



T.C. SAğLIK BAKANLIğI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**ALTMİŞ BEŞ YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA FİZİKSEL BAğIMLILIK
DÜZEYLERİ VE DEPRESYON VARLIğINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hacer Nur ELİTAŞ DÜNDAR

İSTANBUL/2020





T.C.

T.C. SAğLIK BAKANLIğI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ

**ALTMİŞ BEŞ YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA FİZİKSEL BAğIMLILIK
DÜZEYLERİ VE DEPRESYON VARLIğINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hacer Nur Elitaş Dünder

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Seçil GÜNER ARICA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde bünyesinde bulunmaktan mutluluk duyduğum Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli tüm meslektaşlarıma, bizi her zaman güler yüz ve samimiyetle karşılayan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Seçil Günher Arıca'ya

Asistanlık sürecinde yapmış olduğum rotasyonlar sırasında eğitimime katkıda bulunan tün saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarıma,

Çalıştığım süre zarfı içerisinde bu tezi hazırlarken bana yardımcı olan arkadaşlarım Dr. Mehtap Sungur, Dr. Pelin Yağan, Dr. Ceyda Uyar, Dr. Sibel Çelik'e

Bugünlere gelmemde çok büyük emek ve fedakarlıkları olan, sevgi ve desteklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşime ve eşime

Artık yanımda olmasa da bugünü heyecanla beklemiş olan babam Murat Dünder'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hacer Nur ELİTAŞ DÜNDAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA	3
2.1.1. Dünyada Yaşlılık	4
2.1.2. Türkiye’de Yaşlılık	4
2.1.3. Uluslararası Yaklaşımlar	5
2.1.4. Yaşlılık ve Sağlık	5
2.1.5. Yaşlanmanın Getirdiği Fizyolojik Değişiklikler	6
2.1.5.1. Beden Biçiminde Değişiklikler	6
2.1.5.1.1. Boy Uzunluğu	6
2.1.5.1.2. Ağırlık	7
2.1.5.1.3. Beden kitle indeksi	7
2.1.5.2. Beden Kompozisyonunda Değişiklikler	7
2.1.5.2.1. Beden yağı	7
2.1.5.2.2. Kemikte değişiklikler	7
2.1.5.3. Yaşam Biçimi Seçimleri	7
2.1.5.4. Esneklik	8
2.1.5.5. Denge	8
2.1.6. Yaşlılarda Bağımlılık ve Bağımsızlık	8
2.2. DEPRESYON	10
2.2.1. Tanım	10
2.2.2. Etiyoloji	10
2.2.3. Epidemiyoloji	10
2.2.4. Sınıflandırma	11
2.2.5. Risk Faktörleri	11
2.2.5.1 Yaş	11

2.2.5.2. Cinsiyet	12
2.2.5.3. Etnik Köken	12
2.2.5.4. Medeni Durum	12
2.2.5.5. Aile Öyküsü ve Genetik	12
2.2.5.6. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları	12
2.2.5.7. Sosyoekonomik Durum	13
2.2.6. Yaşlılarda Depresyon	13
3. MATERYAL VE YÖNTEM	14
3.1. ETİK İLKELER	14
3.2. HASTA SEÇİMİ	14
3.3. ÇALIŞMA PROTOKOLÜ	15
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	35
KAYNAKLAR	36
EKLER	44
EK-1 KATILIMCI ANKET FORMU	44
EK-2 GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ: (ADL)	46
EK-3 Geriatrik Depresyon Ölçeği	48
EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	50
EK-5 ETİK KURUL ONAYI	51
ÖZGEÇMİŞ	52

KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DHEA: Dehidroepiandrosteron

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GYA : Günlük Yaşam ve Aktivite

GDÖ : Geriatrik Depresyon Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	18
Tablo 2: Depresyon varlığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.	22
Tablo 3: Çalışma grubunda GYA'ya göre bağımlılık varlığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	24
Tablo 4: Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu.....	25
Tablo 5: Çalışma grubunda depresyon var olma ve olmama durumuna etkili olabileceği düşünülen özelliklere göre oluşturulan lojistik regresyon modeli	29



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: GDÖ ölçeğine göre çalışma grubunda yer alan bireylerin depresyon durumlarının dağılımı.	19
Şekil 2: GYA ölçeğine göre çalışma grubunda yer alan bireylerin bağımlılık durumlarının dağılımı.	20
Şekil 3: Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu	26
Şekil 4: Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerine göre depresyon ve bağımlılık durumları belirlenen bireylerin dağılımları.	27



ÖZET

AMAÇ: Altmış beş yaş ve üzeri bireylerde depresyon varlığı ve günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi, etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.

YÖNTEM: Çalışmaya 04/06/2018 - 04/08/2018 tarihleri arasında 2 aylık zaman dilimi içerisinde, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim A.S.M’de kayıtlı 65 yaş ve üzeri 180 hasta dahil edildi. Katılımcılar araştırmacı tarafından oluşturulmuş on beş maddeden oluşan anket formunun yanı sıra; Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile fiziksel bağımlılık ve depresyon açısından değerlendirildi. Veriler; IBM SPSS versiyon 25 programı ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasına ki-kare analizi kullanıldı. Ölçek puanlarının birbiri ile karşılaştırılmasında puanlar normal dağılım özelliği göstermediğinden spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiki anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastalarımız yaşları 65-90 yaş arasında değişen 180 katılımcı olup, yaş ortalamaları $72,50\pm6,19$ yıldır. Hastaların 88’i (%48,9) erkek, 138’i (%76,7) evli, 82’si (%45,6) ilkokul mezunu, 141’inin (%78,3) düzenli geliri var, 138’inin (%76,7) en az bir kronik hastalığı mevcut, 93’ünün (%51,7) genel sağlık algısı iyi idi. Katz GYA ölçeğine göre katılımcıların 152’si (%71,7) günlük işlerini bağımsız olarak sürdürebilirken, 21’inde kısmen bağımlılık olduğu ve 7’sinde tam bağımlılık olduğu tespit edildi. Geriatrik depresyon ölçeğine (GDÖ) göre katılımcıların 129’unda (%71,7) depresyon olmadığı, 14’ünde (%7,8) muhtemel depresyon varlığı olduğu ve 37’sinde (%20,6) depresyon olduğu tespit edildi. Depresyon varlığının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ($p=0,002$), yaş arttıkça depresyon olma sıklığının yükseldiği ($p<0,001$), depresyon olması sıklığının bekârlarda daha yüksek olduğu ($p<0,001$), depresyon sıklığının yakınları ilgili olmayanlarda ($p=0,023$), kişisel uğraşı olmayanlarda ($p=0,001$), en az bir kronik hastalığı olanlarda ($p=0,002$) ve genel sağlık algısı iyi olmayanlarda ($p<0,001$) daha fazla olduğu belirlendi. Katz GYA ölçeğine göre bağımlılığın; yaş arttıkça yükseldiği ($p<0,001$), bağımlılık riskinin bekârlarda, kendine ait odası olmayanlarda ($p<0,001$), kişisel uğraşı olmayanlarda ($p<0,001$), en az bir kronik hastalığı olanlarda ($p=0,006$) ve genel sağlık algısı iyi olmayanlarda ($p<0,001$) daha fazla olduğu belirlendi. Cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence varlığı, gelir durumu varlığı,

birlikte yaşadığı kiři değişkenlerinin bağımlılık varlığının dağılımı ile ilişkili olmadığı tespit edildi. Ayrıca alışmada GDÖ ve GYA öłeklerinden alınan puanların korelasyonu değerlendirildiğinde iki öłek arasında negatif yönde orta kuvvette bir korelasyon olduğu saptandı (rs; -0,594. p;<0,001).

SONUÇ: Günlük yaşam aktivitesinde bağımlı olmak depresyon riskini arttırmaktadır. Ancak depresyon için de, GYA'da bağımlılık için de farklı farklı risk faktöreleri mevcuttur. Bu nedenle ileri yaşlardaki bireylere gerekli olan medikal ve sosyal hizmetler zaman geçirilmeden hazırlanmalı ve destek programları şeklinde sunulmalıdır.

ANAHTAR KELİMLER: yaşlılık, depresyon, bağımlılık, günlük yaşam aktiviteleri



ABSTRACT

OBJECTIVE: Determination of the presence of depression in individuals of age 65 and higher, and determination of their activities of daily living, and evaluation of the factors affecting the same.

MATERIALS AND METHODS: 180 patients of age 65 and over registered at Republic of Turkey, Ministry of Health, Istanbul Provincial Directorate of Health, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital, Gaziosmanpaşa Hürriyet Training Family Health Center within the 2 months timeframe in between June 04, 2018 – August 04, 2018 were included in the study. The participants were evaluated by the questionnaire covering fifteen articles which was formed by the researcher, by the Katz Activities of Daily Living (ADL) scale, and by Geriatric Depression Scale (GDS), and in terms of physical dependence and depression. The data was analyzed by the IBM SPSS version 25 program. Chi-square analysis was used in the comparison of categorical variables. Spearman's correlation analysis was used as the scores didn't show a normal distribution in the comparison of scale scores. The limit of statistical significant was deemed as $p<0.05$.

RESULTS: The participant patients were 180 individuals in between ages 65-90, and average age of them were 72.50 ± 6.19 . 88 (48.9%) of the patients were men, 138 (76.7%) of them were married, 82 (45.6%) of them were primary school graduates, 141 (78.3%) of them had regular income, 138 (76.7%) of them had at least one chronic disease, and general health perception of 93 (51.7%) of them was well. According to Katz ADL scale, while 152 (71.75%) of the participants were able to pursue their activities of daily living as independent, it was determined that 21 of them had partial dependence, and 7 of them had complete dependence. According to Geriatric Depression Scale (GDS), it was determined that 129 (71.7%) of the participants had no depression, 14 (7.8%) of them possibly had depression, and 37 (20.6%) of them had depression. It was determined that the presence of depression was higher in women compared to men ($p=0.002$), that the frequency of having depression was increasing by

ageing ($p<0.001$), that frequency of having depression was higher among singles ($p<0.001$), and that the frequency of depression was higher among the ones who were not related with their relatives ($p=0.023$), among the ones who didn't have habits ($p=0.001$), among the ones who had at least one chronic disease ($p=0.002$), and among the ones whose general health perception was not well ($p<0.001$). According to Katz ADL scale, it was determined that the dependence was increasing along with ageing ($p<0.001$), and that the risk of dependence was more among singles, among the ones who didn't have their own room ($p<0.001$), among the ones who didn't have habits ($p<0.001$), among the ones who had at least one chronic disease ($p=0.006$), and among the ones whose general health perception was not well ($p<0.001$). It was determined that the variables of gender, educational background, presence of social security, presence of income, and cohabiting with someone were not related with the distribution of the presence of dependence. Moreover, when the correlation of scores obtained from ADL scale and GDS were evaluated in the study, it was determined that there was a moderate correlation in negative direction in between the two scales (r_s ; -0.594, $p<0.001$).

CONCLUSION: Being dependent in activities of daily living is increasing the risk of depression. But there are different risk factors both for depression, and for dependence in ADL. For this reason, the required medical and social services should be prepared as early as possible for the individuals of advanced age, and they should be presented for the elderly's support programs.

KEY WORDS: Elderliness, depression, dependence, activities of daily living

1. GİRİŞ

Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfusta sayıca artışın yanında yaşlılık durumunda da artma gözlenmektedir ⁽¹⁾. Bu artışın başlıca nedenleri; aile planlaması ile yetişkinlik çağına erenlerin sayısının artması, yükselen gelir ve tıp alanındaki gelişmelerin tedavi olanakları sağlaması ve ölüme yol açan birçok faktörün ortadan kaldırılmasıdır ^(1,2).

Hızlı kentleşme ve sanayileşme genç kuşakların kırsaldan kentlere göçüne neden olmakta, sonuçta kırsal ve kırsala yakın bölgelerde geleneksel olarak ailelerin genç bireylerine sağlanan sosyal ve ekonomik destekten yoksun kalan yaşlıların hem sayısı artmakta, hem de güç duruma düşmektedirler. Pek çok tıbbî sorunlarla karşı karşıya gelen kadın ve erkek bütün yaşlı grupların, bunların olumsuz etkileriyle günlük yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmeleri güçleşmektedir.

Yıllar geçtikçe günlük yaşamlarını sürdürmede gerekli olan aktivitelerdeki yetersizlikler de hızla artmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik hali; sokağa çıkma, banyo yapma, görme, işitme, çiğneme, baston kullanıp kullanmama ^(3,4) gibi kriterlerle değerlendirilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde yaşla birlikte azalmalar gözlenmektedir⁽⁵⁾. Dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerinde ileri yaşlarda başkasına bağımlı olma durumu ortaya çıkmakta olup, ABD'de bir araştırmada iki yıl içinde bu bağımlılığın 65-74 yaş grubunda yaklaşık 1,5 kat, 75-84 yaş grubunda ise 2,5 kat arttığı gözlenmiştir ⁽⁶⁾.

