



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

YAŞLI BİREYLERDE SUBJEKTİF SOSYAL STATÜNÜN
GERİATRİK DEPRESYON VE ANKSİYETE ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Damla KOCABIÇAKOĞLU VURAL

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2021



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

YAŞLI BİREYLERDE SUBJEKTİF SOSYAL STATÜNÜN
GERİATRİK DEPRESYON VE ANKSİYETE ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Damla KOCABIÇAKOĞLU VURAL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK

Doç. Dr. Can ÖNER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2021

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanlarım Doç. Dr. Engin Ersin şİMşEK ve Doç. Dr. Can NER kontrolünde tarafımdan üretildiğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Damla KOCABIAKOğLU VURAL



İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	v
KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
YAŞLILIK	4
Yaş Tanımı	4
Yaşlanma Tanımı ve Türleri.....	4
Yaşlı Tanımı	5
Yaşlılık Tanımı	5
Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	6
Yaşlılık Dönemi Genel Özellikleri	7
Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri	7
Yaşlılık Dönemi Psikolojik ve Sosyal Özellikleri.....	9
Yaşlılık Dönemi Sorunları.....	10
Sağlık Sorunları.....	10
Ekonomik Sorunlar	11
Beslenme sorunları	11
Bakım sorunları	12
İhmal ve İstismar	12

Yaşlılarda Sosyal Statü.....	13
DEPRESYON	14
Depresyon Tanımı ve Tarihçesi	14
Depresyon Etiyolojisi	15
Depresyon Epidemiyolojisi	15
Depresyon Tanı ve Tedavisi	16
Yaşlılıkta Depresyonun Önemi.....	17
ANKSİYETE	18
Anksiyete Tanım ve Tarihçesi	18
Anksiyete Etiyolojisi	20
Anksiyete Epidemiyolojisi	20
Anksiyete Tanı ve Tedavisi	21
Yaşlılıkta Anksiyetenin Önemi.....	22
YALNIZLIK	22
Yalnızlık Tanımı ve Çeşitleri.....	22
Yalnızlığa Neden Olan Faktörler	23
Yaşlılıkta Yalnızlığın Önemi	24
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER.....	25
ÇALIŞMANIN TÜRÜ ve EVRENİ.....	25
ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLANMA KRİTERLERİ	25
ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	25
Sosyodemografik Veri Formu	26
MacArthur Subjektif Sosyal Statü Ölçeği	26
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	26
Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği.....	27
ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ ve DEĞİŞKENLERİ	27

ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	28
ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	28
ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKÇA.....	56
8. EKLER.....	64
EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU	64
EK 2: AYDINLATIŞMIŞ ONAM FORMU	68
EK 3: ETİK KURUL KARAR FORMU.....	69
EK 4: TEZ KONUSU ONAY FORMU	72
EK 5: ÖLÇEK İZİNLERİ.....	78
EK 6: ÖZGEÇMİŞ.....	79

TEŞEKKÜR

Yaşadığımız vatan topraklarının kurucusu, bağımsızlığımızın lideri, bir kadın olarak çalışma hayatında yer edinebilmemizin sebebi Ulu Önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e

Asistan hekimlere sunduğu olumlu çalışma ortamından dolayı S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Recep DEMİRHAN'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde gerek tecrübeleri gerek bilgi birikimi ile bizlere ışık tutan, samimiyetini derinden hissettiğim saygıdeğer hocam, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK'e,

Eğitim süreci boyunca her sorunumuza çözüm bulan, desteğini bizden esirgemeyen birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum Kliniğimiz İdari Sorumlusu, Tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Can ÖNER'e,

Birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarım, Doç. Dr. Sabah TÜZÜN'e, Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÇETİN'e,

Eğitim süresince desteklerini esirgemeyen Aile Hekimliği Kliniği uzman hekimleri; Uzm. Dr. Hatice Esin TEMİZ'e ve Uzm. Dr. Nazlı HACIAĞAOĞLU'na,

Asistanlık süresi boyunca her zaman yanımda olan, tanımaktan mutluluk duyduğum canım arkadaşım, Aile Hekimliği Klinik sekreterimiz Feyza ARSLAN'a,

Asistanlık sürecinin tüm zorluklarını, mutluluklarını beraber göğüslediğimiz, ihtiyacım olmadan da yanımda olan değerli arkadaşım Dr. Zarf Çağla ARSLAN'a,

Bana olan güven ve destekleri için, tüm eğitim sürecimde gösterdikleri fedakarlık için değerli aileme,

Sevgisini, ilgisini ve anlayışını her zaman hissettiğim, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen sevgili eşim Adnan VURAL'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Damla KOCABIÇAKOĞLU VURAL

KISALTMALAR

BZ :	Benzodiazepin
CANMAT :	Ruh hali ve anksiyete tedavileri için Kanada ağı
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
DSM :	Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsal elkitabı
EKT :	Elektrokonvülsif tedavi
ESEMeD :	Avrupa Ruhsal Bozuklukların Epidemiyoloji Araştırması
GABA :	Gama amino bütirik asit
HADÖ :	Hastane anksiyete depresyon ölçeği
ICD :	Uluslararası hastalık sınıflaması
MAOI :	Mono amin oksidaz inhibitörleri
NaSSA :	Noradrenerjik ve spesifik serotonerjik antidepresanlar
NDRI :	Norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörleri
NRI :	Norepinefrin geri alım inhibitörleri
RIMA :	Geri dönüşümlü mono amin oksidaz inhibitörü
SARI :	Serotonin antagonist/geri alım inhibitörü
SNRI :	Serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri
SSRI :	Selektif serotonin gerialım inhibitörleri
SSS :	Subjektif sosyal statü
TCA :	Trisiklik antidepresanlar
TÜİK :	Türkiye İstatistik Kurumu
YİYÖ :	Yaşlılar için yalnızlık ölçeği

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Yaşlıların cinsiyete göre ölüm nedenleri ve oranları.....	11
Şekil 2: Depresyon tedavi evreleri	16
Şekil 3: Katılımcılarda kronik hastalık varlığının yaş ve cinsiyet ile ilişkisi	30
Şekil 4: Katılımcılarda psikiyatrik hastalık varlığının yaş ve cinsiyet ile ilişkisi	31
Şekil 5: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanları	32
Şekil 6: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riski varlığı.....	34
Şekil 7: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riski varlığı	36
Şekil 8: Katılımcıların cinsiyete göre YİYÖ puanları.....	38



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yıllara göre yaş gruplarının toplam nüfus içindeki oranı.....	7
Tablo 2: Türkiye’deki huzurevi ve hizmet gören kişi sayısı	12
Tablo 3: Yaşlı istismar tipleri	13
Tablo 4: Depresyona yol açma ihtimali yüksek tıbbi bozukluklar	15
Tablo 5: Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar.....	18
Tablo 6: Anksiyete bozukluğu belirtileri	19
Tablo 7: Yaşlılarda kullanılan anksiyete bozukluğu ilaçları	22
Tablo 8: Yalnızlıkta rol oynayan faktörler	23
Tablo 9: Katılımcıların genel özellikleri	29
Tablo 10: Katılımcılarda alkol ve sigara kullanımı varlığının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi	31
Tablo 11a: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi	33
Tablo 11b: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanlarının kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi.....	33
Tablo 11c: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanlarının alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi.....	34
Tablo 12a: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riskinin demografik değişkenler ile ilişkisi	35
Tablo 12b: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riskinin kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi	35
Tablo 12c: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riskinin alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi	36
Tablo 13a: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riskinin demografik değişkenler ile ilişkisi	37
Tablo 13b: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riskinin kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi	38
Tablo 13c: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riskinin alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi	38

Tablo 14a: Katılımcıların YİYÖ'ne göre yalnızlık düzeylerinin kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi	39
Tablo 14b: Katılımcıların YİYÖ'ne göre yalnızlık düzeylerinin alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi	39
Tablo 14c: Katılımcıların YİYÖ'ne göre yalnızlık düzeylerinin sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi	40
Tablo 15a: Katılımcıların sosyal ve duygusal yalnızlık puanlarının demografik değişkenler ile ilişkileri	41
Tablo 15b: Katılımcıların sosyal ve duygusal yalnızlık puanlarının kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkileri	42
Tablo 15c: Katılımcıların sosyal ve duygusal yalnızlık puanlarının alkol/sigara kullanımı ile ilişkileri	42
Tablo 16: Katılımcıların HAD ölçeğine göre hesaplanan depresyon riski ile YİYÖ ölçeğine göre belirlenen yalnızlık düzeyi ilişkisi	42
Tablo 17: Katılımcıların HAD ölçeğine göre hesaplanan anksiyete riski ile YİYÖ ölçeğine göre belirlenen yalnızlık düzeyi ilişkisi	43

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada yaşlı bireylerin subjektif sosyal statüsü ve yalnızlık durumunun geriatrik depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve prospektif tipteki çalışmaya Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Büyükkada Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 01.02.2021 ve 01.09.2021 tarihleri arasında, herhangi bir şikayet ile başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler dahil edilmiştir. Tüm bireylere araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşama ortamı gibi sosyodemografik verileri, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, alkol kullanımı, sigara kullanımı gibi değişkenleri ve MacArthur subjektif sosyal statü ölçeği, HAD ölçeği, YİYÖ bilgilerini içeren anket formu aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 251 katılımcı dahil edilmiş olup, katılımcıların %55.4 (n:139) 'ü kadın ve büyük çoğunluğu 65-74 yaş aralığında bulundu. Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek ortalama puanı 7.4 ± 2.2 , HAD depresyon ortanca puanı 4.0 (min:0-max:19), anksiyete ortanca puanı 3.0 (min:0-max:21) ve YİYÖ ortalama puan 8.4 ± 3.7 saptandı. Ölçek puanları ile sosyodemografik değişkenlerin incelenmesinde tüm ölçeklerde çalışma durumu ve eğitim düzeyi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptandı ($p < 0.005$). MacArthur subjektif sosyal statü ölçeğiyle HAD ölçeği depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir korelasyon ($r = -0.189$; $p = 0.003$), anksiyete puanları arasında pozitif yönde güçlü anlamlı ($r = 0.645$; $p = 0.000$), HAD depresyon puanı ile YİYÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r = 0.695$; $p = 0.000$).

Sonuç: Yaşlı bireylerde depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunlar artış göstermektedir. Yaşlı bireylerin sübjektif sosyal statüsü ve yalnızlık durumunun bu ruhsal sorunlarla yakından ilişkisi mevcuttur. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personelinin geriatrik depresyon ve anksiyete konusunda eğitilmesi, depresyon ve anksiyetenin tarama programı olarak aile hekimliği pratiğine eklenmesi riski yüksek olan geriatrik popülasyon açısından fayda sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, sosyal statü, yalnızlık, yaşlılık

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to investigate the effects of subjective social status and loneliness of elderly individuals on geriatric depression and anxiety.

Materials and Methods: This cross-sectional and prospective study is conducted at Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital Büyükdada Education Family Health Center between 01.02.2021 and 01.09.2021 with the patients who are older than 65 years old visited the hospital with any complaint. All the participants were asked a set of sociodemographic questions. Besides, they were asked to fill up a survey form that includes Macarthur SSS scale, HAD scale, and their Loneliness Scale for Elderly (LSE) information. All this information was gathered by the same researcher.

Results: 251 people participated in the study, 55.4% (n:139) of the participants were female and 59.4% (n:149) of the participants were in the 65-74 age group. The participants' MacArthur SSS scale mean score was 7.4 ± 2.2 , the median score for HAD depression was 4.0 (min:0-max:19), the median score for anxiety was 3.0 (min:0-max:21), and the mean score was 8.4 ± 3.7 on the LSE. In the comparison of scale scores and sociodemographic data, a significant statistical relationship was found between employment status and education level in all scales ($p < 0.005$). There was a weak and negative correlation between the MacArthur SSS scale and the HAD scale depression scores ($r = -0.189$; $p = 0.003$), a strong and significant positive correlation between the anxiety scores ($r = 0.645$; $p = 0.000$), and a positive and moderately significant correlation was found between the HAD depression score and LSE scores.

Conclusion: Mental problems such as depression and anxiety increase in elderly individuals. Subjective social status and loneliness of elderly individuals are closely related to these mental problems. Training of health personnel providing primary health care services on geriatric depression and anxiety to family medicine practice as a screening program will be beneficial for geriatric population at high risk.

Keywords: Aging, anxiety, depression, social status, loneliness

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık; biyopsikososyal anlamda kişinin bağımlı hale gelmesi, öz bakımında yeterince aktif olamaması durumudur (1). Canlı olmayan varlıkların zaman içerisinde aldıkları mesafe ‘eskime’ veya ‘yıpranma’ olarak isimlendirilirken canlı varlıklar için ‘yaşlanma’ terimi ile ifade edilmektedir. Canlı varlıkların onarım ve yenilenme mekanizmaları devrede olduğu için yaşlanma süreci, canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölümle sonlanmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1963 yılında yaşlanmaya kronolojik açıdan yaklaşmış ve yaşlanmayı üç dönemde değerlendirmiştir: Orta yaşlılar (45-59), yaşlılar (60-74), ileri yaşlılar (75 ve üstü) olarak açıklanmış sonrasında tekrar düzenleme yapılarak; genç yaşlılık (65-74), ileri yaşlılık (75- 84) ve çok ileri yaşlılık (85 ve üstü) şeklinde yaşlılık evrelerinin alt ve üst sınırlarını şekillendirmiştir. Günümüz literatürüne bakılacak olunursa dönem isimleri ve yaş sınırlarında değişiklik yapılarak yaşlılık (65-74), ihtiyarlık (75-89) v ilerlemiş ihtiyarlık (90 ve üstü) olarak sınıflandırmıştır (3). Giderek yaşlanan bir toplum yapısına sahip olduğumuz için yaş terimleri ve sınıflandırmalarında değişiklikler olmaktadır. Bir ülkede 65 yaş ve üzerindeki kişi oranı toplam nüfusun % 14’ünden fazla ise gerontologlar o toplumları yaşlı toplum olarak adlandırmaktadır (4).

Yaşlılık; duygu-durum değişikliklerinin fazlaca olduğu bir dönem olarak görülmekte olup bu yaş grubundaki kişilerde çeşitli ruhsal değişiklikler meydana gelmekte ve fiziksel-ruhsal rahatsızlıklara sık rastlanmaktadır (5). Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, takvim yaşıyla birlikte görülen farklılaşmayı anlatırken; ruhsal boyutta ifade, sorun çözme, eğitilebilme, psikomotor ve karakter özellikleri açısından insanın adapte olma gücünün takvim yaşı ilerledikçe değiştiğini anlatmaktadır. Sosyolojik açıdan ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerler ile alakalıdır (2) .

Yaş alma dönemi, çiftlerin ilişkilerinde birbirlerine yaklaştığı, hayatın koşuşturmacası, çocuklarını yaşama hazırlama çabalarının yerini sakin, kendileriyle kaldıkları bir döneme bırakır. Bu dönemde kişiler, etraflarındaki kişilerin hayatlarını kaybetmesinden ya da sağlık problemlerinden daha çok etkilenmektedir. Bu döngüde

hayattan mutluluk duyma, yaşama bağlanma isteklerinde düşüşler olmaktadır. Yaşlılık dönemine gelmiş kişilerin sayısındaki artış, yaşlılıkla ilişkili yeni problemlerle karşı karşıya gelinmesine sebep olmakta ve bunların büyük bir kısmını yaşlı bireyin kendi ruhsal, fiziksel ve ekonomik sorunları oluşturmakta bir bölümü de yaşlının çevre şartlarından kaynaklanmaktadır (6) .

Depresyon; derin mutsuzluk, buhranlı duygu-durumla birlikte, fikir, konuşma, hareket ve fizyolojik davranışlarda ağırlaşma ile giden ve kendini küçük görme, keyifsizlik, güçsüzlük, umutsuzluk düşüncelerini barındıran, yaşlanma ile birlikte sıklığı artan ruhsal bir durumdur (7,8) . Depresyonun toplumda sık görülmesinin getirdiği zorluklar yanında tanı koymada zorluklar yaşanması, kronikleşme riskinin bulunması, ekonomik ve ailesel sorunlar gibi etkenlerin de katkısı ile toplumun geneline yayılması kaçınılmaz olmaktadır (9) .

Yaşlılarda anksiyete, çeşitli sebeplerden dolayı tıbbi hastalıklarla sık olarak ortaya çıkan bir ruhsal hastalıktır (10). Anksiyete; korkuya benzeyen bir his, kişi tarafından sanki kötü bir şey olacaktı gibi sebebi belli olmayan bir bunalı, endişe hissi olarak tanımlanırken normalde, canlının biyolojik bir korunma kalkını olarak hayatı tehdit eden bir olay varlığında savaş ya da kaç iç güdüsü ile ortaya çıkmakta olup; kişinin yaşam kalitesini bozmaya başladığı zaman patolojik hale gelmektedir (11,12) .

Yalnızlık, uzun zamandan beri, insanların acı çekmesine neden olan bir olgu olarak kabul edilmekte olup, yaşlılar için global ve sosyal bir problemdir (13). Yalnızlık hissi yaşlılar üzerinde pek çok fiziko-sosyal, duygusal değişimlere, depresyona, psikosomatik rahatsızlıklara hatta öz-kıyımaya kadar giden sonuçlara sebep olabilmektedir.

Statü genellikle içinde bulunulan topluluk ve grup tarafından kişinin nasıl algılandığıdır (14). Subjektif sosyal statü ise kişinin statü kıdem ilişkisinde kendi basamağını algılaması olarak tanımlanmaktadır (15). Yalnızca eğitim ve gelir gibi geleneksel sosyal statü ölçümlerini dolaylı olarak içermekle kalmaz, aynı zamanda akranlardan algılanan saygı ve sosyal sermaye gibi statünün daha az somut yönlerini de içerebilmektedir (16). Yaşlılık, bireyin fonksiyonlarında gerileme, sağlığının, gelirinin, rol ve statüsünün, sosyal hayatın azalması gibi döneme özgü pek çok

problemin yaşandığı bir kayıplar dönemi olduğu için, kişinin kendini hangi statü basamağında algıladığı önem taşımaktadır (17).

Bu çalışmada yaşlı bireylerin subjektif sosyal statüsü ve yalnızlık durumunun geriatrik depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

YAŞLILIK

Yaş Tanımı

Doğumdan itibaren geçen süre olarak ifade eden yaş, kronolojik ve biyolojik olarak ikiye ayrılmaktadır (18). Kronolojik yaş geçen zamana göre bir yıllık dönemlerin temele alınmasıyla açıklanır ve tüm insanlarda aynıdır, ancak biyolojik yaş bireylere göre değişmesi ve içinde bulunan biyolojik basamağın zaman birimi olarak gösterilmesi ile tanımlanmaktadır (19) .

Yaşlanma Tanımı ve Türleri

Yaşlanma; canlının hücre, doku ve sistemler sınırında zaman içinde ortaya çıkan, geri dönüşümsüz, yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tamamını kapsayan, durağan olmayan, doğumla başlayan ve her kişinin doğumundan ölümüne kadar canlıda çok sayıda farklılığa uğrayan ve kişiler arasında farklılıklar gösteren gelişimsel bir süreçtir (20,21). Yaşlanma süreci; sosyal, kronolojik, fizyolojik ve psikolojik boyutlar içermektedir (22).

