



**YAŞLILARDA DEPRESYON VE
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ
İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ**

Ayşegül İNAN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

Yüksek Lisans Tezi - 2019

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLILARDA DEPRESYON VE
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ
İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ**

Ayşegül İNAN

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

MALATYA

2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Ayşegül İNAN**'ın "**Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Risk Faktörleri**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/06/2019

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı




Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi
Üye


Prof. Dr. Ayşe/Ferdane OĞUZÖNCÜL
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık Kavramı.....	4
2.1.1. Yaşlılık Dönemi Sorunları	5
2.1.1.1. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Biyolojik Sorunlar	5
2.1.1.2. Yaşlılık Döneminde Yaşanan Psiko-sosyal ve Ekonomik Sorunlar	6
2.1.1.3. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Barınma ve Bakım Sorunları.....	6
2.2. Depresyon	7
2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	8
2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi	9
2.2.3. Majör Depresyon	10
2.2.3.1. Majör Depresif Epizod DSM -IV Tanı Ölçütleri.....	10
2.2.3.2. Belirti ve Bulgular	11
2.2.4. Distimik Bozukluk.....	13
2.2.5. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk.....	14
2.2.6. Seyir ve Prognoz.....	14
2.2.7. Depresyonun Tedavisi	15
2.2.8. Yaşlılık Döneminde Depresyonun Önemi	17
2.3. Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri	19
3. MATERYAL VE METOT	20

3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	20
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Verilerin Analizleri	21
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	40
5.1. “Geriatrik Depresyon Ölçeği” İle Sosyo Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	40
5.2. “Barthel İndeksi” İle Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	42
5.3 “Barthel İndeksi” İle “Geriatrik Depresyon Ölçeği” Dağılımları Karşılaştırılması	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR	47
Ekler.....	57
EK-I. Özgeçmiş	57
Ek II. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formu	58
EK-III. Geriatrik Depresyon Ölçeği	60
EK-IV. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	61
EK-V. Etik Kurul Onay Formu.....	62
EK-VI. Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi İzin Formu.....	63

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının her aőamasının oluşmasında, araőtırılmasında, őekillenmesinde bana desteğini esirgemeyen ve tecrübesi ve bilgisi ile araőtırmamızın bilimsel niteliğe ulaşmasına destek sağlayan, sevgili danışman hocam; **Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ** 'e

Yüksek lisans eğitim sürecimde tecrübe ve katkılarıyla aydınlandığım hocalarım; **Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**, **Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ** ve **Prof. Dr. Ali ÖZER** 'e

Yanımda olduğunu hep hissettiren sevgili eőim; **Kadir İNAN** 'a

Kısa süre içerisinde aramızda bulunacak olan oğlum; **Yavuz Alp İNAN** 'a

Araőtırmamıza cevaplarıyla ve hoőgörüleriyle katkıda bulunan değerli yaőlılarımıza sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum

Ayşegül İNAN

ÖZET

Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlgili Risk Faktörleri

Amaç: Bu araştırmadaki amacımız yaşlılarda depresyon sıklığı ile günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi ve ilişkili risk faktörlerini tespit etmektir.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Mayıs 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılmış tanımlayıcı-kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Malatya merkeze bağlı Darende ilçesi devlet hastanesine başvuran 65 yaş üstü bireylerdir. Hastaneye başvuran 125 yaşlı birey araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplanmasında, kişisel bilgi formu, Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Barthel indexi kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler yüzde dağılımı, ki kare testi, student- t testi ve mann whitney u testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşlı bireylerin %65.6'sı 65-74 yaş aralığında, %53.6'sı erkek ve %52'si yalnızdır. Araştırmaya katılan ileri derece bağımlı olan yaşlıların %57.1'inde depresyon varken, hafif derece bağımlı olanların %20'sinde depresyon vardır. Tam bağımsız bireylerin %75'inde depresyon yoktur. Bağımlılık durumları ile depresyon durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur($p=0.003$). Yalnızlık düzeyi ile bağımlılık durumları kıyaslandığında; yalnız yaşayanların %15.4'ü ileri derecede bağımlı iken yalnız olmayan bireylerin %6.7'si ileri derecede bağımlıdır($p=0.005$).

Sonuç: Yaşlılarda depresyon ile bağımlılık durumları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, yaşlılarda bağımlılık arttıkça depresyon durumlarının arttığı tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını sürdürürken, yaşam kalitelerinin artırılması ve depresyon riskinin azaltılması için çevrelerinde bulunanlar tarafından yalnızlığın dikkate alınması hususunda farkındalık yaratılması önerilmektedir. Yaşlıların yalnız kalmalarını önleyen sosyal organizasyonlar yapılmalı ve evde sağlık hizmeti gibi hizmetler planlanmalıdır. Belediyelerin yaşlı dostu organizasyonlar düzenlemesi, yaşlıları bir araya getiren sosyal faaliyetlere önem vermesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Depresyon, Bağımlılık, Günlük Yaşam Aktivitesi

ABSTRACT

Depression in Elderly and Risk Factors Related to Daily Activities

Aim: The aim of this study is to determine the frequency of depression and daily living activities in the elderly and to determine the associated risk factors.

Materials and Methods: This is a descriptive-cross-sectional study conducted between May 2016 and August 2016. The population of the study is over 65 years old who applied to Darende state hospital in Malatya city center. The population of the study is the ones over 65 years old who applied to the Darende state hospital in Malatya. 125 elderly people who applied to the hospital were included in the study. In data collection, personal information form, Geriatric Depression Scale and Barthel index were used. The data obtained from the study were evaluated by percentage distribution, chi-square test, student-t test and mann whitney u test.

Results: Of the elderly, 65.6% were in the 65-74 age range, 53.6% were male and 52% were alone. Depression is present in 57.1% of elderly people who are highly dependent on depression while 20% of those with mild dependence have depression. 75% of fully independent individuals have no depression. There was a statistically significant difference between dependence states and depression ($p = 0.003$). When the loneliness level and dependence states are compared; While 15.4% of those living alone were highly dependent, 6.7% of the individuals who were not alone were highly dependent ($p = 0.005$).

Conclusion: It was found that there was a positive relationship between depression and dependence in the elderly and that the depression status increased as the dependency increased in the elderly. It is recommended to raise awareness of loneliness by those in their environment in order to increase the quality of life and to reduce the risk of depression while maintaining the daily lives of elderly people. Social organizations that prevent elderly people from being alone should be made and services such as home health services should be planned. It can be suggested that municipalities organize elderly friendly organizations and give importance to social activities which bring the elderly together.

Keywords: Elderly, Depression, Dependence, Daily Life Activity

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Yaşlı Bireylerin Depresyon Durumları	24
Şekil 2. Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumları.....	25



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Depresyon ve Bağımlılık Gruplarına Göre Dağılımı	24
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	25
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	26
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Sosyal Güvence Düzeylerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 6. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bağımlılık durumlarının kronik hastalık düzeylerine göre dağılımı	27
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 8. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bağımlılık durumlarının yalnızlık düzeylerine göre dağılımı	28
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Yaşa Göre Dağılımı	28
Tablo 10. Yaşlıların Barthel İndexine Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerde Geriatrik Depresyon Ölçeği Bulgularının Dağılımı	30
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Depresyon Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	32

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Bağımlılık Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	34
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bağımlılık Puan Ortancaları	36
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları	37
Tablo 17. Bağımlılık toplam puanları ile depresyon toplam puanlarının korelasyon ilişkisi.....	39



1. GİRİŞ

Genel anlamıyla bakıldığında yaşlanmanın bir süreci ifade ettiğini, yaşlılığın ise bu sürecin içerisinde bir dönem olduğunu söylemek mümkündür (1). Cansız varlıkların zamanla birlikte değişimleri ‘eskime’ veya ‘yıpranma’ ile isimlendirilirken cansızların ‘yaşlanma’ olarak tanımlanır (2).

Teknolojinin insan hayatına sağladığı kolaylıklar, tıpta oluşan ilerlemeler,, sağlığı koruyabilme ve devam ettirme hususunda bilinçlenme, beklenen yaşam süresini arttırmış ve toplumdaki yaşlı nüfusu artırmıştır. Bu sebeple, yaşlılığı sadece bireysel bir olgu olarak değerlendirmektense, toplumsal bir olgu diyerek değerlendirmek gerekmektedir (3). Yaşlanmayı sadece biyolojik ve kronolojik diyerek ele almak çok dar bir tahlil olacaktır. Yaşlılığın anlaşılması için sosyal, psikoloji ve kültür bağlamlarının bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Biyolojik olarak yaşlanma insan vücudundaki fonksiyonların sınırlanması ile hücrelerde önemli oranda kayıplar diye tanımlanırken, kronolojik yaş doğum ile ölüm arasındaki bütün yaş evrelerini kapsamaktadır. Buna karşılık psikolojik yaş, bireyin kendisini gördüğü yaştır. Sosyal yaşlanma ise kişinin statü ve işlev azalmasıyla yaşamdan kendisini zamanla geri çekmesi şeklinde ifade edilmektedir (4).

Yaşlı bireyin kendini hissettiği yaşın olduğundan daha yaşlı olması ve kaynaklanmaktadır. Artan yaşlı nüfus ile birlikte yaşlı sorunları da göze çarpmaktadır. Yaşlıların problemleri arasında ekonomik sorunlar, beden, ruh sağlığı problemleri, barınma sorunları ve yaşlılığa adaptasyon sorunları ile yaşlının yardıma gereksinim duyması, çevresiyle iletişimde problemler yaşaması, bazı yakınlarını kaybetmesi, çocukların evden uzaklaşması sayılabilir (5).

Yaşlılarda sık gözlenen yaşamsal sorunlardan biri de depresyondur. Yaşlılarda depresyon bulgusu; hastalığa yeteri kadar önemin verilmemesinden, hastaya, ailesine ve doktorlara bağlı çeşitli sebeplerden dolayı genellikle gözden kaçmakta ve depresyon bulgularının farklı sebeplerle (fiziksel noksanlık, ya da yaşlanma) alakalı olduğu düşünülmektedir. Bu da genellikle yaşlının depresyondan kurtulması için yapılacak çalışmaların gecikmesine ve depresyon sonlanımının kötüleşmesine sebep olmaktadır (6). Yaşlılık dönemi depresyonları epidemiyolojik ve klinik olarak genç erişkinlik depresyonlarından farklıdır. Yaşlılarda majör depresyon daha nadir görülürken, minör

depresyon ve depresif semptomlar çok daha sık görülür (7). İleri yaş depresyonunda, duygudurum belirtilerinden hüznün, duygusallık, üzüntü ön planda olmayabilir. Yaygın anksiyete, sinir durumu, huzursuz olma, çocuk gibi davranışlar, inat, sürekli şikayet, sızlanma, aşırı istekte bulunma da depresyonun sonuçlarıdır (8). Yaşlılıkta depresyon tedavisi geri plana atıldığı takdirde işlev bozulması ve genel olarak sağlığın bozulması gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkmaktadır. (9). Yaşlı depresif hastaların tedavi sürecindeki ilkeler genellikle genç yaştaki hastaların tedavisine benzerlik göstermektedir. Kullanılacak tedavi yöntemlerinden farmakoterapi, elektrokonvulzif terapi, psikoterapötik tedaviler ön plandadır (6).

Genel ve yardımcı aktiviteler, her bireyin yaşamında önemli bir yer teşkil etmektedir. Bu aktiviteleri yapamamak bireyin eksiklik hissetmesine ve başkalarına bağımlı hale gelmesine sebep olur. Bu da bireyin yaşam kalitesini düşürür. Bununla beraber yaşam kalitesi, hayatı her yönüyle ele alınan bir olgudur ve ruhsal, fiziksel sağlık, başkalarına bağımlı olmama, sosyalliği, aktiviteleri, yaşam ve sağlığı değerlendirme şeklini, beklenti ve alışkanlıkları kapsamaktadır. Bireyin yaşadığı hastalıkları veya buna bağlı gelişen ağrı, işlev bozukluklarından dolayı yaşadığı sınırlılıklar günlük işlevlerde başkalarının yardımını gerektirmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi için günlük yaşam aktivitelerini kendi kendine yapabilme durumunun araştırılması önemlidir. Yaşlı bireylerin yaşadıkları ortamlar, bu bireylerin fonksiyonel bozuklukları göz önünde tutularak düzenlendiğinde, kendi başlarına veya az bir desteğe gereksinim duyarak günlük yaşamla ilgili aktiviteleri yerine getirmeleri sağlanabilir (10).

Hemşireler, gün geçtikçe artan yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerinde önemli görevler üstlenmektedir. Bu sebeple yaşlı nüfusun gereksinimlerine yönelik etkili sağlık hizmetleri sunabilmek için gerontoloji hemşireliği bölümü gelişmiştir. Yaşlı bireyin değerlendirmesinde bilişsel ve mental durum göz önünde tutulmaktadır. Bu kapsamda depresif bozukluk yaşayan yaşlıya yaklaşırken hemşire, yaşlıda olabilecek depresyon durumunu değerlendirmelidir. Hemşireler tarafından yapılan bakımın temel amacı, depresif bozukluğun belirlenmesi, tanısının konularak tedavi ve tedavi sonrasındaki bakımının yapılmasını kapsamaktadır (11).

Yaşlılarda görülen depresyon sorunu ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Keskinoglu ve ark. yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenlerini (12), Varma ve ark. huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili

risk etmenlerini (13), Aylaz ve ark. Huzurevinde bulunan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ile günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesini (14), Uz, geriatric hastalarda düşmeye bağlı risk faktörlerinin yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve onların yaşam kalitesine etkisini incelerken (15), zbek Yazıcı ve Kalaycı'da yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesini yapmışlardır (10). Bu alanda yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörlerinin araştırılması, yaşlı bireylerde oluşan depresyon sebeplerinin saptanıp, bunların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamasını en aza indirmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı yaşlılarda yaşam kalitelerini etkileyen depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi ve ilişkili faktörleri tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı

Yaşlılık, yaşlı olma, artan yaşın kendisine verdiği etkileri bulundurma hali olarak tanımlanabilir (16). Yaşlanma bulgusu şüphesiz her canlıda gözlenen, fonksiyonel işlevlerde azalmaya sebep olan, dinamik ve genel bir süreç olarak anlatılabilir. Organizmanın moleküler sistemleri üzerinde, geçen zaman süreci ile kendini gösteren, geri dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel farklılıkların tamamıdır (17). İnsan yaşamı gelişim dönemleri ile bütün halinde incelenir. Çoğunlukla yetişkinliğe kadar süren gençlik dönemi, yaşamın birinci dönemidir. İkinci dönem, orta yaş veya yetişkinlik dönemidir. Üçüncü dönem ise yaşlılık dönemidir (18). Kronolojik ifadeyle yaşlanma da 65 yaş üstünde olmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) psikogeriatrik yaşlılık sürecinde 65 yaş ve üzerinde olanları yaşlı, 85 yaş ve üzeri bireyleri çok yaşlı olarak sınıflandırmıştır (19).

Yaşlılık ile beraberinde zihinsel ve fiziksel olgularda eksilmeler, hareket ve aktivitelerde yavaşlama görülse dahi, birey kendini yaşlı olarak algılamayabilir. Yaşlılık, durgun ve sabit bir yaşam dönemi değildir (2). Kişinin fiziki ve ruhsal yönden farklılaşması durumu olan yaşlanma, kişiye özgü olmakla beraber, toplumların kültürel özellikleri yaşlı ve yaşlılığın yerini ve önemini belirlemektedir (20). Yaşlılık dönemi, bireyin üretmeyi geri plana bıraktığı, statü kayıplarını olduğu, bağımlılığının ve kaza olasılıklarının arttığı, fiziksel kaybın arttığı, bedenin dış çevreye adaptasyonunun ve stres yapıcı faktörlere olan direncinin azaldığı, bağışıklık sisteminin bozulduğu, pek çok dejeneratif ve kronik hastalığın yaşanmaya başlandığı dönemdir (21).

Yaşlanma, bugün önlenmesi mümkün olmayan süregelen bir gerilemedir ve yaşam sürdükçe devam eden bir süreçtir (22). İnsanoğlunun yaşlanmaya yönelik ilgisi oldukça eskilere dayanmaktadır. İnsanın kendini araştırılacak öge olarak ele aldığı ve kendiyi alakalı bilgiler ortaya çıkarmaya başladığı ilk günden bu güne, yaşlılık ya da yaşlanmayla ilgili de bilgi üretmiş, yaşlanma konusu da insanın ilgi alanına girmiştir (23).

Yaşlılık çoğu insanın düşündüğü gibi sabit ve değişmeyen bir süreç değildir. Yaşlılık yıpranma, yok olma değildir. Madenin islenip cevher hale gelmesidir. Yaşlılık; yaşamın her evrelerinin zorluklarına rağmen var olabilmenin becerisi ve bilgeliğini

taşıır. Özellikle merak ve hayret duygularını devam ettirebilen yaşlı bireyler, dinamizmi olan varlıklardır. Bu nedenledir ki, insanlar hayallerini yitirmemelidirler. Yıllar saçları beyazlatabilir ancak heyecanların yok olması ruhu köreltebilir (24).

2.1.1. Yaşlılık Dönemi Sorunları

Yaşlılık çağına gelmiş kişilerin sayısındaki artış yaşlılıkla ilişkili yeni problemlerle karşılaşılmasına neden olmaktadır. Bunların önemli bir bölümü yaşlı bireyin kendi fiziksel, ruhsal, ekonomik sorunları bir bölümü de yaşlı bireyin çevre koşullarının neden olduğu sorunlardır (25). Bu açıdan bakıldığında yaşlılık döneminde yaşanan sorunları fizyolojik, psiko-sosyal, ekonomik ve barınma sorunları olarak sınıflandırmak mümkündür.

2.1.1.1. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Biyolojik Sorunlar

Yaşlanmayla beraber insanların vücutlarında farklılıklar yaşanır. Kalp, sistemleri ve endokrin bezlerinde bazı farklılıklar, beyinde nöronlarında azalma, kas yapısı, dolaşım, sindirim gibi diğer sistemlerde fonksiyonel azalmalar, üreme yeteneğinin yitilmesi, duyu organlarındaki fonksiyonel yoksunluklar ve sıklıkla vücut direncinde eksilmeler ortaya çıkar (26). Esas fiziksel, ruhsal ve duygusal fonksiyonlardaki azalmaların bir nedeni olan yeti yitiminin oluşmasında bu fonksiyonların hepsi ayrı ayrı büyük öneme sahiptir. Mobilite, aktivite yeteneğiyle ilgili bir olgudur ve fiziksel işlevlerin önemli bir parçasıdır. Ülkemizdeki birtakım araştırmalarda, yaşlılarda en çok sorun yaşanan günlük yaşam aktivitelerinin yürüme, merdiven inip çıkma gibi mobilite yetisine dayalı aktiviteler olduğu görülmüştür (27).

Yaşın artmasıyla beraber mobilitede bir azalış yaşanmakta, bu azalışın neticesinde daha ileri seviyelerde bütün kısımlarda yeti yitimi gelişmesinde artma gözlenmektedir (28). Yaşlanma döneminde organlarda beliren belirtiler, yaşlanmanın olağan bir sonucudur. Yaşlanma bulgularının 'gözle görülür' ve izlenebilir olmasıdır. Sıklıkla biyolojik yaşlanma belirtileri, bütün vücut yapısında yıpranma ve eksilme görülür. Yaş arttıkça kronik hastalıkların ortaya çıkışı artar (29).

Yaşlılıkta bilişsel işlevlerde sıklıkla bir kayıp yaşanması ile beraber bu kayıp her bireyde benzer şekilde değildir. Bu nedenle her kişide farklı işlevlerin değişik oranlarda olduğu görülür. Yaşlanma süreci ile beraber dikkat, algı ve problem çözme kabiliyetinde eksilme, bellekte kayıt ve hafıza fonksiyonlarında azalma, yürütücü fonksiyonlar, görsel yetenek, düşünme ve öğrenme hızında gerileme gözlenmektedir.

Fiziksel fonksiyonlar, yapılması gereken işlerin ayarlanması ve gerçekleştirilmesinden yükümlüdürler ve kişinin bağımsız olarak yaşamını sürdürebilmesinde etkindirler. Buna karşılık yaşlanma süreci ile beraber bireyin hayat tecrübesinde, sözcük dağarcığında ve entellektüel birikiminde artmalar görülür. (30).

2.1.1.2. Yaşlılık Döneminde Yaşanan Psiko-sosyal ve Ekonomik Sorunlar

Yaşlılar yaşlılık sürecinde çevreyle adaptasyon sorunları yaşarlar. Bu süreçte yaşlıların çevreye uyumları, toplumsal ilişkilerde bulunma durumları, çevresinde paylaşımları birbirinden farklı olabilir. Bununla beraber eğitim, gelir düzeyi, meslek ve sosyal yaşam türü etkenlerle birlikte yaşlı bireyin çevreye uyumu farklılık göstermektedir (31).

Yaşlıların yaşlılık sürecinde yaşadıkları önemli problemlerinden biri de emeklilik sürecidir (32). Yaşlı birey zamanlı bir iş yaşantısının sonlanmasının beraberinde, yaşlılar, iş yaşamlarından, sosyal ve arkadaş çevrelerinden ayrı kalma yoluna girmekte ve bir anlamda yalnızlığa sürüklenmektedirler (33). Emeklilik yaşantısına adapte olmak yaşlı bireylerde önemli bir sorun oluşturmakta, yaşlılığın sebep olduğu bu sıkıntılara, bir de emekliliğe özgü olası sıkıntılar eklenmektedir (34).

Yaşlı bireylerin yalnızlık ve de sosyalleşememe sorunu günümüz sorunları arasında da derin bir yere sahiptir. Çoğu alanda yaşadığımız hızlı değişimler, toplumsal yapıyı da etkileyip farklılaşmasına sebep olmuştur. Toplumsal yapıda oluşan bu hızlı değişim süreçlerine uyum sağlayamayan bir takım da yaşlılar olmuştur (25). Bu nedenle yaşlı, yaşlılık sürecinde yoğun olarak uzaklaşmaya maruz kalmakta ve bunun sonucu yalnızlık duygusu ortaya çıkmaktadır. Yalnızlık süreci, direkt yaşlının yaşam doyumu ile yaşlının yaşam sürecini içinden çıkılmaz bir hale getirmektedir (34).

Yaşlıların, bu süreçinde karşılaştıkları önemli problemlerden biri de şüphesiz ki ekonomik problemlerdir. Yaşlılar bu süreçte kötü ekonomik yaşam nedeni ile sosyal ve psikolojik sorunlarla yüzleşmektedirler (25). Yaşadığı toplumun ekonomik durumuyla yaşantısının giderek pahalılaştığı, emeklilik veya ailede çalışan kişilerin para kazanamaması sebebiyle yaşlıların kendi geçimlerini sağlamaları güçleşecektir (34).

2.1.1.3. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Barınma ve Bakım Sorunları

Yaşlılık dönemine ilişkin bir diğer problem ise barınma sorunudur. Aile özel konut yapılanmalarında değişimler gözlenmektedir. Şehir planlama sürecinde toplumların geleceğine yönelik kararlar üretmekte ve bu kararlarda aile yapıları son

derece önem teşkil etmektedir (35). Son yüzyıllardaki gelişmeler ile ortalama yaşam beklentisindeki artış, yalnız yaşamalar ve kadın bireylerin kamu hayatındaki yerine sahip çıkması sebebiyle aile yapısı etkilenmekte ve bu kurumun duruma uyum sağlayarak yeniden şekillenememesi sebebiyle aile fertleri birbirinden uzaklaşmaktadır (36). Kentte yaşam süren aile sayısının ve bağımsız ev tercih edilmesi ile aile içinde yalnız yaşa bağlı aile rolleri ve sorumlulukları değil aynı zamanda ailenin yaşlı fertlerinin pek çok işlevleri de değişmektedir. Bu sebeple, mekânsal kararları oluşturan veriler, nüfusun genel özellikleriyle belirlenir. Bu durum, kentteki bir takım bireylerin (yaşlılar, kadınlar, çocuklar gibi) arzu ve gerekliliklerinin göz ardı edilme sebeplerindedir (37).

Yaşlılık sürecinde iş ve gelirin yok olması ya da sağlığın bozulması, kişinin sosyal yaşantısını kaybetmesi, eşinin ve kendisine bakabilecek bireylerin olmaması gibi sebeplerle barınma problemi ortaya çıkması kaçınılmaz olabilmektedir. Geniş aile tipi hem coğrafya bakımından hem de başka bakımlardan daha çok bölünmüş ve dağılmıştır. Birden çok kuşağın bir çatı altında yaşamakta oluşu seyrek rastlanan bir durumdur (38). Meslek sahibi olan, bağımsız veya bir işverene bağlı olarak çalışma yaşamına giren kadınların sayısı artmıştır. Artık bunlar ailenin öteki üyelerine destek olmak, gönüllü işlerde çalışmak için eskisi kadar zaman ayıracak durumda değildirler (39).

Yaşlılık problemleri arasında, en etkin problemlerden biri de şüphesiz ki yaşlının bakım problemidir. Bütün disiplinler (tıp, sosyal hizmet, gerontoloji, sosyoloji, psikoloji, antropoloji, kent planlaması vb.) ortak amacı ile yaşlının bakım probleminin çözüm konusunda ortaktırlar. Toplumumuzda yaşlı bakımı sıklıkla aile tarafından yapılmaktadır (25). Bakıma gereksinim duyan yani kendine yetemeyen yaşlıların bakımını sıklıkla aile fertleri devralmaktadır. Aile üyelerinin yapamadığı durumlarda ise kurumlar tarafından üstlenilmektedir. Ancak yaşlının bakımı ister aile içinde isterse kurum tarafından yapılsın oluşacak problemler yaşlı bireyle beraber yaşlıya bakan bireyleri de etkilemektedir (31).

2.2. Depresyon

Halk sağlığı açısından önemli bir sorun olan depresyon durumunu yaşayan birey, bu anlarda isteksizlik, yaşadıklarından zevk alamama, hareketlerinde yavaşlama, daha karamsar olma, yaptıklarından veya söylediklerinden pişmanlık hissi yaşama, cinsel

isteksizlik yaşama, sürekli uyku hali ve iştah kaybı gibi birçok psikofizyolojik işlevde sorunlar yaşamaya başlar. Bütün bu sorunlar insanların yaşam kalitesine olumsuz yansıyacak durumlar ve bu sorunlar hem ülkemiz ve hem de dünya ülkelerdeki toplumlar için önemli bir sağlık sorunudur (40). Depresyonun toplum içerisinde yaygın olarak görülmesinin getirdiği zorluklar yanında, tanı konmasına güçlükler yaşanması ve kronikleşme riskinin bulunması, yukarıda sayılan sorunların daha da büyümesine sebep olmaktadır. Özellikle ekonomik ve ailesel sorunlar depresyonun toplumun geneline yayılmasına sebep olmaktadır (42).

Depresyonun sınıflandırılmasında kabul görmüş sınıflandırma Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-V, yani Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında yapılan sınıflandırmadır (43). Bu kitapta yer aldığına göre depresif bozukluklar (44):

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
- Süregen Depresif Bozukluk,
- Majör Depresif Bozukluk (Tek Atak, Yineleyici Ataklar),
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk,
- Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu,
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk,
- Belirlenmemiş Depresif Bozukluk
- Başka Bir Belirlenmiş Depresif Bozukluk şeklinde sınıflandırılmaktadır.

2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde en sık görülen psikiyatrik hastalıklar arasında olan depresyonun dünyada görülme sıklığı %13-20 arasında iken Türkiye’de bu oran yaklaşık olarak %10’dur. Konuya dünya nüfusu açısından bakıldığında depresyonun her beş kişiden birini etkileyen bir sorun olduğunu söylemek mümkündür. Daha farklı bir anlatımla Türkiye’de her on, dünyada ise her beş kişiden biri hayatı boyunca en az bir defa depresyon nöbeti yaşamaktadır. Ayrıca depresyon durumunu kadınlar daha sık yaşamaktadır. Depresyon yaşayanların yaklaşık olarak üçte ikisi kadın kalanı ise erkektir (44). Majör depresyon durumu yaygın kanının aksine yaşlılarda değil de daha çok orta yaşlarda olanlarda görülmektedir Majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %3, kadınlarda ise yaklaşık %8’dir. Yaşam boyu distimi yaygınlığı %3.1-3.9 oranlarında hesaplanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri Epidemiyolojik Alan

Çalışması' nda (Epidemiologic Catchment Area Study; ECA) major depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansının %4.9, bir yıllık prevalansının %2.7, Ulusal Komorbidite Çalışmasında (National Comorbidity Survey; NCS) ise yaşam boyu prevalansının %17.1, bir yıllık prevalansının %10.3, güncel prevalansının ise %4.9 olarak bulunduğu bildirilmiştir (45).

2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi

Biyolojik ve psikososyal ve genetik faktörler depresyonun etiyolojisinde rol oynamaktadır. Psikososyal etkenlerin; stresli/olumsuz yaşam olayları, bilişsel yatkınlık, kişilerarası yatkınlık olarak, biyolojik etkenlerin; biyojenik aminler, nöroendokrinolojik faktörler, nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler olarak ayrı ayrı incelenebileceği belirtilmiştir. Genetik faktörlere bakıldığında ise ikiz çalışmalarında %31-42 oranında kalıtımla geçiş oranı bulunmuştur. Manide ve yineleyici depresyonlarda, biyolojik etkenlerin daha çok rol oynadığı, yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda, genetik faktörlerin daha fazla rol oynamaktadır. Bu faktörlerle beraber depresyona neden olması muhtemel bazı kuram ve modeller ortaya konulmuştur (46)

Bu kuramlar arasında (46);

- Davranışçı yaklaşımlar (Pekiştirme ve öğrenilmiş çaresizlik modelleri bu gruptadır)
- Psikoanalitik ve psikodinamik yaklaşımlar (Benlik saygısının kaybı, saldırganlığın içe yönelmesi ve nesne kaybı modelleri bu gruptadır) sayılmaktadır.

Davranışçı yaklaşıma göre birey kendini, etrafında bulunanları ve geleceğini sürekli olarak olumsuz algılamaktadır. Depresif bozukluk yaşayan birey çevresinde yaşanan olayları sürekli olarak yanlış değerlendirmekte ve bu hatalı tutum onda bir alışkanlık haline almaktadır. Yaşanan olaylara aşırı şekilde olumsuz genellemeler yapmakta, başkalarının kendisi ile ilgisi olmayan davranışlarını bile üstüne alarak kişiselleştirmekte, yaşadığı kötü duyguları büyütüp, iyi duyguları ise küçültmektedir (47).

Psikanalitik kuram Freud tarafından ortaya konulmuştur. Bu kurama göre depresyon yaşanması durumunda sevgi nesnesi gerçek olsun veya olmasın kayıp durumdadır. Bu durumu yaşayan bireyin öz güveni ve benlik saygısı azalır. Kaybedilen nesneye karşı sevgi yerine nefret ve buna bağlı olarak saldırganlık durumu ortaya çıkar. Birey bu nefret ve saldırganlık durumunu kendisi ile özdeşleştirir (47). Yaşanan bu

duygudurum sorunu birey katılaşır ve cezalandırıcı bir yapıya girer. Bireyin üst benliğinin suçluluk hissi yaşamasına bağlı olarak da kendi kendisini cezalandırıcı davranışlar sergileyebilir (46).

Cloninger'in geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri depresif kişilerin zarardan kaçınma, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorundaki değişimleri tespit etmektedir. Davranışçı kurama bakıldığı zaman öğrenilmiş davranışları sergileyen bireylerin çevrelerinden etkilenmeleri kaçınılmazdır. Bu düşünce bazı çalışmalarla desteklenmiştir. Birinin birinci dereceden biyolojik akrabaların da majör depresyon öyküsü varsa kendisinde de depresyon görülme olasılığı artmaktadır (48).

2.2.3. Majör Depresyon

Majör depresyon en sık görülen depresif bozukluklardan biridir ve sürekli olarak tekrarlanması muhtemeldir. Bireyde öz kıyım riskini arttıran majör depresif bozukluk, bireyin mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz şekilde etkilemektedir (49).

Majör Depresyon olumsuz hayat koşullarıyla tetiklene 11. biyolojik yatkınlığın da önemli olduğu bir bozukluktur. Tek epizod veya tekrarlayan epizodlar halinde ortaya çıkar. Başlıca belirtileri şunlardır (50):

1. Hayattan zevk alamama
2. Kendini umutsuz hissetme, kendisinin değersiz ve gereksiz olduğunu düşünme
3. Konsantre olamama
4. ruhsal olarak ajitasyon yaşama
5. Uyku uyumada sorunlar yaşama
6. Yeme içmede sorunlar yaşama
7. Sürekli yorgunluk hissi yaşama

2.2.3.1. Majör Depresif Epizod DSM -IV Tamı Ölçütleri

A. İki haftalık dönemde işlevsellik düzeyinde olumsuz değişiklikler ve aşağıdaki duygudurumlardan en az birini yaşaması durumunda Majör depresif bozukluktan bahsedilebilir (51, 52).

1. Hemen her gün yaşanan, yaşandığında da gün boyu devam eden depresif duygular

2. Anhedoni; Bireyin ilgisinde beliğın bir şekilde azalmalar olması durumudur.
 3. Düzensiz kilo kayıplarının ve alımlarının yaşanması
 4. Uykusuzluk veya aşırı uykululuk durumun yaşanması
 5. Huzursuzluk duygusunun yaşanması
 6. Kendini yorgun ve bitkin hissetme
 7. Kendini suçlu hissetme, başkaları karşısında kendisini değersiz ve gereksiz hissetme
 8. İlgisini toplayamama, ilgide dağınıklık yaşama
 9. Sürekli intihar ve ölüm gibi konuları düşünme
- B. Bu semptomlar bir Miks Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu belirtiler bireyin sosyal yaşamına önemli ölçüde zararlar vermektedir.
- D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağılı değildir.
- E. Bu semptomları yaş ile ilişkilendirmek mümkün değildir. Yaşı küçük olan birinin karşılaştığı olumsuz durum karşısında bu tür bir bozukluk yaşaması ihtimali vardır.

2.2.3.2. Belirti ve Bulgular

Depresyonun aşağıda belirtilen belirtileri ve bulgularının şiddeti farklı farklı olabilir. Hafta süren belirtilerin tanısının konulması daha kolaylaşmaktadır (53).

Ruhsal Durum: Depresif bozukluğun en tipik özellikleri depresif duygudurum, suçluluk duygusu ve intihar düşünceleridir. Ama yine de bu hastalarda her türlü depresif belirti çeşitli kombinasyonlarda bulunabilir. Hastalığın tanısı açısından depresif duygudurum ve ilgi yitimi ve zevk alamama mutlaka bulunması gereken depresyonun çekirdek belirtileridir (54).

Depresif duygudurum: Depresyonda hastalar kendilerini mutsuz hissederler ve her şeyin iyi olmayan tarafını görme eğilimindedir ve derin bir üzüntü yasarlar. Karamsarlık, çaresizlik, benlik saygısında düşme, önde gelen depresif duygudurum belirtileridir (55).

İlgi Yitimi ve Zevk Alamama: İlgi yitimi ve zevk alamama, hastanın daha önceleri ilgi duyduğu olağan etkinliklere karşı eskisi gibi istek ve heves duymaması, bir takım aktiviteleri yapsa bile bundan zevk alamaması (anhedoni) halidir (56).

Suçluluk duyguları: Bu duygu, hastanın gerçek veya gerçek olmayan konularda kendisini aşırı ya da uygunsuz şekilde sorgulaması, kınaması ya da suçlamasıdır. Zaman zaman sanrısız düzeye ulaşabilir (56).

İntihar: Depresyonun en önemli belirtisi intihardır. Hastaların "keşke ölmüş olsam" düşüncesinden ciddi intihar planları yapıp kendilerini öldürme girişimlerine kadar birçok biçimde bulunabilir. Depresyonda intihar sonucu ölüm oranı yaklaşık %15'tir (57). Hastalarda intihar riskini sosyodemografik özellikler arasında erkek cinsiyet, ergenlik veya yaşlılık dönemi, zeminde ağır kişilik bozukluğu (borderline, narsistik, paranoid kişilik bozukluğu gibi) bulunması, öz veya soy geçmişte intihar girişimi, psikososyal destekten yoksun olma sayılmaktadır. İntihar riskini ön gördüren klinik özellikler ise ciddi intihar planları, umutsuzluk veya suçluluk duygularının şiddetli olması, psikotik özellikler, bipolar seyir, ek tanı (alkol-madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kötü seyirli tıbbi hastalık gibi) bulunmaktadır (58).

Koruyucu etkenler arasında ise güçlü destek sistemi, aile yaşantısı, evli olmak, dini etkenler, doktor kontrolünde olmak ve yardım istemek, düzenli etkinlikler (spor, hobi gibi) göstermek sayılmaktadır. Öz kırım ve depresyon birbiri ile örtüşen kavramlardır. İkisinde de birey benzer bilişsel ve emosyonel süreçlerden geçer (59).

Anksiyete: Anksiyete tanı koydurucu bir depresyon belirtisi olmamakla birlikte depresif hastalarda sık görülür. Anksiyete nesnel olarak devamlılığı olan bir durum olarak yaşanır (60).

Uyku Bozuklukları: Depresyonda hem uykusuzluk (insomnia) hem de aşırı uyuma (hipersomnia) şeklinde uyku bozukluğu görülebilmekle birlikte, uykusuzluk daha fazla görülmektedir. Depresyonda uykuya dalamama, uykuyu sürdürmede güçlük ve erken uyanma şeklinde üç uykusuzluk tipi de görülebilir. Toplam uyku süresi de azalır. Ama depresyon için en tipik özellik sabah erken uyanmadır (61).

İştah Değişiklikleri: Depresyonda iştahsızlık ve buna paralel olarak zayıflama ortaya çıkabileceği gibi, tam tersi biçimde aşırı yeme (özellikle karbonhidratlı gıdaları canı çekmesi) ve şişmanlama görülmektedir (62).

Unutkanlık/Konsantrasyon Güçlüğü: Unutkanlık ve dalgınlık depresif hastaların çok sık getirdikleri yakınmalar arasındadır. Bu yakınma dikkatini ve düşüncelerini toplama ve yoğunlaştırma güçlüğünden kaynaklanmaktadır (63).

Yorgunluk- bitkinlik: Somatik belirtilerden güç-kuvvet yitimi depresyonun tipik özelliklerinden birisidir. Hastalar halsizlikten, yorgunluktan, bitkinlikten, güçsüzlükten ya da kolay ve çabuk yorulmadan yakınır (62).

Psikomotor Etkinlikte Değişmeler:

Retardasyon: Retardasyon/durgunluk tipik depresyon belirtilerinden birisi olmakla birlikte depresyonun ılımlı formlarında saptanması güç olabilir. Psikomotor retardasyonda mimiklerde azalma, alçak bir sesle tek düze konuşma, durgunluk hissetme ve fiziksel etkinliklerde azalma vardır. Bıkkınlık ve isteksizlik gösterirler (64).

Ajitasyon: Ajitasyon anksiyetenin motor görünümüdür. Hastalar buldukları yerde sürekli oturamazlar ve oturdukları yerde kımıldanır dururlar; huzursuzluk belirgindir (64).

Libido yitimi: Hastalarda en bastan itibaren cinsel istek yitimi vardır (65).

Değersizlik düşünceleri: Depresif hastalar bir işe yaramadıkları, değersiz oldukları, kendileri için uğraşılmaya değmeyeceği gibi düşüncelere sahip olabilirler. Somatik belirtiler: Bu hastalarda kabızlık, ağız kuruluğu, yaygın vücut ağrıları, bas ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste ya da karında baskı hissi, idrar güçlükleri gibi bedensel belirtiler yadsınmayacak orandadır (66).

Psikotik belirtiler: Psikotik belirtiler arasında paranoid düşünceler sıktır. Depresyonla uyumlu ya da uyumlu olmayan psikotik belirtiler, özellikler de varsanı ve sanrılar ortaya çıkabilir (67).

Davranış belirtileri: Depresyonun ortaya çıkmasıyla birlikte çoğu kez etkinliklerde azalma ve toplumdan uzaklaşma görülür. Ağır depresyonda etkinliklerde azalma öyle ileri bir derecede olabilir ki hasta kamburu çıkmış bir biçimde oturuyor ve tas gibi bir yüz ifadesiyle yere bakıyor olabilir. Alçak sesle tek düze konuşur. Her davranışı sanki aşırı bir çabayı gerektiriyor gibidir (68).

2.2.4. Distimik Bozukluk

Distimi; depresif bir duygudurumun varlığı ile belirtili, sinsi başlayan, iki yıldan uzun süren ve arada iki aydan uzun olmayan iyilik dönemleri bulunan, esik altı şiddette

süreğen bir depresif bozukluktur. Sürekli ümitsizlik, sosyal ilişki ve işlevsellikte bozulma, bu hastalığın en önemli özellikleridir (69).

2.2.5. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

DSM-IV'e göre bu tanı grubu, depresyon belirtileri gösterdiği halde majör depresyon, distimik bozukluk, karışık anksiyete ya da depresif duygudurumu ile giden uyum bozuklukları için tanı ölçütlerini karşılamayan depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsar (70). Bunlar arasında Premenstrüel disforik bozukluk, şizofreni sonrası izlenen psikotik depresyon, sanrılı bozukluk vb. ile bilinen depresyonlar, minör depresyon, yineleyen kısa depresif bozukluk ve depresyonun birincil mi ikincil mi olduğunun ayrılacağı durumlar bulunur (67). Minör depresyon; depresif belirtiler en az iki hafta boyunca devam etmekte, ancak majör depresif bozukluk tanısı için gerekli olan en az beş ana belirtiyi karşılamamaktadır (71).

Yineleyen kısa depresif bozukluk; majör depresif bozukluk ölçülerini karşılayan ancak, göreceli olarak uzun süren (iki haftadan daha kısa) depresif belirtilerle giden ataklar görülür (72).

Atipik depresyon: Atipik depresyon için en bilinen belirtiler aşırı yemek yeme ve aşırı uyumadır. Atipik özellikler erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor durumu yaşanır. Bu kişilerde daha büyük bir sıklıkla; çekingen kişilik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ya da sosyal fobi daha yüksek oranda görülebilir (73).

Mevsimsel affektif bozukluk: Bu duygudurum bozukluğu hipersomnia, karbonhidrat arama davranışı, fazla yeme, kilo alma, yorgunluk ve bitkinlikle belirlidir (74).

Anksiyeteli depresyon: Bu bozuklukta anksiyete ve depresyon belirtileri birlikte görülür. Hastalarda kaygı seviyesi çok yüksektir. Yorgunluk, uyku problemleri, mutsuzluk, konsantrasyon güçlüğü, endişe, yorgunluk ve enerji azlığı, irritabilite, olumsuz beklentiler, benlik saygısında azalma ve değersizlik duyguları gibi depresyon ve anksiyete belirtilerinin yaşanmasıdır (75).

2.2.6. Seyir ve Prognoz

İlk majör depresif bozukluk atağında olan hastaların yaklaşık %50'sinde bu ilk tanımlanan ataktan önce önemli depresif belirtiler bulunur. Bu gözlem erken ortaya çıkan belirtilerin tanısı ve tedavisiyle tam bir depresif atağın gelişmesinin

önlenebilmesine yarar. İlk depresif atak hastaların % 50'sinde 40 yastan önce ortaya çıkar (76). Majör depresif dönemin seyri 6-13 aydır, tedaviyle olan seyri ise 3 ay civarındadır. 3 aydan önce antidepresanların kesilmesi hemen daima belirtilerin geri dönmesi ile sonuçlanır (77). Hastalığın seyri ilerledikçe hastalar daha sık ve daha uzun süren ataklar geçirmeye başlarlar. Yaklaşık 20 yıllık bir dönemde atak sayısı 5 ya da 6'dır (52).

Majör depresif bozukluk iyi huylu bir bozukluk değildir. Hastalığın tekrarlaması (relapse) sıktır. İlk majör depresif bozukluk atağında hastaneye yatırılan hastaların birinci yıl içinde iyileşme sansı %50'dir. %30'la %50 kadarı ilk iki sene içinde tekrar hastalanırken, %50 ila %75'i ilk beş sene içinde hastalanır. Hastaneye yatırıldıktan sonra iyileşen hastaların oranı zaman geçtikçe azalır ve yatıştan 5 yıl sonra hastaların %10-15'i iyileşmemiştir (78).

2.2.7. Depresyonun Tedavisi

Depresyonların tedavisinde en önemli hususlardan birisi hekimin tedaviyi hasta ile ve onun ailesi ile konuşarak düzenlemesinin gerekli oluşudur. Hastalar ve yakın aile bireyleri hastalığın tekrarlayabileceğini bildiklerinde, olası bir nöbetin bulgu ve belirtilerini tanıyıp bunların bir haftadan daha uzun süre devamında derhal doktorlarına geri dönmeleri konusunda uyarılmalıdır (79).

Majör depresyon tedavisinde amaç depresyon belirtilerinin tam yatışmasını sağlamakla birlikte iş yaşamındaki ve toplumsal işlevselliğin yeniden kazandırılmasıdır. Tedavi aşamaları şunlardır (80);

1. Depresyon belirti ve bulgularının azaltılmasının ve ortadan kaldırılmasının, ayrıca hastanın iş yaşamındaki ve toplumsal işlevselliğini yeniden kazanmasının amaçlandığı akut evre (2-4 ay)
2. Depreşmenin önlenmesine yönelik sürdürme (idame) tedavi evresi (6-12 ay).
3. Kişinin daha önceki depreşme ve yineleme öyküsü göz önünde bulundurularak, daha sonraki depresyon dönemlerinden korumak için uygulanan koruma tedavisi (3 yıl) (52).

Hastaneye Yatış: Tanı koymak için tetkik gereksinimi, intihar ve insan öldürme riskinin bulunması ve hastanın kendine bakma ve beslenme yeteneğinde büyük oranda azalma olması hastaneye yatış için net göstergelerdir (81).

Farmakolojik Tedavi: Gerçekte DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresif olguların %70-90 kadarı iyi seçilmiş ve uygulanmış biyolojik tedavilerden yararlanır. Psikotik belirti göstermeyen majör depresyon için uygun ilaçlar antidepresanlardır (67).

SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri): Etki düzenekleri tamamen bilinmemektedir. Reseptör düzeyinde oldukça seçici etki gösterirler. Farmakokinetik yönden birbirinden farklılık gösterirler. Kuvvetli ve seçici bir biçimde serotoninin geri alınımını bloke ettiklerinden tipik yan etki olarak; bulantı, ishal, anoreksi, anksiyete, baş ağrısı, uykusuzluk ve orgazm bozukluklarına yol açabilir (82). Bu grupta bulunan ilaçlar; Paroksetin, Fluoksetin, Sitalopram, Sertralin ve Fluvoksamin'dir (83).

Trisiklik ve benzer etkili antidepresanlar: Trisiklik antidepresanların etkileri güvenilir biçimde gösterilmekle birlikte, şiddetli yan etkilere neden olabilmeleri, aşırı dozda ölümcül olabilmeleri, ilaç etkileşimlerinin görece yüksek oluşu kullanımlarını kısıtlamaktadır. Yan etkileri ise; norepinefrin ve serotonin reseptörlerine spesifik olarak, histamin ile muskorinik reseptörlere de nonspesifik olarak bağlanmalarının bir sonucudur (78).

MAOI (Mono-Amino Oksidaz İnhibitörleri) Antidepresanlar: Seçici olarak monoaminooksidaz-A (MAO-A) geri dönüşlü biçimde inhibe ederek etki gösterir. Bunun sonucu noradrenalin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin metabolizmaları yavaşladığından bu nörotransmitterlerin hücre dışındaki yoğunlukları ve bunun sonucu işlevlerinde artış meydana gelir (84).

SNRI (Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri): Etki profili olarak trisiklik antidepresanlara benzemekle birlikte, yan etki profillerinin daha olumlu olması ilgiyi arttırmaktadır (85).

Psikoterapi: Majör depresif dönemlerin en yaygın kullanılan tedavileri farmakoterapi ve psikoterapidir. Depresyonda etkili olduğu bilinen ve gösterilmiş olan çeşitli psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin hemen tamamı kullanılmakta olan ilaç tedavisiyle birlikte sürdürülebilir. Bunlar bilişsel terapi, kişiler arası (interpersonal), davranış terapisi, psikoanalitik terapi ve aile terapisi (86).

Bilişsel Davranışçı Terapi: Bilişsel Davranışçı Tedavinin (BDT) temeli hastaların yanlış inançlarını tanımları ve düzeltmelerine yardımcı olma yoluyla duygusal streslerini azaltma esasına dayalıdır (87). Orta ve şiddetli belirtiler gösteren hastalarda etkilidir. BDT ve ilaç tedavisinin akut dönemdeki sonuçları benzerdir. Ancak

BDT'nin depresyonda koruyucu etkisinin daha yüksek olduğu tutarlı biçimde gösterilmiştir. Kronik depresyonun tedavisinde BDT ve antidepresan ilacı birlikte kullanmak en etkin tedavi yöntemidir (88).

Kişiler arası psikoterapi: Kişilerarası kayıplar, rol anlaşmazlıkları ve geçişlerini, sosyal yalıtım ya da toplumsal beceri eksikliği gibi depresyona yol açan sorunları bulup değiştirmeyi hedefler (89).

Aile Terapisi: Depresyon tedavisinde ailenin katılımı önemli bir etkidir. Aile ile kurulacak işbirliği ile depresyon tedavisinin daha etkin olması sağlanabilir (90).

2.2.8. Yaşlılık Döneminde Depresyonun Önemi

Hastalıkların tedavisinde yaşanan gelişmeler ile birlikte yeni tedavi imkanlarının artması ve doğum hızındaki yavaşlama yaşlı nüfusun sayısının genel nüfus içerisindeki oranının artmasına sebep olmuştur. Yaşlı nüfusundaki bu artış, yaşlılar tarafından yaşanan sorunların çözümü konusunda çalışmalar yapılmasını da gerekli kılmıştır. Yaşlılar bu dönemde daha kırılgan olmakta, psikolojik ve sosyal açıdan birçok sorunlar yaşamaktadırlar (91). Yaşın ilerlemesine bağlı olarak yaşanan fiziksel zorluklara ilaveten yaşanan psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklar yaşlıların depresyon sorunları yaşamalarına neden olmaktadır (92). Daha farklı bir anlatımla yaşlıların fiziksel sorunlar yaşamaları ve bu sorunların kronikleşmiş hale gelmesi, yaşlı bireylerin daha bağımlı ve depresif problemler yaşayacak hale gelmelerini sağlamaktadır (93).

Yaşlılık döneminde görülen depresif problemler yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılık döneminde görülen depresif bozukluklarda asıl sorun bu hastalığın tanısını koymaktır. Tedavisi tanı koymaya göre daha kolaydır (92). Bu dönemde yaşanan depresif bozukluklar yaşlılarda iştah kaybı, uyku problemleri yaşanması, sosyal aktivitelere eskisi kadar katılamama, sürekli yorgunluk hali gibi birçok sorunun yaşanmasına sebep olmaktadır. Yaşlı bireyler aslında kendilerinin bu durumunu fark ederler ama özellikle çevrelerinde bulunanlara yük olmama düşüncesinden dolayı yaşadıkları olumsuz duygudurumları çevresindekilere anlatmaktan kaçınırlar (91).

Yaşlılık döneminde görülen ve yaşlı bireylerde depresyon durumu yaşanmasına sebep olan hastalıkları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (92):

1. Kolon kanseri, prostat, pankres, akciğer gibi farklı kanser türleri

2. Demans, multipl skleroz, parkinson gibi merkezi sinir sistemi hastalıkları,
3. Anjina, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği gibi kalp hastalıkları
4. Dolaşım sistemi hastalıkları,
5. Kronik bronşit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistemi hastalıkları
6. Tiroid işlev bozuklukları, diyabet gibi endokrin hastalıklar,
7. Hepatit, menenjit gibi enfeksiyonlar,
8. Folik asit ve farklı vitamin eksiklikleri gibi beslenme sorunları
9. Kronik böbrek yetmezliği, romatizmal hastalıklar gibi diğer kronik hastalıklar

Depresyon durumunda yaş reaksiyonlarından belirlenmesi gereklidir. Birey yaşlılık dönemine geldiğinde çevresinde bulunan birçok kişiyi kaybetmiş olmaktadır. Birlikte büyüdüğü, yaşadığı birçok kişiyi bu döneme gelene kadar farklı sebeplerle kaybetmiştir. Bu yaşına gelene kadar maddi olarak hayatını sürdürmesini sağlayan işini kaybetmiştir, mevkisini kaybetmiştir. Yaşlı bireyin bu kayıpları aslında ondan hep bir şeylerin gitmesine neden olmaktadır. Yaş reaksiyonunda yaşlılığın erken evrelerindeki tepkiler depresyon belirtilerine benzeyebilir. Bu dönemde normal hayatın seyri olarak ilgide azalma, artık eskisi gibi istek duygusunun olmaması, uyku sorunlarının görülmesi birçok normal yaşam durumuna rastlanabilir. Yaşlanma ile yaşanan sorunlar her bireyde farklı şekillerde görülmektedir. Aynı yaşta olan birinde görülen bir farklılık başka bireylerde görülmeyebilir. Çünkü bu dönem, yaşlı bireyin yeni bir yaşama başladığı bir dönemdir. Yaşlı birey, çevresindekileri kaybetmiş, yıllarca bulunduğu makamından, iş ortamından uzaklaşmıştır. Kısaca bu dönem yaşlı birey için yeniden bir yapılanma dönemidir (91).

Yaşlı popülasyonda depresif bozukluk belirtilerinin görülmesindeki sıklık, depresyonun yaşlı bireye yaşatacağı risk durumunu daha da arttırmaktadır. Bu dönemde yaşanan depresyonun tedavi edilmemesi durumunda yaşanacak durum eskiye göre daha fazla olacaktır. Bu dönemde depresyonun tedavi edilmemesi ile ikincil fiziksel hastalıkların görülme sıklığı daha fazla olacaktır. Yaşlı bireyin yaşam kalitesinin seviyesinde düşmelere sebep olacak bu hastalıklar arasında fiziksel olarak işlevsellikte kayıplar, ilaç kullanımı ve bu ilaçların yaşının vücudunda oluşturacağı yan etkiler, intihar düşüncesinin oluşması gibi duygudurum bozukluklarını saymak mümkündür

(95). Yaşlı bireylerde intihar ve ölüm düşüncesi sıklıkla görülmemektedir. İntihar ve ölüm düşüncesi daha çok yaşlılık döneminden önce görülen bir durumdur. Yaşlılarda görülen davranışlar arasında yemek yemeyi kabul etmeme, kendi sağlığı için verilen ilaçları kullanmak istememe, sağlığını koruması için yapılan tavsiyelere uymama gibi davranışlardır (91).

2.3. Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşlanma durumu bireyin bütün fiziksel yaşamını etkileyen bir olgudur. Yaşlılıkla birlikte bireyde anatomik ve fizyolojik olarak birçok değişim yaşanmaktadır. Fizyolojik ve anatomik açıdan yaşanan bu zayıflanma durumu, yaşlı bireyde hastalıklar görülme sıklığını da artırır. Özellikle kronik hastalıklar sıklıkla görülmeye başlar ve yaşlı birey genellikle birçok kronik hastalık ile aynı anda mücadele etmekle karşı karşıya kalabilir. Bu da yaşlı bireylerin sıklıkla sağlık kuruluşlarına gitmelerine ve sağlıkları ile ilgili destekler alma eğiliminde olmalarına yol açar (96).

Bu dönemde yaşlıların günlük yaşam aktivite kayıpları arasında kendi başına yemek yiyememe, kıyafetlerini kendisi giyinememe, kişisel bakımını ve tuvalet, banyo gibi temel ihtiyaçlarını kendi kendine karşılayamama gibi sorunlardır. Yaşlı birey kendi alışverişini kendisi yapamaz, yemeklerini kendisi pişiremez, araç kullanması veya bahçede bir şeyler yapması zorlaşır (97). Bütün bu davranışlar her insanın günlük yaşamı içerisinde yaptığı ve yaparken de genellikle farkında olmadığı davranışlar, yaşlılarda bu durum çok farklı yaşanır. Yemeğini kendisi yaparken artık yapamaz hale gelmiştir, bu durum da yaşlı bireyin sosyal ilişkilerine, günlük yaşamına, gün içerisinde yapmış olduğu aktivitelere olumsuz şekilde yansır (98). Yaşlı birey, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremediği için artık birilerine bağımlı olarak yaşamaya başlar. Önceden kendisinin yaptığı günlük yaşam aktivitelerini artık başkasının yardımı ile yapabilir (99).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmadaki amacımız, yaşlılarda yaşam kalitelerini etkileyen depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi ve ilişkili faktörleri tespit etmektir.

65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerini, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeylerini belirlemek ve bu fonksiyonların yaşlıların sosyodemografik özellikleriyle ilişkilerini ortaya koyarak, en çok yardıma gereksinim duyulan alanları belirlemek, sorunlarına dikkat çekerek konuyla ilgili hizmet ve politikaların belirlenmesine katkıda bulunmaktadır. ‘Yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörleri’ isimli çalışma ile yaşlı bireylerde oluşan depresyon sebeplerinin saptanıp, bunların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamasını en aza indirmesi hedeflenmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Malatya Darendede merkezinde Mayıs 2016 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında haftanın iki günü devlet hastanesine başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örnekleme Malatya Darendede merkezinde Mayıs 2016 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında haftanın iki günü devlet hastanesine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerdir. Örneklem büyüklüğü hesaplaması yapıldığında literatür verileri baz alınarak %80 güç ve % 95 güven ararlığında PASS 2011 istatistiksel güç analizi paket programı kullanılarak yaptığımız analizde ulaşmamız gereken minimum örneklem büyüklüğünün 125 kişi olduğu hesaplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket, “Geriatrik Depresyon Ölçeği” ve “Barthel İndeksi” kullanılmıştır.

Sosyo-demografik anket literatürler baz alınarak bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, kronik hastalığı, yalnızlık düzeyi gibi soruları içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği: Özbildirime dayalı, yaşlılara yönelik, yanıtlanması kolay 30 sorudan oluşmaktadır. Başta uyku bozukluklarını, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı, yanıtları sadece "evet" ya da "hayır" şeklinde olan bir ölçektir. Depresyon lehine her yanıt bir puan, diğer yanıtlar sıfır puan değerindedir. **0-10** puan arası “depresyon yok”, **11-13** puan arası “depresyon muhtemel” ve **14 puan ve üzeri** “depresyon kesin” şeklinde yorumlanır.

Barthel indexi: Günlük yaşam aktivitelerini (yemek yeme, banyo yapma, tuvalete gitme, mesane bakımı gibi) içeren 10 soru toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. İlgili bölümlerden alınan puanlardan; **0-20 puan:** Tam bağımlı, **21-61 puan:** İleri derecede bağımlı, **62-90 puan:** Orta derecede bağımlı, **91-99 puan:** Hafif derecede bağımlı ve **100 puan:** Tam bağımsız olarak değerlendirilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma Mayıs 2016 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında Malatya Darende ilçesinde yaşayan 65 yaş üzerindeki bireylere haftanın iki günü devlet hastanesine müracaatları sırasında yüz yüze gelinerek yapılmıştır. Anketler araştırmacı tarafından okunarak ve cevapları yine araştırmacı tarafından işaretlenerek 15-20 dakika sürecek ve onayları olacak şekilde toplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizleri

Bu veriler bilgisayar ortamında istatistiksel olarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 lisanslı yazılım programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Bağımlılık düzeyleri ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ve depresyon durumları ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi yapılmıştır. Bağımlılık puanı ve depresyon puanının normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov- Smirnov testi ile belirlenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerde Student-t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Bağımlılık puan toplamları ve depresyon puan toplamları arasındaki ilişkide Pearson Korelasyon kullanılmıştır. $P < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Araştırmacı tarafından araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı detaylı şekilde anlatılmış, sözlü onamları alınarak ‘‘isteklilik ve gönüllülük ‘‘ ilkesi göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmada elde edilen bilgileri araştırmacı harici hiçbir yerde kullanılmayacağı anlatılarak güven duyulması sağlanmış ‘‘sadakât ve gizlilik’’ ilkesine uyulmuştur.

Derende devlet hastanesi kurumu içerisinde sorulan anket soruları için idareye haber verilip gerekli idari izinler alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma hastaneye başvuran yaşlı bireyler ele alınarak yapılmış olup, araştırmaya katılan tam bağımlı yaşlı birey yoktur. Bu araştırma hastaneye başvuranlarda yapıldığı için tüm yaşlılara genellenemez.

4. BULGULAR

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

BİREYSEL ÖZELLİKLER		n	%
YAŞ	65-74 yaş	82	65.6
	75 ve üzeri	43	34.4
CİNSİYET	Kadın	58	46.4
	Erkek	67	53.6
GELİR DÜZEYİ	Var	80	64.0
	Yok	45	36.0
EĞİTİM DÜZEYİ	Okur Yazar Değil	80	64.0
	Okur Yazar	45	36.0
SOSYAL GÜVENCE	Var	109	87.3
	Yok	16	12.8
YALNIZLIK DÜZEYİ	Evet	65	52.0
	Hayır	60	48.0
KRONİK HASTALIK	Var	81	64.8
	Yok	44	35.2

***sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Tabloda araştırmaya katılan bireylerden %65.6'sı (n=82) 65-74 yaş aralığında kalan%34.4'ü(n= 43) ise 75 yaş ve üzeri yaşta bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu bireylerin %46.4'ü (n=58) kadın %53.6'sı(n=67) erkektir. Bireylerden %64.8 (n=81) tanesinin kronik hastalığı bulunurken %35.2 (n=44) tanesinin bulunmamaktadır. Yalnızlık düzeyleri olarak bakıldığında ise bireylerden %52'sinin (n=65) yalnız yaşadığı %48'inin (n=60) ise böyle bir sorunu bulunmadığı saptanmıştır. Ayrıca bireyler sosyal güvence, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yönünden de değerlendirilmiştir.

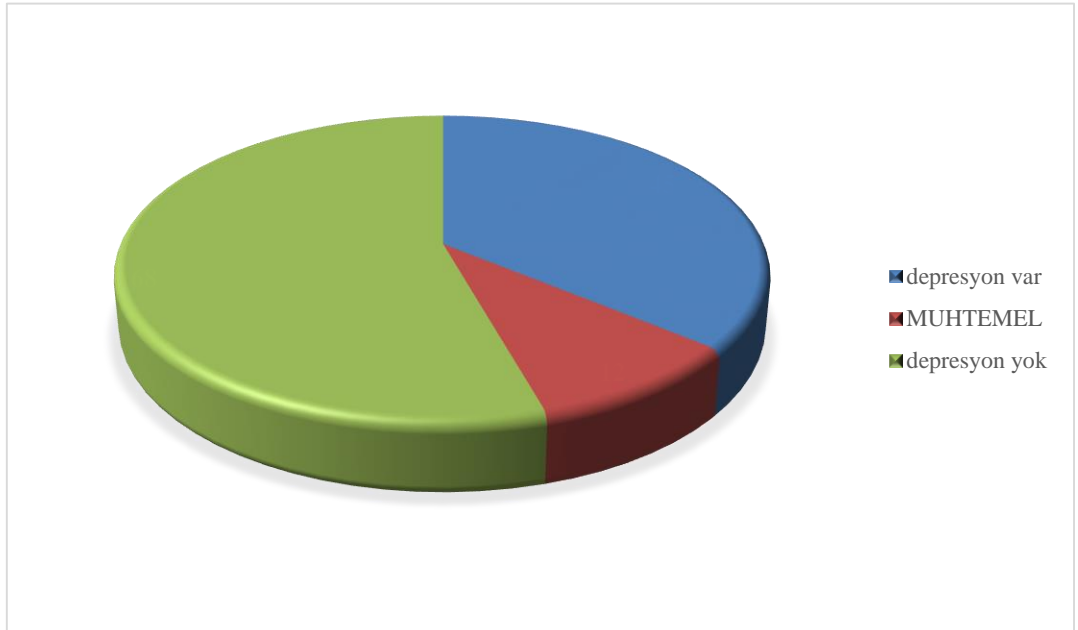
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Depresyon ve Bağımlılık Gruplarına Göre Dağılımı

DEPRESYON VE BAĞIMLILIK DÜZEYİ		n	%
DEPRESYON	Var	45	36
	Muhtemel	12	9.6
	Yok	68	54.4
BAĞIMLILIK	Tam bağımlı	0.0	0.0
	İleri derecede bağımlı	14	11.2
	Orta derecede bağımlı	42	33.6
	Hafif derecede bağımlı	45	36
	Tam bağımsız	24	19.2

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

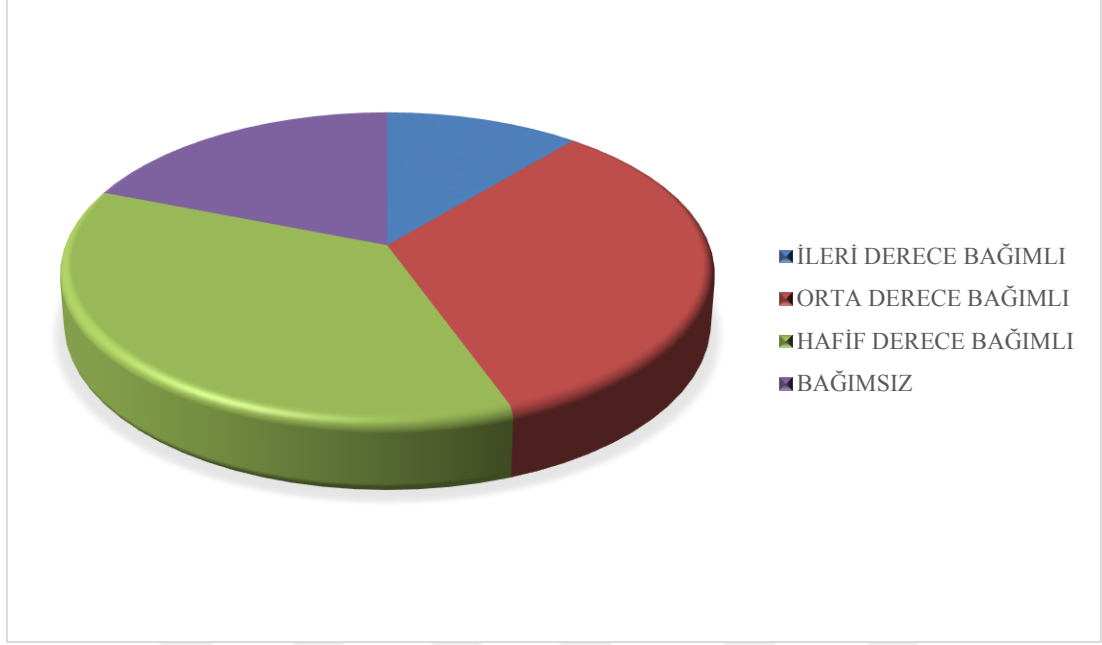
Araştırmaya katılan 125 bireyden %36 'sının (n=45) depresyona sahip, % 9.6' sının(n=12) depresyon olasılığının muhtemel ve %54.4'ünün (n=68) ise depresyon gibi bir sorunu olmadığı saptanırken, bu bireylerin % 11.2' sinin (n=14) ileri derecede bağımlı,%33.6'sının (n=42) orta derecede bağımlı,% 36' sının (n=45) hafif derecede bağımlı ve % 19.2'sinin (n=24) ise tam bağımsız olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlı bireyde depresyon ve bağımlılık durumları



Şekil 1. Yaşlı Bireylerin Depresyon Durumları

Yaşlıların % 54.4'ünde (n=68) depresyon riski var, %9.6'sında (n=12) depresyon riski muhtemel, %36'sında (n=45) depresyon riski yoktur.



Şekil 2. Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %0'ı (n=0) tam bağımlı, %11.2'si (n=14) ileri derecede bağımlı, %33.6'sı (n=42) orta derece bağımlı, %36'sı (n=45) hafif derece bağımlı ve %19.2'si (n=24) tam bağımsızdır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	KADIN		ERKEK	
	N	%	n	%
İleri derecede bağımlı	6	10.3	8	11.9
Orta derecede bağımlı	25	43.1	17	25.4
Hafif derecede bağımlı	19	32.8	26	38.8
Tam bağımsız	8	13.8	16	23.9

*sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin % 10.3'ü (n=6) ileri derecede bağımlı, %43.1'i (n=25) orta derecede bağımlı, %32.8'i (n=19) hafif derecede bağımlı iken %13.8' i (n=8) tam bağımsızdır. Erkek bireylerin %11.9'u (n=8) ileri derecede bağımlı, % 25.4'ü (n=17) orta derecede bağımlı, %38.8'i (n=26) hafif derecede bağımlı iken %23.9'unun (n=16) tam bağımsız oldukları görülmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	GELİR YOK		GELİR VAR	
	N	%	n	%
İleri derecede bağımlı	6	13.3	8	10
Orta derecede bağımlı	17	37.8	25	31.2
Hafif derecede bağımlı	10	22.2	35	43.8
Tam bağımsız	12	26.7	12	15

***sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Araştırmaya katılan bireylerden geliri olmayanların %13.3'ü (n=6) ileri derecede bağımlı, %37.8'i (n=17) orta derecede bağımlı, %22.2'si (n=10) hafif derecede bağımlı ve %26.7'si (n=12) tam bağımsızdır. Geliri olmayan bireylerin ise %10'u (n=8) ileri derecede bağımlı, %31.2'si (n=25) orta derecede bağımlı, %43.8'i (n=35) hafif derecede bağımlı ve %15'i (n=12) tam bağımsızdır.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Sosyal Güvence Düzeylerine Göre Dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	GÜVENCE YOK		GÜVENCE VAR	
	N	%	N	%
İleri derecede bağımlı	2	12.5	12	11
Orta derecede bağımlı	9	56.2	33	30.3
Hafif derecede bağımlı	3	18.8	42	38.5
Tam bağımsız	2	12.5	22	20.2

***sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Araştırmaya katılan bireylerden sosyal güvencesi olmayanların %12.5'i (n=2) ileri derecede bağımlı iken %56.2'si (n=9) orta derecede bağımlı, %18.8'i (n=3) hafif

derecede bağımlı ve %12.5'i (n=2) ise tam bağımsızdır. Sosyal güvencesi olan bireylerin ise %11'i (n=12) ileri derecede bağımlı, %30.3'ü (n=33) orta derecede bağımlı, %38.5'i (n=42) hafif derecede bağımlı ve %20.2'si (n=22) ise tam bağımsızdır.

Tablo 6. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bağımlılık durumlarının kronik hastalık düzeylerine göre dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	KRONİK HASTALIK YOK		KRONİK HASTALIK VAR	
	N	%	N	%
İleri derecede bağımlı	3	6.8	11	13.6
Orta derecede bağımlı	11	25	31	38.3
Hafif derecede bağımlı	20	45.5	25	30.9
Tam bağımsız	10	22.7	14	17.3

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Tablo 6' da bireylerin %6.8'i (n=3) kronik hastalığa sahip olmayıp ileri derecede bağımlı iken %13.6'sı (n=11) kronik hastalığa sahip ve ileri derecede bağımlıdır. Yine bireylerden %25'i (n=11) kronik hastalığa sahip olmayıp orta derecede bağımlı iken %38.3'ü (n=31) hem kronik hastalığa sahip hem de orta derecede bağımlıdır. Bireylerin %45.5'i (n=20) kronik hastalığa sahip olmayıp hafif derecede bağımlı iken %30.9'u (n=25) kronik hastalığa sahip ve hafif derecede bağımlıdır. Geriye kalan bireylerden %22.7'si (n=10) kronik hastalığa sahip olmayıp tam bağımsız durumda ve %17.3'ü (n=14) kronik hatalığa sahip olduğu halde tam bağımsızdır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	OKURYAZAR DEĞİL		OKURYAZAR	
	N	%	N	%
İleri derecede bağımlı	9	11.2	5	11.1
Orta derecede bağımlı	29	36.2	13	28.9
Hafif derecede bağımlı	30	37.5	15	33.3
Tam bağımsız	12	15	12	26.7

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeyi okur yazar olmayanlarının %11.2'si (n=9) ileri derecede bağımlı iken %36.2'si (n=29) orta derecede bağımlı, %37.5'i (n=30) hafif derecede bağımlı ve %15'i (n=12) ise tam bağımsızdır. Okur yazarların ise %11.1'i (n=5) ileri derecede bağımlı, %28.9'u (n=13) orta derecede bağımlı, % 33.3'ü (n=15) hafif derecede bağımlı ve %26.7'si (n=12) ise tam bağımsızdır.

Tablo 8. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bağımlılık durumlarının yalnızlık düzeylerine göre dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	YALNIZ DEĞİL		YALNIZ	
	N	%	N	%
İleri derecede bağımlı	4	6.7	10	15.4
Orta derecede bağımlı	13	21.7	29	44.6
Hafif derecede bağımlı	27	45	18	27.7
Tam bağımsız	16	26.7	8	12.3

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Araştırmada yalnız bireylerin %15.4'ünün (n=10) yalnız olmayan bireyin %6.7'sinin (n=4) ileri derecede bağımlı olduğu saptanmıştır, yalnız bireylerden %44.6'sı (n=29) ve yalnız olmayan bireylerden %21.7'si (n=13) orta derecede bağımlıdır. Yalnız bireylerin %27.7'sinin (n= 18) yalnız olmayan bireylerin %45'inin (n=27) hafif derecede bağımlı olduğu saptanmıştır. Yine yalnız bireylerin i %12.3'ü (n=8) tam bağımsız iken yalnız olmayan bireylerin %26.7'si (n=16) tam bağımsız bireydir.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Yaşa Göre Dağılımı

BAĞIMLILIK DURUMU	65-74 YAŞ ARASI		75 YAŞ VE ÜZERİ	
	N	%	N	%
İleri derecede bağımlı	7	8.5	7	16.3
Orta derecede bağımlı	25	30.5	17	39.5
Hafif derecede bağımlı	31	37.8	14	32.6
Tam bağımsız	19	23.2	5	11.6

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Tabloda bağımlılık gruplarının 65-74 ve 75 yaş üzeri dağılımları gösterilmiştir. Bu verilere göre. 65-74 yaş aralığındaki bireylerin %8.5'i (n=7) ileri derecede bağımlı, % 30.5'i (n=25) orta derecede bağımlı, %37.8'i (n=31) hafif derecede bağımlı ve %23.2'si (n=19) tam bağımsızdır. 75 yaş üzeri bireylerde ise %16.3'ü (n=7) ileri derecede bağımlı, %39.5'i (n=17) orta derecede bağımlı, %32.6'sı (n=14) hafif derecede bağımlı ve %11.6'sı (n=5) tam bağımsız bireylerdir.

Tablo 10. Yaşlıların Barthel İndexine Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

Barthel indexi bağımlılık bulguları		N	%
Beslenme	Bağımsız yapar (10)	51	40.8
	Yardımla yapabilir(5)	64	51.2
	Yapamaz (0)	10	8.0
Tekerekli sandalyeden yatağa geçiş	Bağımsız(15)	99	79.2
	Minimal yardımla(10)	23	18.4
	Yardımla(5)	3.0	2.4
	Bağımlı(0)	0.0	0.0
Kendine bakım	Bağımsız(5)	113	90.4
	Yardımla(0)	12	9.6
Tuvalet kullanımı	Bağımsız(10)	98	78.4
	Yardımla(5)	20	16
	Bağımlı(0)	7.0	5.6
Yıkanma	Bağımsız(5)	106	84.8
	Yardımla(0)	19	15.2
Düzgün yürüme	Bağımsız(15)	106	84.8
	Yardımla(10)	16	12.8
	Tekerlekli sandalye(5)	0.0	0.0
	Bağımlı(0)	3.0	2.4
Merdiven inip çıkma	Bağımsız(10)	111	88.8
	Yardımla(5)	11	8.8
	Bağımlı(0)	3.0	2.4
Giyinip soyunma	Bağımsız(10)	110	88
	Yardımla(5)	11	8.8

	Bağımlı(0)	4.0	3.2
Bağırsak bakımı	Kontinan(10)	58	46.4
	Yardımla(5)	61	48.8
	İnkontinan(0)	6.0	4.8
Mesane bakımı	Bağımsız(10)	107	85.6
	Yardımla(5)	17	13.6
	Bağımlı(0)	1.0	8.0

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.**

Bu çalışmada günlük yaşam aktivitelerini ölçmek için Barthel Index kullanılmıştır. Günlük yaşam aktivitelerini (yemek yeme, banyo yapma, tuvalete gitme, mesane bakımı gibi) içeren 10 soru toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. **0-20 puan:** Tam bağımlı, **21-61 puan:** İleri derecede bağımlı, **62-90 puan:** Orta derecede bağımlı, **91-99 puan:** Hafif derecede bağımlı ve **100 puan:** Tam bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Tabloda bağımlılık gruplarının dağılımı yüzdelerle verilmiştir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerde Geriatrik Depresyon Ölçeği Bulgularının Dağılımı

Bulgu yüzdesi	EVET	HAYIR
Yaşamdan memnuniyeti	%82.4	%17.6
İlgi alanı devamlılığı	%56.8	%43.2
Hayat bomboş mu?	%83.2	%16.8
Canınız sıkkın mı?	%46.4	%53.6
Umutsuz musunuz?	%54.4	%45.6
Atamadığınız düşünce	%64.0	%36.0
Keyfiniz yerinde mi?	%77.6	%22.4
Kötü şey korkusu	%71.2	%28.8
Mutlu hissediyor musunuz?	%70.4	%29.6
Çaresiz misiniz?	%12.8	%87.2
Sık sık huzursuz musunuz?	%29.6	%70.4
Evde kalma tercihi	%46.4	%53.6
Gelecekte endişe	%36.8	%63.2
Fazla unutkan mısınız?	%17.6	%82.4
Hayatta olmak güzel mi?	%89.6	%10.4

Çoğu zaman kederli misiniz?	%21.6	%78.4
Kendini değersiz bulma	%21.6	%78.4
Geçmişini düşünerek üzölmek	%39.2	%60.8
Hayat heyecan verici mi?	%53.6	%46.4
Yeni işler zor mu?	%60.8	%39.2
Gücünüz yerinde mi?	%54.4	%45.6
Durumunuz ümitsiz mi?	%13.6	%86.4
Herkes sizden iyi durumda mı?	%36.0	%64.0
Küçük şeyler can sıkıyor mı?	%31.2	%68.8
Sıklıkla ağlamaklı mısınız?	%24.8	%75.2
Dikkat toplamak güç mü?	%29.6	%70.4
Sabah kalkmak zor mu?	%57.6	%42.4
Başkalarıyla olmak ister misiniz?	%27.2	%72.8
Kolay karar veriyor musunuz?	%84.8	%15.2
İyi düşünebiliyor musunuz?	%36.8	%63.2

Araştırmada kullanılan Geriatrik depresyon ölçeği özbildirime dayalı, yaşlılara yönelik, yanıtlaması kolay 30 sorudan oluşmaktadır. Başta uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı, yanıtları sadece "evet" ya da "hayır" şeklinde olan bir ölçektir. Depresyon lehine her yanıt bir (1) puan, diğer yanıtlar sıfır (0) puan değerindedir.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Bağımlılık Durumlarının Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı

Bağımlılık durumu	Depresyon yok		Depresyon var		Toplam		p. değeri
	N	%	N	%	N	%	
İleri derecede bağımlı	6	42.9	8	57.1	14	100	0.003
Orta derecede bağımlı	20	47.6	22	52.4	42	100	
Hafif derecede bağımlı	36	80.0	9	20.0	45	100	
Tam bağımsız	18	75.0	6	25.0	24	100	
Toplam	80	64.0	45	36.0	125	100	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır. Ki kare testi.

Tabloda depresyon yok ile depresyon muhtemel puanları birleştirilmiş depresyon yok olarak kabul edilmiştir. **0-13 puan** depresyon yok **14 puan ve üzeri** depresyon var olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerden ileri derecede bağımlı olanların %42.9'u (n=6) depresyona sahip değilken, %57.1'i (n=14) depresyona sahiptir. Orta derecede bağımlı olan bireylerden %47.6'sında (n=20) depresyon yok, %52.4'ünde (n=22) depresyon vardır. Hafif derece bağımlı olanların %80'inde (n=36) depresyon yok iken %20'sinde (n=9) depresyon vardır. Tam bağımsız bireylerin %75'inde (n=18) depresyon yok iken %25'inde (n=6) depresyon vardır. Araştırmaya katılan toplam bireylerin %64'ünde (n=80) depresyon yok iken %36'sında (n=45) depresyon vardır. Bağımlılık durumları ile depresyon durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,003).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Depresyon Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

DEPRESYON DÜZEYİ	DEPRESYON YOK	MUHTEMEL	DEPRESYON VAR	p değeri
	%	%	%	
CİNSİYET				
KADIN	31.0	17.3	51.7	.001*
ERKEK	74.6	3.0	22.4	
YAŞ DÜZEYİ				
65-74	59.8	7.3	32.9	.204
75 VE ÜZERİ	44.1	14.0	41.9	
GELİR DÜZEYİ				
VAR	56.2	6.2	37.6	.237
YOK	51.1	15.6	33.3	
GÜVENCE DÜZEYİ				
VAR	56	9.1	34.9	.654
YOK	43.8	12.4	43.8	
EĞİTİM DÜZEYİ				
OKURYAZAR	53.3	6.7	40.0	.620
OKURYAZAR	55.0	11.2	33.8	

DEĞİL				
KRONİK HASTALIK				
VAR	51.9	11.1	37.0	.641
YOK	59.1	6.8	34.1	
YALNIZLIK DURUMU				
YALNIZ	24.6	15.4	60.0	.001*
YALNIZ DEĞİL	86.7	3.3	10.0	

***Satır yüzdesi kullanılmıştır. Ki kare testi.**

Cinsiyet ile depresyon durumları kıyaslandığında araştırmaya katılan kadın bireylerin %31'inde depresyon yok, %17.3'ünde depresyon muhtemel ve %51.7'sinde depresyon vardır. Erkek bireylerin ise %74.6'sında depresyon yok, %3'ünde depresyon muhtemel ve %22.4'ünde depresyon vardır. (p=0.001)

Yaş düzeyi 65-74 arası olan bireylerde %59.8'inde depresyon yok, %7.3'ünde depresyon muhtemel ve %32.9'unda depresyon vardır. 75 yaş ve üzeri bireylerde ise %44.1'inde depresyon yok, %14'ünde depresyon muhtemel ve %41.9'unda depresyon var. (p=0.204)

Gelir düzeyi ile depresyon durumu kıyaslandığında; geliri bulunan bireylerin %56.2'sinde depresyon yok, %6.2'sinde depresyon muhtemel ve % 37.6'sında depresyon vardır. Gelir düzeyi iyi olmayan yaşlı bireylerin ise %51.1'inde depresyon yok, %15.6'ında depresyon muhtemel ve %33.3'ünde depresyon vardır. (p=0.237)

Sosyal güvence düzeyi ve depresyon arasındaki bağlantıya bakıldığında ise; sosyal güvencesi bulunan yaşlı bireylerin %56'sında depresyon yok, %9.1'inde depresyon muhtemel ve %34.9'unda depresyon vardır. Sosyal güvencesi bulunmayan yaşlı bireylerin %43.8'inde depresyon yok, %12.4'ünde depresyon muhtemel ve %43.8'inde depresyon vardır. (p=0.654)

Eğitim düzeyi ve depresyon durumu kıyaslandığında; eğitim düzeyi okuryazar olan yaşlı bireylerin %53.3'ünde depresyon yok, %6.7'sinde depresyon muhtemel ve %40'ında depresyon vardır. Eğitim düzeyi okuryazar olmayan yaşlı bireylerin %55'inde depresyon yok, %11.2'sinde depresyon muhtemel ve %33.8'inde depresyon vardır. (p=0.620)

Kronik hastalık ile depresyon durumu kıyaslandığında; araştırmaya katılan, kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerin %51.9'unda depresyon yok, %11.1'inde depresyon muhtemel ve %37'sinde depresyon vardır. Kronik hastalığı bulunmayan yaşlı bireylerin ise %59.1'inde depresyon yok, %6.8'inde depresyon muhtemel ve %34.1'inde depresyon vardır. (p=0.641)

Yalnızlık düzeyi ve depresyon durumu kıyaslandığında; araştırmaya katılan yaşlı bireylerden yalnızlık durumu mevcut olanların %24.6'sında depresyon yok, %15.4'ünde depresyon muhtemel ve %60'ında depresyon vardır. (p=0.001)

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Bağımlılık Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

BAĞIMLILIK DÜZEYİ	İleri derecede bağımlı	Orta derecede bağımlı	Hafif derecede bağımlı	Tam bağımsız	p değeri
YAŞ DÜZEYİ					
65-74	8.5	30.5	37.8	23.2	.224
75 VE ÜZERİ	16.3	39.5	32.6	11.6	
CİNSİYET					
KADIN	10.3	43.1	32.8	13.8	.176
ERKEK	11.9	25.4	38.8	23.9	
EĞİTİM DÜZEYİ					
OKURYAZAR	11.1	28.9	33.3	26.7	.450
OKURYAZAR DEĞİL	11.2	36.2	37.5	15.0	
GÜVENCE DÜZEYİ					
VAR	11.0	30.3	38.5	20.2	.189
YOK	12.5	56.2	18.8	12.5	
GELİR DÜZEYİ					
VAR	10.0	31.2	43.8	15.0	.094
YOK	13.3	37.8	22.2	26.7	
KRONİK HASTALIK					
VAR	13.6	38.3	30.9	17.3	.188
YOK	6.8	25	45.5	22.7	
YALNIZLIK DURUMU					
YALNIZ	15.4	44.6	27.7	12.3	.005

YALNIZ DEĞİL	6.7	21.7	45.0	26.7
--------------	-----	------	------	------

***Satır yüzdesi kullanılmıştır. Ki kare testi.**

Yaş düzeyi ile bağımlılık durumları kıyaslandığında araştırmaya katılan 65-74 yaş aralığındaki bireylerin %8.5'i ileri derecede bağımlı, %30.5'i orta derecede bağımlı, %37.8'i hafif derecede bağımlı ve %23.2'si tam bağımsızdır. 75 yaş ve üzeri bireylerin ise %16.3'ü ileri derecede bağımlı, %39.5'i orta derecede bağımlı, %32.6'sı hafif derecede bağımlı ve %11.6'sı tam bağımsızdır.(p=0.224).

Cinsiyet ile bağımlılık durumları kıyaslandığında; kadın bireylerin %10.3'ü ileri derecede bağımlı, %43.1'i orta derecede bağımlı, %32.8 'i hafif derecede bağımlı ve %13.8'i ise tam bağımsızdır. Erkek bireylerin ise %11.9'u ileri derecede bağımlı, %25.4'ü orta derecede bağımlı, %38.8'i hafif derecede bağımlı ve 23.9'u tam bağımsızdır.(p=0.176).

Eğitim düzeyi ile bağımlılık durumları kıyaslandığında; araştırmaya katılan bireylerden eğitim düzeyi okur yazar olanların %11.1'i ileri derecede bağımlı, %28.9 orta derecede bağımlı, %33.3'ü hafif derecede bağımlı ve %26.7'si ise tam bağımsızdır. Eğitim düzeyi okur yazar olmayan bireylerin %11.2'si ileri derecede bağımlı, %36.2'si orta derecede bağımlı, %37.5'i hafif derecede bağımlı ve %15'i tam bağımsızdır.(p=0.450).

Güvence düzeyi ile bağımlılık durumları kıyaslandığında; sosyal güvencesi bulunan bireylerin %11'i ileri derecede bağımlı, %30.3'ü orta derecede bağımlı, %38.5'i hafif derecede bağımlı ve %20.2'si ise tam bağımsızdır. Sosyal güvencesi bulunmayan bireylerin %12.5'i ileri derecede bağımlı, %56.2'si orta derecede bağımlı, %18.8'i hafif derecede bağımlı ve %12.5 'i tam bağımsızdır.(p=0.189).

Gelir düzeyi ile bağımlılık durumları kıyaslandığında; gelir düzeyi iyi olan bireylerin %10'u ileri derecede bağımlı, %31.2'si orta derecede bağımlı, %43.8'i hafif derecede bağımlı ve %15'i tam bağımsızdır. Geliri olmayan bireylerin ise %13.3'ü ileri derecede bağımlı, %37.8'i orta derecede bağımlı; %22.2'si hafif derecede bağımlı ve %26.7'si tam bağımsızdır. (p=0.094)

Kronik hastalık ile bağımlılık durumları kıyaslandığında; araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalığa sahip olanlarının %13.6'sı ileri derecede bağımlı, %38.3'ü orta derecede bağımlı, %30.9 hafif derecede bağımlı ve %17.3'ü tam bağımsızdır. Kronik hastalığı bulunmayan bireylerin %6.8'i ileri derecede bağımlı, %25'i orta

derecede bağımlı, %45.5'i hafif derecede bağımlı ve %22.7'si tam bağımsızdır.(p=0.188).

Yalnızlık düzeyi ve bağımlılık durumları kıyaslandığında; yalnızlık düzeyi yüksek bireylerin %15.4 'ü ileri derecede bağımlı , %44.6'sı orta derecede bağımlı, %27.7'si hafif derecede bağımlı ve %12.3 tam bağımsızdır. Yalnız olmayan bireylerde ise %6.7'si ileri derecede bağımlı, %21.7'si orta derecede bağımlı, %45'i hafif derecede bağımlı ve %26.7'si tam bağımsızdır. (p=0.005).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bağımlılık Puan Ortancaları

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	ORTANCA(MİN-MAX)	P DEĞERİ
CİNSİYET		
KADIN	90(35-100)	0.083
ERKEK	95(35-100)	
YAŞ		
65-74	95(35-100)	0.016*
75 VE ÜZERİ	85(35-100)	
YALNIZLIK DURUMU		
YALNIZ	90(35-100)	0.001*
YALNIZ DEĞİL	95(35-100)	
KRONİK HASTALIK		
VAR	90(35-100)	0.036*
YOK	95(35-100)	
GÜVENCE DÜZEYİ		
VAR	95(35-100)	0.134
YOK	85(35-100)	
GELİR DÜZEYİ		
VAR	95(35-100)	0.996
YOK	90(35-100)	
EĞİTİM DÜZEYİ		
OKIRYAZAR	95(35-100)	0.381
OKURYAZAR DEĞİL	95(35-100)	

***Mann Whitney u testi**

Tabloya göre sosyodemografik özellikler ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında kadın bireylerin puan ortancaları 90(35-100) iken erkek bireylerin ortancaları 95(35-100) bulunmuştur. Cinsiyet ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.083$)

Yaş grupları ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.016$). Yaş grubu 65-74 arası olan bireylerin ortancası 95(35-100) iken 75 yaş ve üzeri grupların ortancası 85(35-100) dir.

Yalnızlık düzeyleri ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Yalnız bireylerin bağımlılık puan ortancası 90(35-100) iken yalnız olmayan bireylerin 95(35-100) dir. Bu durum yalnız olmayan bireylerin daha az bağımlı olduğunu göstermektedir.

Kronik hastalık düzeyleri ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.036$). Kronik hastalığı bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancası 90(35-100) iken kronik hastalığı olmayan bireylerin 95(35-100) dir.

Sosyal güvencesi bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancaları 95(35-100) iken sosyal güvencesi olmayan bireylerin bağımlılık puan ortancası 85(35-100) dir. Güvence düzeyi ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir bulunmamıştır ($p=0.134$).

Maddi geliri bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancaları 95(35-100) iken geliri olmayan bireylerin bağımlılık puan ortancası 90(35-100) dir. Gelir düzeyi ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir bulunmamıştır ($p=0.996$).

Eğitim düzeyi olarak okur yazarlığı bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancaları 95(35-100) iken okur yazar olmayan bireylerin bağımlılık puan ortancası 95(35-100) dir. Eğitim düzeyi ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir bulunmamıştır ($p=0.381$).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	ORT±SS	P DEĞERİ
CİNSİYET		
KADIN	11,63±4,90	0.002*
ERKEK	8,46±6,02	
YAŞ		
65-74	9,46±5,97	0.205
75 VE ÜZERİ	10.83±5,19	
YALNIZLIK DURUMU		
YALNIZ	12,86±4,84	0.001*
YALNIZ DEĞİL	6,76±4,90	
KRONİK HASTALIK		
VAR	10,16±5,77	0.555
YOK	9,52±5,71	
GÜVENCE DÜZEYİ		
VAR	9,85±5,83	0.675
YOK	10,50±5,16	
GELİR DÜZEYİ		
VAR	9,68±5,99	0.521
YOK	10,37±5,28	
EĞİTİM DÜZEYİ		
OKIRYAZAR	9,95±6,55	0.977
OKURYAZAR DEĞİL	9,92±5,26	

***Student t testi**

Cinsiyet ve depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamaları (11,63±4,90) erkeklerin depresyon puan ortalamalarından (8,46±6,02) yüksek bulunmuştur (p=0.002).

Yaş ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında yaş düzeyi 65-74 aralığında olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,46±5,97) iken 75 yaş ve üzeri bireylerin depresyon puan ortalamaları (10.83±5,19) bulunmuştur. Yaş ile depresyon puan ortalaması kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.205)

Yalnızlık düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında yalnız bireylerin depresyon puan ortalamaları (12,86±4,84) ve yalnız olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (6,76±4,90) bulunmuştur. Depresyon puan ortalamaları ile yalnızlık düzeyi kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0.001). Yalnız bireylerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalık düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında kronik hastalığı olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (10,16±5,77) kronik hastalığı olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,52±5,71) bulunmuştur (p=0,555).

Güvence düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında güvencesi olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,85±5,83) güvencesi olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (10,50±5,16) bulunmuştur (p=0,675). Anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gelir düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında geliri olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,68±5,99) geliri olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (10,37±5,28) bulunmuştur (p=0,521).Anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında eğitim düzeyi okur yazar olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,95±6,55) eğitim düzeyi okur yazar olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,92±5,26) bulunmuştur (p=0,977). İstatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 17. Bağımlılık toplam puanları ile depresyon toplam puanlarının korelasyon ilişkisi

r Değeri	Bağımlılık Toplam	Depresyon Toplam	P değeri
Bağımlılık toplam	1	-0.571*	0.001*
Depresyon toplam	-0.571*	1	

***Pearson Korelasyon**

Bağımlılık puan toplamaları ile depresyon puan toplamaları korelasyon ilişkisine bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001). Bağımlılık puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Tartışma, yaşlıların depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörleri kapsamındaki bu araştırmanın bulguları ile literatürler ve bu konularda yapılan araştırmaları kıyaslayacak şekilde yapılmıştır. Yaşlılardaki günlük yaşam aktivitelerini inceleyen ve yaşlılardaki depresyonu her ayrıntısıyla ele alan araştırmalar bunlar arasındaki ilişkiyi tespit amacıyla çalışmaya dahil edilmiştir.

5.1. “Geriatrik Depresyon Ölçeği” ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Yaşlı bireylerde depresyon puan ortalaması (9,93 ±0.53) ve (min-max) değeri (0-24) bulunmuştur. Araştırmaya katılan 125 bireyden %36'sının (n=45) depresyona sahip, % 9.6'sının (n=12) depresyon olasılığının muhtemel ve %54.4'ünün (n=68) ise depresyon gibi bir sorunu olmadığı saptanmıştır. Yaşlı bireylere yapılan kişisel tanımlayıcı niteliğindeki sosyodemografik özellikler ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında, bazı özelliklerin depresyon durumları üzerinde etkili olduğu saptanmaktadır.

Cinsiyet ve depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamaları (11,63±4,90) erkeklerin depresyon puan ortalamalarından (8,46±6,02) yüksek bulunmuştur (p=0.002). Bu durum kadınların erkeklere göre daha fazla depresyona yatkın olduğunu göstermektedir. Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet ile depresyon durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadın bireylerin erkek bireylere göre depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır. Biyolojik yapısı, ruhsal durumu ve kadının toplumdaki konumu onu depresyona yatkın yapmaktadır (100). Elde edilen bulgular Tarsuslu Şimşek ve ark. (2010) bulduğu kadınlarda depresyon daha yüksektir bulgusuyla da benzerdir ve bu bulgu pek çok çalışma ile desteklenmiştir (101,102).

Yaş ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında yaş düzeyi 65-74 aralığında olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,46±5,97) iken 75 yaş ve üzeri bireylerin depresyon puan ortalamaları (10.83±5,19) bulunmuştur. Yaş ile depresyon puan ortalaması kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.205). Bu durum Altıntaş ve ark. (2006) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin çoğunluğunda depresyon riski bulunmamıştır ve Bagley ve ark. (2000) yaptıkları çalışmalarla benzerlik

göstermektedir (103,104). Dişçigil ve ark. (2005) yaptığı çalışmada depresyonun yaş ile değişmediğini göstermektedir (105). Yaş depresyonu etkileyen faktörler arasında yer almamaktadır.

Yalnızlık düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında yalnız bireylerin depresyon puan ortalamaları (12,86±4,84) ve yalnız olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (6,76±4,90) bulunmuştur. Depresyon puan ortalamaları ile yalnızlık düzeyi kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0.001). Yalnızlık düzeyleri yüksek yaşlıların depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır. Husaini ve ark. (1994) yaptıkları çalışmada 60 yaş üzeri bireylerin durumlarını öncelikli olarak eş, dost veya yakınları ile paylaştıkları görülmektedir (106). Aileleriyle birlikte yaşayan bireyler yalnız olmamanın verdiği güven duygusu ile kaygılarıyla daha iyi yüzleşiyorlar (107). Bu durumlarda depresyon risklerinin azaldığı söylenebilir. Bireylerin yalnız olmamaları kendilerini değerli hissetmeleri ve sorunlarla başa çıkabilmeleri açısından önemlidir.

Kronik hastalık düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında kronik hastalığı olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (10,16±5,77) kronik hastalığı olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,52±5,71) bulunmuştur (p=0,555) kronik hastalık düzeyi ile depresyon durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karakuş ve ark. (2003) çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerdeki depresyon oranını %43.8 ile benzeri bulmuştur (108). Çalışmamızda kronik hastalık ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen depresyon puanları kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Altıntaş ve ark. (2006) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerden sağlıksız olduğunu ifade edenlerde depresyonu daha yüksek bulmuş, Bahar ve ark (2005) çalışmasında kronik hastalık ile depresyon durumlarının arasındaki fark anlamsız görülmektedir (103,109). Çınar ve Kartal'ın (2008) yaptığı araştırmada kronik hastalık düzeyinin depresyon puan ortalamaları ile ilişkili olmadığı görülmektedir. (110).

Sosyal Güvence düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında güvencesi olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,85±5,83) güvencesi olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (10,50±5,16) bulunmuştur (p=0,675). Sosyal güvence düzeyi ile depresyon durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum yaşlı bireylerin mümkün oldukça sağlık hizmetlerinden

yararlanıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Karakuş ve ark. (2003) yaptığı çalışmada bulgular benzerlik göstermektedir (108).

Gelir düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında geliri olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,68±5,99) geliri olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (10,37±5,28) bulunmuştur (p=0,521). Depresyon durumu ile gelir düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular bazı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (108,111)

Eğitim düzeyi ile depresyon puan ortalamaları kıyaslandığında eğitim düzeyi okur yazar olan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,95±6,55) eğitim düzeyi okur yazar olmayan bireylerin depresyon puan ortalamaları (9,92±5,26) bulunmuştur (p=0,977). Eğitim düzeyi ile depresyon durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karakuş ve ark. (2003) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (108).

5.2. “Barthel İndeksi” İle Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ele alan Barthel indeksi puanlarının ortalaması (87,04 ±1,35) ve (min-max) değeri (35-100) bulunmuştur. Yaşlı bireylerin bağımlılık dağılımlarına bakıldığında bu bireylerin % 11.2’ sinin (n=14) ileri derecede bağımlı,%33.6’sinin (n=42) orta derecede bağımlı,% 36’ sinin (n=45) hafif derecede bağımlı ve % 19.2’sinin (n=24) ise tam bağımsız olduğu tespit edilmiştir.

Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında; kadın bireylerin puan ortancaları 90(35-100) iken erkek bireylerin ortancaları 95(35-100) bulunmuştur. Cinsiyet ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında cinsiyet ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.083). Bireylerin kendilerine yetebilme veya günlük işlevselliklerini gerçekleştirebilmelerinin kadın veya erkek fark etmediği görülmektedir. Uçku ve Ergin (1993) yaptığı çalışmada, Şahbaz ve arkadaşının (2006) yapmış olduğu çalışmalarda bu durumun tersini göstermektedir (112,113). Bu çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha bağımlı oldukları ifade edilmiştir. Bu durum kadınların fiziksel, duygusal yönden daha güçsüz olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yaş grupları ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.016). Yaş grubu 65-74 arası olan bireylerin ortancası 95(35-100) iken 75 yaş ve üzeri grupların ortancası 85(35-100) dir. Bu durum 65-74 yaş

arası bireylerin 75 yaş üzeri bireylere göre daha az bağımlı olduğunu yaş ilerledikçe bağımlılığın arttığını göstermektedir. Üstüner Top ve ark. (2010) yaptığı çalışmada aynı durumu ifade etmiştir (114). Yaşlandıkça bağımlılığın artması beklenen bir durumdur. Yaş ilerledikçe fiziki kuvvet ve yeteneklerin kaybedilmesi bu durumu tetiklemektedir.

Kronik hastalık düzeyleri ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.036$). Kronik hastalığı bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancası 90(35-100) iken kronik hastalığı olmayan bireylerin 95(35-100) dir. Bu durum kronik hastalığı olmayan bireylerin daha az bağımlı olduğunu göstermektedir. Kronik hastalık durumu arttıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır. Bu bulgu Uçku ve Ergin (1993) yaptığı çalışma ile benzerdir (112). Kronik hastalık varlığı günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek bireylerin aktif yaşam alanlarını kısıtlamaktadır.

Yalnızlık düzeyleri ile bağımlılık puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Yalnız bireylerin bağımlılık puan ortancası 90(35-100) iken yalnız olmayan bireylerin 95(35-100) dir. Bu durum yalnız olmayan bireylerin daha az bağımlı olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerin gereksinimlerini karşılarken yanlarında birilerinin olması veya hayata dair paylaşımlarını arttırması, sosyal aktivitelerde bulunması, kendini sürekli yatağa veya kapalı ortama bağlamaması bağımlılık düzeylerinde önem taşımaktadır. Hayatlarında aktif ve sosyal kişilerin daha az bağımlı oldukları görülmektedir.

Sosyal güvencesi bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancaları 95(35-100) iken sosyal güvencesi olmayan bireylerin bağımlılık puan ortancası 85(35-100) dir. Güvence düzeyi ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.134$).

Maddi geliri bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancaları 95(35-100) iken geliri olmayan bireylerin bağımlılık puan ortancası 90(35-100) dir. Gelir düzeyi ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.996$). Bu durum bireylerin yaş ilerledikçe gelire daha az ihtiyaç duymalarından ve devletin gerekli bakım hizmetlerinin çoğunun yaşlılara ücretsiz olmasından kaynaklanmaktadır.

Eğitim düzeyi olarak okuryazarlığı bulunan bireylerin bağımlılık puan ortancaları 95(35-100) iken okur yazar olmayan bireylerin bağımlılık puan ortancası

95(35-100) dir. Eğitim düzeyi ile bağımlılık puan ortancalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.381$).

5.3 “Barthel İndeksi” İle “Geriatrik Depresyon Ölçeği Dağılımlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bireylerden ileri derecede bağımlı olanların %42.9’u ($n=6$) depresyona sahip değilken, %57.1’i ($n=14$) depresyona sahiptir. Orta derecede bağımlı olan bireylerden %47.6’sında ($n=20$) depresyon yok, %52.4’ünde ($n=22$) depresyon vardır. Hafif derece bağımlı olanların %80’inde ($n=36$) depresyon yok iken %20’sinde ($n=9$) depresyon vardır. Tam bağımsız bireylerin %75’inde ($n=18$) depresyon yok iken %25’inde ($n=6$) depresyon vardır. Araştırmaya katılan toplam bireylerin %64’ünde ($n=80$) depresyon yok iken %36’sında ($n=45$) depresyon vardır. Bağımlılık durumları ile depresyon durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$). Bağımlılık düzeyi yükseldikçe depresyon durumunun da arttığı gözlenmektedir.

Yine benzer bir bulgu bağımlılık puanları ile depresyon puanları arasındaki korelasyon ilişkisinde mevcuttur. Bağımlılık puan toplamları ile depresyon puan toplamları korelasyon ilişkisine bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Bağımlılık puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır. Bu durum bağımlılığı daha yüksek kişilerin depresyona daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bu durumu gösteren çalışmalar mevcuttur (115,116).

Bağımlılık durumu bulunan, işlevselliklerinin daha sınırlı olduğu ve günlük yaşam aktivitelerinde daha yardıma ihtiyaç duyan kişilerin depresyona daha yatkın oldukları tespit edilmiştir. Bu kişiler kendilerini yetersiz görmekte ve başkalarına yük olduklarını düşünmektedirler.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Yaşlılarda bağımlılık ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bağımlılığı yüksek bireylerin daha az bağımlı olan bireylere göre depresyona daha yatkın oldukları görülmüştür.

- Yaşlılarda sosyodemografik özelliklerden cinsiyet ve yalnızlık düzeyinin depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kadınların erkeklere göre, yalnız yaşayan yaşlıların ise yalnız olmayan yaşlılara göre depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır.

- Yaşlılarda sosyodemografik özelliklerden yaş, kronik hastalık ve yalnızlık düzeyinin bağımlılık düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yaş ilerledikçe bağımlılığın arttığı gözlenmiştir. Kronik hastalığın bulunmasının bağımlılık durumunu artırdığı gözlenmiştir. Yalnız kişilerin yalnız olmayanlara göre daha bağımlı oldukları saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlı bireylerin yakınlarının onları yalnız bırakmaması konusunda farkındalık yaratılmalıdır.

- Bireyler sağlık konusunda daha dikkatli davranmaları hususunda uyarılmalı, yaşlı bireylere yönelik sağlık çalışmaları artırılmalıdır.

- Bireyler yaşlılık dönemleri sorunları ve yalnızlık durumları ile baş edebilme hususunda bilgilendirilmeli ve ayrıca çevreleri ile paylaşımlarının artırılması sağlanmalıdır.

- Yaşlılarla ilgilenen sağlık çalışanları yaşlılık dönemi sorunlarından olan ve yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen depresyon gibi konularda eğitim alarak iletişim becerilerini geliştirmelidir.

- Yalnızlık depresyon ve bağımlılığı arttıran bir faktördür. Yaşlıların yalnız kalmalarını önleyen sosyal organizasyonlar yapılmalı ve evde sağlık hizmeti gibi hizmetler planlanmalıdır.

- Belediyelerin yaşı dostu organizasyonlar düzenlemesi, yaşlıları bir araya getiren sosyal faaliyetlere önem vermesi önerilebilir.
- Yaşlıların en azından gündüz bir araya gelmelerini sağlayan yaşlı evleri oluşturulabilir.
- Yaşlıların kronik hastalıklarını kontrol altında tutmaları için takip sistemi olmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Yıldız A. Yaşlılık ve Yaşlı Bakışı: Ömür Dediğin Programı Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2013.
2. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi* 2012, 25(3): 1-3.
3. Öz F. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 2002, 10(2): 17-28.
4. Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2011, 7(27): 103-28.
5. Demir Çelebi Ç, Yukay Yüksel M. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış, *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi* 2014, 4(2): 175-202.
6. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları, *Demans Dergisi* 2001, 1(2): 50-60.
7. Erden Aki ŞÖ. Yaşlılık döneminde depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics* 2017, 3(1): 50-7.
8. Kaya N. Yaşlılık ve depresyon - I tanı ve değerlendirme. *Geriatri Dergisi* 1999, 2(2): 76-82.
9. Çınar İÖ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008, 7(5): 399-404.
10. Özbek Yazıcı S, Kalaycı İ. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 2015, 3(3): 385-90.
11. Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar HD. Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3(1): 38-41.
12. Keskinoglu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006, 16(1): 21-6.
13. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Amuk T, Ateşçi F. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008, 11(1): 25-32.

14. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2005, 12(3): 177-83.
15. Uz S. Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Fizik Tedavi ve Rahabiliasyon Yüksekokulu/Fizyoterapi Rehabilitasyon Programı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2018.
16. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b7f4ea8b32a21.27035361 (E. T. 20.07.2018)
17. Zedelenmez A. Avanos İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Ev Ortamlarının Ev Kazası Yönünden Değerlendirilmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2015.
18. Miroğlu C. Ankara'da Bir Huzurevi İncelemesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkbilim - Etnoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2009.
19. WHO (1972) Psychogeriatric, report of a WHO Scientific Group, Technical Reports Series 507, Geneva. Cited in Davise AM. *Epidemiology* 185, 14(1): 9-21
20. Şahin H. Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara Sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı Üzerine Bir İnceleme: Erzurum İli Örneğinde. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atatürk Üniversitesi, 2015.
21. Yahyaoğlu R. Yaşlanma ve Zaman Algısı. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, 2013.
22. Özer Ergün UG, Bozdemir N, Uguz S, Güzel R, Burgut R, Saatçı E, Akpınar E. Adana huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2003, 6(3): 89-94.

23. Kalkan M. *Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırılması ve Genel Bilgiler*, Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık, Ed: Ersanlı K ve Kalkan M. Ankara, Pegem Akademi, 2008: 35.
24. Karadelioglu P. Huzurevinde ve Ev Ortamında Yasayan Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Ölüm Kaygı Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
25. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti, *Adli Tıp Dergisi* 24(2): 32-9.
26. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Geriatri Dergisi* 2001, 4(21): 106-12.
27. Kılıç Z. Yalnız ya da Aile Bireyleri ile Yaşamlarını Sürdüren 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Günlük Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2000.
28. Yiğitbaş Ç, Deveci ES. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi, *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016, 12(4): 57-63.
29. Karay A. Normal yaşlılığın ruhsal zorlukları, *Güncel Psikiyatri Dergisi* 2012; 2(1): 281-93.
30. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017, 7(1): 53-62.
31. Kurt G. Türkiye’de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış-Sivas İl Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.
32. Canatan A. Toplumsal değerler ve yaşlılar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008, (1): 62-71.
33. Erkol Z, Beyaztaş FY, Kurt G. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti, *Adli Tıp Dergisi* 2016, 24(2): 32-40.
34. Özyer H. Yaşlılık Sorunu ve Bir Çözüm Olarak Huzurevi (Konya Dr. İsmail Işık Huzurevi Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya: Selçuk Üniversitesi, 2016.

35. Sılaydın MB. Şehir planlamada yaşlıya ve yaşlının barınma sorununa yeniden bakmak, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008, (2): 98-106.
36. Tufan İ. Yaşlanan dünyada bir delikanlı: Türkiye. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* 2001, 12(3): 27-49.
37. Kıssal A. İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların İstismar ve İhmal İle Karşılaşma Durumları ve Etkili Olan Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Terzi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
38. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi I. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 5(1): 33-9
39. Erel SU. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi* 2010, 21(1): 35-42
40. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. Bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji Dergisi* 2011, 1(2): 16-20.
41. Ünal S, Özcan ME. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000, 1: 41-8.
42. Kaya B, Kaya M. 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007, 10(6): 3-10.
43. Başoğul C. Neuman’ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı’nın Hastaların Başa Çıkma Stratejileri Öz Saygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2016.
44. Ürün Ö. Major Depresyon Tanısı Alan Olgularda İntihar Düşünce ve Davranışının Bağlanma Biçimi ve Aile Özellikleri İle İlişkisi. Uzmanlık tezi, İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2012.
45. Turğul M. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2015.

46. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı Tuna Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2011: 45.
47. Gökdağ C, Arkar H. Psikobiyolojik kişilik modeli ve bilişsel kuram arasındaki ilişkilerin majör depresyon tanılı hastalarda ve sağlıklı bireylerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016, 27(4): 257-65.
48. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003, 4: 208-18.
49. Karakoyun S. Major Depresyonlu Hasta ve Eşlerinin Çalışma Yönetim Biçimlerinin Evlilik Uyumu İle İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
50. Yurdakul D. Majör Depresyonlu Hastaların Polimorf Nüveli Lökosit Fonksiyonları Üzerine Anridepresan İlaç Tedavisinin Etkisinin Araştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmasötik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
51. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics Geriatri* 2002, 5(4): 155-9.
52. Özer N. Yaşlı Bireylerde Depresyon, İstismar ve İhmalin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2013.
53. Olcay Y. Depresif bozukluklarda es tanı (komorbidite). *Psikiyatri Dünyası*, 2001, 5: 89-96.
54. Bağdaççek S. Majör Depresyon ve Panik Bozukluğu Olan Hastaların Erken Disfonksiyonel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2009.
55. Vahip S. Bipolar depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, Ek 1: 41-4.
56. Jung CG. *Analitik Psikoloji*, (Çev. Ender Gürol), 2. Basım, Payel Yayınevi, İstanbul, 2006: 38

57. Kayhan F. Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı. Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.
58. Eren N. Ağır kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri - Bölüm II, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010, 1(2): 86-95
59. Aydemir Ç, Temiz HV, Göka E. Majör depresyon ve öz kıyıda kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002, 13(1): 33-9.
60. Gülkseren Ş. Depresyon ve anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, Ek 1: 5-13.
61. Keskin N, Tamam L. Ruhsal bozukluklarda uyku. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2008, 27(1): 27-38.
62. Sağlık Bakanlığı, *Erişkin İçin Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi*, Ankara, 2018: 46.
63. Altıntaş S. Depresyon ile dinsel başa çıkmak mümkün mü?, *The Journal of Academic Social Science Studies* 36: 403-28.
64. Bingöl C, Varma GS, Enli Y, Karaca Ö. Yaşlılık ve erişkinlik dönemi depresyonunda fenomenolojik karşılaştırma. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2017, 18(5): 446-52
65. Adak N. Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları Kadınlar. *Aile ve Toplum Dergisi* 5(2): 1-9.
66. Gürsu O. Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.
67. Özen B Oral T. Psikotik özellikli depresyon. *Klinik Psikoloji Dergisi* 2004, Ek 1: 32-40.
68. Özdemir B. Üniversite Öğrencilerinde Görülen Depresyonun Giderilmesinde Dansın Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Özdemir. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.
69. Yazıcı O. Distimi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, Ek 2: 54-62.
70. Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum bozukluğu. *Kriz Dergisi* 5(2): 87-94.

71. Çelik FH, Hocaoglu Ç. 'Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine* 2016, 6(1): 51-66
72. Annagör BB, Savaş HA. Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: türkiye'de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders* 2011, 1(2): 87-94.
73. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2018, 27(1): 70-82.
74. Ilgaz A. Depresyon ve Dindarlık İlişkisi (Kastamonu Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2015.
75. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, Ek 4: 12-6.
76. Olcay Y. Depresif bozukluklarda es tanı (komorbidite), *Psikiyatri Dünyası*, 2001, 5: 89-96.
77. Örsel S. Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004, Ek 4: 17-24.
78. Tanenli B, Tanenli Y, Tanenli T. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte bulunmaları ve psikofarmakolojik tedavi yaklaşımı, *Psikiyatri Dergisi* 2001, 5: 15-129.
79. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, 7: 153-60.
80. Ayhan AGY. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2013.
81. Sağlık Bakanlığı, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012: 22.

82. Gökçe Kutsal Y. *Yaslanan Dünyanın Yaslanan İnsanları*. Temel Geriatri, Geriatri Derneği Yayını, Ankara, 2008: 18.
83. Yüksel N. Paroksetin ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007, 10(1): 3-8.
84. Tural Ö, Önder E. Geri dönüşümlü monoamin Oksidaz-A inhibitörleri (RIMA) farmakolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2001, Ek 4: 5-11.
85. Aşkın A, Özkan A. Fibromiyaljide farmakolojik tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2017, 26(1): 124-41.
86. Altın GE. Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012, 4(2): 188-203.
87. Özsoy EV. Çocuklarda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Uygulamaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research* 2007, 3(5): 1630-42.
88. Sungur MZ. İki Uçlu Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapilerin Yeri ve Önemi. *Journal of Mood Disorders* 2013, 3: 541-4.
89. Barlas O. Kulaksızoğlu IB, Gürvit H, Göker B, Solmaz B, Berkol T. Dirençli obsesif kompulsif bozuklukta cerrahi tedavi: anterior kapsülotomi. *Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi* 2008, 1(2): 86-92.
90. Uçar Altınay C. Şizofren Hastalarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi ve Komorbiditenin Hastalık Gidişine Etkileri. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005.
91. Erden-Aki Ö. *Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar*. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, Ankara, 2012: 16.
92. Çetin A. Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ile Depresyon. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
93. Göktas K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi* 2006, 8: 30-7.
94. Kılıçoğlu A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiyolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006, 7: 49-54.

95. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2008.
96. Yazıcı SÖ, Kalaycı I, Kaya E, Tekin A. Yaşlı bakım programı öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015, 2: 77-87
97. Kaya E, Özbek S, Tekin A, Ergin S, Yaman A. KOAH'lı yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010, 13(2): 111-6.
98. Özbek Yazıcı S, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 2015, 3(3): 385-90.
99. Sucuoğlu N. Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2012.
100. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000, 1(1): 41-5
101. Tarsuslu Simsek T, Tütün Yümin E, Öztürk A, Yümin M. Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2010, 24 (3): 147-53.
102. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 Yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi* 2004, 7(1): 11-8.
103. Altıntaş H, Attilla S, Sevcen F, Akçalar S, Sevim Y, Solak ÖS, Şahin EK, Velagiç Z. Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006, 5(5): 332-42.
104. Bagley H, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Sutcliffe C, Challis D, Huxley P. Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *Journal Clinical Nursing*. 2000, 9(3): 445-50.
105. Disçigil G, Gemalmaz A, Basak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Türk Geriatri Dergisi* 2005, 8(3): 129-33.

106. Husaini BA, Moore ST, Cain VA. Psychiatric symptoms and help seeking behaviour among the elderly:An analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work* 1994, 21(3/4): 177-95.
107. Yalom ID. *Varoluşçu Psikoterapi*, (Çev: İyidoğan Babayiğit Z) Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2000: 32-56.
108. Karakuş A, Süzek H, Atay ME. Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2003, 11: 39-51.
109. Bahar A, Tutkun H, Sertbas G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005, 6: 227-39.
110. Çınar Ö, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008, 7 (5): 399-404.
111. Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve sıklıklarının karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi* 2003, 6 (1): 10-3.
112. Uçku R, Ergin S. Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri. *Toplum Hekimliği Bülteni* 1993;14 (2): 1Wallace D, Duncan P and Lai S. Comparison of the Responsiveness of the Barthel Index and the Motor Component of the Functional Independence Measure in Stroke–The Impact of Using Different Methods for Measuring Responsiveness. *J Clin Epidemiol* 2002, 55(9): 922-28.
113. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006, 9(2): 85-93.
114. Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010, 13: 14-22.
115. Yüksel N. Yaşlılık çağı depresyonları. *Türk Geriatri Dergisi* 1998, 1(1): 19-23.
116. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 2009, 12(1): 25-30.

EKLER

EK-I. Özgeçmiş

Ayşegül İNAN 1990 Adıyaman ili Besni ilçesi doğumlu. İlköğretim ve lise eğitim dönemlerini Besni ilçesinde tamamladı. 2009-2013 yılları Elazığ Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2014-2015 yılları arası Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi hastanesinde görev aldı. 2015 yılında Sivas ili Zara Devlet Hastanesi'ne atanmıştır. 2015 yılında göreve başladığı Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi'nde halen görev yapmaktadır.



EK-II. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formu

YAŞLILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK ANKET

Sayın katılımcı;

Bu araştırma ‘’ Yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörleri’’ başlıklı yüksek lisans tez çalışması için esas alınacak bir ankettir.

Ankette sorulan sorulara vereceğiniz her samimi ve doğru cevap araştırmanın daha sağlıklı ilerlemesi açısından büyük öneme sahiptir. Sorulara vereceğiniz cevaplar bilimsel amaca hizmet edip araştırmacı hariç hiçbir yerde kullanılmayacağını, içeriğinin gizli kalacağını garantisini verilmektedir.

Kimlik bilgileri verilmesine gerek olmayıp sadece sorulan soruları cevaplamanız yeterlidir. Zaman ayırdığınız için ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Danışman:

Prof. Dr. Gülsen Güneş

Araştırmacı:

Ayşegül İnan

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Görüşme Tarihi .../.../2016

1. Cinsiyetiniz nedir?

* Kadın

* Erkek

2. Yaş grubunuz nedir?

* 65-74 aralığı

* 75 ve üzeri

3. Eğitim durumunuz nedir?

* okur-yazar

* okur-yazar değil

4. Sosyal güvenceye sahip misiniz?

* Evet

* Hayır

5. Herhangi bir kronik hastalığınız bulunmakta mıdır?

* Evet

* Hayır

6. Herhangi bir yerden sağladığınız gelir durumunuz var mıdır?

* Evet

* Hayır

7. Yalnız mı yaşıyorsunuz?

* Evet

* Hayır

EK-III. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatric Depression Scale (GDS)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.

		Evet	Hayır
1	Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2	Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3	Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4	Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5	Gelecekte ümitli misiniz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6	Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7	Keyfiniz çoğu zaman yerinde midir?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
8	Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9	Kendinizi çoğu zaman mutlu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
10	Sıklıkla çaresiz hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11	Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olurlar musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12	Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13	Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14	Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
15	Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
16	Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17	Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18	Geçmiş düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
19	Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
20	Yeni bir şeye kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21	Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
22	Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
23	Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
24	Küçük şeyler canınızı sıkıyor mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25	Sıklıkla ağlamaklı olurlar musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
26	Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27	Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
28	Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
29	Kolayca karar verebiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
30	Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

0 - 10 puan "depresyon yok"

11 - 13 puan "muhtemel depresyon"

14 ve üzeri puan "kesin depresyon"

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL (1982) J Psychiatr Res. 1982;1983;17(1):37-49
Sığırcıoğlu A. (1997) Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8(1):3-8.



www.ftronline.com

Toplam Puan: _____

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016

EK-IV. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

The Barthel ADL Index

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Parametreler	Hastanın değerlendirilmesi	Skor	
Beslenme	Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımsızdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Yıkama	Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da kesenebilir.	<input type="checkbox"/> 5	
	Yardıma ihtiyacı vardır	<input type="checkbox"/> 0	
Kendine Bakım	Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, traş olabilir, makyaj yapabilir.	<input type="checkbox"/> 5	
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	<input type="checkbox"/> 0	
Giyinip Soyunma	Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Yardıma gereksinim duyar (İçin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.)	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımsızdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Bağırsak Bakımı	Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.	<input type="checkbox"/> 5	
	İnkontinansı mevcuttur.	<input type="checkbox"/> 0	
Mesane Bakımı	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Bazen tuvalete yetişemez ya da süngüyü bekleyemez altına kaçar.	<input type="checkbox"/> 5	
	İnkontinandır veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	<input type="checkbox"/> 0	
Tuvalet Kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kâğıdını kendi kullanabilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak için bir miktar yardım	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımsızdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa Ve Ters Transferler	Tam bağımsızdır.	<input type="checkbox"/> 15	
	Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel).	<input type="checkbox"/> 10	
	Tek başına yatağa oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımsızdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Mobilite	Düğü yüzeyde yürüme	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmek, oturup kalkabilmek, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.)	<input type="checkbox"/> 15
		Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.	<input type="checkbox"/> 10
	Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köyeleri dönerbilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.	<input type="checkbox"/> 5
		Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.	<input type="checkbox"/> 0
Merdiven inip çıkma	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)	<input type="checkbox"/> 10	
	Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.	<input type="checkbox"/> 5	
	Yapamaz.	<input type="checkbox"/> 0	

Puanlama

0-20: Tam Bağımsız 21-51: İleri Derecede Bağımsız 62-90: Orta Derecede Bağımsız 91-99: Hafif Derecede Bağımsız 100: Tam Bağımsız

C. Catlin, D.T. Wade, S. Dawson (1983) Int. Rehabil. Statist., 1983, Vol. 10, No. 2

Toplam Puan (0-100): _____

EK-V. Etik Kurul Onay Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
11.06.2019	10	2019/10-1	
<p>Karar No: 2019/10-1 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 11.06.2019 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. Kurulumuzdan 20/12/2016 tarih ve 2016/17-7 sayılı Onay kararı alan çalışmanın yardımcı araştırmacı olan; Darende Devlet Hastanesi Hemşire Ayşegül SANCAR'ın kurulumuza vermiş olduğu dilekçesinde; " Darende'de Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam Aktivitesi İle İlgili Risk Faktörleri " başlıklı çalışmasının adı: " Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Risk Faktörleri " başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Sermin TIMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

EK-VI. Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi İzin Formu

DARENDE HULUSİ EFENDİ DEVLET HASTANESİNE

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Hizmet verdiğiniz hastanede 65 yaş ve üzeri bireylere " Yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörleri" konulu bir anket çalışması yapmak istiyorum. (mayıs-ağustos) dört ay süreyle haftada iki gün olmak üzere 125 bireye ulaşmayı planlamaktayım.

Gerekli izinlerin verilmesi hususunda bilgilerinize arz ederim.

Turgut özal mah. Cezaevi sok.

Acemoğlu kule evleri b blok no18

Yeşilyurt /Malatya

Ayşegül Sancar



Döne YILMAZ
Sağ Bkm. Hiz. Müdürü



Darende Hulusi Efendi
Devlet Hastanesi
Saadetin EKMEKÇİ
İdari ve Mali Hiz. Müdürü