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan işlevsellik ve fonksiyon kaybı ile bedensel ve ruhsal hastalıklara yakalanma riski artmaktadır. İlerleyen yaş depresyon için önemli bir risk faktörüdür. Depresyon bir sağlık sorunu olmakla birlikte birey ve çevresi için tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurur. Bu yaş grubunda depresyon yeti yitimine, işlevsellik kaybına, bunlara bağlı sosyal destek gereksinimine yol açmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir ⁽⁷⁾.

Yaşlılık döneminde bireyi ruhsal ve bedensel hastalıklara karşı koruyucu faktörlerden birisi de fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite ile sağlık arasında doğrusal ve güçlü bir bağ vardır ⁽⁸⁾. Fiziksel hareketsizlik dünya genelindeki ölümlerin %6'sını oluşturmakta ve risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Fiziksel olarak aktif olmak sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, aktif sağlıklı yaşlanmada ayrıca hareketsizliğe bağlı oluşan hastalıklardan korunmada önemli bir yere sahiptir. Fiziksel aktivite hem mental hem de fiziksel kapasiteyi artırır. Aynı zamanda kalp-solunum sistemi hastalıkları, obezite, diyabet, kanser (kolon ve meme), kemik hastalıkları (osteoporoz ve osteoartrit), anksiyete ve

depresyon gibi birçok kronik hastalıklara karşı da koruyucu bir faktör görevi görür ⁽⁹⁾. Fiziksel aktivitenin artırılması sadece bireysel değil, tüm toplumu ilgilendiren, çok sektörlü, çok alanlı ve kültürel bir yaklaşım gerektirmektedir ⁽⁸⁾.

Bu çalışmada 65 (altmış beş) yaş ve üzeri hastalarda fiziksel bağımlılık düzeyleri ve depresyon varlığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA

Yaşlılık kişilerde değişimlerin ve kayıpların görüldüğü, vücudun çeşitli işlevselliklerinin azar azar yitirildiği, sosyal, ekonomik, çevresel, eğitim, beslenme gibi faktörleri içeren bir kavramdır ⁽¹⁰⁾. Yaşlılık hayatın diğer evreleri gibi doğal kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli bir durumdur. Yaşlanma organizmadaki birçok fonksiyonu etkileyen bir süreçtir.

Yaşlılık ve yaşlanmanın tanımı tek başına bir kavramla yapılamadığından genellikle yaşlanma: kronolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma olarak tanımlanmaktadır. Kronolojik yaşlanma insanın doğumdan itibaren bulunduğu zamana kadarki yıllara bağlı olan yaşlanmadır. Günümüzde sosyal gerontologlar tarafından yapılan sınıflamaya göre, 65-74 arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası orta yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise ihtiyar yaşlı olarak kabul edilmektedir. DSÖ'nün yaptığı bir sınıflandırmaya göre: 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 yaş ve üstü ise ihtiyarlık olarak sınıflandırılmıştır ⁽¹⁰⁾. Sosyal yaşlanma bireylerin toplumda oynadıkları rollere göre şekillenmektedir. Sosyal rol olarak tanımlanan konular: anne, baba, büyükanne, dede, emekli gibi yaşamları boyunca elde ettikleri statüler, gerçekleştirdikleri olaylar ve beklentilerdir

Fizyolojik yaşlanma daha çok yapısal ve fonksiyonel değişimleri ifade etmektedir. Bu değişimler arasında aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza kayıpları, vücut postürünün değişmesi, düşme riskinin artması, deri esnekliğinin azalması, ciltte kırışıklıkların oluşması ve yaşla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları bulunmaktadır.

Psikolojik yaşlanma ise kişilerin duygularında, çevre ile olan iletişimlerinde, algılamalarında ve davranışlarında meydana gelen değişimlerdir. Yaşlılık döneminde fiziksel olduğu kadar duygusal kırılganlık da artmaktadır.

2.1.1. Dünyada Yaşlılık

Günümüzde ekonomik, sosyal, tıbbi, bilimsel, teknolojik ve sağlık alanındaki gelişmelerden ötürü sağlıklı yaşamın ve aktif sağlıklı yaşlanmanın önemi giderek artmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusu ve oranı giderek artmaktadır. Doğal olarak ekonomik ve sosyal maliyetlerde artışı da beraberinde getirmektedir.

Günümüzde sadece Japonya nüfusunun %30 ve üzeri yaşlı bireylerden oluşuyorken, 2050 yılına gelindiğinde Kanada, İran, Şili ve Avrupa ülkelerinin bu listeye ekleneceği tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusunun 2030 yılında 1,4 milyara, 2050 yılında ise 2,1 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla gelişmekte olan ülkelerin nerdeyse tümü nüfuslarının gelecek yıllar içerisinde hızlı bir şekilde yaşlanmasına tanıklık edeceklerdir. Gelişmiş ülkelerdeki yedi insandan biri yaşlı iken bu oran 2050 yılında beş insandan biri şeklinde olacaktır. Bu durum yaşlı nüfus için “yaşlıların yaşlanması” olarak adlandırılan yeni bir süreci başlatacaktır ⁽¹¹⁾.

Dünyada en hızlı büyüyen yaş grubu, en yaşlı olarak tabir edilen 80 yaş ve üzerindeki bireylerden oluşmaktadır. Tüm dünyada bu sayı 2000 yılında 70 milyon iken, bu sayının gelecek 50 yıl içinde beş kattan daha fazla artması beklenmektedir. 2010 Yılındaki Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri Raporu’nda: ülkemizde ve dünyada insanların ortalama ömrünün uzayacağı belirtilmiştir ⁽¹²⁾. Kaba doğum hızının ülkemizde ve dünyada azalacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusunun 2000 ve 2015 yılları arasında iki katına çıkması ve çocuk nüfusunun üçte bir oranında azalması beklenmektedir ⁽¹³⁾. Günümüzde bazı gelişmekte olan ülkelerde şimdiden yaşlı oranı çocuk nüfus oranının önüne geçmiş ve doğum oranı “yerine alma” derecesinin altına gerilemiştir ⁽¹¹⁾.

2.1.2. Türkiye’de Yaşlılık

Dünya genelindeki gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun oranı artmaktadır. Ülkemizde 2012 yılında yaşlı nüfusun oranı yüzde 7,5 iken bu oran 2016 yılında yüzde 8,3’e yükselmiştir. Ülkemizde beklenen yaşam süresi uzamıştır. Ülke ortalaması 78 yıl iken bu oran erkekler için 75,3 yıl, kadınlar için ise 80,7 yıl olmuştur ⁽¹³⁾. 2016 yılında yaşlı bağımlılık oranı da artarak % 12,3 olmuştur. Bu oran 2012 yılında % 11,1 olarak hesaplanmıştı. Yalnız yaşayan yaşlı bireylerin %76,7’sini kadınlar oluşturmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kayıtlarına göre 2022 Sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” gereğince, 2016 yılında yardıma muhtaç yaşlılar 620 bin 19 kişi olup toplam yaşlı nüfus

içindeki oranı %9,3 olarak bildirilmiştir. Yaşlı kişi başına yıllık ortalama olarak yapılan yardım tutarı ise 2 bin 548 TL olmuştur ⁽¹³⁾.

2.1.3. Uluslararası Yaklaşımlar

DSÖ tarafından 1999 yılı “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak belirlenmiştir. Ayrıca yaşlıların topluma ekonomik ve sosyal açıdan sadece külfet oluşturdukları fikrinin ortadan kaldırılması da amaçlanmıştır. 1982 yılındaki Viyana’da düzenlenen birinci “Dünya Yaşlanma Asamblesi” raporunda alınan ortak kararlara göre: yaşlılar fiziksel ve mental açıdan kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal ve kültürel olanaklarından eşit bir şekilde faydalanmalı, yaşlı birey potansiyelini geliştirmesi için imkanlara sahip olmalı, temel hak ve özgürlüklerinden mahrum bırakılmamalı, yeterli gelire sahip olmalı ve hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelidir. BM tarafından Madrid’de 2002 yılındaki ikinci defa düzenlenen “Dünya Yaşlanma Asamblesi” tarafından yayınlanan Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı’nın amacı her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmektir ⁽¹²⁾.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, yaşlanmanın önemini ve yaşlıların toplum içindeki önem ve değerini korumaları için “Uluslararası Malta Yaşlanma Enstitüsü” ve Columbia Üniversitesi’nde kurulan “Uluslararası Politika Geliştirme ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Yaşlı Nüfusun Kapasitesini Artırma Programı” gibi çalışmaları desteklemiştir ⁽¹²⁾.

2.1.4. Yaşlılık ve Sağlık

DSÖ’ye göre sağlık bireyin beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içerisinde olmasıdır ⁽¹⁴⁾. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması dışında yaşam kalitesinin artması da hedeflenmelidir. Günümüzde uzun yaşamanın yaşam kalitesi artmadan anlamlı olmayacağı ve sağlıklı yaşamın uzun yaşamdan daha önemli olduğu kanısına varılmıştır. Genç nüfusta sağlık hizmetleri açısından öncelik tedavi iken yaşlı nüfusta ana hedef yaşam kalitesinin korunmasıdır.

Başarılı yaşlanma sadece sağlık yönünden değil sosyal ve psikolojik olarak da tam bir iyilik halinin devamlılığını esas alan bir kavramdır. Başarılı yaşlanmanın temel göstergeleri uzun yaşam, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk almaktır ⁽¹⁵⁾.

Yaşlılıkla beraber kanser, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, demans, depresyon ve anksiyete gibi hastalıklarının sıklığı artmaktadır. Yaşla beraber artan sağlık sorunlarına eşlik eden sigara, hareketsiz yaşam tarzı, obezite, sağlıksız ve bilinçsiz beslenme gibi faktörler yaşlı sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir ⁽⁹⁾.

Herhangi bir belirti ile sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların sağlık sorunları tek bir sebebe dayandırılmamalı kapsamlı değerlendirilmelidir. Yaşlıları değerlendirirken görsel, işitsel ve duyuşsal muayenelere önem verilmeli ve yardımcı alet kullanımı sorgulanmalıdır. Periyodik sağlık muayeneleri, taramalar hakkında yaşlılar bilgilendirilmelidir. Beslenme ve sosyal alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel aktivitelerine yönelik ölçeklere de başvurulmalıdır.

2.1.5. Yaşlanmanın Getirdiği Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma süreci ile birlikte doku, hücre, organ ve sistem fonksiyonlarında azalmaya yönelik değişimler meydana gelmektedir. Denge, solunum, kas-iskelet, kardiyovasküler, sinir, görme ve işitme duyularında azalma ve deride değişiklikler oluşmaktadır ⁽¹⁶⁾.

Fiziksel görünümde görünür değişikliklere beden bileşimindeki yaşa bağlı değişiklikler fiziksel işlevi ve sağlığı etkiler. Yağ miktarının artması, kas kütlesinin azalması aerobik kapasitedeki ciddi düşüşün sonucudur. Beden bileşimindeki bu değişimlerle birlikte, kemik kütlesinde kayıplar ve osteoporozun (kuvvet azalması) ve (böbrek ve karaciğer işlev bozukluğu) organ işlevinde azalma ile sonuçlanır, özellikle üst beden veya abdominal yağın artışı (BKİ’de artma), kalp damar hastalığı ve diyabet riskinin artması erken ölüm riski ile ilişkilidir ⁽¹⁷⁾.

2.1.5.1. Beden Biçiminde Değişiklikler

2.1.5.1.1. Boy Uzunluğu

Boy uzunluğu, kısa insanlardan biraz daha uzun boylu olan insanların dışında, yaklaşık her yaşta normal (çan eğrisi) bir dağılım gösterir. Erkeklerde yaş ağırlığı 20 yaşa kadar artar ve sonra yavaşça düşüş başlar, 70 yaş civarında boy uzunluğunda yaklaşık %4 kayıp gözlenir. Kadınlar, kendi en yüksek boy uzunluğuna 16-18 yaşlarda ulaşmakta ve sonra yavaş yavaş 70 yaşına doğru yaklaşık %3 kadar düşüş göstermektedir. Erkekler ve Kadınlarda yaşla gözlenen boy kaybı olasılıkla Vertebral baskılar, vertebralar arasındaki kıkırdak yapıda değişim, azalan kassal tonus ve postüral çökme sonucudur ⁽¹⁸⁾.

