



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**MALATYA İLİ BATTALGAZİ İLÇESİNDE, 65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLILARDA  
İSTİSMAR, DEPRESYON, BAŞARILI YAŞLANMA DURUMLARININ  
SAPTANMASI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Duygu Çelik Seyitoğlu**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Uzmanlık Tezi**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Gülsen Güneş**

**Malatya**

**2019**

**T.C.**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**MALATYA İLİ BATTALGAZİ İLÇESİNDE, 65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLILARDA  
İSTİSMAR, DEPRESYON, BAŞARILI YAŞLANMA DURUMLARININ  
SAPTANMASI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Duygu Çelik Seyitoğlu**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Uzmanlık Tezi**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Gülsen Güneş**

**Malatya**

**2019**

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Tanımlar .....	3
2.2. Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi .....	4
2.3. Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	5
2.4. Yaşlılık Dönemi Sorunları .....	7
2.4.1. Yaşlılık Döneminde Görülen Sağlık Sorunları.....	7
2.4.2. Yaşlılık Döneminde Görülen Sosyal ve Ekonomik Sorunlar .....	9
2.5. İstismar .....	10
2.5.1. İstismar Türleri .....	10
2.5.2. İstismarın Belirtileri .....	11
2.5.3. Bakım Veren ile İstismar İlişkisi.....	12
2.6. Depresyon .....	12
2.6.1. Yaşlılarda Depresyon .....	13
2.6.2. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon.....	13
2.6.3. Geriatrik Depresyon ve Halk Sağlığı İlişkisi .....	14
2.6.4. İstismar ve İhmalin Depresyon ile İlişkisi.....	15
2.7. Başarılı Yaşlanma .....	15
2.7.1. Başarılı Yaşlanma ve Aile.....	16
2.7.2. Hayat Boyu Başarılı Yaşlanma .....	16
2.7.3. Başarılı Yaşlanmada Çok Yönlü Yaklaşım.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih .....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.4. Veri Toplama Araçları .....	20
3.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu .....	21

3.4.2. Bakım Vereni Tanıtıcı Form .....	21
3.4.3. Hwalek -Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Ölçeği .....	21
3.4.4. Başarılı Yaşlanma Ölçeği .....	21
3.4.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	21
3.5. Araştırmanın Etik Yönü .....	22
3.6. Verilerin Analizi.....	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1. Sosyo-Demografik Bulgular .....	24
4.2. Katılımcıların Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Sonuçlarına Ait Bulgular.....	29
4.3. Katılımcıların GDÖ Sonuçlarına Ait Bulgular .....	36
4.4. Katılımcıların İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumlarının İlişkisi	47
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>48</b>
5.1. Katılımcıların İstismar Sıklığı.....	48
5.2. Katılımcıların Depresyon Sıklığı .....	49
5.3. Katılımcıların Başarılı Yaşlanma Durumları .....	49
5.4. Katılımcıların Cinsiyet Özelliklerine Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	49
5.5. Katılımcıların Yaş Özelliklerine Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	50
5.6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	52
5.7. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	53
5.8. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	54
5.9. Katılımcıların Kendi Belirttikleri Sağlık Durumlarına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	54
5.10. Katılımcıların Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre İstismar ve Depresyon Durumu .....	56
5.11. Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişiye Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	57

5.12. Katılımcıların Bakım Veren Kişi Varlığına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu .....	58
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>60</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>63</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>74</b>
Ek-1. Sosyodemografik Özellik Bilgi Formu .....	74
Ek-2. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi .....	76
Ek-3. Başarılı Yaşlanma Ölçeği .....	77
Ek-4. Geriatrik Depresyon Ölçeği .....	78
Ek-5. Etik Kurul Onayı .....	79
Ek-6. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Onayı .....	80



## TEŐEKKÜR

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimimde engin tecrübelerinden ve birikimlerinden yararlandığım, gelişmemde sonsuz emekleri olan, iş disiplini, bana bildiklerini her zaman sabırla aktaran, meslek etiğini ve karakterlerini kendime hep örnek alacağım tez danışmanım **Prof. Dr. Gülsen Güneş** ve değerli hocalarım **Prof. Dr. Erkan Pehlivan**, **Prof. Dr. Metin Fikret Genç**, **Prof. Dr. Ali Özer'e**,

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Malatya Battalgazi İlçe Sağlık Müdürü **Dr. Harun Kurt'a**,

Uzmanlık eğitim sürecinin iyi ve kötü günlerini birlikte geçirdiğimiz, eğitim sürecimize güzel anılar sığdırdığımız, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm **asistan arkadaşlarıma**,

Hayatımın her aşamasında sabırla, sevgiyle yanımda olan ve bu günlere gelmemde büyük çaba ve etkileri olan sevgili **annem**, **babam** ve **kardeşlerime**,

Hayatıma girdiği ilk günden itibaren desteğini her zaman hissettiğim eşim **Fatih Seyitoğlu'na** ve hayatımın anlamını, yaşama sevincimi arttıran çocuklarım **Nehir'im** ve **Ali Erdem'ime**

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

## ÖZET

### **Malatya İli Battalgazi İlçesinde, 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda İstismar, Depresyon, Başarılı Yaşlanma Durumlarının Saptanması ve Etkileyen Faktörler**

**Amaç:** Dünyada ve Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus giderek artmaktadır. Artmış olan bu nüfusun önemli problemlerinden biri de istismardır. Yaşlılar tarafından dile getirilmesi zor olduğu için istismar saklanır ve açığa çıkmaz. Yaşlı tarafından kabul edilmesi ve önlenmesi zor bir durumdur. Şiddetin yaygın olduğu günümüzde kadına yönelik şiddet ve çocuk istismarı daha çok gündeme gelmektedir. Yaşlı istismarı konulu çalışmalar son derece kısıtlıdır. Depresyon da bu yaşlarda sık görülmektedir. Bu nedenle, çalışmamızda 65 yaş ve üzeri bireylerde istismar ve depresyon durumları ile istismar, depresyon ve başarılı yaşlanma ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

**Materyal ve metot:** Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini; Malatya İli Battalgazi İlçesinde yaşayan tüm 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesabında % 95 güven aralığında % 80 güçle yapılan analizi sonucunda ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Araştırmada 595 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullandığımız anket formunda; sosyo-demografik özellik bilgi formu yanında Hwalek -Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Başarılı Yaşlanma Ölçeği yer almıştır. Toplanan verilerin analizine Ki-Kare, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis varyans analizi, Spearman Korelasyon testi, Binominal Lojistik Regresyon testi yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $70.09 \pm 5.78$  olup, % 56’sı erkekti. Katılımcıların % 23.2’si istismara uğramakta ve % 27.7’sinde depresyon belirtileri vardır. Katılımcıların istismar durumları; medeni hal, sağlık durumları, psikiyatrik hastalık öyküleri, beraber yaşadıkları kişiler, bakım verenin varlığı ve başarılı yaşlanma durumu gibi değişkenlerce etkilenmektedir ( $p < 0.05$ ). Katılımcılarda depresif belirtilerin varlığı ise cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim ve gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, bakım verenin varlığı, istismar varlığından ve başarılı yaşlanma durumundan etkilenmektedir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Depresyon ve istismar yaşlılarda sık görülmektedir ve önlenebilir halk sağlığı sorunlarından. Başarılı yaşlanma ile istismar ve depresyon arasında ilişki vardır. Depresyon ve istismar için hassas grupları göz önünde bulundurarak müdahaleler planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İstismar, depresyon, başarılı yaşlanma, yaşlılar, aktif yaşlanma, 65 yaş.

## ABSTRACT

### **The Determination of Abuse, Depression and Successful Aging Situations in Age 65 and Over Elder in Battalgazi District of Malatya Province and The Factors Affecting These Situations**

**Aim:** The population aged 65 and over is increasing in the World and Turkey. One of the major problems of this increasing population is abuse. The abuse is stored and not revealed because it is difficult for the elderly to speak out. It is a difficult situation to be accepted and prevented by the elderly. Nowadays, violence against women and child abuse are more common. Studies on elder abuse are extremely limited. Depression is also common in these ages. For this reason, it was aimed to reveal the abuse and depression and the relationship between abuse, depression and successful aging states in individuals aged 65 years and older.

**Material and method:** The population of this cross-sectional study is composed of 65 years old and older people living in Battalgazi district of Malatya. In this study, 595 people were reached. In the questionnaire we used as data collection tool; in addition to socio-demographic characteristics information form, Hwalek -Sengstock Elder Abuse Screening Scale, Geriatric Depression Scale and Successful Aging Scale were included. Chi-Square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis variance analysis, Spearman Correlation test and Binominal Logistic Regression test were used for the analysis of the data.

**Results:** The mean age of the participants was  $70.09 \pm 5.78$  and 56% were male. 23.2% of the participants were abused and 27.7% had symptoms of depression. The abuse status of the participants is affected by variables such as marital status, health status, psychiatric disease history, presence of caregivers, presence of caregiver and successful aging status ( $p < 0.05$ ). The presence of depressive symptoms in the participants was affected by gender, age, marital status, education and income level, presence of chronic disease, history of psychiatric disease, presence of caregiver, presence of abuse and successful aging ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Depression and abuse are common in the elderly and are preventable public health problems. There is a relationship between successful aging and abuse and depression. Interventions should be planned considering the vulnerable groups for depression and abuse.

**Keywords:** Abuse, depression, successful aging, elder, active aging, 65 years.



## KISALTMALAR DİZİNİ

**ADNKS** : Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

**DALY** : Disability Adjusted Life Years

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**GDÖ** : Geriatrik Depresyon Ölçeği

**KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Katılımcıların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezlerine göre dağılımları ...	20
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı .....	24
Tablo 4.2. Katılımcıların gelir düzeyleri ve sosyal güvence durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı .....	25
Tablo 4.3. Katılımcıların sağlık durumlarını açıklayan özelliklerin dağılımı .....	26
Tablo 4.4. Katılımcıların yaşadıkları yer ve ocuk sayılarına ait özelliklerin dağılımı..	27
Tablo 4.5. Katılımcıların bakım verenlerine ait özelliklerin dağılımı .....	28
Tablo 4.6. Katılımcıların bakım veren birinin olma durumunun cinsiyete göre dağılımı .....	29
Tablo 4.7. Katılımcıların istismar durumlarının dağılımı.....	29
Tablo 4.8. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre istismar puanları dağılımı .....	30
Tablo 4.9. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre istismar durumları .....	31
Tablo 4.10. Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre istismar puanları dağılımı .....	32
Tablo 4.11. Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre istismar durumları.....	33
Tablo 4.12. Katılımcıların beraber yaşadığı kişilere göre istismar leğinden aldıkları puanların dağılımı .....	34
Tablo 4.13. Katılımcıların hanelerinde yaşayan kişi sayısına göre istismar leğinden aldıkları puanların dağılımı .....	34
Tablo 4.14. Katılımcıların bakım verenlerine ait özelliklerine göre istismar puan dağılımları .....	35
Tablo 4.15. Katılımcıların depresyon durumları dağılımı .....	36
Tablo 4.16. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon puanları dağılımı .....	36
Tablo 4.17. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon durumları..	37
Tablo 4.18. Katılımcıların gelir durumlarına göre GD puanlarının dağılımı .....	38
Tablo 4.19. Katılımcıların meslek durumlarına göre GD puanları dağılımı.....	39
Tablo 4.20. Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre GD puanları dağılımı .....	39

Tablo 4. 21. Katılımcıların birlikte yaşadıklarına ait özelliklere göre GDÖ puanları dağılımı .....	40
Tablo 4. 22. Katılımcıların bakım verenin varlığı ile bakım verenin yakınlığına göre GDÖ puanları dağılımı .....	41
Tablo 4.23. Lojistik regresyon sonuçlarına göre depresyon durumunu etkileyen faktörler.....	41
Tablo 4.24. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı .....	42
Tablo 4. 25. Katılımcıların gelir durumuna göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı .....	43
Tablo 4. 26. Katılımcıların Çalışma Durumları ve Mesleklerine Göre Başarılı Yaşlanma Ölçeği Puanları Dağılımı .....	44
Tablo 4.27. Katılımcıların kendi belirttiği sağlık durumuna göre başarılı yaşlanma ölçeği puan dağılımları .....	45
Tablo 4. 28. Katılımcıların çocuk sayılarına ve birlikte yaşadığı kişilere göre başarılı yaşlanma ölçeği puan dağılımları .....	45
Tablo 4.29. Katılımcıların bakım veren kişi varlığına ve bakım verenin yakınlığına göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı .....	46
Tablo 4. 30. Katılımcıların istismar puanları ile depresyon puanları arasındaki ilişki ...	47

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Efesli Filozof Herakleitos'un bundan yaklaşık 2500 yıl önce söylediği gibi "Değişmeyen Tek Şey Değişimin Kendisidir" (1). Dünya hızlı bir şekilde değişmektedir. Bu değişim, bireyleri, bireylerin içinde yaşadıkları toplumları ve bu toplumların sağlığını da etkilemektedir. 18-19. yüzyıllarda yaşanan sanayi devrimi, 20.yüzyılda yer alan dünya savaşları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, insan haklarının öneminin anlaşılması, 20-21.yüzyıllarda yaşanan bilişim dünyasındaki gelişmeler ve iklim değişiklikleri sağlığı etkileyen majör değişimlerdir.

Değişen dünya ve sağlığa ülkemiz penceresinden baktığımızda da durum aynıdır. Osmanlı Devleti'nin son dönemleri ile Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk dönemlerinde ciddi bir şekilde bulaşıcı hastalıklarla mücadele söz konusu olmuştur (2). Kurtuluş Savaşı'nın etkilerinin yaşandığı zamanın Türkiye'sinde bir yandan pek az ülkede var olan sağlık bakanlığı teşkilatı kurulurken; bir yandan da pronatalist politikalar, ana çocuk sağlığı çalışmaları, verem, trahom, sıtma, frengi ve kuduz gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele önemliydi (3). İşte Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarından bugüne kadar geçen zamanda, beklenen yaşam süresi artmış, bebek ölüm hızları gelişmiş ülkeler seviyesine yaklaşmış, bulaşıcı hastalık prevalansları azalıp yerini artan kronik hastalık prevalanslarına bırakmıştır. Böylelikle ülkemizin nüfus yapısında değişiklikler olmuştur. Soğan kabuğu prensibinde olduğu gibi bazı konular önemini kaybederken bazıları önem kazanmaya başlamıştır. Sonuç olarak, yaşlılık kavramı, geriatrik sağlık sorunları ve yaşlılar için koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok bahsedilir duruma gelmiştir.

Bir taraftan Halk Sağlığı Biliminin uygulanıp, geliştikçe beslenmenin iyileştirilmesi, bireylerin eğitim düzeylerinin artması ve sağlık hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir hal almasının sonucu olarak önlenebilen ölümler azalmış ve yaşlı nüfus artmıştır. Bir diğer taraftan toplumdaki bireylerin sağlık sorunları değişmiş, sağlık hizmet sunucularından beklenen talepler farklılaşmıştır. Böylelikle başta sağlık hizmetlerinin olmak üzere topluma hizmet veren tüm kuruluşların da değişime ayak uydurması şart olmuştur (4).

"Gılgamış Destanı" sağlıkla ilgili en eski yazılı kaynak olup; destanda sağlık tanrısı olan Gılgamış, ölümsüzlük öz suyunu aramak için yola koyulmuştur. Milattan önce 27. yüzyıldan bu yana insanoğlu daha uzun yaşamak için, ölümü yaşamamak veya

geç yaşamak için arayışta (5). Bu arayışlar günümüzde kısmen başarıya ulaşmış olup 2002 yılında beklenen yaşam süresi 65.2 yıla ulaşmıştır (6). Son 50 yıllık periyotta ortalama yaşam süresi, 1950-55'te 46.5 yıl iken, 2002'de 65.2 yıla yükselmiştir. Bu yükseliş, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösterse de devam etmektedir (7, 8). 2002 yılında dünya üzerindeki yaşlı nüfus oranı % 6.5'tir (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2016 yılında yayınlanan "Yaşlanan Bir Dünya: 2015" raporuna göre ise; Dünya nüfusunun % 8.5'ini (617 milyon) 65 yaş üstü yaşlı popülasyonu oluşturmaktadır. Tahminlerine göre bu oranın 2050 yılında % 16.7 olacağı öngörülmektedir (9).

Türkiye'de 2013 yılına ait "Nüfus ve Sağlık Araştırması" sonuçlarına göre 65 yaş üstü nüfus oranı % 7.9'dur. Bu rapora göre; Türkiye'nin nüfus piramidi yüksek doğurganlık ve ölümlülük rejiminden, düşük doğurganlık ve ölümlülük rejimine geçen tabanı daralmış nüfus piramidi şeklindedir (10). Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verisine göre; 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun oranı % 8.5'tir (11).

Rakamların da gösterdiği gibi, ülkemizde 65 yaş üstü nüfusa özel sağlık hizmeti planlanması gerekmektedir. Bu yaş grubuna ait özel sorunlar vardır. Bunlar; yaş ile beraber rezervlerin tükenmesi, sistemlerin adaptasyon yeteneklerinin azalması ve ortaya çıkan fiziksel, sosyal, psikolojik değişikliklerden kaynaklanmaktadır (12). Çağımızın popüler konularından depresyon, yaşlı kişilerde yeti yitimiyle ön plana çıkabilir (13). Ayrıca günümüzde bütün toplumlarda, bütün yaş gruplarında ve tüm sosyoekonomik düzeylerde yaşanan şiddet konusunda da yaşlı bireyler önemli bir risk grubu oluşturmaktadır (14). 65 yaş üstü bireylerde yaşanan ve bir kısmını sıraladığımız sorunlarla mücadelede toplumsal bir değişim söz konusu olmalıdır. Toplumun öngördüğü ve yaşlılara yakıştırdıkları zamanın çoğunu evinde geçiren ve hayatta aktif rol üstlenmeyen bireyler yerine daha sosyal ve problemlerini çözebilme yetisine sahip bireylerin artması çözümlerden biridir.

İşte bu çalışmadaki amacımız; Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk Sağlık Bakanlarından olan Dr. Refik Saydam'ın 1935'te Hıfzıssıhha Okulu' nu açılışında söylediği " Tabip hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarf edecektir " sözüne verdiğimiz önemle "Malatya İlinin Battalgazi İlçesinde" yaşayan 65 yaş üstü bireylerde istismar ve depresyon sıklığının hesaplanması ile başarılı yaşlanma ve aktif yaşama kavramlarının bireylerdeki istismar ve depresyon durumuna etkisini ortaya koymaktır. Bütün bu değişkenlerin sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisini tespit etmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanımlar

Yaşlılık, yaşlanma ve ihtiyarlık üzerine yapılmış tek bir tanım yoktur. Literatürde karşımıza birden çok tanım çıkmaktadır. Yapılan bu tanımlamalar, yaşlılığa hangi pencereden bakıldığına göre değişmektedir. Fizyolojik veya psikolojik değişiklikler penceresinden bakıldığında yapılan tanımlar ile kronolojik pencereden bakıldığında yapılan tanımlar değişmektedir. Ayrıca son zamanlarda daha çok konuşulan sosyolojik yaşlanma ve aktif yaşlanma gibi tanımlamalar da mevcuttur.

Yaşlanma, her canlının ilk varoluşundan itibaren başlayan bir süreçtir. Yaşlanmanın, cansız varlıklar için karşılığı “eskime” veya “yıpranma”dır (15). İntrauterin hayatı da kapsayan ve ölüme kadar süregelen bu durum; kişilerin yaşadığı anda, hiçbir zaman daha az yaşlanmış olmayacakları ile de açıklanabilir. Oldukça karmaşık olan bu süreç hücrelerden organlara kadar tüm yapıları etkileyen, sistemlerde meydana gelen ve giderek artan fonksiyon azalmasıdır. Bu karmaşık süreci açıklamaya çalışan teorilerden en çok kabul göreni serbest radikal teorisi dir. İnsan vücudu çalışırken değişik nedenlerle ortaya çıkan ve hücre metabolizmasında etkili olan kimyasal ürünlere serbest radikal denir. Bu radikaller yaşlanmadan ve yaşla beraber daha sık görülen hastalıklardan ve ölüm riskinden sorumludur (16, 17).

Yaşlanma; Kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik ve toplumsal olmak üzere farklı boyutlarıyla tanımlanmaktadır.

**Kronolojik Yaşlanma:** Doğumla birlikte başlayan ve yaşın ilerlemesi ile geçen zaman kronolojik yaşlanma olarak açıklanmaktadır. Kronolojik yaş bireyin doğum tarihine göre hesaplanır. Kişilerin kronolojik yaşlarına göre emeklilik yaşları belirlenir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan sınıflandırılma kronolojik yaş üzerinedir. Bu sınıflandırmaya göre;

- 45-59 yaşları “orta yaş”
- 60-74 yaşları “yaşlılık”
- 75-89 yaşları “ihtiyarlık”
- 90 ve üzeri yaşları “ileri ihtiyarlık” dönemi olarak kabul edilmektedir

(18).