Kronolojik yaşlanma: Doğumdan başlayan kişinin içinde bulunduğu zamana kadar geçen senelere bağlı yaşlanmadır (23). DSÖ yaşlılığı, kronolojik tanımlamayı baz alarak tanımlamakta ve yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir.

Biyolojik yaşlanma: Zamanla birlikte kişinin anatomi ve fizyolojisindeki farklılaşmadır. Yaş alma prosesini etkileyen kişisel farklılıkların bulunması yaşlılığa kişisel ve biyolojik yaşlanma boyutlarını kazandırmıştır (18).

Bireysel yaşlanma: Genetik, yaşam şekli, yapılan meslek, beslenme davranışları, bireysel özellikler ve hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve ruhsal işlevsellikte ciddi azalmanın ortaya çıkmasıyla gündelik yaşam faaliyetlerini yerine getirememe sebebiyle yaşlanmanın bireyden bireye farklılık göstermesidir (21) .

Psikolojik yaşlanma: Yaşın sayısal olarak ilerlemesine bağlı kişinin hafıza gücü ile kişilik kazanma alanlarındaki adaptasyon mekanizmasındaki değişiklikleri kapsamaktadır (24). Tecrübelerin artmasıyla oluşan davranış-tutum değişiklikleri ve davranışsal adaptasyon kabiliyetindeki yaşa bağlı değişimler olmaktadır. Hatıralarda

yaşama, geçmişe hasret kalma, takılıp kalma da bu değişimlerin içinde yer almaktadır. İleri dönemdeki yaşama güvensizlikten kaynaklanan endişe, korku ve üzüntü gibi hislerin tümü psikolojik buhran yaratmaktadır (21).

Sosyal yaşlanma: Bireyin beklentilerinin, toplumsal rol ve statüsünün değişmesidir. Bir toplumda sosyal yönden adapte olamama durumudur (18) .

Ekonomik yaşlanma: Çalışma hayatının ve verimliliğin azalması, emeklilik gibi sebeplerle ekonomik şartların değişmesiyle yaşlının hayat tarzının değişmesi olarak açıklanmaktadır (24).

Toplumsal yaşlanma: Fiziksel yaşlanmayla beraber kişinin gündelik hayatını etkilemeye başlaması ve toplumdaki rolünü istediği gibi yerine getirememesinden kaynaklı etrafından yaşlandığına, işe yaramadığına dair mesajlar alması şeklinde ifade edilmektedir (24).

Patolojik yaşlanma: Doğal yaşlanma prosesi ile etkileşen patolojik durumların tümünü kapsamaktadır (25).

Yaşlı Tanımı

Biyolojik olarak kronolojik yaşı ilerleyen, yaş alma sürecinin belli bir bölümünde çevre tarafından yaşlı olarak adlandırılan kişileri ifade etmektedir (26). 16. Ve 17. Yüzyıllarda fiziksel güç kaybı olan bireylere yaşlı denilmiştir. Başka bir tanımlamada ise; kendini yaşlı hisseden, ailedeki yetki ve sorumluluklarını genç nesillere devreden kişiler yaşlı olarak kabul edilmiştir (27).

Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık, insan yaşamının son dönemi olarak bilinen, gelişme ve olgunlaşmanın ardından gelen, kalıtımsal yapı ve çevre arasındaki bağın en üst düzeyde olduğu spesifik biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişimlerin meydana geldiği, hayatın sorgulandığı, kronik hastalıkların ve gerilemenin görüldüğü ileri yaş dönemi olarak tanımlanmaktadır (28). Geriatristler yaşlı grubu kendi içlerinde kronolojik sınırlara ayırmışlar ve ‘genç yaşlı’, ‘yaşlı yaşlı’ ve ‘en yaşlı’ gibi sınıflandırmalar bulmuşlardır (29). 1963 yılında DSÖ yaşlanmayı üç bölümde değerlendirmiş ancak

sonrasında alt ve üst sınırlarını tekrar şekillendirmiştir. Güncel literatürde yaşlılık evreleri şu şekildedir (3) :

- Yaşlılık evresi 65-74 yaş
- İhtiyarlık evresi 75-89 yaş
- İlerlemiş ihtiyarlık evresi 90 ve üstü yaş

Yaşlanan dünya oluşumu göz önüne alınarak ihtiyaçlar, sorunlar doğrultusunda yaşlılık sınıflanmasında değişiklikler olabilmektedir.

Yaşlılık Epidemiyolojisi

Yaşadığımız dönemde dünya hızlı bir değişim prosesi geçirmekte ve yaşam beklentisi giderek artmaktadır. Bu yükselişte yeni ilaçlar ve rehabilitasyon teknikleri, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, halk sağlığındaki gelişmeler önem arz etmektedir. Sağlık sektöründeki teknolojik gelişmelerin hayat standartlarını arttırması, kadınların iş yaşamındaki yerlerinin iyileştirilmesi, hızlı kentleşme, sanayileşme ve eğitim seviyesi gibi faktörler sebebiyle bütün dünyada doğum sayısı ve beklenen ölüm hızında azalma olmuş tahmini yaşam beklentisi artmıştır (30). Nüfus öngörülerine göre 2020 yılı için dünya nüfusunun 7 milyar 693 milyon 348 bin 454 kişi, yaşlı nüfusun ise 729 milyon 887 bin 660 kişi olduğu açıklanmıştır. Bu verilere göre dünya nüfusunun %9,5'ini yaşlı nüfus oluşturmuş olup en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %33,5 ile Monako, %28,5 ile Japonya ve %22,9 ile Almanya olmuştur. Türkiye ise, 167 ülke arasında 66. Sırada yer almıştır (31). DSÖ'nün nüfus tahminlerine göre; 2002 yılında 60 yaş üzeri kişi sayısının 400 milyon olduğu, 2025 yılında 840 milyon, 2050 yılında ise 2 milyar olacağı, ayrıca yaşlı nüfusunun %80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı belirtilmektedir (32).

Ülkemiz yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkeler arasında olup yaşlı nüfus olarak 65 ve daha üstü nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur. Toplam nüfus içindeki oranı 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselerek %44,2'sini erkek nüfus, %55,8'ini kadın nüfus oluşturmuştur.

Tablo 1:Yıllara göre yaş gruplarının toplam nüfus içindeki oranı

Yıl	0-14 yaş (%)	15-64 yaş (%)	65 yaş ve üzeri (%)
2010	25,6	67,2	7,2
2011	25,3	67,4	7,3
2012	24,9	67,6	7,5
2013	24,6	67,7	7,7
2014	24,3	67,8	8,0
2015	24,0	67,8	8,2
2016	23,7	68,0	8,3
2017	23,6	67,9	8,5
2018	23,4	67,8	8,8
2019	23,1	67,8	9,1
2020	22,8	67,7	9,5

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020

Yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturan 100 yaş ve üzeri yaşlı sayısı, 2020 yılında 5 bin 780 olarak açıklanmış olup, Türkiye’de 100 yaş ve üzeri en fazla yaşlıya sahip ilk üç şehir sırasıyla 800 kişi ile İstanbul, 267 kişi ile Ankara ve 262 kişi ile İzmir iken en az yaşlıya sahip ilk üç şehir ise sırasıyla 5 kişi ile Bayburt, 6 kişi ile Bartın ve 7 kişi ile Ardahan olmuştur. Nüfus öngörülerine göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı düşünülmektedir (31).

Yaşlılık Dönemi Genel Özellikleri

Yaşlılık döneminin bir yeti kaybı, gerileme dönemi olarak düşünülmesine karşın, yaşlılıkta oluşan değişimlerin birçoğunun normal dışı olarak isimlendirilmesi doğru değildir. Yaşlılığın açıklanabilmesi için yaşlılık döneminin kendine özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal özelliklerinin bilinmesi önem taşımaktadır (33).

Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri

Nörolojik sistem: Nöron sayısı, bağlantıları ve beyin kütleindeki azalma, yeni enformasyonları kaydetme ve hafızada tutmayı güçleştirmektedir. Yakın geçmiş hafızasında bozulma, dokunma ve ağrı hissinin azalması, uyaranlara tepkinin yavaşlaması, uykuya dalma ve sürdürme gibi semptomlar görülmektedir.

Duyu sistemi: Görme sisteminde; hipermetropi, katarakt, gece görüşünde ve görme keskinliğinde azalma, gözyaşının azalmasına bağlı gözde kuruluk olmaktadır. İşitme sisteminde; işitme kanalında atrofi, sekresyon azalması ve koyulaşması, ses titreşimini ileten kemiklerin sertleşmesi nedeniyle işitme kaybı görülebilmektedir.

Solunum sistemi: Solunum kaslarında zayıflama, göğüs kafesinde şekil değişikliği, solunum yollarının temizleme işlevinin azalması, akciğer dokusundaki değişiklikler nedeniyle gaz değişiminin azalması gibi nedenlerle solunum yolu enfeksiyonlara yatkınlık olmaktadır.

Üriner sistem: Böbreklerin işlev dokusunda azalma, böbreklere kan akımında azalma, mesane kapasitesinin azalması nedeniyle poliüri ve noktüri, mesane enfeksiyonu, inkontinans, olabilmektedir. Prostat hiperplazisine bağlı sık ve damla damla idrar yapma şikayeti görülmektedir.

Kardiyovasküler sistem: Kalp dokusu ve kalp kapaklarının kalınlaşması, damar elastikiyetinin kaybı, aterosklerozun hızlanması, organlara kan akımının azalması, kan basıncının yükselmesi gibi değişiklikler görülmektedir.

İmmün sistem: Kemik iliği ve lenfoid doku işlevinde ve antikor cevabında azalma olmaktadır.

Metabolik endokrin sistem: Kilo kaybı veya artışı, hormon sekresyonunda azalma, glikoz intoleransı görülmektedir.

Sindirim sistemi: Diş kayıpları, diş çürükleri ve diş eti hastalıkları, tat duyusu ve tükürük miktarında azalma, disfaji, yeme-içme sırasında aspirasyon riski, mide boşalmasında gecikme, barsak hareketlerinde yavaşlama, safra kesesinin boşalmasında gecikme ve safra kesesi taşları oluşabilmektedir.

Üreme sistemi: Kadınlarda; östrojen hormon yapımı azalması, uterusu atrofi, vajinada atrofi ve elastikiyet kaybı, cinsel birleşme sırasında karında ağrı ve mesanede rahatsızlık hissi, erkeklerde; testosteron azalmasına bağlı testislerde atrofi, sperm sayısında azalma, prostat bezinde hipertrofi, cinsel isteksizlik olmaktadır.

Deri: Deride incelme, kuruluk, yağ ve ter bezlerinin azalması, kılların azalması, yara iyileşmesinin gecikmesi, deri renginde açılma, deride lekeler, tırnakların incelmesi, kolay kırılması gibi durumlarla karşılaşmaktadır.

Kas-iskelet sistemi: Kas kütlesi ve gücünde, kemik kütlesi ve yoğunluğunda azalma, eklem yüzeylerinde bozulma, kırıklar, boyda kısalma, lomber lordozun artması ve hareketlerde yavaşlama, postür değişikliği görülebilmektedir (34).

Yaşlılık Dönemi Psikolojik ve Sosyal Özellikleri

Yaşlılıkta psikolojik değişim; bilişsel kabiliyet ve ruhsal davranış değişiklikleri ile ortaya çıkmaktadır. Bilişsel beceriler dikkat, farkındalık, öğrenme, hafıza, dil, akıl yürütme gibi faktörleri; ruhsal davranış değişiklikleri ise mod, iç güdü ve savaşıma becerileri gibi özellikleri içermektedir. Yaşlının fiziksel kayıplarıyla birlikte oluşan davranışsal adaptasyon yeteneğindeki yaş bağımlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturmaktadır (35).

Yaşlı bireyler, geçmişe duyulan özlemin artması ve gençlerle aralarındaki kuşak farkından dolayı bir takım psikolojik değişiklikler göstermektedir. Değişen ve gelişen dünyaya uyum sağlamaya çalışan yaşlı, yeni kuşağı tenkit ederek toplum ahlakının bozulduğunu düşünmektedir. Eski hayat tarzını devam ettirmeye çalışıp içe dönük yaşamaya meyilli olmasıyla bu durum kişiyi daha benmerkezci davranmaya sevk edebilmektedir. Bu uyum sorunu, ilerlerse yaşlılık bunamasının semptomlarından biri olan neofobiye (yenilik korkusu) yol açabilmektedir. Kişi alışamadığı, adapte olamadığı her şeyden korkan, eski alışkanlıklarını terk edemeyen biri haline gelebilmektedir. Kronik hastalıkları sebebi ile evde uzun zaman geçirmek, dış dünya ile bağlantısının kesilmesi, eş kaybı veya statü kaybı nedeniyle, kendisini değersiz hissetmektedir. Tüm bu olaylar yaşlılarda bazı ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (33).

Yaşlılarda eş, aile ve yakın arkadaşlardan oluşan sosyal desteğin varlığı, ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Yaş alma ile birlikte yaşamın her alanında kayıp verme, ilgisiz evlatlar, yaşlılığı son dönem görme ve birçok hastalığının olması gibi sebepler ruhsal sağlığı negatif yönde etkilemektedir. Bu nedenle yaşlılarda; depresyon,

anksiyete, deliryum, bunama, ölüm korkusu ve insomnia gibi pek çok ruhsal sorun görülmektedir (36) .

Yaşlılık Dönemi Sorunları

Biyolojik ve ruhsal açıdan zayıflamalar veya işlevsel kayıplar, sosyal açıdan kayıplara yol açmaktadır. Emekli olmuş bir yaşlının sosyal, ruhsal ve fiziksel problemlerinin yanı sıra, ekonomik gücünün azalmış olması ve buna bağlı yakınlarına daha çok yük olunduğunun düşünülmesi önemli sorunlara neden olmaktadır (37).

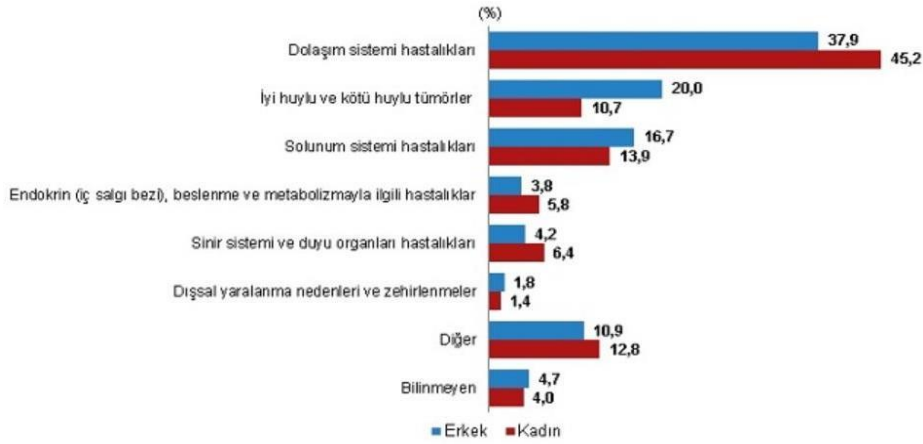
Sağlık Sorunları

Yaşlılarda komorbid hastalık sık görülmektedir. Yaşlanan toplum ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımı sebebiyle sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntılar yaşanmaktadır. Yaşlanma durumunun her bireyde farklı kalıtım özellikleri, ruhsal durum, fiziki koşul ve yaşam standardı olduğu için fizyolojik değişikliklerde de farklılıklar göstermektedir. Yaşlılardaki sağlık problemlerinden en sık görülenler 7I kısaltması ile isimlendirilmiştir (38) :

- 1-Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik)
- 2-Immobility (Hareketsizlik)
- 3-Instability (Dengesizlik)
- 4-Incontinence (İdrar-gaita tutamama)
- 5-Insomnia (Uykusuzluk)
- 6-Iatrogenic problems
- 7-Involvement of the families (Ailelerin katılımı)

Ülkemizde yaşlıların ölüm sebebi verilerine göre, 2019 yılında ölen yaşlıların %41,5'i dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle vefat etmiştir. Bu hastalığı ikinci sırada

%15,3 ile benign ve malign tümörler ile solunum sistemi hastalıkları, üçüncü sırada ise %5,3 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları takip etmiştir (31).



Kaynak: TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019

Şekil 1: Yaşlıların cinsiyete göre ölüm nedenleri ve oranları

Ekonomik Sorunlar

Emeklilikle beraber gelirin azalması ailedeki ilişkileri, rol ve statüyü olumsuz yönde etkilemekte olup, özellikle gelenekçi ve geniş bir aile yapısı olanlarda gelir azalması, ailedeki söz söyleme, karar verme otoritesinin korunmasını engelleyebilmektedir. Psikolojik ve fiziksel yorgunluk, güçsüzlük ve yaşlılıkta görülen hastalıklar ekonomik problemler ile birleştiğinde bu durum, yaşlı için daha da zor, ruhsal çöküntüye zemin hazırlayan bir hale gelebilmektedir (39).

Beslenme sorunları

Yaşlılık döneminde yetersiz veya dengesiz beslenmeye ilişkin çeşitli rahatsızlıklar görülmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin, ileri yaş dönemlerinde hastalıkların oluşumunun engellenmesi ya da ötelenmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ülkemizde 2010 yılında 65 yaş ve üstü nüfusta obezite oranı %22,9 iken bu oran 2019 yılında %29,0 olmuştur. Yaşlı nüfusun obezite oranı cinsiyete göre karşılaştırıldığında, yaşlı erkeklerde 2010 yılında %15,2 iken bu oran 2019 yılında %19,9 ve yaşlı kadınlarda 2010 yılında %30,5 iken 2019 yılında %36,2 olarak artış eğilimi göstermiştir (31). Çağımızın sorunu olan obezite için özellikle risk grubu altında olan yaşlılar adına adımlar atılmalı, bilinçlendirme çalışmalarına önem verilmelidir.

Bakım sorunları

Kronik hastalıklar ve sekelleri sebebiyle çeşitli hayatsal ve sosyal aktivitelerdeki kısıtlılık sonucu yetersizlik yaş alma ile birlikte giderek artmakta olup bu durum yaşlılarla ilgili sosyal, kültürel ve ekonomik düzeylerde problemlere sebep olmaktadır. Yaşlıların bu tip sorunların çözümü kavuşması için yaşlı köyleri, bakım evleri ve huzurevleri gibi değişik yöntemlerle yaşlılara hizmet verilmektedir. Ancak bu kurumlardan birçok sebeple sınırlı yaşlı birey faydalanmakta olup, sorunları olan yaşlılar kurum hizmeti görece tamamlandıktan sonra, yaşadıkları ortamda problemleri ile bırakılmak zorunda kalmaktadır. Bu durum yaşlılara ev ortamında hizmet sunulması ve sürekliliğini sağlayan evde bakım hizmetlerini gündeme getirmiştir. Evde bakım hizmetleri; ilk kez 19. Yüzyılda hemşirelik bakımı olarak başlamıştır. Günümüzde evde bakım hizmetlerinin %70-80'i yaşlılar için yapılmaktadır (38). Huzurevlerinin büyük çoğunluğunu Bakanlığımıza bağlı huzurevleri ile özel huzurevleri oluşturmaktadır. 2021 yılı verilerine göre toplam huzurevlerinin yaklaşık %36'sı Bakanlığımıza bağlı huzurevleri, yaklaşık %59'u ise özel huzurevleri olarak hizmet sunmakta olup, toplam bakılan yaşlı sayısının %51'i Bakanlığımıza bağlı huzurevlerinde bakım hizmeti almakta iken, yaklaşık %39'u özel huzurevlerinde bakım hizmeti almaktadır (40).

