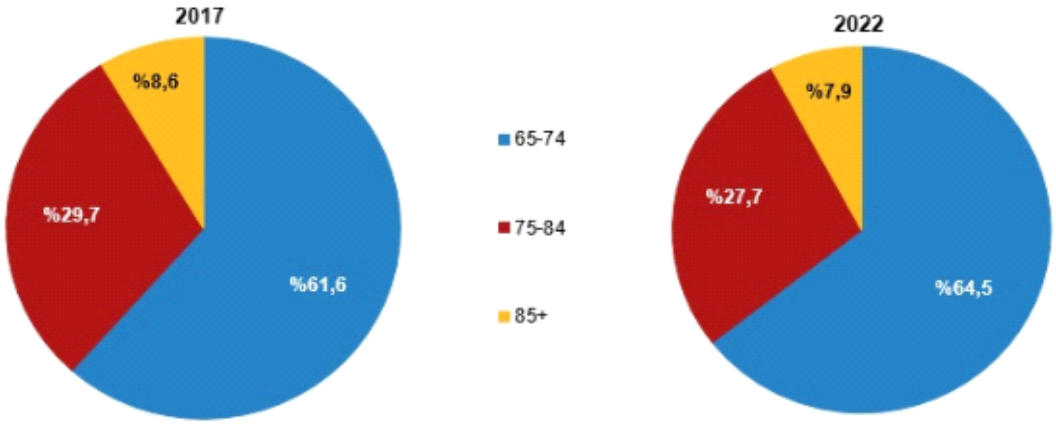
2.3.Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Durumu

2013 senesinde dünya nüfusunun %11,7'si 60 yaşın üzerinde, %1,7'si ise 80 yaşın üzerinde olduğu belirtilmişti. 2050 senesine gelindiğinde dünya nüfusunun %21,2'sini 60 yaş ve üzeri kişilerden oluşacakken, %4,1'ini 80 yaş ve üzeri kişilerden oluşacağı, 2100 senesinde ise aynı yaş gruplarının oranlarının sırasıyla %27,5 ve %7,6'ya yükseleceği tahmin edilmiştir (Gerland et al., 2014). Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artışının çok daha hızlı olduğu belirtilmiştir (Palacios-Ceñave ark., 2013). Bu ülkelerdeki 60 ve üzeri yaştaki bireylerde; nüfus artış hızının 2050 yılına gelinceye kadar senelik olarak %1,0 olacağı tahmin edilmiştir. 2050 ile 2100 yılları arasında ise aynı oranın yılda %0,11'e düşeceği ve bu düşüşün yüzyılın ortasından itibaren gerçekleşmesi beklenip bu ülkelerdeki yaşlı nüfus artış hızının 2013 ile 2050 seneleri arasında yaklaşık %45 ile zirveye ulaşacağı tahmin edilmiştir (Palacios-Ceña

ve ark., 2013). Dünya yaşlı nüfusunun artış hızı (%2,1) genel nüfus artış hızının (%1,2) üzerinde olup, 80 yaş ve üzeri nüfus artış hızının ise %4,3 olduğu belirlenmiştir (Mandıracıoğlu, 2010; Wild ve ark., 2011). Dünya nüfusu son 100 yılda (1950-2050) 4 kat artarken, yaşlı nüfusun da 10 kat artacağına dikkat çekilmiştir. Şu anda nüfus içinde yaşlıların oranının en yüksek olduğu kıta Avrupa (%20), Afrika ise %5 ile en düşük oranın olduğu kıta olarak gösterilmiştir. 2050 senesine ulaşıldığında Avrupa'da yaşlıların oranının %37'ye, Afrika'da ise %10'a çıkması beklenen bir durum olarak gösterilmiştir. 1950 senesinde; 100 kişiden 8'inin yaşlı kabul edildiği ve dünya nüfusunun yalnızca 14 milyonunun 80 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. 2000 yılında bu oran her 10 yaşlı kişiden 1'ine yükselmiş olup rapora göre dünyada 61 milyon kişi 80 yaş ve üzerinde, 8 milyon kişi 90 yaş ve üzerinde, 180 bin kişi ise 100 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Önümüzdeki yıllarda da dünyada yaşlı nüfus oranının artış göstereceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda; 2050 yılında her beş kişiden birinin yaşlı olacağı, dünya nüfusunun yarısının ise 36 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmiştir. 314 milyon kişinin 80 yaş üstü, 61 milyon kişinin 90 yaş üstü, 3,2 milyon kişinin ise 100 yaş üstü olacağı ileri sürülmüştür. Ayrıyeten 65 yaş üstü her 100 kişiden 55'inin, 100 yaş üstü her 100 kişiden 6'sının kadın olacağı tahmin edilmiştir (Mandıracıoğlu, 2010).

Yaşlı nüfus sayılan 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 2017 yılında 6.000.895.385 olduğu ancak son beş senede %22.6 oranında artış göstererek 2022 senesinde 8.000.451.669 haline geldiği bildirilmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2017 yılında %8.5 olarak belirlenirken, bu oranın 2022 yılında %9,9'a çıkacağı belirtilmiştir. 2022 yılında yaşlı nüfusun %44,4'ünü erkek, % 55,6'sı ise kadınlar oluşturmuştur (TÜİK, 2023).

Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında yaşlı nüfus oranının 2030 senesinde %12.9, 2040 senesinde %16.3, 2060 senesinde %22.6 ve 2080 senesinde %25,6'e yükseleceği ileri sürülmüştür. Yaş gruplarına göre yaşlı nüfusa bakıldığında, 2017 yılında yaşlı nüfusun %61,6'sı 65-74 yaş grubunda, %29,7'si 75-84 yaş grubunda ve %86'sı 85-84 yaş grubunda yer aldığı görülmüştür. 2022 yılında nüfusun %64,5'ini 65-74 yaş grubunun, %27,7'sini 75-84 yaş grubunun ve %7,9'unu da 85-84 yaş grubunun oluşturduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2023).



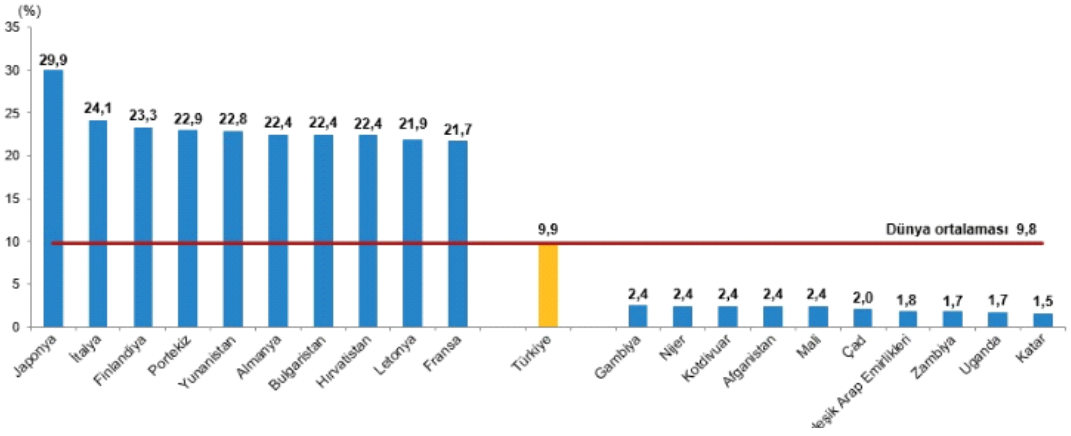
Şekil 2.1. Yaş grubuna göre yaşlı nüfusun yüzdesi, 2017, 2022

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2017, 2022

Yuvarlama nedeniyle grafikteki toplamlar 100'e eşit olmayabilir.

Çalışma çağındaki 100 kişi başına düşen yaşlı sayısını gösteren yaşlı bağımlılık oranı 2017'de %12.6 iken 2022'de %14.5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında, yaşlı bağımlılık oranının 2030 senesinde %19.6, 2040 senesinde %25.3, 2060 senesinde %37.5,2080 senesinde ise %43.6 olacağı tahmin edilmiştir (TÜİK, 2023).

Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus projeksiyonlarına göre 2022 yılında dünya nüfusunun 7.975.105.156 kişi, yaşlı nüfusun ise 782.998. 642 kişi olacağı öngörülmüştür. Bu projeksiyonlarına göre dünya nüfusunun %9.8'ini yaşlı insanlar oluşturmuştur. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu üç ülkenin sırayla %29.9 ile Japonya, %24.1 ile İtalya ve %23.3 ile Finlandiya olarak belirtilmiştir. 184 ülke arasında 66. sırada Türkiye yer almıştır (TÜİK, 2023).

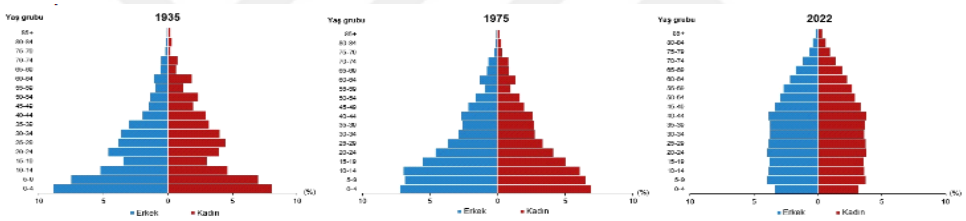


Şekil 2.2. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke, 2022

Kaynak: Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2022
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2022

Yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı %10'u aştığında nüfus yaşlanıyor olarak ifade edilmiştir. Türkiye'de yaşlı nüfus artış hızının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

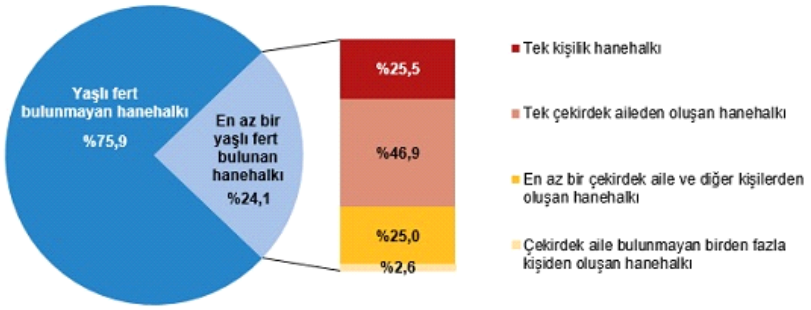
Küresel yaşlanma olarak bilinen "demografik geçiş" yaşayan Türkiye'de, doğum ve ölüm oranlarının azalmasıyla sağlık sektöründe ilerlemeler kaydedilmiş olup hayatta kalma, yaşam standardı ve doğumda ortalama yaşam beklentisi artışı ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir. Çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki payı azalırken, yaşlıların toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Türkiye, daha yaşlı demografik yapıya sahip ülkelere göre halen genç bir demografik yapıya sahip olmasına karşı, yaşlı nüfus oldukça yüksek olarak bulunmuştur (TÜİK, 2023).



Şekil 2.3. Nüfus piramidi, 1935, 1975, 2022

Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları,1935, 1975
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2022

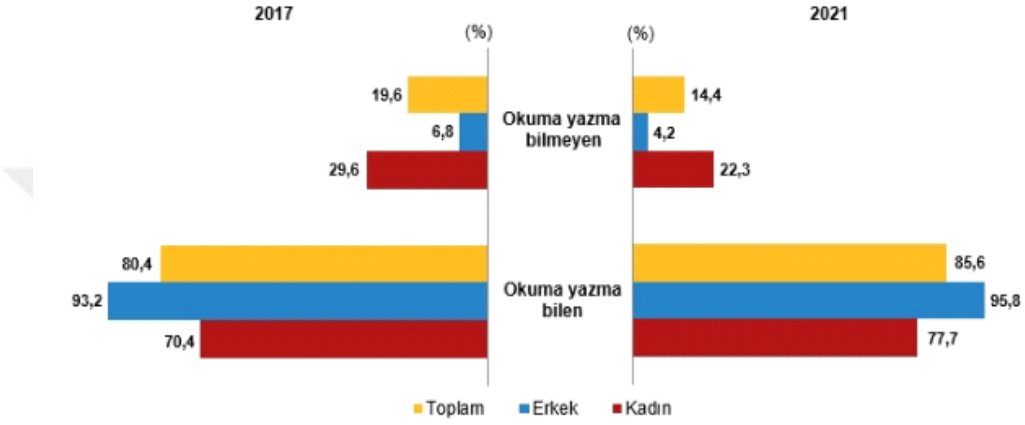
En az bir yaşlının bulunduğu 6 milyon 276 bin 433 hanenin 1 milyon 62 bin 874'ünü yalnız yaşayan yaşlılar oluşturmuştur. Bu hanelerde yaşayan yaşlıların %74.7'sini kadınlar, %25.3'ünü erkekler oluşturmuştur (TÜİK, 2023).



Şekil 2.4. Hane türüne göre yaşlı nüfus yüzdesi, 2022

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2022

Yaşlılar arasında okuryazarlık oranı 2017'de %80.4 olan bu oranın, 2021'de %85.6'ya yükselmiştir. Okuryazar olmayan yaşlıların oranının 2017 yılında %19.6 olduğu, 2021 yılında ise bu oranın yüzde 14.4'e çıktığı gösterilmiştir. 2021 yılında yaşlı kadınların okuma yazma bilmeme oranının yaşlı erkeklere göre 5,3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Okuryazar olmayan yaşlı kadınların oranı %22.3, yaşlı erkeklerin oranının ise %42 olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2023).



Şekil 2.5. Cinsiyete göre yaşlı okuryazarlık oranı, 2017, 2021

Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2017, 2021

Yaşlı nüfusa eğitim düzeyine göre bakıldığında, 2017 senesinde yaşlı nüfusun %44.5'i ilkokulu, %6.0'ı ortaokul veya dengi okul/ilköğretimi, %6.3'ü lise veya dengi okulu ve %6.2'si ise üniversiteyi tamamlamış olarak belirlenmiştir. 2021 senesinde ilkokul tamamlayanların oranı %46.5'e, ortaöğretim ve dengi okul/ilköğretimi tamamlayanların oranı %8.5'e, lise veya dengi okulu tamamlayanların oranı mezunlarının oranı%8,6'ya yükselirken üniversiteyi tamamlayan oranı %7,9'a yükselmiştir (TÜİK, 2023).

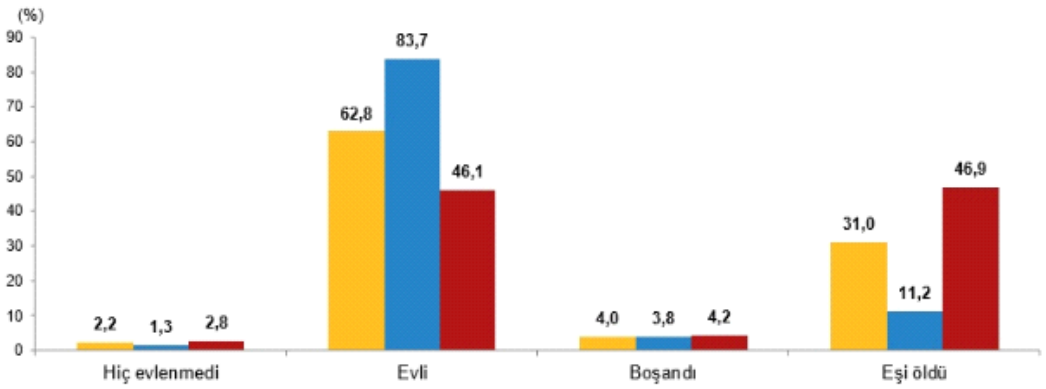
Yaşlı nüfusun cinsiyete göre eğitim durumları ele alındığında erkeklerle kadınlar arasında büyük farklılıklar olduğunu görülmüştür. Tamamlanan eğitimin tüm düzeylerinde yaşlı nüfusun erkek oranının kadın yaşlı nüfus oranından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2023).



Şekil 2.6. Yaşlı nüfusun eğitim düzeyine göre yüzdesi, 2017, 2021

Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2017, 2021
Yuvarlama nedeniyle grafikteki toplamlar 100'e eşit olmayabilir

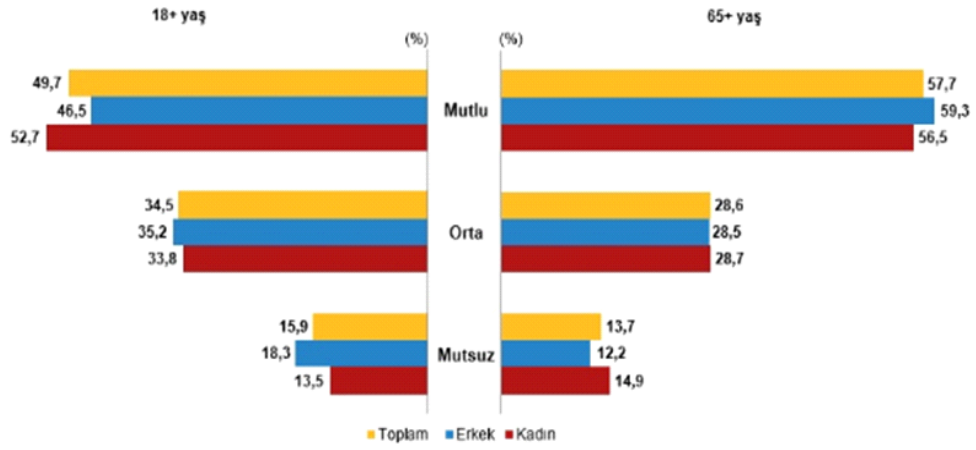
Yasal medeni duruma göre yaşlı nüfusa bakıldığında kadın ve erkek arasında belirgin farklılıkla tespit edilmiştir. Araştırmaya göre 2022 yılında yaşlı erkek nüfusun %1.3'ü bekar, %83.7'si yasal olarak evli, %3.8'i boşanmış, %11.2'sinin ise dul olduğu belirlenmiştir. Buna göre yaşlı kadın nüfusunun %2.8'i evli değil, %46.1'i yasal olarak evli, %4.2'si boşanmış, %46.9'unun ise eşi vefat etmiş durumda olduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2023).



Şekil 2.7. Medeni duruma ve cinsiyete göre yaşlı nüfus yüzdesi, 2022

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2022

Araştırmaya göre yaşam memnuniyet durumu sorgulandığında, 18 yaş üstü mutlu olduğunu söyleyenlerin oranının 2022 senesinde %49.7 olduğu belirtilmiştir. Aynı oranının. 65 yaş ve üzeri kişilerde ise %57.7 olarak belirlenmiştir. Genel olarak mutlu olan yaşlı yetişkinlerin oranı %28.6 iken, mutsuz olduğunu belirten yaşlı yetişkinlerin oranı %13.7 olarak bulunmuştur (TÜİK, 2023).

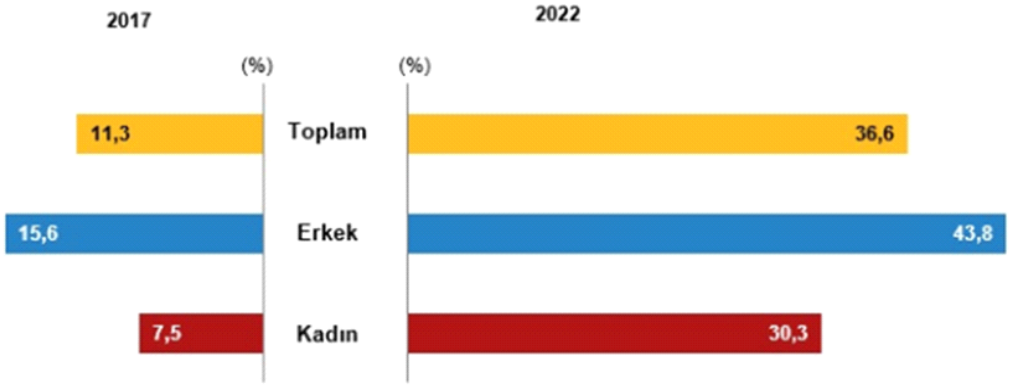


Şekil 2.8. Yaş grubuna ve cinsiyete göre genel mutluluk düzeyi, 2022

Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2022
Yuvarlama nedeniyle grafikteki toplamlar birbirine eşit olmayabilir.

Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonuçlarına göre 2022 senesinde yaşlıların en önemli mutluluk kaynakları aile (%65.8), çocuklar (%16.5), eş (%7.2) ve torunlar (%6.4) olarak sıralanırken 2022 senesinde nüfusun %59.5'i aile, %21.7'si çocuk ve %7.3'ü eş ve %7.0 ile torunlar olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (TÜİK, 2023).

Hane halkı bilişim kullanımına ilişkin araştırma sonuçlarına göre, 65-74 yaş grubundaki kişilerin interneti kullananlarının oranı 2017 senesinde %11.3 iken 2022 senesine gelindiğinde bu oran %36.6 olarak değişmiştir. İnterneti kullanan yaşlıların cinsiyetlerine göre sayılarına bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda internet kullandığı görülmüştür. 2022 yılında bu oran yaşlı erkeklerde %43.8 iken yaşlı kadınlarda %30.3 olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2023).



Şekil 2.9. Yaşlı bireylerin internet kullanım yüzdesi, 2017, 2022

Kaynak: TÜİK, Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2017, 2022

15 yaş üstü kişilerin artık kendilerine bakamayacak duruma gelmeleri durumunda yaşam isteklerinin araştırıldığı Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş üstü kişilerin %30.7'si evde bakım hizmetlerinden yararlanmak istediğini, %27.5'i çocuklarıyla birlikte yaşamak istediğini ve %15.0'ı huzurevi/bakım kurumuna gitmeyi tercih edecekleri belirtilmiştir. Yaşlılara, yaşlılık döneminde artık kendilerine bakamayacak durumda olduklarında yaşama dair istekleri sorulduğunda, %46,0'sı çocuklarıyla birlikte olmak istediğini, %31,6'sı evde bakım hizmetlerinden yararlanmak istediğini, %10,3'ü ise huzurevi/bakımevine gitmeyi tercih edecekleri belirtilmiştir (TÜİK, 2023).



Şekil 2.10. Bir bireyin artık kendi başının çaresine bakamayacak bir yaşa ulaştığında yaşama dair istek yüzdesi, 2021

Kaynak: Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2021

Yuvarlama nedeniyle tablodaki toplamlar 100'e eşit olmayabilir.

2.4. Yeti Yitimi Kavramı ve Yeti Yitimi Tanımlamaları

Yeti yitimi; Bireyin bedensel ve ruhsal hastalık nedeniyle çalışamaması olarak tanımlanmıştır. Yeti yitimi, temel yaşam aktivitelerini etkiler ve yasal ve klinik açıdan önemli bir durum olarak değerlendirilmiştir (Drussve ark., 2000).

Yeti yitimi 1980'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olup bir hastalığın vücut üzerindeki etkisini ölçme sürecinin bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte bu sürecin üç aşaması ele alınmıştır. Bu aşamalar da kalıcı ve kronik hastalıklarda kendini göstermiştir:

1. Yetersizlik (İmpairment): Vücudun psikolojik, fizyolojik ve anatomik bütünlüğünde sistem düzeyinde kusur veya anormalliklerin meydana gelmesi durumu olarak tanımlanmıştır.

2. Özürlülük (Disability=Yeti yitimi): Fiziksel düzeyde ortaya çıkan işlevsel yetersizlikler nedeniyle insan için normal kabul edilen işlevleri yerine getirememe durumu olarak tanımlanmıştır.

3. Engellilik (Handicap): Yetersizlik veya engellilik nedeniyle bireyin sosyal yaşamda istenilen sosyal rolü yerine getirememesi sonucu ortaya çıkan sınırlayıcı bir durum olarak tanımlanmıştır (Afsar ve ark., 2012; Breton ve ark., 2014; Güler ve ark., 2015; Karşıdağ ve ark.,; Metzler, 2011; Minhage ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre (WHO, 1997) yeti yitimi ve fonksiyonellik üç farklı yönü içeren geniş terimlerdir: 1) vücut yapısı ve fonksiyonları, 2) kişisel aktiviteler ve 3) topluma katılım. Dünya Sağlık Örgütü yeti yitimini, kişinin fiziksel işleyişindeki sorunlar nedeniyle aktivitelerdeki kısıtlılıkları, yetersizlikleri ve günlük hayata katılımdaki kısıtlılıkları içeren kapsamlı bir tanım olarak belirtmiştir (WHO, 2011). Bu tanım, bireysel/çevresel bağlamda bireyin sağlık durumu ile bireysel faktörler (motivasyon, kendine güven) arasındaki olumsuz etkileşime odaklanmıştır (Yiğitbaş ve Deveci, 2016).

2.5. İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) ve ICD-10

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) DSÖ tarafından dilimize İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması olarak çevrilmiştir. Sağlık ve sağlıkla ilgili koşulları tanımlamak üzere ortak, standart bir dil ve çerçeve oluşturmak amaçlanmıştır (Çubukcu, 2014; Üstün ve ark., 2003). ICF, DSÖ'nün birçok sağlık alanında kullanılmak üzere geliştirdiği uluslararası sınıflandırma sisteminin bir parçası olmuştur. DSÖ'nün Uluslararası Sınıflandırma Sistemi, tanı, işlevsellik ve yeti yitimi ile sağlık hizmetlerini arama nedenleri de dahil olmak üzere sağlıkla ilgili geniş bir yelpazedeki bilgilerin kodlanması için bir çerçeve sağlamıştır. Ek olarak, çeşitli disiplinlerde ve bilimsel disiplinlerde sağlık ve tıbbi bakımın küresel iletişimini mümkün kılan birleşik bir ortak dil oluşturmuştur (Çubukcu, 2014).