**Biyolojik-Fizyolojik Yaşlanma:** Bireyin zamanla canlılığı yitirdiği ve ölümlle sonuçlanan süreçtir. Biyolojik yaşlanma, dokular ve organlardaki onarıcı ve rejeneratif

potansiyelerde azalma ile açıklanabilir (19). Bu süreçte bireyin vücutlarının yapısında ve fizyolojisinde değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler giderek artar, birikir ve ağırlaşır. Zamanla iskelet sistemindeki değişikliklerle bireyin duruşunda, boy uzunluğunda, omuzları arasındaki mesafenin azalmasıyla gözlenebilir hale gelir (20). Yine deride kırışıklıkların görülmesi, kas gücü kaybı, görme ve işitme yetisindeki kayıp biyolojik yaşlanma ile açıklanmaktadır. Yaşlanma kaçınılmaz olarak tüm organizmalarda zaman içinde meydana gelir ve moleküler, hücrel, organ ve sistemler düzeyinde genetik, epigenetik ve çevresel modülatörlerle meydana gelir (19).

**Psikolojik Yaşlanma:** Bireylerin bilişsel becerilerinde ve davranışsal uyumlarında azalma olarak ifade edilebilir. Yani dikkat, öğrenme, bellek, akıl yürütme alanlarında değişiklikler ve baş etme becerilerinde kayıptır (21).

**Sosyolojik Yaşlanma:** Evrenin en gelişmiş canlısı olan insanın yaşlılığından bahsedilirken onun sadece biyolojik ve fizyolojik yönleriyle değil, aynı zamanda sosyo-kültürel yönüyle de ele almak gerekmektedir. Toplumda, birey için uygun görülen statü, rol, davranış ve beklentilerin yaşla birlikte değişmesine sosyolojik yaşlanma denilmektedir. Yaşlı kişi ve toplum yaşam sürecinde birbirini etkilemektedir (22).

**Toplumsal Yaşlanma:** Toplumlar yaş özelliği açısından sınıflandırılırlar. Bu sınıflandırmaya göre 65 yaş ve üzeri grubun toplumdaki payı;

- % 4'ten az ise "genç toplum"
- %4-7 arasında ise "olgun toplum"
- %7-10 arasında ise "yaşlı toplum"
- %10'dan fazla ise "çok yaşlı toplum" olarak adlandırılmaktadır (23).

Çok yaşlı toplumlar daha çok gelişmiş ülkelerin yaş sınıflandırmasıdır (18).

**Yaşlılık:** Birey, yaşamı boyunca bebeklik, çocukluk ve gençlik gibi belli süreçlerden geçmektedir. Yaşlılık da yaşamın özel bir sürecini ifade etmek için kullanılır. Doğal ve kaçınılmaz bir çağ olan yaşlılık, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (24).

## 2.2. Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünya nüfusundaki artış, birçok ülkede doğurganlığın azalmasına ve önlenebilen sebeplerden kaynaklanan erken ölümlerin azalmasına işaret etmektedir, böylece demografik geçiş sürecinin bir sonucu olarak dünya nüfusu yaşlanmaktadır (23).

DSÖ'nün verilerine göre 2017 yılında 60 yaş ve üzerinde 962 milyon kişi vardır. Dünya nüfusunu 1980 yılı ile karşılaştırdığımızda artışın iki katından fazla olduğu görülüyor. Dünyada 2017 yılında 80 yaş ve üzeri nüfus 137 milyondur. Nüfus artışı heterojenite göstermekte ve özellikle yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına göre daha fazla miktarda artmaktadır. Yaşlı nüfusu aynı şekilde artacak olursa 2050 yılına tekrar iki kat artış olacağı ve bu durumda yaklaşık 2.1 milyar, 60 yaş ve üzeri bireyin olacağı tahmin ediliyor (25).

Dünyadaki en yaşlı kişilerin üçte ikisi gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. Yaşlı nüfus oranının 2017'de en fazla olduğu ilk on ülkenin beşi Avrupa'da yer almaktadır. Yaşlı nüfusun oranının en yüksek olduğu ülke ise Japonya'dır. Japonya'yı sırasıyla İtalya, Almanya, Portekiz ve Finlandiya takip etmektedir. Son yirmi yıl içinde gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfus artışı dengelidir. Yaşlı nüfus artışındaki en büyük pay geliştirmekte olan ülkelerdedir. Bundan sonra gelişmiş ülkelerdeki nüfus daha yavaş yaşlansa bile, bu ülkelerin yaşlı nüfus oranları daha fazla olacaktır (23, 25).

Nüfus yapılarına göre Amerika Birleşik Devletleri yaşlı toplum, Avrupa ülkeleri ise çok yaşlı toplumlar olarak değerlendirilmektedir (23).

Dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi 70.8 olup bu oran erkeklerde 68.6, kadınlarda 73.1'dir. Yine dünyada 60 yaş üzeri beklenen yaşam süresi 20.3'tür. Erkeklerde 60 yaş üstü beklenen yaşam süresi 18.8 iken kadınlarda 21.6'dir (25).

### **2.3. Türkiye'de Yaşlılık Epidemiyolojisi**

Türkiye'deki ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmıştır. Beş yıl arayla 1990 yılına kadar 13 nüfus sayımı yapılmıştır. Bundan sonra 1997 ve 2000 yılında olmak üzere iki nüfus sayımı daha yapılmıştır. Türkiye'nin 1935 yılında yaklaşık 16 milyon nüfusu vardır ve bu nüfusun % 3.88'i 65 yaş ve üzerindedir (23). Günümüzde Türkiye'nin nüfus verilerine Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)'nden ulaşılmaktadır. ADNKS'ne göre Türkiye'de;

- Toplam doğurganlık hızı: 2.10
- Doğuşta beklenen yaşam süresi: 78.0 yıl (erkeklerde:75.3 yıl, kadınlarda:80.7yıl )
- Nüfus artış hızı: yüz binde 12.4
- 65 yaş üstü nüfus oranı: % 8.5
- 0-14 yaş nüfus oranı: % 23.6
- Bebek ölüm hızı: yüz binde10.1



- Ortanca yaş: 31.7'dir (11).

Türkiye, % 8.5'lik yaşlı nüfus oranı ile yaşlı toplum sınıfına girmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun 2025 yılında toplam nüfus içindeki oranı % 11.0 olacağı tahmin edilmektedir (11). Eğer bu tahminler gerçekleşirse Türkiye 2025 yılında nüfus yapısına göre çok yaşlı toplum sınıfına girecektir.

Son beş yılda Türkiye'de nüfus, % 17 artmıştır. Bu artışla Türkiye'de 2017 yılında yaşlı nüfusu 6 milyon 895 bin 385 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun;

- % 61.6'sı 65- 74 yaş grubunda
- % 29.7'si 75-84 yaş grubunda
- % 8.6'sı 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almaktadır (26).

Yaşlı nüfusun % 44'ünü erkek nüfus, % 56'sını kadın nüfus oluşturmuştur (26).

Toplumun yaş yapısını gösteren ölçütlerden bazıları;

Yaşlılık indeksi: Her yüz 0-14 yaş grubu çocuğa göre 60 yaş ve üzeri nüfusu gösterir. Türkiye'de yaşlılık indeksi 2010 yılında 26.8'dir (11).

Genç yaş bağımlılık oranı (0-14 yaş bağımlılık oranı): "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "0-14" yaş grubundaki kişi sayısıdır. Yüzde olarak ifade edilir. Türkiye için 2017 yılında % 34.7'dir (11).

Yaşlı bağımlılık oranı (65 yaş üzeri bağımlılık oranı): "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "65 ve üzeri" yaş grubundaki kişi sayısıdır. Yüzde olarak ifade edilir. Türkiye için 2017 yılında % 12.6'dir (11). Yaşlı bağımlılık oranı 2014 yılında % 11.8'dir (27).

Toplam bağımlılık oranı: "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "0-14" ve "65 ve üzeri" yaş gruplarındaki kişi sayısıdır. Yüzde olarak ifade edilir. Türkiye için 2017 yılında % 47.2'dir (11).

Ortanca yaş: Nüfusun yaşlanması ile ilgili bilgi veren bir başka göstergedir. Türkiye'de ortanca yaş 2013 yılında 30.4 iken, 2017 yılında 31.7 oldu. Ortanca yaş 2017 yılında erkeklerde 31.1, kadınlarda 32.4 olarak gerçekleşti. Nüfus projeksiyonlarına göre, ortanca yaşın 2023 yılında 33.5, 2030 yılında 35.6 olacağı öngörülmüyor (26).

65 yaş üstü beklenen yaşam süresi: Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup Türkiye'de 65 yaşına ulaşan bir kişinin kalan yaşam süresi ortalama 17.8 yıldır. Beklenen yaşam süresi 75 yaşında 10.8 yıl iken 85 yaşında 6 yıl

olmuştur (26). Türkiye’de eşini kaybetmiş yaşlı oranı erkeklerde % 12.5 iken kadınlarda % 49.8’dir.

Türkiye’de 2017’de yaşlı nüfusunun en yoğun olduğu il Sinop (% 18.2)’dur. Sinop’u Kastamonu, Artvin ve Çankırı izlemektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il ise Şırnak (% 3.2) olmuştur. Şırnak ilini sırasıyla Hakkâri ve Van izlemiştir.

Yaşlılık dönemi kendi içinde de farklı özellikler barındırdığından yaş özelliğine göre sınıflandırılmıştır. Buna göre;

- 65-74 yaş arası, genç yaşlı
- 75-84 yaş arası, yaşlı
- 85 yaş ve üzeri dönem ise ileri yaşlı sınıfına girmektedir (23).

Gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin artması sonucunda yeni yaş grupları oluşmuştur. Mevcut olan yaş gruplarına iki sınıf daha eklenmiştir. Bu yeni sınıflandırmada 100 yıl yaşamışlara “asırlık”, 110 yıl yaşamışlara “süper asırlık” denilmektedir (23). Türkiye’de 2017 yılında, 100 yaş ve üzerinde 5 bin 416 yaşlı olduğu bilinmektedir. Yaşlı nüfusunun binde birlik kısmını oluşturmaktadır (26).

## **2.4. Yaşlılık Dönemi Sorunları**

Artan yaşlı nüfusla beraber yaşlılık dönemine ait sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlılarda görülen bu sorunlar; sağlık sorunları, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar ve psikolojik sorunlar şeklinde sınıflandırılabilir.

### **2.4.1. Yaşlılık Döneminde Görülen Sağlık Sorunları**

Sağlık İstatistiklerine göre; Türkiye’de 65-74 yaş grubundaki bireylerin % 30.5’inin, 74 yaş ve üzeri bireylerin ise % 42.6’sının genel sağlık durumu kötü veya çok kötüdür (28).

Bu dönem, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların sık görüldüğü bir dönemdir. Tüm dünyadaki en sık ölüm nedenlerine bakacak olursak; ilk sırada % 39.6 oranla dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırada % 19.5 oranla neoplazmlar ve üçüncü sırada % 11.9 oranla solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (29).

Dünyada 2017’de Disability Adjusted Life Years (DALY) sıralamasında birinci sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır (28). Ülkemizde geriatric yaş grubunda (> 65 yaş) hipertansiyon sıklığı ise yüzde 75.1’dir. Hipertansiyon yaşla birlikte artmaktadır, kırsal bölgede yaşayanlarda ve kadınlarda daha yüksektir. Hipertansiyonu olan gruptaki kişilerin yaklaşık üçte birinin tansiyonu kontrol altında değildir (30).

Yaşlı bireyler hipertansiyon açısından mutlaka değerlendirilmelidir ve henüz tanısı konulmamış hipertansiyon vakaları yakalanmalıdır. Hipertansiyonu olan yaşlıların tansiyonun kontrol altına alınması gereklidir. Hipertansiyon temel olarak bir yaşlı hastalığıdır. Kişilerin çoğu hipertansif olduklarının farkında değildirler. Farkında olanların çoğu ya tedavi almamaktadır ya da tedavileri başarılı olmamaktadır (31).

Türkiye’de 20-79 yaşları arasında diyabet sıklığı % 12.8’dir (32). Diyabet yaşlı bireylerde morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindedir. İnsülin direnci ile başlayan süreç yaşın artmasıyla aşikâr diyabete dönüşür. Dolayısıyla yaş arttıkça diyabet sıklığı ve glukoz intoleransı artar. Popülasyonda 65 yaş üzeri kişilerde diyabet sıklığı yaklaşık % 20’dir. Diyabetik kişilerde geriatrik sendromlar daha sık görülmektedir. Yaşlı popülasyonda diyabetik gibi latent periyodu uzun olan hastalıklarda tanı almamışların oranı fazladır. Bu nedenle toplum diyabet açısından taranmalıdır. Yaşlı kişinin diyabet için hiç risk faktörü yoksa üç yılda bir kez, en az bir risk faktörü (aile öyküsü, hipertansiyon, obezite, dislipidemi) varsa yılda bir kez diyabet taraması yaptırılmalıdır (33).

Bir diğer yaşlılarda dikkat çeken hastalık ise serebrovasküler olay ve geçici iskemik ataktır. Dünya genelinde ikinci en sık ölüm nedenidir. Erkeklerde daha sık görülen inme en önemli morbidite sebeplerindedir. Yaş cinsiyet, genetik sebepler değiştirilemeyen risk faktörleridir. Bunun yanında hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, sigara, alkol gibi değiştirilebilen risk faktörlerindedir. Serebrovasküler olayların çoğu önlenbilir (34).

Yaşlılar arasında yine sık görülen bir diğer hastalık ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA)’dır. KOA ve komplikasyonları pek çok kişide yaşam süresini kısaltmaktadır. Sıklığı konusunda net bilgiler olmasa da yapılan bir çalışmaya göre 65 yaş üzerinde KOA sıklığı % 16 bulunmuştur. KOA tanılı olan 65 yaş ve üzeri hastalar çoğunlukla hastaneye yatarak tedavi almaktadır (35).

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların yükünde azalma, bulaşıcı olmayan hastalık yükünde ise artma vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede çok çeşitli disiplinlerin birlikte hareket etmesini gerekmektedir. Sigara, alkol, sağlıksız beslenme, genel sağlık düzeyinin kötü oluşu, kötü yaşam koşulları, düşük gelir kontrol altına alınabilecek faktörlerdendir. Premordial korunmanın yanında primer ve sekonder korunmayla ve disiplinler arası işbirliği sağlanarak, bulaşıcı olmayan hastalık yükü azaltılmalıdır.

Psikiyatrik hastalıklar da yaşlılık döneminde özel önem verilmesi gereken bir hastalık grubudur. En sık yaşanan psikiyatrik bozukluklardan birisi de depresyondur. Yaşlılık döneminde majör depresyon düzeyine erişmeyen depresif belirtiler sıklıkla gözlenmektedir. Genç yaşlara göre daha az görülmesine rağmen yaşlılarda depresyon sıklığıdır. Yaşlılarda daha az sıklıkta görülmesi aslında yanıltıcıdır. Çünkü depresyon belirtileri yaşamak yaşlılıkta doğal görülmektedir ve yaşlılar yardıma başvurmamaktadır. Genç ve yaşlılık döneminde görülen depresyon klinik özellikleri açısından farklılık gösterdiği için; toplum tabanlı yapılan bir çalışmada yaşlı popülasyona göre düzenlenmiş bir ölçek kullanmak en doğrusu olacaktır (36).

Türkiye’de pek çok geriatrik depresyon çalışması yapılmış olmasına rağmen Türkiye’nin geneline atfedeceğimiz bir çalışma karşımıza çıkmamaktadır. Sağlık istatistik yıllığı 2017’ye göre depresyonun 15 yaş üzerindeki sıklığı % 7.2 (kadınlarda % 4.9, erkeklerde % 9.4) olarak bulunmuştur (28). Her yaş grubunda depresyon kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Depresyon yaşlılar için önemli bir problemdir. Depresyon belirtileri yaşlılıkta doğal karşılanmayıp, tedavi için bir profesyonele başvurulmalıdır.

#### **2.4.2. Yaşlılık Döneminde Görülen Sosyal ve Ekonomik Sorunlar**

Toplumda yaşlılık bakım ihtiyaçlarının arttığı, bağımlı olan ve istenmeyen bir yaşam dönemidir. Bu yanlış düşünceler yaygındır. Bu önyargılı yaklaşımda yaşlılar ayrımcılığa ve şiddete uğrayabilir (23).

Yaşlıların çocukları büyümüş, yetişkin olup aile kurmuşlardır. Yaşlı kişi ise iş hayatından kopmuş ve bir yük haline gelmiş gibi görünmektedir ve otorite kaybı yaşadığını düşünür (37). Son elli yıl içinde toplumun aile yapısı değişmektedir. Aynı ev içinde dedenin, anneanne, babaannenin ve torunların birlikte yaşadıkları toplum yapısında çekirdek ailelerin evden ayrılıp farklı evlerde yaşadıkları aile yapısına geçiş olmuştur. Bu durum yaşlıları yalnızlığa itmiştir (37).

Yaşlılar ekonomiye aktif getirisi olmayan grup oldukları için fakirleşmektedirler. Yaşlılar düşük gelirleri nedeniyle artmış sağlık sorunları ve sağlık giderlerinin üstesinden gelemeyebilirler. Emeklilik döneminde geliri azalmış yaşlının sosyal güvencesi de yoksa sağlık hizmeti alması güçleşecek, sağlık durumu daha da kötüye gidecektir (23).

Yaşlıların en çok sosyal desteğe sahip olmaları gereken bu dönemde, bir taraftan yeti yitimleri bir taraftan da yalnızlık, üretkenlikte azalma ve rol kayıpları, durumu daha da güçleştirir. Böylece ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir.

Ruh sağlığı bozulmuş, sağlık, ekonomik ve sosyal sorunların da arttığı bir yaşlılık dönemi, hassastır ve istismar riskinde artış olacaktır.

## **2.5. İstismar**

Günümüzde hala büyük ölçüde saklanan yaşlı istismarı konusundaki farkındalık artmaktadır. Tarihte çok eski dönemlerden beri muhtemelen var olmasına rağmen, yaşlı istismarı ilk olarak 1970'lerde tıp literatürüne girmiştir (38). Bugüne kadar da bilim dünyası tarafından net, kabul edilen, genel geçer bir tanım oluşturulamamıştır. Tanımlar içinde en çok kabul göreni DSÖ'nün tanımı olup bu tanıma göre istismar; güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide ortaya çıkan, yaşlıya zarar veren veya yaşlıyı strese sokan tek ya da tekrarlayan davranışlar ya da uygun davranışın olmayışıdır. Yaşlı istismarının da diğer istismar türleri gibi çeşitleri vardır. Bunlar; fiziksel, psikolojik, cinsel ve finansal istismardır (39).

### **2.5.1. İstismar Türleri**

**Fiziksel istismar:** İstismarcının yaşlı bireyin canını yakması, acı çektirmesi, fiziksel güç kullanmasıdır. Yaşlı kişiye uygulanabilecek fiziksel istismarlar; vurmak, tokatlamak, yakmak, bağlamaktır (40).

**Psikolojik (emosyonel) istismar:** Sözel saldırı, aşağılama, utandırma, tehdit etme gibi yaşlıyı ruhsal açıdan üzen, ona acı veren veya onu strese sokan sözlü veya sözsüz davranışlardır (41). Yaşlının sevgi, şefkat gibi duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi veya yaşlı ile iletişim kurmayı reddetmek de psikolojik istismardır (42, 43).

**Cinsel istismar:** Yaşlı kişiye kendi rızası olmadan, her türlü cinsel aktivite için zor kullanılmasıdır (40). Rosen ve arkadaşları tarafından yapılan bir derleme çalışmasında, cinsel istismarın çoğunlukla bakım evlerinde kalan yaşlılarda meydana geldiği söylenmektedir (44).

**Finansal (ekonomik) istismar:** Yaşlının izni olmadan malının veya parasının alınması, çalınması ve el koyulmasıdır (40, 41).

**İhmal:** Yaşlının ihtiyaç duyduğu fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçlarının, bakımla yükümlü olanlar tarafından sağlanmaması veya yetersiz sağlanmasıdır (45). Bunun yanında bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini sağlamada yetersizlik de

ihmal kapsamına girmektedir. İhmal aktif veya pasif ihmal olmak üzere iki tiptir. İhmal kasıtlı bir şekilde yapılıyorsa aktif ihmal, kasıt yok ise pasif ihmalden söz edilebilir (46).

### 2.5.2. İstismarın Belirtileri

Yaşlı istismarı, önemli bir halk sağlığı sorunu olmasının yanında tanınması, yaşlı tarafından kabul edilmesi ve önlemesi zor olan bir durumdur. Bu nedenler, istismarın göz ardı edilebilmesini kolaylaştırmaktadır. Çok az sayıda yaşlı istismarı ve ihmali bildirilmiş olup istismarı tanıma konusunda sağlık personellerine önemli rol düşmektedir (47).

İstismar daha çok yaşlı kişinin, özel çevresinde gizli kalan bir durum olduğundan, sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti almak için kurumlara başvuran yaşlılarda istismar ve ihmal konusunda şüpheli olmaları gereklidir. Yaşlı istismarı konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekli olup yaşlıların değerlendirilme sürecinde istismar ve ihmal bulgularına hâkim olmalıdırlar. Bu bulgular;

- Yaşlıda kanama, ekimoz, laserasyon, saçlı bölgede kısmi saç kaybı
- Açık yaralar, kırık ve çıkıklar, yanıklar (özellikle tedavisi gecikmiş ve enfekte olmuşlarsa)
- Depresyon, yeme ve uyku bozuklukları
- Konuşmada kararsızlık ve duraksama
- Nedeni açıklanamayan çaresizlik
- Açıklanamayan davranış değişiklikleri
- Cinsel yolla bulaşan hastalık
- Sık görülen üriner sistem enfeksiyonları
- Yaşlının kirli ve bakımsız olması
- Yaşlıda beslenme bozuklukları ve dehidratasyon belirtileri
- Kir, dışkı, idrar kokusu
- Deride kızarıklık, yaralar ve bitlenme
- Gözlük ve kulaklık gibi cihazlara ihtiyaç duyulmasına rağmen olmaması
- Bakım veren kişinin sağlık durumu açıklamalarının tutarsız ve mantıksız olmasıdır (45, 46).