2.1.5.1.2. Ağırlık

Yaşlıların %13'ünde istem dışı ağırlık kaybı gözlemlendiğini bildirilmiştir⁽¹⁹⁾. Ani ağırlık kayıplarının %24'ü açıklanamaz, ancak diğer ani kayıplarının %16 kadarı kanser, %18'i depresyon, %11 ülser gibi gastrointestinal rahatsızlıklar, %9 u tiroit bezinin yüksek aktivitesi, %7'si nörolojik sorunlar ve %9 kadarı da ilaçların etkisi veya ilaçlara verilen tepkiler olarak açıklanmaktadır ⁽²⁰⁾. Bu nedenle, yaşlı erişkinlerde istemsiz ağırlık kaybı yakından izlenmelidir.

2.1.5.1.3. Beden kitle indeksi

Erkek ve kadınlarda kas kütlesi 25 yaşından sonra azalmaya başlar, sonraki yılda azalan kas kütlesinin yerini yağ kütlesi alır, bu yüzden BKİ'de çok küçük değişiklik gösterir. Erkeklerde 50 yaşlarda beden ağırlığında görülen düşüşün birincil nedeni kas kütlesindeki azalmadır⁽²¹⁾.

2.1.5.2. Beden Kompozisyonunda Değişiklikler

2.1.5.2.1. Beden yağı

Beden yağ dağılımı yaşlılarda, karın iç yağ miktarı artış eğiliminde, diğer bölgelerde ise deri altı yağ dokusunda azalma eğilimindedir ⁽¹⁸⁾. Genç kadınlarda karın iç yağ miktarı, genç erkeklerden daha azdır fakat yaşla karın içi yağ miktarı artar, 70'li yaşlarda ise karın iç yağ miktarı kadın ve erkekte benzerdir ^(22,23).

2.1.5.2.2. Kemikte değişiklikler

Yaşlanma, osteoporoz, osteoartrit ve kırılabilirlik dahil olmak üzere kas-iskelet sistemini etkileyen bir dizi zayıflatıcı patolojik durumla ilişkilidir ⁽²⁴⁾. İskelet sadece tüm bedene yapısal destek sağlamaz, aynı zamanda mineraller ve yağ için kaynak, kırmızı kan hücresi üretimi için bir alan, narin doku ve organlar için bir destek ve kas hareketleri için bir kaldıraç kolu hizmeti sunar. Yaşlanma ile eklem kıkırdağı, iskelet sistemi, yumuşak doku ve nörolojik fonksiyonu etkilenir. Bu etkiler sonucu yaşla birlikte osteoartrit ve osteoporoz insidansı artar. Osteoporozun klinik yansımasında kemik ağrıları, kifo ve benzeri yakınmalara neden olması yanında en ciddi sonuç kırıklardır. Kırıklar yaşlı kişilerin bağımsızlıklarını kaybetmelerine ve başkalarına muhtaç olmalarına sebep olmaktadır ⁽²⁴⁾.

2.1.5.3. Yaşam Biçimi Seçimleri

Yaşlı bireylerde, kemik sağlığını etkileyen 3 önemli faktör yaşam biçimi seçimleriyle değiştirilebilir, hormonlar, diyet ve egzersizdir. Yaşlanma, cinsiyet steroidleri olan östrojen ve testosteron ve adrenal androjende DHEA hormonlarındaki düşüşler ile ilişkilidir. Bu

hormonal değişiklikler, özellikle kadınlarda östrojen düşüşü, menopoz sonrasındaki 8-10 yılda hızlanmış kemik kaybı ile ilişkilidir. Diyet eksiklikleri, öncelikle düşük kalsiyum veya vitamin D zengini gıdaların alımı ve azalmış fiziksel aktivitenin, kemiğin gelişimi ve korunmasını etkilediğı gösterilmiştir ⁽²¹⁾.

2.1.5.4. Esneklik

Yaşla birlikte esneklik kaybı daha çok hareketsizliğe bağlanabilir; bu yüzden yaşla birlikte hareket genişliği boyunca eklemleri hareketli tutan günlük aktivite ile esnekliği korumak veya arttırmak gerekir ⁽²¹⁾.

2.1.5.5. Denge

Denge, istirahat ve aktivite sırasında yer çekimi merkezini destek yüzeyi üzerinde tutabilmek için gerçekleştirilen postural uyumdur. Yaşlanmayla birlikte normal postural kontrol ve dengenin sağlanmasında etkili olan vestibüler sistem, görme sistemi ve somatosensoryal sistemdeki değişikliklerin sonucunda dengede bozulma olmaktadır. Böylece yaşlılarda en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan düşme riski artmaktadır ⁽²⁵⁾. Ayrıca kuvvetsizlik, yakın görme ve duyma sorunları, sistolik kan basıncında azalma, kognitif yetersizlik ve depresif semptomlar da denge bozukluğuna neden olmaktadır ^(26,27,28).

2.1.6. Yaşlılarda Bağımlılık ve Bağımsızlık

Bağımlılık;

- Bir şey veya bir kişi tarafından belirlenme, etkilenme veya kontrol edilme durumu
- Birisinden veya bir araçtan yardım alma, onun güvenine ihtiyaç duyma
- Bağımlı olma durumu
- Bağımlılık bireyin kendisiyle ilgili kararlarda bir kimseye ve/veya bir nesnenin yardımına ihtiyaç duyması, başka bir iradenin altına girmesidir ⁽²⁹⁾.

Bağımlılık pek çok alanda; fiziksel, bilişsel, mental, emosyonel, ekonomik, sosyal, çevresel alanlarda olmaktadır. Bakım bağımlılığı bireyin öz bakım yetisinin azalması ve kaybına bağlı sağlık profesyonellerinden destek almasıdır. Yaşla birlikte fizyolojik kayıplarla birlikte bağımlılık düzeyi artmaktadır ⁽³⁰⁾.

Bağımsızlık;

- Bağımsızlık bireyin kendisiyle ilgili kararları alabilmesi ve bu kararları başka bir kimseye ve/veya nesnenin yardımına ihtiyaç duymadan gerçekleştirebilmesidir.
- Başkaları veya sevilen bir şey tarafından kontrol edilmeme, etkilenmeme veya destek almama durumu, özgür olma.
- Bir araç veya kişinin yardım ve desteğine ihtiyaç duymama, kendini yeterli hissetme ⁽³⁰⁾.

Bağımsızlık; bireyin günlük yaşam aktivitelerini tek başına yapabilmesidir. Günlük yaşam aktiviteleri; temel günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı (enstrümental) günlük yaşam aktiviteleri olarak ayrılmaktadır. Temel günlük yaşam aktivitelerine baktığımızda bireyin ev içinde yemek yeme, hareket etme, tualete gitme, banyo yapabilme gibi aktiviteleri tek başına yerine getirebilmesidir ⁽³¹⁾.

Toplumda bireyin tek başına yaşayıp yaşayamayacağını gösteren yardımcı (enstrümental) günlük yaşam aktiviteleri ise; kişinin evini temizleyebilmesi, çamaşırlarını temizleyebilmesi, telefon kullanabilmesi, ilaçlarını alabilmesi, yemek hazırlaması, araçla transferini sağlaması, dışarıda alışveriş yapabilmesi, mali işlerini yürütebilmesini içine almaktadır ⁽³²⁾.

Kişinin bu aktiviteleri tek başına yapıp, yapamayacağını ortaya koyması bağımsız ya da bağımlı olduğunu ortaya koymaktadır ⁽³¹⁾.

Çivi ve Tanrıkulu'nun ⁽³³⁾ 60 yaş ve üzeri bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri ve fiziksel yeterlilik üzerine yaptığı çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımsızlık oranının %71.2 olduğu, cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarda tam bağımsızlık oranının %36, erkeklerde ise %35 olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği semptomları, bireylerin bağımlılıklarını artırarak sosyal destek gereksinimini arttırmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlılarda sosyal destek ihtiyacının yetersiz kalması sonucu bağımlılık daha da artmaktadır ⁽³⁴⁾.

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Tanım

Depresyon ortaya çıkma nedenleri, gidişatı ve tedavisi bakımından son derece kompleks ruhsal bozukluklardan birisi, belki de en önemlisidir. Depresyon yalnızca ruhsal çöküntüden ibaret bir hastalık olmayıp genel olarak derin üzüntülü bir duygudurum içerisinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, yorgunluk, durgunluk, dikkat ve konsantrasyonda azalma, isteksizlik ve motivasyon kaybı, suçluluk, değersizlik, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerle fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi pek çok belirtinin gözlendiği bir sağlık sorunudur ^(35,36).

2.2.2. Etiyoloji

Yukarıda da ifade edildiği üzere depresyon pek çok faktörle ilişkili bir duygudurum bozukluğu olup cinsiyet, yaş, medeni durum, düşük sosyo-ekonomik düzey, kişilik yapısı, vb., pek çok faktör depresyona yol açabilir. Çevresel faktörler de her bireyde aynı negatif duygulara yol açmamakta olup bu durum en önemli yatkınlık nedeninin genetik yatkınlık olduğunu göstermektedir ⁽³⁵⁾.

2.2.3. Epidemiyoloji

Duygudurum bozuklukları antik dönemden beridir bilinmesine ve insanlarda en fazla gözlenen hastalıklar arasında yer almasına karşın önemi son yıllarda açık bir şekilde anlaşılmıştır. Dünya sağlık örgütü tarafından yayımlanan dünya çapındaki önemli hastalıklar listesinde dördüncü sırada yer alan depresyon yine DSÖ tarafından işgücü kaybına yol açan durumlar arasında da en önde gelen hastalıklardan birisi olarak gösterilmiştir ⁽³⁷⁾. Yapılan sistematik bir derlemede 65 yaş ve üzeri toplum içinde yaşayan yaşlılarda depresyonun mortaliteyi artırdığı bildirilmektedir ⁽³⁸⁾.

Depresyon üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalarda farklı populasyonlarda depresyon yaygınlığının farklılık arz ettiği görülmektedir. Genel populasyonla kıyaslandığında ergenlerde, ileri yaştakilerde, yatan hastalarda ve kronik hastalığı olanlarda daha fazla görülmektedir. Bununla birlikte genel populasyonda majör depresyon görülme oranı %3-7-6.7 arasında değişmekte iken hastanelerde yatan bütün hastalar arasında ise bu oran %5-10, ayaktan tedavi alan hastalarda ise %9-16 olduğu bildirilmiştir ^(39,40,41).

Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda kadınlarda her 5 kişiden biri, erkeklerde ise her 10 kişiden birinde yaşamları boyunca kısa süreliğine de olsa depresif dönemler bulunmaktadır⁽⁴²⁾. Ülkemizde depresyonun epidemiyolojisi üzerine gerçekleştirilmiş olan birçok çalışma söz konusudur. Küey ve Güleç ⁽⁴³⁾ konuyla ilgili olan çalışmaları değerlendirmişler ve Türk

toplumunda depresyon prevalansının %10 olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada kronik hastalıklara sahip olan bireylerde ise sekonder depresyonun %4-8.8 arasında olduğu, bu tarz hastalığa sahip olan her 3 hastadan birinde depresyonun kronikleştiği bildirilmiştir.

Konuyla ilgili çalışmalar birbirini destekleyici olarak depresyonun ilk ortaya çıkma yaşının çoğunlukla hayatın 2. dekadının sonu (erken erişkinlik) olduğunu göstermektedir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyolojik Çalışmalar Konsorsiyumu'na göre (The International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys) majör depresyonun dünya genelinde ortalama başlangıç yaşı 30'lu yaşların başı ve ortalarıdır ⁽⁴⁴⁾.

2.2.4. Sınıflandırma

DSM-5'e göre depresyon bozuklukları aşağıdaki gibidir ⁽⁴⁵⁾:

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
- Majör Depresyon Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disrofi Bozukluğu
- Maddenin Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.2.5. Risk Faktörleri

2.2.5.1 Yaş

Depresyon bütün yaş gruplarında gözlenebilen bir duygudurum bozukluğudur. Yapılan çalışmalarda başlangıç yaşının genel olarak 18-44 olduğu, kadınlarda 35-45, erkeklerde ise 55-70 yaş arasında daha sık görüldüğü, bununla beraber 20 yaş altı genç erkeklerde eskiye kıyasla sık gözleendiği bildirilmiştir ⁽³⁵⁾. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı DSÖ verilerine göre 28.9'dur ⁽⁴⁶⁾.