ICF' nin kapsadığı alanlar sağlık ve sağlıkla ilgili alanlar olarak değerlendirilmiştir. Bir sınıflandırma olarak ICF, bir kişinin spesifik sağlık durumu içindeki farklı bölümleri sistematik olarak gruplandırmıştır.

ICF, her biri iki bileşeni kapsayan iki bölümden oluşmuştur:

1. İşlevler ve yeti Yitimi

a. Vücut fonksiyonları ve Yapısı

b. Faaliyetler ve Katılım

2. Durumsal Faktörler

c. Çevresel Faktörler

d. Bireysel Faktörler

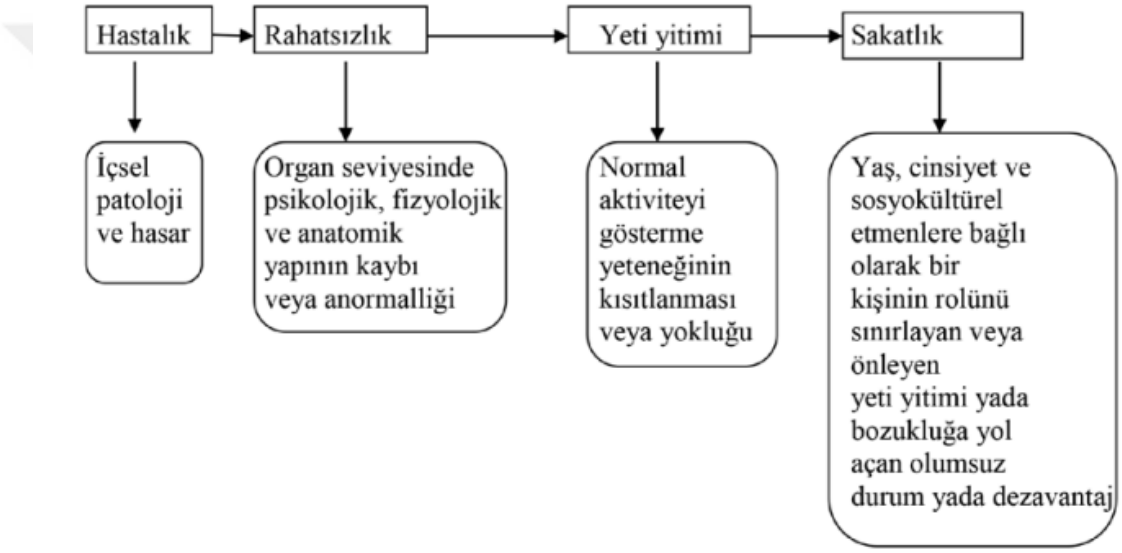
Her bileşen a, b, c, d olmak üzere farklı bölümlerden oluşmuştur. Her bölümün içinde bir sınıflandırma birimi olan bir kategori yer almıştır. Bir bireyin sağlığı veya sağlıkla ilgili durumu, uygun kategori kodu seçilerek kaydedilebilir olarak ayarlanmıştır. Sonraki aşamada, o kategorideki işlevin veya yeti yitiminin derecesini veya kapsamını veya çevresel faktörlerin bunu ne ölçüde kolaylaştırdığını veya engellediğini belirtmek için sayısal kodlar kullanan niteleyiciler eklenebilecek

şekilde ayarlanmıştır. Bu sayede kullanıcılar bir bireyin fonksiyonelliği, yeti yitimi ve sağlık durumunu birçok alanda kaydına olabilirlik sağlamıştır (Çubukcu, 2014).

DSÖ Uluslararası Sınıflandırmasında sağlıkla ilgili durumları (hastalıklar, bozukluklar, yaralanmalar vb.), etiyolojik bir çerçeve sağlayan ICD-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. baskı) içerisinde sınıflandırmıştır. ICD, epidemiyoloji, sağlığın yönetilmesi ve klinik amaçlar amacıyla kullanılan uluslararası bir tanı sınıflandırma sistemi olarak ifade edilmiştir. ICD'nin getirdiği istatistiksel sınıflandırma, benzer hastalıkları veya durumları karşılaştırıp bunları önemlerine göre sınıflandırmıştır. Ayrıca her hastalık adına o hastalığa özel bir kod kullanılmıştır. Bu yapısıyla, ICD'lerin hem sağlık hizmetlerine hem de epidemiyolojik araştırmalara kolaylıkla uygulanmasına olanak tanımıştır. Hasta takibi, hasta ve arşivleri kaydı ve erişimi, kaynak yönetimi gibi idari amaçların yanı sıra, hastalıkların istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliğinden dolayı ülkeler arası sağlık alanındaki karşılaştırmalara da olanak sunmuştur. ICD, bütün bu sebeplerden dolayı hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmıştır (WHO, 2004).

DSÖ Uluslararası Sınıflandırma Sistemi, halk sağlığını uluslararası şartlar altında tanımlamak ve karşılaştırmak için önemli bir araç sunmuştur. DSÖ' nün sınıflandırma ailesine ait olan ICD-10 ve ICF, birbirlerini tamamlayıcı nitelikte oldukları için birlikte kullanımı önerilmiştir (Lollar ve Simeonsson, 2005; Simeonsson ve ark., 2006; Üstün ve ark., 2003). ICD-10 hastalık teşhisini koyup ek işlevsel bilgiler sağlayarak teşhis bilgilerini zenginleştirmiştir. Tanısal ve işlevsel bilgilerin birleştirilmesi, bireysel ve toplumsal sağlığın daha anlamlı ve ayrıntılı tanımlarını oluşturma fırsatı sağlamıştır. ICD-10 hastalık teşhisini oluşturmuştur. ICF, ek işlevsel bilgiler sağlayıp teşhis bilgilerini zenginleştirerek tanısal ve işlevsel bilgilerin birleştirilmesi, bireylerin ve toplumun sağlık durumunun daha anlamlı ve detaylı bir şekilde tanımlanmasının yapılmasına olanak sağlamıştır. Tüm bu bilgiler, sağlık durumunu ve dağılımını takip etmek ve çeşitli ölüm ve hastalık sebeplerini değerlendirmek için halk sağlığı göstergeleri olarak yer almıştır (Lollar ve Simeonsson, 2005; Simeonsson ve ark., 2006).

Yeti yitimi süreciyle ilgili olarak iki kavramsal plan sunulmuştur. Bu planlardan ilki, DSÖ tarafından geliştirilen ve Uluslararası Sınıflandırma ve Yaygınlaştırma (ICD) paralelinde oluşturulan Uluslararası Engellilik, Yaygınlaştırma ve Sağlık Sınıflandırması'nda (ICIDH) yer almıştır. Bu planda temel terimler hastalık, rahatsızlık, sakatlık ve yeti yitimi olarak gösterilmiştir (Şekil 2.11) (Organization, 1980). Yeti yitimi burada ve diğer araştırmacılar tarafından "bir kişinin bir aktiviteyi o kişi için normal olduğu ölçüde gerçekleştirme becerisinde bazı sınırlamalar veya kısıtlamalar" olarak da tanımlanmıştır (Avlund, 2004; Freedman ve ark., 2006; Minhage ve ark., 2008).

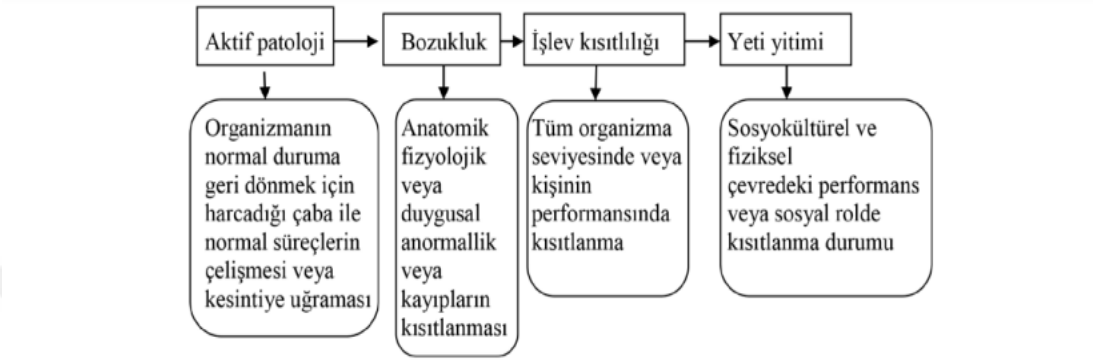


Şekil 2.11. ICIDH 1980'de yer alan yeti yitimi süreci şeması

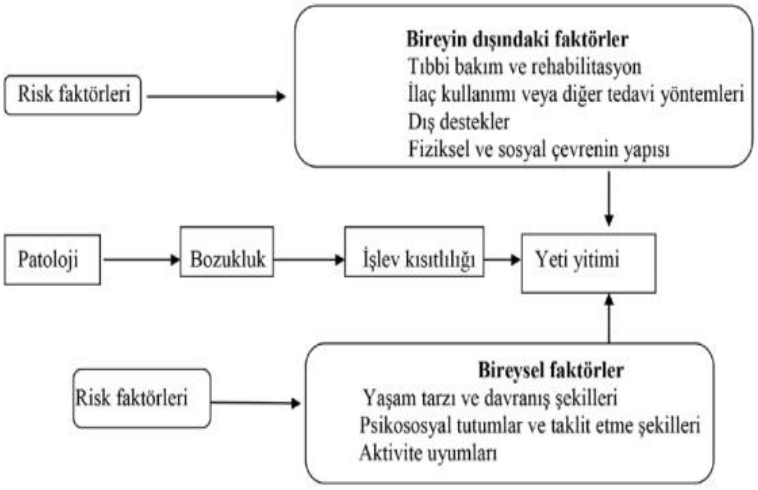
Sosyolog Saad Nagi tarafından geliştirilen bir diğer plan ise dört merkezi içeriyor: Aktif Patoloji, Bozukluk, İşlev Kısıtlılığı ve Yeti Yitimi (Şekil 2.12)(Nagi, 1965).

Bu düşünce doğrultusunda Verbrugge ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen "Yeti Yitimi Süreci Modeli" oluşturulmuştur (Şekil 13). Bu model, epidemiyolojik, gerontolojik ve klinik araştırma bakımından daha fonksiyonel olan Nagi planından faydalanılarak oluşturulmuştur. Yeti Yitimi süreci modeli, akut ve kronik hastalıklarda yeti yitimi sürecinin günlük yaşam aktivitelerini, temel fiziksel ve zihinsel davranışları ve belirli vücut sistemlerini nasıl etkilediğini belirlemiştir. Bu durumda, yeti yitiminin bireyin gerçekleştirmesi beklenen toplumsal rollerdeki yetersizliği üzerine etkisinin açıklanması dikkate değer bir durum olmakla birlikte, bu süreci yavaşlatan veya hızlandıran bireysel ve çevresel faktörlerinde hesaba

katılmasının önemi ifade edilmiştir (Avlund, 2004; Crimmins ve ark., 2009; Freedman ve ark., 2006; Nagi, 1965; Jette ve Verbrugge, 1994). Bu modelin önemi, bireysel yetenekler ile çevresel beklentiler arasında bir arayüz olarak görülmesi olmuştur (Jette ve Verbrugge, 1994).



Şekil 2.12. Saad Nagi'nin oluşturduğu yeti yitimi süreci planı



Şekil 2.13. Verbrugge ve arkadaşlarının oluşturduğu yeti yitimi süreci

Yeti yitimi kavramı 2001 yılında, İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) tarafından yeniden güncellenmiş olup "Bireyin sağlık durumu ile kişisel veya çevresel etmenler arasındaki karmaşık ilişkinin sonucu" olarak tanımlanmıştır (Avlund, 2004; Minhage ve ark., 2008; Topinková, 2008; Wolf ve ark., 2005). Diğer yönden bu durum aile içinde, iş alanında ya da sosyal bir grup içinde normal toplumsal işlevleri ve rolleri yerine getirme yeteneğinde bozulma veya kayıp yönüyle de ele alınmaktadır. ICF tanımlaması kişinin sağlık durumu ile

çevresel faktörler arasındaki etkin ilişkiye göre tekrardan şekillendirilerek ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla kişinin çeşitli faktörlerden etkilenen bireysel yetersizliklerden dolayı sosyal yaşama katılamaması yeti yitimi tanımında en önemli vurgu olup, insan onuru, eşitlik, bireysel özgürlük, bağımsız yaşam, ayrımcılık, evrensel erişilebilirlik, saygı vb. gibi bağlamların sonuçlarından dolayı farklılık oluşmuştur (Aslan ve Ertem, 2012; Chappell ve Cooke, 2010).

Uluslararası fonksiyon, yeti yitimi ve sağlık (ICF) tanımları, bireysel sağlık durumu ile çevresel faktörler arası dinamik ilişki temel alınarak tekrar şekillenmiştir. Yeti yitimi, fiziksel işlevdeki problemlerden kaynaklı oluşan yetersizlik, aktivite kısıtlılığı ve günlük yaşama katılımla ilgili sorunlar nedeniyle ortaya çıkan bozulmayı içeren kapsamlı bir tanımlama olup, bireyin sağlık durumu ile çevre ve kişisel bağlamdaki bireysel faktörler (motivasyon, özgüven vb.) arasında olan olumsuz etkileşime dikkat çekmiştir. Bu nedenle yeti yitim, tanımının temel odağı, kişinin çeşitli faktörlerden etkilenen bireysel yetersizliklere dayalı olarak sosyal hayata katılamaması olarak belirtilmiştir. Yeti yitiminin en önemli parçalarından birini çevresel etmenler oluşturmuştur. Bu çevresel etmenler, farklı vücut fonksiyonlarına sahip kişilerin içinde engeller ve kolaylıkların bulunduğu dünya içinde yerini almıştır. Bu ortam çeşitli zorluklar ve kolaylıklar sunmuştur. Birbirinden farklı ürünler, teknolojiler, doğa, evler (binalar), destekler ve ilişkiler, davranış ve tutumlar, birbirinden farklı hizmetler, sistemler ve politikalar çevresel faktörler kavramını oluşturmuştur (Aslan ve Ertem, 2012).

Yeti yitimi oldukça karışık, çok boyutlu ve çok yönlü bir kavram olup, son zamanlarda tıbbi ve kişisel açıdan yapısal ve toplumsal bir perspektife doğru değişim göstermiştir. Dolayısıyla yeti yitimine yönelik tıbbi model yerine sosyal model anlayışı hakim görüş olarak yerini almaya başlamıştır. Yeti yitimi bundan böyle bireylerin kendi bedeniyle ilgili bir sorun olarak değil, herkesi etkileyen toplumsal bir olay olarak görülmeye başlanmıştır (Aslan ve Ertem, 2012).

2.6. Yaşlılıkta Yeti Yitimi

Yeti yitimi, fiziksel işlevlerde kısıtlılık, günlük yaşama ve aktivitelere katılım yeteneğinin kısıtlanması veya kaybı, bütün bunlara ek olarak aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğinin de yok olması olarak tanımlanan çok yönlü ve çokça

karışık bir kavram olarak ifade edilmiştir (Kesioğlu ve ark., 2003; B. Ünal ve Ergör, 2013). Yaşlılarda yeti yitimi bireysel ve toplumsal faktörlerden kaynaklanmıştır. Vücut fonksiyonlarındaki gerilemeler ve kronik hastalıklar, yeti yitim derecesinin ortaya konulmasında rol oynamıştır. Yeti yitiminin meydana gelmesinde, kronik hastalıkların tedavisinin yetersiz olması, tütün ve alkol gibi zararlı maddelerin alımı, uygun olmayan beslenme alışkanlıkları, duyusal, bilişsel ile ruhsal problemler, fiziksel aktivite eksikliği ve sosyal destek eksikliği başlıca belirleyiciler olarak sıralanmıştır (Kesioğlu ve ark., 2003). İşlevsel kayıpların ortaya çıkmasında rol oynayan yeti yitimi İşlevsel kayıpların ortaya çıkmasında rol oynayan yeti yitimi (Castro ve Leite, 2017; Tyler ve ark., 2017) yaşlı bireyin yalnızca günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlığını azaltmakla kalmaz bununla birlikte yaşlıların çalışma yeteneğinde de azalmaya yol açarak iş/sosyal rollerinin ve sosyal ilişkilerinin de bozulabilmesine sebep olmuştur (S. Bakanlığı, 2015).

Yeti yitimine yol açan bozuklukların önemli bir kısmı kas gücü ve hareketliliğin azalmasından kaynaklanmıştır (Keskinoğlu, 2012). Küresel olarak, 70 yaş ve üzeri yaşlı yetişkinlerin beşte biri ve 85 yaş ve üzeri yaştaki yaşlıların yarısı, yeti yitimi sebebiyle temel ihtiyaçlarını (yemek yeme, giyinme ve banyo yapma gibi) yerine getirememiştir (Desa, 2015; Keskinoğlu, 2012). Türkiye'de bu oran 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerde ise %11,5 olarak belirlenmiştir. Dünya genelinde yaşlıların dörtte biri yardımsız evlerinden çıkamıyor aynı zamanda telefon kullanımı ve finansal işlemleri yerine getirme gibi günlük faaliyetlerde de aynı zorluklarla karşılaşmışlardır (Keskinoğlu, 2012).

70 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin %60'ı ve 75 yaş ve üzeri kişilerin %90'ı, toplam sağlık bakım masraflarının üçte ikisini oluşturan çoklu kronik hastalıklardan müzdarip olarak belirtilmiştir (Aslan ve Ertem, 2012). Yaşlılarda yeti yitiminin gelişmesine sebep olan bazı kronik hastalıkların görülme sıklığına bakıldığında %68'inde yüksek tansiyon, %24'ünde diyabet, %50,8'inde kan kolesterolü ve lipid yüksekliği, %48'inde ise metabolik sendrom görülmüştür (TÜİK, 2012). Kronik hastalıklar ve yeti yitimi yaşla birlikte artış gösterirken bununla birlikte yeti yitimi düzeyinin de arttığı belirtilmiştir. DSÖ'nün 2010 yılında yayınlamış olduğu Dünya Sağlık Araştırması'na (Canlı, 2019) göre 60 ve üzeri yaştaki kadın bireylerin %19,2'si, erkek bireylerin ise %12'si yeti yitimine sahip olup, yaşlıların

tamamının%9,8'inin ağır yeti yitimi düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Ülkelerin yeti yitimi oranları gelişmişlik düzeylerine göre incelendiğinde, gelişmiş ülkelerde bu oranın %29,5, gelişmekte olan ülkelerde % 43,4 olduğu görülmüştür. Kadınlar erkeklere göre daha uzun yeti yitimli hayat yıllarına sahipken cinsiyet ayrımcılığı onları sosyal hayatta erkeklerden daha dezavantajlı duruma getirmiştir (Aslan ve Ertem, 2012).

Yeti yitimine yol açan işlev bozukluklarının önemli bir kısmı işitme kaybı, görme kaybı, duyu kaybı ve kas zayıflığından kaynaklandığı belirtilmiştir. Türkiye'de her on bireyden biri yeti yitimine sahip olup, yeti yitimi derecesinin yaşla birlikte artış gösterdiği görülmüştür (Canlı, 2019; Desa, 2015). Yaşlılar arasındaki yeti yitimi oranının 2040 yılına kadar dört ila beş kat artışının beklendiği bildirilmiştir (Aslan ve Ertem, 2012).

Yaşlılıkta meydana gelen sağlık sorunları önlenebilir veya olumlu yönde değiştirilebileceği belirtilmiştir (Rudnicka et al., 2020). Yaşlı bireylerde sıklıkla görülen yeti yitimi bakım, önleme programları, eğitim ve danışmanlık gibi müdahalelerle ilerleyişinin yavaşlatılabilmesi mümkün olan bir durum olarak görülmüştür (Hodges ve Staab, 1996). Bu girişimler yeti yitimi olan yaşlı bireylerde tedaviden daha fazla ön plana çıkmıştır (Mollaoğlu, 2011).

2.7. Yaşlılarda Yeti Yitimine Neden Olan Risk Etmenleri

Yaşlı bireylerde yeti yitimine ilişkin risk faktörlerini belirlemek için demografik, sosyal, yaşam şekli, biyolojik, davranışsal, ruhsal ve çevresel faktörlerin değerlendirilmesi önerilmiştir. Yaşlı bireylerde yeti yitimine, yaş, cinsiyet ve genetik gibi sabit risk faktörleriyle beraber kronik hastalıklar, bilişsel ve duyusal eksiklikler, fiziksel aktivite eksikliği, depresyon, sağlıklı olmayan davranışlar (tütün ve aşırı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme) ve sosyal destek eksikliği gibi değişken çeşitli girişimler ile seyrine müdahale edilebilen bireysel riskler rol oynamıştır. Bunun yanı sıra fiziksel ve sosyokültürel engellemeler, sosyal destek eksikliği, herhangi bir güvenceye sahip olmama durumu gibi değişken risk faktörleri de rol almıştır. “Burden of Disease Network Project” netice raporunda, tedavi edilmeyen veya yetersiz tedavi edilen kronik hastalıklar, bilişsel veya duyusal bozukluk, depresyon, bilişsel veya duyusal yetersizlikler, genetik-fiziksel sonucunda meydana gelen

fonksiyonel kısıtlılıklar, davranışsal (diyet, tütün, fiziksel aktivite) belirleyiciler, kültürel, ruhsal ve çevresel sebepler belirleyici faktörler olarak gösterilmiştir. Stuck ve arkadaşları Nagi tarafınca geliştirilmiş olan "Yeti Yitim Modeli "ni uyarlayarak yürütmüş olduğu, yaşlı bireyde yeti yitiminde etkisi olan davranışsal ve sağlıkla ilgili risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada, yeti yitiminin ana belirleyicilerinin şu faktörler olduğu belirlenmiştir: depresyon, hastalık yükü, beden kitle indeksinin artması veya azalması, alt ekstremite işlevinin sınırlı olması, sosyal iletişim eksikliği, fiziksel aktivitenin düşük olması, sağlık algısının kötü olması, tütün kullanımı ve görme bozukluğu. Yüksek tansiyon, yüksek kan ve lipid düzeyleri, düşük kemik yoğunluğu gibi kronik hastalıklarla beraber alkol ve tütün kullanımı da risk faktörleri içinde yer almıştır (Aslan ve Ertem, 2012).

2.8. Yeti Yitiminin Getirdiği Sorunlar

Yaşlı bireyde yeti yitiminin ciddiyetine bağlı olarak evde yardım veya bakımevinde bakım gerektirse de, hastaneye kaldırılma oranları, sağlık bakım masrafları ve erken ölümler de artış görülebildiği belirtilmiştir. Yeti yitiminin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemesinin yanında yaşlı bireyin ayaktan veya yatakta kısa ve uzun süreli bakımı ihtiyacını artırmıştır. Yaşla birlikte artan sağlık harcamaları, özellikle kaynakların sınırlı olduğu düşük gelir seviyesine sahip toplumlarda büyük problemler yaratmıştır. Sanayileşmemiş ülkelerde, yeti yitimi problemine karşın kültürel nedenlerden dolayı yaşlıların genellikle aile içinde bakımı sürdürülmüş ve yaşlı bireylerin sosyal izolasyon oranı daha düşük olmuştur. Buna rağmen yaşlı bireye yapılan düşük sağlık harcaması (kaynak ayırımı) ve bakım kalitesi problem yaratmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yeti yitimi olan yaşlı bireye yönelik evde bakım hizmetleri (sağlık profesyonelleri veya volonterlerce verilen hemşirelik hizmeti, ilaç uygulaması, fizik tedavi; giyinme, beslenme, alışveriş gibi sosyal faaliyetlere destek) zayıf ve yetersiz olmuştur. Yaşlı bireye uzun vadeli kurumsal bakım sağlayan kamu veya özel yaşlı bakım merkezleri ve sığınma evleri de hem nicelik hem de nitelik bakımından yetersiz kalmıştır. Bununla beraber yaşlı bireyin sağlık güvencesinin olmaması ya da yetersiz olması sunulan sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemiştir. Sanayileşmiş ülkelerde (özellikle Japonya) yaşlılara yönelik tıbbi maliyetler çok yüksek olmakla birlikte, yaşlılara yönelik tıbbi, ayakta

tedavi, hastaneye yatış ve cerrahi hizmetlerin de daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (Aslan ve Ertem, 2012).

2.9. Yaşlılarda Yeti Yitimi Sonuçları ve Halk Sağlığı Yaklaşımı

Yeti yitimi önemli bir sağlık sorunu olarak ifade edilmiştir. Hastalık yükünün küresel değerlendirmesi, erken ölüm yükünün yarısından fazlasının genel yeti yitiminden kaynaklandığını göstermiştir. Çoğu zaman insanların sağlık hizmetine bir hastalıkları olduğu için değil, hastalık daha önce yapabildikleri görevleri yapmayı zorlaştırdığında başvurdukları görülmüştür. Vakaları incelerken sağlık hizmeti sağlayıcıları, bir hastalığın bireyin günlük faaliyetlerini sınırlandırdığı takdirde klinik açıdan anlamlılığını kabul edip ve değerlendirme ve planlamalarına dayalı olarak yeti yitimi bilgilerini oluşturmuştur. Toplum sağlığı açısından ölüm oranları ve hastalık olma durumu gibi geleneksel nüfus sağlık durumu göstergelerine ek olarak yeti yitimi, hastalık yükünün düzeyinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Sağlık hizmetlerindeki ilerlemeler ölüm oranlarını azaltsa bile, hayat süresinin uzayışı, yaşam boyunca idare edilmesi gerekli olan kronik hastalıkların artmasına sebep olmuş ve özellikle yaşlılar için özel sağlık bakım ihtiyaçlarını ortaya çıkarmıştır. Toplum sağlığı önceliklerini belirlerken, sonuçları ölçerken ve sağlık sistemlerinin performansını ve etkinliğini değerlendirirken yeti yitiminin dikkate alınması zorunlu olmuştur (Üstün ve ark., 2010).