Tablo 2: Türkiye'deki huzurevi ve hizmet gören kişi sayısı

Yatılı Bakım Huzurevleri (Ağustos 2021)	Huzurevi sayısı	Hizmet gören kişi sayısı
Sağlık Bakanlığımıza Bağlı Huzurevleri	162	13.970
Diğer Kamu Kuruluşlarına Ait Huzurevleri	21	2.399
Özel Huzurevleri	268	10.744
TOPLAM	451	27.113
Sağlık Bakanlığımıza Bağlı Yaşam evleri	25	90
Yaşlı Gündüz Yaşam Merkezi	31	382

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İhmal ve İstismar

Yaşlı ihmal; kişiyi temel gereksinimlerinden alıkoymak, mahrum etmek olarak tanımlanmaktadır (41). Yaşlı istismarı ise özellikle son otuz yılda üzerinde durulan, fark edilen bir aile içi şiddet tipi olup, her toplulukta, her ekonomik seviyede

ve her kültürde karşılaşılabilen sadece ailede değil, sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda da görülen fiziksel ve ruhsal olarak zarar verme ve çıkar sağlama şeklinde görülen ciddi toplumsal bir sorundur (42). Yaşlı istismarının tipleri tablo 3’te özetlenmiştir (41).

Tablo 3:Yaşlı istismar tipleri

Fiziksel İstismar	Vurma, tokatlama, yakma, vurma, bağlama, fazla ya da yanlış ilaç verme
Psikolojik İstismar	Bağırma, hakaret etme, korkutma, suçlama, göz ardı etme ya da aşağılama
Cinsel İstismar	Bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanması
Ekonomik ve Hak İstismarı	Zihinsel engeli olmayan yaşlıların sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi

Yaşlılarda Sosyal Statü

Statü, içinde bulunulan topluluk tarafından bireyin nasıl algılandığıdır (14). Toplumda kişinin kendi algıladığı derece olan subjektif sosyal statü ise, bir ruh sağlığı araştırma alanı olarak ortaya çıkmaktadır. Subjektif sosyal statü, yalnızca eğitim ve gelir gibi geleneksel sosyal statü ölçümlerini dolaylı olarak içermekle kalmaz, aynı zamanda yaşlılarından algılanan saygı ve sosyal sermaye gibi statünün daha az somut yönlerini de içererek, sosyal statünün çeşitli boyutlarını tek bir zaman noktasından ziyade kişinin hayatı boyunca zihinsel olarak ortalamasını almasına olanak sağlamıştır (16). Tarih boyunca toplumların, yaşlılık ve yaşlılara dair algıları çeşitli basamaklardan geçmiştir. Yaşanılan dönemin kültürel, sosyal ve ekonomik yapısına göre toplumların yaşlıları algılama kapasitesi değişmiş, yaşlıya yönelik tutum-davranışlarında farklılaşma olmuş ve yaşlının sosyal statüsünün değiştiği görülmüştür (43).

Yaşlıların sağlık, sosyal hizmet ve sosyal güvenlik sistemi üzerinde oluşturdukları maliyet ile birlikte, artan kişisel ve toplumsal haklara yönelik istekleri yaşlıların modern toplumlardaki algısının değişmesinde etki sahibi olmaktadır. Toplumsal yaşlanma olarak açıklanan bu prosesle birlikte yaşlılık kavramı toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren birtakım neticeleri içeren sosyolojik bir anlam kazanmış olup, bu durum yaşlanma ve yaşlılığı ailenin sorumluluğundan çıkararak devletin sorumluluğu olarak kabul etmiş ve yaşlının ailedeki statüsünün zayıflamasına sebep olmuştur (43).

DEPRESYON

Depresyon Tanımı ve Tarihçesi

Yaşlılarda sık ve eski çağlardan beri görülen psikiyatrik sorunlardan biri depresyondur. Tıp literatüründe depresyonun tanımını ilk yapan Hipokrat'tır. Hipokrat bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için “melaine chole” olarak isimlendirilmiştir. Galen'e göre ise melankoli; korku ve depresyon, hayattan keyifsizlik, bütün insanlardan nefret ile kendini göstermektedir. E. Kraepelin ise mani ve melankolinin tüm formlarını bir araya getirmiş, uzun dönemde tekrar edebildiğini, birbirini izleyebildiğini, aynı epizoda üst üste binebildiğini gözlemlemiş, 1899 yılında yayınladığı ders kitabında manik-depresif hastalığı ayrı bir nozolojik antite haline getirmiştir. 20. Yüzyılın başında İsviçre'li A. Meyer, ruh ve beden arasındaki ayrımı köprüleştirmek amacıyla “psikobiyojoloji” terimini getirmiş, biyografi ve psikososyal nedenlere dikkat çekmiştir. Melankoli terimi yerine, biyolojik çağrışımları olmadığı için “depresyon” (pressed down, aşağı bastırılmış) terimini kullanmıştır (44).

Depresyon, yapılan aktivitelerden zevk alamama ve bıkkınlık-çökkünlük durumu, mutlu olamama hali, umutsuzluk, konsantrasyonda azalma, fazla uyuma ve öz bakımda azalma gibi özelliklerle tanımlanmaktadır (45). Sınıflandırılması Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM V'te yapılmıştır:

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği
- Major depresif bozukluk
- Persistan depresif bozukluk
- Premenstrual disforik bozukluk
- Madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk
- Tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- Ayırt edilememiş depresif bozukluk

Depresyonda çökkün mood, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı ana özellikleri oluşturmaktadır. Konsantrasyonda azalma, kendine güvenme duygusunun azalması, suçluluk, pesimistlik, intihar ya da kendine zarar verme

düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlev bozukluğu görülmektedir. Depresyon tanısı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilmekte, semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirlemektedir (46).

Depresyon Etiyolojisi

Depresyonun oluşmasında çevresel ve kalıtsal yapının etkileşimi ile birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörler ortalama üç bölümde açıklanabilmektedir (36):

Biyolojik riskler; kalıtsal faktörler, kadın cinsiyet, ek hastalıkların olması ve depresyona zemin hazırlayan ilaç kullanımı

Psikolojik riskler; kişilik özellikleri, psikiyatrik hastalık öyküsü

Sosyal riskler; zorlu yaşam olayları, yas, düşük sosyoekonomik düzey, bekar olma

Yaşlılıkta özkıyımın en önemli sebebi depresyon olarak bilinmekte ve bu yaş grubunda gençlere göre ölümle sonuçlanan özkıyım girişimi oranı daha fazla görülmektedir (47). Depresyon etiyolojisinde rol alan faktörler tablo 4'te özetlenmiştir (48).

Tablo 4: Depresyona yol açma ihtimali yüksek tıbbi bozukluklar

Hipovitaminozlar	Pellegra, Pernisiyöz anemi, Wernicke ensefalopatisi
Endokrin Hastalıklar	Akromegali, Addison hastalığı, Cushing hastalığı, İnsülinoma
Travma	Kafa travması
İnfeksiyonlar	Ensefalitler, Fungal infeksiyonlar, Menenjit, Nörosifiliz, Brusellozis
Malignite	Metastazlar (göğüs-meme, gastrointestinal, akciğer, pankreas)
Metabolik Bozukluklar	Elektrolit dengesizliği (hipokalemi, hiponatremi), Hepatik ensefalopati
Nörolojik Bozukluklar	Alzheimer, Amyotrofik lateral skleroz, Creutzfeldt Jakob

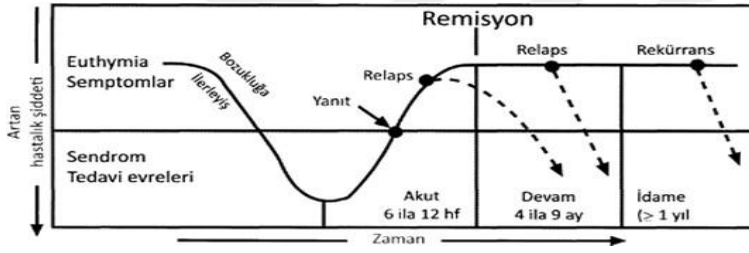
Depresyon Epidemiyolojisi

Klinik olarak depresyon tanısının prevalansı kadınlarda %5-9 arasında, erkeklerde ise %2-3 arasında değişmekte olduğu, majör depresyonun hayat boyu sıklığı ise, kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12, yaşlılarda %3 olarak bulunmuştur.

Major depresyon insidansı; birinci basamakta %10, yatan hastalarda %15 olarak görülmüştür. Depresyon altı aylıktan hayatın son dönemine kadar herhangi bir zaman diliminde başlayabilmektedir (49), (50). Birçok araştırmada yaşlı depresyonunun, toplum örnekleminde %25'e kadar yükseldiği ve yaşlı bakım merkezlerinde bu oranın daha da yüksek olduğu saptanmıştır (51). Başka çalışmalarda depresyonun yaygınlığı yaşlılarda %8,9 ile %62,2 arasında olduğu bildirilmekte olup toplum temelli çalışmalarda ve klinik temelli çalışmalarda 42,4 ila %72 arasında bulunmuştur (52).

Depresyon Tanı ve Tedavisi

Depresyonu tedavi edebilmek için öncelikler doğru tanı koymalı ve kanıta dayalı uygulamaları kullanarak amaca yönelik müdahale yapılmalıdır. Eşlik eden psikolojik-fizikse durumu teşhis ve tedavi etmek, hastayla tedavi için uzlaşa sağlamak, uygun tedavi yöntemini belirlemek, tedaviye cevabı sağlamak ve tekrarlanmasını engellemek için izlem yapmak temel şartları oluşturmaktadır (46).



Şekil 2: Depresyon tedavi evreleri

Akut tedavisi genelde 6-8 hafta olarak belirlenip amaç, hastanın düzelmesini sağlamaktır. İdame tedavisi remisyona ulaştıktan sonra genellikle 6 aydır. Bu dönemde hastalık bulgularının yeniden ortaya çıkması relaps olarak adlandırılmaktadır. Relaps yeni bir depresyon atağı değil tedavi edilen atağın yeniden belirmesidir. 6 aylık idame tedavi sonrası hasta düzelmiş halin semptomatik ve işlevsel olarak sürdürüyorsa iyileşme oluşmuş, depresyon atağı sona ermiştir. Bundan sonra yeni bir depresyon atağı olursa rekürrens olarak adlandırılmaktadır (53).

Yaşlılardaki depresyon tedavisinde psikoterapi, toplum desteği sağlama, ilaç tedavisi, Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) uygulanabilmektedir. Yaşlılara ilaç başlanırken yaşla birlikte oluşan ilaçların dağılım, metabolizma ve eliminasyonlarındaki değişiklikler göz ardı edilmeden tedavi yapılmalıdır. Yaşlılık, kişinin fiziksel güç, rol ve statü açısından kayba uğradığı ve fiziksel hastalıkların

artarak kişinin bağımlı hale geldiği bir süreç olduğu için bütüncül bir yaklaşımla kişilerin problemleri ele alınmalı, etkili mücadele ve destek kaynakları oluşturulmalıdır (48).

Yaşlılarda kullanılabilecek trisiklik ve tetrasiklik antidepresanların güçlü antikolinergik ve noradrenergik yan etkileri olduğu ve toleransı zor olduğu için kullanılırken dikkatli olunmalı, etkinlikleri kanıtlanmış selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), reversible MAO inhibitörleri gibi daha güvenilir ilaçlar tercih edilmelidir (54). Depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanlar tablo 5'te özetlenmiştir (46). EKT, yaşlı depresyonunun tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir. Dirençli veya psikotik depresyonlarda tercih edilmektedir. Özellikle kendine zarar verme davranışı sergileyen hastalarda tek tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Bu tarz hastalarda EKT güçlü bir etki göstermekte, bir hafta içinde iyileşme sağlayabilmektedir (48).

Yaşlılıkta Depresyonun Önemi

Dünyanın yaşlanması, yaşlıların maruz kaldığı problemlerin çözümü konusunda birtakım çalışmalar yapılmasını gerekli kılmıştır. Yaşlılar bu dönemde daha hassas olmakta, ruhsal ve sosyal açıdan birçok problem yaşamaktadır. Yaşlılık dönemi depresyonları tedavi edilmediğinde sekonder fiziksel hastalıklar gelişmesine, işlevsellik kaybına, hayat kalitesinde düşmeye, gereksiz sağlık harcamalarına, tamamlanmış özkıyım davranışına sebep olabilmektedir. Tüm depresyon hastalarında kendine zarar verme, hayatını sonlandırma düşüncesinin olup olmadığı açıkça sorulmalıdır çünkü yaşlı kişiler sıklıkla suisid düşüncelerinden söz etmezler, ancak gençlerden daha ölümcül yöntemlerle suisid girişiminde bulunurlar (55). Kişinin öncelikle yaşam hakkının korunması adına bu tür davranış sergileyen yaşlılar daha detaylı ve hassas incelenmeli ve çözüm yolları için yönlendirilmelidir.

Tablo 5: Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar

Sınıf	Yan etkileri	İlaçlar	Notlar
SSRI	Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, sedasyon	Sitalopram Essitalopram	İlaç etkileşimi az Uzun yarı ömür
SNRI	Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, cinsel yan etkiler	Venlafaksin	Hipertansiyon
NRI	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, taşikardi	Reboksetin	
NDRI	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme	Bupropion	Cinsel yan etki az
NaSSA	Uyuklama, aşırı kilo alımı	Mirtazapin	Uyku indüksiyonu
SARI	Aşırı sedasyon, priyapizm	Trazodon	Uyku indüksiyonu
TCA	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, üriner retansiyon	Amitriptilin Klomipramin	Nöbet eşliğini çok düşürür
MAOI		Moklobemid	

SSRI: serotonin geri alım inhibitörü, SNRI: serotonin norepinefrin geri alım inhibitörü, NRI: Norepinefrin geri alım inhibitörleri, NDRI: Norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörleri, NaSSA: Noradrenerjik ve spesifik serotonerjik antidepresanlar, TCA: trisiklik antidepresan, SARI: serotonin antagonist/geri alım inhibitörü, MAOI: Monoamin oksidaz inhibitörleri

ANKSİYETE

Anksiyete Tanım ve Tarihçesi

Anksiyete, Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir (56). Almanca “angst”, İngilizce “dread ya da anxiety”, Fransızca “anxiété” olan kaygı sözcüğünün Türkçe’deki karşılığı olarak bunaltı, daralma ve sıkıntı kelimeleri kullanılabilmektedir (57). Bu bozuklukları kapsamlı şekilde inceleyen ilk kişi Sigmund Freud olup yaklaşık 100 yıl önce ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak açıklamış ve 1894 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Freud’un bu çalışmaları anksiyete bozukluklarının sınıflamasının bugünkü temellerini oluşturmuştur (58).

Anksiyete duygusu çoğu insan tarafından sık olarak yaşanmış bir duygudur. Bu duygu, kaygını belirsiz hissi, keyifsizlik hissi ile karakterizedir. Anksiyete bozukluğunda birçok belirti görülmektedir. Bu belirtiler tablo 6’da özetlenmiştir (59).

Tablo 6: Anksiyete bozukluğu belirtileri

Fiziksel	Bilişsel	Davranışsal
Çarpıntı Nefes alamama Boğulma hissi Terleme, Titreme Baş dönmesi, sersemlik	Katastrofik düşünceler Endişeler İntrusif düşünceler İmgeler Obsesyonlar	Motor huzursuzluk Kaçınma Güvenlik davranışları Kompulsiyonlar Yardım arama

Kaygı/anksiyete bozuklukları, mesleki ve sosyal hayattaki işlevselliği azaltan yoğun bir korku hali olarak görülmektedir. Günümüzde psikiyatri camiasında iki büyük tanısıl sınıflama sistemi olan, Amerikan Psikiyatri Birliğine ait DSM ile DSÖ’ne ait ICD (uluslararası hastalık sınıflaması) içerisinde anksiyete bozukluklarının sınıflandırılma biçimleri son elli yıl içerisindeki anksiyete ve anksiyete bozuklukları kavramının gelişimine kaynak oluşturmaktadır. DSM-V’e göre anksiyete bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (45):

- Panik Bozukluk
- Agorafobi
- Özgül Fobi
- Sosyal Kaygı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

- Başka Türlü Adlandırılmayan Kaygı Bozukluğu (Diğer Tanımlanmış veya Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu)

Anksiyete Etiyolojisi

Bütün anksiyete bozuklukları için ortak risk faktörleri arasında kadın cinsiyet ve ailede anksiyete veya depresif bozukluk öyküsü bulunmaktadır. En az bir anksiyete bozukluğu olan kişilerin çocuklarında, anksiyete bozukluğu olmayan kişilerin çocuklarına göre hayatlarında, daha erken gelişen anksiyete bozuklukları için iki ila dört kat daha fazla risk vardır. Bazı ikiz çalışmalarında monozigotlarda %50, dizigotlarda ise %15 eş hastalanma oranı saptanmıştır (60).

Çalışmalar, noradrenalin işlevinin anksiyete bozukluklarında anormal olarak arttığını ve kortizol seviyelerinde anormallik olduğunu göstermiştir. Beyinde ana inhibitör nörotransmitter olan Gamma amino bütirik asit (GABA), kronik stres oluşturarak beynin frontal korteks, hipokampus ve hipotalamus gibi anksiyete ile ilgili bölümlerinde GABA-A reseptör sayısında azalma oluşturabilmekte ve anksiyeteyi artırabilmektedir (61).

Anksiyete Epidemiyolojisi

Dünyadaki prevalansı yaklaşık %7.3 tür. Bunların arasında; özgül fobiler % 10.3'lük prevalans oranı ile en yaygın olanıdır, ikinci sırada % 6.0 ile panik bozukluk, daha sonra da sırasıyla sosyal anksiyete bozukluğu % 2.7 ve yaygın anksiyete bozukluğu % 2.2 gelmektedir (62). Kadınlarda anksiyete bozukluğu erkeklere oranla 1.5-2 kat daha fazla görülmektedir. Anksiyete bozukluğunun Birleşik Devletler nüfusunun %28,8'ini ve her 12 aylık süreçte %18,1'ini etkilediği saptanmıştır (63). Avrupa'da Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Araştırmasına (ESEMeD) göre, katılımcıların olduğu ülkelerde kaygı bozukluklarının görülme oranı %14,5 ve 12 aylık proseste görülme oranı ise %8,4 olarak saptanmıştır (64).

Yaşlılıkla beraber kaygı bozukluklarında bir azalma saptanmış olup, Amerika'daki bir çalışmada anksiyetenin bir yıllık görülme oranı genç yaşlılarda %8 iken, 75 yaş ve üstü grupta ise %5.6 olarak bulunmuştur (65). Başka çalışmalarda ise kaygı bozukluklarının yaşlılarda görülme sıklığının demansın iki katı, majör depresyonun ise 4-8 katı olduğu ve 65 yaş üstünde yaygın anksiyete bozukluğu

olan hastaların daha genç yaştaki aynı tanıya sahip hastalara göre daha şiddetli belirtilerle psikiyatriste başvurdukları görülmüştür (66,67).