2.2.5.2. Cinsiyet

Depresyon kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülen bir rahatsızlıktır ⁽⁴⁷⁾. Kadınlarda daha yaygın olarak görülmesi aşağıdaki durumlarla açıklanmaya çalışılmıştır ⁽⁴⁸⁾:

- Kadınların çocukluk dönemlerinde erkeklere göre daha fazla aile içi şiddet görmeleri
- Sosyo-kültürel değerlere ve toplum yapılarına göre kadınların yeri
- Kötü yaşam koşullarıyla erkeklere kıyasla daha fazla karşı karşıya kalmaları
- Gonadal hormonların etkisi
- Post-partum dönem
- Perimenopozal dönem

2.2.5.3. Etnik Köken

Genel olarak ırk ve etnik kökene göre depresyon dağılımında farklılıklar olmadığı, farklılığın sosyo-ekonomik durumdan ileri geldiği ifade edilmektedir ⁽⁴⁷⁾.

2.2.5.4. Medeni Durum

Depresyonun ortaya çıkmasında ya da tetiklenmesinde kişiler arası ilişkiler önemli paya sahiptir. Depresyonun çoğunlukla boşanmış veya ayrılmış kişilerde görüldüğü bildirilmektedir. Bununla birlikte depresyonun mu boşanmaya yoksa yalnız yaşamının mı depresyona neden olduğu konusu ise tartışmalıdır. Evli erkekler en düşük risk grubunun teşkil etmekte iken evli kadınlar, yalnız yaşayan ve dul kadınlar, yalnız, dul ve boşanmış erkekler ise riskli gruplardır ^(49,35,50).

2.2.5.5. Aile Öyküsü ve Genetik

Majör depresyon hastalarının birinci derece yakın akrabalarında da aynı bozukluğun ortaya çıkma olasılığının 2-3 kat fazla olduğu ifade edilmekte olup ikiz majör depresif hastalar üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda tek yumurta ikizlerinden birinde depresyon gelişme olasılığın %27 olduğu bildirilmiştir ki bu da genetik yatkınlığın depresyon açısından önemli risk faktörleri arasında olduğunu açık bir şekilde göstermektedir ^(51,52).

2.2.5.6. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar ve olumsuz olaylar yetişkinlik döneminde depresyon riskini artırmakta ve mevcut depresyonun da daha şiddetli hale gelmesine neden olmaktadır. Çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanım, fiziksel şiddet ve ihmal gibi durumlar ile depresyon arasında kuvvetli bir ilişki söz konusudur ^(51,52).

2.2.5.7. Sosyoekonomik Durum

Sosyo-ekonomik durum ile depresyon arasındaki ilişki çok defa çalışmalara konu olmuştur. Bununla ilgili yapılan araştırmalarda düşük sosyo-ekonomik durumun depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir ⁽⁵³⁾. Bu durumun toplumun refah seviyesi ve sosyal güvenlik düzeyiyle ilişkili olabileceği ifade edilmektedir. Benzer şekilde işsizlikle depresyon arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ⁽⁵³⁾.

2.2.6. Yaşlılarda Depresyon

Yaşlılıkta görülen ruhsal sorunların başında depresyon gelmekte ve yaşlılık depresyonu diğer fiziksel rahatsızlıklarla beraber izlenebilmektedir. Başta gelen risk faktörleri: yaşlanma süreci, hastalıklar, ilaç kullanımı, beslenme bozuklukları ve genetik faktörlerdir. Yaşlılarda görülen bu depresyon türü diğer dönemlerden farklı özellikler içerir. Bedensel yakınmalar ve bilişsel düzeyde bozulmalar (apati, ilgi kaybı, yorgunluk, uyuma güçlüğü ve diğer somatik yakınmalar) yaşlı nüfusta görülen depresyonda ön plandadır ⁽⁵⁴⁾.

İleri yaşlarda depresyonda, duygu durum belirtileri olan hüznün, elem, üzüntü ön planda olmayabilir. Yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, sürekli yakınma, sızlanma, aşırı talep edicilik de depresyonun maskeli görünümleridir ⁽⁵⁵⁾. Böyle yaşlılar depresyonda olduklarını inkar etseler de işlevsellikleri azaldığı için ivedilikle tedavi edilmeleri gerekmektedir.

Depresif belirtilerin yaşlılığın bir parçası olduğu veya fiziksel hastalıklara bağlı olduğu düşüncesi depresyon tanısı k oymanın güçleşmesine, tedavinin uzun sürmesine, hastalığın seyrinin kötüleşmesine hatta öz kıyım riskinin artmasına sebep olabilmektedir ⁽⁵⁶⁾. Sonuçlanmış öz kıyım yaşlı nüfusta genç nüfusa göre iki kat artış göstermektedir ⁽⁵⁷⁾.

Yaşlılarda depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini artırmakta, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini yükseltmekte ve erken ölümleri önlemektedir ⁽⁵⁴⁾.

3. MATERİYAL VE YÖNTEM

3.1. ETİK İLKELER

Çalışmamız, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İyi Klinik Uygulamalar klavuzu ve etik ilkeler konusunda Helsinki Bildirgesi okunarak ve bu çerçevede bilgilendirildiğimiz beyan edilerek hazırlanmıştır (EK- 5). Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu tarafından 22/05/2018 tarihinde 905 sayılı karar ile “Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 65 (altmış beş) Yaş ve Üzeri Hastalarda Fiziksel Bağımlılık Düzeyleri ve Depresyon Varlığını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi” adlı çalışmamızın yürütülmesine onay verilmiştir (EK-5).

3.2.HASTA SEÇİMİ

Çalışmaya Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 65 yaş üzeri 180 hasta alındı.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1- Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim A.S.M. ye kayıtlı olmak
- 2- Altmış beş yaş ve üzerinde olmak
- 3- Kooperasyonu ve oryantasyonu yeterli olmak
- 4-Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 1- Altmış beş yaş altı olmak
- 2-İletişim engelinin olması
- 3-Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- 4-Demens, alzheimer gibi düşünme yetisini etkileyecek hastalığının olması

3.3.ÇALIŞMA PROTOKOLÜ

Bu çalışma aile sağlığı merkezine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar ile haftalık ev ziyaretleri sırasında ziyaret edilen hastalarda fiziksel bağımlılık düzeylerini ve depresyon düzeyini belirleyip etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evreni; Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş üzeri hastalardan oluşmaktadır. Çalışmanın 04/06/2018 - 04/08/2018 tarihleri arasında 2 aylık zaman dilimi içerisinde, verilerin anket yöntemi kullanılarak katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilmesi planlandı. Çalışmada; katılımcıların kişisel bilgileri, sosyodemografik özellikleri, arkadaşları ile görüşme sıklıkları, genel sağlık algıları, kronik hastalıklarının varlığı sorgulandı ve kaydedildi. Çalışmaya katılan gönüllülere Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği uygulandı.

Günlük Yaşam ve Aktivite Ölçeği; Katz ve arkadaşları ⁽⁵⁸⁾ tarafından 1963 yılında geliştirilmiş, Türkçe tercümesi Yardımcı tarafından ⁽⁵⁹⁾ 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek; hareket, boşaltım, yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı ve beslenme aktivitelerinden oluşmaktadır. Her bir aktivite “bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız” olarak değerlendirilir. Birey GYA’sını bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilir. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilir.

Geriatrik Depresyon Ölçeği; Yesavage, Brink ve arkadaşları tarafından oluşturulup, 1983 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, yaşlı nüfusa yönelik bir depresyon ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları ⁽⁶⁰⁾ tarafından 1997 yılında yapılmıştır. GDÖ öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan ve evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenen bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve toplam

puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır ⁽⁶⁰⁾.

3.4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın istatistiki analizlerinde IBM SPSS versiyon 25 programı kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin sunulmasında frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum ve çeyreklik değerleri kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasına ki-kare analizi kullanıldı. Ölçek puanlarının birbiri ile karşılaştırılmasında puanlar normal dağılım özelliği göstermediğinden spearman korelasyon analizi kullanıldı. İkili olarak ifade edilen değişkene (depresyon var/yok) etki eden faktörlerin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiki anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak kabul edildi

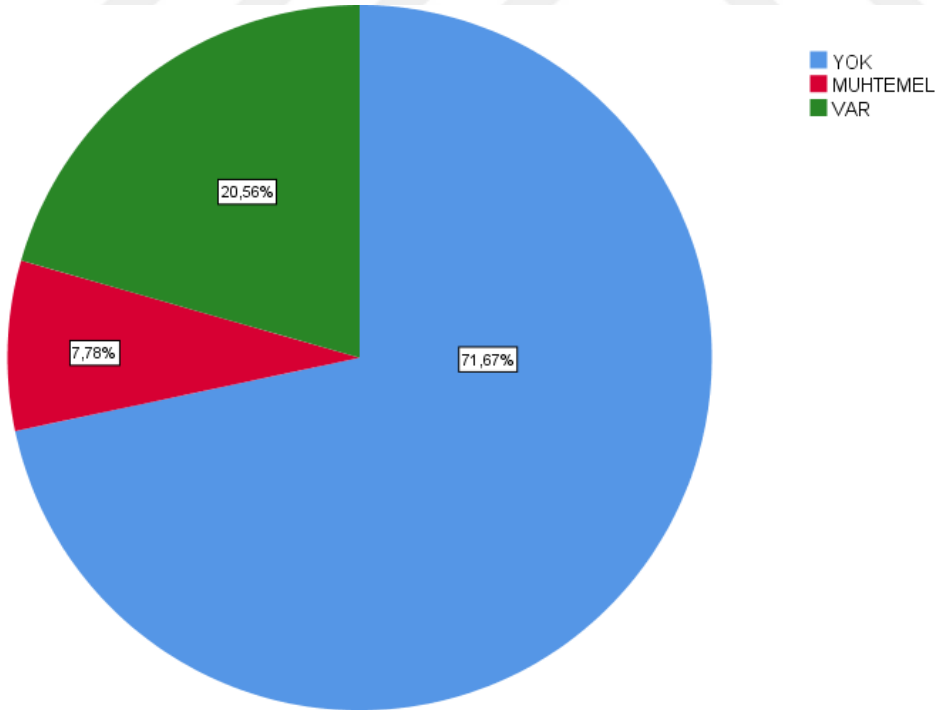
4. BULGULAR

Çalışmamızda yer alan 180 katılımcının 88'i (%48,9) erkek, 138'i (%76,7) evli, 114'ü (%63,3) 65-74 yaş arası (genel yaş ortalaması $70 \pm 6,19$), 82'si (%45,6) ilkokul mezunu, 141'inin (%78,3) düzenli geliri var, 158'inin (%87,8) birlikte yaşadığı bir kişi var, 168'inin (%93,3) yakınları kendisi ile ilgili, 171'inin (% 95,0) kendine ait odası var, 101'inin (%56,1) kişisel bir uğraşı yok, 138'inin (%76,7) en az bir kronik hastalığı mevcut, 72' si (%40) ayda 8 gün ve üzeri arkadaşları ile görüşüyor, 93'ünün (%51,7) genel sağlık algısı iyi idi. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı tablo 1'de verildi

Tablo 1: Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		N	%
Cinsiyet	ERKEK	88	48,9
	KADIN	92	51,1
Yaş	65-74 arası	114	63,3
	75-84 arası	55	30,6
	85 ve üzeri	11	6,1
Medeni Hal	BEKÂR	42	23,3
	EVLİ	138	76,7
Öğrenim Durumu	İLKOKUL	82	45,6
	LİSE	5	2,8
	OKURYAZAR DEĞİL	30	16,7
	ORTA ÖĞRETİM	36	20,0
	YÜKSEKÖĞRENİM	27	15,0
Sosyal Güvence	VAR	176	97,8
	YOK	4	2,2
Gelir Durumu	VAR	141	78,3
	YOK	39	21,7
Birlikte Yaşadığınız Kişi	VAR	158	87,8
	YOK	22	12,2
Yakınlarının İlgisi	İLGİLİ DEĞİLLER	12	6,7
	İLGİLİLER	168	93,3
Kendine Ait Oda	VAR	171	95,0
	YOK	9	5,0
Kişisel Uğraş	VAR	79	43,9
	YOK	101	56,1
Dostlarla Görüşme	0-7 GÜN	108	60,0
	8 GÜN VE ÜZERİ	72	40,0
Kronik Hastalık	VAR	138	76,7
	YOK	42	23,3
Genel Sağlık Algısı	KÖTÜ	22	12,2
	ORTA	41	22,8
	İYİ	93	51,7
	ÇOK İYİ	24	13,3