Bu belirtilerin gözlenmesi durumunda sağlık personelinin aklına istismar ve/veya ihmal gelmeli ve gerekli işlemler yapılmalıdır.

### **2.5.3. Bakım Veren ile İstismar İlişkisi**

Tarih boyunca var olan ve günümüzde de giderek artan şiddetten, en çok hassas gruplar olan, çocuklar, kadınlar ve yaşlılar etkilenmektedir. Genellikle çocuk istismarı ve kadına yönelik şiddet ile daha çok gündeme gelen bu üzücü durumun bir diğer yüzü olan yaşlılara karşı istismar ve ihmaldir. Bu noktada, yaşlının istismara nerede uğradığı, kiminle yaşadığı, bakımını üstlenen kişinin kim olduğu, ne derece bağımlı olduğunun üzerinde durulmalıdır.

Yaşlı ve sağlık sorunları olan bir bireyin iki tip bakıma ihtiyacı olabilir. Bunlardan ilki yaşlının banyo yapması, beslenmesi gibi günlük temel yaşam aktiviteleriyken ikincisi ise yara pansumanı, ilaçların zamanında alınması gibi evde yürütülebilecek sağlık bakımıdır. Ülkemizde bu saydığımız bakım işleri çoğunlukla profesyonel olmayan ve genellikle yaşlı bireyle beraber yaşayan, ekonomik olarak bağımlı olan ve kadın olan bir aile ferdinin üzerindedir (48, 49).

Hiç şüphesiz yaşlıların en çok korktuğu konulardan biri de kendi işlerini göremeyecek hale gelmek, bir başkasının bakımına ihtiyaç duymak, bağımlı olmaktır (50). Yaşlı istismarını açıklamak için ortaya atılmış kuramlar mevcut olup, “bakım verenin stresi kuramı” bunlardan bir tanesidir. Bir yaşlıya bakım vermek emek isteyen duygusal ve fiziksel yük getiren bir iştir. Yaşlı birey bakım veren ile uyum içinde olmadığı durumlarda bu yük de giderek artmaktadır. Ayrıca bakım verenin kişisel işleri, ev ve aileleri ile ilgili farklı sorumlulukları da olabilir, bu durumda kişinin iş yükü ve stres düzeyi oldukça artacaktır. Böylece bakıma ihtiyaç duyan yaşlının istismar ve ihmal riski artacaktır (45).

Yaşlı istismarı ile mücadele ederken mutlaka bakım verenin yaşadığı güçlükler, duygusal sorunlar ve gereksinimler de göz ardı edilmemelidir. Bakım yükünün, bakım verenin sağlığına olumsuz etkileri olabilir. Bu olumsuz etkiler, yaşlının duyduğu bakım ihtiyacı, bakım verenin kişisel özellikleri, bakım verme süresi ve bakım verenin ek sorumlulukları gibi birçok şeyden etkilenmekte ve düzeyi değişmektedir (51, 52).

### **2.6. Depresyon**

Duygusal pencereden bakıldığında mutsuzluk, umutsuzluk, karamsarlıktır. Depresyon zevk alamamanın, çökkün ruh halinin belirgin olduğu bir duygu-durum bozukluğudur. Kişide duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel bazı belirtiler ortaya çıkar ve kişi keyifsiz, hüzünlü ve yalnız hisseder (53).

### **2.6.1. Yaşlılarda Depresyon**

Geriatrik depresyonun, genç erişkin hasta grubunda görülen depresyondan farklı birkaç özelliği vardır. Genç erişkin depresyonun bir ayağı olan somatik yakınmalar geriatrik grupta zaten yaşla birlikte ortaya çıkan, çoğu zaman fizyolojik olarak kabul gören bulgulardır. Bu yakınmalara birkaç örnek verecek olursak; uyku bozukluğu, seksüel fonksiyonlarda azalma, kabızlık, eklem ağrılarıdır. Bu somatik yakınmaların, depresif olmayan yaşlı bireylerde de sıklıkla var olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (52, 54). Bunun yanında geriatrik yaş grubunun depresyonunda duygu-durum yakınmaları gençlere göre daha azdır (55). Geriatrik depresyon riskini arttıran yeti yitimleri de yaşlılarda hiç şüphesiz daha sık görülmektedir. Bir yaşlının görme, işitme probleminin oluşu, inme geçirmiş olması, Parkinson hastalığı ve idrar inkontinansı varlığı depresyon riskini artırmaktadır (52).

Geriatrik yaş grubunda depresyon, psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülmektedir. Türkiye’de bazı illerde yapılan geriatrik depresyon çalışmaları sıklık hakkında fikir vermektedir. Kayseri’de 2015’te yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı % 24.9 bulunmuştur (56). Adana’da yapılan 2016 yılında yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeğinden, % 49.2’sinin 14–30 arasında puan aldığı tespit edilmiştir (57). Manisa ilinde 534 65 yaş üstü bireyde yapılan bir diğer depresyon konulu çalışmada ise depresif belirti sıklığı % 32.8 çıkmıştır (58).

### **2.6.2. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon**

Depresyon için gerek genç yaş grubunda gerekse ileri yaş grubunda riski arttıracak pek çok etkenden söz edilebilir. Korunma yöntemlerinde “altta yatan nedeni yok etme” prensibine dayanarak bu etkenleri gözden geçirmek şarttır. Bu etkenlerden bir tanesi ise yaşlılar için huzurevinde kalmaktır.

Literatürde huzurevinde yaşayan yaşlıların, kendi evinde yaşayan yaşlılara göre depresyon sıklığının daha çok olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Bunlara örnek verecek olursak;

Kayseri’de huzurevinde 2016 yılında yapılan bir çalışmada, 105 kişi çalışma kapsamına alınmış ve bu katılımcıların yaş ortalaması  $77.2 \pm 8.7$  olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubunun % 61.9’unda kesin depresif belirti olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada ve genel sağlık algısı kötü olan yaşlı bireylerde sıklık daha fazla olarak bulunmuştur (59).



Bir diğerk çalışma Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri 350 yaşlı hasta ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre; yalnız yaşayanların % 72.3'ünde, ailesiyle yaşayanların % 36.9'unda, huzurevinde yaşayanların % 26.7'sinde depresif belirtilerin mevcut olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmalardan da anlaşılacağı üzere yaşlılarda depresyon sıklığını veren ulusal düzeyde bir çalışma olmayıp depresyon yaygınlığı, çalışmanın yapıldığı grubun özelliklerine ve yerine göre çalışmada kullanılan yöntemlere göre değişkenlikler göstermektedir.

### **2.6.3. Geriatrik Depresyon ve Halk Sağlığı İlişkisi**

DSÖ bünyesinde 1978 yılında Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında ortaya atılan "herkes için sağlık ilkesi", günümüzdeki çağdaş halk sağlığı anlayışının temellerini oluşturmuştur. Bu konferansta doğan ve üye olan bütün ülkelerin kabul ettiği Alma-Ata Bildirgesinde de yer aldığı üzere "toplumsal iyilik" hedefimiz olmuştur (60).

Artık toplumun azımsanmayacak bir bölümünü oluşturan 65 yaş ve üstü kişilerin sıklıkla karşılaştığı depresyon önemli bir halk sağlığı problemidir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının 2016 yılında yayınladığı "Sağlık İstatistikleri Yıllığı"na göre depresyon, kadınlar için ilk 10 DALY nedenleri arasında altıncı sırayı almıştır ve sıklığı 2002 yılına göre 2016'da % 22.5 oranında artmıştır (28). Nüfusumuzdaki payı giderek artan, toplumun bu hassas grubunda depresyon sıklığı olabildiğince azaltılmalıdır.

Bu açıdan daha depresyona girmeden, yaşlı bireyler için önlemlerin alınması, belirtileri daha yeni ortaya çıktığı dönemlerde erken tanısının konulması halk sağlığı yaklaşımı için önemlidir. Toplumsal yargıları yaşlıların, daha çok kendi köşelerine çekilmesini ve sosyal etkileşimlerde daha pasif rol almasını beklemektedir. Fiziksel olarak hareket yeteneği azalan yaşlılarda kronik hastalık yükünün de getirdikleriyle yaşam kalitesi azalmaktadır. Bir de bunun yanına çökkünlük ile karakterize bir duygudurum bozukluğu olan depresyon eklenince hem tanısı ve hem de tedavisi zor bir tablo oluşmaktadır.

Yaşlılarda depresyon tanısının konulması zordur, çünkü yaşlılarda depresyonu işaret eden bulgular toplum, yaşlıya bakım veren ve ona sağlık hizmeti sunan sağlık personeli tarafından normal karşılanabilir. Bu dönemde yaşlıdaki depresyonun tanınması için sağlık personellerinin bilgi düzeyinin artırılması, yaşlıların ve yaşlılarla

birlikte yaşayan yakınlarının depresyon algılarının arttırılması ve tedavisi süren yaşlıların rehabilite edilmesi yine halk sağlığı bakış açısı için önemli hedeflerdir.

#### **2.6.4. İstismar ve İhmalin Depresyon ile İlişkisi**

Yaşlıların karşılaştığı önemli problemlerden olan istismar ve ihmal ile depresyon etkileşimi söz konusu olabilir. Yaşlılarda istismar riskini arttıracak pek çok faktör sayılabilmektedir (61).

- İşlevsel bağımlılık / sakatlık
- Kötü fiziksel sağlık
- Demans varlığı
- Kognitif bozukluklar
- Düşük gelir veya mali bağımlılık
- İleri yaş
- Düşük eğitim düzeyi

Depresyon ile demans arasındaki ilişki henüz net olmayıp birliktelikleri sıklıkla (62). Kişide demans varlığında, istismar ve depresyon riskini arttığı söylenebilir (52, 63, 64).

Bunun yanında düşük gelir, düşük eğitim düzeyi, ileri yaş da depresyon ve istismarın ortak risk faktörlerindedir (65). Aynı zamanda kognitif fonksiyonlarda kayıp bir depresyon bulgusudur (52).

Ayrıca yalnız yaşayan yaşlılarda hem depresyon hem de istismar sıklığının arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (66-69).

Bu kanıtlar bize istismar ve ihmal ile depresyon arasında sıkı bir bağ olduğunu söyleyebilir.

#### **2.7. Başarılı Yaşlanma**

Bir bireyin başarılı yaşlanması, hayatın tüm taraflarını ilgilendiren bir süreç olduğu için tanımı kapsamlı ve karışıktır. Aktif yaşlanma, ilk olarak 1990'lı yıllarda gündeme DSÖ tarafından getirilmiştir (70). Yaşlıların günlük yaşamlarında sosyal, ekonomik, kültürel, politik aktivitelere katılımının esas olduğu yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen, bunun için de sağlık, güvenlik ve katılım fırsatlarını en iyi duruma getirme işlemine “aktif yaşlanma” denir. Yani ileri yaşlarda önlenebilecek kronik hastalıkların veya bu hastalıklara bağlı komplikasyonlara yönelik müdahalelerin

yapıldığı, engellenemese dahi yeti yitiminin yaşlının hayattan zevk almasına engel olmamasına ve sosyalleştiği toplumsal olaylardan uzak kalmamasına başarılı yaşlanma denilmektedir. Bir kişi toplumsal faaliyetlere ne kadar çok katılıyorsa, sağlık düzeyi ve ruhsal iyiliği ne kadar iyiyse, ne kadar bağımsızsa o denli başarılı, aktif yaşlanıyor demektir. Başarılı yaşlanan bir birey emekli olmak, yeni bir yardımcı cihaz (işitme cihazı vs.) kullanmaya başlamak gibi yaşam süreçleri arasında geçiş yaşarken daha az zorlanıp, daha kolay uyum sağlayacaktır (70, 71).

### **2.7.1. Başarılı Yaşlanma ve Aile**

Yaşlıların başarılı yaşlanmalarından bahsederken aile kavramı üzerinde durulması gerekmektedir. Bir bireyin yetişkin olmasıyla beraber kişiye; kazanç sağlamak, düzenli bir işe sahip olmak, aile kurmak, çocuk sahibi olmak, doğan çocuklarının bakımı, eğitimi ve geleceğe hazırlanmasında üstüne düşen görevlerin yerine getirmek gibi pek çok toplumsal görevler düşer. Kişi bu görevlerin bazen hepsini bazen bir kısmını yerine getirdiğinde üretmek, sosyalleşmek, topluma katılmak gibi pek çok ihtiyacını karşılar ve mutlu olur. Yalnız yaş ilerlenip bu görevlerin yavaş yavaş sonlanması kişide işe yaramadığı fikrini doğurabilir. Emekli olmuş, çocukları evlenip artık aynı evde yaşamayan yaşlılar rol kaybı yaşarlar. Kişinin günlük hayatında konuşarak paylaşımında bulunduğu arkadaşları vefat edebilir veya sağlık sorunları sebebiyle görüşmeler azalabilir. Bu durum kadınları, erkeklere göre daha fazla etkilemektedir. Çünkü kadın sosyal ilişkileri daha kısıtlı ve çalışma hayatına katılımları daha az olan bir gruptur (72). Bunlar yaşanırken sağlık sorunlarının yarattığı kaygılarla da baş etmeye çalışan yaşlıya en büyük destek aile fertleri tarafından verilebilir. Eğer bu destek yoksa veya kişi eşini kaybetmişse durum daha da can sıkıcı olabilir. Bu nedenle başarılı yaşlanmak için aile çok önemlidir.

### **2.7.2. Hayat Boyu Başarılı Yaşlanma**

Başarılı yaşlanma, bireyin yaşının belli bir noktaya geldiğinde ortaya çıkan bir kavram değildir. Hayatın bütünü kapsayan, yaşlılık döneminde ise etkilerinin olumlu olarak ortaya çıktığı bir süreçtir (73). Sağlıklı yaşlanma doğumla başlayan bir süreç olup bireyin çocukluk ve yetişkin dönemlerindeki yaşam tarzı ve alışkanlıkları, ileri yaştaki sağlık durumunu belirleyen önemli belirteçlerindedir. Bunun için bireyin gençliğinden itibaren dengeli beslenmesi, yaşına uygun egzersiz yapması ve ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına yönelik uygun sağlık hizmeti alması gerekir (74).

Başarılı yaşlanmayı yaş, ruhsal ve fiziksel sağlık, zihinsel işlevlik, sosyal destek, stresle baş etme ve yaşamdan zevk alma gibi faktörler tarafından etkilenmektedir (75).

### **2.7.3. Başarılı Yaşlanmada Çok Yönlü Yaklaşım**

Yaşlılık; “zayıflık” ve “bağımlı olmak” ile özdeşleştirilmiş ve bireylerin korktukları ve içinde bulunmak istemedikleri bir dönemdir.

DSÖ’ye göre aktif yaşlanma, “insanların yaşlanmasıyla birlikte yaşam kalitelerini geliştirmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlikle ilgili olanakları en uygun hale getirme süreci” olarak tanımlanmaktadır (71). Bu tanım bize pek çok konuda fikir vermektedir. Kişinin yaşlanması sadece sağlık açısından ele alınmamalıdır. Bir kişinin sağlıklı yaşlanmasında çevresel koşulların iyileştirilmesi açısından yerel yönetimlere, haklarının güvence altına alınması için sosyal politikaların üretilmesinde politikacılara, toplumsal katılımın artırılmasında sivil toplum kuruluşlarına, en önemli sosyal destekleri olan aile ve akrabalarına önemli görevler düşmektedir. Bakıma muhtaç ve yalnız yaşamak zorunda olan yaşlıların barınma ve bakım ihtiyaçlarının ideal şartlarda sunulmasında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının müdahalesi çok önemlidir.

Aktif yaşlanmada, Sağlık Bakanlığına da fazlaca görev düşer. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele edilip önlenebilecek erken ölümler azaltılmalıdır. Ayrıca engellenememiş hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda en uygun hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. Bu sunulan hizmet herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Hizmet sunumunda yaşlılara pozitif ayrımcılık uygulanmalıdır. Her yaş döneminin farklı ihtiyaçları gözetilerek alanında uzman sağlık personeli yetiştirilmeli ve etkin bakım hizmeti sunumu planlanmalıdır (75).

2015 yılında şimdiki adıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020” yayınlanmıştır. Bu raporda 5 temel müdahale üzerinde durulmuştur (75). Bu müdahaleler;

1. Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi
2. Yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi
3. Yaşlılıkta nöro-psikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması

4. Yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işleminin sağlanması

5. Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesidir.

Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma için aktif yaşlanmanın benimsenmesi, bir lüks değil gereklilik olduğunun bilincine varılmalıdır. Yaşlılara karşı saygılı olmak yetmemekte, aynı zamanda ona değerli olduğunu hissettirmemiz gerekmektedir (72). Etkili bir aktif yaşlanma süreci için işbirliği içinde olunmalı ve multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir.



## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Yapılan bu tez çalışması, Malatya İli Battalgazi İlçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde istismar, depresyon ve başarılı yaşlanma durumlarının saptanması amacıyla yapılmış kesitsel türde bir araştırmadır.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Veriler, Şubat–Mart 2019 tarihleri arasında, Battalgazi İlçesinde hizmet veren tüm aile sağlığı merkezlerinde toplanmıştır. Aile sağlığı merkezlerine başvuran 65 yaş ve üzeri gönüllü bireylere anket uygulanmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini, Malatya İli Battalgazi İlçesinde yaşayan tüm 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örnekleme yapılırken Mawar S. ve arkadaşlarının yapmış olduğu, “Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India” isimli çalışmadaki % 24.3 olan yaşlı istismarı oranı referans olarak alındığında; % 95 güven aralığında % 80 güçle yapılan analizde ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 298 kişi olarak bulunmuştur (76). Desen etkisi 2 ile çarpılarak 595 kişi örnekleme seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, PASS 2010 paket programı kullanılmıştır. Hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılırken kümeleme metodu kullanılıp, her bir aile sağlığı merkezi bir küme kabul edilmiştir. Her aile sağlığı merkezinden sahip oldukları 65 ve üzeri yaştaki nüfusa oranla örnekleme katılım sağlanmıştır (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1.** Katılımcıların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezlerine göre dağılımları

<b>Aile Sağlığı Merkezi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Battalgazi	44	7.4
Hatunsuyu	12	2.0
Bahçebaşı	18	3.0
Başharık	18	3.0
Bentbaşı	12	2.0
Beydağı	27	4.5
ošnük	39	6.6
Fırat	66	11.1
Göztepe	44	7.4
Hanımıniftliği	22	3.7
İpek	22	3.7
Kernek Hasan Varol	16	2.7
Mücelli	53	8.9
Paşakşk	38	6.4
Sancaktar	26	4.4
Saray	19	3.2
Sıtmapınarı	68	11.4
Taştepe	24	4.0
İnderesi (TOKİ )	10	1.7
Toplam	595	100

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama amacıyla oluşturulan ve beş bölümden oluşan anket formu, yüz yüze anket doldurma tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezinin çalışanları tarafından kullanımımız için ayarlanan bir oda sayesinde, gönüllü ve araştırmacının yalnız kalabileceği ve anketin doldurulabileceği uygun bir ortam hazırlanmıştır. Veriler şubat-Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan gönüllülerin cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sayısı, aylık geliri gibi tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı bu kısım, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (EK 1).

### **3.4.2. Bakım Vereni Tanıtıcı Form**

Anket formunun bu kısmı, araştırmaya katılan her gönüllü tarafından değil; sadece bakıma ihtiyaç duyan ve bu bakımı üstlenen birinin varlığında doldurulmuştur. Bu kısımda bakım verene ait yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumu gibi tanımlayıcı sorular yer almaktadır. Sorular literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (EK 1).

### **3.4.3. Hwalek -Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Ölçeği**

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Özmeye tarafından yapılmış olup çalışmanın sonunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.814 olarak bulunmuştur. Ölçekte 14 soru yer almaktadır ve bu sorulara “evet” veya “hayır” şeklinde iki kategoride cevap verilmektedir. Ölçekten (Türkçe versiyonundan) alınabilecek en yüksek puan 14, en düşük puan 0’dır. Puan yükseldikçe yaşlı istismarı riski artmaktadır. Hwalek ve Sengstock testten alınan 3 ve üzerindeki puanların istismarın olduğu şeklinde yorumlanması gerektiğini belirtmişlerdir (77) (EK 2).

### **3.4.4. Başarılı Yaşlanma Ölçeği**

Reker (2009) tarafından geliştirilen SAS- Başarılı Yaşlanma Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geliştirilmesi ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hazer ve Özsungur tarafından 2017 yılında yapılmış olup, sağlıklı yaşam biçimi (3 madde) ve Sorunlarla Mücadele Etme (7 madde) olmak üzere 2 alt boyut ve 10 sorudan oluşmaktadır. Sorular yedili Likert modelinde olup, gönüllülerden “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” ifadelerinden birini seçmesi istenmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak rapor edilmiştir (78) (EK 3).

### **3.4.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği**

Kullandığımız Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşmaktadır. Sorular yaşlılar tarafından kolayca anlaşılabilir tarzda olup “evet” ya da “hayır” olarak yanıtlanmaktadır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve



güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Çalışmacılar ölçeğin yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği (0.92) ve geçerliliğinin yüksek olduğunu saptamışlar ve ölçeğin kesme puanını, 0-11 puanı “depresyon yok”; 11-14 puanı “olası depresyon”; 14 ve üzerindeki puanları “kesin depresyon” olarak belirlemişlerdir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır (54) (EK 4).

### **3.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik uygunluğunun değerlendirilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kuruluna başvurulmuştur. Araştırmanın, etik açıdan uygunluğuna, 2018/21-33 karar sayısıyla, oy birliği ile karar verilmiştir (EK 5). Ayrıca Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden, çalışmanın yapılabilmesi ve aile sağlığı merkezlerinde gönüllülere ulaşılabilmesi için komisyon toplanmış olup gerekli yasal izinler alınmıştır (EK 6). Bunların yanında her bir gönüllüye bu araştırmanın yapılmasının amacı açıklanmış, katılımının isteğe bağlı olduğu belirtilmiş, verdiği bilgilerin gizliliği hakkında tereddüt etmemesi konusunda uyarılmış ve anket formlarına isim yazılmadığı gösterilmiştir.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Çalışmamızda veri toplama aracı olarak kullandığımız anket formları öncelikle kontrol edildi. Analizler için SPSS (Statistical Package Fort the Social Sciences version 22.0) ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından hizmete sunulan “biostatapps” programını kullanılmıştır (79). Çalışmamızdaki nicel değişkenler ortalama±standart sapma, ortanca ile minimum-maksimum, nitel değişkenler sayı ve yüzde ölçütleri ile sunulmuştur. Nicel veri içeren değişkenlere Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanarak normal dağılım göstermediği saptandı ( $p<0.05$ ). Nicel verilerin değerlendirmesinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Nitel verilerin analizinde ise Ki-Kare testi gruplar arasında anlamlılığı belirlemek için kullanılmıştır. Araştırmamızdaki değişkenlerin arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Depresyon durumunu tahmin etmek için binominal lojistik regresyon testi yapılmıştır. Kurulan modelde bağımlı değişken; depresyon durumu (var/yok)’dur. Bağımsız değişkenler; cinsiyet (erkek:0-kadın:1), medeni durum (bekâr:0-evli:1), eğitim durumu

(okuryazar değil:1-daha yüksek eğitim durumu:0), kronik hastalık durumu (var:1-yok:0), psikiyatrik hastalık öyküsü (var:1-yok:0), istismar durumu (var:1-yok:0) olarak belirlenmiştir.  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmada geçen bağımlı değişkenler Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testinden, Başarılı Yaşlanma Ölçeğinden ve Geriatrik Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanlardır.

Bağımsız değişkenler ise gönüllülere ve bakım verenlere ait sosyo-demografik özelliklerden oluşmaktadır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

**Tablo 4.1.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	333	56.0
Kadın	262	44.0
<b>Yaş</b>		
65-69 yaş	303	50.9
70-74 yaş	142	23.9
75-79 yaş	87	14.6
80 yaş ve üstü	63	10.6
<b>Medeni durum</b>		
Evli	451	75.8
Bekâr/boşanmış	17	2.9
Eşi ölmüş	127	21.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	188	31.6
İlkokul	228	38.3
Ortaokul	72	12.1
Lise	57	9.6
Üniversite	50	8.4
<b>Toplam</b>	595	100

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan 595 kişinin % 56’si erkek, % 44’ü kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması  $70.09 \pm 5.78$  olup, yaşları 65-69 yaş aralığında olanların oranı % 50.9, 70-74 yaş aralığında olanların oranı % 23.9, 75-79 yaş aralığında olanların oranı % 14.6, 80 yaş ve üzerinde olanların oranı % 10.6’dır. Katılımcıların % 75.8’i evli iken, % 21.3’ünün eşi ölmüş ve % 2.9’u da ya eşinden boşanmış ya da hiç evlenmemiştir. Katılımcıların % 31.6’si okuma yazma bilmiyor, % 38.3’ü ilkokul mezunu, % 12.1’i ortaokulu mezunu, % 9.6’si ise lise mezunu ve % 8.4’ü ise üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların gelir düzeyleri ve sosyal güvence durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı

	n	%
<b>Ailenin aylık geliri</b>		
2000 TL'nin altı	231	38.8
2000-2999 TL arası	179	30.1
3000 TL ve üzeri	169	28.4
<b>Kendisine ait aylık gelir miktarı</b>		
Aylık geliri yok	146	24.5
1500 TL'nin altı	108	18.2
1500-2500 TL	270	45.4
2500 TL'nin üzeri	71	11.9
<b>Aktif gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	545	91.6
Çalışıyor	50	8.4
<b>Sosyal güvencesi</b>		
Yok	68	11.4
Var	527	88.6
<b>Mesleğiniz</b>		
Serbest meslek	120	20.2
Memur	96	16.1
İşçi	118	19.8
Ev hanımı	230	38.7
Özel sektör	31	5.2

Katılımcıların gelir düzeyleri ile sosyal güvence durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı ise Tablo 4.2'de yer almaktadır. Katılımcıların % 38.8'inin ailesinin aylık geliri 2000 TL'nin altında, % 30.1'nin 2000-2999 TL aralığında ve % 28.4'nün ise 3000 TL ve üzerindedir. Katılımcıların % 24.5'sinin kendisine ait aylık geliri yokken, % 11.4'nün ise sosyal güvencesi yoktur. Kendisine ait geliri, 1500 TL'nin altı olanların oranı % 18.2 iken, % 45.4'nün ise 1500-2500 TL aralığında ve % 11.9 katılımcının 2500 TL'nin üzerindedir. Katılımcıların % 8.4'ü şu an aktif gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Meslek grupları açısından değerlendirecek olursak; % 20.2'si serbest meslek sahibi iken, % 16.1'i memur, % 19.8'i işçi, % 38.7'si ev hanımı ve % 5.2'si ise özel sektörde çalışmaktadır.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların sağlık durumlarını açıklayan özelliklerin dağılımı

	n	%
<b>Kendi belirttiği sağlık durumu</b>		
Kötü	131	22.0
Orta	275	46.2
İyi	189	31.8
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	490	82.4
Yok	105	17.6
<b>Kronik hastalıkların sıklığı</b>		
Hipertansiyon	354	59.5
Diyabet	221	37.1
Hiperlipidemi	102	17.1
Kas iskelet sistemi hastalıkları	178	29.9
KOAH/Astım	84	14.1
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçiyor	95	16.0
İçmiyor	315	52.9
Bırakmış	185	31.1
<b>Görme sorunu yaşama durumu</b>		
Var	320	53.8
Yok	275	46.2
<b>İşitme sorunu yaşama durumu</b>		
Var	213	35.8
Yok	382	64.2
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>		
Var	99	16.6
Yok	496	83.4

Tablo 4.3'te katılımcıların sağlık durumlarını açıklayan özelliklere ait veriler yer almaktadır. Katılımcılara kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; % 46.2 katılımcı sağlık durumunu orta bulurken, % 22.0'i kötü, % 31.8'i ise iyi bulmaktadır. Katılımcıların % 82.4'ünün kronik hastalığı varken, % 53.8 'i görme sorunu, % 35.8'i işitme sorunu yaşamaktadır. Katılımcıların % 16'sı sigara içiyorken, % 31.1'i sigara içtiğini, yalnız şimdi bıraktığını belirtmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü var olan katılımcıların oranı ise % 16.6'dır. Katılımcıların % 54.9'unun hipertansiyonu, % 37.1'inin diyabeti vardır.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların yaşadıkları yer ve çocuk sayılarına ait özelliklerin dağılımı

	n	%
<b>Çocuk sayısı</b>		
Çocuğu yok	14	2.4
1-2 çocuğu olanlar	77	13.1
3-4 çocuğu olanlar	225	38.1
5 çocuk ve üstü	274	46.4
<b>Berber yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız	66	11.1
Eşi ile birlikte	257	43.2
Eşi ve diğer aile bireyleriyle	183	30.8
Diğer aile bireyleriyle	89	15.0
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>		
Bir kişi	66	11.1
2 kişi	281	47.2
3-4 kişi	146	24.5
5 ve üzeri kişi	102	17.1

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi katılımcıların % 2.5'inin çocuğu yokken, % 13.1'inin bir veya 2 çocuğu, % 38.1'inin 3 veya 4 çocuğu, % 46.4'ünün 5 veya daha çok çocuğu vardır. Katılımcıların % 11.1'i evlerinde yalnız yaşarken, % 43.2'si eşleriyle birlikte, % 30.8'i eşleri ve diğer aile bireyleri ile birlikte, % 15'i de eşi olmaksızın diğer aile bireyleri ile birlikte yaşamaktadır.

**Tablo 4.5.** Katılımcıların bakım verenlerine ait özelliklerin dağılımı

	n	%
<b>Bakım veren kişi varlığı</b>		
Var	177	29.7
Yok	418	70.3
<b>Bakım verenin yakınlığı</b>		
Eşi	81	44.5
Kızı	33	18.1
Oğlu	25	13.7
Gelini	35	19.2
Bakıcı	8	4.4
<b>Bakım verenin yaşı</b>		
30 yaş altı	15	8.2
30-39 yaş	43	23.6
40-49 yaş	31	17.0
50 yaş ve üzeri	93	51.1
<b>Bakım verenin eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	35	19.3
İlkokul	76	42.6
Ortaokul	24	13.3
Lise	25	13.8
Üniversite	21	11.6
<b>Bakım verenin ailesinin aylık geliri</b>		
2000TL altı	63	36.2
2000-2999 TL	50	28.7
3000 TL'nin üzeri	61	35.1

Katılımcılara bakım veren birinin varlığının oranı % 29.7'dir. Bu bakım verenlerin; % 44.5'i eş, % 18.1'i kız çocuğu, % 13.7'si erkek çocuğu, % 19.2'si gelini ve % 4.4'ü ise bakıcıdır. Bakım verenlerin % 8.2'si 30 yaş altında, % 23.6'sı 30-39 yaş aralığında, % 17'si 40-49 yaş aralığında yer alırken, % 51.1' i ise 50 yaş ve üzerindedir. Bakım verenleri eğitim durumları açısından değerlendirecek olursak; % 19.3'ü okur-yazar değilken, % 42.6'sı ilkokul mezunu, % 13.3'ü ortaokul mezunu, % 13.8'i lise mezunu olup, % 11.6'sı ise üniversiteyi bitirmiştir. Katılımcılara bakım verenlerin % 36.2'si 2000 TL'nin altında aylık gelire sahipken, % 28.7'si 2000-2999 aralığında, % 35.1'i 3000 TL ve üzerinde aylık gelire sahiptir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Katılımcıların bakım veren birinin olma durumunun cinsiyete göre dağılımı

	Bakım vereni var		Bakım vereni yok		P
	n	% *	n	% *	
<b>Erkek</b>	98	29.4	235	70.6	0.848
<b>Kadın</b>	79	30.2	183	69.8	
<b>Toplam</b>	177	29.7	418	70.3	

X<sup>2</sup>:0.037, Serbestlik Derecesi: 1, \*:Satır yüzdesi

Katılımcıların bakım verenin olması durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır. Erkeklerin % 29.4'ünün, kadınların % 30.2'sinin bakım vereni vardır (p>0.05).

#### **4.2. Katılımcıların Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Sonuçlarına Ait Bulgular**

**Tablo 4.7.** Katılımcıların istismar durumlarının dağılımı

İstismar durumu	n	%
<b>İstismar var</b>	138	23.2
<b>İstismar yok</b>	457	76.8

Katılımcıların Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testinden aldıkları puanların ortalaması 1.69±1.7'dir. Tablo 4.7'de araştırma grubumuzdaki istismar sıklığına ait veriler görülmektedir. Katılımcıların % 23.2'si istismara uğramaktadır.



**Tablo 4.8.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre istismar puanları dağılımı

<b>İstismar puan</b>		
	<b>Median (min-max)</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	1 (0-10)	0.179**
Kadın	1 (0-9)	
<b>Yaş</b>		
65-69 yaş	1 (0-9)	0.063*
70-74 yaş	1 (0-10)	
75-79 yaş	2 (0-8)	
80 yaş ve üstü	1 (0-9)	
<b>Medeni durum</b>		
Evli <sup>a</sup>	1 (0-9)	0.001*
Bekâr/boşanmış	2 (0-9)	
Eşi ölmüş	2 (0-10)	
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	1 (0-9)	0.091*
İlkokul	1 (0-9)	
Ortaokul	1 (0-10)	
Lise	1 (0-8)	
Üniversite	1 (0-6)	

\*\* : Mann-Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, a : eşi ölmüşe göre farklı

Katılımcıların, sosyo-demografik özelliklerine göre istismar puanları dağılımlarına ait veriler Tablo 4.8’de yer almaktadır. Katılımcıların istismar puanları üzerinde yapılan analizlerde cinsiyet, yaş ve eğitim özelliklerine göre anlamlı farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ). Bunun yanında evli olanların, eşi ölmüş, bekâr veya boşanmış olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre istismar durumları\*\*

	İstismar var		İstismar yok		p
	n	% *	n	% *	
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	68	20.4	265	79.6	0.044
Kadın	70	26.7	192	73.3	
<b>Yaş</b>					
65-69 yaş	66	21.8	237	78.2	0.096
70-74 yaş	28	19.7	114	80.3	
75-79 yaş	29	33.3	58	66.7	
80 yaş ve üstü	15	23.8	48	76.2	
<b>Medeni durum</b>					
Evli	95	21.1	356	78.5	0.032
Bekâr/boşanmış	5	29.4	12	70.6	
Eşi ölmüş	38	29.9	89	70.1	
<b>Eğitim durumu</b>					
Okur-yazar değil	53	28.2	135	71.7	0.089
İlkokul	56	24.6	172	75.4	
Ortaokul	13	18.1	59	81.9	
Lise	9	15.8	48	84.2	
Üniversite	7	14.0	43	86.0	
<b>Çocuk sayısı</b>					
Çocuğu olmayan /bir çocuğu olan	5	17.9	23	82.1	0.321
2-4 çocuğu olan	59	20.5	229	79.5	
5-7 çocuğu olan	54	26.3	151	73.7	
8 ve üzeri çocuğu olan	19	27.5	50	72.5	

\*\* : Ki-kare, \* : satır yüzdesi

Tablo 4.9’da katılımcıların istismar durumuna göre sosyo-demografik özelliklerine ait dağılımlar yer almaktadır. Erkeklerin % 20.4’ünde, kadınların % 26.7’sinde istismar var olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p>0.05$ ). İstismar durumları, yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı fark yoktur ve en yüksek istismar oranı % 33.3 ile 75-79 yaş grubundadır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların evli olanlarında istismarı oranı % 21.1 iken, bekâr veya boşanmış olanlarda % 29.4 ve son olarak eşi ölmüş olanlarda % 29.9’dur ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeylerine göre istismar durumları değerlendirildiğinde; okuryazar olmayanların istismar oranları % 28.2, ilkokul mezunu olanların % 24.6, ortaokul mezunu olanların

% 18.1, lise mezunu olanların % 15.8 ve üniversite mezunu olanların ise % 14'tür (p<0.05). Katılımcıların çocuk sayılarına göre istismar oranlarına bakacak olursak; 8 ve üzeri çocuğu olanlarda oran % 27.5, 5-7 çocuğu olanlarda % 20.5, 2-4 çocuğu olanlarda % 20.5 olup 0-1 sayıda çocuğu olan grupta ise istismar oranı % 17.9'dur (p>0.05).

**Tablo 4.10.** Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre istismar puanları dağılımı

	<b>İstismar puan</b>	
	<b>Ortanca(min-max)</b>	<b>p</b>
<b>Kendi belirttiği sağlık durumu</b>		
Kötü <sup>a,b</sup>	2 (0-9)	0.001*
Orta <sup>b</sup>	1 (0-10)	
İyi	1 (0-8)	
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçiyor	1 (0-10)	0.716*
İçmiyor	1 (0-9)	
Bırakmış	1 (0-8)	
<b>Görme sorunu yaşama durumu</b>		
Var	1 (0-10)	0.036**
Yok	1 (0-9)	
<b>İşitme sorunu yaşama durumu</b>		
Var	1 (0-10)	0.019**
Yok	1 (0-8)	
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>		
Var	2 (0-9)	0.001**
Yok	1 (0-10)	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, a: ortaya göre farklı, b: iyiye göre farklı

Katılımcıların sağlık durumlarına göre istismar puanlarının dağılımı Tablo 4.10'da iletilmiştir. Katılımcıların kendi belirttiği sağlık durumuna göre istismar ölçeğinden aldıkları puan ortancaları; sağlığını iyi diyenlerde 1 (0-8), orta diyenlerde 1 (0-10) olup sağlığını kötü bulanlarda ise 2 (0-9)'dir (p<0.05). Sigara içenlerin istismar puan ortancaları 1 (0-10) olup sigara içmeyenlerin ortanca değerleri 1 (0-9)'dir (p>0.05). Görme sorunu yaşayanlar ile işitme sorunu yaşayanların istismar puan ortancaları 1 (0-10)'dur (p<0.05). Yaşamı boyunca en az bir kez psikiyatri polikliniğe başvuranların, istismar ölçeğinden aldıkları puan ortancaları 2 (0-9)'dir (p<0.05).

**Tablo 4.11.** Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre istismar durumları\*\*

	İstismar var		İstismar yok		p
	n	% *	n	% *	
<b>Kendi belirttiği sağlık durumu</b>					
Kötü	48	36.6	83	63.4	0.001
Orta	61	22.2	214	77.8	
İyi	29	15.3	160	84.7	
<b>Kronik hastalık olma durum</b>					
Var	111	22.7	379	77.3	0.289
Yok	27	25.7	78	74.3	
<b>Görme sorunu yaşama durumu</b>					
Var	85	26.6	235	73.4	0.022
Yok	53	19.3	222	80.7	
<b>İşitme sorunu yaşama durumu</b>					
Var	60	28.2	153	71.8	0.021
Yok	78	20.4	304	79.6	
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>					
Var	40	40.4	59	59.6	0.001
Yok	98	19.8	398	80.2	

\*\* : Ki-kare, \* : satır yüzdesi

Tablo 4.11’de sağlık durumuna ait özelliklerin istismar durumuna etkisini değerlendireceğimiz bilgiler sunulmuştur. Görüldüğü üzere kötü sağlık düzeyine sahip olanların % 36.6’sı, iyi sağlık düzeyine sahip olanların % 22.2’si istismara uğrarken sağlık durumu iyi olanların % 15.3’ü istismara uğramaktadır ( $p<0.05$ ). Görme sorunu olanların % 26.6’sı istismara uğrarken, işitme sorunu olanların % 28.2’si istismara uğramıştır ( $p<0.05$ ). Katılımcılardan psikiyatri polikliniğine başvuranlarda istismar oranı % 40.4 iken, başvurmeyenlerde % 19.8’dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Katılımcıların beraber yaşadığı kişilere göre istismar ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Beraber yaşadığı kişiler	İstismar puan	
	Ortanca (min-max)	p
Yalnız <sup>a,b</sup>	2 (0-8)	0.001*
Eşi ile birlikte	1 (0-8)	
Eşi ve diğer aile bireyleriyle <sup>c</sup>	1 (0-9)	
Diğer aile bireyleriyle	1 (0-10)	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a:eşi ile birlikteden farklı, b:eşi ve diğer aile bireyleriyle yaşayanlardan farklı

c:diğer aile bireyleriyle yaşayanlardan farklı

Tablo 4.12’de, katılımcıların beraber yaşadığı kişilere göre istismar tarama ölçeğinden aldıkları puanlar yer almaktadır. Yalnız yaşayan katılımcıların puan ortancaları 2 (0-8)’dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 13.** Katılımcıların hanelerinde yaşayan kişi sayısına göre istismar ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Hanede yaşayan kişi sayısı	İstismar puan	
	Ortanca (min-max)	p
1 kişi <sup>a,b,c</sup>	2 (0-8)	0.005*
2 kişi	1 (0-9)	
3-4 kişi <sup>c</sup>	1 (0-7)	
5 ve üzeri kişi	1 (0-10)	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a:2 kişi yaşayanlardan farklı, b: 3-4 kişi yaşayanlardan farklı, c: 5 ve üzeri kişi yaşayanlardan farklı

Hanede yaşayan kişi sayısı açısından istismar ölçeğinden alınan puanların ortanca dağılımları Tablo 4.13’de yer almaktadır. Hanesinde tek yaşayanlar 2 (0-8) ortancaya sahipken, 3-4 kişi yaşayanların ortanca değeri 1 (0-7)’dir ( $p<0.05$ ). Katılımcılardan % 29.7’sinin bakım vereni bulunmaktadır.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların bakım verenlerine ait özelliklerine göre istismar puan dağılımları

	<b>İstismar puan</b>	
	<b>Ortanca (min-max)</b>	<b>p</b>
<b>Bakım veren kişi varlığı</b>		
Var	1 (0-10)	0.260**
Yok	2 (0-3)	
<b>Bakım verenin yakınlığı</b>		
Eşi	1 (0-8)	0.035*
Kızı <sup>a</sup>	2 (0-9)	
Oğlu	1 (0-10)	
Gelini	1 (0-8)	
Bakıcı <sup>a,b</sup>	2.5 (0-5)	
<b>Bakım verenin yaşı</b>		
30 yaş altı	1 (0-3)	0.017*
30-39 yaş <sup>c</sup>	1 (0-10)	
40-49 yaş <sup>c, d</sup>	2 (0-9)	
50 yaş ve üzeri	1 (0-8)	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: bakım vereni eşi olandan farklı, b: bakım vereni oğlu olandan farklı

c: bakım vereni 30 yaş altı olandan farklı, d: bakım vereni 50 yaş ve üzeri olandan farklı

Katılımcıların bakım verenlerine ait özelliklerine göre istismar puan dağılımları Tablo 4.14'te yer almaktadır. Bakım vereni olan katılımcılarda istismar ölçeğinden alınan puan ortancası 1 (0-10) iken, bakım vereni olmayanlarda 2 (0-3)'dir ( $p>0.05$ ). Katılımcıların eşi bakım veriyorsa istismar ölçeği puan ortancası 1 (0-8), kızı veriyorsa 2 (0-9) iken bakıcısı olan katılımcıların puan ortancası 2.5 (0-5)'dir. ( $p<0.05$ ). Bakım verenin yaşı 40-49 yaş arası ise istismar ölçeği puan ortancası 2 (0-9), 30-39 yaş aralığında ise 1 (0-10)'dir ( $p<0.05$ ).

### 4.3. Katılımcıların GDÖ Sonuçlarına Ait Bulgular

**Tablo 4.15.** Katılımcıların depresyon durumları dağılımı

	n	%
<b>Depresyon var</b>	165	27.7
<b>Olası depresyon</b>	84	14.1
<b>Depresyon yok</b>	346	58.2

Tablo 4.15’de araştırma grubunun depresyon sıklığına ait dağılımlar yer almaktadır. Katılımcıların % 27.7’sinde depresyon varken, % 14.1’inde olası bir depresyondan söz edilebilir.

**Tablo 4.16.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon puanları dağılımı

	Depresyon puan Ortanca (min-max)	p
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	7 (0-28)	0.001**
Kadın	12 (0-29)	
<b>Yaş</b>		
65-69 yaş	9 (0-29)	0.027*
70-74 yaş	9 (0-28)	
75-79 yaş <sup>a</sup>	10 (1-27)	
80 yaş ve üstü <sup>a</sup>	10 (0-28)	
<b>Medeni durum</b>		
Evli	8 (0-29)	0.001*
Bekâr/boşanmış <sup>b</sup>	13 (5-25)	
Eşi ölmüş <sup>b</sup>	12 (0-28)	
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	12 (0-29)	0.001*
İlkokul <sup>c, d</sup>	9 (0-26)	
Ortaokul <sup>c</sup>	7 (0-27)	
Lise <sup>c, d</sup>	9 (0-26)	
Üniversite <sup>c</sup>	7 (0-25)	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: 65-69 yaş aralığından farklı, b:evli olandan farklı

c:okur yazar olmayandan farklı, d: ortaokul mezunu olandan farklı

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon puanları dağılımı Tablo 4.16'da yer almaktadır. Kadınların depresyon puan ortancası 12 (0-29) iken, erkeklerin 7 (0-28)'dir ( $p<0.05$ ). Yaşı 65-69 yaş aralığında olan katılımcıların puan ortancası 9 (0-29) iken yaşı 75-79 aralığında olanların 10 (1-27), 80 ve üzeri yaşta olanların ise 10 (0-28)'dir ( $p<0.05$ ). Evli olan katılımcıların depresyon puan ortancası 8 (0-29)'dir ( $p<0.05$ ). Okuryazar olmayan katılımcıların depresyon puan ortancası 12 (0-29)'dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon durumları\*\*

	Depresyon yok		Olası depresyon		Depresyon var		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	236	70.9	40	12.0	57	17.1	0.001
Kadın	110	42.0	44	16.8	108	41.2	
<b>Yaş</b>							
65-69 yaş	180	59.4	44	14.5	79	26.1	0.437
70-74 yaş	88	62.0	18	12.7	36	25.4	
75-79 yaş	46	52.9	10	11.5	31	35.6	
80 yaş ve üstü	32	50.8	12	19.0	19	30.2	
<b>Medeni durum</b>							
Evli	288	63.9	57	12.6	106	23.5	0.001
Bekâr/boşanmış	7	41.2	2	11.8	8	47.1	
Eşi ölmüş	51	40.2	25	19.7	51	40.2	
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur-yazar değil	75	39.9	32	17.0	81	43.1	0.001
İlkokul	141	61.8	34	14.9	53	23.7	
Ortaokul	55	76.4	10	13.9	7	9.7	
Lise	37	64.9	4	7.0	16	28.1	
Üniversite	38	76.0	4	8.0	8	16.0	

\*\* : Ki-kare, \* : satır yüzdesi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon durumlarını Tablo 4.17'de görmekteyiz. Kadın katılımcıların % 41.2'sinde, erkek katılımcıların ise % 17.1'inde depresyon vardır ( $p<0.05$ ). Katılımcıların 65-69 yaş aralığında olanların % 26.1'inde, 70-74 yaş aralığında olanların % 25.4'ünde, 75-79 yaş aralığında olanların %



35.6'sında ve 80 yaş ve üzeri olanların % 30.2'sinde depresyon vardır ( $p>0.05$ ). Evli olan katılımcıların %23.5'inde, okuryazar olmayan katılımcıların % 43.1'inde depresyon vardır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.18.** Katılımcıların gelir durumlarına göre GDÖ puanlarının dağılımı

	<b>Depresyon puan</b>	
	<b>Ortanca (min-max)</b>	<b>p</b>
<b>Hanenin aylık geliri</b>		
2000 TL'nin altı	10 (0-28)	0.001*
2000-2999 TL arası <sup>a</sup>	8 (0-25)	
3000 TL ve üzeri <sup>a</sup>	8 (0-25)	
<b>Kendisine ait aylık gelir miktarı</b>		
Aylık geliri yok	10 (0-27)	0.001*
1500 TL'nin altı	10.5 (0-28)	
1500-2500 TL <sup>b, c</sup>	9 (0-28)	
2500 TL'nin üzeri <sup>b, c, d</sup>	7 (0-25)	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: hanenin geliri 2000 TL'nin altında olandan farklı, b: geliri olmayandan farklı

c: geliri 1500 TL'nin altı olanlardan farklı, d: geliri 1500-2500 TL olanlardan farklı

Katılımcıların gelir durumlarına göre GDÖ'den alınan puanlarının dağılımları Tablo 4.18 'de yer almaktadır. Katılımcının yaşadığı haneye giren aylık geliri 2000 TL'nin altındaysa depresyon puan ortancası 10 (0-28)'dur ( $p<0.05$ ). Kendine ait geliri olmayan katılımcıların depresyon puan ortancaları 10 (0-27) iken kendine ait aylık geliri 1500 TL'nin altında olanların ise 10.5 (0-28)'tir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.19.** Katılımcıların meslek durumlarına göre GDÖ puanları dağılımı

	Depresyon puan Ortanca (min-max)	p
<b>Aktif gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>		0.001**
Çalışmıyor	9 (0-29)	
Çalışıyor	6 (0-28)	
<b>Mesleğiniz</b>		0.001*
Serbest meslek	8 (0-28)	
Memur	7.5 (0-25)	
İşçi	9 (0-26)	
Ev hanımı <sup>a</sup>	12 (0-29)	
Özel sektör	7 (0-21)	

\*\* : Mann-Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum  
a: diğer gruplardan farklı

Katılımcıların meslek durumlarına göre GDÖ puanlarına ait dağılımlar Tablo 4.19'da yer almaktadır. Aktif gelir getiren bir işte çalışmayanların depresyon puan ortancaları 9 (0-29) iken mesleği ev hanımı olanların 12 (0-29)'dir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4. 20.** Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre GDÖ puanları dağılımı

	Depresyon puan Ortanca (min-max)	p
<b>Kronik hastalık durumu</b>		0.003**
Var	10 (0-29)	
Yok	7 (0-27)	
<b>Görme sorunu yaşama durumu</b>		0.001**
Var	10 (0-29)	
Yok	8 (0-28)	
<b>İşitme sorunu yaşama durumu</b>		0.001**
Var	11 (0-29)	
Yok	9 (0-28)	
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>		0.001**
Var	13 (2-28)	
Yok	9 (0-29)	

\*\* : Mann Whitney U, min: minimum, max: maksimum

Katılımcıların sağlık durumlarına ait özelliklerine göre GDÖ puanları dağılımı Tablo 4.20'de yer almaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların depresyon puan

ortancaları 10 (0-29) iken, psikiyatri polikliniğe başvuru öyküsü olanlarda 13 (2-28)'tür (p<0.05). Katılımcılardan görme sorunu yaşayanlarda depresyon puan ortancası 10 (0-29) iken işitme sorunu yaşayanlarda 11 (0-29)'dir (p<0.05).

**Tablo 4. 21.** Katılımcıların birlikte yaşadıklarına ait özelliklere göre GDÖ puanları dağılımı

	<b>Depresyon puan Ortanca (min-max)</b>	<b>p</b>
<b>Berber yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız <sup>a</sup>	13 (2-28)	0.001*
Eşi ile birlikte	8 (0-26)	
Eşi ve diğer aile bireyleriyle	7 (0-29)	
Diğer aile bireyleriyle <sup>a</sup>	12 (0-28)	
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>		
Bir kişi	13 (2-28)	0.001*
2 kişi <sup>b</sup>	9 (0-26)	
3-4 kişi <sup>b</sup>	8 (0-28)	
5 ve üzeri kişi <sup>b, c</sup>	10 (0-29)	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: eşi ile veya eşi ve diğer aile bireyleri ile yaşayanlardan farklı, b: bir kişi yaşayanlardan farklı

c: 3-4 kişi yaşayanlardan farklı

Katılımcıların birlikte yaşadıklarına ait özelliklere göre GDÖ puanları dağılımı Tablo 4.21'de yer almaktadır. Katılımcılardan yalnız yaşayanların depresyon puan ortancası 13 (2-28) iken eşi olmadan diğer aile bireyleri ile yaşayanlarda 12 (0-28)'dir (p<0.05). Hanesinde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzerinde olanlarda depresyon puan ortancası 10 (0-29)'dur (p<0.05).

**Tablo 4. 22.** Katılımcıların bakım verenin varlığı ile bakım verenin yakınlığına göre GDÖ puanları dağılımı

	<b>Depresyon puan Ortanca (min-max)</b>	<b>p</b>
<b>Bakım veren kişi varlığı</b>		
Var	10 (0-27)	0.017**
Yok	11 (4-18)	
<b>Bakım verenin yakınlığı</b>		
Eşi	8 (0-25)	0.002*
Kızı <sup>a</sup>	14 (2-27)	
Oğlu	11 (2-23)	
Gelini <sup>a</sup>	11 (2-27)	
Bakıcı	10.5 (3-20)	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum  
a: bakım vereni eş olanlardan farklı, b: 50 yaş ve üzerinden farklı

Katılımcıların bakım verenin varlığı ile bakım verenin yakınlığına göre GDÖ puanları dağılımı Tablo 4.22’de yer almaktadır. Katılımcıların bakımını üstlenen birinin varlığında depresyon puan ortancaları 10 (0-27) iken bakımını eşi verenlerin puan ortancaları 8 (0-25)’dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.23.** Lojistik regresyon sonuçlarına göre depresyon durumunu etkileyen faktörler

	<b>B</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>% 95 CI</b>
<b>Cinsiyet</b>				
<b>Kadın</b>	0.774	2.16	0.001	1.375-3.419
<b>Medeni durum</b>				
<b>Bekâr/Dul</b>	0.246	1,27	0.294	6.808-2.022
<b>Eğitim Durumu</b>				
<b>Okuryazar değil</b>	0.597	1.81	0.008	1.169-2.823
<b>Kronik hastalık</b>				
<b>Var</b>	0.864	2.37	0.007	1.262-4.458
<b>Psikiyatrik hastalık</b>				
<b>Var</b>	0.685	1.98	0.006	1.219-3.230
<b>İstismar</b>				
<b>Var</b>	1.269	3.55	0.0001	2.293-5.522
<b>Sabit</b>	- 647			

B: regresyon katsayısı, OR: odds ratio, CI: Güven aralığı  
Hosmer ve Lemeshow testi p: 0.901

Tablo 4.23'te depresyon için yapılan binomial lojistik regresyonun sonuçları yer almaktadır. Modele göre; kadın olan (OR:2.16 CI: 1.375-3.419), okuryazar olmayan (OR: 1.81 CI: 1.169-2.823), psikiyatrik hastalık öyküsü olan (OR:1.98 CI:1.219-3.230), kronik hastalığı olan (OR:2.37 CI:1.262-4.458) ve istismara uğrayan (OR:3.53 CI:2.27-5.49) katılımcılarda depresyon riski fazladır.

### 4.3. Katılımcıların Başarılı Yaşlanma Ölçeği Sonuçlarına Ait Bulgular

Katılımcıların başarılı yaşlanma ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 53.21±9.77'dir. Sağlıklı yaşlanma alt boyutu puan ortalaması 17.0±3.31 olup sorunlarla mücadele alt boyutu puan ortalaması ise 36.21±7.49'dur.

**Tablo 4.24.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı

	Başarılı yaşlanma		Sağlıklı yaşama		Sorunlarla mücadele etme	
	Median (min-max)	p	Median (min-max)	p	Median (min-max)	p
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	56(20-70)	0.001**	18(6-21)	0.002**	38(14-49)	0.002**
Kadın	53(20-70)		18(5-21)		36(14-49)	
<b>Yaş</b>						
65-69 yaş	56(27-70)	0.027*	18(5-21)	0.075*	39(15-49)	0.001*
70-74 yaş	54(20-70)		18(6-21)		38(14-49)	
75-79 yaş	54(25-70) <sup>a</sup>		18(6-21)		37(14-49) <sup>a</sup>	
80 yaş ve üstü	50(20-70) <sup>a,b</sup>		18(6-21)		32(14-49) <sup>a, b</sup>	
<b>Medeni durum</b>						
Evli	56(22-70)	0.001*	18(5-21)	0.011*	38(14-49)	0.001*
Bekâr/boşanmış	52(33-68)		17(9-21)		36(21-47)	
Eşi ölmüş	52(20-70) <sup>c</sup>		18(6-21) <sup>c</sup>		36(14-49) <sup>c</sup>	
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar değil	51(20-70)	0.001*	17(5-21)	0.001*	34(14-49)	0.001*
İlkokul	56(26-70) <sup>d</sup>		18(6-21) <sup>d</sup>		38(14-49) <sup>d</sup>	
Ortaokul	57.5(20-70) <sup>d</sup>		18(6-21) <sup>d</sup>		38(14-49) <sup>d</sup>	
Lise	56(36-70) <sup>d</sup>		18(9-21) <sup>d</sup>		39(18-49) <sup>d</sup>	
Üniversite	59(37-70) <sup>d, e</sup>		18(8-21) <sup>d</sup>		40(29-49) <sup>d, e</sup>	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: 65-69 yaş aralığında farklı, b:70-74 yaş aralığından farklı, c: evli olandan farklı

d: okuryazar değilden farklı, e:ilkokul mezunu olandan farklı

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre başarılı yaşlanma ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.24'te yer almaktadır. Erkeklerin başarılı yaşlanma ölçeği puanlarının ortancası 56 (20-70) iken kadınlarınki 53 (20-70)'tür ( $p<0.05$ ). Sorunlarla mücadele etme, sağlıklı yaşlanma alt boyutlarında erkeklerin aldıkları puanlarının ortancası sırasıyla 18 (6-21) ve 38 (14-49) iken kadınların ortanca değerleri 18 (5-21) ve 36 (14-49)'dir ( $p<0.05$ ).

Yaş değişkeni açısından başarılı yaşlanma puan ortancalarını inceleyecek olursak; 65-69 yaş aralığında olanların puan ortancası 56 (27-70), 70-74 yaş aralığında 54 (20-70), 75-79 yaş aralığında 54 (25-70) ve 80 yaş ve üzerindeki katılımcılarda 50 (20-70)'dir ( $p<0.05$ ). Evli katılımcıların başarılı yaşlanma ölçeğinden aldıkları puanların ortanca değeri 56 (22-70) iken eşini kaybetmiş katılımcıların ortanca değeri 52 (20-70)'dir ( $p<0.05$ ).

Eğitim durumu okuryazar olmayan, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite şeklinde gruplandırılmış olup bu gruplara ait başarılı yaşlanma ölçeği puan ortancaları sırasıyla; 51 (20-70), 56 (26-70), 57.5 (20-70), 56 (36-70) ve 59 (37-70)'dur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 25.** Katılımcıların gelir durumuna göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı

	Başarılı yaşlanma		Sağlıklı yaşama		Sorunlarla mücadele etme	
	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p
<b>Kendisine ait aylık gelir miktarı</b>						
Aylık geliri yok	53.5(22-70)	0.007*	18(5-21)	0.011*	37(14-49)	0.013
1500 TL'nin altı	53(20-70)		18(6-21)		36(14-49)	
1500-2500 TL	56(20-70) <sup>b</sup>		18(6-21)		38(14-49) <sup>b</sup>	
2500 TL'nin üzeri	58(35-70) <sup>a, b</sup>		18(9-21) <sup>a, b</sup>		40(18-49) <sup>a, b</sup>	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum  
a: geliri yoktan farklı, b: 1500TL'nin altından farklı

Katılımcıların kendisine ait gelir durumuna göre Başarılı Yaşlanma Ölçeği puanları dağılımları Tablo 4.25'da yer almaktadır. Geliri olmayan katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortancası 53.5 (22-70), geliri 1500 TL'nin altında olanların 53

(20-70) iken aylık geliri 1500 TL ile 2500 TL arasında değişenlerde 56 (20-70) ve geliri 2500 TL'nin üzerinde olanlarda ortanca değer 58 (35-70)'dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 26.** Katılımcıların Çalışma Durumları ve Mesleklerine Göre Başarılı Yaşlanma Ölçeği Puanları Dağılımı

	Başarılı yaşlanma		Sağlıklı yaşama		Sorunlarla mücadele etme	
	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p
<b>Mesleğiniz</b>						
Serbest meslek	56(32-70) <sup>a</sup>		18(6-21)		39(19-49) <sup>a</sup>	
Memur	58(36-70) <sup>a</sup>		18(8-21) <sup>a, b, c</sup>		39(18-49) <sup>a</sup>	
İşçi	56(20-70)	0.001*	18(6-21)	0.001*	37.5(14-49)	0.004*
Ev hanımı	52.5(20-70)		18(5-21)		36(14-49)	
Özel sektör	58(38-70) <sup>a, b</sup>		18(10-21) <sup>a, b, c</sup>		40(20-49) <sup>a</sup>	
<b>Aktif gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>						
		0.001**		0.008**		0.001**
Çalışmıyor	59(48-70)		18(6-21)		41(30-49)	
Çalışıyor	55(20-70)		18(5-21)		37(14-49)	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: ev hanımından farklı, b: işçiden farklı, c: serbest meslekten farklı

Tablo 4.26'da katılımcıların çalışma durumları ve mesleklerine göre başarılı yaşlanma ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı bulunmaktadır. Aktif gelir getiren bir işle meşgul olanların ortanca değeri 59 (48-70) iken çalışmayanların ortanca değeri 55 (20-70)'tir ( $p<0.05$ ). Katılımcılardan mesleği ev hanımı olanların başarılı yaşlanma ölçeğinde aldıkları puanların ortanca değeri 52.5 (20-70) iken memurları 58 (36-70), serbest meslekle uğraşanların 56 (32-70), işçi olanların 56 (20-70) ve özel sektörde çalışmış olanların ortanca değerleri 58 (38-70)'dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.27.** Katılımcıların kendi belirttiği sağlık durumuna göre başarılı yaşlanma ölçeği puan dağılımları

	Başarılı yaşlanma		Sağlıklı yaşama		Sorunlarla mücadele etme	
	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p
<b>Kendi belirttiği sağlık durumu</b>						
Kötü	52(20-70)	0.001*	17(5-21)	0.001*	35(14-49)	0.001*
Orta	55(20-70) <sup>a</sup>		18(6-21) <sup>a</sup>		37(14-49) <sup>a</sup>	
İyi	58(26-70) <sup>a, b</sup>		18(6-21) <sup>a, b</sup>		40(14-49) <sup>a, b</sup>	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: kötü olandan farklı, b: orta olandan farklı

Katılımcıların kendi belirttiği sağlık durumuna göre başarılı yaşlanma ölçeği puan dağılımları Tablo 4.27’de yer almaktadır. Sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcıların puan ortancası 52 (20-70), orta düzeyde olarak değerlendirenlerde 55 (20-70) ve iyi olarak değerlendirenlerde 58 (26-70)’dir (p<0.05).