İleri yaş kaygı bozukluklarının %90' ını yaygın anksiyete bozukluğu veya özgül fobi oluşturmakta olup, Geri kalan %10'unu ise DSM/V ile kaygı bozukluklarından çıkarılan obsesif kompulsif bozukluk, sonrasında travma sonrası stres bozukluğu ve panik bozukluk takip etmektedir. Yaşlı bireylerde en sık görülen fobik bozukluk olan agorafobi; medikal bir hastalık, düşme veya saldırıya maruz kalma gibi travmatik bir durumun akabinde ve genelde panik bozukluk olmadan ortaya çıkmaktadır (67).

Anksiyete Tanı ve Tedavisi

Yaşlı bireylere anksiyete bozukluğu teşhisi; diğer psikiyatrik hastalıklar, problemler sebebiyle zorlaşabilmektedir. Anksiyete semptomlarının genellikle çeşitli hastalıklarla birlikte bulunması, gözden kaçabilmesine, tanı koyma sürecinin uzamasına veya tıbbi hastalıklarla ayırıcı tanıda karıştırılabilmesine sebep olabilmektedir. Teşhis koymada bir başka dezavantaj ise, anksiyete semptomlarının patolojik mi yoksa normal yaşlanma dönemi içinde mi olduğunun ayrıştırılmasındaki sorundur (68).

Kaygı bozuklukları psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisinin kombinasyonu ile tedavi edilmelidir. Kombine tedavinin, plasebodan daha etkin olduğu saptanmıştır. Kanıta dayalı tedavi yaklaşımıyla, bilişsel davranışçı terapi, üst düzeyde kanıta sahip olan psikoterapi yöntemi olarak kabul edilmektedir. SSRI ve SNRI grubu ilaçlar, farmakoterapide birinci basamak ilaçlardır (69).

Yaşlı bireylerde ilaç kullanım prensibi, minimum dozla başlayıp yavaş yavaş doz artırılması ve tedavi süresinin uzun tutulmasıdır. Kaygıya neden olabildikleri için Bupropion ve Metilfenidat kullanmaktan kaçınılmalı ve psikolojik bağımlılığı nedeniyle benzodiazepinleri gerek duyuldukça kullanmak yerine kısa süre düzenli kullanılması önerilmektedir (67). CANMAT'a göre yaşlılarda kullanılan ilaçlar tablo 7'de verilmiştir (70).

Tablo 7: Yaşlılarda kullanılan anksiyete bozukluğu ilaçları

	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Fobik Bozukluk	Panik Bozukluk
1.Düzye	SSRI, SNRI, Buspiron	SSRI, RIMA	SSRI, SNRI
2.Düzye	TSA	SNRI	TSA
3.Düzye	BZ	BZ, MAOI	BZ, MAOI

SSRI: serotonin geri alım inhibitörü, SNRI: serotonin norepinefrin geri alım inhibitörü, RIMA: geri dönüşümlü monoamine oksidaz inhibitörü, TSA: trisiklik antidepresan, SARI: serotonin antagonist/geri alım inhibitörü, BZ: benzodiazepine, MAOI: Monoamin oksidaz inhibitörleri

Yaşlılıkta Anksiyetenin Önemi

Yaşlı bireylerde anksiyete bozuklukları gençlere oranla daha az görülse de kendi yaş gruplarında sık olarak görülen psikolojik hastalıklardandır ve yaşlının hayat kalitesini doğrudan etkilemektedir. Depresyon ve anksiyete genellikle eş zamanlı olup başka medikal hastalıklar ile komorbid olarak görülmekte olup, bu tedavi sürecini negatif yönde etkilemektedir (46). Anksiyete; yaşlıların yaşam standartlarının düşmesine sebebiyet vermesi ve hastane başvuru oranını arttırmasına rağmen, sağlık sektörü tarafından ayırt edilmekte zorlanılan durumlardan biridir. Yaşlıların yaşam standartlarını düşürdüğü ve birçok hastalıkla iç içe olduğu için anksiyete hakkında daha fazla araştırma yapılmalı ve toplumsal olarak daha somut adımlar atılmalıdır.

YALNIZLIK

Yalnızlık Tanımı ve Çeşitleri

Yalnızlık üniversal bir durum olmakla birlikte insanlığın evriminden günümüze kadar değişen sosyo-kültürel yapı ve bu yapıyı etkileyen faktörlerin etkisi ile daha yoğun yaşanmaktadır. Literatür incelendiğinde farklı tanımlamalar bulunmakla birlikte, kişinin yaşadığı sosyal ilişkisi ve yaşamak istediği sosyal ilişki arasındaki tutarsızlıklar neticesinde oluşan ve hoşnutsuzluk veren öznel bir ruhsal durum olarak ifade edilmektedir. Peplau'ya göre yalnızlık üç grupta incelenebilir (71):

- Yapayalnızlık; kişinin, başkalarıyla birlikte olmayı isterken onlara mesafeli durduğu durumda hissettiği duygudur. Kişinin çevresinde kalabalık olduğunda bile içten içe hissettiği yalnızlık olarak tanımlanmaktadır.

- Tek başlılık; kişinin kendisini soyutlaması, beraberliğin olmamasıdır. Tek başlılık, tercih edilen bir durumdur.
- Yalnızlık; kişinin sosyal çevresiyle iletişim ağının bozulması durumunda yaşanan, hoş olmayan bir duygudur.

Başka bir tanımlamaya göre yalnızlık 5 başlık altında toplanmıştır: (72,73)

Derin Yalnızlık: Sosyal çevre ile iletişimin kesildiği tıbbi sorunlardan sıklıkla depresyonun eşlik ettiği durumdur. Duygusal Yalnızlık: Özel ilişkilere sahip olmayan ve psikolojik olarak beklentilerinin karşılığını bulamayan kişilerde görülen yalnızlıktır. Sosyal Yalnızlık: Kişinin sosyal çevresine aitlik hissetmediği, topluma yabancılaştığı durumdur. Gizli Yalnızlık: Kendi ruhsal dünyasında yaşadığı ancak çevreye yansıtmadığı yalnızlıktır. Triad Yalnızlık: Depresyon ve korkuyla birliktelik göstermektedir. Mod düşüklüğü ya da aniden parlayan ve psikolojik dalgalanmalar gösterme eğilimi olan kişilerin yaşadığı yalnızlık türüdür.

Yalnızlığa Neden Olan Faktörler

Yalnızlığın sebepleri arasında yaş, cinsiyet, gelir seviyesi, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, boş vakit uğraşları, aile ortamı gibi belirteçlerin yanı sıra sağlık sorunları, iletişim kurmada yaşanan sorunlar, teknolojiye adapte olamama ve aile bağlarının zayıflaması bulunmaktadır (74). Yalnızlıkla ilgili faktörler tablo 8’de özetlenmiştir (75).

Tablo 8: Yalnızlıkta rol oynayan faktörler

Hazırlayıcı Faktörler	Ortaya Çıkarıcı Faktörler	Bilişsel Faktörler
Yaş	Boşanma	Bireyin yaşama biçimi
Bireysel özellikler	Hastalık	Bireyin sosyal ilişkileri
Ekonomik durum	Kayıp	Bireyin beklentileri
Sosyal ilişkiler	Ayrılık	Bireyin inançları

Yalnızlık, birçok sosyal değişkenle ilişkilendirildiği için sebep sonuç ilişkisini açıklamada zorluklar görülebilmektedir. Yalnızlığın bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu tartışma konusudur (76).

Yaşlılıkta Yalnızlığın Önemi

Yalnızlık, yaşlılarda oluşan hastalıklarda rol oynayabilmektedir. Kişinin medeni durumu, eğitim seviyesi, yaşadığı ortam, sağlık durumu, cinsiyeti ve sosyo-kültürel seviyesi yalnızlık hissini önemli derecede etkilemektedir. Toplumumuz geleneksel yapısı gereği yaşlısına sahip çıkan, bir arada yaşamaya özen gösteren bir toplum özelliğindedir. Fakat değişen sosyoekonomik şartlar, çekirdek aile yapısına dönüş gibi sebeplerle, yaşlıların sosyal problemlerine verilen önem azalmaktadır (77).

Yaşanan sosyal sorunlar, tıbbi sorunlardan fazla olup tıbbi sorunların da gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle yaşlı kişilerin sosyal problemlerine önem verilmesi gerekmektedir. Yaşlıları fiziksel ve sosyal olarak desteleyen çevre oluşturmak, hayat standartlarını artırmaya yönelik girişimlerde bulunmak, gerekli erken müdahale hizmetlerini sağlamak, sosyalleşmelerine yardımcı merkezler kurmak ve gitmeleri için teşvik etmek, toplumda yaşlılara yönelik pozitif kültür tutumu oluşturmak ve bilim-teknoloji, kamu hizmetlerini kapsayan sistemlere kolay erişilebilirlik sağlamak gibi önlemlerle sosyal problemlere ve oluşturduğu yalnızlık algısına çözüm üretmek gerekmektedir (78).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

ÇALIŞMANIN TÜRÜ ve EVRENİ

Araştırma hastane tabanlı, kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma evreni Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Büyükkada Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 01.02.2021 ve 01.09.2021 tarihleri arasında, herhangi bir şikayet ile başvuran 65 yaş ve üzeri ve çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylerdir. Örneklem büyüklüğü bilinen evrende bilinmeyen prevelansta formüle göre %50 sıklık, %95 güvenilirlik aralığında hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamalar sonucu çalışmaya alınacak birey sayısı 225 olarak belirlenmiştir. Yüzde 10 fire payı eklenerek çalışmanın 250 hasta ile yürütülmesine karar verilmiştir. Tüm hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşama ortamı gibi sosyodemografik verileri, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, alkol kullanımı, sigara kullanımı gibi değişkenleri ve subjektif sosyal statü, depresyon anksiyete riski, yalnızlık durumu bilgilerini içeren anket formu aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dahil olma kriterleri:

- Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Büyükkada Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 01.02.2021 ve 01.09.2021 tarihleri arasında başvuran bireyler
- 65 yaş ve üzeri olma
- Gönüllü olma

Dışlanma kriterleri:

- Okuryazar olmama
- Herhangi bir oryantasyon kooperasyon bozukluğu olan bireyler

ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmamızdaki tüm hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşama ortamı, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, alkol kullanım durumu, sigara kullanım

gibi sosyodemografik ve subjektif sosyal statü, depresyon-anksiyete durumu, yalnızlık durumu bilgilerini içeren anket formu aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama formunda 4 ana kısım mevcuttur. İlk kısım katılımcıların sosyodemografik verileri, 2.kısım MacArthur subjektif sosyal statü ölçeği, 3.kısım hastane anksiyete depresyon ölçeği ve 4. Kısım Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeğidir.

Sosyodemografik Veri Formu

Tüm hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan hastanın tanıtıcı özelliklerini belirleyen yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşama ortamı ve kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, alkol kullanım durumu, sigara kullanım durumunu sorgulayan toplam 13 soruluk anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

MacArthur Subjektif Sosyal Statü Ölçeği

John D. Ve Catherine T. MacArthur Araştırma Ağı tarafından geliştirilmiştir ve subjektif sosyal statünün yaygın kabul gören tek ölçütüdür (79). Buna göre, katılımcılardan kendilerini, sosyal konumlarını temsil eden bir merdiven üzerinde; eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve mesleki saygınlık açısından başkalarına göre durduğunu düşündükleri basamağa yerleştirmeleri istenmektedir. Çalışmada ortalama subjektif SES skoru, 10 puanlı merdiven ölçeğinde 6.8'dir. Ölçeğin Türkçe çevirisi olmamakla birlikte bu konuyla ilgili yayınlarda sık kullanılan bir ölçektir.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan ölçek anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir (80). Ölçek 7'si depresyon (çift sayılar), 7'si anksiyete (tek sayılar) belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Başlığındaki hastane sözcüğüne karşın alanda ya da birinci basamakta yapılan araştırmalarda da bu ölçekten yararlanılabilmektedir. HAD

ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.

Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

1985 yılında de Jong Gierveld ve Kamphuis tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2015 yılında Akgül ve Yeşilyaprak tarafından yapılmıştır (81). Ölçekte yer alan her bir ifadenin içerdiği durumun ne derece kişi tarafından yaşanıldığı, 3'lü likert tipi bir dereceleme ile belirlenmektedir. Dereceleme şu şekildedir; 0= evet, 1= olabilir, 2= hayır. Kişiyi en iyi ifade ettiği düşünülen dereceleme ifadesinin işaretlenmesi yoluyla ölçek yanıtlanmaktadır. Ölçek maddelerinin beşi düz, altısı ters yönde kodlanmıştır. Olumlu ifadeleri içeren sosyal yalnızlık alt boyutuna ait maddeler (1,4,7,8,11) 0=evet, 1=olabilir, 2=hayır; olumsuz yöndeki ifadeleri içeren, duygusal yalnızlık alt boyutuna ait maddeler (2,3,5,6,9,10) bunun tersi olarak 2=evet, 1= olabilir, 0= hayır şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 22'dir. Toplam yalnızlık dört seviyeye ayrılabilir: 1. Seviye; yalnız değil / yalnızlık hissetmiyor (puan 0-4); 2. Seviye; kabul edilebilir yalnızlık (puan 5-14); 3. Seviye; çok yalnız (puan 15-18); 4. Seviye; Çok yoğun yalnızlık (puan 19-22)

ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ ve DEĞİŞKENLERİ

Çalışmanın temel hipotezi;

H0= Farklı sosyal statüye sahip yaşlı bireylerde geriatrik depresyon ve anksiyete varlığı açısından fark yoktur.

H1= Farklı sosyal statüye sahip yaşlı bireylerde geriatrik depresyon ve anksiyete varlığı açısından fark vardır.

Çalışmanın bağımlı değişkenleri; MacArthur subjektif sosyal statü ölçek toplam puanı, HAD depresyon-anksiyete ölçek toplam puanı, YİYÖ toplam ve alt ölçek puanları olup, çalışmanın bağımsız değişkenleri, yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşama ortamı, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, alkol kullanım durumu ve sigara kullanım durumudur.

ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Çalışma verileri SPSS 16.0 programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde, sıklık, ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası değer kullanılmıştır. Tüm değişkenlerin normal dağılım varsayımı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile değerlendirilmiştir ve normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için Student t test, ANOVA test, Pearson korelasyon analizi ve anormal dağılım gösteren değişkenler için Mann-Whitney U, Spearman korelasyon analizi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p<0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan 27.01.2021 tarihli ve 514/194/37 numaralı alınan etik kurul onayı Ek-3 ile sunulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak dahil olan katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve katılımcılar Aydınlatılmış Onam Formunu (Ek-2) okuyarak imzalamışlardır.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmadaki katılımcıların sosyal statü, depresyon, anksiyete ve yalnızlık durumları ile ilgili verdikleri cevapların; günlük ruhsal durumlarındaki dalgalanma ve sosyokültürel özellik, iç görü ve farkındalık durumlarına göre değişiklik göstermesi çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Bir diğer kısıtlılık ise Büyükada'da yaşayan yaşlıların sosyokültürel olarak orta-yüksek seviyeye sahip olması nedeniyle çalışma sonuçlarının, tüm topluma genellenemez olmasıdır.

4. BULGULAR

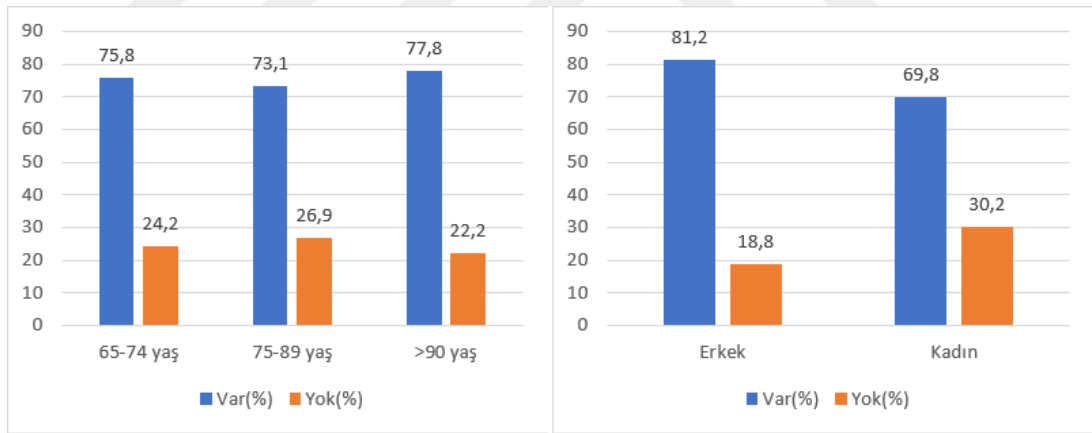
Çalışmaya 251 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %55.4 (n:139) ‘ü kadın, %44.6 (n:112) ‘sı erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu 65-74 yaş aralığında (%59.4; n:149), emekli (%62.2; n:156) ve evli (%58.2; n:146) idi. Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde ağırlıklı olarak 9 yıl ve üstü eğitime sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların sadece %8.4’ü (n=21) asgari ücret altı gelir düzeyine sahipti. Büyük çoğunluğu eşi ile birlikte yaşamaktaydı (%44.6; n=112). Katılımcıların genel özellikleri tablo 9 da verilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların genel özellikleri

		n (%)
Yaş	65-74 yıl	149 (59.4)
	75-89 yıl	93 (37.0)
	90 ve üstü	9 (3.6)
Cinsiyet	Kadın	139 (55.4)
	Erkek	112 (44.6)
Çalışma durumu	Çalışıyor	34 (13.5)
	Emekli	156 (62.2)
	Çalışmıyor	61 (24.3)
Medeni durumu	Evli	146 (58.2)
	Bekar	18 (7.2)
	Dul	68 (27.0)
	Boşanmış	19 (7.6)
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	94 (37.5)
	9 yıl üstü	157 (62.5)
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücret altı	21 (8.4)
	Asgari ücret	62 (24.7)
	Asgari ücret üstü	168 (66.9)
Kimle yaşıyor	Tek başına	47 (18.7)
	Eşi ile beraber	112 (44.6)
	Eş ve çocukları ile	38 (15.2)
	Bakıcı	54 (21.5)

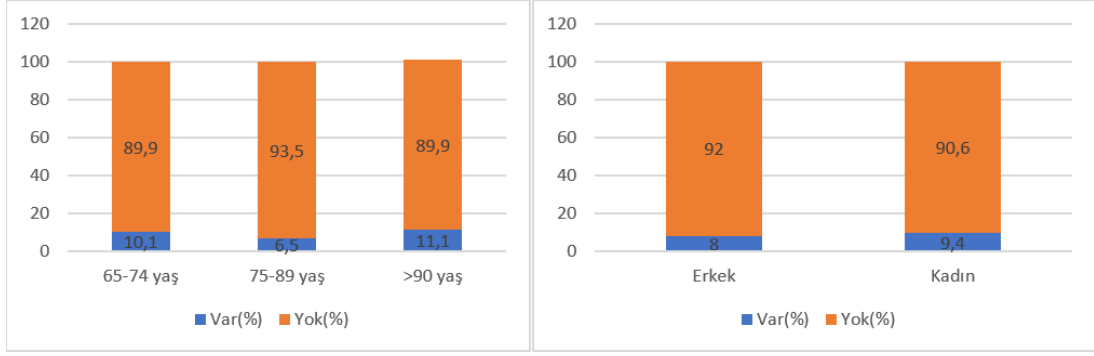
Katılımcıların cinsiyet ve genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde kadın ve erkek katılımcılar arasında yaş grupları ($p=0.344$), eğitim durumu ($p=0.051$) ve kiminle yaşadığı ($p=0.102$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken; gelir düzeyi ($p=0.000$) açısından anlamlı bir farklılık söz konusuydu. Farklılık, asgari ücret altı alan gruptan kaynaklanmaktaydı. Kadınların %15.1'i ($n=21$) asgari ücret altında bir gelir düzeyine sahip iken erkeklerde asgari ücret altı gelir düzeyine sahip olan katılımcı yoktu. Yine kadın katılımcıların %36'sı ($n=50$) dul iken bu oran erkek katılımcılarda %16.1 ($n=18$)'di. Bekar katılımcılar incelendiğinde büyük çoğunluğunun erkek olduğu görüldü (%66.7; $n=12$) ($p=0.002$). Kadın ve erkek katılımcılar arasında çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık mevcuttu. Çalışmayan katılımcıların tamamı kadın iken, aktif çalışanların %67.6'sı ($n=23$) erkekti ($p=0.000$).