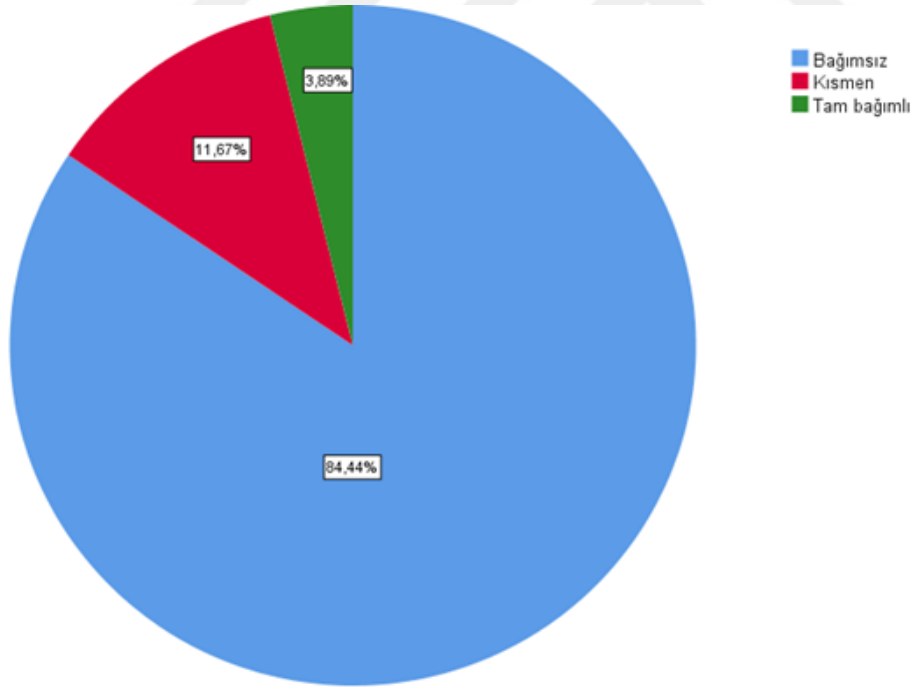
Geriatrik depresyon ölçeğine (GDÖ) göre katılımcıların 129’unda (%71,67) depresyon olmadığı, 14’ünde (%7,78) muhtemel depresyon varlığı olduğu ve 37’sinde (%20,56) depresyon olduğu tespit edildi. GDÖ ölçeğine göre çalışma grubunda yer alan bireylerin depresyon durumlarının dağılımı grafik 1’de verildi.



Şekil 1: GDÖ ölçeğine göre çalışma grubunda yer alan bireylerin depresyon durumlarının dağılımı.

Çalışma grubundaki bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden aldıkları puanların özellikleri tablo 3’te verildi. Buna göre günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ölçeğinden alınan puanların ortalaması $16,55 \pm 3,122$ olarak tespit edilirken puanlar 6 ila 18 arasında değişmektedir.

Katz GYA ölçeğine göre katılımcıların 152’si (%84,4) günlük işlerini bağımsız olarak sürdürebilirken, 21’inde(11,67) kısmen bağımlılık olduğu ve 7’sinde(3,89) tam bağımlılık olduğu tespit edildi. GYA ölçeğine göre çalışma grubunda yer alan bireylerin bağımlılık durumlarının dağılımı grafik 2’de verildi.



Şekil 2: GYA ölçeğine göre çalışma grubunda yer alan bireylerin bağımlılık durumlarının dağılımı.

Çalışma grubunda depresyon varlığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı tablo 2’de verildi. Buna göre depresyon varlığının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ($p=0,002$), yaş arttıkça depresyon olma sıklığının yükseldiği ($p<0,001$), depresyon olması sıklığının bekârlarda daha yüksek olduğu ($p<0,001$), depresyon sıklığının yakınları ilgili olmayanlarda ($p=0,023$), kendine ait odası olmayanlarda ($p=0,003$), kişisel uğraşı olmayanlarda ($p=0,001$), en az bir kronik hastalığı olanlarda ($p=0,002$) ve genel sağlık algısı iyi olmayanlarda ($p<0,001$) daha fazla olduğu belirlendi. Dostları ile görüşme, sosyal güvence varlığı, gelir durumu varlığı, birlikte yaşadığı kişi değişkenlerinin depresyon varlığının dağılımı ile ilişkili olmadığı tespit edildi (her biri için $p>0,05$).

Tablo 2: Depresyon varlığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

		DEPRESYON				DEPRESYON		X ² ; p
		N	%	N	%	N	%	
CİNSİYET	ERKEK	73	56,6	2	14,3	13	35,1	12,571; 0,002
	KADIN	56	43,4	12	85,7	24	64,9	
YAŞ	65-74 arası	94	72,9	9	64,3	11	29,7	25,072; <0,001
	75-84 arası	31	24,0	4	28,6	20	54,1	
	85 ve üzeri	4	3,1	1	7,1	6	16,2	
MEDENİ HAL	BEKÂR	19	14,7	6	42,9	17	45,9	18,898; <0,001
	EVLİ	110	85,3	8	57,1	20	54,1	
ÖĞRENİM DURUMU	OKURYAZAR DEĞİL	59	45,7	6	42,9	17	45,9	30,336; <0,001
	İLKOKUL	4	3,1	0	0,0	1	2,7	
	ORTA ÖĞRETİM	11	8,5	7	50,0	12	32,4	
	LİSE	29	22,5	1	7,1	6	16,2	
	YÜKSEKÖĞRETİM	26	20,2	0	0,0	1	2,7	
SOSYAL GÜVENCE	VAR	127	98,4	13	92,9	36	97,3	1,867; 0,393
	YOK	2	1,6	1	7,1	1	2,7	
GELİR DURUMU	VAR	99	76,7	10	71,4	32	86,5	2,034; 0,362
	YOK	30	23,3	4	28,6	5	13,5	
BİRLİKTE	VAR	115	89,1	11	78,6	32	86,5	1,389; 0,499
YAŞADIĞINIZ KİŞİ	YOK	14	10,9	3	21,4	5	13,5	
YAKINLARININ İLGİSİ	İLGİLİ DEĞİLLER	5	3,9	3	21,4	4	10,8	7,539; 0,023
	İLGİLİLER	124	96,1	11	78,6	33	89,2	
KENDİNE AİT ODA	VAR	127	98,4	12	85,7	32	86,5	11,419; 0,003
	YOK	2	1,6	2	14,3	5	13,5	
KİŞİSEL UĞRAŞ	VAR	68	52,7	4	28,6	7	18,9	14,780; 0,001
	YOK	61	47,3	10	71,4	30	81,1	
DOSTLARLA GÖRÜŞME	0-7 GÜN	71	55,0	10	71,4	27	73,0	4,679; 0,096
	8 GÜN VE ÜZERİ	58	45,0	4	28,6	10	27,0	
KRONİK HASTALIK	VAR	90	69,8	13	92,9	35	94,6	12,132; 0,002
	YOK	39	30,2	1	7,1	2	5,4	
GENEL SAĞLIK ALGISI	ÇOK İYİ	24	18,6	0	0,0	0	0,0	96,052; <0,001
	İYİ	86	66,7	4	28,6	3	8,1	
	KÖTÜ	2	1,6	3	21,4	17	45,9	
	ORTA	17	13,2	7	50,0	17	45,9	

Çalışma grubunda Katz GYA ölçeğine göre bağımlılık varlığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı tablo 3'te verildi. Buna göre bağımlılık varlığının yaş arttıkça yükseldiği ($p<0,001$), bağımlılık olması sıklığının bekârlarda daha yüksek olduğu ($p=0,017$), bağımlılık sıklığının, kendine ait odası olmayanlarda ($p<0,001$), kişisel uğraşı olmayanlarda ($p<0,001$), en az bir kronik hastalığı olanlarda ($p=0,006$) ve genel sağlık algısı iyi olmayanlarda ($p<0,001$) daha fazla olduğu belirlendi. Cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence varlığı, gelir durumu varlığı, birlikte yaşadığı kişi değişkenlerinin bağımlılık varlığının dağılımı ile ilişkili olmadığı tespit edildi (her biri için $p>0,05$)

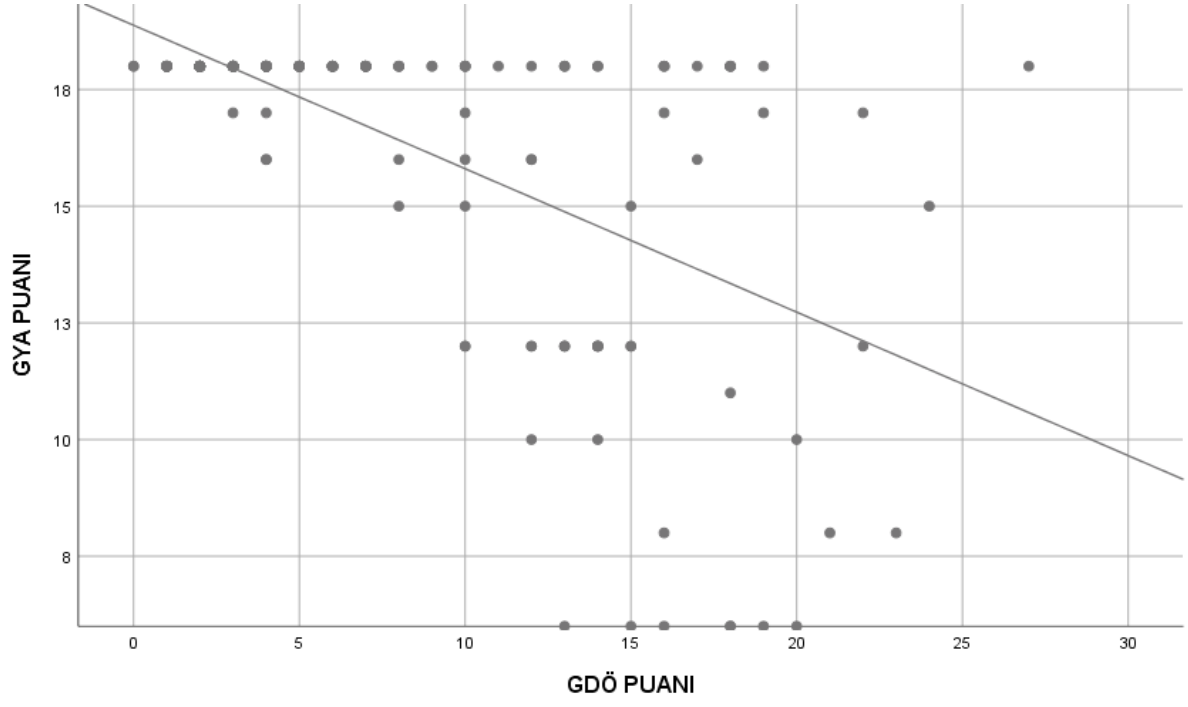
Tablo 3: Çalışma grubunda GYA'ya göre bağımlılık varlığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

		Bağımsız		Kısmen		Tam bağımlı		X ² ; p
		N	%	N	%	N	%	
CİNSİYET	ERKEK	75	49,3	10	47,6	3	42,9	0,127; 0,938
	KADIN	77	50,7	11	52,4	4	57,1	
YAŞ	65-74 arası	107	70,4	6	28,6	1	14,3	24,772; <0,001
	75-84 arası	39	25,7	12	57,1	4	57,1	
	85 ve üzeri	6	3,9	3	14,3	2	28,6	
MEDENİ HAL	BEKÂR	30	19,7	8	38,1	4	57,1	8,130; 0,017
	EVLİ	122	80,3	13	61,9	3	42,9	
ÖĞRENİM DURUMU	İLKOKUL	69	45,4	10	47,6	3	42,9	14,042; 0,081
	LİSE	5	3,3	0	0,0	0	0,0	
	OKURYAZAR DEĞİL	20	13,2	8	38,1	2	28,6	
	ORTA ÖĞRETİM	31	20,4	3	14,3	2	28,6	
	YÜKSEKÖĞRETİM	27	17,8	0	0,0	0	0,0	
SOSYAL GÜVENCE	VAR	150	98,7	19	90,5	7	100,0	5,886; 0,053
	YOK	2	1,3	2	9,5	0	0,0	
GELİRDURUMU	VAR	118	77,6	17	81,0	6	85,7	0,353; 0,838
	YOK	34	22,4	4	19,0	1	14,3	
BİRLİKTE YAŞADIĞINIZ KİŞİ	VAR	132	86,8	19	90,5	7	100,0	1,241; 0,538
	YOK	20	13,2	2	9,5	0	0,0	
YAKINLARININ İLGİSİ	İLGİLİ DEĞİLLER	7	4,6	5	23,8	0	0,0	11,456; 0,003
	İLGİLİLER	145	95,4	16	76,2	7	100,0	
KENDİNE AİT ODA	VAR	147	96,7	20	95,2	4	57,1	22,059; <0,001
	YOK	5	3,3	1	4,8	3	42,9	
KİŞİSEL UĞRAŞ	VAR	76	50,0	3	14,3	0	0,0	15,253 ;<0,001
	YOK	76	50,0	18	85,7	7	100,0	
DOSTLARLA GÖRÜŞME	0-7 GÜN	84	55,3	20	95,2	4	57,1	12,309; 0,002
	8 GÜN VE ÜZERİ	68	44,7	1	4,8	3	42,9	
KRONİK HASTALIK	VAR	110	72,4	21	100,0	7	100,0	10,091; 0,006
	YOK	42	27,6	0	0,0	0	0,0	
GENEL SAĞLIK ALGISI	ÇOK İYİ	24	15,8	0	0,0	0	0,0	101,373; <0,001
	İYİ	93	61,2	0	0,0	0	0,0	
	KÖTÜ	7	4,6	8	38,1	7	100,0	
	ORTA	28	18,4	13	61,9	0	0,0	

Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu değerlendirildiğinde iki ölçek arasında negatif yönde orta kuvvette bir korelasyon olduğu belirlendi (r_s ; -0,594. p ; <0,001). Buna göre ölçeklerden birinden alınan puanlar artarken diğer ölçeğin puanı azalmaktadır. Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu tablo 4'e ve grafik 3'te verildi.

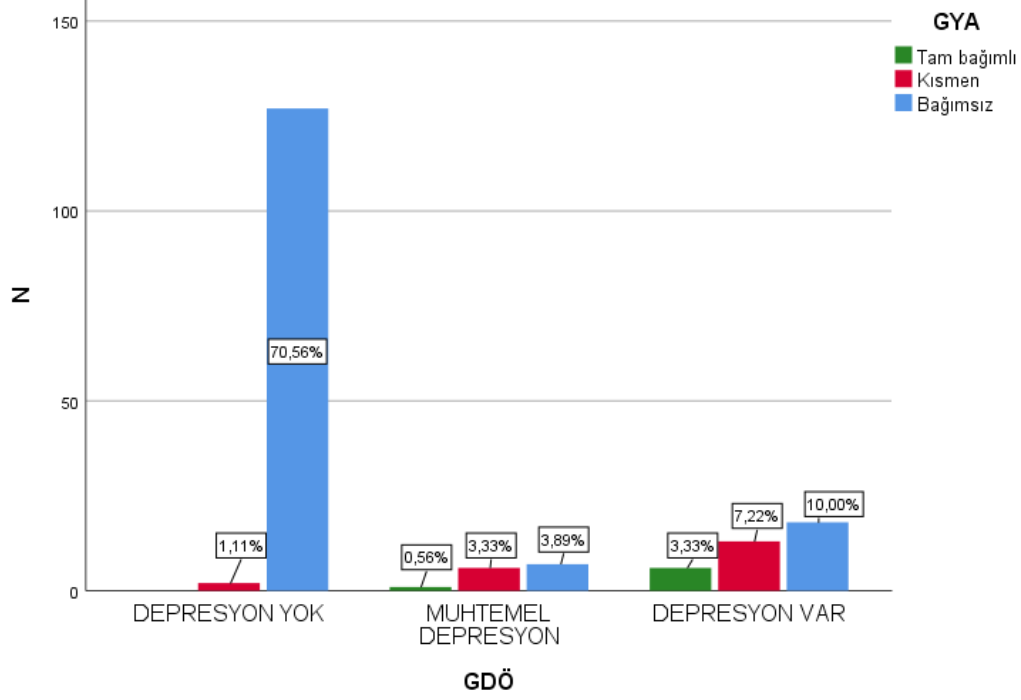
Tablo 4: Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu

	Median	IQR 25	IQR 75	r^s ; p
GYA PUANI	18,00	17,50	18,00	-0,594; <0,001
GDÖ PUANI	5,00	3,00	12,00	



Şekil 3: Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu

Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerine göre depresyon ve bağımlılık durumları belirlenen bireylerin dağılımları grafik 4'te verildi. Buna göre çalışma grubundaki bireylerin %70,56'sını depresyon yok ve tam bağımsız olarak değerlendirildi. çalışma grubundaki bireylerin %3,33'ü ise hem depresyon var hem de tam bağımlı olarak değerlendirildi.



Şekil 4: Çalışmada GDÖ ve GYA ölçeklerine göre depresyon ve bağımlılık durumları belirlenen bireylerin dağılımları.

Çalışma grubunda depresyon var olma ve olmama durumuna etkili olabileceği düşünülen özelliklere göre oluşturulan lojistik regresyon modeli tablo 5’de verildi. Buna göre tekli analizlerde cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu, yakın ilgisi, kendine ait oda, kişisel uğraş, dostlarla görüşme, kronik hastalık, genel sağlık durumu, bağımlılık durumu değişkenlerinin tümünün depresyon varlığı üzerine etkisi saptanırken, değişkenlerin birlikte değerlendirildikleri düzeltilmiş (adjusted) modelde kadın olmanın depresyon var olması sıklığını yaklaşık 5,5 kat, genel sağlık durumun orta olmasının depresyon var olması sıklığını 13 ve genel sağlık durumun kötü olmasının depresyon var olması sıklığını 65 kat ve son olarak GYA’ya göre bağımlı olmanın depresyon var olması sıklığını yaklaşık 9,5 kat artırdığı tespit edildi (her biri için $p<0,05$).

Tablo 5: Çalışma grubunda depresyon var olma ve olmama durumuna etkili olabileceği düşünülen özelliklere göre oluşturulan lojistik regresyon modeli

		CRUDE	ADJUSTED
CİNSİYET	ERKEK	1	1
	KADIN	3,129 (1,560-6,273)	5,365 (1,253-22,971)
YAŞ	65-74 ARASI	1	1
	75-84 ARASI	3,630 (1,73-7,468)	1,250 (0,295-5,293)
	85 VE ÜZERİ	8,225 (2,197-30,786)	1,734 (0,169-17,796)
MEDENİ DURUM	EVLİ	1	1
	BEKÂR	4,756 (2,279-9,925)	1,100 (0,244-4,960)
ÖĞRENİM DURUMU	YÜKSEKÖĞRETİM	1	1
	LİSE	6,500 (0,335-126,061)	3,209 (0,047-220,467)
	ORTA ÖĞRETİM	0,723 (0,723-54,480)	1,719 (0,119-24,115)
	İLKOKUL	10,136 (1,299-79,094)	3,253 (0,301-31,205)
	OKURYAZAR DEĞİL	44,909 (5,332-378,233)	2,098 (0,151-29,099)
YAKIN İLGİSİ	İLGİLİLER	1	1
	İLGİLİ DEĞİLLER	3,945 (1,191-13,074)	0,937 (0,139-6,295)
KENDİNE AİT ODA	VAR	1	1
	YOK	10,102 (2,022-50,461)	4,098 (0,317-44,713)
KİŞİSEL UĞRAŞ	VAR	1	1
	YOK	4,054 (1,912-8,594)	0,967 (0,280-3,341)
DOSTLARLA GÖRÜŞME	8 GÜN VE ÜZERİ	1	1
	7 GÜN VE AŞAĞISI	2,159 (1,066-4,374)	2,792 (0,775-10,049)
KRONİK HASTALIK	YOK	1	1
	VAR	6,933 (2,036-23,613)	2,673 (0,449-15,973)
GENEL SAĞLIK DURUMU	ÇOK İYİ	1	1
	İYİ	1,674 (0,192-14,589)	1,274 (0,109-14,856)
	ORTA	33,882 (4,171-275,212)	13,042 (1,010-168,424)
	KÖTÜ	240,000 (20,245-2845,103)	65,147 (2,612-1624,833)
GYA PUAN	BAĞIMSIZ	1	1
	BAĞIMLI	66,040 (14,724-296,206)	9,388 (1,270-69,371)

5. TARTIŞMA

Araştırmamız kapsamında değerlendirilen katılımcıların %48,9'u erkek, %51,1'i kadın olduğu saptanmıştır. Bu veriler 2014 yılında Türkiye İstatistik Kurumu verilerinde ⁽⁶¹⁾, yaşlı nüfusun %43,6'sının erkek, %56,4'ünün kadın olarak saptanmasıyla yakınlık göstermektedir.

Yine Türkiye genelinde yapılan araştırmadaki verilere göre 80 yaş ve üzeri yaştaki nüfusun, toplam yaşlı nüfus içindeki payı 2014 yılında %21,2'dir⁽⁶¹⁾. Araştırmamız kapsamında değerlendirilen hastaların yaş dağılımı; 65-74 yaş arası %63,3(114), 75-84 yaş arası %30,6(55), 85 ve üzeri %6,1(11) şeklinde saptanmıştır.

Küçükşen ve arkadaşlarının ⁽⁶²⁾ Türkiye genelinde yaptığı ve 65 yaş ve üzeri bireyleri dahil ettiği araştırmalarında evli oranı; %65,6 bekar oranı; %34,4 olarak saptanmıştır. Araştırma 3 farklı ilde tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen 180 yaşlı bireyi içermektedir. Bizim yürüttüğümüz çalışmamızda bekar-dul oranı; %23,3(41), evli oranı; %76,7(138) olarak saptanmıştır.

Çalışmanıza katılan yaşlılarda okur-yazar olmayanların oranı; %16,7(30), okuma-yazma bilen veya ilkokul düzeyinde eğitim almış olanların oranı; %45,6(82), orta öğretim almışların oranı; %20(36), lise mezunu olanların oranı; %2,8(5) ve yüksek öğretim düzeyinde eğitim alanların oranı ise; %15(27) olarak saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun yaptığı çalışmada 2013 yılında okuma-yazma bilmeyen yaşlı nüfus oranı %23,9 olarak belirtilmiştir⁽⁶¹⁾.

Altuğ ve arkadaşlarının⁽⁶³⁾ 2009 yılında yaptığı bir araştırmanın sonuçlarına göre rastgele örneklem ile çalışmaya dahil edilen yaşlıların %14,5'i yalnız, %85,5'i yakınları veya eşi ile birlikte yaşamaktadır. Bu oran çalışmamızda elde ettiğimiz %12,2 yalnız yaşama ve %87,7 yakınları veya eşi ile yaşama oranları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdan

farklı olarak Erzurum Pasinler ilçesinde 200 yılında yapılmış başka bir çalışmada ise yaşlıların %3,4'ü yalnız yaşamaktadır⁽⁶⁴⁾.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %76,7 sinin kronik hastalığı olduğu tespit edildi. Bu sonuç Nurten Elkin'in⁽⁶⁵⁾ ASM'ye başvuran yaşlılar üzerinde yaptığı bir araştırmada %86,7'sinin kronik hastalığı olduğunu tespit etmesi ile uyumluluk göstermektedir. Yine aynı çalışmada başvuranların %54,5'inin sağlık algısını orta olarak nitelendirdiği tespit edilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak bizim yaptığımız araştırmada katılanların %51,7'sinin sağlık algısını iyi olarak nitelendirdiği saptanmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda; depresyonun değişik formları %15 civarı sıklıkta görülmekte iken yaşlılardaki majör depresyon sıklığı %1-10 arasında olduğu saptanmıştır^(66,67). Ancak Ağırman ve arkadaşlarının⁽⁶⁸⁾ yaptığı çalışmada yaşlılarda görülen depresyon oranı %42 olup tüm toplumdaki depresyon oranından istatistiksel olarak daha fazla olarak saptanmıştır. Yaptığımız bu çalışmada katılanların GDÖ' ne göre %20,6'sında depresyon, %7,8'inde ise muhtemelen depresyon olduğu saptanmıştır.

Konuyla ilgili olarak Türkiye'de yapılan yakın tarihli araştırmalarda depresyon oranının genel popülasyonda %11.2 olduğu, bu oranın erkeklerde %6, kadınlarda ise erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir^(69,70). İstatistiksel olarak anlamlı olan bu farklar hemen hemen tüm toplumlarda benzerlik göstermektedir. Bunda kadının biyolojik yapısının, ruhsal özellikleri ve kişilik yapısının, toplumsal ve kültürel konumunun etkili olduğu düşünülmektedir⁽⁷¹⁾.

Depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü sık rastlanan bir bulgudur. Epidemiyolojik çalışmalar kadınların yaşam boyu depresyon risklerinin %20-25 olduğunu göstermiştir; bu değer erkeklerde %8-12'dir⁽⁷²⁾. Çalışmamızda depresyonu olan yaşlıların %64,9 u kadın, %35,1 i erkek olarak saptanmış ve kadın olmanın depresyon riskini 5,5 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda depresyonun bütün hayat boyunca kadınlarda görülme oranı %10-25, erkeklerde ise %5-12 olarak bildirilmiştir⁽⁷³⁾.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre depresyon puan ortalamaları değerlendirildiğinde; eğitimi ilkökul düzeyinde olanların diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüş olup, eğitim durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak

anamlılık saptanmıştır. Elkin ile Keskinoglu ve arkadaşlarının^(65,74) yaptığı çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi arttıķa depresyon puanının düştüğü tespit edilmiştir.

Yaşlılar üzerinde yürüttüğümüz çalışmamızda yalnız yaşamanın depresyon sıklığını arttırdığına dair istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Ancak Keskinoglu ve ark. ile Karalar ve ark.'nın^(74,75) alışmalarında çalışmamızdan farklı olarak yalnız yaşayanlarda depresyon puan ortalaması yalnız yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşam süresi uzadıķa bireyde görülen kronik hastalıklarda artmakta, kronik hastalıklar ise kişinin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve depresyon için zemin hazırlamaktadır⁽⁷⁶⁾. Yaşlılar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü aynı zamanda depresyon durumunu artırdığı bulunmuştur^(77,78). Yürüttüğümüz bu çalışmamızda depresyon saptadığımız yaşlıların %94,6 sının kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Ayrıca alışmamızda kronik hastalığın depresyon riskini yaklaşık olarak 2 kat arttırdığı saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Nurten Elkin⁽⁶⁵⁾ de kendi çalışmasında yaşlı bireylerin kronik hastalık durumuna göre depresyon puan ortalamaları değerlendirdiğinde; kronik hastalığı bulunan yaşlılardaki puan ortalamasını daha yüksek saptamış olup, kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptamıştır. Ayrıca Kocataş ve ark.'nın⁽⁷⁹⁾ ve Keskinoglu ve ark.'nın⁽⁷⁴⁾ çalışmalarında da kronik hastalığı bulunanlarda depresyon görülme sıklığı yüksek bulunmuştur.

Literatürde sağlık algısının depresyonu etkileyen major faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda yaşlıların %22,5'u sağlığını orta olarak, %12,2'si ise kötü olarak nitelendirmiştir ve sağlık algılama durumu ile depresyon puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Üstün ve ark.'da⁽⁸⁰⁾ sağlığı kötü algılamanın depresyon üzerinde etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamız bu yönü ile diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Ayrıca araştırmamızda Genel sağlık algısı orta olanlarda depresyon riski 13 kat, kötü olanlarda ise 65 kat arttırdığı tespit edilmiştir.

Yaşlılıkta hayatın farklı alanlarında rol alabilme, üretken olabilme ve topluma katılımın sürdürülmesi ve fiziksel yönden aktif olabilme gibi fonksiyonların yerine getirilebilmesi için GYA'da bağımsız olabilmek önemli bir unsurdur⁽⁸¹⁾. Çalışmamıza katılan yaşlıların %84,4'ü bağımsız, %3,9'unun tam bağımlı, %11,7'sinin kısmen bağımlı olduğu saptanmıştır. Araştırmamızdaki bu sonuç literatürle uyumlu olup yaşlı bireylerin çoğunluğunun temel yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabildiğini göstermektedir.

Yaşla birlikte kadınlarda ortaya çıkan hormonal değişiklikler, kemik yapım ve yıkım dengesinin değişmesi, kadınların GYA'da erkeklere oranla daha bağımlı olmalarına sebep olmaktadır⁽⁸²⁾. Yaşlılar üzerinde yapılan çalışmaların bazılarında GYA'yı sürdürmede cinsiyete göre farklılık olduğu, bazılarında ise farklılık olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Bizim yürüttüğümüz çalışmada cinsiyet ile GYA puanları arasında istatistiksel olarak anlam saptanmadı. Çalışmamıza katılan erkeklerin kronik hastalığa sahip olma oranı kadınlardan daha yüksek bulundu. Bu orandan dolayı cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadığı düşünülmektedir. Ayrıca Tanırkulu⁽⁸³⁾ ve Yardımcı⁽⁵⁹⁾ günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ile cinsiyetler arasında fark olmadığını göstermiştir.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte sağlık problemleri artmakta, bireylerde fizyolojik, ruhsal ve bilişsel alanlarda bazı değişimler yaşanmaktadır⁽⁸⁴⁾. Bu değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitesini sürdürmesine engel olabilmektedir. Yaptığımız çalışmada GYA'da bağımlılık varlığının yaş arttıkça yükseldiği belirlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı ve literatür ile uyumlu bulundu.

Yaşlı bireylerin GYA'da bağımlılık yaşama durumlarında yaş faktöründen sonra etkili faktörlerden biri bireyin sahip olduğu kronik hastalıklar olup, Linda⁽⁸⁵⁾ yaşlıların kronik hastalık sayısı arttıkça GYA'de bağımlılık durumlarının arttığını bildirmektedir. Çalışmamızda; kronik hastalığı olanlarda GYA'da bağımlılık yaşama durumunun daha yüksek bulunması daha önceki çalışmalarda ortaya konulan kronik hastalık ile GYA'da bağımlılık yaşama arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Araştırmaya katılan bekar bireylerin GYA’da bağımlı olma riski evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gümüş ve Ünsal⁽⁸⁶⁾ birlikte yürüttükleri çalışmada benzer sonucu elde etmişlerdir.

Yaşlılarda bağımlılık için çok sayıda risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlardan biri de yaşanan ortam. Yürüttüğümüz bu çalışmada yalnız yaşama GYA’da bağımlılık için risk etmeni olarak saptanmamıştır. Aynı şekilde Ulusel, Soyer ve Uçku’nun⁽⁸⁷⁾ birlikte yürüttüğü çalışmada da aynı şekilde yalnız yaşamak risk faktörü olarak saptanmamıştır. Ancak, yalnız yaşayanlar için GYA’da yardım gereksinimi olanlar vardır. Bu gereksinim aile ve komşuluk ilişkileri ile kısmen karşılanabilir.

Çalışmamızda dostlarla görüşme sıklığının az olması GYA’da risk faktörü olarak saptanmıştır. Bu durum, sosyal desteğin literatürde GYA’da bağımlılık için risk etmeni olarak değerlendirilmesiyle uyumludur.

Depresyonun yaşlılarda bağımlılık risk etmenleri arasında olduğuna dair araştırmalar mevcuttur⁽⁸⁸⁾. Aynı zamanda, bağımlılarda depresyonun daha fazla olduğu da saptanmıştır⁽⁸⁹⁾. Yaşlılar üzerinde yürüttüğümüz çalışmamızda GDÖ ve GYA ölçeklerinden alınan puanların korelasyonunun negatif yönde, orta kuvvette bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bükler ve ark.⁽⁹⁰⁾ tarafından yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Elde ettiğimiz bu sonuç literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda GYA’da bağımlı olmanın depresyonu 9.5 kat arttırdığı da saptanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada; kadın cinsiyet, ileri yaş, bekar olmak, en az 1 kronik hastalığa sahip olmak, sosyal çevreden uzak olmak ve genel sağlık algısının kötü olası depresyon açısından risk faktörü olarak saptanmıştır. Bununla birlikte yine ileri yaş, bekar olmak, kişisel uğraşa sahip olmamak, en az 1 kronik hastalığa sahip olmak ve sağlık algısının kötü olması GYA'da bağımlı olmak için risk faktörü olarak saptanmıştır.

Yürüttüğümüz çalışmamızdan ve bahsettiğimiz tüm çalışmalardan anlaşılmıştır ki; depresyon ve GYA'da bağımlılık birbirini tetikleyen durumlardır. Bireylerin GYA'daki bağımlılığı arttıkça beraberinde depresyonu da getireceği ve bireyin sosyal izolasyonunu arttıracakı öngörülmektedir. Ayrıca depresyondaki birey, kendini çökkün ve güçsüz hissetmesi nedeni ile zaman içerisinde günlük aktivitelerini kısıtlamaya gidecektir. Bu nedenle yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, topluma kazandırılmalarında ve mutlu olmalarında önem taşımaktadır.

Yaşlıların yaşam kalitesini ve toplumsal katılımının artırılmasında geriatrik rehabilitasyon uygulamaları artırılmalı ve geriatrik rehabilitasyonda bireylerin hayata katılımı önemsenmeli, sorunları bireysel olarak ele alınmalı ve yaşadıkları çevrede gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Sosyal hayata katılmaları için uygun ortamlar oluşturulmalıdır. Orta yaş ve üzerindeki bireylere yaşlılığa hazırlık ve uyum konulu programları geliştirilmesi ve bu yönde hizmet verilmesi ileride yaşanacak sorunların önüne geçebilmek için erken tedbir olarak uygulanabilir.

Unutmamalıyız ki hepimizin bir gün ulaşacağı yaşlılık yılları, şimdiden yapılacak bilimsel çalışmalarla sağlıklı, mutlu bir şekilde yaşanabilir hale getirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Beğer, T., & Yavuzer, H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*, 2012; 25(3), 1-3.
2. Gür H, Küçükoğlu S. (1992). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. U. Ü. Tıp Fak. Bursa.
3. Davies AM. Epidemiology and the challenge of aging. *Int J of Epidemiology* 1985; 14(1).
4. Davies AM. Older populations, aging, individuals and health for all. *World Health Forum* 1989; 10:299.
5. Çivi, S., & Tanrikulu, M. Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 2000;3(3), 85-90.
6. Uçku R, Ergin S. Erbay P. Yaşlılarda fiziksel fonksiyonlar hızla değişiyor. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Derg* 1993; (1):20-23.
7. Baripoğlu K. Geriatrik Depresyon. In: Mas R, Turan IA, Karan A, Beğer T, Akman Ş, Tahir ÜM. (Ed): *Geriatri cilt II*. Fersa Matbaacılık, Ankara, 2008: s 1097-98
8. Alpözgen AZ, Özdiñler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP* 2016;3(1): 66-72
9. WHO. Global strategy and action plan on ageing and health, 2016-2020. Geneva, World Health Organization.
10. Soyuer F. Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite: Derleme. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15 (3): 219-224
11. WHO. World report ageing and health: health in older age: WHO global report. 2015. Geneva, WHO.
12. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. *Temel Geriatri, Geriatri Derneği yayını*, Ankara, 2008, pp:9-15

13. TÜİK 2016, Aile Yapısı. "Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)." Erişim <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri/>
14. WHO. Preventing Chronic Diseases: a vital investment: WHO global report. 2005. Geneva, WHO.
15. Danış ZM. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara: Güç-Vak Yayıncılık, 2004:20.s.34-43
16. Softa HK. Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik,Psikolojik ve Sosyal Yönden İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2015; 2:63-76.
17. Aydoğan, Ü., Onar, T., & Nerkiz, P. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam*, 2011;2(3).
18. WHO. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva:World Health Organization, 1998
19. J E Morley, Anorexia of aging: physiologic and pathologic, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 66, Issue 4, October 1997, Pages 760–773, <https://doi.org/10.1093/ajcn/66.4.760>
20. Thompson, M.P., & Morris, L.K Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. *Journal of bone Mineral Research*, 1991;11, 1539-1544.
21. Özer, K. (2016).*Fiziksel uygunluk*. Nobel Yayın Dağıtım. 58-71
22. Hunter, G. R., Kekes-Szabo, T., Treuth, M. S., Williams, M. J., Goran, M., & Pichon, C. Intra-abdominal adipose tissue, physical activity and cardiovascular risk in pre-and post-menopausal women. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 1996;20(9), 860.
23. Hunter G.R, Kekes-Szabo, T., Synder, S.W., nicholson, C., Nyikos, I Berland, L. Fat distribution, physical activity, and cardiovascular risk factors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1997;29 362-369

24. Williams GN, Higgins MJ, Lewek MD, Aging skeletal muscle: physiologic changes and the effects of training. *Phys Ther.* 2002;82:62-8
25. Means KM, Rodell DE, O'Sullivan PS. Balance, mobility, and falls among community-dwelling elderly persons: effects of a rehabilitation exercise program. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005
26. Gündüz OH. Yaşlılarda postür ve yürüme. *Geriatrici.* 2000; 3(4)
27. Thapa PB, Gideon P, Fought RL, et al. Comparison of clinical and biomechanical measures of balance and mobility in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42
28. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47
29. <http://Www.Thefreedictionary.Com/Dependence>
30. Ertuğrul D. Hastaların Bulundukları Ünitenin Ve Bağımlılık Düzeylerinin Hemşirelik Bakımını Algılamalarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.
31. Şahin, S., Boyacıoğlu, H., Taşar, P. T., Kozan, E., Sarıkaya, O. F., & Akçiçek, F. Bornova ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranları. *Ege Tıp Dergisi*, 2016;55(2), 65-70.
32. Soysal, P. Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, Günlük Yaşam Aktiviteleri, In: Geriatrik Sendromlar Dizisi Işık A.T(Edt), 2017:8,32
33. Çivi, S., & Tanrıkulu, M. Z. (2000). Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3), 85-90.
34. Tülüce. D. Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012
35. Tezcan AE. Depresyon. 1.Baskı, Ankara: Elma Yayınevi, 2011.

36. Öztürk, O., & Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I. *Yenilenmiş (11. Baskı)*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
37. Brundtland GH. The World Health Report; Mental Health: New Understanding, New Hope. Genava: Word Health Organization, 2001.
38. Dewey ME, Saz P. Dementia, cognitive impairment and mortality in person aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001
39. Robbins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., ve Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of general psychiatry*, 41(10): 949-958,
40. Katon WJ, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 237-47
41. Silverstone PH. Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in medically ill. *J Psychosom Res*, 1996;41: 161-70
42. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri* Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul, 2007.
43. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografıları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993
44. Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ve Kawakami, N. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 2003;12(1): 3-21
45. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM V. Washington DC, 2013.
46. Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ve Haro, J. M. Age differences in the prevalence and co- morbidity of DSM- IV

major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety*, 2010;27(4): 351-364

47. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum dizisi*, 2000;1:29-38
48. Piccinelli, M., ve Wilkinson, G. Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 2000;177(6), 486-492
49. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2003; 10:79-88
50. Eker, E. Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon ve İntihar Davranışı İle Korelasyonu, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2014.
51. Kessler RC, Zhao Shanyang Z, Blazer DG, Swartz M. Prevalence Corraletes and Course Minor Depressionand Major Depression in National Comorbidity Survey, *Journal of Affective Disorders*, 1997;45(1-2):19-30
52. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. Differences in Early Childhood Risk Factors for Juvenile-Onset and Adult-Onset Depression, *Archive of General Psychiatry*, 2002;58:215-222
53. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression:A Meta-Analysis, *American Journal of Epidemiology*, 2003;157:98-112
54. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2006; 8(1).
55. . Kaya B. Yaşlılık ve depresyon-I tanı ve değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999; 2(2): 72-82.
56. Alexopoulos GS. New concepts for prevention and treatment of late life depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:835-838
57. Devanand DP. Dysthymic disorder in the elderly. Program and abstracts of the American Association for Geriatric Psychiatry 15th Annual Meeting; February 24-27, 2002; Orlando, Florida.

58. Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 1963;185:914-9.
59. Yardımcı E. İstanbul’da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995
60. Ertan T, Eker E, Fiar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropskiyatri Arşivi 1997, 33(2): 62-71.
61. Türkiye İstatistik Kurumu.(2015) İstatistikler ile yaşlılar-2014, The Web Site: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>
62. Küçükşen, K., Kilci, R., Orhan, E. F., & Maral, A. B. Türk Toplumunda Yaşlıların Sosyal Destek Mekanizmaları ve Sosyal Dışlanma Algısı. 2018
63. Altuğ F , Yağcı N , Kitiş A , Büker N , Cavlak U . Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. YSAD-EIRJ. 2009; 2(1): 48-60.
64. Tufan, Y., Güraksın, A., İnandı, T., & Vançelik, S. Erzurum İli Pasinler İlçesinde Yaşlı Populasyonunun Mediko-Sosyal Sorunları. Atatürk Tıp Dergisi 2000;34(4); 139-143
65. Elkin, N. (2016). Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi.
66. Kim MD, Hong SC, Lee CI ve ark. Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms for residents in the urban part of Jeju Island, Korea. Int J Soc Psychiatry 2007; 53(2):123-134.
67. Akdemir A, Atasoy N, Sağnak S ve ark. Yaşlılıkta depresyon. 3P Dergisi 2001; 9(2): 263-270
68. Ağırman, E., & Gençer, M. Z. (2017). Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(3), 234-240.

69. Sabancıoğulları S., Kelleci M., Aydın D., Doğan S. Bir sağlık ocağına başvuran yaşlılarda depresyon ve ilişkili faktörler. ZSYOD Nisan, 2006;2-(1)
70. Çam O., Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014
71. Ünal S ve Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(1):41-45
72. Sadock JB, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry, Ninth Edition, Lippincott Williams and Wilkins 2005, 174-179
73. Blazer DG. Mood disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
74. Keskinoglu P., Pıçakçefe M., Giray H., Bilgiç N., Uçku R., Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(1):21-26.
75. Karalar F., Öztürk İ., Şahin A., Çayköylü A., Kırpınar İ. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. 5. Ulusal Geropsikiyatri sempozyumu: 10-12 Haziran 2004, İstanbul
76. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O ve ark. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Türk Geriatri Dergisi 2005, 8 (3):129- 133
77. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G ve ark. Edirne huzur evi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2000, 3(4):141-145
78. Şahin M, Yalçın M. Huzur evinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi 2003, 6(1):10-13.
79. Kocataş S., Güler G., Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon sıklığı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(1):11-18.
80. Üstün, B., Bahar, Z., Partlak, N., Akgün, E., Öztürk, M., & Malay, U. (2005). Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitimi Araştırma Dergisi, 1(1), 26-33.

81. Kerem, M., Meriç, A., Kırdı, N.,Cavlak, U. 2001. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Geriatrici*, 4 (3), 106-102.
82. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9:85-93.
83. Tanrikulu MZ(2000) Konya ili merkez 03 nolu sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların sağlık sorunları ve sosyal durumlarının incelenmesi. Doktora tezi, Konya, Selçuk üniversitesi.
84. Molarius, A. & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55: 364-370
85. Fried, L. P., & Guralnik, J. M. (1997). Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(1), 92-100.
86. Gümüş, K., & Ünsal, A. (2014). Osteoartritli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*, 20(3).
87. Ulusel, B., Soyer A., & Uçku, R. (2004). Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. *Türk Geriatrici Dergisi*, 7(4), 199-205.
88. Rantanen, T., Penninx, B. W., Masaki, K., Lintunen, T., Foley, D., & Guralnik, J. M. (2000). Depressed mood and body mass index as predictors of muscle strength decline in old men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(6), 613-617.
89. Uçku R, Küey L . Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 29(1): 15-20.

EKLER

EK-1 KATILIMCI ANKET FORMU

1) AD-SOYAD BAŞ HARFİ

2) CİNSİYET

1)kadın 2)erkek

3) YAŞ

4) MEDENİ DURUM

1)evli 2)bekar

5) ÖĞRENİM DURUMU

1)okur yazar değil 2)okuryazar-ilköğretim 3)ortaöğretim 4)yüksek öğretim

6) SOSYAL GÜVENCE

1)yok 2)var

7) GELİR DURUMU

1)geliri yok 2)emekli maaşı var 3)emekli maaş +ek gelir 4)65+aylığı

8) BİRLİKTE YAŞADIĞINIZ KİŞİ

1)var 2) yok

9) YAKININLARININ KİŞİ İLE İLGİSİ

1)ilgililer 2)ilgili değil

10) EVDE KİŞİYE AİT ODA

1)var 2)yok

11) KİŞİSİN UĞRAŞI

1)var 2) yok

12) DOSTLARLA GÖRÜŞME SIKLIĞI(1 AYDA)

1)0-7 gün 2)8 gün ve üzeri

13) KRONİK HASTALIĞI

1)var 2)yok

14) GENEL SAĞLIK DURUM ALGISI

1)orta 2)iyi 3)çok iyi 4)kötü 5)çok kötü



EK-2 GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ: (ADL)

1- BANYO

a-Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme (3)

b-Hiç yardıma ihtiyacı yok (3)

c-Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli (2)

d-Vücudun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli (2)

e-Hiç banyo yapamıyorum (1)

2- GİYİNME

a-Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak (3)

b-Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor (3)

c-Kıyafetini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli (2)

d-Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım, veya kısmen tamamen giyinmemiş kalıyor (1)

3- TUVALET

a-Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor (3)

b-Destek için baston,sandalye kullanıyor (3)

c-Tuvalete gitmede, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor (2)

d-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor (1)

4-HAREKET

a-Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor (3)

b-Destek için baston, yürüme aracı kullanabilir (3)

c-Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor (2)

d-Yataktan çıkamıyor (1)

5-KONTİNANS

a-İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor (3)

b-Ara sıra kaçırma oluyor (2)

c-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor (1)

6-BESLENME

a-Yardımsız kendisi beslenebiliyor (3)

b-Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmek yağlamada yardım alıyor (2)

c-Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor (1)

EK-3 Geriatrik Depresyon Ölçeği

	Evet	
Hayır		
Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	0	1
Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	1	0
Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	1	0
Gelecekte ümitli misiniz?	0	1
Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı?	1	0
Keyfiniz çoğu zaman yerinde midir?	0	1
Sanki size kötü bir şey olacaktı gibi bir korku yaşıyor musunuz?	1	0
Kendinizi çoğu zaman mutlu hissedersiniz mi?	0	1
Sıklıkla çaresiz hissedersiniz mi?	1	0
Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olursunuz mu?	1	0
Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	1	0
Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz?	1	0
Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	1	0
Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	0	1
Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?	1	0
Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	1	0

Geçmişî düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?	1	0
Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?	0	1
Yeni bir şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?	1	0
Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	0	1
Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	1	0
Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
Küçük şeyler canınızı sıkar mı?	1	0
Sıklıkla ağlamaklı olur musunuz?	1	0
Dikkatinizi toplamakta güçlük çeker misiniz?	1	0
Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu?	1	0
Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz?	0	1
Kolayca karar verebiliyor musunuz?	0	1
Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz?	0	1

Toplam

Puan.....

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü,

“65 yaş ve üzeri hastalarda fiziksel bağımlılık düzeyleri ve depresyon varlığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.” adlı çalışmamızda , size sözlü olarak sorular sorulacaktır.Yaşınız ,cinsiyetiniz, fiziksel sağlığınız, ekonomik durumunuz , yaşam tarzınız , aile içi konumunuz ve kronik hastalıklarınız ile ilgili sorular sorulacak ayrıca depresyon varlığını araştırmaya yönelik geriatrik depresyon ölçeği uygulanacak olupsize dair belgeler mahremiyetinizi korumak adına kimliğinizin anlaşılamayacağı bir forma kayıt edilecektir.Vereceğiniz bilgiler doğrultusunda depresyon varlığınız ve fiziksel bağımlılığınız olup olmadığı belirlenecek, etkileyen faktörler saptanmaya çalışılacaktır. Sonuçlar doğrultusunda gerekli görüldüğü takdirde tedavi amaçlı yönlendirileceksiniz.Bu formları doldururken her türlü sorunuzda araştırmacı hekimden yardım alabileceksiniz.Araştırma kapsamında herhangi bir maddi yükümlülüğünüz olmayacaktır. Araştırma kapsamında sizden ek bir tetkik istenmeyecektir. Araştırma ile bağlantılı olarak hastalığınızın tedavisi ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da sonradan vazgeçmeniz halinde tedavinizde herhangi bir değişiklik ya da aksaklık olmayacaktır. Kişisel bilgileriniz (ad soyad vs) hiçbir yerde yayınlanmayacaktır.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda Aile Hekimliği Kliniğinden Asistan Dr.Hacer Nur Elitaş Dünder'dan 05555667938 numaralı telefondan 24 saat yardım alabilirsiniz.

Yukarıda ayrıntıları geçen çalışma hakkında yeterince bilgilendirildim. Çalışmaya katılmakla hiçbir maddi yükümlülüğe girmeyeceğimi, mahremiyetimin korunacağını, tedavi ya da takibimde olumsuz bir değişiklik olmayacağını ve bedenem bana zararlı olabilecek herhangi bir uygulamaya maruz kalmayacağımı biliyorum.

“65 yaş ve üzeri hastalarda fiziksel bağımlılık düzeyleri ve depresyon varlığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.” adlı araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı İmza Tarih

Araştırmacının Adı Soyadı İmza Tarih

EK-5 ETİK KURUL ONAYI



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hacer Nur ELİTAŞ DÜNDAR

Doğum yeri ve tarihi: İSTANBUL / 21/07/1987

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: EVLİ

İletişim adresi ve telefonu: nur_elitas_2005@hotmail.com / 5555667938

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitim

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık İhtisası (2015-2020)

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2014-2015)

Maltepe Üniversitesi Tıp fakültesi (2005-2011)

III- Ünvanları

Pratisyen Dr. (2011-2014)

Asistan Dr (2014-2020)

IV- Mesleki Deneyimi

Asistan Dr. (2014-2015) İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Aile hekimliği Ana Bilim Dalı)

Asistan Dr. (2015-2020) Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi (Aile hekimliği Ana Bilim Dalı)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