**Tablo 4. 28.** Katılımcıların çocuk sayılarına ve birlikte yaşadığı kişilere göre başarılı yaşlanma ölçeği puan dağılımları

	Başarılı yaşlanma		Sağlıklı yaşama		Sorunlarla mücadele etme	
	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p
<b>Çocuk sayısı</b>						
Çocuğu yok	52(30-64)	0.001*	17(10-21)	0.001*	36(20-44)	0.001*
1-2 çocuğu olanlar	57(32-70)		18(6-21)		39(21-49)	
3-4 çocuğu olanlar	57(29-70)		18(5-21)		39(18-49)	
5 çocuk ve üstü	53(20-70) <sup>a</sup>		18(6-21) <sup>a</sup>		36(14-49) <sup>a</sup>	
<b>Beraber yaşadığı kişiler</b>						
Yalnız	53.5(24-70) <sup>b</sup>	0.001*	18(6-21) <sup>b</sup>	0.001*	37(17-49) <sup>b</sup>	0.001*
Eşi ile birlikte	56(22-70) <sup>b</sup>		18(5-21) <sup>b</sup>		38(14-49) <sup>b</sup>	
Eşi ve diğer aile bireyleriyle	57(25-70) <sup>b</sup>		18(6-21) <sup>b</sup>		39(14-49) <sup>b</sup>	
Diğer aile bireyleriyle	50(20-66)		17(6-21)		33(14-47)	

\*: Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum

a: 1-2 çocuğu olandan ve 3-4 çocuğu olandan farklı, b: diğer aile bireyleriyle yaşayanlardan farklı

Tablo 4.28’de, katılımcıların çocuk sayılarına ve birlikte yaşadığı kişilere göre başarılı yaşlanma ölçeği puan dağılımları yer almaktadır. Katılımcılardan çocuğu



olmayanların puan ortancası 52 (30-64), 1 veya 2 çocuğu olanların puan ortancası 57 (32-70), 3 veya 4 çocuğu olanların puan ortancası 57 (29-70) iken 5 ve üzeri sayıda çocuğu olanların puan ortancaları 53 (20-70)'tür ( $p<0.05$ ). Katılımcılardan yalnız yaşayanların puan ortancası 53.5 (24-70), eşi ile birlikte yaşayanların puan ortancası 56 (22-70) iken eşi ve diğere aile bireyleriyle yaşayanların puan ortancası 57 (25-70) olup eşsiz diğere aile bireyleri ile yaşayanların puan ortancası 50 (20-66)'dir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.29.** Katılımcıların bakım veren kişi varlığına ve bakım verenin yakınlığına göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı

	Başarılı yaşlanma		Sağlıklı yaşama		Sorunlarla mücadele etme	
	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p
<b>Bakım veren kişi</b>		0.001**		0.001**		0.001**
Var	52(20-69)		17(6-21)		35(14-48)	
Yok	48(39-70)		17(14-21)		33(22-49)	
<b>Bakım verenin yakınlığı</b>		0.002*		0.522*		0.001*
Eşi	55(29-70)		18(8-21)		38(21-49)	
Kızı	49(20-61) <sup>a</sup>		17(6-21)		31(14-42) <sup>a</sup>	
Oğlu	51(20-65) <sup>a</sup>		18(6-20)		33(14-46) <sup>a</sup>	
Gelini	48(26-69) <sup>a</sup>		17(6-21)		32(15-48) <sup>a</sup>	
Bakıcı	54.5(30-64)		16.5(10-21)		37.5(20-44)	

\*\* : Mann Whitney U, \* : Kruskal Wallis H, min: minimum, max: maksimum, a: eşten farklı

Katılımcıların bakım veren kişi varlığına ve bakım verenin yakınlığına göre başarılı yaşlanma ölçeği puanları dağılımı Tablo 4.29'da yer almaktadır. Bakım veren birinin varlığında katılımcıların puan ortancası 52 (20-69) iken bakım verenin olmadığı katılımcılarda puan ortancası 48 (39-70)'dir ( $p<0.05$ ). Katılımcılardan eşi bakım verenlerin puan ortancaları 55 (29-70), kızısı bakım verenlerin 49 (20-61), oğlu bakım verenlerin 51 (20-65) iken gelini bakım veren katılımcıların puan ortancaları 48 (26-69)'dir ( $p<0.05$ ).

#### 4.4. Katılımcıların İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumlarının İlişkisi

**Tablo 4. 30.** Katılımcıların istismar puanları ile depresyon puanları arasındaki ilişki

	İlişki	
<b>İstismar- Geriartik depresyon</b>	r=0.441	p=0.001
<b>İstismar - Başarılı yaşlanma</b>	r=-0.195	p=0.001
<b>Başarılı yaşlanma- Geriartik depresyon</b>	r=-0.487	p=0.001

Spearman Korelasyon Testi , r: korelasyon katsayısı

Katılımcıların istismar, depresyon belirtileri ve başarılı yaşlanma durumları arasındaki korelasyon testine ait veriler Tablo 4.30'da yer almaktadır. Katılımcıların istismar puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında aynı yönde, zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Katılımcıların istismar puanları ile başarılı yaşlanma puanları kıyaslandığında ters yönde, zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Depresyon ile başarılı yaşlanma arasında ters yönde, zayıf ama anlamlı bir ilişki mevcuttur ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Katılımcıların İstismar Sıklığı

Çalışma grubumuzda istismar prevalansı % 23.2 çıkmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarla kıyaslayacak olursak;

Yon ve arkadaşlarının yaşlı istismarı prevalansını belirlemek amacıyla 2015 yılında yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında küresel yaşlı istismarı prevalansı % 15.7 olarak bulunmuştur (80). Ho ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer meta-analiz çalışmasında ise toplum tabanlı çalışmalar araştırmaya dâhil edilmiş olup küresel prevalans % 10.0 olarak bulunmuştur (81). Burnes ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir diğer toplum tabanlı çalışmada ise istismar prevalansı % 4.6 çıkmıştır (82).

Rakamlarını incelediğimiz bu çalışmalarda istismar prevalansı çalışma grubumuzun prevalansından düşüktür. Bu durum çalışmaların yapıldığı ülkelerin farklı olmasıyla açıklanabilir. Çünkü gelişmiş ülkelerde istismar gelişmemiş ülkelere nazaran daha düşük düzeyde gözlenmektedir.

Yon ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta-analiz çalışmasında incelenen 52 araştırma farklı 28 ülkede yapılmıştır. Bu ülkelerden beşi DSÖ'nün Güneydoğu Asya bölgesinden, on beşi Amerika bölgesinden, yirmi beşi ise Avrupa Bölgesinden, 2 tanesi ise Doğu Akdeniz bölgesindedir. Dünya Bankası gelir sınıflandırmasına göre bu ülkelerin: beşi düşük-orta gelirli ülkelerden, on üçü üst-orta gelirli ülkelerden ve otuz dördü yüksek gelirli ülkeler grubundandır (80). Ho ve arkadaşlarının yaptığı diğer meta-analiz çalışmasında ise ABD, İngiltere, Hollanda, Brezilya, İspanya, Finlandiya, Avustralya, İrlanda, Kanada ve İtalya batı ülkeleri olarak sınıflandırılmış, Nijerya, Hindistan, Tayland, Çin, İsrail, Türkiye, Mısır ve Kore batı dışı ülkeler olarak sınıflandırılmıştır. Batı ülkelerindeki prevalans % 7.3 olup, diğer ülkelerdeki prevalans % 17.4 olarak bulunmuştur (81). Burnes ve arkadaşlarının çalışması ise New York'ta yapılmıştır (82). Ülkemiz gibi gelişmekte olan bir ülke olan Hindistan'da Mawar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise istismar prevalansı 24.3% çıkmıştır (76). Bu bilgiler ışığında araştırmamızda istismar sıklığının yüksek oluşunu gelişmekte olan bir ülke olduğumuza bağlayabiliriz.

Bunun yanında istismar sıklığının karşılaştırma yaptığımız çalışmalarla olan farkını, kullanılan yöntem farkı ile de açıklayabiliriz. İstismar varlığının bir ölçek kullanılarak tespit edilmesi ya da araştırmacılar tarafından oluşturulan ama ölçek düzeyine ulaşmamış sorularla ortaya konmaya çalışılması durumlarına göre sıklık değişebilir.

Ayrıca örnekleme dâhil edilen en küçük yaş da yaşlılıkla ilgili yapılan çalışmalarda önemlidir. Kronolojik sınıflandırma her ne kadar 65 yaş ve üstünü yaşlı olarak kabul etse de kimi çalışmalarda örneklem, 60 yaş ve üzerinden seçilmektedir. Bu nedenle, istismar sıklığı daha düşük çıkabilir (80, 81).

### **5.2. Katılımcıların Depresyon Sıklığı**

Çalışmamızda kullandığımız GDÖ'e göre depresif belirti sıklığı % 27.7 olarak bulunmuştur. Çalışma grubumuzda yaklaşık olarak her on kişiden üçünde depresyon olduğu söylenebilir. Aylaz ve arkadaşlarının yine Malatya ilinde 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada da depresif belirtileri ölçmek için GDÖ kullanılmıştır. Bu çalışmada ise depresyon sıklığı % 46.5 bulunmuştur (66). Sertel ve arkadaşları tarafından yine Türkiye'de yapmış oldukları "Yaşlılarda kognitif durum, depresyon düzeyi ve denge arasındaki ilişkinin incelenmesi" çalışmasında depresyon sıklığı % 28.9 bulunmuştur (83). Manisa'da 2018 yılında yapılan bir başka çalışmada ise depresyon sıklığı % 32.8 olarak saptanmıştır (58). Uzun'un Antalya'da yapmış olduğu bir diğer çalışmada geriatri polikliniğine başvuran hastalarda depresyon sıklığı % 39 olarak bulunmuştur (18).

### **5.3. Katılımcıların Başarılı Yaşlanma Durumları**

Araştırmamızda kullandığımız başarılı yaşlanma ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 70 olup araştırma grubumuzun puan ortalaması  $53.21 \pm 9.77$ 'dir. Bu puan ortalaması en yüksek puana göre değerlendirdiğimizde kabul edilebilir görünse de bayanlar, eğitim ve gelir seviyesi düşük olanlar gibi hassas gruplarda değişkenlik göstermektedir.

### **5.4. Katılımcıların Cinsiyet Özelliklerine Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu**

Katılımcıların istismar durumlarında cinsiyete göre anlamlı fark yoktur. Bunun yanında kadınlarda depresyon belirtileri erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla ve başarılı yaşlanma durumları ise erkeklere göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Yaşlı istismarının kadınlarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara rastlamaktayız (81, 84). Ayrıca kadın olmanın bir risk faktörü olduğunu kabul eden çalışmalar da mevcuttur (85, 86). Yalnız çalışma grubumuzda olduğu gibi cinsiyet faktörünün istismarı etkilemediği çalışmalar da var (87-90). Bu durumu primer olarak kadın olmakla değil de kadınların erkeklere göre ekonomik açıdan daha bağımlı olmaları, eğitim düzeylerinin daha düşük olması gibi nedenlerle açıklayabiliriz.

Literatürde depresyon için kadın cinsiyetin bir risk faktörü olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcut olup çalışmamızın sonuçlarını doğrulayan sonuçlar içermektedir (58, 59, 91-94). Kadınların depresyon açısından daha fazla riskli olduğu neredeyse klasik bir bilgi olarak değerlendirilebilir.

Campos ve arkadaşlarının 2012 yılında Brezilya’da yaptığı “Determinants of active aging according to quality of life and gender” isimli çalışmada kadın cinsiyetin başarılı yaşlanma durumunun daha az düzeyde olduğu bulmuştur (95). Bu araştırmada her ne kadar farklı bir ölçüm aracı kullanılsa da bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir. Bolu’da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; kadınlar erkeklere göre toplumsal hayata daha az katılıyorlar (96). Bir başka çalışmada ise kadınların başarılı yaşlanma olasılıklarının daha az olduğu belirtilmiştir (97). Bu sonuçlara benzer sonuçları olan çalışmalara karşılaştık mümkündür (98).

Aynı istismarın kadınlarda daha fazla görülmesi gibi başarılı yaşlanmada da ekonomik özgürlük ve yüksek eğitim düzeyi etkili olacağından kadınlar dezavantajlı gruptur.

## **5.5. Katılımcıların Yaş Özelliklerine Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı**

### **Yaşlanma Durumu**

Araştırma grubumuzda yaş değişkeni ile istismar varlığı açısından anlamlı fark oluşturan bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Lindert ve arkadaşlarının Avrupa’nın yedi farklı ülkesinin yedi farklı şehrinde yaptıkları ve 4467 kişinin dâhil olduğu bir çalışmada yaş arttıkça fiziksel istismar riskinin arttığını ortaya koymuşlardır (87). Kıssal ve arkadaşlarının İzmir’de yaptıkları ve birinci basamak sağlık hizmeti için başvuranlarda 2010 yılında yaptıkları bir diğer çalışmada ise genç yaşlıların daha az istismara uğradıkları bulunmuştur (41). Her ne kadar bizim çalışmamızda yaş değişkeni istismar açısından etkili bir faktör olmasa da literatürdeki çalışmalarda etkisi ortaya

konmuştur (86, 99). Araştırma grubumuzda, 65-69 yaş aralığının daha fazla paya sahip olması, bu durumu açıklayabilir.

Araştırma grubumuzda 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların, 75 yaşın altında olanlara göre daha fazla depresyon belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İleri yaş depresyon için önemli bir belirleyicidir. Güzel'in 2015'te Burdur il merkezinde yaptığı bir çalışmada da ileri yaş grubunda depresyon belirtileri daha genç yaşta olan yaşlılara göre anlamlı düzeyde daha fazla olarak tespit edilmiştir (100). Yaşın ilerlemesiyle artan yeti yitimleri, eş kaybı ve sıklığı artan bulaşıcı olmayan hastalıklar bu duruma sebep olmaktadır. Bunun yanında yaş değişkeninin depresyon belirtilerini etkilemediği çalışmalar da karşımıza çıkmaktadır. Mete ve arkadaşlarının Malatya ilinde 50 yaş ve üzeri kişilerde GDÖ'yü, bir ölçme aracı olarak kullandığı çalışma bunlardan bir tanesidir (93). Aynı zamanda Lin ve arkadaşlarının hastanede yatırılan yaş ortalaması  $80.35 \pm 6.14$  olan 471 hasta ile yaptığı ve depresyon sıklığının % 54.4 olduğu çalışmada yine aynı ölçek kullanılmıştır. Bu çalışmada da yaş değişkeninin depresif belirtilerin varlığı açısından anlamlı çıkmadığı ortaya konulmuştur (101). Bu son iki çalışmada yaşın depresyonu etkilememesi, çalışma gruplarının yaş dağılımlarının farklı oluşundan ve bizim çalışmamıza benzerlik göstermediğinden kaynaklanabilir.

Araştırma grubumuzda 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların, 75 yaşın altında olanlara göre daha düşük başarılı yaşlanma puanları vardı ( $p<0.05$ ). Şanlı'nın 2012'de, Ankara'da, 60 yaş ve üzeri 380 katılımcıyla yaptığı araştırmada da bizim araştırmamızı destekleyen sonuçlar yer almaktadır. Bu araştırmada yaşı 60-69 grubuna göre daha yaşlı olanlarda başarılı yaşlanma ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (72). Malezya'da yapılan bir başka çalışmada ise genç yaşta olan yaşlıların daha fazla başarılı yaşlandıkları belirlenmiştir (102). Özellikle yaş değişkeninin başarılı yaşlanma üzerine etkisini araştıran Amerika'da yapılmış bir diğer çalışmada ise katılımcılar iki farklı yaş grubuna göre ayrılmışlardır. 50-74 yaş aralığında olan grup 75-99 yaş aralığında olanlara göre daha başarılı yaşlanmaktadır (103). Yaşla beraber istismar ve depresyon artarken, başarılı yaşlanma azalmaktadır.

## 5.6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu

Araştırma grubumuzda evli olan katılımcılar, eşi ölmüş, bekâr ya da boşanmış katılımcılara göre daha az istismara uğramaktadır ( $p<0.05$ ). Ankara'nın Yeni Mahalle ilçesinde yapılan başka bir istismar çalışmasında, dul olan yaşlılarda istismarın daha çok olduğu belirtilmiştir (86). Malatya ilinde Aslan'ın yaptığı bir diğer yaşlı istismarı ve etkili olan faktörler çalışmasında da bekâr olanların evli olanlara göre daha çok istismara uğradıkları ortaya çıkmıştır (99). Bu durumun tam tersi, Lindert ve arkadaşlarının Avrupa'nın yedi farklı ülkesinde yaptıkları bir çalışmada ise dul olduğunu belirten katılımcılarda istismar oranlarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur (87). Bu durumun açıklaması; batı toplumu ile toplumumuzun kültürel değerleri arasındaki fark olabilir.

Araştırma grubumuzda, eşi ölmüş, bekâr ya da boşanmış katılımcılarda evli olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla depresyon belirtileri tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bekârlarda depresyon belirtilerinin evli olanlara göre daha fazla olduğunu belirten çalışmalarla karşılaşmaktayız. Ma'nın yaptığı "The prevalence of depressive symptoms and associated factors in countryside- dwelling older Chinese patients with hypertension" isimli çalışma bekârlarda, evli olanlara göre 1,36 kat daha fazla depresyon belirtileri görüldüğünü ortaya koymuştur (104). Güzel'in Burdur'da yaptığı çalışmada da bekâr olan yaşlıların evli olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla depresif belirtilere sahip olduğu belirlenmiştir (100).

Çalışmamızın sonuçlarını destekler nitelikte olan bu çalışmaları da inceledikten sonra evli olmanın ve kişinin hayatında eşinin desteğinin olmasının depresyon açısından koruyucu olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırma grubumuzda eşlerini kaybeden katılımcıların başarılı yaşlanma durumları evli olanlara göre daha düşüktür ( $p<0.05$ ). Eşini kaybetmiş yaşlı bireylerin evli olanlara göre toplumsal yaşama katılımı daha dezavantajlı olduğunu ortaya koyan başka bir çalışma da vardır (96).

Kişinin eşi tarafından desteklenmesi de başarılı yaşlanmasını olumlu şekilde etkilemektedir.

## 5.7. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu

Araştırma grubumuzun istismar durumunu eğitim düzeyi etkilememektedir ( $p>0.05$ ). Bu bulgumuz literatürdeki çalışmaların çoğuna ters düşmektedir. Kıssal ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı, Aslan’ın Malatya’da yaptığı çalışmalarda istismara uğrayanların eğitim düzeyleri, istismara uğramayanlarınkinden daha düşüktür (41, 99). Kıssal’ın çalışmasında ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesi olanların istismar riski daha yüksek eğitim seviyesinde olanlara göre 2.4 kat daha fazla olarak öngörülmüştür (41). Çin’de 2010 yılında, 60 yaş ve üzeri katılımcıların dâhil edildiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre; 5 yıl ve daha az süreli eğitim alan katılımcılarda istismar ve ihmal oranları, 6 yıl ve daha fazla süreyle eğitim alan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur (105). Her ne kadar araştırmamızda fark bulamasak da eğitim düzeyinin istismar uğramada önemli bir belirleyici olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırma grubumuzda, okuryazar olmayan katılımcıların daha yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre daha fazla depresif belirtilere sahip olduğunu görmekteyiz ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda okuryazar olmayan grupta depresif belirtiler görülme riski 1.8 kat daha fazladır. Özyurt’un çalışmasında ise depresif belirtiler okuryazar olamayan ve sadece okuma yazma bilenlerde, daha yüksek eğitim seviyesinde olanlara göre 2,78 kat daha fazladır (58). Ankara ilinde yapılan bir diğer çalışmada ise depresyon oluşumu açısından düşük öğrenim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (106). Çalışmamızdaki eğitim düzeyinin depresyon üzerindeki etkisini doğrular nitelikte başka çalışmalar da karşımıza çıkmaktadır (93, 94, 100).

Araştırma grubumuzda aynı depresyonda olduğu gibi okuryazar olmayan katılımcıların başarılı yaşlanma puanları daha yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada ise eğitim arttıkça başarılı yaşlanma özelliklerine ilişkin puan ortalamalarının arttığı belirtilmiştir (72). Yine Türkiye’nin Bolu ilinde yapılmış bir başka çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olanlar, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre toplumsal yaşama katılımında daha dezavantajlıdır (96)

Kişilerin eğitim seviyeleri hayatlarının pek çok aşamasında belirleyici olduğu gibi sağlık üzerinde de gayet fazla etkilidir. Kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve sağlıklarındaki olumsuz gidişatın farkına vararak sağlık hizmeti ve



sosyal destek aramaları eğitim düzeylerinden etkilenir. Birçok alanda daha refah bir toplum için eğitimin gerekliliği şarttır.

### **5.8. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu**

Araştırma grubumuzdaki daha yüksek geliri olan ve aktif gelir getiren bir işte çalışan yaşlıların daha çok başarılı yaşlandıkları ve daha az depresif belirtilere sahip oldukları görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Balcı ve arkadaşlarının Kayseri’de yaptığı, Uzun’un Antalya’da yaptığı, Güzel’in Burdur’da yaptığı, Mete ve arkadaşlarının Malatya’da yaptıkları çalışmalarda gelir düzeyi düşük olanların olmayanlara göre daha fazla depresif belirtilere sahip olduklarını istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır (18, 93, 94, 100).

Manisa’da yapılan ve 546 kişinin katıldığı bir diğer çalışmada, depresyon sıklığı % 32.8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada; düşük geliri olan katılımcılarda depresyon belirtilerin yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (58).

Şanlı’nın başarılı yaşlanma üzerine yaptığı bir çalışmada da sonuçlarımızı destekler nitelikte bulgular yer almaktadır. Bu çalışmada geliri yüksek olan grupta geliri düşük olan gruba göre başarılı yaşlanma puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirtilmiştir (72). Bunun gibi farklı çalışmalar da düşük gelirin başarılı yaşlanmayı olumsuz etkileyebileceği sonucuna varmışlardır (98, 107, 108).

Kişilerin gelirleri arttıkça, ihtiyaçları daha fazla karşılanabileceğinden, alım güçleri artacağından ve daha sağlıklı yaşam tarzları olacağından depresyon daha az görülürken aynı zamanda daha sağlıklı yaşlanmaktadırlar.

### **5.9. Katılımcıların Kendi Belirttikleri Sağlık Durumlarına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu**

Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcılar, kötü ve orta düzeyde olarak belirten katılımcılara göre, istismara daha az uğramışlar, daha az depresif belirtilere ve daha yüksek başarılı yaşlanma puanlarına sahiplerdir ( $p<0.05$ ). Ayrıca kronik hastalığa sahip olan katılımcılarda depresyon belirtileri kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazladır ( $p<0.05$ ). Kronik hastalığı olanlarda

olmayanlara göre yaklaşık iki kat daha fazla depresyon belirtileri yaşama riski öngörülmüştür ( $p<0.05$ ).

Amstadter ve arkadaşları Güney Carolina'da 60 yaş ve üzerindeki 902 katılımcının katıldığı bir yaşlı istismarı çalışması yapmışlardır. Bu çalışmada sağlık durumu kötü yaşlıların, sağlık durumu iyi olanlara göre daha fazla istismara uğradığı belirtilmiştir (89). Dünyada yapılmış daha pek çok çalışma da sağlık durumunun kötü olmasının istismarı artırıcı etkisini ortaya koymuştur (88, 90, 105). Bunlardan bir tanesi de İrlanda'da yapılmış olup 65 yaş üstü katılımcılarından oluşan, 12 aylık bir izlem çalışmasıdır. Bu çalışmada fiziksel sağlık sorunları yaşayan katılımcıların 3,41 kat daha fazla, zihinsel sağlık sorunları yaşayan katılımcıların 6,33 kat daha fazla istismara uğradıkları bulunmuştur (88).

Djernes ve arkadaşlarının yaptıkları "Prevalence and predictors of depression in populations of elderly" isimli derleme çalışmasında somatik hastalık varlığının, bilişsel ve işlevsel bozukluğun depresif bozuklukların ana belirleyicilerinden olduklarını belirtmişlerdir (109).

Özyurt'un yaptığı ve yaşlılarda depresyon prevalansını belirlediği bir diğer çalışmada ise depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasının kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1.9 kat daha fazla olduğunu bulmuştur (58).

Torpil'in Ankara'daki bir huzurevinde 2014 yılında yapmış olduğu bir çalışmanın sonucunda bireylerin yürüme ve denge fonksiyonlarındaki artışın, depresyonu azaltmakta olduğu bulunmuştur (110).

Kayseri'de huzurevinde yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar vardır. Bu çalışmaya göre, sağlıklarının kötü olduğunu belirten yaşlılarda depresif belirtiler, iyi olduğunu belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamı düzeyde daha fazla bulunmuştur (59).

Yapılan bir derleme çalışmasında, 18 makale ile çalışılmış ve mental bozukluğu olan yaşlılarda aktif yaşlanma durumları incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre mental bozukluğu olan yaşlıların olmayanlara göre başarılı yaşlanma olasılıklarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur (111). Ayrıca Gök'ün Bolu ilinde yapmış olduğu bir başka çalışmanın sonuçları da çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu çalışmaya göre; sağlık durumu kötü olan 65 yaş ve üzeri yaşlıların, sağlık durumu daha

iyi olanlara göre toplumsal yaşama katılımında dezavantajlı konumda oldukları sonucuna varılmıştır (96). Birleşik Devletler'in Kaliforniya eyaletinde yapılmış bir başka çalışma sadece yaşlı kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Bu çalışmada da üç farklı depresyon grubu vardır. Bunlar depresyon yok, eşik altı depresyon ve klinik depresyon şeklindedir. Klinik depresyonu olan katılımcılar eşik altı depresyonu olanlara göre daha az başarılı yaşlanmaktadırlar (112).

Sağlıklı birey tanımında belirtildiği gibi; kişinin sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri vardır. Bu yönlerin bir bütünü oluşturduğu ve birbirlerinden etkilenebilecekleri unutulmamalıdır. Yaşlı bir bireyin bedensel sağlığındaki kötüye gidiş kişiyi etrafına daha bağımlı hale getirecek olduğundan kötü hissettirecektir. Bazı yaşlı bireyler bu kötü hislerle baş edebilecektir. Çalışmamızda olduğu gibi bazı bireyler ise baş edemeyip kronik hastalığı olmayanlara göre depresif belirtileri daha fazla yaşayacaklar ve aktif yaşlanamayacaklardır.

#### **5.10. Katılımcıların Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre İstismar ve Depresyon Durumu**

Araştırmamızda, katılımcılara “şimdiye kadar psikiyatri polikliniğine gidip, ilaç kullandınız mı veya şimdi kullanıyor musunuz?” diye sordüğümüzde “evet” yanıtını aldığımız katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu kabul ettik. Psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların olmayanlara göre daha fazla istismara uğradığı ve daha fazla oranda depresyon belirtileri gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $p<0.05$ ).

İstismar, depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü aslında birbirlerinden ayrılması zor konulardır. Hangisinin sebep, hangisinin sonuç olduğu karmaşıktır. Bunun nedeni hem risk faktörlerinin ortak olmasından, hem de birbirleri için risk faktörü rolünde olmalarındandır.

İlhan'ın 2006 yılında Ankara'da yaptığı bir çalışmada hafif ve orta düzeyde bilişsel bozukluğu olanlarda olmayanlara göre istismar sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (86). Çin'de Wu ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ise psikiyatrik hastalığı olanlarda istismar sıklığı olmayanlardan yaklaşık iki kat daha fazladır (105).

Depresyon veya demansın varlığı bir diğerinin oluşumu için risk oluşturmaktadır (106). Lacher ve arkadaşlarının Zürih'te yaptıkları bir çalışmanın

sonuçlarına göre demansı olan katılımcıların olmayanlara göre daha fazla istismara uğradığı belirtilmiştir (42).

Manav ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların demans durumunu değerlendirmek için “Standardize Mini Mental Test” ve depresyon durumlarını değerlendirmek için “Geriatrik Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada bu iki ölçek arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bunun anlamı demans durumunda depresif belirtilerin artacağıdır (57).

Geçirilmiş bir ruhsal rahatsızlığın, depresyon için risk oluşturduğu sonucunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (18, 106, 109). Bunun yanında kronik bir hastalığın varlığında da depresyon riski artacaktır (113). Bu çalışmalar bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bedensel hastalıklar ruhsal hastalıklar ve bunların içinden özellikle depresyon ve istismar riski birbirlerinden etkilenirler.

#### **5.11. Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişiye Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu**

Araştırmamızda katılımcıların % 11.1’i yalnız yaşamaktadır. Yalnız yaşayan katılımcılarda, eşi ve/veya diğer aile bireyleriyle yaşayanlara göre istismar ve depresyon daha çok görülürken daha az oranda başarılı yaşlandıkları bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Literatürde bu bulgumuzu destekleyen çalışmalar vardır. İlhan’ın Ankara’da yaptığı, Wu ve arkadaşlarının Çin’de yaptıkları, Oh ve arkadaşlarının Kore’de yaptıkları ve Cadmus ve arkadaşlarının Nijerya’da yaptıkları çalışmalarda yalnız yaşayan yaşlıların yaşamayanlara göre daha fazla istismara uğradıkları bulunmuştur (86, 90, 105, 114). Aslında bir kişinin aile bireyleri varken yalnız yaşaması da bir tür duygusal istismar veya ihmal olarak da yorumlanabilir. Yeti yitimleri olduğu, kronik hastalıkların bu yitimlerin seviyesini arttırdıkları ve kaza ile düşme riskinin arttığı bu hassas yaşlarda bir yaşlının yalnız yaşaması da uygun olmayabilir.

Yalnız yaşamak sadece istismarı değil, depresyon belirtilerinin görülmesini de etkiler. Çin’de 942 kişi ile yapılan bir çalışmada depresyon için riskin yalnız yaşayan yaşlılarda 1.7 kat daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (104). Bunun benzeri bir çalışma da Türkiye’de yapılmış olup yine yalnız yaşayan yaşlılarda, yaşamayanlara göre depresif belirti görülme riski 1.7 kat daha fazla bulunmuştur (58).

“Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması” isimli çalışmada yalnızlık duygusu ölçülmüştür. Yalnızlık duygusu yalnız yaşayanlarda daha fazla bulunmuş olup, yüksek düzeyde yalnızlık hissi olan yaşlılarda depresyon görülme riskinin 7.6 kat arttığı ortaya konmuştur (115).

Aylaz ve arkadaşlarının yaşlılarda depresyon ve yalnızlık ölçtükleri bir diğer çalışma da benzer bir sonuç ortaya konmuştur. Yalnızlık ile depresyon arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki belirlenmiştir (66).

Ezren ve Çıkrıkçı'nın “The effect of loneliness on depression: A meta-analysis” isimli çalışmalarında da yalnızlığın depresyon üzerine güçlü etkileri olduğundan bahsedilmiştir (116).

Kişilerin yaşamları boyunca beraber yaşadıkları insanların bazen hayatlarını kaybetmesiyle, bazen de kendi ailesini kurup evden ayrılmasıyla yalnız kalmaktadır. Böylece etrafındaki insanlara en çok ihtiyaç duyduğu hassas bir dönemde yalnız kalmak zorunda olan yaşlılar istismar ve depresyon için riskli grubu oluşturmaktadır.

#### **5.12. Katılımcıların Bakım Veren Kişi Varlığına Göre İstismar, Depresyon ve Başarılı Yaşlanma Durumu**

Araştırmamızda eşi ile birlikte yaşayan veya bakım aldığı kişinin eşi olduğu katılımcılarda istismar olmayanlara göre anlamlı olarak daha az bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca bakım aldığı kişi kızı olan katılımcıların istismar sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Literatürde yaptığımız araştırmada istismarı uygulayanlar arasında eşlerin ön plana çıktığı çalışmalar var olduğu gibi çocukların istismarcı olduğu çalışmalar da mevcuttur (42, 114). Bu durum araştırmada kullanılan yöntemlerin farklı olmasından kaynaklanabilir. Araştırmamızda veri toplarken kullandığımız anket formunda, katılımcılara “bakımınızı üstlenen biri var mı, eğer varsa kim ?” diye peş peşe iki soru yöneltilmiştir. İstismar konusu kişi için hassas bir konu olduğundan katılımcılara doğrudan istismarı kimin yaptığı sorulmamıştır.

Eşleriyle beraber yaşayan katılımcıların, bakımlarını yine eşleri yapmaktadır ve/veya yaşamlarını idame ettirebilmek için evlatlarının desteğine ihtiyaç duymuyor

veya daha az ihtiyaç duyuyor olabilirler. Bu durum araştırmamızda, bizde eşlerden ziyade çocukların istismarcı oldukları kanısı yaratsa da, buradaki asıl değişken sosyal destek ihtiyacıdır. Sosyal desteği az olan katılımcılarda istismarın daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Amerika'da 5777 60 yaş ve üzeri kişiyle yapılan bir çalışmada dşuk sosyal desteği olan yaşlıların daha çok istismara uğradıkları ortaya çıkmıştır (117). Ayrıca Amstadter ve arkadaşlarının yaptığı Güney Carolina'daki bir diğer çalışmada ise sosyal desteği az olan grubun olmayanlara göre istismar riskinin 12.59 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (89).

Araştırmamızda katılımcıların % 29.7'sinin bakımını üstlenen birisi vardır. Bakımını üstlenen birinin olduğu katılımcılarda olanayanlara göre depresyon daha fazla, başarılı yaşlanma daha azdır ( $p<0.05$ ). Kişiler, etraflarında kendilerine destek olan birisinin varlığında, kendini daha güvenli ve değerli hissedecektir. Kişi doğumdan ölümüne kadar etrafındaki insanlarla yaşama ihtiyacı içindedir. Bireyin rolü kimi zaman destek alan, kimi zaman da desteği verendir. Bu nedenle bir aile içinde doğar, okul gibi kalabalık ortamlarda eğitim alır, düğün ve cenaze gibi özel anlarını, sevgi ve üzüntüleri birlikte yaşarlar. Bu kural dünyanın her yerinde, her kültürde, her millette ufak farklılıklar da olsa aynıdır. Bu nedenle akademik dünyada bu sosyal desteğin etkisini ln çalışmalarda bulunmaktadır.

Yapılan bir çalışmada dşuk sosyal desteği olan yaşlıların, yüksek sosyal desteği olanlara göre 1.6 kat daha fazla depresyona yakalanma riski belirlenmiştir (104). Yine Djernes ve arkadaşlarının derleme çalışmasında yakın sosyal temasların yokluğunda depresyonun daha fazla olduğu ortaya konmuştur (109).

Bozo ve arkadaşlarının İstanbul, Ankara ve İzmir illerini kapsayan, 60 yaş ve üzeri kişileri kapsayan çalışmalarında algılanan sosyal destek ile depresyon arasında negatif bir korelasyon bulmuşlar ve yaşlıların algılanan destek seviyelerinin yükselmesiyle, depresyon seviyelerinin düştüğünü belirtmişlerdir (118). Kişilerin hayatındaki sosyal destek, onun sağlığı için oldukça fazla öneme sahip olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalıştığımız örneklemeden ve literatürdeki çalışmalardan anlaşılmıştır ki; toplumumuzdaki yaşlıların çeşitli sorunları vardır. Kronik hastalıklar, ekonomik sorunları, yalnızlık, psikiyatrik hastalıklar ve istismar ile ihmal yaşların yaşadıkları sorunlar içinde büyük paya sahiptir. İstismar ve depresyon sık görülmektedir.

1. Yaşlılarda istismar ve depresyon sıklığı fazla bulunmuştur. Ayrıca istismar ve depresyon arasında ilişki bulunmuştur. İstismara uğrayanlarda depresyon daha fazladır. Bu birbiriyle bağlantılı iki önemli yaşlı sorununun çözümü için çok-sektörlü ve çok disiplinli çalışmalar ivedilikle yapılmalıdır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin arttırması için bu çalışmalar şarttır.
2. İstismar ve depresyonun mücadelesinde Sağlık ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlıklarına daha öncelikli görevler düştüğü açıktır. Bu iki bakanlığın birlikte rol aldıkları önemli projeler üretilmelidir. Var olan projeler her anlamda desteklenmelidir.
3. İstismarı olan yaşlılarda başarılı yaşlanmanın daha az olduğu bulunmuştur. İstismar yaşlılarda başarılı yaşlanmayı engelleyen bir durumdur. İstismarın önlenmesi veya var olan istismar durumunun yok olması hem kısa hem de uzun vade de yaşlı sağlığı ve yaşam kalitesi için çok önemlidir.
4. Yaşlılarda depresyon sık bulunmuştur. Toplumdaki depresyon vakalarının tanı ve tedavisi için hizmet veren sağlık personeli sayısı arttırılmalıdır. Geriatri hastanelerinin ve polikliniklerinin sayısı arttırılmalı, bunun yanında yaşlı sağlık hizmetleri dalında özelleşmiş hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli sayısı arttırılmalıdır. Sağlıklı yaşam yıllarının arttırılması için hastalılarla mücadelenin aktif bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir.
5. İstismar yaygın bulunmuş olup fiziksel istismar başta olmak üzere istismara uğrayan yaşlılar, sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilirler. Bunun için de başta acil servisler olmak üzere sağlık kuruluşlarına uğrarlar. Sağlık personeline düzenlenecek hizmet içi eğitim programlarıyla sağlık personelinin istismar ve ihmal algısı geliştirilmeli ve herhangi bir şüpheli durumda ne yapabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Bunu yanında sağlık kurumlarında çalışan çeşitli meslek gruplarına ait lisans eğitimlerinde şiddet ve istismar konularıyla ilgili dersler ve kurslar bulunmalıdır.

6. İstismar ve depresyon için eğitim düzeyleri yeterli olmayan yaşlılar daha yüksek riskli bulunmuştur. Aynı şekilde başarılı yaşlanma şansları da daha azdır. Bu nedenle sağlığı ve yaşam kalitesinin yüksek olması için yediden yetmişe daha eğitimi bir toplum olunmalıdır.

Hem ağımız yaşlılarına hem de gelecekte yaşlı olacak şimdiki nesle verilecek eğitimle istismar ve depresyonun önüne geçilebilir ve sağlıklı yaşlanma sağlanabilir. şu an yaşlı dediğimiz bireyler sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları, vakitlerini daha verimli geçirmelerini sağlayacak hobiler... vs. yönünden eğitim alabilirler.

7. Yaşlıların kendilerine bakım sağlayan bir kişinin varlığında daha az istismara uğradığı ve daha az depresif belirtilere sahip oldukları bulunmuştur. Aynı zamanda daha aktif yaşlanıyorlar. Bu nedenle evde bakım sistemlerinin güçlendirilmesinin, personel sayısının arttırılmasının, uzak yerleşim bölgelerine ulaşımının kolaylaştırılmasının... vs. yararı olacaktır.

Kişilerin özellikle de eşini kaybetmiş yaşlıların aile fertleriyle beraber yaşamasının teşvikine devam edilmeli, bu düşünce yaygınlaştırılmalıdır.

8. Depresyon belirtileri kadınlarda daha yaygın, başarılı yaşlanma erkeklerde daha fazla bulunmuştur. O zaman yaşlı kadınlara, depresyon önleyici ve başarılı yaşlanmayı arttıran aktiviteler sunulmalıdır. Bu konuda hem yerel yönetimlerin hem de sağlık sektörünün rolü olabilir.

9. Yerel yönetimlerin de nleme çalışmalarında payı büyüktür. Sosyal hizmetlerin yaşlıya ulaştırılması, düzenlenen sosyal aktivitelere yaşlıların katılması ve kentin yapısal düzenlemesinde yaşlı nüfusun ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması belediyelerin önemli fonksiyonları olan konulardan birkaçıdır.

Yaşlılara yönelik düzenlenen sosyal aktiviteler yerine her düzenlenen sosyal aktivite için yaşlıların katılımı dşnlmeli, planlamalar buna göre yapılmalıdır. Yaşlıları yetersizlik duygularından uzaklaştırmak hedeflenmelidir.

10. Ayrıca kadınlardaki daha yaygın olan depresyon ve daha az olan aktif yaşlanma durumunun düzeltilmesinde kadının statüsü üzerinde de durulmalıdır. Kadınlara toplumda daha fazla söz sahibi olan, eğitimi ve donanımlarıyla



kendilerine güvenen, karar alma süreçlerinde daha aktif olan, ekonomiye aktif katkısı olan kadınlar sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanacaklar ve istismar ve depresyonu daha az yaşayacaklardır.

11. Yaşlıların gelir durumu, depresyon belirtilerinin yaşanması üzerinde etkilidir. Bu nedenle yaşlıları ekonomik olarak desteklenmelidir.
12. Toplumdaki yaşlı nüfus artmaktadır. Nüfustaki demografik değişikliklere önem veren daha sağlıklı ve daha aktif yaşlı bireylerin oluşturulması için yaşlılara yönelik politikalar yeniden düzenlenmelidir.
13. Yasalarda istismarcılara karşı verilecek cezalar netleştirilip, kesin kanuni yaptırımlar olması sağlanmalıdır.
14. Başarılı, aktif veya sağlıklı yaşlanma kişilerin ömürlerinin belli bir noktasından sonra öğrenecekleri bir durumdan ziyade, bir yaşam tarzı olarak benimsenmelidir. Bu yaşam tarzının çok daha erken yaşlarda oluşturulması da mümkündür.

Yunan mitolojisine göre tanrılar mutluluğu saklamanın kıymetini arttıracaklarını düşünürler. Göklerin en uzağına, denizlerin en dibine, ormanların en kuytusuna saklamayı düşünürler. Sonunda biri: “İçlerine saklayalım. Oraya bakmak akıllarına gelmez” der.

Kişilerin sağlıklı yaşlanmaları, yaşlarının getirdikleri olumsuzluklarla başa çıkmaları için, içlerindeki mutluluğu keşfetmeleri öğretilmelidir.

Aynı zamanda genç yaşlardan başlayarak düzenli sağlık kontrollerinin yaptırılması, sigara ve hatalı beslenme gibi yaşamı olumsuz etkileyecek etkenlerden kaçınılması gerekir.

## KAYNAKLAR

1. Taş A. Evaluation of teachers' perceptions related to high school principals' behaviors about change management. *Inonu University Journal of the Faculty of Education*. 2009;10(2).
2. Özkaya H. Cumhuriyet döneminde bulaşıcı hastalıklarla mücadele. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(2):77-84.
3. Tuğluoğlu F. Türkiye'de sıtma mücadelesi (1924-1950). *Türkiye Parazitoloji Dergisi*. 2008;32(4):351-9.
4. Bilir N, Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Kavramı. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevileri; 2007. p. 3-11.
5. Gezgin İ. *Kültürleşme Sürecinin Mitik Kahramanı Gılgamış*. 1 ed. İstanbul: Alfa Yayınları; 2009.
6. Çivi S, Tanrıku MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000;3(3):85-90.
7. Jong-Wook L. Global health improvement and WHO: shaping the future. *The Lancet*. 2003;362(9401):2083-8.
8. WHO. The World Health Report 2003, Shaping The Future. Geneva: World Health Organization 2003.
9. He W GD, Kowal P An Aging World: 2015 International Population Reports. Washington, DC.; 2016. Contract No.: P95/16-1.
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2014.
11. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2017. [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu. 2018 [cited 03.03.2019]. Available from: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059).
12. Şahin S, Cankurtaran M. Geriatrik sendromlar. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49(10):31-7.

13. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2018;47:1-5.
14. Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, Hillis SD, Klevens J, Houry D. Violence in the united states: Status, challenges, and opportunities. *Jama*. 2015;314(5):478-88.
15. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 2012;25(3):1-3.
16. Öğüt S, Atay E. Yaşlılık ve oksidatif stres. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;19(2):68-74.
17. Aydemir EH. Deri yaşlanması. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*. 2013;2:89-93.
18. Uzun NN. Yaşlı Hastalarımızda Depresyon Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler [Uzmanlık Tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2018.
19. Khan SS, Singer BD, Vaughan DE. Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. *Aging cell*. 2017;16(4):624-33.
20. Öksüzokyar MM, Eryiğit SÇ, Düzen KÖ, Mergen BE, Sökmen ÜN, Öğüt S. Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;4(1):34-41.
21. Asi Karakaş S, Durmaz H. Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2017;18(1):32-6.
22. Ceylan H. İsveç Refah Devletinde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Algıları: Stockholm Örneği [Doktora Tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2013.
23. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Yaşlılık Sorunları In: Güler Ç, Akın L, editors. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2014. p. 1528-41.
24. Koldaş ZL. Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2017;45(5):1-4.
25. World Population Ageing New York: United Nations; 2017 15.02.2019.

26. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle yaşlılık 2017 [Internet]. 2018 [cited 20.03.2019]. Available from: [http://www.tuik.gov.tr/PreHaber Bultenleri. do?id=27595](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595).
27. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar 2015 [Internet]. 2016 [cited 20.02.2019]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>
28. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2017.
29. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017 [Internet]. 2018 [cited 20.03.2019]. Available from: [http://www.tuik.gov.tr/Pdf Getir.do?id=27620](http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27620).
30. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması [Internet]. 2013 [cited 15.03.2019]. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
31. Önalın O. Hipertansiyon ve Hipotansiyon. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevileri; 2007. p. 419-38.
32. The IDF Diabetes Atlas, 8th Edition [Internet]. 2017 [cited 30.03.2019]. Available from: <https://reports.instantatlas.com/report/view/704ee0e6475b4af885051bcec15f0e2c/TUR>.
33. Dağdelen S, Erbaş T. Diabetes Mellitus. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2007. p. 800-11.
34. Kutluk K, Öztürk V. Serebrovasküler Olay. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. p. 1025-36.
35. Oğuzülgen K. KOAH ve Kor Pulmonale. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2007. p. 539-44.
36. Erdoğan S, Candansayar S. Depresyon, Aksiyete ve Yeme Bozukluklar. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2007. p. 1202-17.
37. Tufan İ. *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık/ Sosyal Yaşlanma*. Öngider S, editor. İstanbul: Aykırı Yayıncılık; 2002.

38. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *The New England journal of medicine*. 2015;373(20):1947-56.
39. WHO. Ageing and life-course What is elder abuse? : WHO; [cited 12.02.2019]. Available from: [https://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/en/](https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/).
40. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2008;15(1):68-75.
41. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(4):357-64.
42. Lachera S, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Medical Weekly*. 2016;146:w14273.
43. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalın A, Bilen A. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(3):393-407.
44. Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(10):1970-9.
45. Daşbaş S. 65 Yaş Üstü Bireylerin Aile İçi Yaşlı İstismarı Konusundaki Değerlendirmeleri [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2014.
46. Kutsal YG, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D, editors. T. C. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010.
47. Mazzotti MC, Scarcella E, D'Antone E, Fersini F, Salsi G, Ingravallo F, et al. Italian healthcare professionals' attitude and barriers to mandatory reporting of elder abuse: An exploratory study. *Journal of forensic and legal medicine*. 2019;63:26-30.
48. Tunç MB. Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi 2018.
49. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(3):22-9.

50. Tufan İ. *Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanma: Anahtar Kitaplar* Yayınevi; 2003.
51. İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği [Yüksek Lisans Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2006.
52. Erdoğan S, Candansayar S. Depresyon, Anksiyete ve Yeme Bozuklukları. In: Kutsal YG, editor. *Temel Geriatri*: Güneş Tıp Kitapevi; 2007. p. 1203-17.
53. Demir V. Bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi programının bireylerin depresif belirti düzeyleri üzerine etkisi. *Studies in Psychology*. 2015;35(1):15-26.
54. Ertan T. Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği'nin 60 Yaş Üzeri Türk Populasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik İncelemesi [Tıpta Uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 1996.
55. Sachs-Ericsson N, Corsentino E, Moxley J, Hames JL, Rushing NC, Sawyer K, et al. A longitudinal study of differences in late- and early-onset geriatric depression: depressive symptoms and psychosocial, cognitive, and neurological functioning. *Aging Mental Health*. 2013;17(1):1-11.
56. Arguvanli S, Akin S, Deniz Safak E, Mucuk S, Ozturk A, Mazicioglu MM, et al. Prevalence of cognitive impairment and related risk factors in community-dwelling elderly in Kayseri, Turkey. *Turkish journal of medical sciences*. 2015;45(5):1167-72.
57. İnel Manav A, Bozdoğan Yeşilot S, Yeşil Demirci P, Öztunç G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(3):153-60.
58. Cengiz Özyurt B, Elbi H, Serifhan M. Prevalence of depression in the elderly population of manisa and related risk factors. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2018;21(4):579-87.
59. Göçer Ş, Günay O. Kayseri'de bir huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve depresif belirti düzeyleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2018;7(3):116-24.

60. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. In: Güler Ç, Akın L, editors. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2014. p. 2-24.
61. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*. 2016;56(2):S194-205.
62. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014;79(2):184-90.
63. Wigglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(3):493-500.
64. Ray KD, Mittelman MS. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*. 2017;16(6):689-710.
65. Covinsky KE, Yaffe K, Lindquist K, Cherkasova E, Yelin E, Blazer DG. Depressive symptoms in middle age and the development of later-life functional limitations: the long-term effect of depressive symptoms. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(3):551-6.
66. Aylaz R, Aktürk U, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;55(3):548-54.
67. Özen İ. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008;7(5):399-404.
68. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;55(3):548-54.
69. Aylaz R, Aktürk U, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology Geriatrics*. 2012;55(3):548-54.
70. Aktif Yaşlanma Kavramı [Internet]. Türk Geriatri Derneği Genel Sekreteri. [cited 01.03.2019]. Available from: <http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=12>.

71. WHO-Active Ageing a Policy Framework [Internet]. WHO. 2002. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.
72. Şanlı S. Başarılı Bir Yaşlanma İçin Yaşlı Yetişkinlerin Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2012.
73. Hablemitoğlu Ş, Özmete E. Sosyal çalışmacıların iş yaşamı kalitesi: Şefkat yorgunluğu, tükenmişlik, stres kaynakları, iş tatmini ve kariyer olanakları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(1):171-213.
74. Dağ A. Huzurevlerinde ve Aileleri Yanında Kalan Yaşlıların Sosyal Destek Ağları: Konya Örneği [Doktora Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2016.
75. Türkiye'de Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015. Available from: <https://kutuphane.tbmm.gov.tr:8088/2015/201503567.pdf>.
76. Mawar S, Koul P, Das S, Gupta S, Medicine S. Association of physical problems and depression with elder abuse in an urban community of North India. *Indian Journal of Community Medicine*. 2018;43(3):165.
77. Özmete E. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2016;17:45-52.
78. Özsungur F, Hazer O. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ) Türkçe Versiyonu. *International Journal of Education Technology Scientific Researches*.2(4):184-206.
79. Arslan A.K., Yaşar Ş., Çolak C., S. Y. R Shiny Paketi ile Kruskal Wallis H Testi için interaktif bir web uygulaması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(2):49-55.
80. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147-e56.
81. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC. Global prevalence of elder abuse: a meta-analysis and meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2017;27(2):43-55.



82. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Jr., Berman J, et al. Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(9):1906-12.
83. Sertel M, Tarsuslu Şimşek T, Tütün Yümin E. Yaşlılarda kognitif durum, depresyon düzeyi ve denge arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy Rehabilitation*. 2016;3(3):90-5.
84. Evans CS, Hunold KM, Rosen T, Platts-Mills TF. Diagnosis of elder abuse in U.S. emergency departments. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017;65(1):91-7.
85. Fadiloğlu Ç. Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*. 2012;51.
86. İlhan F. Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu Mahallesi'nde Aile İçi Yaşlı İstismarının Saptanması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
87. Lindert J, De Luna J, Torres-Gonzales F, Barros H, Ioannidi-Kopolou E, Melchiorre MG, et al. Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: a cross-sectional community study. *International Journal of Public Health*. 2013;58(1):121-32.
88. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and Ageing*. 2012;41(1):98-103.
89. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011;26(15):2947-72.
90. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(2):203-14.
91. Lee MJ, Hasche LK, Choi S, Proctor EK, Morrow-Howell N. Comparison of major depressive disorder and subthreshold depression among older adults in community long-term care. *Aging Mental Health*. 2013;17(4):461-9.

92. Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;17(3):168-74.
93. Mete B, Fırıncı B, Doğan E, Pehlivan E. Depression and affecting factors in patients over 50 years of age: A cross-sectional study. *Journal of Surger and Medicine*. 2018.
94. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2012;10(1):37-43.
95. Campos AC, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM. Determinants of active aging according to quality of life and gender. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2015;20(7):2221-37.
96. Gök İ. Yaşlıların Toplumsal Yaşama Katılımı: Bolu İli Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. Bolu: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2018.
97. Gu D, Feng Q, Sautter JM, Yang F, Ma L, Zhen Z. Concordance and Discordance of Self-Rated and Researcher-Measured Successful Aging: Subtypes and Associated Factors. *The Journals of Gerontology* 2017;72(2):214-27.
98. Araújo L, Ribeiro O, Teixeira L, Paúl C. Predicting successful aging at one hundred years of age. *Research on Aging*. 2016;38(6):689-709.
99. Aslan H. Yaşlıların İstismar ve İhmal ile Karşılaşma Durumları ve Etkileyen Faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2012.
100. Güzel A. Burdur İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Aynı Nedenle Birden Fazla Kez Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı, Depresyon Sıklığı, Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler [Doktora tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
101. Lin JH, Huang MW, Wang DW, Chen YM, Lin CS, Tang YJ, et al. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC geriatrics*. 2014;14(77).
102. Hamid TA, Momtaz YA, Ibrahim R. Predictors and prevalence of successful aging among older Malaysians. *Gerontology*. 2012;58(4):366-70.

103. Martin AS, Palmer BW, Rock D, Gelston CV, Jeste DV. Associations of self-perceived successful aging in young-old versus old-old adults. *International Psychogeriatrics* 2015;27(4):601-9.
104. Ma C. The prevalence of depressive symptoms and associated factors in countryside-dwelling older Chinese patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(15-16):2933-41.
105. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PloS one*. 2012;7(3):e33857.
106. Dokuzcan DA. Bir Yaşlı Hizmet Merkezine Kayıtlı Yaşlılarda Depresyon Demans ve Kognitif Bozukluk Durumları ve Etkili Faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2014.
107. Wagnild G. Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003;29(12):42-9.
108. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*. 1996;144(2):135-41.
109. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(5):372-87.
110. Torpil B, Uyanık M, Altuntaş O. Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde denge ve yürüme fonksiyonları ile depresyon ve fonksiyonel bağımsızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2016;4(2):73-9.
111. Kenbubpha K, Higgins I, Chan SW, Wilson A. Promoting active ageing in older people with mental disorders living in the community: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*. 2018;24(3):e12624.
112. Vahia IV, Meeks TW, Thompson WK, Depp CA, Zisook S, Allison M, et al. Subthreshold depression and successful aging in older women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(3):212-20.

113. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
114. Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. *Health Care For Women International*. 2012;33(10):973-84.
115. Ağırman E, Gençer MZ. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *Journal of Contemporary Medicine*. 2017;7(3):234-40.
116. Ezren E, Çikrikci Ö. The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(5):427– 35.
117. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*. 2010;100(2):292-7.
118. Bozo Ö, Toksabay NE, Kürüm O. Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology*. 2009;143(2):193-206.

## EKLER

### Ek-1. Sosyodemografik Özellik Bilgi Formu

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyet 1. Erkek 2. Kadın
3. Medeni durumunuz nedir? 1.Evli 2.Bekar 3. Boşanmış 4.Eşi ölmüş
4. Eğitim durumunuz nedir?
  - 1.Okuryazar değil 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite 6.Diğer.....
5. Çocuğunuz var mı? 1. Yok 2. Var kaç tane:.....
6. Vefat eden çocuğunuz var mı? 1. Yok 2. Var kaç tane.....
7. Size ait geliriniz var mı? 1. Yok 2. Var
8. Varsa ne kadar?.....
9. Geliriniz yeterli mi?
  - 1) Daha fazlasına ihtiyacım var
  - 2) Ancak yetiyor
  - 3) Tümünü harcayamıyorum
10. Aktif gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  1. Evet
  2. Hayır
    - a) Hiç çalışmadım
    - b) Çalışıyordum, şimdi bıraktım.
11. Yaşadığınız haneye giren aylık geliriniz ne kadar ?.....
12. Hangi işle meşgulsünüz/ meşguldünüz?
  - 1.Serbest meslek 2.Memur 3. İşçi
  4. Ev Hanımı 5.Özel Sektör 6.Çalışmıyor
13. Sosyal güvenceniz var mı? 1. Yok 2. Var.....
14. Hayatınızdan genel olarak memnun musunuz?
  1. Memnun değilim
  2. Memnunum
15. Sağlık durumunu nasıl tanımlarsın?
  1. Çok kötü 2. Kötü 3.Orta 4. İyi 5 Çok iyi
16. Kronik hastalığınız var mı?
  1. Yok
  2. Varsa .....
    - 1) Hipertansiyon, Kalp hastalığı
    - 2) Diyabet
    - 3) Hiperlipidemi
    - 4) Kas iskelet sistemi hastalıkları (osteoartirit, osteoporoz...)
    - 5) KOAH/ Astım
    - 6) Bening /Maling tümör
    - 7) Diğer .....
17. Görme sorununuz var mı? 1) Evet 2) Hayır
18. İşitme güçlüğünüz var mı? 1) Evet 2) Hayır
19. Bu yaşınıza kadar psikiyatrik bir rahatsızlığınız oldu mu? 1) Evet 2)Hayır
20. Şu an psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
21. Eğer bir psikiyatrik rahatsızlık yaşıyorsanız/yaşadıysanız, bunun için herhangi bir yardım ya da destek aldınız mı? (Hastaneye gitme, psikolog görme vb.)
  - 1)Evet 2) Hayır

22. Sigara kullanıyor musunuz?  
1.Evet 2. Hayır hiç 3. Bıraktım(kaç ay önce).....ay
23. Nerede yaşıyorsunuz?  
1. Kendi evimde 2. Çocuğumun evinde 3. Akrabamın evinde
24. Yaşadığınız ev kendinize mi ait ? 1.Hayır 2. Evet
25. Kiminle yaşıyorsunuz?  
1) Yalnız yaşıyorum  
2) Eşimle birlikte yaşıyorum  
3) Eşim ve diğer aile bireyleri ile birlikte yaşıyorum  
4) Diğer aile bireyleriyle birlikte yaşıyorum  
(kiminle yaşadığınızı açıklayınız .....)
26. Kaç yıldır bu şekilde yaşıyorsunuz?.....
27. Yaşadığınız hanede toplam kaç kişi barınıyor?.....
28. Yakınlarınızla yaşıyorsanız, kendi isteğinizle mi kalıyorsunuz?  
1 Hayır. 2. Evet
29. Bakımınızı üstlenen biri var mı ? 1. Yok 2. Var
30. Bakım verenin sağladığı bakımdan memnun musunuz?  
1) Memnun değilim  
2) Memnunum
31. Eğer bakımınızı üstlenen biri varsa?  
1. Bakım verenin yakınlığı nedir?  
1. Eşim 2. Kızım 3. Oğlum 4.Gelinim 5. Bakıcı 6. Diğer  
2. Bakım verenin yaşı? .....  
3. Bakım verenin cinsiyeti? 1. Kadın 2. Erkek  
4. Bakım verenin medeni durumu nedir?  
1.Evli 2.Bekar 3. Boşanmış 4.Eşi ölmüş  
5. Bakım verenin eğitim durumu nedir?  
1.Okuryazar değil 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite 6.Diğer.....  
6. Bakım verenin mesleği nedir?  
1) Serbest meslek  
2) Memur  
3) İşçi  
4) Ev Hanımı  
5) Özel Sektör  
6) Çalışmıyor  
7) Diğer .....  
7. Bakım verenin/ ailesinin aylık geliri ne kadar?.....  
8. Bakım verenin kronik hastalığı var mı?

## Ek-2. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

MADDELER	Evet	Hayır
1.Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götüren birisi var mı?		
2.Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız?		
3.Yaşamınız hakkında kararları kim verir? (Örneğin nasıl ve nerede yaşamanız gerektiği gibi)	<b>Ben</b>	<b>Başkası</b>
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
4.Ailenizde herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz?		
5.Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz?		
6.Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz?		
7.Ailenizde herhangi birisi fazla alkol içer mi?		
8.Ailenizde birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi?		
9.Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı?		
10.Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı?		
11.Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz?		
12.Herhangi birisi size, sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu?		
13.Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz?		
14. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı ya da zarar vermeyi denedi mi?		

### Ek-3. Başarılı Yaşlanma Ölçeği

Maddeler	Kesinlikle katılıyor	Katılıyor	Kısmen katılıyor	Kararsız	Kısmen katılmıyor	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
1. İşler eskiden olduğu gibi gitmediğinde, aynı sonuca ulaşana kadar başka yollar denemeye devam ederim							
2. Zor zamanlarda durumun üstesinden gelmek için metanetli olmaya gayret gösteririm							
3. Üretken faaliyetler sayesinde yaşama aktif olarak bağlıyım							
4. Mümkün olduğunca uzun süre bağımsız kalmak için çabalıyorum							
5. Hastalık ve sakatlıklardan uzak kalmak için elimden geleni yapıyorum							
6. Yaşlandıkça bedenimi ve zihnimi iyi bir şekilde korumaya çalışıyorum							
7. Düzenli sosyal ilişkiler sayesinde yaşama aktif şekilde bağlıyım							
8. Benim için önemli olan hedeflere ulaşmak için her türlü çabayı gösteriyorum							
9. Yoluma ne çıkarsa çıksın, baş edebilirim							
10. Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarımı kazanmak için çabalıyorum							

*Kararsızım seçeneğini mümkün olduğunca az kullanmaya çalışın*



#### Ek-4. Geriatrik Depresyon Ölçeği

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

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

## Ek-5. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
20.11.2018	21	2018/21-33
<p><b>Karar No: 2018/21-33</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 20.11.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'in, sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Duygu ÇELİK SEYİTOĞLU'nun, yardımcı araştırmacı olduğu; “<b>Malatya İli Battalgazi İlçesinde, 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda İstismar Depresyon, Başarılı Yaşlanma Durumlarının Saptanması ve Etkileyen Faktörler</b>” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>		
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi

## Ek-6. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.  
MALATYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

MALATYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MALATYA KHHB  
EĞİTİM BİRİMİ



00085688275

Sayı : 92852811-771  
Konu : Tez Çalışması

### BATTALGAZİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : İnönü Üniversitesi Rektörlüğünün 02/01/2019 tarihli ve 92852811-55340 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazı ile, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ danışmanlığında, İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Duygu ÇELİK SEYİTOĞLU tarafından; Battalgazi İlçesinde bulunan tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde, "Malatya İli Battalgazi İlçesinde 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda İstismar, Depresyon, Başarılı Yaşlanma Durumlarının Saptanması ve Etkileyen Faktörler" konulu uzmanlık tez çalışması yapılması talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu tez çalışmasının, 28.01.2019 - 01.04.2019 tarihleri arasında, Battalgazi İlçesinde bulunan tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde, ekte göndermekte olduğumuz araştırma izin başvuru talebi inceleme komisyon karar tutanağında belirtilen hükümler doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. A. Fahri ŞAHİN  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri  
Başkanı V.

Ek:  
Tarama\_20190122093552

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Telefon: Faks No: 4223245601

e-Posta: nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Malatya İl Sağlık Müdürlüğü

Kamu Hastaneleri Başkanlığı Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4c8e1802-e7f6-48d9-9c3a-04b01c507da6 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nesrin KARA

EBE

Telefon No: 4223245603 (1047)