Katılımcıların %74'ünün ($n=188$) bir kronik hastalığı vardı. Yaş grupları arasında kronik hastalık varlığı açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.875$). Cinsiyet açısından bakıldığında kadın katılımcıların %69.8'inde ($n=97$), erkek katılımcıların %81.2'sinde ($n=91$) kronik hastalık mevcuttu ($p=0.037$) (Şekil 3).



Şekil 3: Katılımcılarda kronik hastalık varlığının yaş ve cinsiyet ile ilişkisi

Katılımcıların %8.8'inde ($n=22$) bir psikiyatrik rahatsızlık mevcuttu. Yaş grupları arasında psikiyatrik hastalık varlığı açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.606$). Cinsiyet açısından bakıldığında kadın katılımcıların %9.4'ünde ($n=13$), erkek katılımcıların ise %8'inde ($n=8$) psikiyatrik hastalık mevcuttu ($p=0.714$) (Şekil 4).



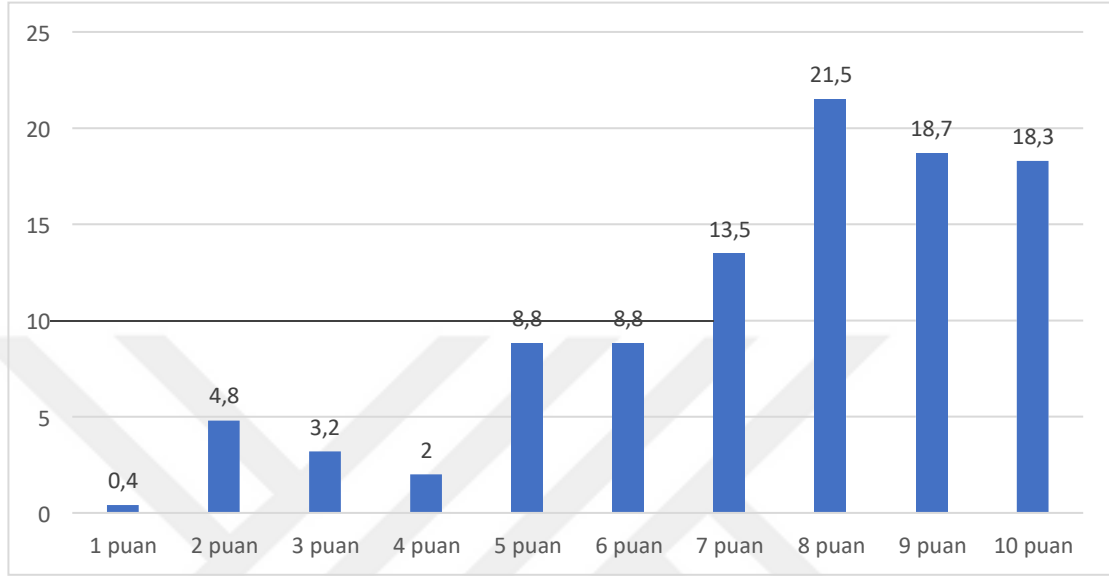
Şekil 4: Katılımcılarda psikiyatrik hastalık varlığının yaş ve cinsiyet ile ilişkisi

Katılımcıların %13.5 (n=34)'ü alkol, %14.3'ü (n=36) sigara kullanmaktaydı. Alkol ve sigara kullanımı ile çalışmaya katılanların sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde her iki davranışın da yaş grupları dışında anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcılarda alkol ve sigara kullanımı varlığının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi

		Alkol kullanımı n (%)	p	Sigara kullanımı n (%)	p
Yaş	65-74 yıl	22 (64.7)	0.161	24 (66.7)	0.609
	75-89 yıl	12 (35.3)		12 (33.3)	
	90 ve üstü	0 (0.0)		0 (0.0)	
Cinsiyet	Kadın	9 (26.5)	0.000	14 (38.9)	0.000
	Erkek	25 (73.5)		22 (61.1)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8 (23.5)	0.002	9 (25.0)	0.000
	Emekli	25 (73.5)		22 (61.1)	
	Çalışmıyor	1 (3.0)		5 (13.9)	
Medeni durumu	Evli	22 (64.7)	0.001	22 (61.1)	0.003
	Bekar	3 (8.8)		6 (16.7)	
	Dul	3 (8.8)		7 (19.4)	
	Boşanmış	6 (17.7)		1 (2.8)	
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	7 (20.6)	0.001	19 (52.7)	0.029
	9 yıl üstü	27 (79.4)		17 (47.3)	
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücret altı	0 (0.0)	0.001	2 (5.6)	0.008
	Asgari ücret	4 (11.8)		13 (36.1)	
	Asgari ücret üstü	30 (88.2)		21 (58.3)	
Kimle yaşıyor	Tek başına	6 (17.6)	0.000	10 (27.8)	0.104
	Eşi ile beraber	15 (44.2)		17 (47.2)	
	Eş ve çocuklar	7 (20.6)		5 (13.9)	
	Bakıcı	6 (17.6)		4 (11.1)	

Katılımcıların subjektif sosyal statüleri MacArthur subjektif sosyal statü ölçeği ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan 7.4 ± 2.2 dir. Ölçek puanları incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı kısmının 7 ve üstü puan aldığı görülmektedir (Şekil 5).



Şekil 5: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanları

Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanları ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (7.6 ± 2.1 vs 7.2 ± 2.2 ; $p=0.247$). Bunun dışında yaş grupları, çalışma durumu, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve kiminle yaşadığı değişkenlerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 11a). Post-hoc analizlerde yaş grupları arasındaki farklılığın 65-74 yaş grubu ile 75-89 yaş grubu arasında olduğu; çalışma grupları arasında ise anlamlılığın çalışmayan grup ile diğer gruplar arasında olduğu görülmüştür. Medeni durum açısından ise farklılığın evli grup ile dul ve boşanmış grup arasında olduğu; eğitim düzeyi açısından ise 8 yıl ve altı eğitim alan grubun ölçek puanları 9 yıl ve üstü eğitim alanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (6.0 ± 2.5 vs 8.2 ± 1.5 ; $p=0.000$). Gelir düzeyi açısından farklılığın asgari ücret altında gelire sahip olanlardan, kiminle yaşadığı değişkeninde ise bakıcı ile kalanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Kronik hastalık varlığı açısından incelendiğinde kronik hastalığı olmayanların ölçek puan ortalamasının olanlara nazaran anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (8.1 ± 2.0 vs 7.1 ± 2.2 ; $p=0.002$), buna karşılık psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır (8.0±2.1 vs 7.3±2.2; p=0.141) (Tablo 11b). Sigara ve alkol kullanımı ile de ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 11c).

TABLO 11a: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi

			p
Yaş	65-74 yıl	7.1±2.3	0.019
	75-89 yıl	7.8±1.8	
	90 ve üstü	8.4±1.5	
Cinsiyet	Kadın	7.2±2.2	0.247
	Erkek	7.6±2.1	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8.1±2.2	0.000
	Emekli	7.8±1.7	
	Çalışmıyor	6.0±2.6	
Medeni durumu	Evli	7.1±2.3	0.000
	Bekar	6.3±2.1	
	Dul	8.0±1.7	
	Boşanmış	8.5±1.4	
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	6.0±2.5	0.000
	9 yıl üstü	8.2±1.5	
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücret altı	4.4±2.4	0.000
	Asgari ücret	6.9±2.1	
	Asgari ücret üstü	7.6±1.9	
Kimle yaşıyor	Tek başına	7.2±2.0	0.000
	Eşi ile beraber	6.8±2.4	
	Eş ve çocukları ile	7.8±1.9	
	Bakıcı	8.5±1.3	

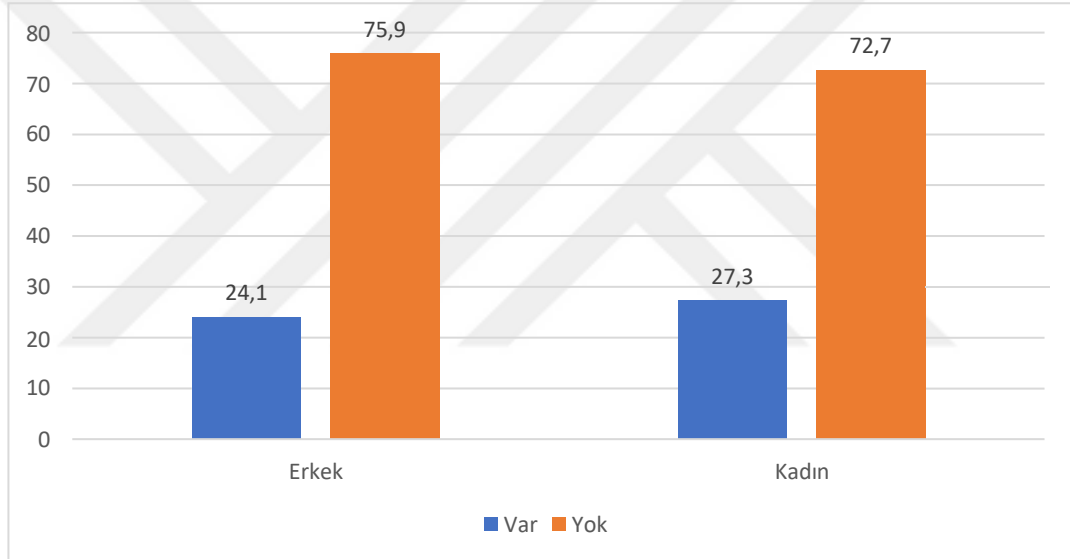
Tablo 11b: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanlarının kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi

			p
Kronik Hastalık	Var	7.1±2.2	0.002
	Yok	8.1±2.0	
Psikiyatrik Hastalık	Var	8.0±2.1	0.141
	Yok	7.3±2.2	

Tablo 11c: Katılımcıların MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanlarının alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi

			p
Alkol kullanımı	Var	7.7±2.3	0.079
	Yok	6.9±2.3	
Sigara kullanımı	Var	6.7±2.0	0.126
	Yok	7.4±2.3	

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri HAD ölçeği ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları depresyon ortanca puanı 4.0 (min:0-max:19) dır. Ölçek puanları incelendiğinde katılımcıların %25.9 ‘unda (n=65) depresyon riski olduğu belirlenmiştir (Şekil 6).



Şekil 6: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riski varlığı

HAD depresyon ölçeği kesme puanı 7 olarak kabul edilmiş ve 6 ve altındaki değerler depresyon riski yok, 7 ve üstü değerler depresyon riski var olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların HAD depresyon ölçeğine göre depresyon riski olma durumu ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde demografik değişkenlerden sadece çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çalışma durumu ele alındığında depresyon riski olanların %7.7’si (n=5), depresyon riski olmayanların ise %15.6’sı (n=29) aktif çalışmakta idi. Hiç çalışmamış grup dikkate alındığında %60.7’si (n=37) depresyon riski yokken %39.3’ünün (n=24) depresyon riski bulunmaktaydı (p=0.013). Eğitim düzeyi açısından depresyon riski

olanların %49.2'si (n=32) 8 yıl ve altı eğitime sahipken, depresyon riski olmayanlarda bu oran %33.3 (n=62) tür (p=0.026) (Tablo 12a).

Tablo 12a: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riskinin demografik değişkenler ile ilişkisi

		Depresyon riski yok	Depresyon riski var	p
Yaş	65-74 yıl	108 (58.0)	41 (63.1)	0.775
	75-89 yıl	71 (38.2)	22 (33.8)	
	90 ve üstü	7 (3.8)	2 (3.1)	
Cinsiyet	Kadın	101 (54.3)	38 (58.5)	0.664
	Erkek	85 (45.7)	27 (41.5)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	29 (15.6)	5 (7.7)	0.013
	Emekli	120 (64.5)	36 (55.4)	
	Çalışmıyor	37 (19.9)	24 (36.9)	
Medeni durumu	Evli	110 (59.1)	36 (55.4)	0.079
	Bekar	11 (5.9)	7 (10.8)	
	Dul	47 (25.3)	21 (32.3)	
	Boşanmış	18 (9.7)	1 (1.5)	
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	62 (33.3)	32 (49.2)	0.026
	9 yıl üstü	124 (66.7)	33 (50.8)	
Aylık gelir düzeyi	<Asgari ücret	13 (7.0)	8 (12.4)	0.065
	Asgari ücret	40 (21.5)	22 (33.8)	
	>Asgari ücret	133 (80.5)	35 (53.8)	
Kimle yaşıyor	Tek başına	34 (18.3)	13 (20.0)	0.861
	Eşi ile beraber	85 (45.7)	27 (41.5)	
	Eş ve çocuklar	29 (15.6)	9 (13.9)	
	Bakıcı	38 (20.4)	16 (24.6)	

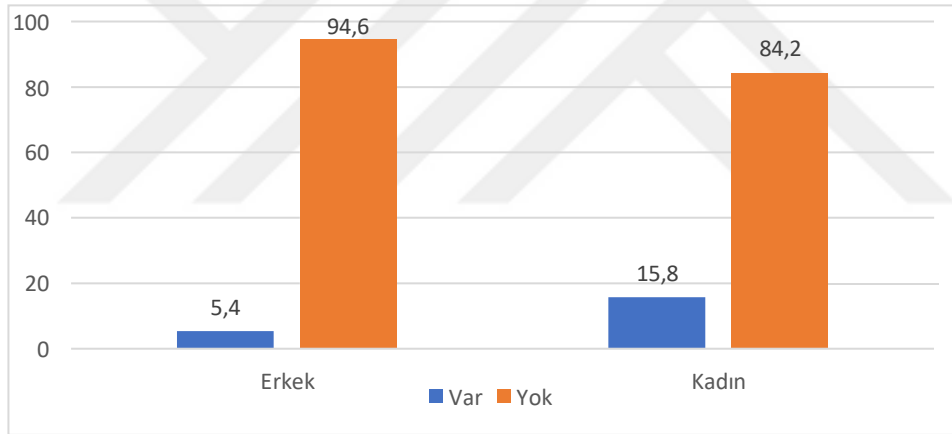
Tablo 12b: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riskinin kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi

		Depresyon riski var	Depresyon riski yok	p
Kronik Hastalık	Var	136 (73.1)	52 (80.0)	0.271
	Yok	50 (26.9)	13 (20.0)	
Psikiyatrik Hastalık	Var	17 (9.1)	5 (7.7)	0.722
	Yok	169 (90.9)	60 (92.3)	

Tablo 12c: Katılımcıların HAD ölçeğine göre depresyon riskinin alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi

		Depresyon riski var	Depresyon riski yok	p
Alkol kullanımı	Var	33 (17.7)	1 (1.5)	0.000
	Yok	153 (82.3)	64 (98.5)	
Sigara kullanımı	Var	27 (14.5)	9 (13.8)	1.000
	Yok	159 (85.5)	56 (86.2)	

Katılımcıların HAD ölçeği ile anksiyete riskleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları anksiyete ortanca puanı 3.0 (min:0-max:21) tür. Ölçek puanları incelendiğinde katılımcıların %11.2'sinde (n=28) anksiyete riski olduğu belirlenmiştir (Şekil 7).



Şekil 7: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riski varlığı

HAD anksiyete ölçeği kesme puanı 10 olarak kabul edilmiş ve 9 ve altındaki değerler anksiyete riski yok, 10 ve üstü değerler anksiyete riski var olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların HAD anksiyete ölçeğine göre anksiyete riski olma durumu ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde demografik değişkenlerden sadece cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Anksiyete riski olan katılımcıların %78.6 (n=22) sı kadın iken, %21.4 (n=6) erkektir (p=0.009). Çalışma durumu ele alındığında anksiyete riski olanların %7.1'i (n=2) aktif çalışmakta iken, bu oran anksiyete riski olmayanlarda %14.3 (n=32)dir. Anksiyete riski olanların %46.4 (n=13) hiç çalışmamış iken,

anksiyete riski olmayanlarda bu oran %21.5 (n=48) dir (p=0.014). Eğitim düzeyi açısından anksiyete riski olanların %60.7'si (n=17) 8 yıl ve altı eğitime sahipken, anksiyete riski olmayanlarda bu oran %34.5 (n=77) tür (p=0.012) (Tablo 13a).