Yeti yitimine sahip yaşlı bireylerin hayatlarını daha sağlıklı sürdürebilmeleri konusuna toplum sağlığı perspektifinden bakıldığında; Sağlığını koruma altına almaları, erken tanı/tedaviden faydalanmaları, sağlıklı hayat şekillerini öğrenmeleri veya geliştirmeleri ve sağlık destek sistemlerinden faydalanmaları gerekli olmuştur (LaPlante, 2014). Bunun yanı sıra yol açtığı problemlerden dolayı sağlık masraflarını fazlalaştırdığından sağlıklı yaşlanmada rol alan fiziksel, zihinsel ve sosyal koruma tedbirlerinin erken yaşlardan itibaren uygulanması, hastalıkların erken teşhis ve tedavi edilmesi, rehabilitasyon hizmetlerinin ve uzun süreli bakım desteklerinin planlanıp sağlanması önem arz etmiştir (Deveci ve Yiğitbaş, 2016).

2.10. Yaşlılık ve Depresyon

Gulette'nin görüşüne göre bireyler yaşlılığı ancak yaşlandıklarında önemsemişlerdir. Bu görüş, yaşlılığa hazırlanılmadığının göstergesi olarak sunulmuştur. Çünkü çocukluğun sosyalizasyon çağında sağlık bir değer olarak öğretilmediğinden bireyin yaşlanma sürecinin doğal akışına teslim olduğu görülmüştür. Halbu ki bu sürece bilinçli girerek sağlıklı yaşlanmanın yolu, yaşlılık öncesi koruyucu tedbirlerin alınması ile mümkün olabileceği bildirilmiştir. Çünkü problemlerin giderek arttığı yaşlılık çağında yaşlılığı hatırlama yaşlının yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir (Gullette, 2003).

Gelişim hayat boyunca süregelen buna rağmen yaşlılık, gelişmeyle birlikte gerileyiş semptomlarının görüldüğü bir dönem olarak kabul edilmiştir. Yaşlı bir kişinin eşinin ya da yakınının ölümü, yaşlıda psikolojik çöküntü oluşturabileceği belirtilmiştir. Bu durum yaşlının yalnız ve dışlanmış hissetmesine sebep olduğundan depresyonun oluşmasına zemin hazırlayıcı bir etmen olarak rol oynamıştır (Koç, 2002). Depresyona yatkın olmaya uygun ortam hazırlayan sebeplerden bir tanesi de, depresif atağı tetikleyebilmesi ve atağın hastalık oluşturabilmesinde rol oynayan fiziksel sağlığın kötü olmasından kaynaklanmıştır. Bireyin hareketlerinde kısıtlılık, başkalarına bağımlılığın artması ve var olan ağrı en belirgin faktörler arasında yer almıştır. Fiziksel sağlığın, özerkliğin ve kişisel kapasitenin kaybı bireyin hayatındaki itibarın kötü yönde etkilenmesiyle ilgili korkuların klinik depresyon için uygun ortam oluşturacağı ifade edilmiştir. Bireyin sosyal ilişkilerinin bozulması, ekonomik zayıflığı, iletişim yeteneklerinin bozulması gibi faktörlerinde yer alabileceğinden bahsedilmiştir (Amuk ve Oguzhanoglu, 2003; Bilir, 2006; LU, 2006). Yaşlılıkta dış görünüş, güç, rol ve mevcut durumda yaşanan kayıplar, bireyin bedensel-zihinsel yetersizlikleri ve yaşanan hastalıklarla bireyin bağımlılığı artarken bunlardan dolayı üzüntü, suçlu hissetme, iyimser olamama gibi hislerle karakterize edilen depresif bozukluk oluşabileceği belirtilmiştir (Aksüllü, 2002; Ançel, 2007; Duru, 2009).

Yaşlanma, zihin süreçlerindeki genel yavaşlamanın beraberinde, kısa zamanlı hafıza, öğrenim ve dikkat gibi yüksek bilişsel fonksiyonlarda önemli ve geri döndürülebilir bozukluklara sebep olmuştur. Bazı durumlarda depresyonun demansın ilk emaresi olabileceği görülmüştür (Goktas, 2006). Yaşlı bireylerde

depresyon somatik yakınmalar ve bilişsel belirtilerle gizlenebileceği veya yaşlı birey sıkıntılarını hatırlayıp bildirmek konusunda zorluk çekebileceği belirtilmiştir. Bundan dolayı yaşlı bireylerde depresyon tanınması güç ve genel olarak yeterince tedavi edilemeyen bozuklukların en başında gösterilmiştir (Bilir, 2006).

2.11. Yaşlılıkta Depresyon Epidemiyolojisi

Dünya giderek yaşlanmaktadır ve yaşlılık dönemi depresyonu dünya genelinde gittikçe artış gösteren önemli bir ruh sağlığı sorunu olmuştur. Yaşlılarda depresyona ilişkin epidemiyolojik araştırmalar, görülen depresif belirtilerin %3 ile %60 arasındaki oranlarda görüldüğünü göstermiştir (Subramaniam ve ark., 2016). Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlılarda depresyon görülme sıklığının %16-29 olduğu bildirilmiştir (Kulaksizoglu ve ark., 2005).

Depresyon görülme sıklığı ve yaygınlığına ilişkin genel verilere bakıldığında, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre küresel depresyon oranı 2002 yılında %4,5 olarak gösterilirken "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" çalışmasında %12 olarak gösterilmiştir. DSÖ'ye göre 2015 yılında %12 olan 60 yaş üstü bireylerin oranının 2050 yılında %22 olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2021). Yaşlılarda depresyon görülme sıklığı çalışmalardaki yöntemsel farklılıklar ve örneklem seçimi gibi nedenlerle değişebilmektedir. DSÖ verilerine göre 60 yaş ve üzerinde depresyon oranı %7'dir (Hung ve ark., 2022). Yaşlılarda görülen klinik olarak anlamlı depresyon oranları %1 ile %15 arasında değişebilmektedir (Barua, ve ark., 2011; Kim et al., 2007). Türkiye'de depresyon oranı, 2004 Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Araştırması'nda %3.9 ile 4. sırada yer almıştır. Ülkemizde yapılan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda (Aşık ve Özdöl, 2023) ise depresyon sıklığı 65- 74 yaş aralığında %7,4, 75 yaş ve üzerinde %8,1'dir. Depresyonun, 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı sonuçları "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" çalışmasına göre kadınların %10.7 oranı ile 1.sırada, erkeklerin ise %6.4 oranı ile 2. sırada yer aldığı görülmüştür (T. S. Bakanlığı, 2011; Unuvar, 2004; WHO, 2007).

Çalışmalar değerlendirildiğinde yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığının %24 ile %72 arasında değişiklik gösterdiği görülmüştür (Hacıhasanoğlu ve Türkleş, 2008; Işil Maral ve ark., 2001). Toplumda çeşitli yerlerdeki yaşlı bireylerin depresyon

oranlarına gelince; evde yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin %15-%25'i, uzun süreli bakım merkezlerinde yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin %25'i, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin ise %30 oranında olduğu belirtilmiştir (Eliopoulos, 2013; Mavandadi ve ark., 2007).

Depresyon yaşlılarda giderek artan bir sağlık sorunudur ve yaygın inanışın aksine, yaşlılardaki görülme sıklığı genç yetişkinlerdekinden önemli ölçüde farklılık göstermediği bildirilmiştir (Ü. S. Ünal ve Burhanettin, 1999). Depresyonun görülme sıklığı cinsiyete göre değişmekte olup kadın yaşlılarda görülme sıklığı yaşlı erkeklere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (Campbell ve ark., 2017). Depresyon, özellikle bedensel yeti yitimli ve fazla bilişsel bozukluklularda, sosyal izolasyonlu ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan kadınlarda daha yaygın olarak bulunmuştur. Depresyon oranlarını değiştiren başka bir etmen ise çocuk sayısı olarak belirtilmiştir. Dört veya daha fazla çocuk sahibi olmak yaşlı bireylerde depresyon riskini artıran etmenler arasında yer almıştır (Kulaksizoglu ve ark., 2005). Depresyon için diğer büyük bir risk faktörü ise eş kaybı ve yalnız yaşamak olarak belirtilmiştir (Gullich ve ark., 2016). Çalışmaların ortak noktası olan düşük eğitim düzeyi, yaşlı bireylerde meydana gelen depresyonda risk faktörü olarak yer almıştır (Kulaksizoglu ve ark., 2005). Emekli olma durumu ve düşük gelir düzeyi depresyon dağılımını artıran faktörler arasında yer almıştır (Assil ve Zeidan, 2013).

Depresyonu olan yaşlı hastaların genelinde depresif duygu halinden daha az şikayet ettikleri, daha az hastalık belirtileri gösterdikleri veya yaşlı bireylerin doğal olarak depresyona gireceği inanışından dolayı teşhis edilemez duruma gelmiştir (Koç, 2002). Eker, toplumda bağımsız olarak yaşamını sürdüren sağlıklı yaşlı bireyler arasında majör depresyon oranının düşük (%1 ila 5 arası), depresif semptomların da oldukça yüksek (yaklaşık %15 ila 18 arası) seyrettiğini, toplum içinde majör depresyon durumunun yaş ile beraber bağıntılı olarak azaldığını belirtmiştir (Eker, 1999).

2.12. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi

Yaşlılarda meydana gelen depresyonun çok faktörlü nedenlere bağlı olduğuna inanılmaktadır: biyolojik, sosyal ve ruhsal (Rinaldi ve ark., 2003). Motilitede azalış, kronik hastalıkların var oluşu, izolasyon, emekli olma durumu ve ekonomik

problemler vb. etmenler yaşlılık depresyon riskinde artışa sebep olmuştur (Blazer, 2000). Yaşlı yetişkinlerde depresyonun diğer nedenleri arasında uzun zamanlı madde kullanımı ve eşler ile yakınların vefatı yer almıştır (Egede ve ark., 2005).

2.13. Yaşlılık Depresyonunda Risk Faktörleri

Yaşlılık döneminde pek çok sebepten dolayı yaşlılık dönemi depresyon sıklığının arttığı bildirilmiştir. Bu sebepler arasında; düşük öz saygısı, yalnızlık, düşük sosyal destek, yas, kadın olmak, dulluk, düşük eğitim düzeyi, ekonomik problemler, aile yapısında değişiklikler, bilişsel bozukluklar, huzurevi veya bakımevinde kalma, kişilik, yetersiz beslenme, hastalık, bedensel işlev kayıpları, bağımlı olma durumu, ilaçlar (antihipertansifler, Parkinson hastalığı ilaçları vb.) ve hastane yatışı yer almıştır (Atlı ve ark.,2011; Balcı ve ark., 2012).

Depresyon tedavisi cevabının yavaş olduğu bildirilmekle beraber başarı oranlarının %60 ila %80 olduğu bildirilmiştir. Fakat yaşlı bireylerde klinik olarak depresyon tanısı konulması itibariyle hemen tedaviye başlanması önerilmiştir (Boyd, 2008). Çünkü depresyon potansiyel olarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilse de, etkili tedavinin uygulanmaması, genel olarak erken ölüm, intihar riskinin artması, işlevselliğin azalması ve sağlıkta yaşanan bozukluklar gibi sonuçlara yol açabileceği bildirilmiştir (Goktas, 2006).

2.14. Yaşlıların Yaşadıkları Ortamlara Göre Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki

Yaşlanma, insanlarda zamana bağlı değişimleri içine alan hayat sürecinin bir parçası olarak kabul edilmekte, biyolojik, zamansal ve sosyal yönleri kaçınılmaz olan bir süreç olarak kabul edilmiştir (Bahar ve ark., 2005). Yaşlılık, bireyin bedensel ve bilişsel işlevlerinde gerileyiş, sağlığın, üretkenliğin, cinsel hayatın, gelir düzeyiyle beraber rol, statü, bağımsızlığın ve sosyal hayatın azalışı vb. birçok problemin ortaya çıktığı bir kayıp dönemi olarak kabul edilmiştir (Örnek ve Romanı, 2017).

Hayat kalitesi, mutluluk ve hayattan keyif almayı kapsayan, yaygın olarak kullanılan "iyi olma hali" terimiyle ifade edilmiştir. Hayat kalitesi, bireyin hayatının iyi gittiğine dair subjektif hissi olarak da tanımlanabileceği belirtilmiştir (Günay ve ark.,

2022). Hayat kalitesi, öncelikle kronik hastalıkların tedavi edilmesinde uygun tıbbi hizmetin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmiştir Bu kavram şu alanlardan etkilenir: 1.Bedensel ve mesleki işlev, 2.Ruhsal durum, 3.Sosyal etkileşim ve 4.Ekonomik düzey (Yalçın, 2003).

21. yüzyılda doğum itibariyle beklenen hayat süresinin artması ve yaşlı nüfusun artışının yanı sıra hayat standartlarının artması, önlenmesi mümkün olan hastalıkların ve vefatların azalması, fonksiyon yeteneğinin daha bağımsız hale gelmesi ve hayat kalitesinin yükseltilmesi en önemli olgulardan biri olmuştur (Planı, 2021 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf Erişim Tarihi:13 Mart 2023).

Yaşlılarda depresyon, sık rastlanan psikolojik rahatsızlıklardan biri olup, çeşitli rahatsızlıklarla beraber ya da yalnızca yaşam kalitesine etki eden önemli bir faktör olarak kabul edilmiştir. Genellikle kısa süreli hafıza, öğrenme, istemli dikkat ve hedef amaçlı fonksiyonlar gibi üst düzey bilişsel fonksiyonlarda etkili fakat geri dönüşü olan bozukluklara neden olup zihinsel süreçleri yavaşlattığı görülmüştür. Tedavi edilmediği takdirde erken ölüm ve genel sağlığın bozulması vb. sonuçlara yol açabilir, ancak uygun tedaviyle yaşlı bireyin hayat kalitesini iyileştirebileceği görülmüştür (Günay ve ark., 2022).

Sosyal bir varlık olan birey için sosyal ilişkiler yaşamın temelinde var olmuştur. Algılanan sosyal hizmet, bireyin sosyal hizmet ihtiyaçlarının ne ölçüde sağlandığına hakkındaki inançlarını ifade etmiştir (Procidano ve Heller, 1983). Ulaştırılan sosyal hizmet artış gösterdikçe kişilerin var olan kronik hastalıklarının kontrolü kolaylaşmakta, mortalite düzeyleri düşmekte, iyilik halleri artmakta ve depresif bulguları azaltmıştır (Bartolini ve ark., 2013; Nieminen ve ark., 2013).

Depresyonun psikososyal risk etmenleri içinde eşin ölümü, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği, yeti yitimi ve fonksiyonel yetersizlikler yer almıştır. Pek çok hastalığın ve bazı ilaçların depresif belirtilerin gelişiminde rol oynadığı düşünülmüştür. Bundan dolayı yaşlı bireylere sosyal hizmetin ve tıbbi bakım sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. Bu sosyal hizmet bireyin sosyal çevresi veya bir sosyal teşkilat tarafından yerine getirilmiştir. Yaşlıların yaşadıkları çevreden

soyutlanmadan toplum içinde yaşamaya devam etmeleri gerekli olmuş ancak gerektiğinde toplu yaşam merkezleri alternatif olarak görülmüştür (Harringto ve ark., 2001).

Son araştırmalar, aileden veya kurumlardan sosyal hizmet alıp almadıklarına bakılmaksızın sosyal hizmetin yaşlılarda depresyon oranlarını azalttığını ve ruh sağlığı üzerinde önemli bir olumlu etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Carpenter, 2002; Chou, 2008). Yaşlılarda sosyal ağ boyutunun depresyon semptomlarını azalttığı ve hayat memnuniyetini önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir (Kwok ve ark., 2011). Sosyal hizmet algıları yaşa göre farklılık göstermiştir. Son yıllarda sosyal hizmet algılarındaki bu farklılaşmanın yaşlılarda depresif belirtilerdeki değişiklikleri etkilediği düşünülmüştür (Melchiorre ve ark., 2013).

2.15. Depresyon ve Yeti Yitimi

Yaşlı bireylerde yeti yitimi kişisel ve sosyal faktörlerden kaynaklanmıştır. Yaşla birlikte meydana gelen kronik hastalıklar ve yaşa bağlı olarak doğal sistem işlevlerindeki bozulmalar, yeti yitimi düzeyini ortaya koymuştur. Yeti yitimi günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak bağımlı yaşama sebep olmuştur. Bununla beraber sosyal ve ekonomik bakımdan maliyetli olan bakım ve destek ihtiyacı meydana getirmiştir (Altay ve ark, 2016; Tel, 2014). Yeti yitimi kişinin bağımsızlığını dolaysız olarak etkiler, kişinin kendisini diğerlerine bağımlı ve işe yaramaz hissetmesine, özgüveninin azalmasına ve depresyona sebep olabileceği gösterilmiştir (Tel, 2014).

Yaşlanmayla beraber yaşlı yetişkinlerde fiziksel becerilerin azalması, bilişsel fonksiyonların azalması, günlük faaliyetlerin ve sosyal ilişkilerin zayıflaması, ekonomik koşulların kötüleşmesi, yalnız yaşama ve sosyal hizmet sistemlerinin zayıflaması gibi faktörler nedeniyle depresyon daha sık görülmeye başlamıştır (Çivi ve Tanrıkulu, 2000). Yaşlı bireylerde var olan depresyon, diğer fiziksel rahatsızlıkların şiddetlenmesine ve bu rahatsızlıklardan kaynaklanan ölüm oranlarının artışına neden olmuştur. Genellikle tek başına ya da çeşitli hastalıklarla beraber hayat kalitesinin önemli bir bileşeni olarak rol almıştır (Dündar ve ark., 2009; Saygun ve Eser, 2012). Tedavi edilmediği takdirde erken ölüme ve genel sağlığın bozulmasına sebep olurken, uygun tedavi yaşlı bireylerin hayat kalitesini

iyileştirdiği görülmüştür (Sahin ve BM, 2003). Bütün bunların yanında aynı yaş grubu incelendiğinde depresyon yeti yitimini ve buna bağlı bakım ve sosyal hizmet ihtiyacını beraberinde getirmiş olup hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir (Baripoğlu, 2008). Yaşlı bireylerde depresyonun görülme sıklığı çalışmanın amacına ve kullanılmış olan yönteme bağlı olarak %1 ile %60 arasında farklılık gösterebileceği belirtilmiştir (İlhan ve ark., 2006; Kerem ve ark., 2001; Saygun & Eser, 2012; Sütoluk ve ark., 2004; G. Ünal ve Bilge, 2005). Sonuç olarak depresyon yaşlıyı çok yönlü etkilediği için önemli düzeyde yeti yitimine sebep olduğu bildirilmiştir (Saatcioğlu ve ark., 2008; Tel, 2014;; G. Ünal ve Bilge, 2005).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Kayseri ilindeki yaşlıların depresyon ve yeti yitiminin incelenmesi amacıyla kesitsel tipte planlanmıştır. Araştırma için anket uygulaması ve görüşmeler Kayseri Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığına bağlı Uluçınarlar Yaşlı Yaşam Ve Dayanışma Merkezi gündüzlü olarak hizmet alan yaşlılarda ve Kayseri ilinde yaşamakta olan diğer yaşlılarda Ekim 2022-Mart 2023 tarihleri arasında toplam 348 kişide yapılmıştır. 2022 TÜİK nüfus bilgilerine göre Kayseri' de 65+ nüfus sayısı 135142'dir. Örneklem hesabı epiInfo programı ile yapılmıştır. Dünya geneli geriatrik depresyon sıklığı %5.3 ile %56 arasında değişmektedir (Obuobi-Donkor ve ark.., 2021). Örneklem hesabını; Kayseri'de depresyon oranının %30 olduğu düşünülerek, %5 hata payı ve %95 güven düzeyinde 322 olarak hesaplanmıştır. Araştırma verileri yüz yüze anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan tanımlayıcı bilgileri içeren sorular, anket uygulanan yaşlılardaki yeti yitimini değerlendirebilmek için Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi) 2.0 (WHODAS 2.0), depresyon düzeyinin belirlenmesi için Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılmıştır. Yaşlı bireylere yöneltilen kronik hastalık varlığı sorusuna verilen cevaplar, araştırmacı tarafından gruplandırılarak değerlendirmeye alınmıştır. Diyabet Mellitus Otoimmun ve Metabolik Hastalıklar grubunda, Astım Solunum Sistemi Hastalıkları grubunda, Koroner Kalp hastalığı ve Hipertansiyon Kardiyovasküler Hastalıklar grubunda değerlendirilmiştir. Çalışmanın Uluçınarlar Yaşlı Yaşam Ve Dayanışma Merkezi'nde uygulanabilmesi için Kayseri Büyükşehir Belediyesinden yazılı olarak izin alınmıştır. Sonrasında çalışmanın amacı yaşlı yetişkinlere açıklanmış olup sözlü onamı alınmıştır. Bu araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 12.10.2022 tarih ve EÜTF-BAEK 2022/695 sayıyla onaylanmıştır (Ek-1).

3.1.Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 65 yaş üstü bireyler
- Bilgilendirilmiş olur formuna olumlu yanıt verenler

3.2.Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

- Anket sorularını yanıtlayamayanlar
- En az 2 ziyarette kendisine ulaşılamayanlar

3.3.Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0): Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmiş olduğu, klinik uygulamalarda ve genel popülasyonda sağlık ve yeti yitiminin ölçülmesine olanak sağlayan pratik bir değerlendirme aracı olarak gösterilmiştir. Bu araç, kişinin belirli aktiviteleri yapmakta ne derecede zorluk yaşadığını belirlemeye çalışarak pek çok kültürün önemli olarak kabul ettiği aktiviteleri içeren 6 alandan oluşmuştur (Uluğ ve ark., 2001). Bu alanlar; 1) Anlama iletişim kurma, 2) Hareket etme, 3) Öz bakım, 4) İnsan ilişkileri, 5) Hayat faaliyetleri, 6) Toplumsal yaşama katılım başlıklar halinde düzenlenmiştir. Ölçekteki her bir madde için, bir kişinin son 30 gün içinde belirli bir fonksiyonellik alanında yaşadığı güçlük derecesini 5'li Likert ölçeğinde yok, hafif, orta derecede, şiddetli ya da aşırı şiddetli olarak değerlendirme yapması gerektiği belirtilmiştir. Bu ölçeğin üç uyarlaması olduğu belirtilmiştir: 36 maddeden oluşan uzun uyarlaması, 12 maddeden oluşan kısa uyarlaması ve 12+24 maddeden oluşan uyarlama. Bununla birlikte öz bildirim formu, hastanın yakınları tarafından doldurulacak olan vekaletname formu ve değerlendiren kişinin dolduracağı hekim formu yer almıştır. Vekaletname, hastanın anket dolduramaması durumunda bir akrabanın (eş, arkadaş, akraba veya bakıcı gibi üçüncü bir tarafın) anketi doldurmasına izin verecek şekilde tasarlanmıştır. WHODAS 2.0'ı öncelikle faydalı yapan yönleri, güçlü teorik temeli, iyi psikometrik özellikleri, farklı grup ve ortamlarda çok sayıda kullanım olanağı ve kullanımındaki kolaylık olmuştur. WHODAS 2.0 hayatın altı alanındaki fonksiyonelliğini ölçtüğü ifade edilmiştir. WHODAS 2.0, bir kişinin belirli bir aktiviteyi gerçekleştirmesinde ne derecede zorluk yaşadığını tespit etmeye çalışmış olup altı alandan oluşmuştur (Üstün ve ark., 2010). Bu alanlar:

1) Biliş (anlama ve iletişim);

2) Hareketlilik (ayakta durma, hareket etme, bir yerden başka bir yere yürüme)

3) Kişisel bakım (kişisel hijyen, yalnız kalma, giyinme, yemek yeme)

4) İnsanlarla geçinme

5) Hayat aktiviteleri (ev, okul, iş),

6) Topluma katılıma.

Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0'ı değerlendirmenin iki yolu olduğu gösterilmiştir: Basit değerlendirme ve kompleks değerlendirme. Basit değerlendirme, her maddeye verilen puanların toplanmasını içerir (0=Hiç, 1=Çok az, 2=Oldukça fazla, 3=Çok fazla, 4=Aşırı). Basit değerlendirmeler manuel olarak yapılabileceği gibi yoğun klinik ortamlarda ya da görüşmelerde de tercih edilebileceği belirtilmiştir. Basit WHODAS 2.0 değerlendirmesi her örnek için benzersizdir ve popülasyonlar arasında karşılaştırma yapılamayacağı ifade edilmiştir.

Kompleks değerlendirmeler "Madde Yanıt Teorisi"ne dayanan derecelendirme sistemleri olarak ifade edilmiştir. Bu sistem aynı zamanda ölçeğin her unsuru için bir güçlük seviyesini içine almıştır. Her bir madde yanıtını bağımsız olarak kodlamak ve madde ağırlığına ve şiddet farklılıklarına dayalı bir özet puanı ortaya çıkarmak için bir bilgisayar kullanılmıştır. Bu değerlendirme üç adımdan oluşmuştur: Adım 1 Her alan için madde puanlarını topla Adım 2 Altı alanın tümü için puanları topla Adım 3 Toplam puanı 0 ile 100 arasında olan bir puana dönüştür (0 = Yeti yitimi bulunmuyor, 100 = Tam yeti yitimi) Kompleks Değerlendirme cevap kategorileri için bilgiler tam anlamıyla popülasyonlar ya da alt popülasyonlar arasındaki karşılaştırmalı analiz için kullanılır ve bu yüzden daha ayrıntılı analizlere olanak sağlamıştır. WHODAS 2.0, genel puan haricinde, anlama ve iletişim, hareketlilik, öz bakım, kişilerarası ilişkiler, hayat aktiviteleri (ev ve iş) ve toplumsal hayata katılım için alana özel puanların hesaplanmasına da olanak sağlamıştır.

DSÖ, ölçek yanıtlarının basit değerlendirme sistemleri için 1'den 5'e, karmaşık değerlendirme sistemleri için 0'dan 4'e kadar 5'li Likert ölçeğinde kodlanmasını önermiştir. Anket uygulanan kişiler çalışmıyorlarsa işle ilgili ölçek maddelerini atlayıp 32 maddeyi cevaplandırılarak 32 maddenin toplam puanı ile 36 maddelik ta

versiyonun toplam puanı karşılaştırılabileceği belirlenmiştir (Üstün ve ark., 2010). Bu çalışmada katılımcı cevapları karmaşık kompleks değerlendirme yöntemi kullanılarak 0'dan 4'e kadar kodlanmış olup (0=Hiç, 1=Çok az, 2=Oldukça fazla, 3=Çok fazla, 4=Aşırı) genel yeti yitimi ya da alan yeti yitimi puanlarının hesaplanmıştır. Genel ya da alan yeti yitimi puanlarını hesaplarken DSÖ web sitesinde yer alan bir bilgisayar programının kullanılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 şizofreni olgularında Türkçe formun geçerlik ve güvenirlik çalışması Uluğ ve ark.(Uluğ et al., 2001) tarafınca yapılmış olup, WHODAS 2.0`ın görüşmeci formunun beraberinde öz bildirim ve vekaletname (hastanın bir yakını tarafından veya verdiği bilgilerle doldurulan) de yer almıştır. WHODAS 2.0'ın bütün versiyonlarının Türkçeye çevirisi (hastalar, vekiller veya görüşmeciler tarafından doldurulan 12 ve 36 soruluk formlar) ve psikiyatri hastalarının oluşturduğu klinik örneklem grubu ve sağlıklı gönüllülerde 26 geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kunt ve Dereboy (Aslan Kunt ve Dereboy, 2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Formun üç versiyonundan en ayrıntılı olanı 36 maddelik versiyon olarak belirlenmiştir. Ölçeğin 36 maddelik versiyonunun öz bildirim formu çalışmamızda kullanılmıştır.

3.4.Geriatrik Depresyon Ölçeği; Yaşlı yetişkinlerin kolayca evet veya hayır olarak cevaplayabilmesine olanak sağlamak için tasarlanmış, öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan, 3, 4,5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, ve 28'inci sorularda ters anlatım içeren bir ölçek olarak ifade edilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde depresyonu destekleyen yanıtlara 1 puan, diğer tüm yanıtlara 0 puan verilerek sonuç genel depresyon puanı olarak hesaplanmıştır. Ölçeği derecelendirirken; 0 ila 10 arası bir puan "depresyonda değil", 11 ila 13 arası bir puan "olası depresyon" olarak kabul edilir ve 14 veya daha yüksek bir puan "kesinlikle depresyonda" olarak kabul edilmiştir. Ölçek en az 1, en çok 30 olmak üzere puan belirlemiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği derecelendirmeleri şunlardır: 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30. sorulara verilen her "hayır" cevabına 1 puan, her "evet" cevabına 0 puan verilmiştir. 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 ve 28. soruların her "evet" yanıtına 1 puan, her "hayır" yanıtına 0 puan verilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yürüten Ertan'dan ölçeğin

kullanımına ilişkin yazılı izin alınmış olup, bu araştırmada örneklemin Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur (Ertan ve ark., 1997).

3.5.İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analiz Statistical Pack ege For Social Science 24.0 (SPSS) programı ile gerçekleştirilmiş olup, tanımlayıcı istatistik olarak sürekli verilerde ortalama ve standart sapma, kesikli verilerde ise frekans ve yüzdeler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. İki grup arasında karşılaştırma yapıldığında kesikli verilerde Ki-kare/Fisher kesin testi uygulanmıştır. İki bağımsız grup karşılaştırıldığında veriler normal dağılım göstermediğinden Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İkiden daha fazla bağımsız grup karşılaştırıldığında normal dağılım göstermeyen değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Niceliksel değişkenler arasında olan ilişkiler normal dağılıma uymadığı için Spearman korelasyon testi kullanılarak incelenmiştir. Bu çalışmadaki istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ 'dir.

4.BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen toplam katılımcı sayısı 348 olarak belirlenmiştir. Toplam katılımcı sayısının %28.7'si (n=100) gündüz düzenli olarak bakımevine gelmiştir. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1.'de verilmiştir. Katılımcıların %53.7'si kadın, %48.3'ü erkek olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

		Sayı	**%**
Cinsiyet	Erkek	161	46.3
	Kadın	187	53.7
Yaş	65-74	251	72.1
	75-89	93	26.7
	90 ve 90+	4	1.2
Medeni durum	Hiç Evlenmemiş	6	1.7
	Şu Anda Evli	172	49.4
	Boşanmış	14	4.0
	Dul	154	44.3
	Birlikte Yaşama	2	0,6
Ekonomik Durum	Kötü	12	3.4
	Orta	146	42.0
	İyi- Çok iyi	190	54.6
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	18	5.2
	Okuryazar	21	6.0
	İlkokul	119	34.2
	Ortaokul	66	19.0
	Lise	84	24.1
	Üniversite	40	11.5
Meslek	Memur	1	0,3
	Serbest Meslek	27	7.8
	Gönüllülük Esaslı İşler	2	0,6
	Öğrenci	1	0,3
	Ev Hanımı	125	35,9
	Emekli	179	51.4
	İşsiz (Sağlık nedenlerinden dolayı)	11	3,2
	İşsiz (Diğer Sebepler)	2	0,6

Araştırmaya 65 yaş ve üzeri bireyler katılmış olup katılan bireylerin yaş ortalaması ve standart sapması 72.03±5.88 olarak hesaplanmıştır. Medeni durumu ve ekonomik düzeyleri incelendiğinde %49.4'ünün evli olduğu ve %54.6'sının ekonomik düzeylerinin iyi-çok iyi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %51.4'ünün emekli olduğu, %3,2'sinin sağlık sebeplerinden dolayı, %0,6'sının ise diğer sebeplerden dolayı işsiz olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden geçmişte veya hala devam etmekte olan çalışma hayatı olanların, çalışma yılı ortalaması ve standart sapması 34.99±9.48 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Durum, Araç ve Akıllı Telefon Kullanımlarına İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

		Sayı	**%**
Kronik Hastalık	Var	210	60.3
	Yok	138	39.7
Kronik Hastalık Türü	Kardiyovasküler Hastalıklar	97	46.4
	Otoimmün ve Metabolik Hastalıklar	88	41.7
	Solunum Sistemi Hastalıkları	21	10.0
	Kanser Hastalıkları	4	1.9
Araç kullanımı	Hiç kullanmadım	170	48.9
	Kullanıyorum	110	31.6
	Önceden kullanıyordum, şuan kullanmıyorum	68	19.5
Akıllı telefon kullanımı	Hiç kullanmadım	93	26.7
	Kullanıyorum	231	66.4
	Önceden kullanıyordum, şuan kullanmıyorum	24	6.9

Katılımcıların %60.3'ünün herhangi bir kronik hastalığının bulunduğu ve kronik hastalıklarda ise en yüksek oranı %46.4 ile kardiyovasküler hastalıkların oluşturduğu görülmüştür. Katılımcıların %48.9'unun hiç araç kullanmadığı, %19.5'inin ise önceden kullanıyorken şuanda kullanmadığı belirlenmiştir. Önceden araç kullanıyorken şuan kullanmayanların %86.6'sının sağlık sebeplerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların akıllı telefon kullanım durumu incelendiğinde ise %66'sının kullandığı bunun yanı sıra %92'sinin sağlık sebeplerine, %8'inin ise diğer sebeplere bağlı olarak şuan kullanamadıkları görülmüştür.

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Şeklinin İncelenmesi

		Sayı	%
Yaşam Biçimi	Topluluk İçinde Bağımsız	272	78.2
	Destekli Yaşam	64	18.4
	Hastanede Yatan	12	3.4
Birlikte Yaşam Durumu	Yalnız	98	28.2
	Aile İle Birlikte	246	70.7
	Bakıcı	4	1.1

Katılımcıların yaşam biçimi incelendiğinde %78.3 'ünün topluluk içinde bağımsız yaşadığı, %18.4'ünün destekli olarak yaşadığı, %3.4'ünün hastanede yattığı belirlenmiş olup, katılımcıların %70.7'sinin ailesiyle beraber, %28.2'sinin ise yalnız yaşadığı görülmüştür.

Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığının Değerlendirilmesi

		Cinsiyet				
		Kadın		**Erkek**		**Toplam**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**
Kronik Hastalık	Var	112	59.9	98	60.9	210
	Yok	75	40.1	63	39.1	138
Toplam		187		161		348

Kronik hastalık varlığının cinsiyet açısından değerlendirilmesi Tablo.4.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %59.9'u (n=112), erkeklerin ise %60.9'unun (n=98) kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcıların içinde genel olarak en yüksek oran ile (%46.4) Kardiyovasküler hastalıklar görülürken bunu takiben Otoimmün ve Metabolik hastalıklar (%41,7) gelmiştir. Kronik hastalık varlığının cinsiyetlere göre anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir[p=0,853].

Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Katılımcıların Akıllı Telefon ve Araç Kullanım Durumları

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	N	%	X^2	P
Araç kullanımı	Hiç kullanmadım	140	74.9	30	18.6	110.321	<0.001
	Kullanıyorum	32	17.1	78	48.4		
	Önceden kullanıyordum	15	8	53	32.9		
Akıllı telefon kullanımı	Hiç kullanmadım	52	27.8	41	25.5	2.783	0.249
	Kullanıyorum	126	4.8	105	9.3		
	Önceden kullanıyordum	9	12.9	15	11.1		

Katılımcıların cinsiyete göre araç ve akıllı telefon kullanım durumları Tablo 4.5.'te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin araç kullanım durumları incelendiğinde hiç araç kullanmayan kadın sayısının erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Önceden araç kullanabiliyorken şuanda kullanamayan kadınların sayısı, erkeklere oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Önceden araç kullanabiliyorken şuanda kullanamayan bireylerin cinsiyet farketmeksizin araç kullanamama sebepleri sorgulandığında %86.6'sı sağlık sebeplerinden dolayı kullanamıyorken, %13.4'sı diğer sebeplerden dolayı kullanamadığını belirtmiştir. Katılımcıların akıllı telefon kullanımı incelendiğinde ise cinsiyetlere göre anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan akıllı telefon kullanamayan bireylerin, akıllı telefon kullanamama sebepleri sorgulandığında, %92'si sağlık sebeplerine bağlı olarak kullanamıyorken %8'si diğer sebeplerden kullanamadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Cinsiyete Göre Katılımcıların Ekonomik Düzey ve Eğitim Durumunun İncelenmesi

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	N	%	X^2	P
Ekonomik Düzey	Kötü	7	3.7	5	3.1	0.345	0.842
	Orta	76	40.6	70	43.5		
	İyi-Çok İyi	104	55.7	86	53.4		
Eğitim Durumu	8 yıl ve altı eğitim alanlar	126	67.7	97	60.2	2.110	0.146
	8 yıl üzeri eğitim alanlar	60	32.3	64	39.8		

Katılımcıların cinsiyete göre ekonomik düzeylerinin ve eğitim durumlarının dağılımı Tablo 4.6.'da verilmiştir. Cinsiyetin, katılımcıların eğitim durumu ve ekonomik düzeylerini anlamlı olarak farklılaştırmadığı görülmüştür.

Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Katılımcıların Çalışma Durumunun İncelenmesi

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	N	%	X^2	P
Çalışma Durumu	Memur	0	0	1	0.6	162.269	<0.001
	Serbest meslek	6	3.2	21	13		
	Gönüllülük esaslı işler	2	1.1	0	0		
	Öğrenci	1	0.5	0	0		
	Ev hanımı	122	65.3	3	1.9		
	Emekli	50	26.7	129	80.1		
	İşsiz (sağlık)	4	2.1	7	4.4		
	İşsiz (diğer)	2	1.1	0	0		

Katılımcıların cinsiyete göre çalışma durumlarının dağılımları Tablo 4.7.'de verilmiştir. Cinsiyetin, katılımcıların çalışma durumlarını anlamlı olarak farklılaştırdığı görülmüştür. Araştırmaya katılan kadınlarda en yüksek oran ev hanımı (%65.3) olarak belirlenmişken, bu orandan sonraki en yüksek oran %26.7 ile emekli kadın katılımcı olarak belirlenmiştir. Erkek katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde ise en yüksek oranın (%80.1) emekli katılımcılarda olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8. Cinsiyete Göre Katılımcıların Yaşam Durumlarının İncelenmesi

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	N	%	X^2	P
Yaşam Durumu	Topluluk içinde bağımsız	145	77.5	127	78.9	0.252	0.882
	Destekli yaşam	36	19.3	28	17.4		
	Hastanede yatan	6	3.2	6	3.7		

Katılımcıların cinsiyete göre yaşam durumlarının dağılımı Tablo 4.8.'de verilmiştir. Katılımcıların yaşam durumlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

Tablo 4.9. Cinsiyete Göre Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	N	%	X^2	P
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	54	28.9	59	36.6	10.128	0.006
	Muhtemel depresyon	32	17.1	42	26.1		
	Kesin depresyon	101	54.0	60	37.3		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre sonuçlanan depresyon düzeyinin cinsiyet değişkenine göre dağılımı Tablo 4.9.'da verilmiştir. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre sonuçlanan depresyon düzeyinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür. Araştırmaya katılan katılımcıların %32.5'nde depresyon olmadığı, %21.3'nde muhtemel depresyon ve %46.3'nde kesin depresyon tespit edilmiştir. Kadın katılımcılarda yüksek oranda kesin depresyon belirlenmişken, erkeklerde de aynı durum söz konusu olmuştur. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre kesin depresyon olarak belirlenen depresyon düzeyi, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon olmadığı sonucuna varılan erkek katılımcıların sayısı, kadın katılımcıların sayısından daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Bakımevine Giden ve Gitmeyen Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

		Gündüz Ortam					
		Bakımevine Gidenler		Diğerleri			
		n	%	N	%	X^2	P
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	60	60	53	21.4	57.015	<0.001
	Muhtemel depresyon	22	22	52	21		
	Kesin depresyon	18	18	143	57.7		

Katılımcıların bakım evine gitme durumuna göre depresyon düzeylerinin dağılımı Tablo 4.10.'da verilmiştir. Katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların depresyon düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer katılımcılarda ise depresyon düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyonu olmadığı belirlenen katılımcılar incelendiğinde düzenli olarak bakım evine giden katılımcıların oranı diğerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi

		Yaş Grubu							
		Yaşlı(65-74)		İleri Yaşlı(75-89)		İhtiyarlık(90 ve üzeri)			
		n	%	n	%	n	%	X^2	P
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	89	35.5	23	24.7	1	25	4.597	0.331
	Muhtemel depresyon	54	21.5	19	20.4	1	25		
	Kesin depresyon	108	43	51	54.8	2	50		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.11.'de verilmiştir. Katılımcıların depresyon düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

Tablo 4.12. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Yaşam Durumlarına Göre İncelenmesi

		Yaşam Durumu							
		Topluluk içinde bağımsız		Destekli yaşam		Hastaneye yatan			
		n	%	n	%	n	%	X^2	P
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	107	39.3	5	7.8	1	8.3	54.848	<0.001
	Muhtemel depresyon	67	24.6	5	7.8	2	16.7		
	Kesin depresyon	98	36	54	84.4	9	75		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin, yaşam durumuna göre dağılımı Tablo 4.12.'de verilmiştir. Katılımcıların yaşam durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon olmadığı belirlenen bireylerde en yüksek oranın topluluk içinde bağımsız olarak yaşayan katılımcılara ait olduğu görülmüştür. En düşük oranın ise destekli yaşam sürdüren katılımcılara ait olduğu belirlenmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre kesin depresyon olduğu belirlenen katılımcılar yaşam durumuna göre değerlendirdiğinde en yüksek oranın destekli yaşam sürdüren katılımcılara ait olduğu görülmüştür.

Tablo 4.13. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Birlikte Yaşam Durumuna Göre İncelenmesi

		Birlikte Yaşama							
		Yalnız		Aile ile birlikte		Bakıcı			
		n	%	n	%	n	%	X^2	P
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	30	30.6	82	33.3	1	25	0.872	0.967
	Muhtemel depresyon	20	20.4	53	21.5	1	25		
	Kesin depresyon	48	49	111	45.1	2	50		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin birlikte yaşam durumlarına göre dağılımı Tablo 4.13.'de verilmiştir. Katılımcıların depresyon düzeylerinin birlikte yaşam durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Ekonomik Durumlara Göre Dağılımının İncelenmesi

		Depresyon Düzeyi							
		Kötü		Orta		İyi-Çok İyi			
		n	%	n	%	n	%	X^2	P
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	1	8.3	45	30.8	67	35.3	10.408	0.028
	Muhtemel depresyon	0	0	35	24	39	20.5		
	Kesin depresyon	11	91.7	66	45.2	84	44.2		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin, ekonomik durumlarına göre dağılımı Tablo 4.14'de verilmiştir. Katılımcıların ekonomik durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı görülmüştür. Ekonomik durumu kötü olanların en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu, ekonomik durumu iyi-çok iyi olanların ise en düşük depresyon düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 4.15. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi

		Eğitim durumu					
		8 yıl üzeri eğitim alanlar		8 yıl ve daha az eğitim alanlar			
		n	%	n	%	X^2	P
Depresyon düzeyi	Depresyon yok	59	47.6	54	24.5	25.948	<0.001
	Muhtemel depresyon	29	23.4	45	20.4		
	Kesin depresyon	36	29	124	56.1		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin, eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.15.'te verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı belirlenmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon olmadığı belirlenen katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 8 yıl ve daha az eğitim alan katılımcıların oranı,8 yıl üzeri eğitim alan katılımcıların oranından daha az olduğu görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre kesin depresyon olduğu belirlenen katılımcılar arasında

karşılaştırma yapıldığında 8 yıl ve daha az eğitim alan bireylerde bu oranın daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre İncelenmesi

		Medeni Durum					
		Evli		**Bekar**			
		n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**P**
Depresyon Düzeyi	Depresyon Yok	69	40.1	44	25	23.587	<0.001
	Muhtemel Depresyon	46	26.7	28	15.9		
	Kesin Depresyon	57	33.2	104	59.1		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin, medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.16.'da verilmiştir. Katılımcıların medeni durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı belirlenmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon olmadığı belirlenen katılımcıların medeni durumları incelendiğinde en yüksek oranın evli bireylerde olduğu görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre kesin depresyon olduğu belirlenen katılımcıların medeni durumları incelendiğinde ise en yüksek oranın bekar olan katılımcılarda olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Kronik Hastalık Varlığına Göre İncelenmesi

		Kronik hastalık					
		Yok		**Var**			
		n	**%**	**N**	**%**	**X^2**	**P**
Depresyon Düzeyi	Depresyon yok	56	40.6	57	27.1	7.690	0.021
	Muhtemel depresyon	29	21	45	21.4		
	Kesin depresyon	53	38.4	108	51.4		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyon düzeylerinin, kronik hastalık varlığına göre dağılımı Tablo 4.17.'de verilmiştir. Katılımcıların kronik hastalık varlığının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı tespit edilmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre araştırmaya katılan bireylerin %32.5'inde depresyon olmadığı, %21.3'ünde muhtemel depresyon olduğu,

%46.3'ünde ise kesin depresyon olduğu saptanmıştır. Depresyon tespit edilmeyen katılımcılar kronik hastalık bulundurma durumuna göre incelendiğinde kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların oranının, kronik hastalığa sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kesin depresyon tespit edilen katılımcılarda ise kronik hastalığı olan katılımcıların oranının, olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.18. Cinsiyete Göre Katılımcıların Yeti Yitimi Ölçeğinin Alt Boyutları Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları

Boyut	Kategori	N	Med(min-max)	%25	%75	Min-max	U	P
Anlama İletişim Kurma	Kadın	187	1.20	0.3	1.8	0-3.5	14357.0	0.454
	Erkek	161	1.00	0.22	1.8	0-3.8		
Hareket Etme	Kadın	187	1.4	0.6	2.4	0-4	12501.5	0.006
	Erkek	161	0.8	0.4	2	0-4		
Kendine Bakım	Kadın	187	0.5	0	1.8	0-4	13527.0	0.094
	Erkek	161	0.5	0	1.8	0-4		
İnsan İlişkileri	Kadın	187	0.8	0.8	1.6	0-3.4	13937.5	0.228
	Erkek	161	0.8	0.2	1.6	0-4		
Yaşam Faaliyetleri	Kadın	187	1	0.6	1.6	0-3.6	13877.0	0.207
	Erkek	161	0.9	0.5	1.5	0-3.9		
Toplumsal Yaşama Katılım	Kadın	187	1.6	1.1	2.4	0-3.9	13653.0	0.134
	Erkek	161	1.4	0.6	2.3	0-4		

Tablo 4.18.'de verilen verilere göre yapılan Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların cinsiyet değişkenine göre Yeti Yitimi Ölçeğinin, anlama ve iletişim kurma, kendine bakım, insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri ve toplumsal yaşama katılım alt boyutları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre hareket etme alt boyutu için istatiksel olarak anlamlı olup, kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.19. Cinsiyete Göre Katılımcıların Yeti Yitimi ve Depresyon Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları

Boyut	Kategori	N	Med	%25	%75	Min-max	U	P
Yeti Yitimi	Kadın	187	33.0	20.6	51.5	0-9.23	13103.5	0.037
	Erkek	161	26.2	15.1	50.0	0-100.6		
Depresyon	Kadın	187	15.0	10	19	2-29	12416.0	0.005
	Erkek	161	12.0	9	16.5	2-28		

Tablo 4.19.'da verilen verilere göre yapılan Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların Yeti Yitimi Ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Fark erkek katılımcıların lehine gerçekleşmiştir. Kadın katılımcıların yeti yitimi puanlarının, erkek katılımcıların yeti yitimi puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Kadın katılımcılardaki depresyon puanlarının, erkek katılımcıların depresyon puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.20. Bakımevine Gitme Durumuna Göre Katılımcıların Depresyon, Yeti Yitimi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları

Boyut	Kategori	N	Med	%25	%75	Min-max	U	P
Depresyon	Bakımevine gidenler	100	9.5	6	12	2-24.0	5580.0	<0.001
	Diğerleri	248	15.0	11	19.7	2-29		
Yeti Yitimi	Bakımevine gidenler	100	20.8	11.9	35.0	2.7-72.7	7563.0	<0.001
	Diğerleri	248	36.1	20.1	58.9	0-100.6		
Hareket Etme	Bakımevine gidenler	100	0.6	0.2	2.8	0-3.4	7917.5	<0.001
	Diğerleri	248	1.4	0.6	0.8	0-4		
Kendine Bakım	Bakımevine gidenler	100	0	0	0.8	0-3	7543.0	<0.001
	Diğerleri	248	0.8	0	2.3	0-4		
Yaşam Faaliyetler	Bakımevine gidenler	100	0.6	4	1.1	0-3	8300.0	<0.001
	Diğerleri	248	1.1	0.6	1.9	0.3.9		
Toplumsal Yaşama Katılım	Bakımevine gidenler	100	1.1	0.5	1.5	0-3	7447.0	<0.001
	Diğerleri	248	1.8	1.1	2.8	0-4		
Anlama İletişim Kurma	Bakımevine gidenler	100	1.0	0	1.7	0-3	10357.0	0.015
	Diğerleri	248	1.3	0.3	2.0	0-3.8		

Tablo 4.20. Bakımevine Gitme Durumuna Göre Katılımcıların Depresyon, Yeti Yitimi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları(Devam)

İnsan İlişkileri	Bakımevine gidenler	100	0.8	0.4	1.1	0-3	8300.0	<0.001
	Diğerleri	248	0.8	0.6	1.9	0-4		

Tablo 4.20.'de verilen verilere göre yapılan Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının bakımevine gidip gitmeme durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Düzenli olarak bakımevine gidenlerde depresyon puanlarının, bakımevine gitmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yeti Yitimi Ölçek puanları bakımevine gidip gitmeme durumuna göre incelendiğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerden gündüz düzenli olarak bakımevine gidenlerin yeti yitimi puanları (24.39±15.98), diğer katılımcıların yeti yitimi puanlarından (39.98±23.73) düşük olarak tespit edilmiştir. Tablo 4.20.'de verilen verilere göre yapılan ilişkisiz ölçümler için Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumuna göre Yeti Yitimi Ölçeğinin, hareket etme boyutu için istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Düzenli olarak bakım evine giden katılımcıların hareket etme alanında zorluk çekme durumu diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumuna göre yeti yitimi ölçeğinin, kendine bakım boyutu için istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların kendine bakım alanında zorluk çekme durumu diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumuna göre Yeti Yitimi Ölçeğinin, yaşam faaliyetleri boyutu için istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların yaşam faaliyetleri alanında zorluk çekme durumu diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumuna göre Yeti Yitimi Ölçeğinin, toplumsal yaşama katılım boyutu için istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların toplumsal yaşama katılmakta zorluk çekme durumu diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumuna göre Yeti Yitimi Ölçeğinin,

anlama ve iletişim kurma boyutu için istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür. Düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların anlama ve iletişim kurmakta zorluk çekme durumu diğerlerine göre daha düşük olarak saptanmıştır. Katılımcıların bakımevine gidip gitmeme durumuna göre Yeti Yitimi Ölçek puanlarının, insan ilişkileri boyutu için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Düzenli olarak bakımevine giden katılımcılarda insan ilişkilerinde çekilen zorluğun diğer katılımcılara oranla göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.21. Kronik Hastalık Bulundurma Durumuna Göre Katılımcıların Depresyon ve Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının Mann Whitney-U Testi Sonuçları

Boyut	Kategori	N	Med	%25	%75	Min-Max	U	P
Yeti Yitimi Puanı	Kronik hastalık yok	138	22.4	12.2	37.2	0-81.8	9262.0	<0.001
	Kronik hastalık var	210	37.6	20.3	60.8	0-100.6		
Depresyon Puanı	Kronik hastalık yok	138	12	9	16	3-27	10970.0	<0.001
	Kronik hastalık var	210	14	10	19.2	2-29		

Tablo 4.21.'de verilen verilere göre yapılan ilişkisiz ölçümler için Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların kronik hastalığı bulunup bulunmama durumuna göre Geriatrik Depresyon Ölçek puanlarını, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olan bireylere göre depresyon puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların kronik hastalığı bulunup bulunmama durumuna göre Yeti Yitimi Ölçek puanları, istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olan bireylere göre yeti yitimi puanı daha düşük olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.22. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Yaş grubu	N	X	Med	%25	%75	Min-max	Kruskal Walls H	
							X^2	P
Yaşlı [a]	251	31.6	26.1	15.2	44.8	0-88.2	30.094	<0.001
İleriYaşlılık[b]	93	44.5	43.1	29.3	60.7	1.6-100.6		
İhtiyarlık[b]	4	68.5	69.1	60.0	77.4	56.0-80.7		

Farklı harfi taşıyan gruplar bir birinden farklıdır.

Yeti Yitimi Ölçek puanlarının yaşlı, ileri yaşlılık ve ihtiyarlık arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre yaşlı ve ileri yaşlı olarak nitelendirilen katılımcıların yeti yitimi puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İleri yaşlı olarak nitelendirilen katılımcıların yeti yitimi puanı yaşlı olarak nitelendirilen katılımcıların yeti yitimi puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İhtiyarlık olarak nitelendirilen yaş grubunun yeti yitimi puanları hem yaşlı hem de ileri yaşlı olarak nitelendirilen katılımcılarda anlamlı olarak farklılaştırmadığı tespit edilmiştir($p>0.05$).

Tablo 4.23. Katılımcıların Yaşam Durumuna Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Yaşam Durumu	**N**	**X**	**Med**	**%25**	**%75**	**Min-Max**	**Kruskal Walls H**	
Topluluk İçinde Bağımsız[a]	272	27.1	24.0	15	38.2	0-76.8	131.708	<0.001
Destekli Yaşam [b]	64	64.4	67.6	52.5	79.0	17.4-100.6		
Hastanede Yatan[b]	12	71.2	72.5	65.4	75.1	60.1-86.4		

Yeti Yitimi Ölçek toplam puanı üzerinden yaşam durumuna göre Kruskall-Wallis sonuçları Tablo 4.23'te verilmiştir. Yeti Yitimi Ölçek puanları arasında Topluluk İçinde Bağımsız, Destekli Yaşam süren ve Hastanede Yatan katılımcılarda anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre topluluk içinde bağımsız yaşayanlarla destekli yaşam sürdüren ve topluluk içinde bağımsız yaşayan katılımcılarla hastanede yatan katılımcıların yeti yitimi puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür. Topluluk içinde bağımsız olarak yaşayan katılımcıların hem destekli yaşayan hem de hastanede yatan katılımcıların yeti yitimi puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Destekli yaşam sürdüren ve hastanede yatan katılımcıların yeti yitimi puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir($p>0.05$).

Tablo 4.24. Katılımcıların Birlikte Yaşam Durumuna Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Birlikte Yaşam	N	X	Med	%25	%75	Min-Max	Kruskal Walls H	
Yalnız	98	34.6	31.9	18.2	46.9	4.7-86.4	0.202	0.904
Aile ile Birlikte	246	35.7	30.2	15.7	52.3	0-100.6		
Bakıcı	4	40.0	29.8	22.7	57.3	20.2-80.1		

Katılımcıların Yeti Yitimi Ölçek puanının birlikte yaşama durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini anlamak için Kruskall Wallis H testi yapılmış olup, yapılan analizden elde edilen bulgular Tablo 4.24.'te gösterilmiştir. Yeti yitimi Ölçek puanları arasında yalnız, aile ile birlikte ve bakıcı ile beraber kalan katılımcılarda anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür($p>0.05$).

Tablo 4.25. Katılımcıların Ekonomik Durumuna Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Ekonomik Durum	N	X	Med	%25	%75	Min-Max	Kruskal Walls H	
Kötü[a]	12	54.3	53.8	39.2	75.6	10.9-86.4	11.835	0.003
Orta[b]	146	31.2	27.8	16.7	43.5	2.7-93.2		
İyi-Çok İyi[c]	190	37.6	32.5	15.7	56.8	0-100.6		

Tablo 4.25. incelendiğinde Yeti Yitimi Ölçek puanlarının ekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür($p<0.05$). Bununla beraber ekonomik durumu orta ve iyi-çok iyi olan katılımcılarında yeti yitimi puanlarının anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ekonomik durumu kötü olan katılımcıların yeti yitimi puanlarının orta ve iyi-çok iyi olanlara göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olan katılımcıların yeti yitimi puanlarının orta ve iyi-çok iyi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.26. Katılımcıların Ekonomik Durumuna Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Ekonomik Durum	N	X	Med	%25	%75	Min-Max	Kruskal Walls H	
							X^2	P
Kötü[a]	12	19.583	20.500	16	25	3-27	10.820	0.004
Orta[b]	146	13.739	12.000	10	18	2-28		
İyi-çok iyi[c]		13.294	13.000	9	18	2-29		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçek puanının ekonomik durum değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini anlamak için Kruskall Wallis H testi yapılmış olup, yapılan analizden elde edilen bulgular Tablo 4.26. 'da gösterilmiştir. Tablo.26. incelendiğinde Geriatrik Depresyon Ölçek puanları arasında yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarında ekonomik durumlarına göre göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Ekonomik durumu kötü olan katılımcıların çok iyi-iyi ve orta olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür($p<0.05$). Ekonomik durumu orta olan katılımcıların çok iyi- iyi olan katılımcılara göre depresyon puanlarını anlamlı şekilde farklılaştırmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.27. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Medeni Durum	N	X	Med	%25	%75	Min-Max	U	P
Evli	172	12.01	11	9	15	2-26	10301.50	<0.001
Bekar	176	15.34	16	10	20	2-29		

Tablo 4.27.'de verilen verilere göre yapılan Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların medeni durumuna göre Geriatrik Depresyon Ölçek puanlarını, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0.05$). Evli bireylerin, bekar olan bireylere göre depresyon puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.28. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Medeni Durum	N	X	Med	%25	%75	Min-Max	U	P
Evli	172	28.4	22.9	14.5	41.3	0-97.2	9916.50	<0.001
Bekar	176	42.3	37.9	22.1	61.3	2.7-100.6		

Tablo 4.28.'de verilen verilere göre yapılan Mann Whitney –U Testi sonucunda katılımcıların medeni durumuna göre Yeti Yitimi Ölçek puanlarını, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Evli bireylerin, bekar olan bireylere göre yeti yitimi puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.29. Katılımcıların Araç Kullanma Durumlarına Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Araç Kullanma Durumu	N	X	Med	%25-75	Min-Max	Kruskal Walls H	
						X^2	P
Hiç kullanmadım [a]	170	15.623	15	11-20	3-29	49.022	<0.001
Kullanıyorum[b]	110	10.663	10	6-13	2-25		
Önceden kullanıyordum[c]	68	13.794	13.5	9-18	2-28		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçek puanının araç kullanma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini anlamak için Kruskall Wallis H testi yapılmış olup, yapılan analizden elde edilen bulgular Tablo 4.29.'da gösterilmiştir. Tablo 4.29'a göre Geriatrik Depresyon Ölçek puanları ile araç kullanma durumu arasında yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde araç kullanma durumlarına göre göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre hiç araç kullanmayan katılımcıların depresyon puanları, önceden kullanıp şuan kullanmayan ve kullanan katılımcıların depresyon puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Önceden kullanıyorken şuan kullanamayan katılımcıların kullanan katılımcılara göre depresyon puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$).

Tablo 4.30. Katılımcıların Araç Kullanma Durumlarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Araç Kullanma Durumu	N	X	Med	%25-75	Min-Max	Kruskal Walls H	
						X^2	P
Hiç kullanmadım[a]	170	39.0	34.8	22.0-50.7	2.7-93.2	57.378	<0.001
Kullanıyorum[b]	110	23.5	16.1	10.8-32.0	0-97.2		
Önceden kullanıyordum[c]	68	45.9	45.1	28.4-63.5	2.8-100.6		

Katılımcıların Yeti Yitimi Ölçek puanının araç kullanma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini anlamak için Kruskall Wallis H testi yapılmış olup, yapılan analizden elde edilen bulgular Tablo 4.30.'da gösterilmiştir. Tablo 4.30.'a göre Yeti Yitimi Ölçek puanları ile araç kullanma durumu arasında yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde araç kullanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre önceden araç kullanıyorken şuan kullanmayan katılımcıların yeti yitimi puanları hiç kullanmayan ve kullanan katılımcıların yeti yitimi puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Hiç araç kullanmayan katılımcıların kullanan katılımcılara göre yeti yitimi puanının anlamlı derece daha yüksek olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 4.31. Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanma Durumlarına Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Akıllı telefon kullanma durumu	**N**	**X**	**Med**	**%25-75**	**Min-Max**	**Kruskal Walls H**	
						X^2	**P**
Hiç kullanmadım[a]	93	48.6	45.6	31.7-73.0	2.7-97.2	78.664	<0.001
Kullanıyorum[b]	231	27.4	22.8	22.8-38.7	0-81.7		
Önceden kullanıyordum[c]	24	62.0	67.4	44.8-75.6	0-100.6		

Katılımcıların Yeti Yitimi Ölçek puanının akıllı telefon kullanma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini anlamak için Kruskall Wallis H testi yapılmış olup, yapılan analizden elde edilen bulgular Tablo 4.31.'de gösterilmiştir. Tablo 4.31.'e göre Yeti Yitimi Ölçek puanları ile akıllı telefon kullanma arasında yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde akıllı telefon kullanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre önceden kullanıyorken şuan kullanmayan katılımcıların yeti yitimi puanlarının, hiç kullanmayan ve kullanan katılımcıların yeti yitimi puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Hiç akıllı telefon kullanmayan katılımcıların kullanan katılımcılara göre yeti yitimi puanının anlamlı derece daha yüksek olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 4.32. Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanma Durumlarına Göre Depresyon Ölçek Puanlarının İncelenmesİ

Akıllı Telefon Kullanma Durumu	N	X	Med	%25-75	Min-Max	Kruskal Walls H	
						X^2	P
Hiç kullanmadım[a]	93	16.688	17	11.5-21	3-27	45.279	<0.001
Kullanıyorum[b]	231	12.168	12	9-16	2-29		
Önceden kullanıyordum[a]	24	16.833	18	12.5-22	2-25		

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçek puanının akıllı telefon kullanma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini anlamak için Kruskall Wallis H testi yapılmış olup, yapılan analizden elde edilen bulgular Tablo 4.32.'te gösterilmiştir. Tablo. 4.32.'e göre Geriatrik Depresyon Ölçek puanları ile akıllı telefon kullanma arasında yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde akıllı telefon kullanma durumlarına göre göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre önceden kullanıyorken şuan kullanmayan katılımcıların depresyon puanlarının, hiç kullanmayan ve kullanan katılımcıların depresyon puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hiç akıllı telefon kullanmayan katılımcıların, kullanan katılımcılara göre depresyon puanı anlamlı derece daha yüksek olarak saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 4.33. Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Yeti Yitimi Ölçek Puanlarının Göre İncelenmesi

Depresyon Düzeyi	N	X	Med	%25-75	Min-Max	Kruskal Walls H	
						X^2	P
Depresyon yok[a]	113	21.2	15.7	9.7-29.1	0-63.2	109.374	<0.001
Muhtemel depresyon[b]	74	29.7	25.6	15.0-38.6	4.6-100.6		
Kesin depresyon[c]	161	48.1	44.5	32.1-67.6	0-97.2		

Tablo 4.33.'e göre Yeti Yitimi Ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde depresyon düzeylerine göre anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Man-Whitney U testi sonuçlarına göre kesin

depresyon tespit edilen katılımcıların, depresyon olmadığı belirlenen ve muhtemel depresyon tespit edilen hastalara göre yeti yitimi puanlarının anlamlı derece daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Muhtemel depresyon tespit edilen katılımcıların yeti yitimi puanlarının, depresyon olmadığı tespit edilen katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür($p<0.05$).

Tablo 4.34. Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Yeti Yitimi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Korelasyonu

	Geriatrik Depresyon Ölçek Puanı		
	r	**n**	**p**
Anlama ve İletişim Kurma Scoru	0.468	348	<0.001
Hareket Etme Scoru	0.519	348	<0.001
Kendine Bakım Scoru	0.545	348	<0.001
İnsan İlişkileri Scoru	0.436	348	<0.001
Yaşam Faaliyetleri Scoru	0.452	348	<0.001
Toplumsal Yaşama Katılım Scoru	0.527	348	<0.001

Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı ve Yeti Yitimi Ölçeği'nin alt boyutlarının scorları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 4.34.'te gösterilmiştir.

Anlama ve İletişim Kurma scoru ve Geriatrik Depresyon Ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif ($r=0454$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların anlama ve iletişim kurma becerileri bozuldukça depresyon puanlarının arttığı görülmüştür. Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %20.11 olarak belirlenmiştir. Bu değer Geriatrik Depresyon Ölçek puanının % 20.11'inin Anlama İletişim Kurma scorundan kaynaklanmış olabileceğini göstermiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Hareket Etme scoru arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.519$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların hareket etme becerileri bozuldukça depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır. Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %26.93 olarak belirlenmiştir. Bu değer Geriatrik Depresyon Ölçek puanının % 26.93'ünün Hareket Etme scorundan kaynaklanmış olabileceğini göstermiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Kendine Bakım scoru arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.545$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların kendine bakım becerileri bozuldukça depresyon puanlarının arttığı tespit edilmiştir.

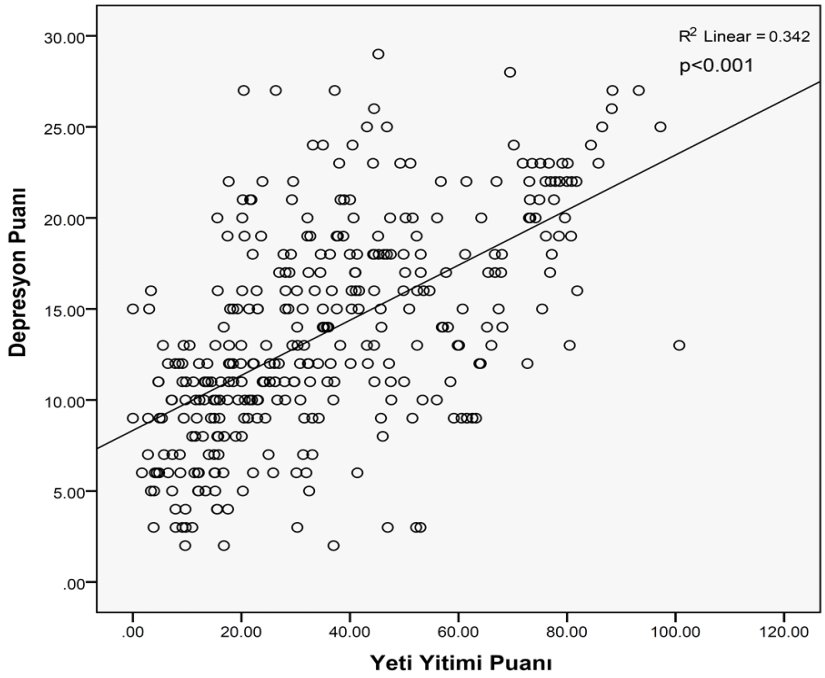
Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %29.70 olarak belirlenmiştir. Bu değer Geriatrik Depresyon Ölçek puanının % 29.70'inin Kendine Bakım scorundan kaynaklanmış olabileceğini göstermiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve İnsan İlişkileri scoru arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.436$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların insan ilişkilerindeki becerileri bozuldukça depresyon puanları artış göstermiştir. Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %19 olarak belirlenmiştir. Bu değer Geriatrik Depresyon Ölçek puanının % 19'unun İnsan İlişkileri scorundan kaynaklanmış olabileceğini göstermiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Yaşam Faaliyetleri scoru arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.452$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların yaşam faaliyetlerindeki becerileri bozuldukça depresyon puanları artmıştır. Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %20.43 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak Geriatrik Depresyon Ölçek puanının % 20.43'ünün Yaşam Faaliyetleri scorundan kaynaklanmış olabileceği gösterilmiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Toplumsal Yaşama Katılım scoru arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.527$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların toplumsal yaşama katılım becerileri bozuldukça depresyon puanları artmıştır. Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %27.77 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak Geriatrik Depresyon Ölçek puanının % 27.77'sinin Toplumsal Yaşama Katılım scorundan kaynaklanmış olabileceği gösterilmiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçek Puanı ve Yeti Yitimi Ölçeği puanı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Yeti Yitimi Ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif ($r=0.601$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yani katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçek puanı ve Yeti yitimi Ölçek puanı arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ve anlamlı olarak birlikte artış gösterdikleri görülmüştür. Değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans %36.12 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak Geriatrik Depresyon Ölçek puanının %36.12 'sinin Yeti Yitimi Ölçek puanından kaynaklanabileceği saptanmıştır. Bu ilişki Şekil 4.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1.Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanı ve Yeti Yitimi Ölçek Puanı Arasındaki İlişki

5.TARTIŞMA

Yaşlı bireylerde yeti yitimi ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan bu çalışmada; yeti yitimi ile depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) ve orta düzeyde pozitif ($r=0.601$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yani yeti yitimi puanları arttıkça depresyon puanlarında da artış tespit edilmiştir. Bununla birlikte depresyon olmadığı belirlenen ve muhtemel depresyon tespit edilen hastalara göre yeti yitimi ölçek puanlarının anlamlı derece daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Muhtemel depresyon tespit edilen katılımcıların yeti yitimi ölçek puanlarının, depresyon olmadığı tespit edilen katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Kaplan (1995)'nın çalışmasında da depresyon ile yeti yitimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Kaplan, 1995). Başka bir çalışmada ise yine depresif belirti gösteren yaşlılarda, yeti yitimi yüksek olarak belirlenmiştir (Işıl Maral et al., 2001). Kronik fiziksel hastalığı bulunan yaşlı bireylerde yeti yitimi ve depresif belirtilerin incelendiği diğer bir çalışmada yaş ile yeti yitimi ve yeti yitimi ile depresif belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğu, artan yaş ile beraber yeti yitiminin arttığı, yeti yitimi artışıyla da depresif belirtilerin arttığı saptanmıştır (Tel, 2014).

Depresyon yaygınlığı ve ilişkilendirilen yeti yitimi sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur (Özdemir ve Rezaki, 2007). Demet ve ark. Manisa'da bir huzurevinde yapılan araştırmada yaşlıların bir kısmına test yapılmış olup, %39,5'inin depresyon riski altında olduklarını belirlenmiştir; Altıntaş ve ark. katılımcıların %41,5'inin depresyon riski altında olduğunu bildirmiştir (Altıntaş ve ark., 2006; Demet ve ark., 2002). Yapılan başka bir çalışmada; olguların %58'inde herhangi bir depresyon belirtisine rastlanmazken, %42'sinde depresyon gözlenmiştir ve depresyonlu hastaların oranı yaşlılarda genel popülasyona göre daha yüksek olarak

tespit edilmiştir (Ağırman ve Gençer, 2017). Mevcut çalışma bulgularına göre; katılımcıların %32.5'nde depresyon olmadığı, %21.3'nde muhtemel depresyon ve %46.3'nde kesin depresyon olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireylere uygulanan bireysel tanımlayıcı sosyodemografik özellikler ile depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, yaşam şekli, medeni durum, ekonomik düzey ve eğitim seviyesinin depresyon durumları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi tarafından yayınlanan bir çalışma, yaşlılıkta depresyon etiyolojisinde; depresyon veya başka bir ruhsal hastalık öyküsü, sosyal aktivite eksikliği, bilişsel yeteneklerde azalma, yalnız yaşama, yeni hastalık, kronik hastalık, düşük eğitim düzeyi, evlenmemiş olma durumu, yetersiz sosyal destek ve stres önemli predispozan faktörler olarak belirlenmiştir (Guralnik ve ark., 1995).

İnsanların yaş aldıkça görünümlerinin, rollerinin ve statülerinin bozulduğu, bunun sonucunda da yeti yitiminin ve bedensel hastalıkların arttığı görülmüştür. Araştırmalar depresyonun yaşla birlikte arttığını göstermiştir (Kaçan Softa, 2014; Sütoluk ve ark., 2004; Tel, 2014). Tell ve ark. (2014), kronik hastalıkları olan yaşlı yetişkinler üzerinde yaptığı bir çalışmada, yaş ile yeti yitimi ve yaş ile depresyon arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur (Tel, 2014). Yapılan bir diğer çalışma bulgularına göre; depresyon puan ortalamalarının yaşla birlikte arttığı ve bu artışın 73-76 yaş grubunda en yüksek olarak belirlendiği tespit edilmiştir (Karaahmetoğlu Softa, 2016). Mevcut çalışma bulgularında ise depresyon ölçek puanlarının literatürün aksine yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Yaşın depresyonu etkileyen faktörler arasında yer almadığını belirten çalışmalarda bulunmuştur (İnan, 2019). Bu durum Altıntaş ve ark. (2006) yaptığı çalışmada yaşlıların çoğunluğunda depresyon riski bulamamış olup Bagley ve ark. (2000) yaptıkları çalışmalarla benzerlik göstermiştir (Altıntaş ve ark., 2006; Bagley ve ark., 2000). Dişçigil ve ark. (2005) da yaptığı çalışmada depresyonun yaş ile değişim göstermediğini saptamıştır (Dişçigil ve ark., 2005). Bu durumu şöyle açıklayabiliriz; yaşlılık kabul edilmesi zor bir dönem olmuştur. Buna rağmen bazı kişiler çeşitli nedenlerden dolayı bu dönemin yükünü daha fazla ve erken hissetmiştir. Bazı kişiler ise hiç böyle bir durum hissetmeden kendini olduğundan daha genç olarak algılamıştır. Kendinden daha genç yaşta olup, dönemin yükünü erken sırtlayan

bireyleri gördükçe yaş kıyaslaması yapıp depresif belirtilere mahal vermeyeceği düşünülmüştür.

Kadın olmanın depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu, kadının biyolojisi, psikolojik özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla baş etme biçimi, sosyal ve kültürel durumu gibi faktörlerin de depresyona katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (Güz ve ark., 2007). Epidemiyolojik çalışmalar kadınlarda yaşam boyu depresyon riskinin %20-25 olduğunu göstermiştir. Erkeklerde ise bu değer %8-12 olarak belirlenmiştir. Depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü yaygın bir bulgudur (Dişçigil ve ark., 2005; Sadock, 2007). Yapılan bir çalışmada, depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü, özellikle de ileri yaşlarda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük kişilerde görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Beekman ve ark., 1999). Elde edilen bulgular Tarsuslu Şimşek ve ark. (2010) bulduğu kadınlarda depresyon daha yüksektir bulgusuyla da benzerlik göstermiş olup, bu bulgu pek çok çalışma ile desteklenmiştir (Bingöl ve ark., 2010; Kocataş ve ark., 2010; Şimşek ve ark., 2010). Mevcut çalışma bulguları bu sonuçları destekler nitelikte olup, kadın katılımcılardaki depresyon puanlarının, erkek katılımcıların depresyon puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun nedeni kadınların anne, eş, ev kadını, iş kadını gibi pek çok rolü aynı anda üstlenmek zorunda kalmaları nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaları, daha duygusal olmaları, daha detaycı olmaları ve ağrı eşiğinin daha düşük olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Dişçigil ve ark.'nın araştırmasında kronik hastalık sayısı arttıkça depresyon puanının arttığı ifade edilmiştir (Dişçigil ve ark., 2005). Yapılan bir diğer çalışmada kronik hastalıklı yaşlı bireylerde depresyona daha sık rastlandığı saptanmıştır (Hacıhasanoğlu ve Türkleş, 2008). Şahin ve ark.'ın çalışmasında ise kronik hastalığı olmayanların depresyon puanının düşük olduğu, birden fazla hastalığı olanların ise yüksek olduğu belirtilmiştir (Bahar ve ark., 2005; Sahin ve BM, 2003). Mevcut çalışma sonuçları benzer nitelikte olup; depresyon tespit edilmeyen katılımcılar kronik hastalık bulundurma durumuna göre incelendiğinde kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların oranının, kronik hastalığa sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kesin depresyon tespit edilen katılımcılarda ise kronik hastalığı olan katılımcıların oranının, olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu

saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olan bireylere göre GDÖ puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Fakat bunun aksine anlamlı ilişki bulunamayan çalışmalarda bulunmuştur (İnan, 2019; Saltan, 2017). Yapılan bir çalışmada kronik hastalık ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmamasına karşın, depresyon puanları kronik hastalığı olan kişilerde daha yüksek olarak bulunmuştur (İnan, 2019). Altıntaş ve ark. (2006) yaptığı çalışmada yaşlılardan sağlıksız olduğunu ifade edenlerde depresyonu daha yüksek bulmuş, Bahar ve ark (2005) çalışmasında kronik hastalık ile depresyon durumlarının arasındaki fark anlamsız olarak görülmüştür (Altıntaş ve ark., 2006; Karakuş ve ark., 2003). Çınar ve Kartal'ın (2008) yaptığı araştırmada kronik hastalık düzeyinin depresyon puan ortalamaları ile ilişkili olmadığı görülmüştür (Kartal ve Özen Çınar, 2008). Yaşlı bireylerin % 83'ünde bir veya daha fazla kronik hastalığın bulunduğu belirlenmiş fakat kronik hastalık durumu ile GDÖ puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunamadığı görülmüştür (Bingöl ve ark., 2010). Kronik hastalıklar, kişisel bakım eksikliği, ağrı, uykusuzluk, sosyal yaşam kaybı gibi birçok probleme yol açmıştır. Bu ve buna benzeyen problemlerle karşılaşıldığında çoğu zaman tıbbi tesislere başvurmayı gerektirmiştir. Protokole uymak zorunda kalan yaşlılar için hastaneye yatışla beraber gelen kısıtlamalar eklendiğinde, başa çıkmakta zorlanabileceğini ve depresyon riskinin artabileceğini söyleyebiliriz.

Yaşlılar başkalarıyla anlamlı iletişim kurmakta zorluk çekebilirler, hatta iletişim kurmayı reddedip yavaş yavaş kendi kabuklarına çekilebilecekleri belirlenmiştir. Bu durumun kişinin öznel refahını etkileyip, depresyona eğilimini artıracağı tespit edilmiştir ve bu bulgu pek çok çalışma ile desteklenmiştir (Bekhet ve Zauszniewski, 2012; Eryilmaz ve Atak, 2011; Klug ve ark., 2014). Mevcut çalışma bulguları bunu destekler nitelikte olup; anlama ve iletişim kurma scoru ve GDÖ puanı arasında orta düzeyde pozitif (r=0454) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların anlama ve iletişim kurma becerileri bozuldukça depresyon puanlarının arttığı görülmüştür. Çalışmadaki bulgular depresyon puanının % 20.11'inin anlamlı iletişim kurmakta yaşanan zorluktan kaynaklanmış olabileceği göstermiştir. Aynı zamanda GDÖ puanı ve İnsan İlişkileri scoru arasında orta düzeyde pozitif (r=0.436) ve anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların insan ilişkilerindeki becerileri bozuldukça depresyon scoru artış göstermiştir. Çalışmadaki bulgular

depresyon puanının % 19'unun insan ilişkilerinde yaşanan zorluktan kaynaklanmış olabileceği göstermiştir.

Yaşlı yetişkinlerin yaşam tarzlarıyla yalnızlık ve depresyon puan ortalamaları ile beraber yaşlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, eşleri ve çocuklarıyla birlikte yaşamını sürdüren yaşlı yetişkinlerin yalnızlık ve depresyondan daha az muzdarip olduklarını göstermiştir. Bu bulgular diğer çalışmaları destekler niteliktedir; ailesiyle birlikte yaşayan yaşlı yetişkinler yalnızlık hissetme olasılığı en az olan grup olarak belirlenmiştir. Yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı tespit edilen 127 yaşlı yetişkinde depresyon riski, yüksek düzeyde yalnızlık hissetmeyen 273 yaşlı yetişkine göre 7,66 kat artmıştır. Yapılan bu çalışmada yalnızlık düzeyi ile depresyonun şiddeti arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Ağırman ve Gençer, 2017; Parlar Kılıç ve ark., 2014). Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler açısından depresyon puanlarına baktığımızda en yüksek puanın yalnız yaşayan yaşlı grubunda olduğu bulunmuştur (Karaahmetoğlu ve Softa ,2016). Mevcut çalışma bulgularında bütün bunların aksine depresyon düzeylerinin birlikte yaşam durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Yaşamını yalnız sürdürebilen yaşlı yetişkinlerin nispeten daha az fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara sahip olması beklendiği, yaşlıların aile ortamındaki sosyal ortamı ve desteği huzurevi, bakımevi vb. yerlerde toplumsal yaşama katılarak bulmaya çalıştıkları düşünülmüştür. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yalnızlık duyguları sosyal hizmet faktörlerinin etkisiyle nispeten düşük olarak belirlendiği de (Ağırman ve Gençer, 2017; Parlar Kılıç ve ark., 2014) dikkate alındığında depresyon puanının yalnız yaşayan yaşlılarda düşebileceğini açıklamakta yardımcı olmuştur. Mevcut çalışma bulguları da bu açıklamayı destekler nitelikte olup, katılımcıların toplumsal yaşama katılım becerileri bozuldukça depresyon scorunun arttığı tespit edilmiştir.

Çin'de yapılan bir çalışmada yaşlılardaki depresyonun yaşam şekliyle birebir ilişkili olduğu gösterilmiştir (Hua ve ark., 2015). Daha önce yapılan çalışmalarda; huzurevinde yaşayan yaşlılarda hali hazırda fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların oluşu tahmin edildiğinden depresyon görülme sıklığının artması doğal bir durum olarak görülmüştür (Özmenler, 2001). Huzurevinde yaşamanın depresyon semptomlarını ve beraberinde hastalık riskini artırdığı, sosyo-ekonomik sıkıntıya neden olduğu ve insanları toplumdan izole ettiği gösterilmiştir (Raccio-Robak ve

ark., 2002). Başka bir çalışmada depresyon görülme oranı huzurevinde yaşayan yaşlılarda %48.1, evde yaşayan yaşlılarda ise %24.3 olarak saptanmıştır (Işil Maral ve ark., 2001). Bunun aksine mevcut çalışmada düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların toplumsal yaşama katılmakta zorluk çekme durumu diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuş olup, düzenli olarak bakımevine gidenlerde depresyon oranının, bakımevine gitmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun çeşitli nedenlere bağlı olduğu düşünülmüştür. Bakımevine toplumun her kesiminden, farklı sosyal çevrelerden yaşlı insanlar bir araya gelerek sohbet edebildiği, sorunlarını paylaşacak birini bulabildiği ve burada arkadaş edinme şansının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum mevcut çalışma bulgularından elde edilen düzenli olarak bakımevine giden katılımcılarda insan ilişkilerinde çekilen zorluğun diğer katılımcılara oranla göre daha düşük olduğu bulgusunu destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Bakımevinde bulunan sağlık çalışanları sayesinde yaşlı bakımıyla ilgili tıbbi hizmetler kolaylıkla sağlanabiliyorken, yalnız veya aile üyeleriyle birlikte yaşayan yaşlı yetişkinlerde tıbbi hizmetlere erişimin bu kadar hızlı ve kolay olmayabileceği belirlenmiştir. Ayrıca bakımevindeki sosyal aktivitelerle yaşlı yetişkinlerin kendilerini geçindirmelerinin bir yolunu bulabildiği görülmüştür. Bakımevindeki yaşlı sakinlerin yaşlarının birbirine yakın olması, dünya görüşlerinin, hayata bakış açılarının ve duyguların benzer olması ve nesiller arası çatışmaların yaşanabileceği bir ortam oluşmaması yönüyle çocuklarla birlikte yaşayan yaşlılardan daha avantajlı olduğu ileri sürülmüştür. Çünkü nesiller arası çatışmalar nedeniyle çocukları ve torunlarıyla iletişimde sorunlar yaşayabildiği bu nedenle yaşlıların kendilerini dışlanmış hissedebildiği belirlenmiştir (Ağırman ve Gençer, 2017). Bu durum; çalışmamızda bakımevine düzenli gitmeyenler dışındaki yaşlı grubunda depresyon oranının yüksek olmasını açıklamakta yardımcı olmuştur.

Yaşlı yetişkinlerde depresyon sıklığının daha birçok olası nedeni bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada; Yaşlılarda depresyon; bilişsel işlevlerde gerileme, fonksiyonel bozukluk, psikomotor harekette yavaşlama, zayıflamış kognitif işlev ve sorunları çözme ve herhangi bir işe başlama becerisinin azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Alexopoulos ve ark., 2002; Lockwood ve ark., 2002). Mevcut çalışma bulguları diğer çalışmalarla benzer olup; katılımcıların anlama ve iletişim kurma scoru ve GDÖ puanı arasında orta düzeyde pozitif ($r=0454$) ve anlamlı ($p<0.05$) bir

ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların anlama ve iletişim kurma becerileri bozuldukça depresyon scorlarının arttığı görülmüştür. GDÖ puanı ve hareket etme scoru arasında orta düzeyde pozitif (r=0.519) ve anlamlı (p<0.05) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların hareket etme becerileri bozuldukça depresyon scorlarının arttığı saptanmıştır. GDÖ puanı ve kendine bakım scoru arasında orta düzeyde pozitif (r=0.545) ve anlamlı (p<0.05) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların kendine bakım becerileri bozuldukça depresyon scorlarının arttığı tespit edilmiştir. GDÖ puanı ve Yaşam Faaliyetleri scoru arasında orta düzeyde pozitif (r=0.452) ve anlamlı (p<0.05) bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların yaşam faaliyetlerindeki becerileri bozuldukça depresyon scoru artmıştır. Sonuç olarak GDÖ puanının üzerinde; %20.11 oranıyla anlama iletişim kurma, %26.93 oranıyla hareket etme, % 29.70 oranıyla kendine bakım , %20.43 ile yaşam faaliyetlerindeki problemlerin etkili olabildiği gösterilmiştir.

Tamam ve Öneri (2001) tarafından günlük hayat faaliyetlerini sürdürmede bağımlı olmak yaşlılıkta depresyon için önemli risk etmenlerinden biri olduğu bildirilmiştir (Tamam ve Öner, 2001). İtalya'da, evde yaşamını sürdüren yaşlı bireylerde yapılan çalışmada da yaşlıların bağımlılık düzeyi ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Fassino ve ark., 2002). Mevcut çalışma bulguları bu sonuçlarla benzer nitelikte olup; katılımcıların yaşam durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı görülmüştür. GDÖ'ne göre depresyon olmadığı belirlenen bireylerde en yüksek oranın topluluk içinde bağımsız olarak yaşayan katılımcılara ait olduğu görülmüştür. En düşük oranın ise destekli yaşam sürdüren katılımcılara ait olduğu belirlenmiştir. GDÖ'ne göre kesin depresyon olduğu belirlenen katılımcılar yaşam durumuna göre değerlendirdiğinde en yüksek oranın destekli yaşam sürdüren katılımcılara ait olduğu görülmüştür.

Yaşlı yetişkinlerde yeti yitimi ve depresif belirti puanları arasında cinsiyet, eğitim durumu ve günlük yaşam özelliklerini sürdürme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Yeti yitimi ve depresif belirtilere ilişkin puanların kadın, okuma yazma bilmeyen ve günlük yaşam faaliyetlerini devam ettirmekte bağımlı olan yaşlı yetişkinler arasında daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmalar kadın olma, yalnız yaşama, dul veya boşanmış olma, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olma ve kronik hastalık gibi psikososyal

faktörlerin yeti yitimi ve depresyon üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Goktas, 2006). Dahası, (Berlau ve ark., 2009) yaşlı kadınların büyük bir kısmının yeti yitimi olduğunu bulmuş ve yeti yitimi olan yaşlı insanlar arasında günlük yaşam aktivitelerinde yüksek derecede bağımlılık olduğunu bulmuştur (Ağırman ve Gençer, 2017; Guralnik ve ark., 1995). Mevcut çalışma bulguları incelendiğinde; topluluk içinde bağımsız yaşayanlarla destekli yaşam sürdüren ve topluluk içinde bağımsız yaşayan katılımcılarla hastanede yatan katılımcıların yeti yitimi ölçek puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür. Topluluk içinde bağımsız olarak yaşayan katılımcıların hem destekli yaşayan hem de hastanede yatan katılımcıların yeti yitimi ölçek puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Destekli yaşam sürdüren ve hastanede yatan katılımcıların yeti yitimi puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular bağımlılık düzeyi arttıkça yeti yitimi puanlarının arttığını destekler nitelikte olmuştur.

Yeti yitimi ve depresif belirtilere ilişkin puanların okuma yazma bilmeyenler, işçi sınıfı ve geniş ailelerde yaşayan yaşlı yetişkinler arasında daha yüksek olduğu görülmüştür. Gelir düzeyinin yetersizliğinin depresyona yatkınlık oluşturduğunu gösteren çalışmalar bulunmuştur (Karaahmetoğlu ve Softa, 2016). 65 ila 70 yaşları arasındaki yaşlı yetişkinlerin yeti yitimi puanlarının daha düşük olduğu, dulların ve ekonomik durumu daha düşük olanların ise daha yüksek yeti yitimi puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (Verbrugge ve Jette, 1994). Yapılan başka bir çalışma bu sonuçlarla benzerlik göstermekte olup; aylık geliri istikrarsız olan yaşlıların yeti yitimi oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ağırman ve Gençer, 2017; Akın ve Emiroğlu, 2003). Bir diğer çalışmada yeti yitiminin genel olarak kadınlarda, ileri yaşlı grubunda (85 yaş üstü), daha az eğitimli olanlar ve daha düşük gelirli olanlar arasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Afsar ve ark., 2012; Akın ve Emiroğlu, 2003; Kesioğlu ve ark., 2003; Tel, 2014). Yine bir çalışmada gelir düzeyi ile yeti yitimi ve depresif belirti arasında anlamlı ilişki, düşük gelirli yaşlı bireylerin yeti yitimleri ve depresif belirti puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Afsar ve ark., 2012; Karaahmetoğlu ve Softa, 2016). Yapılan çalışmalar gelir düzeyinin depresyon için etkili bir değişken olduğunu göstermiştir (Karaahmetoğlu ve Softa, 2016; Yaka ve ark.,, 2014). Mevcut araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermekte olup katılımcıların ekonomik durumlarının depresyon düzeylerini

anlamlı şekilde farklılaştırdığı görülmüştür. Ekonomik durumu kötü olanların en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu, ekonomik durumu çok iyi olanların ise en düşük depresyon düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Ekonomik durumun depresyon puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde ekonomik durumu kötü olan katılımcıların çok iyi, iyi ve orta olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ekonomik durumu orta olan katılımcıların çok iyi ve iyi olan katılımcılara göre depresyon ölçek puanlarını anlamlı şekilde farklılaştırmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yaşlılık çağını yalnız geçirmek hayatı zorlaştırabileceği için depresyon eğilimini arttırabileceği düşünülmüştür. Depresyon durumu ile ekonomik durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamayan çalışmalarda bulunmuştur (İnan, 2019). Bu bulgular birçok çalışma ile desteklenmiştir (Kocataş ve ark., 2010; Şimşek ve ark., 2010). Gelir düzeylerine göre katılımcıların yeti yitimi ölçek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan korelasyon analizi neticesinde yeti yitimi ve gelir düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiş olup, gelir düzeyinin artışıyla yeti yitiminin azaldığı görülmüştür (Alkan ve Erdem, 2020). Ekonomik durumun yeti yitimi puanı üzerindeki etkisi incelendiğinde mevcut çalışma bulguları bu sonuçlarla benzerlik göstermiştir. Ekonomik durumu kötü ve çok iyi olanlarda yeti yitimi ölçek puanlarının anlamlı olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Yine ekonomik durumu orta ve iyi olan katılımcılarında yeti yitimi ölçek puanlarının anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ekonomik durumu kötü olan katılımcıların yeti yitimi ölçek puanlarının orta ve iyi olanlara göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olan katılımcıların yeti yitimi ölçek puanlarının orta ve iyi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte ekonomik durumu çok iyi olan katılımcıların orta olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırmalarda yaşlıların eğitim durumuna göre yeti yitimi ve depresif belirti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tel, 2014; Saltan, 2017; Yanardağ ve Şahin, 2019). Depresyonun yetişkin dönemde olduğu gibi yaşlılık döneminde de, depresyonun eğitim düzeyi düşük bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Beekman ve ark., 1999). Yapılan bir çalışmada eğitim durumu düşüklüğünün depresyon için bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (Dişçigil

ve ark., 2005). Eğitim düzeyi ile depresyon durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamayan çalışmalarda bulunmuştur (İnan, 2019). Karakuş ve ark. (2003) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulamamıştır (Karakuş ve ark., 2003). Mevcut çalışmada eğitim durumunun depresyon düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde; katılımcıların eğitim durumlarının depresyon düzeylerini anlamlı şekilde farklılaştırdığı belirlenmiştir. Geriatrik depresyon ölçeğine göre depresyon olmadığı belirlenen katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 8 yıl ve daha az eğitim alan katılımcıların oranı,8 yıl üzeri eğitim alan katılımcıların oranından daha az olduğu görülmüştür. Geriatrik depresyon ölçeğine göre kesin depresyon olduğu belirlenen katılımcılar arasında karşılaştırma yapıldığında 8 yıl ve daha az eğitim alan bireylerde bu oranın daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumunun bireylerin kendilerini sağlıklı hissetmelerinde pozitif katkısının olduğunu söyleyebiliriz.

Yapılan çalışmalarda dul ve boşanmış olmanın yaşlı bireylerde günlük hayat faaliyetlerine olan bağımlılığın ve yalnız yaşam sürdürmenin yeti yitimini ve depresyonu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Bir çalışmada bekar/dul olan bireylerde ve günlük hayat faaliyetlerinde bağımlı olanların depresyon ve yeti yitimi puan ortalaması yüksek olarak tespit edilmiştir (Dişçigil ve ark., 2005; Keskinoğlu, 2012; Tel, 2014). Bir diğer çalışmada yaşlılarda dul olanların GDÖ puan ortalaması yüksek olarak bulunmuştur (Dişçigil ve ark., 2005). Maral ve ark'ın çalışmasında da evli olanlara oranla dul olanların depresyon yüzdesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir ve birçok çalışma ile desteklenmiştir (Bahar ve ark., 2005; Dişçigil ve ark., 2005; Işil Maral ve ark., 2001; Özen Çınar ve Kartal, 2008). Verbrugge ve Jette (1994) dul yaşlı yetişkinlerin çoğunluğunun yeti yitimine sahip olduğunu belirlemiştir (Jette ve Verbrugge, 1994). Mevcut çalışma bulgularında; şuanda evli olan katılımcıların dul olan katılımcılara göre yeti yitimi puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer katılımcılara ikili karşılaştırmalar yapıldığında diğer medeni durumdaki (hiç evlenmemiş, boşanmış, birlikte yaşama) katılımcıların yeti yitimi puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. GDÖ'ne göre depresyon olmadığı belirlenen katılımcıların medeni durumları incelendiğinde ise en yüksek oranın evli bireylerde olduğu görülmüştür. GDÖ'ne göre kesin depresyon olduğu belirlenen katılımcıların medeni durumları

incelendiğinde ise en yüksek oranın bekar olan katılımcılarda olduğu tespit edilmiştir. Şuanda evli olan katılımcıların depresyon ölçek puanları, hiç evlenmemiş ve dul olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur. Diğer katılımcılar arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda diğer medeni durumdaki katılımcıların depresyon ölçek puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Araştırmalar, yaşlanma sürecinde ortaya çıkan yeti yitiminin bireyler, aileler ve toplum üzerinde birçok etkisinin olduğunu göstermiştir (Boult ve ark., 1994). Ruhsal bozukluklar ve bununla ilişkili yeti yitimi, kronik hastalığı olan kişilerde sağlıklı insanlara göre çok daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Black ve ark., 1998). Bir başka çalışmada kronik fiziksel ve zihinsel hastalıklar bir arada bulunduğunda yeti yitiminin daha da arttığı, depresyon tanısı alan kişilerin %67,2'sinin yeti yitimli olduğu bulunmuştur (Stewart IV, 1989). Mevcut çalışma bulguları diğer sonuçlarla benzer nitelikte olup; katılımcıların kronik hastalığı bulunup bulunmama durumuna göre yeti yitimi ölçek puanları, istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiş olup, kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olan bireylere göre yeti yitimi ölçek puanı daha düşük olarak belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada yeti yitimi ağır olan hasta durumu %28'dir ve kadınlarda yeti yitiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (Afsar ve ark., 2012). Doğan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşlı kadınların %19.2'sinin, erkeklerin ise %12'sinin yeti yitimine sahip olduğu saptanmıştır (Doğan ve ark., 2011). Morengoni ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da, kadınlarda yeti yitimi oranı erkeklere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Marengoni ve ark., 2009). Yine başka bir çalışma erkek hastalarda fonksiyonel yeti yitiminin daha düşük olduğunu göstermiştir (Karadağ,ve ark., 2016). Cinsiyet ile yeti yitimi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalarda bulunmuştur (Gill ve ark., 2006; Gureje ve ark., 2006; Ören ve Önal, 2016; Yiğitbaş ve Deveci, 2016). Bir çalışmada erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Afsar ve ark., 2012). Mevcut çalışma bulgularında kadın katılımcıların yeti yitimi puanlarının, erkek katılımcıların yeti yitimi puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan bir çalışma yeti yitiminin tüm yaş gruplarında orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (Karaahmetoğlu ve Softa, 2016). Başka bir araştırmada yaşın yeti yitimini üzerinde etkisi olduğu ve her geçen sene yeti yitimi ihtimalini 1.1 kat arttırdığı saptanmıştır (Avlund, 2004; Durocherve ark., 2012; Marengonive ark., 2009; Walsh ve Gannon, 2011). Mevcut çalışma bulgularına göre ileri yaşlı olarak nitelendirilen katılımcıların yeti yitimi puanı yaşlı olarak nitelendirilen katılımcıların yeti yitimi puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İhtiyarlık olarak nitelendirilen yaş grubunun yeti yitimi düzeyleri hem yaşlı hem de ileri yaşlı olarak nitelendirilen katılımcılarda anlamlı olarak farklılaştırmadığı tespit edilmiştir. Yaşın artışıyla beraber yeti yitiminin artması beklediğimiz bir netice olup, önemli olan bu durumun yaşlılara olan etkilerinin mümkün olduğunca aza indirilmesidir.

Yapılan bir çalışmada alan puanları alt boyutunda incelendiğinde en yüksek yeti yitimi puanlarının 'yaşam faaliyetleri' ile 'hareket bir yerden bir yere gitme' alan puanlarından geldiği tespit edilmiştir (Ören ve Önal, 2016). Aydın il merkezinde yeti yitimi görülme sıklığını belirlemek için yapılmış olan bir çalışmanın yeti yitimi değerlendirmelerine bakıldığında benzer sonuçlar olduğu saptanmıştır (Karademir, 2008). Şizofreni hastalarında yeti yitimini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada yeti yitimi düzeyinin en yüksek olduğu alanlar 'anlama ve iletişim kurma' ile 'toplumsal yaşama katılım' olarak belirlenmiştir (Uluğ ve ark., 2001). Mevcut çalışma bulgularına göre yeti yitimi alt boyutları değerlendirildiğinde en yüksek yeti yitimi puanlarının 'toplumsal yaşama katılım' ve 'kendine bakım' alan puanlarından geldiği tespit edilmiştir. Ayrıca bu alt boyutları değerlendirirken araştırmaya katılan katılımcıları bakımevine giden ve gitmeyen olarak kendi içinde ayırdığımızda, düzenli olarak bakımevine giden katılımcıların toplumsal yaşama katılmakta zorluk çekme, anlama ve iletişim kurmakta zorluk çekme durumu ve insan ilişkilerinde çekilen zorluğun diğer katılımcılara oranla göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bakımevine giden katılımcıların sosyal yaşama katılımı, iletişimi, insan ilişkilerinin daha iyi olduğu düşünüldüğünde, yeti yitimi düzeyinin daha düşük olmasını açıklayabilmiştir.

Yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 toplam puanlarının ortalaması 71,7±18,6 olarak belirlenmiş olup oldukça yüksek bir yeti yitimi puanı olarak değerlendirilebileceği belirtilmiştir (Ören ve Önal, 2016). Mevcut

çalışma bulguları ise şu şekildedir; araştırmaya katılan bireylerden gündüz düzenli olarak bakımevine gidenlerin yeti yitimi puanları (24.39±15.98), diğer katılımcıların yeti yitimi puanlarından (39.98±23.73) düşük olarak tespit edilmiştir. Çalışmada saptanan düşük yeti yitimi puanlarının sebebi evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak kadar düşkün bir grup üzerinde değil, daha karma bir grup üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

DSÖ'nün toplumun yeti yitimi puan dağılımını gösteren sonuçlarına göre toplumun %40'ının '0' puanla hiç yetersizliği olmadığı ortaya konmuştur. Yine toplumun %98,1'inin puanı 70 ve altındadır. Mevcut çalışmadaki yaşlılarda WHODAS-2 toplam puanlarının ortalaması 35.50±22.88 olarak tespit edilmiş olup çokta yüksek olmayan bir yetersizlik puanı olarak değerlendirilmiştir. Alan puanları alt boyutunda değerlendirildiğinde en yüksek yetersizlik puanları 1.62±1.00 ve 1.45±1.20 ile 'toplumsal yaşama katılım' ile 'hareket bir yerden bir yere gitme' alan puanlarından oluştuğu belirlenmiştir. Aydın il merkezinde yeti yitimi yaygınlığının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, Ortalama değer 8,7±8,9 olup, yeti yitimi alt boyutları değerlendirmelerine bakıldığında en yüksek yetersizlik puanlarının 'yaşam faaliyetleri' ile 'hareket bir yerden bir yere gitme' alt boyutlarından geldiği görülmüştür (Karademir, 2008). Şizofreni hastalarında yeti yitimini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada hastaların toplam puanları 22,7±16,0 olarak belirlenmiştir. Bununla beraber; yeti yitimi seviyesinin en yüksek olduğu alanlar 33,8±20,8 puan ile 'anlama ve iletişim kurma' ile 33,0±20,5 puanla 'toplumsal yaşama katılım' olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada yeti yitimi ölçeği olarak WHODAS-2 kullanıldığından hayatın başlıca altı faaliyet alanı hakkındaki yeti yitimi ile ilgili bilgi edinme ve bunları birbirleri ile karşılaştırma fırsatı yaratmıştır. Dünyada ve Türkiye'de WHODAS-2 ölçeğinin nasıl yorumlanacağına dair uluslararası ve ulusal rehber bilgilere ulaşılamamıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda çeşitli uygulamalar yapılmış olsa da yorumlanma kısmı tam olarak açıklanmamıştır. Aynı şekilde Pösl ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmalarında, bu araştırmada da zorluk çekilen bu noktaya dikkat çekmişlerdir (Pösl ve ark., 2007)

WHODAS-2 ölçeği puanının hesaplanması, var olan bir yeti yitimi durumunun bireyin hayatı üzerindeki etkisini belirlemede yardımcı olmuştur. Ancak skor değerlendirmelerine ilişkin net bir bilgiye ulaşılamamıştır. Ayrıca WHODAS-2 ölçeği daha önce yapılan çalışmalarda özellikle de psikiyatrik popülasyonlarda kullanılmış ve değerlendirme yaparken kesim noktası olmadığı için tam bir ayırım yapılamamış ve sadece toplam puan üzerinden gidilmiştir. Bu durum çalışma sonuçlarının anlaşılmasında kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucuna göre, yaşlıların yeti yitimi puan ortalamaları arttıkça anlamlı bir şekilde depresyon puan ortalamaları da artmıştır. Çalışmada yeti yitimi ve depresyon puanlarının yaşlılardaki cinsiyet, ekonomik düzey, eğitim seviyesi, medeni durum ve kronik bir hastalığın varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadınlarda, bekar/dul bireylerde, kronik hastalık varlığında, düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olan bireylerde depresyon ve yeti yitimi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte düzenli olarak bakımevine gidenlerin yeti yitimi ve depresyon puanları daha düşük olarak belirlenmiştir.

Yeti yitimine sahip olan yaşlıların biyo-psiko-sosyal sağlığının iyileştirilebilmesi çeşitli müdahaleler ve yaklaşımlarla mümkün olduğu bilinmektedir. Yaşlıların gelirini artıracak ve kronik hastalıklarla baş etmelerine yardımcı olacak düzenlemelerin depresyon sorununu azaltacağına inanılırken, kadın cinsiyetinin de hassasiyetle ele alınmasının gerekli olduğu düşünülmüştür. Yaşlıların yeti yitimi ve depresyon birbirine yol açabilen durumlar olarak da çok yönlü ele alınması gerektiği ve bu ilişki tedavi ve bakım süreçlerini etkileyeceği için yaşlıların sıklıkla depresyon ve yeti yitimleri açısından değerlendirilmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlılarda yeti yitimi ve depresyonu azaltmaya yönelik öneriler;

- Yaşlıların yeti yitimi ve depresif belirtilerinin değerlendirilip, yaşlının hayatındaki etkilerini önlemek veya azaltmak için planlamalar yapılmalıdır.

- Depresif belirtiler yaşamın birçok alanında fonksiyon kaybına neden olduğundan depresyon hastalarında semptomların şiddeti dikkatle izlenip değerlendirilmelidir.
- Yaşlı bireyleri sosyal ve duygusal yaşamdan iten faktörlerin en başında olan yeti yitimi, duygu durum bozuklukları, eğitim seviyesi, sosyal güvenlik, gelir düzeyi, yalnızlık gibi etkenler için iyileştirici girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Yaş ilerledikçe özellikle de eş kaybından dolayı yaşlılarda yalnızlık hissi durumunu aza indirmek veya fiziksel, zihinsel, sosyal ihtiyaçlarını gidermek adına akran grupları ile birliktelik birimleri oluşturulmalıdır(Yaşlılık kaynaştırma ve sosyal etkinlik merkezleri kurulması vb.).
- Yaşlıları yalnızlıktan ve yetersizlik duygularından uzaklaştırmaya yönelik gezi turları, aylık toplu doğum günü kutlamaları, yaşlı dostu organizasyonlar sosyal etkinlik ve üretkenlik içerikli projelerin yerel yönetimlerce geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.
- Yaşlılara destek olmak, küçük veya büyük yaşadığı herhangi bir probleme değer vermek, eğitim ve rehabilitasyon alanında sosyal hizmet olanaklarından faydalanmasını sağlamak, yeti yitimli yaşlılar üzerinde çalışırken temel amacın bireylerin mümkün olduğunca bağımsız olmalarına yardımcı olmanın olduğu ve çevredeki bireylerin özellikle de aile fertlerinin hedefe uygun şekilde bilinçlendirilmesi gereği dikkate alınmalıdır.
- Yaşlı bireyler yeti yitimi ve depresyon bakımından farkındalık programlarına dâhil edilmelidir.
- Orta yaş ve üzerindeki kişilere yaşlılığa hazırlık ve uyumu içeren eğitim programları geliştirilip, eğitim hizmeti verilmelidir.

7. KAYNAKÇA

Afsar B, Yalçınsoy M, Yakar H, Bilgin S, ve Akkaya E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. CMJ, 2012; 34(3): 260-267.

Ağırman E, ve Gençer M Z. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. Çağdaş Tıp Dergisi, 2017; 7(3): 34-240.

Akgün S, Bakar C, ve Budakoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(2): 105-110.

Akın B, ve Emiroğlu O. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yetiyitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Geriatri, 2003; 6(2): 59-67.

Aksüllü N. Kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişki.Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2002; s.: 35-45.

Alexopoulos S, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, ve Krishnan K. R. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. Biological psychiatry, 2002; 52(6): 543-558.

Alkan F, ve Erdem R. Mutluluk ile geçici yeti yitimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık ve Toplum, 2020; 20(3): 69-79.

Altay B, Çavuşoğlu F, ve Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016; 15(3): 181-189.

Altıntaş H, Attila S, Sevencan F, Akçalar S, Sevim Y, Solak Ö. S, Şahin E. K, Velagiç Z. Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5(5): 333-342.

Amuk T, ve Oguzhanoglu N. K.. Yaslanma ve depresyon1/Aging and depression. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003; 4(2): 113.

Ançel G. Depresyon ve hemşirelik bakımı. Hemşirelik Bakım Planları: Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut. Alter Yayıncılık, Ankara. Başoğul C, Buldukoğlu K.(2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2007; 7(1): 1-15.

Arpaci F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye Emekliler Derneği, Ankara, 2005; 11.

Aslan D, ve Ertem M. (2012). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme, 2012; s.:66.

Aslan Kunt D, ve Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2018; 29(4): 248-57.

Assil S, ve Zeidan Z. Prevalence of depression and associated factors among elderly Sudanese: a household survey in Khartoum State. EMHJ, 2013; 19 (5): 435-440.

Atlı T., Aras S, Bozoğlu E., Şahin S, ve Ülger Z. Yaşlı Sağlığı Modülleri. Yaşlı Sağlığı Modülleri, 2011; s.: 195.

Avlund K. Disability in old age. Dan Med Bull, 2004; 51: 315-349.

Bacanlı H, ve Terzi Ş. I. Yetişkinlik ve Yaşlılık: Gelişimi ve Psikolojisi: Açılımkitap. 2013; 15.

Bagley H, Cordingley L, Burns A, Mozley C. G, Sutcliffe C, Challis D, ve Huxley P. Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. Journal of Clinical Nursing, 2000; 9(3): 445-450.

Bahar A., Tutkun H, ve Sertba G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6: 227-239.

Bakanlığı S. Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti. Ankara 2015. ss.:156.

Bakanlığı, T. S. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı. Ankara 2011.

Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, ve Elmalı F. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. Turkish Journal of Public Health, 2012; 10(1): 37-43.

Baripoğlu K. Geriatrik depresyon. Geriatri, 2008; 2: 1097-1098.

Bartolini S, Bilancini E, ve Pugno M. Did the decline in social connections depress Americans' happiness? Social indicators research, 2013; 110: 1033-1059.

Barua A, Ghosh M. K, Kar N, ve Basilio M. A. Prevalence of depressive disorders in the elderly. Annals of Saudi medicine, 2011; 31(6): 620-624.

Beekman A. T, Copeland J, ve Prince M. J. Review of community prevalence of depression in later life. The British Journal of Psychiatry, 1999; 174(4): 307-311.

Beğer T, ve Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim, 2012; 25(3): 1-3.

Bekhet A. K, ve Zauszniewski J. A. Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor? Archives of psychiatric nursing, 2012; 26(3): 214-224.

Berlau D. J, Corrada M. M, ve Kawas, C. The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from The 90+ Study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009; 24(11): 1217-1225.

Bilir N. Türkiye'de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal ve Nobel, Ankara, 2006; s.:3-9.

Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenk B, Yıldırım N, ve Kaytaz E. G. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi, 2010; 25(4): 169-176.

Black S. A, Markides K. S, ve Miller T. Q. Correlates of depressive symptomatology among older community-dwelling Mexican Americans: The Hispanic EPESE. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 1998; 53(4): 98-208.

Blazer D. G. Psychiatry and the oldest old. Am J Psychiatry, 2000; 157(12): 1915-1924.

Boult C, Kane R. L, Louis T. A, Boult L, ve McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. Journal of gerontology, 1994; 49(1): 28-36.

Boyd M. A. Psychiatric nursing: Contemporary practice: lippincott Williams ve wilkins, 2008; s.: 15-20.

Breton É, Beloin F, Fortin C, Martin A, Ouellet M.-È, Payette H, ve Levasseur M.. Gender-specific associations between functional autonomy and physical capacities in independent older adults: results from the NuAge study. Archives of gerontology and geriatrics, 2014; 58(1): 56-62.

Buz S. Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2015; 14(53): 268-278.

Campbell K. E, Dennerstein L, Tacey M, Fujise N, Ikeda M, ve Szoeke, C. A comparison of Geriatric Depression Scale scores in older Australian and Japanese women. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2017; 26(1): 70-78.

Canlı S. Yaşlılıkta mobiliteye bağlı yetiyitimi ve halk sağlığı hemşiresinin sorumlulukları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2019; 6(2): 390-397.

Carpenter B. D. Family, peer, and staff social support in nursing home patients: Contributions to psychological well-being. Journal of Applied Gerontology, 2002; 21(3): 275-293.

Castro S. S, ve Leite C. F. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule-WHODAS 2.0. Fisioterapia e Pesquisa, 2017; 24: 385-391.

Chappell N. L, ve Cooke H. A. Age related disabilities-aging and quality of life. International encyclopedia of rehabilitation, 2010; 56: 1-3.

Chen Y.-C, Chou Y.-C, Lin L.-P, Wu C.-L, ve Lin J.-D. Long term trend analysis of geographical disparity in aging and disability: Taiwanese population approach. Research in developmental disabilities, 2012; 33(2): 350-356.

Chou K.-L. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. Journal of affective disorders, 2008; 106(1-2): 191-196.

Crews D. E, ve Zavotka, S. Aging, disability, and frailty: implications for universal design. Journal of physiological anthropology, 2006; 25(1): 113-118.

Crimmins E. M, Hayward M. D, Hagedorn A, Saito Y, ve Brouard N. Change in disability-free life expectancy for Americans 70 years old and older. Demography, 2009; 46(3): 627-646.

Çivi S, ve Tanrıkulu M. Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Geriatri, 2000; 3(3): 85-90.

Çubukcu M. M. Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması, Kronik İskemik Kalp Hastalığı Çekirdek Setinin Türk Hastalarda Uygulanabilirliği.

Tıpta Uzmanlık Tezi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Konya 2014; s.:3-5.
Danış M. Z, ve Efe F. Aktif yaşlanma. Yaşlılık: Disiplinlerarası yaklaşım, sorunlar, çözümler, 2016; 263-292.
Demet M. M, Taşkın E, Deniz F, Karaca N, ve İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13(4): 290-299.
Den Ouden M. E, Schuurmans M. J, Arts I. E, ve van der Schouw Y. T. Physical performance characteristics related to disability in older persons: a systematic review. Maturitas, 2011; 69(3): 208-219.
Desa U. World Population Prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables. United Nations New York, 2015; 3.
Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel F. S, ve Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Türk Geriatri Dergisi, 2005; 8(3): 129-133.
Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, Gökkaya N, Kutsal Y. G, Borman P, Öztop P, Altındağ Ö, Aydeniz A, Beyazova M, Eskiyurt N, Eyigor S, Hizmetli S, Karapolat H, Madenci E, Nacir B, Ortancil Ö, Turhan N, Yağcı İ, Yazgan P. Beyazova, M. Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran geriatrik hastaların özellikleri: Çok merkezli tanımlayıcı araştırma. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2011; 57: 143-9.
Druss B. G, Marcus S. C, Rosenheck R. A, Olfson M, Tanielian T, ve Pincus H. A. Understanding disability in mental and general medical conditions. American Journal of Psychiatry, 2000; 157(9): 1485-1491.
Durna Z, ve Akın, S. Kronik Hastalıklar ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2012; 520-558.
Durocher J, Lord J, ve Defranco A. Disability and global development. Disability and Health Journal, 2012; 5(3): 132-135.
Duru H. G. Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2009; 16(2): 34-41.
Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal Ü. S, Toktaş H, ve Kavuncu V. Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. Genel Tip Dergisi, 2009; 19(3): 99
Egede L. E, Nietert P. J, Zheng D. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. Diabetes care, 2005; 28(6): s.:1339-1345.
Eker E. Yaşlıda depresyon. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 1999; 63-73.
Elena S, Georgeta N, Cecilia G, ve Elena L. The attitude of the elderly persons towards health related physical activities. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2011; 30: 1913-1919.
Eliopoulos C. Gerontological Nursing: Lippincott Williams & Wilkins, 2013;s.:15-25.
Ergün Ö. U. G, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, ve Akpınar E. Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniği'ne başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2003; 6(3): 89-94.
Ertan T, Eker E, ve Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri arşivi, 1997; 34(2): 62-71.

Eryilmaz A, ve Atak H. Ailesiyle Yaşayan Yaşlılarda Mutluluk Modeli. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 2011; 48(4): 227-33.

Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, ve Fıdaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010; 21(1): 37-48

Fassino S, Leombruni P, Daga G. A, Brustolin A, Rovera G. G, ve Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. Archives of gerontology and geriatrics, 2002; 35(1): 9-20.

Freedman V. A, Hodgson N, Lynn J, Spillman B. C, Waidmann T, Wilkinson A. M, ve Wolf, D. A. Promoting declines in the prevalence of late- life disability: comparisons of three potentially high- impact interventions. The Milbank Quarterly, (2006); 84(3): 493-520.

Genç Y, ve Dalkılıç P. Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu Ve Toplumsal Beklentileri. International Journal of Social Science, April 2013;Volume 6 Issue 4, s.:461-482.

Gerland P, Raftery A. E, Ševčíková H, Li N, Gu D, Spoorenberg T, Alkema L, Fosdick B. K, Chunn J, Wilmoth J, Lalic N. World population stabilization unlikely this century. Science, 2014; 346(6206): 234-237.

Gill T. M, Allore H. G, Hardy S. E, ve Guo Z. The dynamic nature of mobility disability in older persons. Journal of the American Geriatrics Society, 2006; 54(2): 248-254.

Goktas K. Ozkan I. Yaslilarda depresyon. Turkiye'de Psikiyatri,2006; 8: 30-37.

Görgün Baran A. Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın toplumsal boyutu. Yaşlılık Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler, 2016; 2: 105-125.

Gullette M. M. From life storytelling to age autobiography. Journal of Aging Studies, 2003; 17(1): 101-111.

Gullich I, Duro S. M. S, ve Cesar J. A. Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2016; 19: 691-701.

Guralnik J. M, Ferrucci L, Simonsick E. M, Salive M. E, ve Wallace R. B. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. New England Journal of Medicine, 1995; 332(9): 556-562.

Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, ve Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. Journal of the American Geriatrics Society, 2006; 54(11): 1784-1789.

Güler Ç, Akın L, Akın A, T Akşit B, Akgün S, Altıntaş K. H, Aslan D, Attila S, Bilgili A. N, Bertan M, Bilir N, Bağcı B, Çakır B, Çilingiroğlu N. E, Paksoy E. N, Güçiz D. B, Eren N, Güleç C, Günerkan B, Şahin-Hodoğlugil N. N, Kalaça S, Köksal O, Müftü G, Oral S. N, Özcebe H, Öztek Z, Bahar-Özvarış Ş, Pekcan H, Telatar T. G, Temel F, Tezcan S, Thıbert A, Üner S, Acar Vaizoğlu S, Yardım M. S, Yıldız, A. N, Bertan, M. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2015: s.:164-168.

Günay İ, Bekem Ö, Ecevit Ç. Ö, Erdur C. B, Eren G, Çağan Appak, Y.,Öztürk Y, Kasırga H. E, Maşallh B, Eser E, Aydoğdu, S. Validity and Reliability of Turkish Version of the CDDUX Health Related Quality of Life Scale. 2022.ss.:25.

https://ssrn.com/abstract=4077750
Erişim Tarihi:13 Mart 2023.
Güz H, Yaman M, ve Dilbaz N. Fiziksel hastalığı olan yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler. Türkiye'de Psikiyatri, 2007; 9(1): 44-49.
Hacıhasanoğlu R, ve Türkleş S. Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(2): 55-60.
Hairi N. N, Cumming R. G, Blyth F. M, ve Naganathan V. Chronic pain, impact of pain and pain severity with physical disability in older people-Is there a gender difference? Maturitas, 2013; 74(1): 68-73.
Harrington C, Woolhandler S, Mullan J, Carrillo H, ve Himmelstein D. U. Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? American journal of public Health, 2001; 91(9): 1452-1455.
Hua Y, Wang B, Wallen G. R, Shao P, Ni C, ve Hua Q. Health-promoting lifestyles and depression in urban elderly Chinese. PloS one, 2015; 10(3): e0117998.
Hung K. K, Walline J. H, Chan E. Y. Y, Huang Z, Lo E. S. K, Yeoh E. K, ve Graham C. A. Health service utilization in Hong Kong during the COVID-19 pandemic–a cross-sectional public survey. International Journal of Health Policy and Management, 2022; 11(4): 508-513.
Hybels C. F, Blazer D. G, ve Hays J. C. Demography and epidemiology of psychiatric disorders in late life. Textbook of Geriatric Psychiatry. 4th edition. Washington DC: The American Psychiatric Publishing, 2009: 19-44.
İçli G. Sosyal statü ve rol bağlamında yaşlılık. Ceylan H.,(Edt.), Yaşlılık Sosyolojisi, Nobel Yayınları. Ankara 2016; s.:25.
İlhan M. N, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, ve Bumin M. A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. Klinik Psikiyatri, 2006; 9: 177-184.
İnan A. Yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörleri. İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya 2019 ; s.:46.
Jarvik L, Small G ve Henderson A. Geriatric Psychiatry: Overview, assessment, psychiatric disorders of late life. Comprehensive Textbook of Psychiatry. BJ Sadock, VA Sadock (Eds), 7th ed. USA: Lippincott Williamsve Wilkins, 2000; 2: 2980-3081.
Kaçan Softa, H. Sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirme. Kaçan-Softa, Havva. (2014). Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli Geliştirme. Yayımlanmamış doktora tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 2014; ss.: 21
Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1995; 6(3): 169-179.
Karadağ E, İnkaya B. V, ve Kunduracı E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda yeti yitimi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki. STED Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2012; 5(5): 175-180.
Karademir Ş. Özürlülük sınılaması için bir model oluşturma. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Halk sağlığı anabilim dalı, Uzmanlık tezi. Aydın 2008; s.: 37-39.

Karakuş A, Süzek H, ve Atay M. E. Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2003; 11: 39-41.

Karşıdağ Ç, Taktak Ş, ve Alpay N. Remisyon dönemindeki mani hastalarında yetiyitimi düzeyi. Düşünen Adam dergisi, 2000; 13(4): 211-216.

Kerem M, Meriç A, Kırdı N, ve Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. Geriatri, 2001; 4(3): 106-112.

Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, ve Uçku R. İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Geriatri, 2003; 6(1): 27-30.

Keskinoğlu P. Yaşlılık Ve Yeti Yitimi. Yaşlı Sağlığı, 2012; 75.

Kim M.-D, Hong S.-C, Lee C.-I, Kwak Y.-S, Shin T.-K, JangY.-H, Hwang S.-E. Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms for residents in the urban part of Jeju Island, Korea. International Journal of Social Psychiatry, 2007; 53(2): 123-134.

Kislaya I, Santos A. J, ve Gil A. P.. Co-occurrence of different types of violence in Portuguese elder adults. Interpersonal Violence Interventions-Social and Cultural Perspectives, 28-30 agosto 2013.

Klug G, Lacruz M. E, Emeny R. T, Häfner S, Ladwig K.-H, ve Huber D. Aging without depression: a cross-sectional study. Psychodynamic psychiatry, 2014; 42(1): 5-22.

Kocataş S, Güler G, ve Güler N. 60 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 7(1): 10.

Koç M. Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde bireysel gelişim. Akademik Araştırmalar Dergisi, 2002; 12: 149-160.

Krahn G. L. WHO World Report on Disability: a review. Disability and Health Journal, 2011; 4(3): 141-142.

Kulaksizoglu I. B, Gürvit H, Polat A, Harmanci H, Cakir S, Hanagasi H, Bilgiç B, Emre, M. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. International psychogeriatrics, 2005; 17(2): 303-312.

Kulkarni M, ve Rodrigues C. Engagement with disability: Analysis of annual reports of Indian organizations. The International Journal of Human Resource Management, 2014; 25(11): 1547-1566.

Kwok S. Y, Yeung D. Y, ve Chung A. The moderating role of perceived social support on the relationship between physical functional impairment and depressive symptoms among Chinese nursing home elderly in Hong Kong. The Scientific World Journal, 2011; 11: 1017-1026.

LaPlante M. P. Key goals and indicators for successful aging of adults with early-onset disability. Disability and Health Journal, 2014; 7(1): 44-50.

Leveille S. G, Fried L, ve Guralnik J. M. Disabling symptoms: what do older women report? Journal of general internal medicine, 2002; 17(10): 766-773.

Lockwood K. A, Alexopoulos G. S, ve van Gorp W. G. Executive dysfunction in geriatric depression. American Journal of Psychiatry, 2002; 159(7): 1119-1126.

Lollar D. J, Crews, J. E. Redefining the role of public health in disability. Annual review of public health, 2003; 24(1): 195-208.

Lollar D. J, ve Simeonsson R. J. Diagnosis to function: classification for children and youths. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2005; 26(4): 323-330.

LU A. K. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiyolojisine yönelik bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7: 49-54.

Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi, 2010; 49(3): 39-45.

Maral I, Aslan S, İlhan M. N, Yıldırım A, Candansayar S, ve Bumin M. A. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(4): 251-259.

Marengoni A, Von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, ve Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community- based, longitudinal study. Journal of internal medicine, 2009; 265(2): 288-295.

Mavandadi S, Ten Have T. R, Katz I. R, Nalla B, Durai U. N. B, Krahn D. D, Llorente M. D, Maria D, Oslin MD, William W, Kirchner E, Cooley, S. L. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. Journal of the American Geriatrics Society, 2007; 55(2): 202-211.

Melchiorre M. G., Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, Loannidi-Kapolou E, Barros H, Makassa G, Soares J. F. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. PloS one, 2013; 8(1): e54856.

Meseguer-Santamaría M.-L, Vargas-Vargas M, Mondéjar-Jiménez J, Quesada-Rubio, J.-M. Satisfaction with healthcare services among Spanish people with disabilities. Disability and Health Journal, 2013; 6(1): 18-25.

Metzler I. Disability in the Middle Ages: Impairment at the intersection of historical inquiry and disability studies. History compass, 2011; 9(1): 45-60.

Minhage M, Larsson B. W, Gustafsson G, Hamrin E. The Swedish version of the Philadelphia Geriatric Center Multilevel Assessment Instrument, by age and gender in an old- age Swedish population, especially related to locomotor disability. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2008; 22(3): 478-484.

Mollaoğlu M. Disability, activities of daily living and self efficacy in dialysis patients. TAF Prev Med Bull, 2011; 10(2): 181-186.

Nagi S. Z. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. Sociology and rehabilitation. Sosyoloji ve Rehabilitasyon , Sussman MB tarafından düzenlendi, Amerikan Sosyoloji Derneği, Washington, DC, 1965. s.:100–113.

Nieminen T, Prättälä R, Martelin T, Härkänen T, Hyyppä M. T, Alanen E, Koskinen S. Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. BMC public health, 2013; 13(1): 1-11.

Obuobi-Donkor G, Nkire N, Agyapong V. I. 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, 2021; 11(11): 142.

Ören M. M, Önal, A. E. İstanbul'un bir ilçesinde evde sağlık hizmeti alan bireylerin yeti yitimlerinin değerlendirilmesi. TC İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp

Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2016; s.:21.
Örnek Y. P, Romanı A. Ağustos 2017 Cilt: 6 Sayı: 3 Makale No: 22 ISSN: 2146-9199.
Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18(1): 13-21.
Özdöl B, Aşık Z. Pandemi Süresince Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Takiplerinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2023; 28(2): 100-105.
Özen Çınar İ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(5): 399-404.
Özmenler K. N. Yaşlılık çağı depresyonları. Duygudurum dizisi, 2001; 3: 109-115.
Palacios-Ceña D, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Valle-Martín B, Fernández-de-las-Peñas C, Carrasco-Garrido P. Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A Spanish population-based survey. Maturitas, 2013; 76(4): 326-333.
Parlar Kılıç S, Karadağ G, Koçak H, Korhan E. Evde yaşayan yaşlıların yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algılarının incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 2014; 17(1): 70-76.
Planı S. Y. E. Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı. (2021). Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf
Erişim Tarihi:13 Mart 2023
Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. Quality of Life Research, 2007; 16: 1521-1531.
Procidano M. E, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. American journal of community psychology, 1983; 11(1): 1-24.
Raccio-Robak, N., Mcerlean, M. A., Fabacher, D. A., Milano, P. M., & Verdile, V. P. Socioeconomic and health status differences between depressed and nondepressed ED elders. The American journal of emergency medicine, 2002; 20(2): s.: 71-73.
Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Senin U, Catani M, Cherubini A. Validation of the five- item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. Journal of the American Geriatrics Society, 2003; 51(5): 694-698.
Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz, M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas, 2020; 139: 6-11.
Saatcioğlu Ö, Çelikel Ç, Kutlutürk F, Cumurcu E, Kısacık B., Yıldız S, Erim R. Disability and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. The Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2008; 2: 106-112.
Saatcioğlu Ö, Çelikel F, Kutlutürk F. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yeti yitimi ve yaşam kalitesi. Anatol J Clin Investig, 2008; 2(3): 106-112.
Sadock B, Sadock V. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri, 2007; 1559-1800.

Sahin E, BM Y. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. Turkish Journal of Geriatrics, 2003; 6: 10-13.
Saltan A. Yaşlılarda depresyon, ağrı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017; 7(2): 67-72.
Saygun M, Eser E. Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz?, Dilek Aslan, Melikşah Ertem içinde. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, 2012; 66-74.
Simeonsson R. J, Scarborough A. A, Hebbeler K. M. ICF and ICD codes provide a standard language of disability in young children. Journal of Clinical Epidemiology, 2006; 59(4): 365-373.
Softa H. K, Karaahmetoğlu G. U. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesinde yatan yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2016; 7(1): 18-24.
Staab A, Hodges L. Problems with mobility. Essentials of gerontological nursing, Lippincott, 1996; 51-65.
Stewart IV C. W. Wagoner v. Wagoner: Division of Property Upon Divorce-The Classification of Returns from Separate Property. Ark L. Rev., 1989; 42: 173.
Subramaniam M, Abdin E, Sambasivam R, Vaingankar J. A, Picco L, Pang S, Seow E, Chua B. Y, Magadi H, Chong S. A, Mahendran R. Prevalence of depression among older adults-results from the well-being of the Singapore elderly study. Ann Acad Med Singapore, 2016; 45(4): 123-133.
Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Adana 2004, Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(3): 148-151.
Şimşek T. T, Yümin E. T, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyon sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memuniyeti üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2010; 24(3): 147 - 153.
Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi, 2001;1(2): s.:50-60.
Taşçı, F. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. Çalışma ve Toplum, 2010; 1(24): 175-202.
Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu Ve Yaşam Kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2011; 13(2): 59-67.
Tel H. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. Florence Nightingale Journal of Nursing, 2014; 22(2): 69-75.
Terzioğlu F, Aktaş D, Şahin E. Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık Ve Yaşam Kalitesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 16(1): 65-71.
Topinková, E. Aging, disability and frailty. Annals of Nutrition and Metabolism, 2008; 52(Suppl. 1) 6-11.
Tufan İ. Antikçağdan günümüze yaşlılık: sosyolojik yaşlanma: Aykırı yayınevi 2002; ss.:240.
TÜİK, İ. G. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası: Ankara 2012.
TÜİK, İ. G.Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667, Erişim Tarihi:20 nisan 2023

Tyler M. D, Richards D. B, Reske-Nielsen C, Saghafi O, Morse E. A, Carey R, Jacquet G. A. The epidemiology of drowning in low-and middle-income countries: a systematic review. BMC public health, 2017; 17(1): 1-7.

Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. Yetiyitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(2): 121-130.

Unuvar N. Türkiye hastalik yükü çalişmasi. Sağlık bakanlığı, Refik Saydam hıfzıssıhha merkezi başkanlığı, hıfzıssıhha mektebi müdürlüğü. Ankara 2006; s.:13.

Ünal B, Ergör G. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, TC Sağlık Bakanlığı Türki ye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Anıl Matbaacılık. Ankara 2013; s.:281.

Ünal G, Bilge, A. İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2005; 8(2): 89-93.

Ünal Ü. S, Burhanettin K. Yaşlılık ve Depresyon-II Tedavi Yaklaşımları. Geriatri Dergisi, 1999; 2(2): 83-89.

Üstün T. B, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disability and rehabilitation, 2003; 25(11-12): 565-571.

Üstün T. B, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J ,Saxena S, Korf M. U, Pull, C. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. Bulletin of the World Health Organization, 2010; 88: 815-823.

Üstün T. B, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0: World Health Organization 2010.

Verbrugge L. M, Jette A.M. The disablement process. Social science & medicine,1994; 38(1): 1-14.

Walsh K, Gannon B. Perceived neighbourhood context, disability onset and old age. The Journal of Socio-Economics, 2011; 40(5): 631-636.

World Health Organization (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly. Geneva:WHO;1976. https://iris.who.int/handle/10665/41003
Erişim Tarihi: 13 Mart 2023

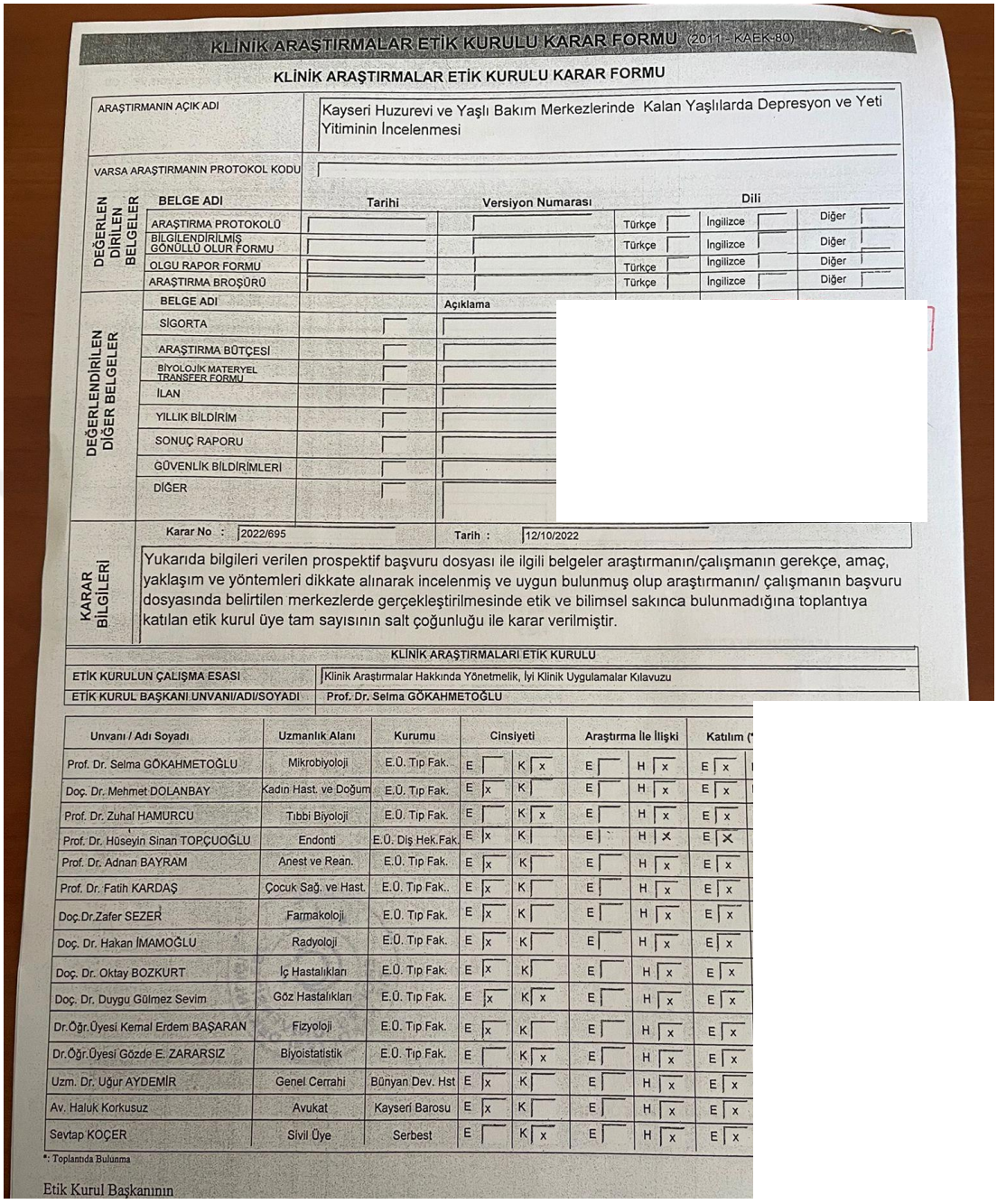
World Health Organization (1997). ICIDH-2 International classification of impairments, activities, and participation. A manual of dimensions of disablement and functioning Beta-1 draft for field trials June 1997. Geneva:WHO;1997.
http://www.who.int/icidh
Erişim Tarihi:13 Mart 2023.

World Health Organization (2004). International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index (Vol. 3): World Health Organization.

(www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
Erişim Tarihi:13 Mart 2023.
World Health Organization (2007). Mortality in children and adolescents from unintentional injuries (falls, drowning, fires and poisoning): fact sheet No. 2.2, May 2007: World Health Organization. Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/ENHIS
Erişim Tarihi:13 Mart 2023
World Health Organization (2011). World report on disability 2011: World Health Organization.
https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182
Erişim Tarihi:13 Mart 2023

World Health Organization (2021). "Mental health of older adults.". Erişim: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults.
Erişim Tarihi:13 Mart 2023
Wild B, Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum, E, Müller H, Brenner H, Slaets J, Söllner W, Huyse F. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: the Intermed for the Elderly (IM-E). Journal of psychosomatic research, 2011; 70(2): 169-178.
Wolf D. A, Hunt K, Knickman J. Perspectives on the recent decline in disability at older ages. The Milbank Quarterly, 2005; 83(3): 365-395.
Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener G. G, Tunca Z. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. Archives of gerontology and geriatrics, 2014; 59(1): 150-154.
Yalçın B. M. Dr. E. Melih Şahin1. Huzurevinde Veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırması. Turkish Journal Of Geriatrics, 2003; 6(1): 10-13.
Yanardağ M. Z, Şahin D. S. Yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine bir inceleme. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2019; 30(1): 37-55.
Yiğitbaş Ç, Deveci S. E. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi. Bakırköy Tıp Dergisi, 2016; 12(4): 57-63.
Yılmaz D, Terzioğlu F. Yaşlı Ayrımcılığı ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2010; 2(2): 137-144.

EK-1



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon ve Yeti Yitiminin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER

BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER

BELGE ADI		Açıklama
SİGORTA		
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU		
İLAN		
YILLIK BİLDİRİM		
SONUÇ RAPORU		
GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ		
DİĞER		

KARAR BİLGİLERİ

Karar No : 2022/695 Tarih : 12/10/2022

Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/ çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Selma GÖKAHMETOĞLU

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişki		Katılım (*
Prof. Dr. Selma GÖKAHMETOĞLU	Mikrobiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	K x	E	H x	E x
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x
Prof. Dr. Zuhal HAMURCU	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	K x	E	H x	E x
Prof. Dr. Hüseyin Sinan TOPÇUOĞLU	Endonti	E.Ü. Diş Hek.Fak.	E x	K	E	H x	E x
Prof. Dr. Adnan BAYRAM	Anest ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x
Prof. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak..	E x	K	E	H x	E x
Doç.Dr.Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x
Doç. Dr. Oktay BOZKURT	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x
Doç. Dr. Duygu Gülmez Sevim	Göz Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K x	E	H x	E x
Dr.Öğr.Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x
Dr.Öğr.Üyesi Gözde E. ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E	K x	E	H x	E x
Uzm. Dr. Uğur AYDEMİR	Genel Cerrahi	Bünyan Dev. Hst	E x	K	E	H x	E x
Av. Haluk Korkusuz	Avukat	Kayseri Barosu	E x	K	E	H x	E x
Sevtap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E	K x	E	H x	E x

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

EK-2

EÜ Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 07.09.2022-301955

Kayseri Büyükşehir Belediyesi
Huzur Evi Şube Müdürlüğü
Sayı: E-21235099-044-2022-126/21915
Tarih: 07.09.2022
Dosya Numarası: 2022-93960

T.C.
KAYSERİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı

Sayı : E-21235099-044-2022-126/21915 07.09.2022
Konu : Anketler Tez Çalışması Hk.

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 01.09.2022 tarih ve E-298714 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınızda Kayseri Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığımıza bağlı Hacı Rukiye Gazioğlu Huzurevinde "Yaşlılarda Depresyon ve Yeti Yitimi İncelemesi" konusunu araştırmak üzere anket çalışması yapmak istemektesiniz.

Bilindiği üzere Covid-19 koronovirüs salgını sebebiyle pandemi sürecinden geçmekteyiz. Bu süreçte de en çok 60 yaş ve üzeri yaşlılarımız etkilenmektedir. İlimizde vaka sayılarımızın artması ve yaşlılarımızın sağlığını riske atmamak adına kuruluş içerisinde yaşlı ve personel harici şahısların huzurevine girişi yaşlılarımızın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple yapmayı talep ettiğiniz anket çalışmasından huzurevimiz içerisinde yaşlı sakinlerimizin olumsuz etkileneceği düşünülmektedir.

Anket çalışması talebiniz dahilinde, Belediyemiz Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığına bağlı Ulu Çınarlar Yaşlı Yaşam ve Dayanışma Merkezinde gündüzlü olarak hizmet alan yaşlılarımızla yapılmasının uygun olacağı hususunda;

Bilgilerinize rica ederim.

Sayın Bayar ÖZSOY
Başkan a.
Genel Sekreter Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 444F58B0 Doğrulama Adresi: https://turkiye.gov.tr/kayseri-buyuksehir-belediyesi-ebys

Adres: Mustafa Kemal Paşa Bulvarı No:15
Posta Kodu: 38010 Kocasinan / KAYSERİ
Telefon No: (0352) 222 8960 **Fax No:** (0352) 222 8958
Kep Adresi: kayseribelediyesi@hs01.kep.tr
Web Adresi: https://www.kayseri.bel.tr

Bilgi için: MEHMET AKBAŞ - Şube Müdürü

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3

Anket No:

Kayseri Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon ve Yeti Yitiminin İncelenmesi

1. **Cinsiyetiniz:** Kadın ( ) Erkek ( )
2. **Yaşınız:** .....
3. **Görüşme sırasındaki yaşam durumunuz? (Sadece birini daire içine alınız)**
   a)Topluluk içinde bağımsız
   b) Destekli yaşam
   c) Hastanede yatan
4. **Yalnız mı yaşıyorsunuz? (Yalnız değil ise belirtiniz)**
   a)Yalnız **b)**Diğer.....
5. **Ekonomik durumunuz sizce nasıl?**
   a)Kötü **b)**Orta **c)** İyi **d)** Çok İyi
6. **Eğitim Durumunuz nedir?**
   a)Okuryazar Değil **b)** Okuryazar **c)**İlkokul **d)**Ortaokul **e)**Lise **f)**Üniversite
7. **Şu anki medeni durumunuz nedir? (Sadece birini daire içine alınız)**
   a)Hiç Evlenmemiş **b)**Şu anda evli **c)**Boşanmış **d)**Dul **e)**Birlikte Yaşama
8. **Çalışma Durumunuz nedir? (Sadece birini daire içine alınız)**
   a)Memur **b)**Serbest meslek **c)**Gönüllük Esaslı İşler **d)**Öğrenci **e)**Ev Hanımı **f)**Emekli
   d)İşsiz (Sağlık nedenlerinden dolayı) **e)**İşsiz (Diğer sebepler) **f)**Diğer (Belirtiniz).....
9. **Hangi yıllar arasında çalıştınız belirtiniz. (.....)**
10. **Kronik hastalığınız var mı?** **a)**Yok **b)** Var **(.....)**
11. **Araç kullanım durumunuz nedir?**
    a)Hiç Kullanmadım **b)** Kullanıyorum
    c) Önceden kullanıyordum, şuan kullanmıyorum (Sebebini belirtiniz).....
12. **Akıllı telefon kullanım durumunuz nedir?**
    a)Hiç Kullanmadım **b)** Kullanıyorum
    c) Önceden kullanıyordum, şuan kullanmıyorum (Sebebini belirtiniz).....

Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği (WHO DAS II)

13. Anlama İletişim Kurma

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Şiddetli	Aşırı/hiç Yapamıyorum
On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	1	2	3	4	5
Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	1	2	3	4	5
Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	1	2	3	4	5
Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	1	2	3	4	5
Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme	1	2	3	4	5

14. Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Şiddetli	Aşırı/hiç Yapamıyorum
Uzun süre ayakta durma (30 dakika kadar)	1	2	3	4	5
Otururken ayağa kalkma	1	2	3	4	5
Ev içinde dolaşmak	1	2	3	4	5
Evden dışarı çıkmak	1	2	3	4	5
Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	1	2	3	4	5

15. Kendine Bakım

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Şiddetli	Aşırı /hiç Yapmıyorum
Banyo yapma	1	2	3	4	5
Giyinme	1	2	3	4	5
Beslenme	1	2	3	4	5
Birkaç gün yalnız kalmak	1	2	3	4	5

16.İnsan ilişkileri

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Şiddetli	Aşırı /hiç Yapmıyorum
Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5
Cinsel ilişki	1	2	3	4	5

17.Yaşam faaliyetleri

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	Hiç	Hafif	Orta Derecede	Şiddetli	Aşırı /Hiç Yapmıyorum
Evle ilgili sorumluluklarını yerine getirme	1	2	3	4	5
Evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
Yapılması gereken tüm ev işlerini	1	2	3	4	5

bitirme					
Ev işlerini yeterince hızlı yapma	1	2	3	4	5

Eğer aşağıdaki kutu işaretlenmişse (Birey Çalışıyor ise veya Öğrenciyse) devam edin, yoksa bir sonraki sayfadaki 12. Bölüme geçin.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	**Hiç**	**Hafif**	**Orta Derecede**	**Şiddetli**	**Aşırı /Hiç Yapmıyorum**
Her gün yapmak zorunda olunan işleri yürütme	1	2	3	4	5
İşteki önemli görevleri iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
Yapılması gereken tüm işleri bitirme	1	2	3	4	5
İşleri zamanında bitirme	1	2	3	4	5

18.Toplumsal yaşama katılım

Son 30 gün içinde	**Hiç**	**Hafif**	**Orta Derecede**	**Şiddetli**	**Aşırı /Hiç Yapmıyorum**
Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler, dinl faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
Çevrenizden kaynaklanan engeller yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman harcadınız?	1	2	3	4	5
Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?	1	2	3	4	5
Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin ekonomik durumunu ne kadar etkiledi?	1	2	3	4	5
Sağlık durumunuz yüzünden aileniz ne kadar sorunla karşılaştı?	1	2	3	4	5
Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza bir şeyler yapmakta ne kadar güçlük çekiyorsunuz?	1	2	3	4	5

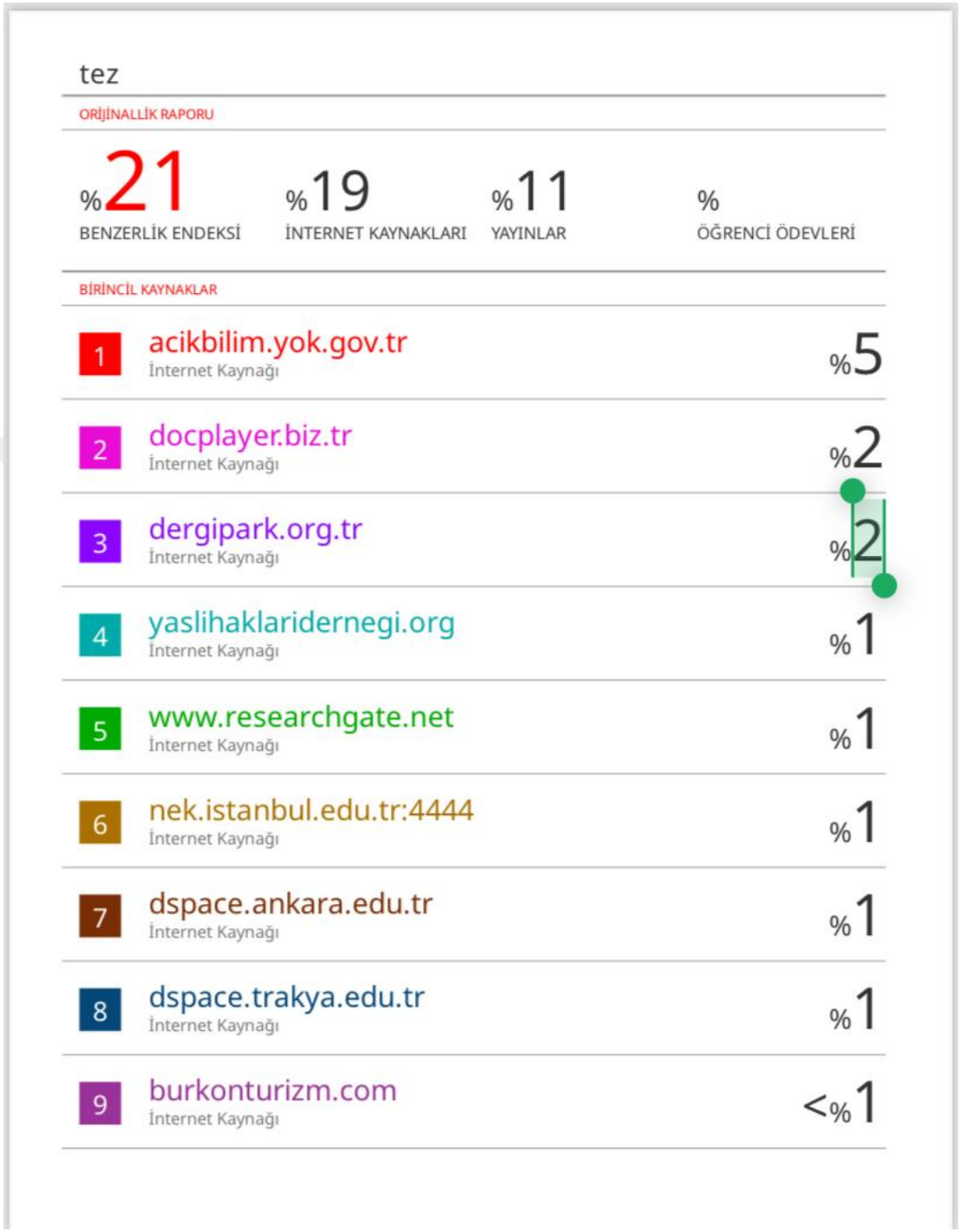
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

19. Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?		
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?		
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?		
4) Sık sık canınız sıkılır mı?		
5) Gelecekten umutsuz musunuz?		
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?		
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?		
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?		
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?		
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?		
13) Sıklıkla gelecekten endişe duyuyor musunuz?		
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?		
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?		
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?		
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?		
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?		
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?		
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
22) Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?		
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?		
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?		
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?		

Araştırmaya katıldığınız için teşekkürler.

EK-4



tez

ORİJİNALLİK RAPORU

%21	%19	%11	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
4	yaslihaklaridernegi.org İnternet Kaynağı	%1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
6	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
7	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
9	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı **:** Behice TERLİKLİ

Uyruğu **:** Türkiye (TC)

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet
Lise	Özel Çırağan Temel Lisesi	17.06.2016
Lisans	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi/ Beslenme ve Diyetetik	30.06.2020

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2022-2023	Kısmetim Yemek Hizmetleri	Diyetisyen

YABANCI DİL

İngilizce