Tablo 13a: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riskinin demografik değişkenler ile ilişkisi

		Anksiyete riski yok	Anksiyete riski var	p
Yaş	65-74 yıl	132 (59.2)	17 (60.7)	0.554
	75-89 yıl	82 (36.8)	11 (39.3)	
	90 ve üstü	9 (4.0)	0 (0.0)	
Cinsiyet	Kadın	117 (52.5)	22 (78.6)	0.009
	Erkek	106 (47.5)	6 (21.4)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	32 (14.3)	2 (7.2)	0.014
	Emekli	143 (64.2)	13 (46.4)	
	Çalışmıyor	48 (21.5)	13 (46.4)	
Medeni durumu	Evli	130 (58.3)	16 (57.1)	0.551
	Bekar	17 (7.6)	1 (3.6)	
	Dul	58 (26.0)	10 (35.7)	
	Boşanmış	18 (8.1)	1 (3.6)	
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	77 (34.5)	17 (60.7)	0.007
	9 yıl üstü	146 (65.5)	11 (39.3)	
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücret altı	17 (7.6)	4 (14.3)	0.012
	Asgari ücret	49 (22.0)	13 (46.4)	
	Asgari ücret üstü	157 (70.4)	11 (39.3)	
Kimle yaşıyor	Tek başına	39 (17.5)	8 (28.6)	0.419
	Eşi ile beraber	99 (44.4)	13 (46.4)	
	Eş ve çocukları ile	35 (15.7)	3 (10.7)	
	Bakıcı	50 (22.4)	4 (14.3)	

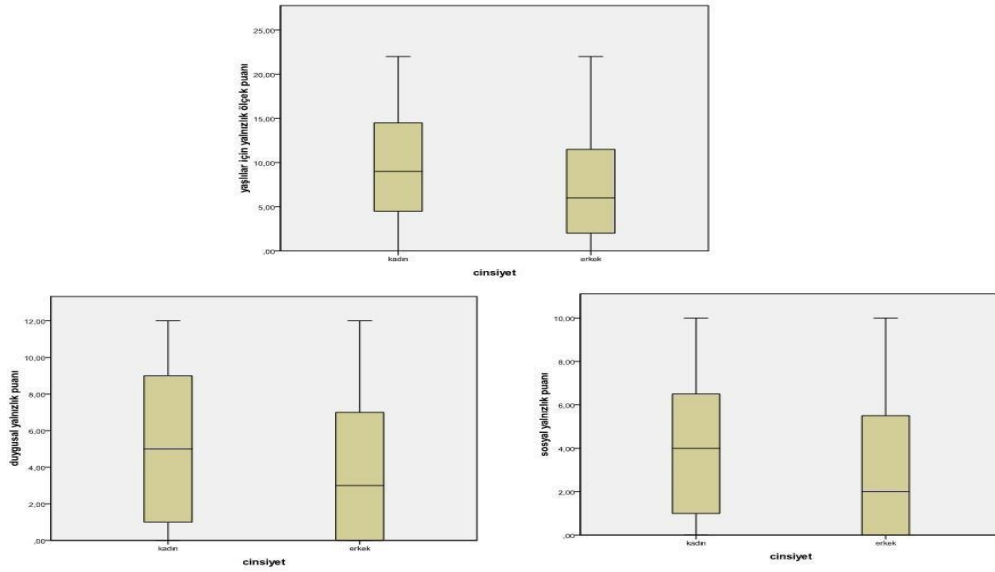
Tablo 13b: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riskinin kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi

		Anksiyete riski var	Anksiyete riski yok	p
Kronik Hastalık	Var	167 (74.9)	21 (75.0)	0.990
	Yok	56 (25.1)	7 (25.0)	
Psikiyatrik hastalık	Var	19 (8.5)	3 (10.7)	0.699
	Yok	204 (91.5)	25 (89.3)	

Tablo 13c: Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete riskinin alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi

		Anksiyete riski var	Anksiyete riski yok	p
Alkol kullanımı	Var	34 (15.2)	0 (0.0)	0.019
	Yok	189 (84.8)	28 (100)	
Sigara kullanımı	Var	34 (15.2)	2 (7.1)	0.390
	Yok	189 (84.8)	26 (92.9)	

Katılımcıların yalnızlık düzeyleri Yaşlılar için Yalnızlık ölçeği (YİYÖ) ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan 8.4 ± 3.7 dir. Ölçeğin alt boyutları olan sosyal yalnızlık puan ortalaması 3.7 ± 3.3 iken, duygusal yalnızlık puan ortalaması 4.6 ± 4.0 dir. (Şekil 8).



Şekil 8: Katılımcıların cinsiyete göre YİYÖ puanları

Katılımcıların YİYÖ puanları sınıflandırıldığında %33.1'i (n=83) kendini yalnız hissetmemekte, %48.2'si (n=121) ise kabul edilebilir düzeyde yalnız hissetmektedir. Kendini çok yalnız hissedenlerin oranı %9.2 (n=23) iken çok yoğun yalnız hissedenlerin oranı %9.6 (n=24) dır.

Katılımcıların YİYÖ sınıfları ile demografik değişkenler ile arasındaki ilişkiler Tablo 14c de verilmiştir. Tablo izlendiğinde demografik değişkenlerden cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve kiminle yaşadığı ile anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ek olarak alkol kullanım durumu ile anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır (Tablo 14b). Katılımcıların ölçeğin alt başlıkları olan sosyal ve duygusal yalnızlık puanları ve demografik değişkenler, kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ve alkol/sigara kullanımı ile ilişkileri Tablo 15a/b/c de verilmiştir.

Tablo 14a: Katılımcıların YİYÖ'ne göre yalnızlık düzeylerinin kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkisi

		Yalnız hissetmeyen	Kabul edilebilir yalnızlık	Çok yalnız	Çok yoğun yalnız	p
Kronik Hastalık	Var	62 (74.7)	91 (75.2)	14 (60.9)	21 (87.5)	0.217
	Yok	21 (25.3)	30 (24.8)	9 (39.1)	3 (12.5)	
Psikiyatrik hastalık	Var	6 (7.2)	13 (10.7)	1 (4.3)	2 (8.3)	0.705
	Yok	77 (92.8)	108(89.3)	22 (95.7)	22 (91.7)	

Tablo 14b: Katılımcıların YİYÖ'ne göre yalnızlık düzeylerinin alkol/sigara kullanımı ile ilişkisi

		Yalnız hissetmeyen	Kabul edilebilir yalnızlık	Çok yalnız	Çok yoğun yalnız	p
Alkol kullanımı	Var	21 (25.3)	13 (10.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.000
	Yok	62 (74.7)	108 (89.3)	23 (100)	24 (100)	
Sigara kullanımı	Var	15 (18.1)	15 (12.4)	2 (8.7)	4 (16.7)	0.569
	Yok	68 (81.9)	106 (87.6)	21 (91.3)	20 (83.3)	

Tablo 14c: Katılımcıların YİYÖ'ne göre yalnızlık düzeylerinin sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi

		Yalnız hissetmeyen	Kabul edilebilir yalnızlık	Çok yalnız	Çok yoğun yalnız	p
Yaş	65-74 yıl	52 (62.7)	67 (55.4)	14 (60.9)	16 (66.7)	0.216
	75-89 yıl	31 (37.3)	47 (38.8)	7 (30.4)	8 (33.3)	
	90 ve üstü	0 (0.0)	7 (5.8)	2 (8.7)	0 (0.0)	
Cinsiyet	Kadın	35 (42.2)	69 (57.0)	16 (69.6)	19 (79.2)	0.004
	Erkek	48 (57.8)	52 (43.0)	7 (30.4)	5 (20.8)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	16 (19.3)	15 (12.4)	2 (8.7)	1 (4.1)	0.000
	Emekli	53 (63.9)	80 (66.1)	16 (69.6)	7 (29.2)	
	Çalışmıyor	14 (16.8)	26 (21.5)	5 (21.7)	16 (66.7)	
Medeni durumu	Evli	60 (72.3)	64 (52.9)	8 (34.8)	14 (58.3)	0.001
	Bekar	7 (8.4)	6 (5.0)	1 (4.3)	4 (16.7)	
	Dul	12 (14.5)	37 (30.5)	13 (56.5)	6 (25.0)	
	Boşanmış	4 (4.8)	14 (11.6)	1 (4.4)	0 (0.0)	
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	30 (36.1)	39 (32.2)	10 (43.5)	15 (62.5)	0.041
	9 yıl üstü	53 (63.9)	82 (67.8)	13 (56.5)	9 (37.5)	
Aylık gelir düzeyi	< Asgari ücret	5 (6.0)	10 (8.2)	1 (4.3)	5 (20.8)	0.040
	Asgari ücret	17 (20.5)	27 (22.3)	9 (39.2)	9 (37.5)	
	> Asgari ücret	61 (73.5)	84 (69.5)	13 (56.5)	10 (41.7)	
Kimle yaşıyor	Tek başına	15 (18.1)	20 (16.5)	5 (21.7)	7 (29.2)	0.001
	Eşi ile beraber	50 (60.2)	44 (36.4)	5 (21.7)	13 (54.2)	
	Eş ve çocuklar	11 (13.3)	22 (18.2)	4 (17.4)	1 (4.1)	
	Bakıcı	7 (8.4)	35 (28.9)	9 (39.2)	3 (12.5)	

Tablo 15a: Katılımcılarının sosyal ve duygusal yalnızlık puanlarının demografik değişkenler ile ilişkileri

		Sosyal yalnızlık puanı	p	Duygusal yalnızlık puanı	p
Yaş	65-74 yıl	3.9±3.3	0.715	4.4±4.2	0.049
	75-89 yıl	3.5±3.7		4.8±3.9	
	90 ve üstü	3.7±3.4		7.6±1.1	
Cinsiyet	Kadın	4.1±3.3	0.050	5.3±4.3	0.006
	Erkek	3.3±3.2		3.9±3.6	
Çalışma durumu	Çalışıyor	2.3±2.8	0.000	3.9±3.7	0.162
	Emekli	3.5±3.1		4.4±3.8	
	Çalışmıyor	5.2±3.3		5.6±4.6	
Medeni durumu	Evli	3.6±3.3	0.062	3.9±4.0	0.001
	Bekar	5.0±3.6		4.4±4.9	
	Dul	4.1±3.2		6.3±3.6	
	Boşanmış	2.2±2.3		5.1±3.1	
Eğitim düzeyi	8 yıl altı	5.0±3.5	0.000	4.2±4.3	0.207
	9 yıl üstü	3.0±2.9		4.9±3.9	
Aylık gelir düzeyi	< Asgari ücret	5.7±3.2	0.000	4.6±4.6	0.569
	Asgari ücret	4.6±3.4		5.0±4.2	
	> Asgari ücret	3.5±3.1		4.8±3.9	
Kimle yaşıyor	Tek başına	4.5±3.3	0.120	4.5±4.2	0.000
	Eşi ile beraber	3.8±3.4		3.7±4.1	
	Eş ve çocuklar	2.7±2.8		4.7±3.6	
	Bakıcı	3.6±3.1		6.6±3.2	

Tablo 15b: Katılımcılarının sosyal ve duygusal yalnızlık puanlarının kronik/psikiyatrik hastalık varlığı ile ilişkileri

		Sosyal yalnızlık puanı	p	Duygusal yalnızlık puanı	p
Kronik Hastalık	Var	4.0±3.3	0.021	4.4±4.1	0.067
	Yok	2.9±2.9		5.3±3.8	
Psikiyatrik hastalık	Var	3.1±2.6	0.485	5.8±3.7	0.155
	Yok	3.8±3.3		4.5±4.1	

Tablo 15c: Katılımcılarının sosyal ve duygusal yalnızlık puanlarının alkol/sigara kullanımı ile ilişkileri

		Sosyal yalnızlık puanı	p	Duygusal yalnızlık puanı	p
Alkol kullanımı	Var	1.5±2.2	0.000	2.6±3.1	0.040
	Yok	4.3±3.3		4.3±4.3	
Sigara kullanımı	Var	4.2±3.3	0.557	3.8±4.2	0.177
	Yok	3.9±3.3		4.8±4.3	

MacArthur subjektif sosyal statü ölçeği puanları ile HAD ölçeği depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki mevcuttur ($r=-0.189$; $p=0.003$). MacArthur ölçeği puanları ile HAD anksiyete puanları arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=0.645$; $p=0.000$). Öte yandan MacArthur subjektif sosyal statü ölçek puanı ile YİYÖ puanı arasında anlamlı bir korelasyon gösterilememiştir ($r=-0.061$; $p=0.333$). HAD depresyon puanı ile YİYÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon mevcuttur ($r=0.695$; $p=0.000$). YİYÖ alt grupları ile HAD depresyon puan arasındaki ilişki incelendiğinde sosyal yalnızlık puanı ile pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon ($r=0.619$; $p=0.000$), duygusal yalnızlık puanı ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=0.566$; $p=0.000$). HAD ölçeğine göre depresyon riski olma durumu ile YİYÖ ölçeğine göre belirlenen yalnızlık düzeylerinin ilişkisi Tablo 16 da verilmiştir. Kendini yalnız hissetmeyenlerin %94 ünde ($n=78$) depresyon riski yokken, bu oran çok yalnız hissedenlerde %78.3 ($n=18$) ve çok yoğun yalnız hissedenlerde %87.5 ($n=21$)dir ($p=0.000$).

Tablo 16: Katılımcıların HAD ölçeğine göre hesaplanan depresyon riski ile YİYÖ ölçeğine göre belirlenen yalnızlık düzeyi ilişkisi

	Depresyon riski var	Depresyon riski yok	p
Yalnız hissetmiyor	5 (6.0)	78 (94.0)	0.000
Kabul edilebilir yalnız	21 (17.4)	100 (82.6)	
Çok yalnız	5 (21.7)	18 (78.3)	
Çok yoğun yalnız	3 (12.5)	21 (87.5)	

HAD anksiyete puanı ile YİYÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon mevcuttur ($r=0.595$; $p=0.000$). YİYÖ alt grupları ile HAD anksiyete puan arasındaki ilişki incelendiğinde sosyal yalnızlık puanı ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=0.475$; $p=0.000$), duygusal yalnızlık puanı ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($r=0.529$; $p=0.000$). HAD ölçeğine göre anksiyete riski olma durumu ile YİYÖ ölçeğine göre belirlenen yalnızlık düzeylerinin ilişkisi Tablo 17 de verilmiştir. Kendini yalnız hissetmeyenlerin %1.2 sinde ($n=1$) anksiyete riski varken, bu oran artarak çok yalnız hissedenlerde %30.4'e ($n=7$) ve çok yoğun yalnız hissedenlerde %41.7 ($n=10$) ye yükselmektedir ($p=0.000$).

Tablo 17: Katılımcıların HAD ölçeğine göre hesaplanan anksiyete riski ile YİYÖ ölçeğine göre belirlenen yalnızlık düzeyi ilişkisi

	Anksiyete riski var	Anksiyete riski yok	p
Yalnız hissetmiyor	1 (1.2)	82 (98.8)	0.000
Kabul edilebilir yalnız	10 (8.3)	111 (91.7)	
Çok yalnız	7 (30.4)	16 (69.6)	
Çok yoğun yalnız	10 (41.7)	14 (58.3)	

5. TARTIŞMA

Yaşlılık, insan yaşamının son dönemi olarak bilinen, gelişme ve olgunlaşmanın ardından gelen, kalıtsal yapı ve çevre arasındaki bağın en üst düzeyde olduğu spesifik biyopsikososyal değişimlerin meydana geldiği, hayatın sorgulandığı, kronik hastalıkların ve gerilemenin görüldüğü ileri yaş dönemi olarak tanımlanmaktadır (28). Yaşlılık; duygu-durum değişikliklerinin fazlaca olduğu bir dönem olarak görülmekte olup bu yaş grubundaki kişilerde çeşitli ruhsal değişiklikler meydana gelmekte ve fiziksel-ruhsal rahatsızlıklara sık rastlanmaktadır (5). Çalışmamızda Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Büyükkada Eğitim Aile Sağlığı Merkezine, herhangi bir şikayet ile başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin subjektif sosyal statüsünün geriatrik depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete riskinin yalnızlık ile ilişkili olabileceği düşünülerek yalnızlık durum tespiti için de veriler eklenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan yaşlı bireylerin %55.4'ü kadın, %44.6'sı erkek olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu 65-74 yaş aralığında, %62.2'si emekli ve %58.2'si evlidir. Eğitim düzeyi incelendiğinde ağırlıklı olarak 9 yıl ve üstü eğitime sahip oldukları, eşi ile birlikte yaşadıkları ve sadece %8.4'ünün asgari ücret altı gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %74'ünün en az bir kronik hastalığı ve %8.8'inde de bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmuştur.

Çalışmada kadınların oranı erkeklerden fazladır. Bu oranın kadın bireylerin lehine olmasının nedeni; kadın ömrünün erkek ömründen daha uzun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. TÜİK verilerine göre toplam nüfusun %49,9'unu kadınlar, %50,1'ini ise erkekler oluşturmakta iken kadın ve erkek arasındaki bu oransal denge, 60 yaş ve üzeri grupla birlikte kadınların lehine değişmiştir. Kadın nüfusun oranı, 60-74 yaş grubunda %52,3 iken 90 yaş ve üzeri grupta %73,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızla benzer sonuç olarak, yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2'sini erkek, %55,8'ini kadın nüfus oluşturduğu saptanmıştır (31). DSÖ 65-74 arası yaş aralığını 'yaşlılık' olarak sınıflamakta ve çalışmamızda çoğunlukta olan grubu temsil etmektedir (3).

Çalışmamızla paralel olarak, işgücüne katılma oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkek nüfusta %20,1 iken yaşlı kadın nüfusta %5,6 olarak bulunmuştur (31).

Yaşlı erkek nüfusun 2020 yılında %1,2'sinin bekar, %83,8'inin evli, %3,4'ünün boşanmış, %11,6'sının dul olduğu görülürken yaşlı kadın nüfusun %2,6'sının bekar, %45,8'inin evli, %3,8'inin boşanmış, %47,7'sinin ise dul olduğu görülmüştür (31). Çalışmamızda literatürden farklı olarak, anlamlı ölçüde bekar katılımcıların çoğunluğunu erkek bireyler oluşturmuştur.

Eğitim düzeyine göre yaşlı nüfus incelendiğinde, 2019 yılında 8 yıl ve altı eğitim görenler %52,8, 9 yıl ve üstü eğitim görenler %14,5 iken; çalışmamızda bu oranın tam tersi olarak % 62,5 ile 9 yıl ve üstü eğitim alanların çoğunlukta olması, çalışma yapılan bölgenin sosyo-kültürel seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (31). Yaşlı nüfusun eğitim düzeyi cinsiyete göre incelendiğinde, bitirilen tüm eğitim düzeylerinde erkek nüfus oranının kadın nüfus oranından daha yüksek olduğu saptanırken çalışmamızda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Güncel verilere göre hanelerin %24,0'ında en az bir yaşlı birey yaşadığı ve bu hanelerin %46,4'ünü tek çekirdek aileden oluşan hane halkının oluşturduğu görülmüştür. Bu oran, çalışmamızla paralellik göstermektedir (31).

Kronik hastalıkların sıklığı ve insidansı yaş alma birlikte artış eğilimindedir (2). Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer olarak; bir çalışmada 65 yaş ve üzeri kronik hastalık prevalansı % 66,5 ve Özdemir ve arkadaşlarının yaşlılarda bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörlerini araştıran başka bir çalışmada da yaşlıların %78,8'inde en az bir kronik hastalıkları olduğu sonucu bulunmuştur (24,82).

Yapılan araştırmalarda yaşlı nüfusun %25'inde önemli ölçüde psikiyatrik belirtiler bulunmuştur (83). Çalışmamızda literatürden farklı olarak katılımcıların %8,8'inde bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu farklılığın çalışma bölgesindeki yaşama koşullarının daha yüksek standartlar barındırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim, gelir ve meslek faktörlerini inceleyen MacArthur subjektif sosyal statü ölçeği, insanların sosyal statülerini ortaya koymada önemli bir ölçek olarak ortaya

çıkılmaktadır. Çalışmamızda da gelir düzeyi, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile subjektif sosyal statü ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu bulguları destekleyen çalışmalar mevcuttur (84,85). Türkiye örnekleminde ilk yapılan çalışma olan Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek basamaklarında 7 puan ve üstü alan katılımcılar %70 oranında olup çalışmamızla paralellik göstermektedir (14).

Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında cinsiyet faktörü ele alındığında anlamlı olarak erkekler daha yüksek hane halkı gelir düzeyi ve mesleki statüye sahip ve gelir düzeyi için bakıldığında, en yüksek gelir düzeyine sahip grubun %61'i erkek olup, en düşük gelir düzeyine sahip grubun %65'i kadinken, çalışmamızda farklı olarak kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır (14). Bu farklılık çalışmamızın, kesitsel ve toplumsal olarak daha yüksek standartlarda yaşayan katılımcılar ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu konuda çalışmamız Türkiye'deki toplumsal cinsiyet eşitsizliğini yansıtmamaktadır.

Başka bir çalışmada subjektif sosyal statünün yaş alma ile birlikte arttığı, evliler için daha yüksek olduğu, kadınlar için düştüğü görülmüş ve daha iyi eğitilmiş, daha yüksek gelire sahip kişiler kendilerini merdivende ortalamadan daha yüksekte gördüğü saptanmıştır (86). Çalışmamızla yaş grupları, eğitim ve gelir düzeyi açısından paralellik gösterirken, evli bireyler için saptanan farklılık çalışmamızda negatif olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşlılarda yapılan başka bir çalışmada cinsiyet faktöründen bağımsız olarak dul veya bekar olmanın sosyal statüyü önemli ölçüde düşürdüğü ve bu neticenin tamamen yaş değişkeninden kaynaklanabileceği bildirilmiştir (87). Çalışmamızda Dul ve boşanmış katılımcıların subjektif sosyal statü ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olmasının sebebi katılımcıların evlilikle birlikte gelir durumundan ziyade gider durumunda artış yaratmasıyla yaşam standartlarında azalmadan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Giatti ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak yaşlı bireyler ve yüksek öğrenim alanlarda subjektif sosyal statü açısından anlamlı olarak farklılık bulunmuştur. Çalışmada diğer çalışmalara benzer olarak erkek cinsiyette anlamlı fark mevcutken, çalışmamızda olmamasının nedeni katılımcıların cinsiyet ve eğitim düzeyleri incelendiğinde birbirine benzer özellik göstermesinden kaynaklandığı

düşünülmektedir (88). Cinsiyet değişkeni açısından çalışmamızı destekleyici olarak literatürde çalışmalar bulunmaktadır (89,90). Bu çalışmalardaki ortak özellik cinsiyet ve eğitim değişkenlerinin yine çalışmamızla benzerlik göstermesidir.

Çalışmamızla paralel olarak sağlıkla ilgili statünün ölçümünün yapıldığı çalışmalarda çeşitli bedensel rahatsızlıkların, kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (87).

Literatürde alkol ve sigara kullanımı ile subjektif sosyal statü arasında çalışmamızda olduğu gibi bağımsız bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik stres, negatif düşünceler, subjektif düşünce yapısı ile anlamlı ilişki bulunmuşken çalışmamızda psikolojik hastalık tanısı olanlarda anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır (84). Bu durumun sebebi çalışmamızda direkt psikolojik durumları sorgulamaktan ziyade tanı olarak gruplandırma yapmamızdan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yaşlılarda depresyon riskinin varlığı ve bu durumu etkileyen faktörler incelenmiştir. Ölçek puanları incelendiğinde katılımcıların %25,9 'unda depresyon riski olduğu belirlenmiştir. Yaş alma birlikte depresyon riskinin arttığı bilinmektedir. Birçok araştırmada yaşlı depresyonunun, toplum örnekleminde %25'e kadar yükseldiği ve yaşlı bakım merkezlerinde bu oranın daha da yüksek olduğu saptanmıştır (51). Depresyonun yaygınlığı yaşlılarda %8,9 ile %62,2 arasında olduğu bildirilmekte olup toplum temelli çalışmalarda ve klinik temelli çalışmalarda % 42,4 ila %72 arasında bulunmuştur (52). Literatür incelendiğinde yaşlılarda yapılan bir çalışmada katılımcıların %53,2'sinin depresif puanlarının sınır değerinin üzerinde olduğu, farklı bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %10-25'inde önemli seviyede depresif semptom olduğu saptanmıştır (83). Martha ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlıların %13,5'i majör depresyonda saptanmıştır (91). Depresyonla ilgili yapılan diğer çalışmalarda, Maral ve arkadaşları huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılardaki depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri konulu araştırmalarında, evde yaşayan yaşlılarda depresyon bulgu sıklığı %24,3 bulunmuştur. Bekaroğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise, evde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığı %29,0 olarak bulunmuştur (83). Çalışmamızdaki katılımcıların ev ortamında yaşadıkları göz önüne alınırsa bulgular birbirine benzerlik göstermektedir.

Yaş ile depresyon puan ortancası karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (92,93).

Çalışma durumu ele alındığında depresyon riski olanların %7.7'si, depresyon riski olmayanların ise %15.6'sı aktif çalışmakta; öte yandan hiç çalışmamış grup karşılaştırıldığında çoğunluğunda depresyon riski bulunmamıştır. Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışma durumu ve depresyon riski arasında anlamlı fark bulunmamıştır (94). Bahar'ın hem de Bahar ve arkadaşlarının çalışmalarında da, hastaların mesleki durumlarının depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır. (95,96) Bu farklılık çalışmamızın yaşlı bireyle ile yürütülmesi nedeniyle yaşlı bireylerin çalışma hayatında olduklarında kendilerini daha aktif, işe yarar hissetmesinden ve bu durumun depresyon riskini azaltmasından kaynaklandığı; aktif çalışma hayatı hiç olmamış bireylerin depresyon riskinin az olmasının nedeni ise çalışma hayatının stresli bir süreç olarak tanımlanmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatürde yaşlı bireylerde çalışma durumuna ilişkin bulgu bulunamamıştır. Bu durum 65 yaş ve üstü bireylerin tümünün emekli ya da çalışmıyor olarak kabul edilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Eğitim düzeyi açısından düşük eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların depresyon riski varlığı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Depresyon riskinin HAD ölçeğiyle araştırıldığı bir çalışmada; hastaların eğitim seviyeleri düştükçe depresyon puan ortalamalarının yükseldiği, okur-yazar olmayanların depresyon puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Önceki birçok çalışmada da çalışmamıza paralel olarak düşük eğitim seviyesinin depresyon için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (94,97)

Katılımcıların %74 'ünde en az bir kronik hastalık mevcutken, kronik hastalığı olanların %80'inde depresyon riski vardı. Ancak depresyon riski açısından kronik hastalık varlığı anlamlı farklılığa sahip değildi. Literatürde sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (83,97,98).

Çalışmamızda alkol kullanımı olanlarda depresyon riski az olarak bulunmuş, negatif olarak korelasyon saptanmıştır. Literatürde bulgumuzu destekleyen çalışmalarda bağımlılık puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır (48). Bu durumun

sebebi alkol kullanan bireylerin alkol aldıkları dönemde depresif belirtilerini görmezden gelmeleri ya da psikolojik durumlarını fark edecek seviyede mental açıklığa sahip olmamalarından kaynaklandığı düşünülebilmektedir.

Üstün ve arkadaşlarının da üzerinde durduğu gibi depresyonu etkileyen değişkenlerin incelendiği araştırmaların bir kısmında kişisel özelliklerin depresyonu etkilediği bazı çalışmalarda da etkilemediği saptanmıştır. Depresyonun tek bir faktöre bağlı olmadığı, biyopsikososyal faktörlerin bütüncül yaklaşımla araştırılması gerektiği ve örneklem özelliklerinin yok sayılmaması gerektiği vurgulanmaktadır (98).

Ölçek puanları incelendiğinde katılımcıların %11.2'sinde anksiyete riski olduğu belirlenmiştir. Anksiyetenin dünyadaki prevalansı yaklaşık %7.3 iken Avrupa'da Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Araştırmasına (ESEMeD) göre, katılımcıların olduğu ülkelerde kaygı bozukluklarının görülme oranı %14,5 ve 12 aylık proseste görülme oranı ise %8,4 olarak saptanmıştır (62,64). Yaşlılıkla beraber kaygı bozukluklarında bir azalma saptanmış olup, Amerika'daki bir çalışmada anksiyetenin bir yıllık görülme oranı genç yaşlılarda %8 iken, 75 yaş ve üstü grupta ise %5.6 olarak bulunmuştur (65). Yaşlıların kendi grupları içinde yaş alma ile anksiyete oranı azalsa da yetişkin yaş grubu ile karşılaştırıldığında yaşlılarda anksiyete bozukluklarına sık rastlanmıştır olup görülme sıklığı %10-20 arasında değişmektedir (67). Çalışmamız sonuçları literatürle uyumlu iken farklılık gösteren çalışmalar da mevcuttur. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların %51,2'sinin anksiyete alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları görülmüştür (99). Yine başka bir çalışmada hastaların %53.5'inin anksiyete riski varlığı saptanmıştır (94).

Anksiyete riski olan katılımcıların %78.6 sı kadın iken, %21.4 'ü erkek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bir çalışmada kadınların %52.9'unda anksiyete belirtilerine sahip olduğu ve kadınların anksiyete puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli derecede fazla olduğu saptanmıştır (99). Heun ve arkadaşları anksiyete bozukluklarının sıklığının yaş, cinsiyet ve önceki mesleki seviyeden etkilendiğini saptamışlardır (100). Bahar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsiyet ile anksiyete durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (101).

Anksiyetenin çalışma durumuna etkisiyle ilgili yapılan birkaç çalışmada hastaların çalışma durumlarının, mesleklerinin anksiyete puan ortalamalarını

etkilemediği belirlenmiştir (94,101). Ancak bizim çalışmamızı destekler nitelikte hem Bahar'ın hem de Bahar ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, hastaların mesleki durumlarının anksiyete puan ortalamasını önemli derecede etkilediği saptanmıştır (95,96). Literatürdeki bu farklılığın çalışmaların hastane, huzurevi gibi ortamlarda yapılmasından etkilenildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi açısından anksiyete riski olanların %60.7'si 8 yıl ve altı eğitime sahip olup, 9 yıl ve üstü eğitim alanlardan anksiyete riski açısından anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Aydemir ve arkadaşlarının çalışmasında da okuryazar olmayanların emosyonel durumunun daha kötü olduğu sonucu saptanmıştır (94). Bahar ve arkadaşları diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada, eğitim seviyesi düştükçe hastaların anksiyete puan ortalamalarının arttığı ve artışın önemli olduğu bildirilmiştir (96). Yapılan başka bir çalışma neticesine göre eğitim seviyesi arttıkça hastaların anksiyete puan ortalamalarının düştüğünü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (99).

Hacıhasanoğlu'nun çalışmasında geliri giderinden az olanların geliri giderine denk ve geliri giderinden daha fazla olanlara oranla anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu çalışmamıza paralel olarak saptanmıştır (99). Bir diğer çalışmada düşük gelir düzeyine sahip olmanın anksiyete riskini anlamlı ölçüde arttığı saptanırken Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında gelir düzeyinin anksiyete puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği bulunmuştur (95,96).

Kronik hastalıklar yaş aldıkça artmaktadır. Bir çalışmada yaşlıların kronik hastalık durumu ile ortalama anksiyete puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (101). Çalışmamızda ise kronik hastalığı olan katılımcılarda anksiyete riski varlığı anlamlı olarak bulunmamıştır. Bu durum, yaşlıların çoğunun hastalık durumunu günlük faaliyetlerini etkileyecek düzeyde stres yaşamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların yalnızlık düzeyleri Yaşlılar için Yalnızlık ölçeği (YİYÖ) ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan 8.4 ± 3.7 dir. Ölçeğin alt boyutları olan sosyal yalnızlık puan ortalaması 3.7 ± 3.3 iken, duygusal yalnızlık puan ortalaması 4.6 ± 4.0 dır. Bu ölçekle yapılan başka bir çalışmada duygusal yalnızlık ölçeğinden 8.49 ± 2.72 puan, sosyal yalnızlık ölçeğinden ise 3.79 ± 2.94 puan

aldıkları saptanmış olup, ölçek genelinden 12.28 ± 4.60 puan aldıkları bulunmuştur (102). Çalışmamızla sosyal yalnızlık alt boyutu açısından benzerlik taşımaktadır.

Çalışmamızda kadın katılımcıların anlamlı olarak YİYÖ'den yüksek puan aldığı ve duygusal yalnızlık alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Çoksuer'in çalışmasında ise yaşlıların cinsiyetine göre ölçek genelinde ve duygusal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, sosyal yalnızlık puanlarının ise kadın ve erkek bireylerde farklı olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin sosyal yalnızlık puanlarının kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür. Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında ise erkeklerde yalnızlık puan ortalaması yüksek bulunurken istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (102,103). Bu farklılığın çalışma yaptığımız bölgedeki katılımcıların ağırlıklı olarak kadın ve yalnızlık algılarını erkeklerden daha iyi ifade etmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde medeni durum ve yalnızlık ilişkisiyle ilgili değişik sonuçlar mevcuttur. Bir çalışmada boşanmış yaşlılarda yalnızlık puanı daha yüksek ve anlamlı saptanırken, başka çalışmalarda yaşlıların medeni durumuna göre YİYÖ genelinden ve ölçekte yer alan duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır (102,104). Çalışmamızda ise dul ve boşanmış bireylerin duygusal yalnızlık puan ortalamasının yüksek olduğu ve istatistiksel farkın dul bireylerden kaynaklandığı bulunmuştur. Eş kaybının kişiyi duygusal boyutta yalnızlaştırması nedeniyle bu sonuçların saptandığı düşünülmüştür.

Eğitim düzeyi ele alındığında genel puan ve sosyal alt boyutunda düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde anlamlı yüksek puanlar saptanmıştır. Bu durumun eğitim düzeyinin düşük olmasıyla kişinin sosyal çevresinin, kendini ifade edebileceği, sorunlarını paylaşacağı kişi sayısının azalmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Routasalo ve Pitkala yaşlılarda eğitim seviyesi düştükçe yalnızlığın arttığını bulmuştur (105). Aynı ölçekle yapılan bir diğer çalışmada duygusal yalnızlık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. İlkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olan yaşlıların duygusal yalnızlık puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (102).

Katılımcıların gelir düzeyi ile yalnızlık genel puanı ve sosyal yalnızlık puan ortalaması arasında negatif anlamlı korelasyon saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, Yaşlıların gelirinin olması ve olmamasına göre yalnızlık durumunda anlamlı fark saptanmıştır (102). Collins'in yapmış olduğu çalışmada da sonuçlarımıza paralel bulgular saptanmıştır (106).

Çalışmamızda katılımcıların kiminle yaşadığı ile yalnızlık durumları değerlendirildiğinde eş ile beraber yaşayan grup ile bakıcı ile birlikte yaşayan grup arasında özellikle duygusal yalnızlık alt boyutunda anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur. Bu durumun bakıcıyla yaşama ortamında kişinin kendini terk edilmiş, aile desteği görmemiş hissetmesi olduğu düşünülmüştür. Literatürde bakıcıyla ilgili parametre bulunamamış olsa da bir çalışmada akraba ile yaşayan yaşlıların, eş veya çocuklarıyla birlikte yaşama durumuna nazaran yalnızlık durumunda anlamlı farklılık bulunmuştur (104). Bakıcı seçiminin de akrabalar arasından yapılma ihtimali doğrultusunda çalışma ile sonucumuzda benzerlik görülmektedir.

Bireylerin öznel olarak kendilerini konumlandıkları, yaşama standartlarını inceleyen MacArthur subjektif sosyal statü ölçeği puanları ile HAD ölçeği depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır. Literatürde birebir karşılaştırma bulunmazken; depresyon ile öznel olumlu duygu ve yaşam doyumu negatif ve anlamlı, olumsuz duygu ile arasında pozitif ve anlamlı ilişki olan bir çalışma bulunmaktadır (107). Öznel olumlu duygu bir anlamda kişinin subjektif statüsüne de katkı sağlaması nedeniyle çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilmektedir.

HAD depresyon puanı ile YİYÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde, sosyal yalnızlık puanı ile pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon mevcuttur. Depresyonda şiddetli keder ve ümitsizlik hali mevcuttur ve kişinin çalışmak, yemek yemek gibi gündelik aktiviteleri bozulduğu için depresif kişiler umutsuz olmaya ve kimseden destek göremeyeceklerine inanmaya meyillidir. Bu nedenlerle sosyal faaliyetlere katılmaktan uzak durabilecekleri, aile ve arkadaşlarından kaçınarak yalnızlaşabilecekleri düşünülmektedir. Kılıç ve arkadaşlarının yaşlılarla yaptığı çalışmada depresyon ve yalnızlık arasında anlamlı ilişki çalışmamızı destekler nitelikte bulunmuştur (108).

Çalışmamızda kendini yalnız hissetmeyenlerin %1.2 sinde anksiyete riski varken, bu oran artarak çok yalnız hissedenlerde %30.4'e ve çok yoğun yalnız hissedenlerde %41.7 ye yükselmektedir. Bir çalışma sonucunda aileleriyle beraber yaşayan kişilerin yalnız olmamanın verdiği güven duygusu ile anksiyete durumları ile daha iyi yüzleştiği bulunmuştur (109).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yaşlı bireylerin subjektif sosyal statüsü ve yalnızlık durumunun geriatrik depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Günümüzde yaşlı bireylerde depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunlar artış göstermektedir. Yaşlı bireylerin subjektif sosyal statüsü ve yalnızlık durumunun bu ruhsal sorunlarla birçok değişken açısından yakın ilişkisi bulunmuştur.

Araştırma sonucunda;

- Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın, 65-74 yaş aralığında, emekli, evli, 9 yıl üstü eğitim düzeyinde, asgari ücret üstü gelir düzeyinde ve eşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır.
- Alkol ve sigara kullanımı açısından özellikle erkek cinsiyet, dul ve bekarlar, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük bireyler ve bakıcı ile yaşayanlar anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların subjektif sosyal statülerini araştıran MacArthur subjektif sosyal statü ölçek ortalama puanında; 65-74 yaş grubu, çalışmayan, dul ve boşanmış, düşük gelir ve eğitim düzeyi olan, bakıcı ile yaşayan ve kronik hastalığı olanlarda anlamlı düşüş görülmüştür.
- Klinik olarak depresyon ya da anksiyete tanısı olmayan katılımcıların büyük çoğunluğunda HAD ölçeğine göre depresyon ve anksiyete riski tespit edilmiştir.
- Yalnızlık puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadın cinsiyet, dul olma ve bakıcı ile yaşama özellikle duygusal yalnızlık alt boyutunda ve kronik hastalığın olması da sosyal yalnızlık alt boyutunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.
- Anksiyete riski olanların yarısından fazlasının subjektif sosyal statü puanları yüksek saptanırken, depresyon riski olanların beşte birinde düşük saptanmıştır.
- Anksiyete riski saptanan katılımcıların yarısı kendini duygusal olarak yalnız hissederken, depresyon riski olanların yarısından fazlasında sosyal olarak yalnızlık tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Alkol ve sigara bağımlılığı olan yaşlı bireyler, bağımlılığın zararları açısından bilgilendirilmeli ve bağımlılık tedavisi amacıyla ilgili merkezlere yönlendirilmelidir.
- Subjektif sosyal statünün birçok değişken ile farklılık göstermesi bize, kişinin belirli özelliklerini öğrenmeden ruhsal durumları ile ilgili öngörü şansı yaratmış olup, ölçeğin daha büyük topluluklarda kullanılması ile gerek sosyoekonomik gerekse psikolojik faktörlerin incelenmesi amacıyla çeşitli araştırmalarda yol gösterici olabilir.
- Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar genellikle psikolojik ve bilişsel semptomlarını reddederek, sadece somatik yakınmalarını ifade etmektedirler. Bu konuda erken teşhis ve risk analizi için, birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personelinin geriatrik depresyon, anksiyete konusunda eğitilmesi, depresyon ve anksiyetenin tarama programı olarak aile hekimliği pratiğine eklenmesi riski yüksek olan geriatrik popülasyon açısından fayda sağlayacaktır.
- Yalnızlık hissedilen yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete riskinin artmış olması, bu konuda önlem alınması gerektiği ile ilgili farkındalık yaratmıştır.
- Yaşlı bireylerin çevreleri ile paylaşımlarının artırılmasına yönelik özel veya kamu kuruluşlarında etkinlikler düzenlenerek kaliteli vakit geçirmeleri ve arkadaş edinmeleri sağlanarak yalnızlık duygusunun azaltılması için önlem alınabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Ülgen, S. Y. (2012). Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
2. Beğer, T., & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim, 25(3), 1-3.
3. Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M. Et al.(2016). The World report on ageing and health: a policy fram.
4. Atasoy, İ. Hemşirelik Bölümü Öğrencileri İle Mühendislik Bölümü Öğrencilerinin Yaşlılığa İlişkin Görüşleri ve Yaşlılara Karşı Tutumları. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 13(1), 10-18.
5. Gorman, M. (2017). Development and the rights of older people. In The ageing and development report, Routledge (pp. 3-21).
6. Kurt, G., Beyaztaş, F. Y., & Erkol, Z. (2010). Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi, 24(2), 32-39.
7. Sütölük, Z., Demirhindi, H., Savaş, N., & Akbaba, M. (2004). Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri.
8. Demirtaş, H., & Özkan, B. (2017). The Relationship Between Urinary Incontinence, Geriatric Depression And Loneliness In Elderly Individuals.
9. Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi, 10(Supp: 6), 3-10.
10. Lauderdale, S. A., & Sheikh, J. I. (2003). Anxiety disorders in older adults. Clinics in geriatric medicine, 19(4), 721-741.
11. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (10. Basım). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.337 p - 361 p.
12. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychology Review. 2000. 20: 731 p -754 p.
13. Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. Issues in mental health nursing, 27(7), 795-813.
14. Sahin, O., & Nasir, S. (2019). Investigation of the Relationship Between Objective Social Status and Subjective Social Status.
15. Franzini, L., & Fernandez-Esquer, M. E. (2006). The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. Social science & medicine, 63(3), 788-804.

16. Kwong, E., Kwok, T. T., Sumerlin, T. S., Goggins, et al. (2020). Does subjective social status predict depressive symptoms in Chinese elderly? A longitudinal study from Hong Kong. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 882-891.
17. Konak, A., & Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 23-63.
18. Bacanlı, H., & Terzi, Ş. I. (Eds.). (2016). Yetişkinlik ve yaşlılık: Gelişimi ve psikolojisi. *Açılımkitap.p*(19-48).
19. Akyıldız, N. (1999). Sağlıklı yaşlanma. İstanbul: Yay-pa Yayınları.
20. Blazer, D. G., Hybels, C. F., & Hays, J. C. (2004). Demography and epidemiology of psychiatric disorders in late life. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. 3th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing, 27-9.
21. Çunkuş, N., Yiğitoğlu, G. T., & Akbaş, E. (2019). Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(2), 58-67.
22. Yılmaz, M. (2013). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler. Ed. Altunış M., Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı (1. Baskı syf: 1-9). İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.
23. Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite.
24. Akgün, S., Bakar, C., & Budakoğlu, I. İ. (2004). Trends of elderly population in the world and Turkey: Problems and recommendations. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(2), 105-110.
25. Duyan, V., Sayar, Ö. Ö., & Özbulut, M. (2008). Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak. Ankara: Öncü Basımevi.
26. Tufan, İ., (2014). Gerontolojiye Giriş. İtge Vakfı Yayınları: İtge vakfı [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 28 09 2021.]
27. Tufan, İ. (2002). Old Age from Antiquity to Today (Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık). İstanbul: Aykırı Matbaacılık.
28. Kislaya, I., Santos, A. J., & Gil, A. P. (2013). Co-occurrence of different types of violence in Portuguese elder adults. *Interpersonal Violence Interventions-Social and Cultural Perspectives*, 28-30 agosto 2013.
29. Kulaksızoğlu, I. B., Yücel, N., Akyüz, H. L., & Ekşioğlu, R. N. (2012). Yaşlıya Psikolojik Destek Kitabı. İBB İstanbul Darülaceze Müdürlüğü.
30. Kalinkara, V. (2014). Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, s.1-45, ss.71-94.

31. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227>.Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), (2020). [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 29 09 2021.]
32. Attanasio, O. P., & Pistaferri, L. (2016). Consumption inequality. *Journal of Economic Perspectives*, 30(2), 3-28.
33. Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52).
34. Akdemir, N., & Birol, L. (2003). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi.ss 167-190.
35. Karakaş, S. A., & Durmaz, H. (2017). Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri Ve Moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18(1), 32-36.
36. Ağar A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 75-80.
37. Duyan, V., Yolcuoğlu, İ. G., & Artan, T. (2014). Dünü, Bugünü, Yarınıyla İnsanı Anlamak. İstanbul: Nar Yayınevi.
38. Gökçe Kutsal, Y. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 5 10 2021.]
39. Arpacı, F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Ankara. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği. Ankara : Eğitim ve Kültür Yayınları.
40. <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/sayfalar/istatistikler/yasli-nufus-istatistikleri-bulteni/>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 5 10 2021.]
41. Akdemir, P. N. , Görgülü, A. Ü. & Çınar, Y. F. İ. (2008). Yaşlı İstismarı ve İhmali . Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi , 15 (1) , 68-75 .
42. Koştı, N. (2005). Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. *Özveri Dergisi*, 2(2), 527-34.
43. Ceylan, H. Kırgız Toplumunda Yaşlılık Ve Yaşlının Sosyal Statüsü. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(4).
44. Akiskal HS. Mood Disorders: introduction and overview. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI, 1. cilt içinde*. Kaplan HI, Sadock BJ editörler. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. p 1067-1079.
45. APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
46. Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

47. Sadock B. J., Sadock V. A. (2005). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York : Lippincott Williams and Wilkins, Cilt volume two; 3679-3680.
48. Tamam, L., & Öner, S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi, 1(2), 50-60.
49. Savrun, B. M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu,, Cilt Kongre Özet Kitabı 11-17.
50. Blazer, D. G. (2000). Mood disorders: epidemiology. Comprehensive textbook of psychiatry, 1298-1308.
51. Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (1992). Epidemiology of geriatric affective disorders. Clinics in geriatric medicine, 8(2), 235-251.
52. Grover, S., & Malhotra, N. (2015). Depression in elderly: A review of Indian research. Journal of Geriatric Mental Health, 2(1), 4.
53. Kupfer D. J. (1991). Long-term treatment of depression. The Journal of clinical psychiatry, 52 Suppl, 28-34.
54. Tsolaki, M., Fountoulakis, K. N., Nakopoulou, E., & Kazis, A. (2000). The effect of antidepressant pharmacotherapy with venlafaxine in geriatric depression. International Journal of Geriatric Psychopharmacology, 2(2), 83-85.
55. Erden-Aki Ö. Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, Ankara, 2012:16.
56. Berksun, O.E. (2003). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları, 2. Baskı, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
57. Öztürk, O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
58. Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior, 1(3).
59. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 296-303.
60. Sadock, B. J. (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. A. Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi. Duygudurum Bozuklukları.
61. Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Aklın T (editörler). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. 2006. 469 p - 508 p.
62. Thibaut F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. Dialogues in clinical neuroscience, 19(2), 87-88.

63. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627.
64. Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 2), 3-9.
65. Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769-781.
66. Eroğlu, M. Z., Annagür, B. B., & İçbay, E. (2012). Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Medical Journal*, 18(3), 143-147.
67. Dilbaz, N. (2010). Geriatrik Hastalarda Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi, Akademik Geriatri Kongresi, 26-30 Mayıs 2010, Gazimağusa, KKTC. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 14 10 2021.]
68. Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Sheikh, J. I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 183-190.
69. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 93.
70. Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat V., et al., CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with MDD . Section 3. Pharmacological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 540–560.,
71. <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 11 10 2021.]
72. Danış, M. Z. (2009). Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık Ve Yoksulluk Durumları Ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar . *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 20 (1) , 67-84 .
73. Yurcu, G. & Kocakula, Ö. (2015). Konaklama İşletmelerinde Çalışan Yalnızlığının Özel İyi Oluş Üzerine Etkisi . *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 2 (1) , 30-41 .
74. Kahrıman, A (2014). Türkiye’ de sosyal koruma kapsamında yaşlılık ve yaşlılıkla ilgili uygulanan politikalar. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
75. Öz, F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara : Mattek Matbaacılık, 2010:149-155.
76. Yaşar M. R (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 237 - 260.

77. MZ., Daniş. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. . <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/> . [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 11 10 2021.]
78. Aközer, M. , Nuhrat, C. & Say, Ş. (2011). Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması . Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi , 27 (27) , 103-128.
79. T., John D. and Catherine. MacArthur Foundation website. 2011. www.macfound.org. [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 21 10 2021.]
80. Aydemir, O. J. T. P. D. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg., 8, 187-280.
81. Akgül, H., & Yeşilyaprak, B. (2015). “Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği” Nin Türk Kültürüne Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 8(1).
82. Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., et al. (2005). Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(3), 89-94.
83. Özen Çınar, İ., & Kartal, A. (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi.
84. Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., et al. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. Health psychology, 19(6), 586.
85. Hu, P., Adler, N. E., Goldman, N., et al. (2005). Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons. Journal of the American Geriatrics Society, 53(3), 483-488.
86. Bucciol, A., Cavasso, B., & Zarri, L. (2015). Social status and personality traits. Journal of Economic Psychology, 51, 245-260.
87. Boylu, A. A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD), 8(15), 137-150.
88. Giatti, L., Camelo, L., Rodrigues, J. F., et al. (2012). Reliability of the MacArthur scale of subjective social status - Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). BMC public health, 12, 1096.
89. Avcı, K., Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(2), 81-85.
90. Ergen, A., Tanrıverdi, O., Kumbasar, A., Arslan, E. ve Atmaca, D. (2011). “Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma”, Haseki Tıp Bülteni, 49, 14-19.

91. Bruce, M. L., McAvay, G. J., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyers, B. S., et al. (2002). Major depression in elderly home health care patients. *American Journal of psychiatry*, 159(8), 1367-1374.
92. Altıntaş, H., Attila, S., Sevcen, F., Akçalar, S., Sevim, Y., Solak, Ö. et al. (2006). Ankara’da Bir Yaşlı Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(5).
93. Bagley, H., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C. G., Sutcliffe, C., Challis, D., et al. (2000). Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 445-450.
94. Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., et al. (2015). Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4), 199-203.
95. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yeni Symposium Journal*. 2009; 47(1): 9-15.
96. Bahar A. Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(1): 3-16.
97. Altay, B., & Üstün, G. (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Yaşlı Hastalarda Depresyon Riski ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 108-116.
98. Üstün, B., Bahar, Z., Partlak, N., Akgün Çıtak, E., Öztürk, M., Malay, U. (2005). Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Derg.*, 1(1), 26-33.
99. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
100. Heun, R., Papassotiropoulos, A., & Ptak, U. (2000). Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *European Psychiatry*, 15(3), 173-182.
101. Bahar, A., Tutkun, H., & Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 227-239.
102. Çoksuer, G. Yaşlı bireylerde yalnızlık, yaşamı sürdürme nedenleri, mutluluk ve ölüm kaygısının ilişkisi ve bazı demografik özelliklerle karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, Yakındoğu Üniversitesi, 2020.
103. Kahraman, S., Zincir, H., Erten, Z. K., & Özkan, F. (2011). Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuна etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 1-16.

104. Tel, H., Koç, M., & AYDIN, H. T. (2020). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yalnızlık, Yaşam Doyumu ve Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi, 1-10.
105. Routasalo, P. and Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. Reviews in Clinical Gerontology, 13(4), 303-311.
106. Collins, S. M. (2003). Attachment, social support and loneliness in later life. Iowa State University.
107. Tolan, Ö. (2015). Kadın Merkezlerine Başvuran Kadınlarda Kişilerarası Tarzlar, Depresyon Ve Öznel İyi Olma (Diyarbakır İli Örneği). Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, (24), 390-414.
108. Kılıç, S. P., Karadağ, G., Kocak, H. S., & Korhan, E. A. (2014). Investigation Of The Old Age Perceptions With The Loneliness And Depression Levels Of The Elderly Living At Home. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi, 17(1).
109. Yalom ID. Varoluşçu Psikoterapi, (Çev: İyidoğan Babayiğit Z) Kabalcı .

8. EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

HASTA ANKETİ

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Hasta Adı ve Soyadı:

Yaş: ☐ 65-74 ☐ 74-89 ☐ 90 ve üzeri

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

Boy:

Kilo:

Meslek:

Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Eşi Vefat Etmiş ☐ Boşanmış

Eğitim düzeyi: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

Gelir düzeyi: ☐ Asgari ücret altı ☐ Asgari ücret ☐ Asgari ücretin 2 katı
☐ Asgari ücretin 3 katı ve üzeri

Yaşama ortamı: ☐ Tek başına ☐ Eşiyle ☐ Eşi ve çocuklarıyla ☐ Bakıcı ile

Kronik Hastalık: ☐ Yok ☐ Var (var ise belirtiniz)

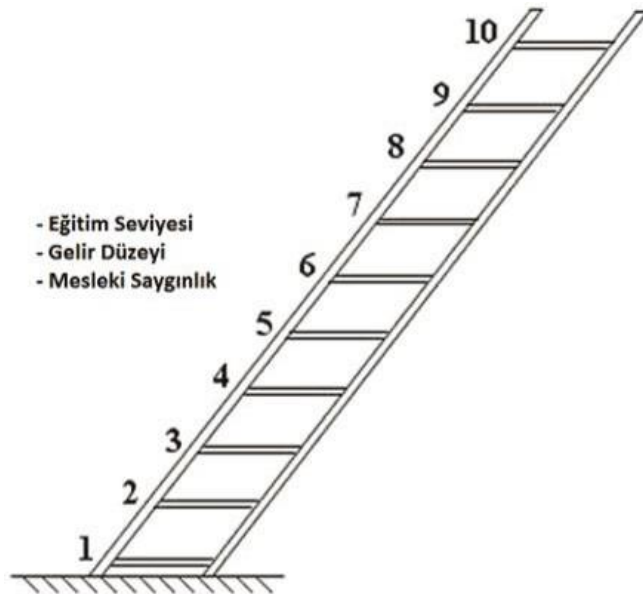
Psikiyatrik Hastalık: ☐ Yok ☐ Var (var ise belirtiniz)

Alkol Kullanımı: ☐ Yok ☐ Var ☐ Bıraktım

Sigara Kullanımı: ☐ Yok ☐ Var ☐ Bıraktım

2. MACARTHUR SUBJEKTİF SOSYAL STATÜ ÖLÇEĞİ

İnsanların eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve mesleki saygınlığına göre temsil edildikleri 10 basamaklı bir merdiven düşünün. Bu merdivende birinci basamaktan onuncu basamağa doğru gidildikçe bireylerin eğitim, gelir ve mesleki saygınlığı artmaktadır. En üst basamak olan 10. basamak eğitim, gelir ve mesleki saygınlığı en üst düzeyde olanlar tarafından temsil edilmektedir. Lütfen eğitim, gelir düzeyi ve mesleki saygınlığınızın bütününe dikkate alarak kendinizi bu merdivende konumlandırma derecenizi belirtiniz.



3. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- | | |
|---|---|
| ☐ 3 Çoğu zaman | ☐ 1 Zaman zaman, bazen |
| ☐ 2 Birçok zaman | ☐ 0 Hiçbir zaman |

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Aynı eskisi kadar | ☐ 2 Yalnızca biraz eskisi kadar |
| ☐ 1 Pek eskisi kadar değil | ☐ 3 Hiçbir zaman |

3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- | |
|---|
| ☐ 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli |
| ☐ 2 Evet, ama çok da şiddetli değil |
| ☐ 1 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor |
| ☐ 0 Hayır, hiç de öyle değil |

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 Her zaman olduğu kadar | ☐ 2 Kesinlikle o kadar değil |
| ☐ 1 Şimdi pek o kadar değil | ☐ 3 Artık hiç değil |

5. Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor.

- | | |
|---|---|
| ☐ 3 Çoğu zaman | ☐ 1 Zaman zaman, çok sık değil |
| ☐ 2 Birçok zaman | ☐ 0 Yalnızca bazen |

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ 3 Hiçbir zaman | ☐ 1 Bazen |
| ☐ 2 Sık değil | ☐ 0 Çoğu zaman |

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ 0 Kesinlikle | ☐ 2 Sık değil |
| ☐ 1 Genellikle | ☐ 3 Hiçbir zaman |

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 3 Hemen hemen her zaman | ☐ 1 Bazen |
| ☐ 2 Çok sık | ☐ 0 Hiçbir zaman |

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Hiçbir zaman | ☐ 2 Oldukça sık |
| ☐ 1 Bazen | ☐ 3 Çok sık |

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- | |
|--|
| ☐ 3 Kesinlikle |
| ☐ 2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum |
| ☐ 1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim |
| ☐ 0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum |

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 3 Gerçekten de çok fazla | ☐ 1 Çok fazla değil |
| ☐ 2 Oldukça fazla | ☐ 0 Hiç değil |

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- | |
|---|
| ☐ 0 Her zaman olduğu kadar |
| ☐ 1 Her zamankinden biraz daha az |
| ☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az |
| ☐ 3 Hemen hemen hiç |

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 3 Gerçekten de çok sık | ☐ 1 Çok sık değil |
| ☐ 2 Oldukça sık | ☐ 0 Hiçbir zaman |

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ 0 Sıklıkla | ☐ 2 Pek sık değil |
| ☐ 1 Bazen | ☐ 3 Çok seyrek |

0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon Anksiyete

4. YAŞILAR İÇİN YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

	Evet	Olabilir	Hayır
1- Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	☐	☐	☐
2- Gerçekten yakın bir arkadaşla sahip olmayı özlediyorum.	☐	☐	☐
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	☐	☐	☐
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	☐	☐	☐
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özlediyorum.	☐	☐	☐
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐
7- Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	☐	☐	☐
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	☐	☐	☐
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özlediyorum.	☐	☐	☐
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	☐	☐	☐
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	☐	☐	☐

EK 2: AYDINLATIŞMIŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

‘Yaşlı Bireylerde Subjektif Sosyal Statünün Geriatrik Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi’ isimli araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu çalışma bir uzmanlık tezi bilimsel araştırma çalışmasıdır.

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Herhangi bir sorunuz olduğunda 0(216)4583000 numaralı telefondan sorumlu araştırmacı Dr. Damla Koçabıçakoğlu Vural’a ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

Gönüllü Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Görüşme Tanığı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: