



**YAŞLI BİREYLERİN DİNİ YÖNELİMLERİ  
İLE DEPRESYON ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Eda ÇEKER**  
**Psikiyatri Hemşireliği AnaBilim Dalı**

**Tez Danışmanı**  
**Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN**

**Yüksek Lisans Tezi – 2019**

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

**YAŞLI BİREYLERİN DİNİ YÖNELİMLERİ  
İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

**Eda ÇEKER**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN**

**ERZURUM  
2019**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**YAŞLI BİREYLERİN DİNİ YÖNELİMLERİ İLE DEPRESYON  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Eda ÇEKER**

**Tez Savunma Tarihi** : 02.04.2019

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Dr. Öğr. Üyesi Oya SEVCAN ORAK

(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**  
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ERZURUM- 2019**

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	IV
ÖZET .....	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Yaşlılık.....	4
2.1.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları.....	4
2.1.2. Kronojik Yaşlanma .....	5
2.1.3. Biyolojik Yaşlanma .....	5
2.1.4. Psikolojik Yaşlanma .....	5
2.1.5. Sosyal Yaşlanma.....	6
2.1.6. Ekonomik Yaşlanma.....	6
2.1.7. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlılık .....	7
2.1.8. Yaşlı Bireylerde Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini .....	7
2.2. Dini Yönelim .....	9
2.2.1. Dini Yönelim ve Yaşlılık.....	11
2.2.2. Dini Yönelim ve Ruh Sağlığı.....	12
2.3. Depresyon .....	13
2.3.1. Depresyon Nedir? .....	13
2.3.2. Depresyonun Etiyolojisi .....	14
2.3.3. Yaşlılıkta Depresyon Epidemiyolojisi .....	14
2.3.4. Yaşlılıkta Depresyonun Önemi.....	15

2.3.5. Yaşlılıkta Depresyon İçin Risk Faktörleri .....	16
2.3.6. Yaşlılıkta Depresyonun Tanısı.....	17
2.3.7. Yaşlılıkta Depresyonun Tedavisi.....	18
2.4. Depresyonlu Yaşlı Bireylerde Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri .....	19
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>21</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	21
3.5. Verilerin Toplanması .....	22
3.6. Veri Toplama Araçları .....	22
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.6.2. Dini Yönelim Ölçeği (DYÖ) .....	22
3.6.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ -15) .....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>30</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>37</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>38</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>53</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>53</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>54</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU .....</b>	<b>55</b>

<b>EK-4. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU .....</b>	<b>56</b>
<b>EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....</b>	<b>57</b>
<b>EK-6. DİNİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ (DYÖ) .....</b>	<b>58</b>
<b>EK-7. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU (GDÖ-15) .....</b>	<b>59</b>
<b>EK-8. AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ.....</b>	<b>60</b>
<b>EK-9. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI.....</b>	<b>61</b>



## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalıőmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardım, öneri ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi, tecrübe ve hoşgörülerinden yararlandığım hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a en derin saygı ve Őükranlarımı sunarım.

Yüksek Lisans öğrenimim süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim değerli hocalarıma; çalıőmalarım sırasında bana sürekli yardımcı olan mesai arkadaşlarıma; araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlı bireylere; uzun soluklu, zorlu bir süreç olan Yüksek Lisans öğrenimim boyunca kendilerinden görmüş olduğum destek ve güvenden dolayı eőime ve aileme içten teşekkür ederim.

**Eda ÇEKER**

## ÖZET

### **Yaşlı Bireylerin Dini Yönelimleri ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

**Amaç:** Araştırma, yaşlı bireylerin dini yönelimleri ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metot:** Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırmanın verileri, Nisan - Ağustos 2018 döneminde, Ağrı İli'ndeki aile sağlığı merkezlerinde toplandı. Araştırmanın evrenini, Ağrı İl Merkezi'nde bulunan 8 aile sağlığı merkezine kayıtlı 6283 yaşlı birey; örneklemini ise, 8 aile sağlığı merkezi arasından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 3 nolu, 4 nolu ve 6 nolu aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 2882 birey arasından araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 509 birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Dini Yönelim Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach's Alpha katsayısı ile Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %27.5'inin depresyon riski yaşamadıkları, %72.5'inin ise depresyon riski taşıdığı belirlendi. Ayrıca, yaşlı bireylerin Dini Yönelim Ölçeği toplam puan ortalaması (48.11±6.36) ile Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu puan ortalaması (8.23±1.58) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ( $p<0.01$ ).

**Sonuç:** Araştırmada; yaşlı bireylerin, dini yönelimleri ile depresyon eğilimleri arasında ilişki olduğu ve dini yönelimlerinin artmasıyla depresyon eğilimlerinin de arttığı belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, dini yönelim, hemşirelik, yaşlı birey.



## ABSTRACT

### **Investigation of the Relationship Between Religious Orientation of Elderly Individuals and Depression**

**Aim:** The research was conducted to determine the relationship between the religious orientation of elderly individuals and depression.

**Materials and Methods:** This research is descriptive and relational. The data of the research was collected in the family health centers in Ağrı Province during April - August 2018. The population of the study was 6283 elderly people who were registered to 8 family health centers in Ağrı. The sample consisted of 509 individuals who met the inclusion criteria among 2882 individuals enrolled in family health centers 3, 4 and 6, who were randomly selected from 8 family health centers. Personal Information Form, Religious Orientation Scale and Geriatric Depression Scale Short Form were used to collect the data. In the evaluation of the data; number, mean, percentage distributions, standard deviation, Cronbach's Alpha coefficient and Pearson Correlation analysis were used.

**Results:** It was determined that 27.5% of the elderly individuals who participated in the study had no risk of depression and 72.5% had a risk of depression. In addition, it was determined that there was a weak positive correlation between the mean score of the Religious Orientation Scale ( $48.11 \pm 6.36$ ) and the mean score of the Geriatric Depression Scale Short Form ( $8.23 \pm 1.58$ ) ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** In the study; It was determined that there was a relationship between religious beliefs and depression tendencies of elderly individuals and the tendency of depression increased with the increase of religious orientations.

**Keywords:** Depression, religious orientation, nursing, elderly.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DYÖ</b>	: Dini Yönelim Ölçeği
<b>ESEMED</b>	: The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders
<b>GDÖ-15</b>	: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu



## TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.</b> Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	26
<b>Tablo 4.2.</b> Yaşlı Bireylerin DYÖ ve GDÖ-15'ten Aldıkları Min-Max Puanlar ve Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.3.</b> Yaşlı Bireylerin GDÖ-15 Puanlarının Kesme Noktalarına Göre Dağılımı ..	28
<b>Tablo 4.4.</b> Yaşlı Bireylerin DYÖ ve GDÖ-15 Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	29



# 1. GİRİŞ

Tarih boyunca farklı toplum ve kültürlerde ölümsüzlük sırrını arayan insanoğlu, ölümsüzlükle ilgili çok sayıda efsane ve hikâyeler üreterek, akıp giden zamanı durdurabilmek, yaşlanmayı engellemek ya da geciktirmek için büyük bir umutla çalışmıştır. Günümüzde sağlık koşullarının iyiye doğru gitmesi, salgın hastalıkların önlenmesi ve yaşam koşullarındaki iyileşmenin yanı sıra yaşanan teknolojik gelişmelerle birlikte ortalama insan ömrü uzamıştır.<sup>1</sup> İnsan ömrünün uzamasına neden olan bu olumlu gelişmelerle birlikte, doğurganlık oranlarının azalması ve dünyadaki yaşlı nüfusun artışıyla yaşlanma olgusu tüm dünya için önemi günden güne artan evrensel bir gerçekliğe dönüşmektedir.<sup>2</sup> Nitekim Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 verileri incelendiğinde dünyada yaşlı oranının %8,7 olduğu ve Türkiye'nin 6,6 milyon yaşlı birey sayısı ile dünya sıralamasında 66. sırada yer aldığı görülmektedir.<sup>3</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bireyin 65 yaşından sonra başlayan yaşam dönemini, yaşlılık olarak tanımlamakta ve bu dönemi; çevresel etmenlere uyum sağlama kabiliyetinin azalması veya büyük oranda kaybolması şeklinde tarif etmektedir.<sup>2, 4</sup> Yaşlılık ve yaşlanma konuları, toplumdaki yaşlı birey sayısı ve beklentilerinin arttığı son dönemlerde ortaya çıktığından dolayı farklı bilim dalları tarafından daha yeni yeni ele alınarak incelenmektedir.<sup>5</sup> Çünkü yaşlıların yaşam şartlarının yükseltilmesi, sosyal güvenlik politikalarındaki değişiklikler, yalnız yaşayan yaşlı birey sayısındaki artış, aile bakımındaki azalmalar ve yaşlı bireylere yönelik olumsuz görüşler gibi yaygın toplumsal sorunlar yaşlı birey sayısının artmasıyla daha belirgin hale gelmektedir.<sup>6</sup>

Din, bireyin davranışlarına yön veren, insan hayatına anlam katan kutsal ya da doğaüstü bir veya daha fazla yaratıcı ve güç olgusuna bağlı semboller, inançlar ve törenler sistemi olarak açıklanmaktadır.<sup>7</sup> Dinlerin büyük bir kısmı kişinin bir sıkıntıyla karşılaştığında sabretmesini, yaşanan acı sonrasında olumlu davranış sergilemesini ve

Yaratıcı'ya sığınmasını tavsiye etmektedir.<sup>8</sup> Ayrıca, dinlerin geneli kişinin mutluluğunu ve huzurunu sağlamayı, insanı korumayı, yaşamın sıkıntı ve dertlerinin üstesinden gelebilmesi için ona yardımcı olmayı hedeflemektedir.<sup>8</sup>

Yaşlılarda görülen fiziksel rahatsızlıklar yaşlı bireylerin ruhsal sağlığını da olumsuz etkilemekte olup yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik hastalıklar içinde özellikle depresyon öne çıkmaktadır.<sup>9, 10</sup> Derin üzüntü ile açıklanan depresyon; kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında birçok bozukluğa sebep olan, bireyin çevresindeki uyarılara karşılık verme düzeyinin belirgin olarak azaldığı, dış dünyaya kendisini kapadığı bir durumdur.<sup>11</sup> Eş, dost ve yakınlar gibi birçok kaybın yaşandığı riskli bir dönem olan yaşlılıkta depresyon rahatsızlığı olan kişiler kendilerini başkaları tarafından sevilmeyen yalnız bireyler olarak görmektedirler.<sup>11, 12</sup> Bireyin kişisel öz bakımın azalmasının yanında bu dönemde iştahta azalma ya da artma ve uykuda düzensizlikler yaşanmaktadır.<sup>11</sup> Ayrıca çökkünlük, genel isteksizlik, dalgınlık, değersizlik, yetersizlik, suçluluk düşünceleri ve hayattan keyif alamama gibi depresyon belirtileri de görülebilmektedir.<sup>11, 12</sup> Depresyon, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve özellikle intihar riskini artırabilmektedir. Miyabayashi<sup>13</sup> yaptığı araştırmada, depresyon rahatsızlığı olan yaşlıların yaşam kalitelerinin, depresyonu olmayanlara göre düşük olduğunu ve depresyonlu yaşlıların daha çok intihar girişiminde bulduklarını tespit etmiştir.

Depresyon ve din kavramları birlikte düşünüldüğünde genellikle akla ilk gelen soru dinin genel ruh sağlığı üzerindeki etkisi olmaktadır. Yapılan bazı araştırmalar da, dini yönelimin yüksek olduğu kişilerde depresyon vakalarının daha az görüldüğü, bu kişilerden depresyonu olanların daha hızlı iyileştikleri, iyimser ve daha az kaygılı oldukları, yaşantılarında bir amaç ve anlam buldukları, intihara teşebbüs etme oranlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir.<sup>14-16</sup> Diğer taraftan, yanlış uygulama ve

hurafelerle bezenmiş ve din adına insanlara sunulan bir takım mistik inanışların fertleri ve toplumları olumsuz yönde etkileyerek bireylerde depresyon riskini artırdığı da bilinmektedir.<sup>17</sup> Dini yönelim ve depresyon arasındaki ilişki ile ilgili farklı görüşlerin olması çalışmalarda dini yönelim değişkeninin nasıl ele alındığıyla ilgili görünmektedir.<sup>18</sup> Dinin, ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini belirten araştırmalarda dini inanç daha ziyade öznel dini yönelim ve bununla ilgili değişkenlerle incelenirken, olumsuz etkilerine dair ileri sürülen iddiaların daha çok tutucu ve dogmatik dini yönelim üzerine olduğu belirlenmiştir.<sup>18-20</sup>

Tüm Dünya ile birlikte; Türkiye’de de toplumdaki yaşlı birey sayısı ve beklentilerinin giderek artması, dini yönelimin farklı alan ve araştırmalarda değişken olarak kullanılması yaşlı bireylerde depresyon ve dini yönelim ilişkisini çekici hale getirmektedir.<sup>3, 18, 21</sup> Yaşlı bireylerde dini yönelim ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik literatür incelendiğinde; yurtdışında yapılan araştırmalarda genellikle haftada bir kiliseye devam gibi göstergelerle dini yönelimin ölçülmesinden dolayı elde edilen verilerin bizim kültürümüzü tam olarak yansıtmadığı görülmektedir.<sup>22</sup> Ayrıca, Türkiye’de huzurevi gibi sosyal hizmet kurumlarında kalmayıp kendi imkânlarıyla yaşayan yaşlı birey sayısının daha fazla olmasına karşın,<sup>23</sup> mevcut araştırmaların genellikle yaşlı bakımevleri ya da huzurevlerinde kalan yaşlılar üzerine yapıldığı; Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) kayıtlı yaşlı bireyler üzerine çok az araştırmanın olduğu söylenebilir. Yaşlı bireylerin sorunlarının belirlenmesinin, bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına katkı sağlayacağı düşüncesinden hareketle bu araştırma yaşlı bireylerin dini yönelimleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlılık

#### 2.1.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları

Yaşlanma, anne rahminde başlayarak dünyaya gelen her canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölüme sona ermektedir. Diğer bir deyişle yaşlanma, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden değişime uğramasıdır.<sup>24</sup> Sözlük anlamı yaşlı olma, artmış yaştan etkilerini gösterme olan yaşlılık ise bir yaşam dönemidir.<sup>25</sup> DSÖ yaşlılığı; kişinin kendi kontrolü dışında ortaya çıkan ve dış çevresel etkenlere uyum sağlayabilme kabiliyetinin azaldığı biyolojik dönem olarak ifade etmektedir.<sup>2</sup>

Yaşlılık bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla bir kayıplar dönemi olarak tanımlanmaktadır.<sup>26</sup> Farklı bir tanıma göre ise yaşlılık; bireyin iş veriminin azalmasına, dengesinin kaybolmasına, sağlığının bozulmasına yol açan vücudun yapısal yıkım ve zararına sebep olan değişikliklerin yaşandığı yaşam sürecidir.<sup>27</sup>

Yaş aynı zamanda bir gruplaştırma ölçütüdür. Yaşlılığa kronolojik bir sınır konulmasının amacı kamusal ve toplumsal alandaki karışıklıkları önlemektir.<sup>5</sup> Bu gruplama daha çok toplumların fertlerine biçtikleri rollere ilişkin sınıflamalardan etkilenmektedir. Bir toplumda yaşlı sayılan birey diğerinde yaşlı sayılmayabilir.<sup>5</sup> 65 yaş ve üstünü yaşlı olarak niteleyen DSÖ, 65-75 yaş arasını Genç yaşlılık, 75-85 yaş arasını İleri yaşlılık, 85 yaş ve üzerini ise çok ileri yaşlılık olmak üzere gruplara ayırmaktadır.<sup>2-</sup>

<sup>4</sup> Ancak yaşlılık sınıflandırılması; ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, çalışma süreleri, sağlık güvence sistemleri ve yaşam kalitesine göre değişiklik göstermektedir.<sup>28</sup> Bununla birlikte, yaşlılıkla ilgili yapılan güncel çalışmalar incelendiğinde, araştırmacıların

yaşlılığı farklı özelliklerini vurgulayarak açıkladıkları ve yaşlılığı; kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşlılık gibi başlıklara ayırdıkları görülmektedir.<sup>4</sup>

### **2.1.2. Kronolojik Yaşlanma**

Yaş kavramı, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından; bireyin doğduğu gün ile bugün arasında geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman şeklinde belirtilmektedir.<sup>29</sup> Objektif ve somut bir gösterge olduğundan dolayı kronolojik yaş; özellikle emeklilik, sosyal yardım ve sosyal hizmet araçları gibi resmi işlemlerde uygun olan ve olmayan fertleri ayırt edebilmek için kullanılan tek önemli ölçüt olmaktadır.<sup>25</sup> Diğer taraftan, kronolojik yaş en çok kullanılan yaş olsa da yaşlılığı anlatmada en etkisiz kalan türdür.<sup>30(s.12)</sup> Zira, gelişmiş bir ülkede insan ömrü ortalama 75-80 yıl olabilirken az gelişmiş bir ülkede ise 40-50 yıla kadar düşebilmektedir.<sup>2</sup> Bundan dolayı, kronolojik yaş tanımlamaları nüfusun bir kısmının yanlış sınıflandırılmasına neden olabilmektedir.

### **2.1.3. Biyolojik Yaşlanma**

Biyolojik yaşlılık ile kronolojik yaşlılık genellikle birbirine uyum sağlamaktadır.<sup>4</sup> Gelişim sürecinde, kalıtım ve çevresel faktörlerin etkisiyle vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişime uğramasıyla bireylerin doku ve organlarında meydana gelen yaşlanma; biyolojik yaşlanma olarak nitelendirilmektedir.<sup>4</sup> Biyolojik yaşlanma, bireyin genomunda bulunan bilgilere göre meydana gelen doğal bir süreçtir.<sup>4</sup> Herhangi bir gen kodlamayıp, kromozomların uçlarında bulunan ve telomer olarak adlandırılan özel deoksiribonükleik asit (DNA) dizilerinin kısalmasıyla; hücre bölünmesinin azaldığı ve yaşlanma sürecinin başladığı bilinmektedir.<sup>4</sup>

### **2.1.4. Psikolojik Yaşlanma**

Psikolojik yaşlanma; edinilen tecrübelerle bireyde oluşan davranış değişiklikleri ve uyum kabiliyetindeki yaşa bağlı değişimler olarak ifade edilmektedir.<sup>31</sup> Psikolojik yaşlanma; geçmişe özlem, hatıralarda yaşama ve bunlardan kopamama gibi durumları



içermektedir.<sup>32</sup> Verimli olamama tedirginliği, yetersizlik duygusu ve başkalarına yük olma korkusu gibi duygular yaşa bağlı gelişen psikolojik değişimlerdir.<sup>28</sup>

Psikolojik yaşlanma, insanın kronolojik ve biyolojik yaşlanma sürecine direnmesi ile ilgilidir.<sup>33</sup> Yaşlı insanların bazılarında, yaşlılık üretkenlikten tüketime geçildiği için başkalarına bağımlı bir yaşam süreci olurken; bazıları için ise yaşam deneyimlerinden faydalanılan, aile ve toplumda benlik saygısını kaybetmeyerek saygı ve sevginin yaşandığı aktif bir süreç olabilmektedir.<sup>33</sup>

### **2.1.5. Sosyal Yaşlanma**

Sosyal bir varlık olan insan, toplumla anlam kazanır, toplumla varlığını sürdürür. Yaşlılık, toplumla birlikte sosyal ilişkilerle yoğrularak yaşanır.<sup>34</sup> Yaşlılıkla ilgili kalıp yargılar ve değerler, yaşlılığın ve yaşlanmanın toplumsal bir olgu olduğunu göstermektedir.<sup>34</sup> Toplumdaki sosyal görev ve sorumluluklar “sosyal yaş” kavramını doğurmuştur.<sup>30(s.13)</sup> Toplumun beklentileri doğrultusunda ortaya çıkan sosyal yaş, bireyin belirli bir yaşa ulaştığında bazı sosyal rollere sahip olmasını beklemektedir.<sup>30(s.13)</sup> Örneğin, ilkokula başlama yaşı, işe girme yaşı, oy kullanma yaşı, evlenme yaşı ve emeklilik yaşı gibi kavramlar sosyal yaş ifade etmektedir.<sup>30(s.13)</sup> Sosyal yaşlanma ise; kişinin toplumdaki statü ve rollerinin, sosyal ilişkilerinin yaşlanma ile bağlantılı olarak değişmesidir.<sup>35</sup> Sosyal yaşlanma döneminde, edinilen roller birer birer azalmakta ve bireyin yaşamının son bulmasıyla birlikte tüm toplumsal rolleri de sona ermektedir.<sup>35</sup>

### **2.1.6. Ekonomik Yaşlanma**

Ekonomik yaşlanma, bireyin parasal durumunun, gelir ve gider dengesinin bozulmasıyla yaşam standardının değişmesidir.<sup>36</sup> Yaşlı bireylerin bedenen çalışamaz duruma gelmesi, yaş ilerledikçe gelirlerinin eskiye kıyasla azalması, emekli maaşlarının ihtiyaçlarını karşılayamaması, artan sağlık sorunlarından dolayı daha fazla sağlık

giderlerinin olması nedeniyle bireylerde ekonomik sıkıntılar görülmeye başlanmaktadır.<sup>36</sup> Bu bağlamda ekonomik yaşlanma, yaşlılık döneminde farklı gelir seviyelerine sahip bireylerin yaşam standartları ve sosyal uyumlarını etkilediğinden dolayı önemli bir kavram haline gelmektedir.<sup>6</sup>

### **2.1.7. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlılık**

Dünyada yaşlı nüfusunun artış oranı değişmekle beraber artış tüm ülkeler için her zaman olmaktadır. Küresel olarak nüfusun giderek yaşlandığını gösteren istatistiki bilgiler bu görüşü desteklemektedir.<sup>2</sup> Ayrıca Birleşmiş Milletlerin Dünya Nüfus Beklentileri Raporuna göre; 2017’de küresel olarak 962 milyon olan yaşlı nüfusun 2050’de 2.1 milyar’a, 2100 yılında ise 3.1 milyar kişiye yükseleceği düşünülmektedir.<sup>37</sup>

Dünyada, yaşlı nüfusun artış oranı (%2.1), genel nüfus artış oranından (%1.2) fazladır.<sup>38</sup> Son bir asırda (1950-2050) Dünya nüfusu 4 kat artarken, yaşlı nüfusun 10 kat artacak olması dikkat çekicidir.<sup>38</sup> Dünyada yaşlı nüfusun en fazla artış göstereceği ülkenin 2008- 2040 yılları arasında %316 ile Singapur olacağı tahmin edilmektedir.<sup>38</sup>

Türkiye’de doğum oranlarının düşmesi ve nüfus oranı yüksek olan genç neslin giderek yaşlanmasından dolayı, yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla artış göstermektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 1940’ta %3.5 iken, 1970’de %4.4’e, 2012’de %7.5’e ve 2016’da %8.3’e çıkmıştır.<sup>3</sup> Nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfus oranının 2023’te %10.2, 2050’de %20.8, 2075’te ise %27.7’ye artış göstereceği düşünülmektedir.<sup>3</sup>

### **2.1.8. Yaşlı Bireylerde Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini**

Tüm dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ve yaşlı bireylerin Alzheimer ve demans gibi hastalıklara yenik düşmesiyle psikiyatri hemşirelerine her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>39</sup>

Bir psikiyatri hemşiresinden beklenen özel talepler her birey için farklıdır. Yaşlı bireylerin beklentilerini karşılayabilmesi için, bir psikiyatri hemşiresinin enerjik, algısal ve çok yönlü olması gerekir.<sup>40</sup> Psikiyatri hemşireliği iyi iletişim becerileri, başkalarını yönetme yeteneği ve fiziksel dayanıklılık gerektirir.<sup>41</sup>

Psikiyatri hemşiresinin yaşlı birey hakkında doğru ve yararlı veri toplayabilmesi, büyük ölçüde yaşlı bireyin görüşme sırasında kendini ne kadar rahat hissettiğine bağlıdır.<sup>42</sup> Yaşlı insanlar başkalarının umursamazlığı, ilgi eksikliği ve sabırsızlığına karşı hassas ve duyarlıdırlar.<sup>42</sup> Diğer taraftan, yaşlı bireyler, fiziksel veya psikolojik işlevlerindeki değişikliklerin farkında olsalar da korkularını teyit etmekte tereddüt edebilmektedirler.<sup>42</sup> Mevcut tıbbi ya da psikiyatrik sorunlarla değil, yaşa bağlı olduklarını varsayarak belirtileri en aza indirebilir veya yok sayabilirler.<sup>42</sup> Psikiyatri hemşiresi, yaşlı birey hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilmek amacıyla; samimi davranarak yaşlı bireyin kendisini daha rahat ifade etmesini sağlamalıdır.<sup>42</sup> Bununla birlikte, yaşlı birey ile olan görüşmeden elde edilen bilgiler dikkatlice değerlendirilmeli, şüpheye düşülen konularda psikiyatri hemşiresi, yaşlı bireyin ailesi ve yakın çevresine danışmalıdır.<sup>42</sup>

Psikiyatri hemşiresi, yaşlı hastalarının ruhsal durumları ve davranışlarını çok iyi gözlemleyip yorumlayarak, elde ettiği bilgiler ışığında tedavi sürecine katkıda bulunmalıdır.<sup>43</sup> Diğer bir deyişle, iletişimin neredeyse imkânsız hale geldiği psikolojik ve fiziksel hastalığı olan yaşlı bireylerle ilgilenirken uzmanlık alan bilgisiyle psikiyatrik bozuklukların yanı sıra yaşlı bireylerde görülmesi olası olan davranış ve algılama bozukluklarını daha iyi anlayarak hastasına daha iyi bir bakım sunulmasını sağlamalıdır.<sup>43</sup>

Psikiyatri hemşiresi, yaşlı hastalarının tedavi sürecinde öncelikle güvene dayalı ilişkinin oluşmasını sağlamalıdır.<sup>44</sup> Sonrasında, yaşlı bireylerin yeni hobiler edinmesi ve

uğraşı tedavisi için yaşlı özendirilmelidir.<sup>44</sup> Bir danışman olarak psikiyatri hemşiresi, yaşlı bireyin bakımı ile ilgili olan kişilerin, hasta bakımının davranışsal, sosyal ve bilişsel yönlerini ele almasına yardımcı olmalı ve bu kişiler arasında koordinasyonu sağlamalıdır.<sup>42</sup>

Psikiyatri hemşiresi tedavi edici ortamın, yöneticisi, şekillendirici ve kullanıcısıdır.<sup>45</sup> Tedavi edici ortam; hastayı iyileştirmeyi, özsaygısı ile benliğini desteklemeyi, sağlığını yükseltmeyi ve en kısa sürede sosyal yaşama tekrar dönmesini hedefleyen ideal ve dinamik bir ortamdır.<sup>45</sup> Bakım, kontrol ve desteklenme ihtiyacı olan bireylere tedavi edici ortamın hazırlanması psikiyatri hemşiresinin önemli görevleri arasındadır.<sup>45</sup> Tedavi edici ortam, hastanın kendisini ifade edebilme, kişiler arası ilişkilerini geliştirme, temel ihtiyaçlarını giderme, sosyal becerileri kullanabilme, personel arasındaki iletişimden maksimum yarar görme, sorunlu davranışlarını kontrol edebilme, sorumluluk alabilme ve tedavi planına katılabilme imkânlarını arttırmaktadır.<sup>45, 46</sup> Psikiyatri hemşiresi, psikotropik ilacın yaşlı insanlarda güvenli kullanımını da dâhil olmak üzere somatik ve kişilerarası tedaviler hakkında bilgi sahibi olmalı, karmaşık ilaç rejimlerini takip ederek ve hasta ya da bakıcıya ilaç yönetimi konusunda yardımcı olmalıdır.<sup>42</sup>

## **2.2. Dini Yönelim**

İnsanın bir ruha sahip olması ve insanın ancak beden ile ruh birlikteliğiyle bir bütün oluşturması onu diğer canlılardan ayırmakta ve özel kılmaktadır.<sup>47</sup> İnsan ruh yapısının önemli yönlerinden biri ise yaşanan ve karşılaşılan olayları anlamlandırma çabasıdır.<sup>48(s.64)</sup> Birey kendi dışında gelişen olayları, manalı bir şekilde açıklama ve anlama, tahmin ve kontrol etme, özgüvenini koruma ve güçlendirme ihtiyaçlarından dolayı farklı sebeplerle açıklamaya çalışır.<sup>48(s.64)</sup> Bu anlam arayışında insanları içinde buldukları belirsizlik duygusundan kurtaran ve onlara tekrar özgüven kazandıran olgu

olan din, bireylere varoluşla ilgili bilgiler vererek hayatın bir bütün olarak anlaşılmasını sağlamaktadır.<sup>48(s.142)</sup> Böylece, birey bilimsel alanlarda cevap bulamadığı birçok soruyu, din ile açıklamaya çalışmaktadır.<sup>48(s.142)</sup> Allport,<sup>49</sup> her şeyin arka planındaki gizli değeri bulmaya yönelik bir arayış şeklinde ifade ettiği dini tüm yaşam felsefelerinin en kapsamlısı olarak belirtmiştir.

Dini yönelim, dinin birey için ne anlam taşıdığı ve bireyin dinini nasıl yaşadığı ile ilgilidir.<sup>50</sup> Bireylerin dini ve dini değerleri algılayış tarzları, bu değerlere bağlılık seviyeleri ve din hakkındaki tutumlarının yaşantılarına yansımaya derecesini ifade etmek için dini yönelim kavramı kullanılmaktadır.<sup>14, 50</sup> İnsanın yaşamında motive edici etkenleri, din ile ilgili algı ve yaklaşımlarının belirlenmesi dini yönelimin anlaşılmasında önemlidir.<sup>14, 50</sup>

Din, psikoloji literatüründe; bireyin davranışlarına yön veren, insan hayatına anlam katan kutsal ya da doğüstü bir veya daha fazla yaratıcı ve güç olgusuna bağlı semboller, inançlar ve törenler sistemi olarak açıklanmaktadır.<sup>7</sup> Bununla birlikte psikoloji biliminde uzun bir süre din görmezden gelinerek, bireylerin dini inanca neden ihtiyaç duyduğu üzerine araştırmalar yapılmamıştır.<sup>51</sup> Oysaki din, bir inanç sistemi oluşturup toplumda sosyal ilişkileri düzenleyerek insanların yaşam biçimlerini belirlemektedir.<sup>18</sup> Bireylerin davranışlarını ve ilişkilerini etkilemesi yönüyle din, psikolojiyle ilişkilidir.<sup>51</sup> Ayrıca, din sosyal gerçekliktir.<sup>52</sup> Bu açıardan bakıldığında psikoloji biliminin din ile ilgilenmesi, araştırmalar yapması önem arz etmektedir.

Bir Yaratıcının var olduğuna inanma, inanan kişinin hayatındaki en önemli motivasyon kaynağı olup,<sup>53</sup> ruhsal rahatsızlıkları olan kişilerin Yaratıcı'ya inanmalarının onlara iç huzur ve güven kazandıracakları belirtilmiştir.<sup>47</sup> Bu şekilde; kişinin bir düşünce, görüş, din ya da öğretiye inanması inanç kelimesi ile ifade edilmektedir.<sup>47</sup> Bireyin inancı, onun yaşam tarzından davranışlarına kadar pek çok duruma etki

edebildiği gibi hastalık ve sağlık konularındaki algı ve düşüncelerine de etki etmektedir.<sup>8</sup> Örneğin hastalığa Allah'ın kendisini sınamak için yakalandığına inanan kişi hastalıkla başederek iyileşmeye çalışırken, hastalığının bir ceza olarak kendisine verildiğine inanan kişi iyileşmek için gayret göstermeyip derin üzüntü yaşayabilmektedir.<sup>8</sup> Yine aynı şekilde dini inanç dışında, hastalığı yüzünden öleceğine inanan kişi, bu süreçte tedavi görmekten kaçınabilmektedir.<sup>8</sup>

### **2.2.1. Dini Yönelim ve Yaşlılık**

Son zamanlarda yaşlılık üzerine yapılan araştırmalarda öngörülen değişkenlerden biri olarak dinin de kullanıldığı görülmektedir.<sup>5</sup> Yaşlılık ve yaşlanma konusunda farklı bakış açısı ile önemli veriler sunan yaşlılıkta din olgusu üzerine yapılan araştırmaların antropoloji (insan bilim), hemşirelik, tıp, psikoloji, sosyoloji, dini araştırmalar ve diğer ilgili alanlarda da giderek arttığı gözlemlenmektedir.<sup>5</sup> Yapılan çalışmalarda, yaşlılık ve dini yaşayış kavramlarının genellikle birlikte değerlendirildiği gözlemlenmektedir. Bu çalışmalarda dine yönelimin, adeta bir liman görevi görerek yaşlandıkça yaşamdan uzaklaşan bireylerin, hayata tutunmalarını ve öteden beri zihinlerinde hissettikleri bir sürece kolay uyum sağlamalarına yardımcı olduğu ifade edilmektedir.<sup>21</sup>

Yaşamın son basamağı olan yaşlılık döneminde, yaşlıların varoluş ve ölüm gibi bazı temel soruları anlamlandırma gereksinimlerinden dolayı dini yönelim önem kazanır.<sup>54</sup> Geçmiş yaşamlarında düzenli bir dini yaşantısı olmayan yaşlı bireyler, ölüm gerçeğinin kendisini hissettirdiği ve yaşamın zevklerinin sona ermeye başladığı bu dönemde, hayatlarına bir amaç ve anlam katmak düşüncesiyle dini değerlere yönelmektedirler.<sup>54</sup> Dini yönelim, yaşlılık döneminde farklı sağlık sorunları ve kayıplar yüzünden duygusal sarsıntılara maruz kalan yaşlı bireylerin yaşamlarının anlam ve kalitesine de katkı yaparak yaşlıya duygusal destek sağlar.<sup>55</sup> Dini yönelim, yaşlılara değiştiremeyecekleri bu tür problemleri kabullenip katlanmalarını sağlar.<sup>56</sup> Koenig<sup>57</sup>,

yaşlılıkta karşılaşılan stresin üstesinden gelmede dinin eşsiz ve önemli bir kaynak olduğunu belirtmiştir. Yaşlı bireylerin dine daha düşkün olduğunu iddia eden Pargament<sup>58</sup> ise; bir yaşam gayesi, yaratıcıyla bir bağı ve diğer insanlarla manevi birliktelik üzerine kurulu temelleri olan din anlayışının bireylerin mutlu ve sağlıklı olmalarına katkıda bulunduğunu belirtir.

Dini inanca değer veren ve yaşantısına bu yönde şekil veren yaşlı bireyler, sosyal çevrelerini de buna göre oluşturdukları için sosyal destek ve aktivite konularında destek görürler.<sup>55</sup> Yaşlı bireylerin ifadelerine göre; dini inançları ölüm korkularını azaltmış, kayıp ve kederlerinin üstesinden gelmelerine yardım etmiş, kendilerine yeni arkadaş ve dostluk ortamları sağlamış, engelleme ve krizler gibi birçok zorlu durumda destek sağlamıştır.<sup>55</sup>

### **2.2.2. Dini Yönelim ve Ruh Sağlığı**

Tarihte, ruh hastalıkları için bilinen ilk hastanenin dini bir mezhep tarafından milattan sonra 490'da Kudüs'te kurulduğu göz önüne alındığında; din ile ruh hastalıkları arasında ne kadar derin bir bağ olduğu anlaşılmaktadır.<sup>59</sup> Her ne kadar geçmişte bazı dinler de ruhsal rahatsızlığı bulunanlar, içine “şeytan” girmiş varlıklar olarak nitelendirilip farklı işkencelere maruz bırakılsa da, bütün dinlerin genel olarak ruhsal hastalıkları ele alışının olumlu olduğu ifade edilebilir.<sup>60</sup>

Bireyin iyi olmasını sağlayan etkenlerden biri olarak dini kabul eden psikologlar, dini değer ve ritüelleri bireyin iç huzuru ve mutluluğu açısından önemli görmektedirler.<sup>61</sup> Dinin kişiye kazandırdığı manevi değerlerin bireyin gelecekle ilgili ümitli olmasını sağladığı ve hayatına anlam kattığını belirten Seligman,<sup>62</sup> din ve psikolojiyi yaptığı çalışmalar da birleştirmiştir. Dini ibadetler; kaygı, depresyon, öfke, korku, yabancılaşma, aşağılık duygusu vb. ruh sağlığını etkileyen duygular üzerinde hafifletici özelliğe sahiptir.<sup>18</sup> Psikoterapi sürecinde, kişinin Tanrı'yla olan bağının,

terapist ile kurulan ilişki gibi olumlu sonuçlar doğurduğu rapor edilmiştir.<sup>63</sup> Bununla birlikte Pargament'e göre<sup>58</sup>; karşılaşılan bir sıkıntı durumunda dinin, teselli verme, anlam sunma, sosyal destek sağlama, kontrol hissi kazandırma, hayatı dönüştürme ile olgunlaştırma imkânı kazandırma gibi işlevleri de vardır.<sup>58</sup>

Diğer taraftan, dinin sağlık açısından, negatif etkilerinin de olabileceğine dair görüşlerde bulunmaktadır.<sup>64</sup> Dini ilkel bir yönelim olarak değerlendiren ilk psikanalistler; dinler tarafından konulan sınırlama ve yasakların insan psikolojisini bozduğu, bundan dolayı dinin nevroz etkisi oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir.<sup>65</sup>

## **2.3. Depresyon**

### **2.3.1. Depresyon Nedir?**

Depresyon kelimesi Latince “depressus” kelimesinden gelmekte olup sözlükte; çekmek, bitkin, aşağı doğru bastırmak, kederli, hüznü, gamlı, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamlarına karşılık gelmektedir.<sup>12</sup> Gündelik konuşmada ise daha çok çökkünlük ya da ruhsal çöküntü olarak kullanılmaktadır.<sup>12</sup> Çok eski zamanlardan itibaren bilinen bir hastalık olan depresyon, günümüzde şehirleşme ve endüstrileşmenin beraberinde getirdiği aşırı stres, toplumdaki bireyselleşmenin bir sonucu olarak ikili ilişkilerin zayıflaması ve yaşamdan beklentilerin çoğalması gibi nedenlerden dolayı artmaktadır.<sup>66</sup>

Depresyon; büyük hüznü, bazen de hem bunaltılı hem üzüntülü duygu yoğunluğuyla beraber düşünce, konuşma ile fizyolojik metabolizma da yavaşlamanın yanında bireyin kendisini değersiz, küçük, güçsüz, isteksiz ve karamsar hissettiği bir sendromdur.<sup>67</sup> Duygu durum bozuklukları arasında en sık görülenlerden biri olan depresyon, bireyin derin bir keder içinde kendisini hissettiği, hayatla ilgili arzu ve zevklerin kaybolduğu, gelecekte umutsuz, geçmişe dair ise çok fazla pişmanlık ve suçluluk düşüncelerinin olduğu, çoğu zaman ölüm düşüncesi bazen de intihar



girişimlerinin olabildiği yeme içme, uyku, cinsel istek ve benzeri temel ihtiyaçlarda fizyolojik bozuklukların yaşandığı bir hastalıktır.<sup>68, 69</sup> Dünya Zihin Sağlığı Federasyonu ise depresyonu; düşünceler, duygular ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olan işlevsel bozukluk olarak tanımlamaktadır.<sup>70</sup>

### **2.3.2. Depresyonun Etiyolojisi**

Depresyonun ortaya çıkışında birden fazla etkenin (psikososyal, genetik ve biyolojik etkenler ile sosyal ve kültürel etmenler) sorumlu olduğu düşünülmektedir.<sup>9</sup> Literatür incelendiğinde ilk kez Hipokrat'ın, depresyonun belirtilerini tanımladığı ve depresyonun etiyojisini açıkladığı görülmektedir.<sup>71</sup> Hipokrat ekolü, insan vücudunda duygularla ilgili dört farklı sıvının (kan, lenf, kara safra ve sarı safra) olduğunu ve bu sıvılardan kara safra ile lenf sıvısının melankoli, mani, paranoya ve frenitis (ateşli akut akıl hastalığı) gelişimine sebep olduklarını iddia etmiştir.<sup>71</sup> Anatomist ve tıp doktoru Vesalius ise; 16. yüzyılda “Melankoli beyin ya da bir başka organın tümöründen kaynaklanmaktadır” görüşünü ileri sürmüştür.<sup>72</sup>

Depresyonun etiyojisinde serotonin ve norepinefrin aktivitesinde azalma olduğu bilinmekte olup her iki hormon da duygu durum sorunlarında üzerinde en çok durulan nörotransmitterlerdir.<sup>73</sup> Bununla birlikte bilim insanları arasında depresyonu; serotonin seviyesindeki azalmayla açıklayanlar olduğu gibi, serotonin aktivitesindeki artıştan kaynaklandığını düşünenler de olmuştur.<sup>73</sup> Ayrıca depresyonda gama amino bitürik asit, dopamin döngüsü ve homovalinik asit düzeyi de düşük bulunmuştur.<sup>9</sup>

### **2.3.3. Yaşlılıkta Depresyon Epidemiyolojisi**

Çok küçük yaşlardan başlayarak her yaş grubunda görülebilen bir hastalık olan depresyonun, yaşlılarda da görülme oranı giderek artmaktadır.<sup>74</sup> Yaşlı bireylerde fiziksel hastalıklar ile depresyon arasında güçlü ilişki olup, ilerleyen yaşlarda kişide fiziksel hastalıkların artmasıyla ruhsal hastalıkların da artış gösterdiği bilinmektedir.<sup>9</sup>

Yapılan çalışmalarda, diğer insanlarla birlikte toplumda yaşamını devam ettiren yaşlıların %15-25'inde, huzurevlerinde yaşayanların % 20-30'unda ve uzun dönem bakım merkezlerinde yaşayan yaşlıların ise %25'inde depresyonla karşılaşıldığı rapor edilmiştir.<sup>75</sup>

Farklı Avrupa Ülkeleri'nde yaşayan 21425 kişiyle yapılmış "The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)" adlı çalışmada yaşam boyu herhangi bir duygu durum bozukluğunun görülme oranı %14 olarak belirlenmiştir.<sup>76</sup> Bu araştırma da depresyonun sıklığı ise %3.6-8.5 arasında değişmektedir.<sup>76</sup> Ayrıca, depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>76</sup> Türkiye'deki durum ile ilgili yapılan çalışmalar arasında ise 1018 kişiyle yapılan bir araştırmada yaşlılık depresyon yaygınlığı %18 olarak belirlenmiştir.<sup>77</sup> Diğer bir çalışma sonucunda ise, geriatri polikliniğine başvuran kişilerin %30.7'sinde, serviste tedavi görenlerin ise %35'inde majör depresyon belirlenmiştir.<sup>78</sup> Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen bir araştırmada 7479 kişi ile Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi yöntemiyle gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda depresif nöbet sıklığı %4.0 olarak saptanmıştır.<sup>68</sup>

Bununla birlikte, yaşlılıkta depresyonun epidemiyolojiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde, görüşülen yaşlı bireylerin özellikleri ve çalışılan yöntemler değiştikçe depresyonun yaygınlığıyla ilgili birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Farklı sonuçların ortaya çıkmasında bireylerin yaşları, cinsiyetleri, sağlık durumları, medeni halleri, eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri ve kentleşme gibi faktörler etkili olmaktadır.<sup>79</sup>

### **2.3.4. Yaşlılıkta Depresyonun Önemi**

Yaşlı nüfusundaki artış, beraberinde yaşlılığa özgü fiziksel hastalıkların ve psikiyatrik rahatsızlıkların da görülme oranlarında artışı getirmektedir.<sup>80</sup> Yaşlılık dönemi bireyin üreticilik rolünü bıraktığı, sosyal konumunun değiştiği, yeti yitimleri ve

fiziksel hastalıkların arttığı, kişilerarası desteğin zayıfladığı bir dönem olduğundan yaşlı bireylere olan yaklaşımın diğer yaş gruplarından farklı olması gerekmektedir.<sup>81</sup>

Yaşlı bireylerde depresyonun belirlenmesindeki en büyük zorluk; yaşlanmayla beraber bireyde doğal bir hüznün durumu ve vaz geçmişliğin olabileceği ön yargısıdır.<sup>10</sup> Zira yaşlılarda ağlamak, kederlenmek, diğer insanlardan uzaklaşarak içine kapanmak, alınganlık göstermek, uykusuzluk ve unutkanlık gibi belirtiler normal sayılmakta ve yaşlılıktan kaynaklandığı varsayılmaktadır.<sup>10</sup>

Yaşlı bireylerin yakınlarının ölmesiyle yalnızlık çektikleri ve bu durumun depresif bozuklukların gelişmesine sebep olabileceği bildirilmiştir.<sup>82</sup> Taylor<sup>83</sup> yaşlılık döneminde çevreye uyumun bozulmasıyla genellikle depresyon görüldüğünü ve bu durumun ilerleyen yaşlarda bunamaya sebep olacağını ifade etmiştir. Miyabayashi<sup>13</sup> araştırmasında; depresyonu olan yaşlıların intihar girişimlerinin yüksek olduğunu, intihara kalkışan yaşlıların %50'ye yakınının bir ay önce, %26'sının bir hafta önce, %7'sinin de bir gün önce ilgili hekimler tarafından muayene edildiği belirlemiştir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerde psikiyatrik rahatsızlıkları belirlemek ve tedavi sürecini bir an önce başlatmak daha da önem kazanmaktadır.

### **2.3.5. Yaşlılıkta Depresyon İçin Risk Faktörleri**

Olağan yaşlanma sürecinde meydana gelen bazı biyokimyasal değişiklikler ile depresyon arasında bağ olduğu düşünülmektedir.<sup>84</sup> Yaşlı bireylerde depresyon rahatsızlıklarında santral sinir sisteminde dopamin, norepinefrin ve serotonin düzeyleri ile monoamin oksidaz-B aktivitesinde azalma gözlemlenmiştir.<sup>84</sup> Ayrıca, yaşlılık döneminde; sık kullanılan beta blokerler, L-Dopa, dijital ve antihipertansif ve benzeri ilaçlar da depresyona yatkınlığı artmaktadır.<sup>85</sup>

Bununla birlikte yaşlılıkta depresyona neden olabilecek önemli etkenlerden birisi, bireyin yakın çevresiyle (akraba, eş, dost) görüşme sıklığının düşük olmasıdır.<sup>86</sup>

Depresyonda olan yaşlıların düzenli spor yapmadıkları, gelecekte ümitsiz oldukları ve kronik rahatsızlıklarının bulunduğu da bildirilmiştir.<sup>87</sup> Bunların yanı sıra, yaşlı bireylerin depresyona yatkın olmalarını sağlayan diğer risk faktörleri; sosyal ilişkilerde azalma ve buna bağlı olarak gelişen yalnızlık hissi, cinsiyet (kadın olmak), dul kalmak, maddi gelirdeki azalma, yakın çevresindeki ölümler, fiziksel rahatsızlıklar ve özgüven kaybı olarak sıralanabilir.<sup>74, 82</sup>

### **2.3.6. Yaşlılıkta Depresyonun Tanısı**

Yaşlı bireylerde depresyon tanısı konulurken bazı konularda hassas olunmalıdır. Bireyin hastalık öyküsü kendisi ve ailesinden detaylı olarak dinlenilmelidir.<sup>88</sup> Bu öyküde, hastanın son dönem işlevselliği, ailenin ruhsal yapısı, aile fertlerinin karakter analizi, kronik fiziksel hastalıklar ve görülen hastalıkların belirtileri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.<sup>88</sup> Ayrıca, depresyona sebep olabilecek hastalıklar araştırılmalı, hastanın fiziksel muayenesi yapılmalı, tam kan sayım sonuçları, karaciğer, böbrek ile tiroid bezi fonksiyonları, sıvı elektrolit değerleri, elektrokardiyografi, bilgisayarlı beyin tomografisi, vitamin B12 ve folat düzeyleri ayrıntılı olarak incelenerek değerlendirilmede dikkate alınmalıdır.<sup>88</sup>

Yaşlı bireylerde depresyon rahatsızlıklarında, elem, keder, üzüntü, hüznün gibi duygu durum bozukluklarından ziyade huzursuzluk, asabılık, yaygın anksiyete, inatçılık, çocuksu hareketler, sürekli şikâyet ve dert yanma, çok fazla istekte bulunma görülebilir.<sup>88</sup> Ayrıca, intihar düşüncesinden çok söz etmeyip, yemek yememe, hayati öneme sahip ilaçlarını kullanmama, alkol ve zararlı ürünler tüketme, hekim tavsiyelerini uygulamama gibi hareketlerle dolaylı yoldan intihar girişimi içinde olabilirler.<sup>80, 89</sup>

Yukarıda belirtilenlerle birlikte; beden ölümü gerçekleşmeden ona davetiye çıkaran psikolojik ölümün çok zor anlaşılabilirdiği ve bu durumun en iyi çaresinin

sağlıklı iletişim ve diyalogların kurulabileceği sohbet ortamları olduğu belirtilmektedir.<sup>90</sup>

### **2.3.7. Yaşlılıkta Depresyonun Tedavisi**

Yaşlı bireylerde depresyon rahatsızlıklarında, kendiliğinden iyileşme oranı düşük ve intihar riski yüksek olduğundan tedaviye olabildiğince erken başlamak önem taşımaktadır.<sup>78</sup> Yaşlılarda metabolizmaya bağlı değişiklikler, mevcut fiziksel rahatsızlıklar, yaşanan ruhsal sorunlar, bilişsel değişiklikler, toplumsal görevlerde değişme ile rol kaybı, yeti yitimi ve yalnızlaşma gibi durumlar yaşlılara özel tedavileri gerektirmektedir.<sup>78</sup> Yaşlı depresif hastaların tedavisinde genellikle farmakoterapi, psikoterapötik yaklaşım yöntemleri ile elektrokonvulzif terapi kullanılmaktadır.<sup>74</sup> Bunların yanı sıra geniş işlevsel ve psikososyal tedavi girişimlerinin de pozitif sonuçlarının olduğu belirtilmektedir.<sup>74</sup> Bu bağlamda, yaşlı bireylerin sosyal aktivitelerinin artırılması yolu ile sosyal hayattan dışlanmaları engellenmeli, tedavi sürecinde özellikle ailenin ve toplumun desteği sağlanmalı, tedavinin farklı kademelerindeki sıkıntılarının giderilebilmesi amacıyla biyopsikososyal yaklaşım etkin kılınmalıdır.<sup>91</sup>

Yaşlı bireylerde antidepresan ilaçlara yanıt alınması, gençlere kıyasla daha geç olabilir, bazen en az 3 – 4 hafta beklemek gerekebilir.<sup>11, 78</sup> Başlangıçta tek ilaç tercih edilmeli, düşük konsantrasyonlar da tedaviye başlanmalı ve kademeli olarak arttırılarak bu sayede uygun doza ulaşılmalıdır.<sup>80</sup> Ayrıca antidepresan ilaç seçiminde ilaç-ilaç etkileşimleri, farklı fiziksel hastalığı olan bireylerde rahatlıkla kullanılabilmesi ve iyi tolere edilebilmesine dikkat edilmelidir.<sup>92</sup>

Bununla birlikte, yaşlı bireylerde iyileşme görüldükten sonra sürdürme safhası tamamlanmadan ilaç kullanımı bırakılmamalıdır.<sup>11, 80</sup> Tedavi aynı dozlarda altı ay ile bir

yıl arasında sürdürülmelidir.<sup>80</sup> Sürekli tekrarlayan depresif atakları olan hastaların yinelemeler olacağından dolayı idame tedavisinin uzun süreli olması gerekmektedir.<sup>11, 80</sup>

#### **2.4. Depresyonlu Yaşlı Bireylerde Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri**

Yaşam kalitesinin azaldığı başkalarına bağımlılığın arttığı yaşlılık döneminde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan depresyonun önlenmesi ve tedavisinde psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.<sup>42</sup> Psikiyatri hemşireleri, şizofreni, depresyon, psikoz ve demans gibi ruhsal hastalıkları olan hastalara yardımcı olan sağlık hizmetlerinde en zorlayıcı rollerden birine sahiptir.<sup>42</sup> Bu nedenle, psikiyatri hemşireliği özel bir karakter ve kişilik gerektiren bir uzman hemşirelik rolüdür.<sup>42</sup>

Depresyonda olan yaşlıların değerlendirmesinde, bireyin bilişsel ve mental durumu göz önüne alınmalıdır.<sup>74</sup> Bu safhada, endişeli, üzüntülü, sıkıntılı görünüş, kısık sesle konuşma, hareketlerde yavaşlama, mutsuzluk, huzursuzluk, yanlış algılama, uyku düzensizlikleri, güçsüzlük, halsizlik, iştahta değişim ve intihar eğilimi hemşire tarafından dikkatle gözlemlenerek değerlendirilmelidir.<sup>74</sup> Psikiyatri hemşireleri, depresyona giren yaşlı bireylere yönelik olarak danışman, eğitimci, bakım verici ile yapılan bakımı denetleyici gibi rolleri üstlenirler.<sup>93</sup> Psikiyatri hemşirelerinin, bu görevlerini en iyi şekilde yapabilmeleri için yaşlanma, yaşlılıkta görülen kronik rahatsızlıklar, yaşlanmayla ilişkili olan fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, yaşlı bireylere sunulan sağlık ve sosyal destek hizmetleri gibi konularda bilgi ve deneyime sahip olmaları ve kendilerini sürekli geliştirmeleri gerekmektedir.<sup>94</sup>

Psikiyatri hemşireleri, depresyonu olan yaşlı bireylerin bağımsızlığını, saygınlığını ve yaşam kalitesini teşvik etmelidir.<sup>95</sup> Psikiyatri hemşireleri, depresyonu olan yaşlı bireylerin karmaşık durumlarda çeşitli beklentilerini çözümü ve bu tür kriz durumlarını yönetme konusunda deneyimli olmalıdırlar.<sup>96</sup>

Depresyonu olan yaşlı bireye güvenli bir çevre oluşturulması, hastanın yeterince beslenme ve dinlenmesinin sağlanması, kişisel bakımın sürdürülmesi, uyum sağlayıcı baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve intihar girişiminin önlenmesi de psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında bulunmaktadır.<sup>95</sup> Yaşlı bireye bakım planlanırken hastanın zayıf yönleri yerine, güçlü yönlerine odaklanması daha doğru olur.<sup>93</sup> Ayrıca, yaşlı bireylerin toplumun bir parçası olarak görülmeleri ve onlara fert olarak saygı duyulması, yaşlı bireyin yetiştiği kültürün farklı olabileceği göz önüne alınarak bakımın planlanması çok önemlidir.<sup>93</sup>

Psikiyatri hemşiresinin; bireyin rahatsızlığı, hastalık belirtilerine olması gereken yaklaşım tarzı, bireyin kullandığı ilaçların yan etkileri, bireyin hastalık tablosunda olabilecek değişikliklerin değerlendirilmesi ve bireyin tedaviye uyumuna etki edebilecek durumlar hakkında yaşlı bireyin ailesine bilgi vermesi bireyin iyilik halinin devam etmesine katkı sağlayacaktır.<sup>74, 94</sup> Yaşlı birey ve yakınlarının bu şekilde bilgilendirilmesi, tedaviden sonraki süreçte ailenin hastayı anlama ve kabul etmesini, bireyin kendisini daha iyi hissederek hastane dışında da bulunduğu ortamda tedavisine devam edilmesine yardımcı olur.<sup>94, 95</sup>

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ağrı İl Merkezi'nde hizmet veren ASM'lerde 25.04.2018 - 02.04.2019 tarihleri arasında yapıldı. Ağrı il merkezinde şehirleşmenin yavaş ve nüfus yoğunluğunun az olmasından dolayı kırsal özellikler görülmektedir. Toplumda aşiret ve büyük sülalelerin varlığı hissedilmekte olup; kalabalık nüfusa sahip olmalarından dolayı yaşlı bireyler çoğunlukla aileleriyle ikamet etmektedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Ağrı İl Merkezi'nde bulunan 8 ASM'ye kayıtlı 6283 yaşlı birey; örneklemini ise, 8 ASM arasından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 3 nolu, 4 nolu ve 6 nolu ASM'lere kayıtlı 2882 birey arasından araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 509 birey oluşturdu.

#### Araştırmaya alınma ölçütleri;

65 yaş ve üstü olan, Ağrı İl Merkezi'nde ikamet eden, işitme, görme ve mental bir engeli bulunmayan, sözel iletişim kurabilen, iş birliğine açık ve gönüllü olan bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

#### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu algısı, yaşanan kişi, sağlık durumu algısı, herhangi bir hastalığa sahip olma durumu, sorunlarla başa çıkma yöntemi ve boş zaman değerlendirme yöntemidir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise; Dini Yönelim Ölçeği (DYÖ) ile Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu'ndan (GDÖ-15) alınan ölçek puanlarıdır.



### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, Nisan 2018 - Ağustos 2018 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından yaşlı bireylerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Veriler, yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Dini Yönelim Ölçeği (DYÖ) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ -15) uygulanarak toplandı. Kişisel bilgi formu ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 25-30 dakika sürdü.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu (Ek -5), yaşlı bireylerin kişisel bilgilerini elde etmek ve araştırmada değerlendirmek üzere gizlilik prensibiyle hazırlanmış bir formdur. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu algısı, yaşanılan kişi, sağlık durumu algısı, herhangi bir hastalığa sahip olma durumu, sorunlarla başa çıkma yöntemi ve boş zaman değerlendirme gibi değişkenler hakkında verilere erişmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 11 sorudan oluşan bir formdur.

#### **3.6.2. Dini Yönelim Ölçeği (DYÖ)**

Onay<sup>97</sup> tarafından kişilerin düşünce, davranış ve duygularında dinin ne kadar belirleyici olduğu ve dini yönelimlerini tespit etmek amacıyla 1997 yılında dini yönelim ölçeği geliştirilmiş ve 18 -22 yaş arası öğrencilere uygulanmıştır. 1999 yılında bu ölçekte bazı değişiklikler yapılarak yeniden geliştirilmiştir (Ek -6).<sup>97</sup> Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği ise yine Onay<sup>97</sup> tarafından yapılmıştır. Düşünce, davranış ve duygu olmak üzere üç alt boyutun yer aldığı ölçekte, on ikisi düz ve altısı ters kodlanan 18 madde bulunmaktadır. DYÖ’de yer alan maddeler “Hiçbir zaman” (1 puan), “Bazen” (2 puan), “Çoğu zaman” (3 puan), “Her zaman” (4 puan) şeklinde dördümlü likert tipi bir

ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18; en yüksek puan ise 72'dir. Ölçekten alınan puanın 72'ye doğru çıkması, dini yönelim seviyesinin arttığını, 18'e doğru düşmesi de dini yönelim seviyesinin azaldığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0.95'tir.<sup>97</sup> Bu araştırmada DYÖ'nün Cronbach's Alpha değeri 0.82 olarak bulundu.

#### **Alt Boyutlar:**

**Düşünce Alt Boyutu:** 3'ü düz kodlanan (1, 7 ve 9. madde), 4'ü ters kodlanan (2, 12, 15 ve 17. madde) toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Düşünce alt boyutundan alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar; 7 – 28'dir.

**Davranış Alt Boyutu:** 6'sı düz kodlanan (3, 5, 6, 14, 16 ve 18. madde), 1'i ters kodlanan (4. madde) toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Davranış alt boyutundan alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar; 7 – 28'dir.

**Duygu Alt Boyutu:** 3'ü düz kodlanan (10, 11 ve 13. madde), 1'i ters kodlanan (8. madde) toplam 4 maddeden oluşmaktadır. Duygu alt boyutundan alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar; 2 – 16'dır.

Bu araştırmada DYÖ'nün Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları; düşünce alt boyutu için 0.72, davranış alt boyutu için 0.76 ve duygu alt boyutu için 0.85 olarak bulundu.

#### **3.6.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ -15)**

Yesavage ve ark.<sup>98</sup> tarafından geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği 30 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra Shiekh ve ark.<sup>99</sup> bu ölçeğin, hızlı ve kolay uygulanabilir 15 soruluk kısa formunu (GDÖ-15)(Ek -7) oluşturmuşlardır. GDÖ-15'in, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Ertan ve ark.<sup>100</sup> tarafından 2004 yılında yapılmıştır.

GDÖ-15, 30 soruluk GDÖ' nün 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22 ve 23 numaralı sorularından oluşmaktadır. Maddeler azaltılmış duygulanım, motivasyon

zayıflığı, benlik algısında zayıflama, bilişsel sorunlar, gelecek yerine geçmişe yönelim, ajitasyon ve obsesif nitelikleri içermektedir.<sup>99</sup> GDÖ-15'in 5 sorusu (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, 10 sorusu (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 ve 15) olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir.<sup>100</sup> Ölçekten toplam 8 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir.<sup>100</sup> Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0.87'dir.<sup>100</sup> Bu araştırmada, GDÖ-15'in Cronbach's Alpha değeri 0.78 olarak bulundu.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin analizi, SPSS 22 istatistik paket programında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach's Alpha katsayısı ile Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada %95 güven aralığında  $p < 0,05$  olan değerler anlamlı kabul edildi.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırma öncesinde tez önerisi ve araştırmada kullanılacak gereçler, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Etik Kurulu'na sunularak; Kurul'un (16.01.2018 tarih ve 04 sayılı karar) onayı alındı (Ek -3). Araştırmanın Ağrı Merkez 3, 4 ve 6 No'lu ASM'lerde yapılabilmesi için Ağrı Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin ( 21.02.2018 tarih ve 54592530 sayılı yazı) alındı (Ek -8). Araştırmaya katılan yaşlı bireylere çalışma öncesinde araştırmanın yapılma amacı, yöntemi ve ayırmaları istenilen zaman konusunda bilgi verildi. Araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, herhangi bir risk taşımadığı, arzu ettikleri vakit araştırmadan ayrılacakları ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı açıklandı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın Ağrı Merkez'de sadece 3 ASM'de yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Veriler; 3 nolu, 4 nolu ve 6 nolu ASM'lere başvuran ve araştırma

ölçütlerini karşılayan bireylerden alındığı için araştırma bulguları sadece bu araştırma kapsamındaki yaşlı bireylere genellenebilir.



## 4. BULGULAR

Yaşlı bireylerin dini yönelimleri ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:509)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	263	51.7
Kadın	246	48.3
<b>Yaş</b>		
65-74	315	61.9
75-84	130	25.5
85 ve üzeri	64	12.6
<b>Eğitim</b>		
Okur-yazar değil	168	33.0
Okur-yazar	60	11.8
İlkokul	179	35.2
Ortaokul	43	8.4
Lise ve üstü	59	11.6
<b>Medeni durumu</b>		
Bekâr	26	5.1
Evli/birlikte yaşıyor	301	59.2
Boşanmış	22	4.3
Eşi ölmüş	160	31.4
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Olan	292	57.4
Olmayan	217	42.6
<b>Gelir durumu algısı</b>		
İyi	185	36.3
Orta	257	50.5
Kötü	67	13.2
<b>Yaşanılan kişi</b>		
Yalnız	74	14.5
Eşim	99	19.4
Eşim ve çocuklar	216	42.5
Diğer	120	23.6
<b>Sağlık durumu algısı</b>		
Çok iyi	34	6.7
İyi	104	20.4
Orta	240	47.2
Kötü	89	17.5
Çok kötü	42	8.2

**Tablo 4.1.** (Devamı)

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Herhangi bir hastalığa sahip olma durumu</b>		
Olan	391	76.8
Olmayan	118	23.2
<b>Hastalık türü (n=391)</b>		
Hipertansiyon	157	40.2
Diyabetes Mellitus	78	19.9
Artrit	16	4.1
Kardiyovasküler Hastalıklar	25	6.4
Üriner İnkontinans	10	2.6
KOAH	12	3.1
Görme Yetersizliği	24	6.1
İşitme Yetersizliği	27	6.9
Uyku Sorunu	27	6.9
Serebrovasküler Hastalıklar	15	3.8
<b>Sorunlarla başa çıkma yöntemi</b>		
Sorunu görmezlikten gelirim	65	12.8
Kendi başıma çözmeye çalışırım	115	22.6
Çevredekilerden yardım/destek alırım	230	45.2
İbadet ederim	88	17.3
Diğer	11	2.1
<b>Boş zaman değerlendirme yöntemi</b>		
TV seyretme, radyo dinleme	118	23.2
Sohbet etme	84	16.5
Dışarı çıkma, yürüme	65	12.8
Gazete, kitap, dergi okuma	16	3.1
El işi	60	11.8
Bahçe işleri	31	6.1
Dinlenme, uyku	107	21.0
Diğer (sinema, konser vb)	28	5.5

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Yaşlıların %51.7’sinin erkek, %61.9’unun 65-74 yaş arasında, %35.2’sinin ilkokul mezunu, %59.2’sinin evli olduğu, %57.4’ünün sosyal güvencesinin olduğu ve yarısının gelir durumu algısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %42.5’inin eş ve çocuğu ile birlikte yaşadığı, %47.2’sinin sağlık durumu algısının orta düzeyde olduğu,

%76.8'inin herhangi hastalığının bulunduğu ve bir hastalığa sahip olan bireylerin ise %40.2'sinin hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %45.2'sinin yaşamlarında herhangi bir problem ile karşılaştıklarında problemi çözmek için yardım aldıkları, %23.3'ünün boş zamanlarında televizyon izleyip radyo dinledikleri tespit edilmiştir.

**Tablo 4.2.** Yaşlı Bireylerin DYÖ ve GDÖ-15'ten Aldıkları Min-Max Puanlar ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:509)

Ölçekler	Min	Max	Ort. ± SS	
<b>DYÖ</b>	<b>Düşünce</b>	8	28	17.14±3.14
	<b>Davranış</b>	12	26	20.80±3.30
	<b>Duygu</b>	6	15	10.16±2.04
	<b>Toplam</b>	30	65	48.11±6.36
<b>GDÖ-15</b>	2	13	8.23±1.58	

Yaşlı bireylerin DYÖ ve GDÖ-15'ten aldıkları minimum, maksimum ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Yaşlıların DYÖ'nün düşünce alt boyutundan 17.14±3.14, davranış alt boyutundan 20.80±3.30, duyu alt boyutundan ise 10.16±2.04 ve toplamda 48.11±6.36 puan aldıkları bulunmuştur. Yaşlı bireylerin GDÖ-15'ten 8.23±1.58 puan aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Yaşlı Bireylerin GDÖ-15 Puanlarının Kesme Noktalarına Göre Dağılımı

Kesme Noktası	Sayı	Yüzde
0-7 puan (depresyon riski yok)	140	27.5
8 puan ve üstü (depresyon riski var)	369	72.5

Yaşlı bireylerde GDÖ-15'in kesme noktalarına göre dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. GDÖ-15'e göre yaşlıların %27.5'inin depresyon riski yaşamadıkları, %72.5'inin ise depresyon riski taşıdığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Yaşlı Bireylerin DYÖ ve GDÖ-15 Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler		GDÖ	
DYÖ	Düşünce	r=	0.159**
		p=	0.000
	Davranış	r=	0.091*
		p=	0.040
	Duygu	r=	0.104*
		p=	0.019
	Toplam	r=	0.159**
		p=	0.000

\*p<0.05, \*\*p<0.01

Yaşlı bireylerin DYÖ ile GDÖ-15 puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.4); GDÖ-15 puan ortalaması ile DYÖ'nün düşünce, davranış, duygu alt boyutlarında ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.



## 5. TARTIŞMA

Ağrı ili merkezindeki ASM'lere kayıtlı yaşı bireylerin dini yönelimleri ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular mevcut literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan yaşı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; yaşı bireylerin çoğunun 65-74 yaş aralıklarında, ilkokul mezunu, erkek ve evli olduğu, sosyal güvencelerinin bulunduğu, boş zamanlarını televizyon ve radyo ile değerlendirdikleri belirlendi. Ayrıca yaşı bireylerin yarısının eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları, gelir algılarının orta seviyede olduğu ve karşılaştıkları sorunların üstesinden gelebilmek için çevrelerinden yardım aldıkları saptandı. Yaşı bireylerin çoğunluğunun sağlık durumu algısının orta seviyede olmakla birlikte büyük bir kısmının hipertansiyon başta olmak üzere bir hastalığının olduğu tespit edildi (Tablo 4.1).

Araştırmada, DYÖ'nün toplam puan ortalaması  $48.11 \pm 6.36$  olarak belirlendi (Tablo 4.2). Araştırmadan elde edilen sonuç, DYÖ'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar göz önünde bulundurulduğunda; yaşı bireylerin dini yönelimlerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2).

Akgül tarafından<sup>101</sup> yaşıllık ve dini yönelim üzerine yapılan bir araştırma da, yaşı bireylerin dini bilgi ve yönelimlerinin orta seviyede olduğu gözlemlenmiştir. Hasyılmaz,<sup>102</sup> yaşı bireylerin yarısından fazlasının, Kılavuz<sup>103</sup> ise, % 50-70'inin dini kendileri için önemli gördüğünü ve dine yöneldiğini tespit etmiştir. Uluslararası yapılan çalışmalarda da yaşlandıkça dini yönelimlerin arttığı belirtilmektedir.<sup>104, 105</sup> Yaşı bireylerde dini yönelimin artması; dini tecrübeleri sonucu inançlarının kuvvetlenmesi, serbest zamanın çok olduğu yaşıllık döneminde fizyolojik ve psikolojik sınırlılıklar

karşısında dinin telafi edici bir destek olabilmesi ve yaşlıların ölüm gerçeğinin varlığını hissederek dini değerlere kolaylıkla bağlanabilmeleriyle açıklanabilir.<sup>23, 101, 106</sup>

Araştırmada kullanılan DYÖ'nün düşünce alt boyutu bireyin dini inanç ve kabulleri, davranış alt boyutu ise; bu kabullere göre yaptığı ya da yapmadığı davranışları kapsar.<sup>107</sup> Yaratıcı katında bireyin kendi kendisini değerlendirmesi ve Yaratıcıdan beklentisi de duygu alt boyutuyla ilgilidir.<sup>107</sup> Araştırmada DYÖ'nün alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde, davranış alt boyutu puan ortalamasının, duygu ve düşünce alt boyutları puan ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Davranış alt boyutu puan ortalamasının diğer alt boyutlardan yüksek olması, yaşlı bireylerin dini yönelimlerinin dışa dönük olduğunu ve yaptıkları ibadetleri içselleştiremediklerini düşündürmektedir.

Dam,<sup>108</sup> 60 ve yukarı yaş grubunda ibadet etme oranını %80 olarak belirlerken; Taş<sup>109</sup> 61 ve üstü yaş grubundaki kişilerin, diğer yaş gruplarına göre ibadete yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermiştir. İnce,<sup>106</sup> elli ve üzeri yaş grubundaki bireylerin %52.9'unun düzenli bir şekilde, %29.2'sinin de sıklıkla ibadetlerini yaptıklarını bildirmiştir. Türkiye'de yapılan farklı araştırmalarda da yaşlı bireylerin, namaz başta olmak üzere davranış boyutunda dini yönelimlerinin arttığı saptanmıştır.<sup>110</sup> <sup>111</sup> Yurt dışında yapılan bir araştırmada da yaşlı bireylerin ibadetlerinde artış gözlemlenmiştir.<sup>112</sup> Araştırmada, davranış alt boyutunda yüksek puan elde edilmesi bu çalışmalarla örtüşmektedir (Tablo 4.2).

Yaşlı bireylerde dini yönelimin arttığını ya da azaldığını belirten araştırma sonuçlarının yanı sıra, yaş ve dini inanç arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>106</sup> Şengül'ün<sup>113</sup> ve Ceviz'in<sup>114</sup> çalışmalarında, yaşın ilerlemesi ile dini yönelim arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Araştırmada bu

çalışmalardan farklı sonuçların elde edilmesinde, araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve kültürel farklılıklarının etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmada GD kısa formunun kesme noktalarına göre puanları sınıflandırıldığında, yaşlı bireylerin önemli bir kısmının depresyon riski taşıdığı anlaşılmaktadır (Tablo 4.3).

Benzer bir Şekilde Demir ve ark.<sup>115</sup> evde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığını %81.8, huzurevinde yaşayanlarda ise %68.9 olarak belirlemiştir. Yapılan farklı çalışmalarda da yaşlı bireylerde depresyon sıklığı %60'ın üzerinde saptanmıştır.<sup>116-119</sup> Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesiyle ilgili yapılan araştırmada, görüşülen yaşlı bireylerin yarısında depresyon olduğu bildirilmiştir.<sup>120</sup>

Yunanistan'da yaşlı nüfus arasında depresif belirtilerin prevalansını araştıran Kleisiaris ve ark.<sup>121</sup> alışmaya katılan yaşlıların %58.8'inde depresif belirti belirlemiştir. Brezilya'da yapılan bir araştırmada bakım evlerinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin %61.7'sinde depresyon olduğu gözlemlenmiştir.<sup>122</sup> Benzer Şekilde Hindistan'da yapılan bir araştırmada yaşlı bireylerin %53.75'inde;<sup>123</sup> Kore'de gerçekleştirilen diğer bir çalışmada ise %63'nde depresyon olduğu rapor edilmiştir.<sup>124</sup>

Araştırmada yaşlı bireylerin çoğunluğunda depresyon riskinin görülmesi verilen bu çalışmalardan elde edilen sonuçlarla desteklenmektedir. Yaşlılıkta depresyonun; yeti yitimleri, fiziksel hastalıklar, eş ve akran kaybı, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumunun değişmesi ve maddi gelirdeki azalma gibi etkenlerden dolayı artabileceği bilinmektedir.<sup>74, 81, 82</sup> Araştırmada, yaşlı bireylerde depresyon riskinin olması belirtilen bu etkenlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; yarısının sosyal güvencelerinin olmadığı, önemli bir kısmının ise eğitim seviyelerinin düşük ve kronik bir rahatsızlığının bulunduğu

görülmekte olup; bu faktörlerin de depresyon eğilimini artırmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, yaşlı bireylerin DYÖ ile GDÖ kısa formu puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.4); GDÖ kısa formu puan ortalaması ile DYÖ'nün düşünce, davranış, duygu alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu. Bu sonuç, yaşlı bireylerin dini yönelimlerinin artmasıyla depresyon eğilimlerinin de arttığını göstermektedir (Tablo 4.4)( $p<0.01$ ).

Sorenson ve ark.<sup>125</sup> tarafından yapılan araştırmada da depresyon ile dini yönelim arasında pozitif ilişki belirlenmiştir.<sup>125</sup> Ayrıca, Avrupa'daki Katolik bölgelerde hayatını sürdüren Ortadoks mezhebine bağlı bireyler,<sup>126</sup> Hollanda'da yakınlarını özellikle de çocuklarının kaybını yaşayan çiftler,<sup>20</sup> herhangi bir dini gruba bağlı olmayan Avrupalı yaşlı dullar,<sup>127</sup> Birleşik Devletlerin belirli bir bölgesinde yaşayanlar<sup>128</sup> ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde<sup>129</sup> dini yönelim ile depresyon arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular ile belirtilen bu çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir(Tablo 4.4)( $p<0.01$ ).

Araştırmada, yaşlı bireylerin DYÖ'nün düşünce alt boyutu ile GDÖ kısa formu puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 4.4)( $p<0.01$ ). Dini inanışlarla ilgili verilen eğitimlerde genellikle uygulanan korkutma / sakındırma amaçlı korku faktörünün, korkuya dayalı bir dini yönelim oluşturacağı ve bununda zamanla farklı psikolojik sorunlara sebep olabileceği düşünülmektedir.<sup>18</sup> Nelson ve ark.<sup>64</sup> dini öğretilerdeki korku faktörünün insanları içsel bir dini inanca yönlendirmediği, şekilsel olarak inançlı kıldığı ve bu bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde çaresizlik hissine kapıldıklarını belirlemişlerdir. Erikson, çocukluk ve ergenlik dönemindeki gelişim evrelerinin yetişkin davranışında bazı etkilerinin olacağı, daha önceki evrelerin başarılı bir şekilde tamamlanmaması sonucunda bu evrede olumsuz duyguların ön plana

çıkacağını ifade etmektedir.<sup>130</sup> Araştırmada, dini yönelim ile depresyon eğilimi arasında gözlemlenen pozitif yönde zayıf ilişki; düşünce alt boyutunda inancın farklı nedenlerden dolayı içselleştirilememesiyle açıklanabilir (Tablo 4.4)( $p<0.01$ ).

Araştırmada, yaşlı bireylerin DYÖ'nün davranış alt boyutu ile GDÖ kısa formu puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 4.4)( $p<0.05$ ). Yapılan bir araştırmada,<sup>22</sup> davranış alt boyutuna dâhil edilen ahlakilik ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu; artan ahlakilik düzeyine karşılık depresyonda da bir yükselme, ahlakilik düzeyindeki düşüşe paralel olarak depresyonda da bir düşme olduğu belirlenmiştir. Hökelekli,<sup>131</sup> yaşlı bireylerin geçmişlerindeki hataları telafi etmek düşüncesiyle dua ve ibadet gibi dini uygulamalarında artış ve yoğunlaşma olduğunu bildirmiştir. Araştırmada davranış alt boyutu ile GDÖ kısa formu puan ortalaması arasında belirlenen pozitif yönde zayıf ilişki, yaşlı bireylerin daha önceki eksikliklerini tamamlama düşüncesinden kaynaklanmış olabilir (Tablo 4.4)( $p<0.05$ ).

Araştırmada, yaşlı bireylerin DYÖ'nün duygu alt boyutu ile GDÖ kısa formu puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 4.4)( $p<0.05$ ). Emekliliğe ayrılıp gündelik hayatın birçok sorumluluğundan uzaklaşan, çocukları evden ayrılan, yakın çevresi ve akranlarını kaybeden yaşlı bireyler; artık ne kadar çok yaşamış olduklarına değil, bu dünyada ne kadar vakitlerinin kaldığına odaklanırlar.<sup>132</sup> Yaşlılıkta dinî inanışlara daha çok önem verilmesinde, insanın varoluş ve ölüm olgularını anlamlandırma çabası önemli rol oynamaktadır.<sup>65</sup> Bu bağlamda yaşlı bireylerdeki depresyonda önemli bir faktör olan ölüm korkusuyla dini yönelim arasındaki ilişkiye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde dini yönelim düzeyi arttıkça ölüm korkusunun da arttığı görülmektedir.<sup>59, 133</sup> Yıldız,<sup>134</sup> araştırmasında dini yönelim düzeyi arttıkça ölüm korkularında anlamlı bir artış gözlemlenmiş ve bunu günahkârlık duygusu, ölüm anının şiddeti ile ölüm sonrası hayata dair olan inançlarla açıklamıştır. Bu

çalışmalarda, duygu alt boyutunda değerlendirilen ölüm korkusunun depresyon eğilimini artırdığı anlaşılmakta olup, araştırmada duygu alt boyutu ile GDÖ kısa formu arasında belirlenen pozitif yönde zayıf ilişki ölüm korkusuyla açıklanabilir. Araştırma bulgularını destekleyen diğer çalışmalarda da depresyon ile duygu alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır.<sup>135, 136</sup>

Diğer taraftan, literatürde dini yönelim ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan çalışmalar incelendiğinde; araştırma sonuçlarını destekler nitelikte dinin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerini<sup>125, 128, 129</sup> belirten çalışmaların yanı sıra, dinin depresyon üzerine olumlu etkisinin olduğunu<sup>15-17</sup> ya da din ile ruh sağlığı arasında hiçbir ilişki olmadığını ileri süren çalışmalar da<sup>137-141</sup> görölmektedir. Dini yönelim ile depresyon arasında çıkan pozitif ilişki; ruhsal sorunu olan bireylerin zor zamanlarında bir çıkış kapısı olarak dine yönelmesi şeklinde de değerlendirilebilir. Murphy ve ark.<sup>142</sup> yaptıkları araştırmalarında dini inanç ile depresyon arasında pozitif bir ilişki gözlemlemiş ve bunu depresif bireylerin acının üstesinden gelebilmek için dine yönelmeleriyle açıklamışlardır. Benzer çalışmalarda da, insanların zor ve sıkıntılı vakitlerde dini yaşama daha fazla önem verdikleri, ibadet ve dua gibi ritüelleri diğer normal zamanlardan daha fazla yaptıkları gösterilmiştir.<sup>143-147</sup> Araştırmada yaşlı bireylerde belirlenen depresyon eğilimi, depresif yaşlı bireylerin dine yönelmeleriyle de ifade edilebilir.

Bununla birlikte, bu araştırma kentsel alanda yapılmasına rağmen Ağrı küçük bir şehir olup, kırsal özellik göstermektedir. Ayrıca, 1927 yılında il merkezi olan Ağrı'da; tarihi eser, medrese, eski camii ve türbe gibi yapılar olmayıp köklü bir şehir havası bulunmamaktadır.<sup>148</sup> Bu durum özellikle yaşlı bireylerde sağlam temelli bir din anlayışından daha ziyade örf ve geleneklere göre bir dogmatik inancın olduğunu da düşündürmektedir.

Bu bilgiler doğrultusunda, yaşı bireylerin dini yönelimlerinin depresyon eğilimlerini artırdığı görülmektedir. Ancak bazı faktörler, çift yönlü bir işleve yani hem ruhsal sağlığı bozucu hem de düzenleyici bir fonksiyona sahip olabilmektedir. Bu faktörler arasında sayılabilecek özellikle dini yönelim için, çift yönlü sonuçların ortaya çıkmasını sağlayan; sosyo-demografik özellikler, gelişimsel ve çevresel gibi yan etkenler araştırmalarda mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda, Türkiye'nin nüfusunun giderek yaşlandığı ve dini inancın yaşı bireylerin hayatlarında önemli bir yerinin olduğu göz önüne alındığında yaşı bireylerde dini yönelim ve depresyon ilişkisi üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Konuyla ilgili yeni çalışmaların yapılmasıyla bir birikimin sağlanacağı ve bu sayede daha sağlıklı yorumlar yapılarak konunun daha belirgin hale geleceğı düşünölmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireylerin dini yönelimleri ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Yaşlı bireylerin, dini yönelimlerinin orta düzeyde olduğu belirlendi.
- Yaşlı bireylerin, %27.5'nin depresyon yaşamadıkları, %72.5'nin ise depresyon riski taşıdığı belirlendi.
- Yaşlı bireylerin, GDÖ kısa formu puan ortalaması ile DYÖ'nün düşünce, davranış, duygu alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu.

Bu tez çalışmasında elde edilen bulgular doğrultusunda şu öneriler verilebilir:

- Farklı fiziksel rahatsızlıklar ve şikâyetler nedeniyle belirlenmesi zor olan depresyonun erken tanısı için, yaşlı birey ve ailelerine hemşireler tarafından psikolojik danışma hizmetleri verilebilir.
- ASM'ler, depresyon açısından risk taşıyan yaşlı bireyleri düzenli olarak takip ederek gerekli durumlarda psikiyatrik hizmetlere yönlendirebilir.
- Doğası itibarıyla istismara çok açık olan inanç konusunda, bireylerin doğru bilgiyi sağlam kurum ve kişilerden edinmesine önem verilebilir.



## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global Forum on Innovations for Aging Populations, 2013: 1-62.
2. World Health Organization. World report on ageing and health, 2015: 3-74.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017: 1-4.
4. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017, 1: 53-62.
5. Özkul M, Kalaycı I. Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları. *Sosyoloji Konferansları*, 2015, 259-290.
6. Kurt G, Yücel Beyaztaş F, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Turkish Journal of Forensic Medicine*, 2010, 24: 32-39.
7. Şentürk H. *İslami hayatın psikolojik temelleri*. 1.Baskı. İstanbul, İz Yayınları, 2010: 16.
8. Aştı Atabek T, Karadağ A. *Hemşirelik esasları, hemşirelik bilim ve sanatı*. 2. Baskı. İstanbul, Akademi Yayınları, 2016: 834-840.
9. Demirtaş H, Özkan B. The relationship between urinary incontinence, geriatric depression and loneliness in elderly individuals. *International Journal of Information Research and Review*, 2017, 04: 4133-4139.
10. Cahoon CG. Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing*, 2012, 112: 22-30.
11. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 15 Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 452-467.
12. Köknel Ö. *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. 6 Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi 2005: 15-17.

13. Miyabayashi I. Depression and suicidal behavior in the elderly: a literature review. *Yonago Acta medica*, 2002, 45: 69-73.
14. Erdoğan E. Tanrı Algısı, Dini Yönelim Biçimleri ve Öznel Dindarlığın Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkisi: Üniversite Örnekleme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.*, 2015, 12: 223-246.
15. Bradshaw M, Kent BV. Prayer, attachment to God, and changes in psychological well-being in later life. *Journal of aging and health*, 2018, 30: 667-691.
16. Fatima S, Sharif S, Khalid I. How does religiosity enhance psychological well-being? Roles of self-efficacy and perceived social support. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2018, 10: 119.
17. Cengil M. Depresyonu Önlemede Dini İnançın Koruyucu Rolü. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2003, 3: 129-152.
18. Altun R. Dindarlık ve depresyon ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 2015, 1.
19. Bonelli R, Dew RE, Koenig HD, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. Çeviri: Kimter N. Depresyonda Dinî Ve Manevî Faktörler Araştırmaları Biraraya Getirme Ve Değerlendirme. *Dini Araştırmalar*, 2013, 16.
20. Wijngaards-de Meij L, Stroebe M, Schut H, Stroebe W, van den Bout J, van der Heijden P, Dijkstra I. Couples at risk following the death of their child: predictors of grief versus depression. *Journal of consulting clinical psychology*, 2005, 73: 617.
21. Özbolat A. Beşikten Mezara: Yaşlılığın Sosyolojisi ve Din-Adana Örneği. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2016, 16: 53-76.

22. Dein S. Religion, Sprituality and Depression: İmplications for Research and Treatment, Primary Care and Community Psychiatry. Çeviri: Kimter N. Din, maneviyat ve depresyon: Tetkik ve tedavi için öneriler. *Ekev Akademi Dergisi*, 2014, 58: 739-750.
23. Arslan M. Geleneksellik ve yaşlı dindarlığı: Tasrada sosyal hizmet alamayan yaşlıların dindarlık durumları üzerine uygulamalı bir inceleme. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2009, 2: 112-125.
24. Canatan A. Toplumsal değerler ve yaşlılar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008, 1: 62-71.
25. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*, 2012, 25: 1-3.
26. Softa HK, Karaahmetoğlu GU, Erdoğan O, Yavuz S. A research on the factors affecting the level of life satisfaction of the elderly people. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2015, 8.
27. Öztürk A, Öztürk FÖ, Tezel A. An Elderly and a Lonely Woman's Public Health: A Case. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 1-2-3: 13-21.
28. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. 1. Baskı. Ankara, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, 2005: 18-19.
29. Türk Dil Kurumu. Yaş kavramı. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&kelime=ya%C5%9F](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&kelime=ya%C5%9F) .01 Mart 2019.
30. Tufan İ. *Türkiye'de yaşlılığın yapısal değişimi*. 1.Baskı. Koç Üniversitesi, 2014: 12-13.

31. Çuhadar SG, Lordoğlu K. Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma ve Sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 2016: 63-80.
32. Çataloğlu S. Old Age, Value and Technology. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 2018, 1: 27-35.
33. Baran I, Yücel N, Akyüz H, Ekşioğlu R. *Sosyo-Kültürel Süreç, Normal Yaşlılık ve Yaşlanma Psikolojisi. Kurumsal Bakımda Yaşlı, Yaşlıya Psikolojik Destek Kitabı* 1 Baskı. İstanbul, İBB basımevi., 2012: 14-16-19-21-43.
34. Akçay C. *Yaşlılık kavramlar ve kuramlar*. 1 Baskı. İstanbul, Kriter Yayınevi, 2011: 15.
35. Bulduk EÖ. Yaşlılık ve Toplumsal Değişim. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2014, 182: 53-60.
36. Avcı N, Aksoy E. *Aile Sosyolojisi*. 1 Baskı. İstanbul, Lord Matbaası, 2016: 168.
37. United Nations. World population. <https://www.un.org/development/desa/en/news/population/world-population-prospects-2017.html>. 10 Ocak 2019.
38. U.S. Department of Health and Human Services. International population reports, an aging world: 2008. 2009: 7-17.
39. Segal DL, Qualls SH, Smyer MA. *Aging and mental health*. 2. Baskı. Wiley-Blackwell, 2018: 80-95.
40. Roles of a Mental Health Nurse. <https://www.nursingtimesjobs.com/article/roles-of-a-mental-health-nurse/>. 12 Ocak 2019.
41. Psychiatric Nurse. <https://geriatricnursing.org/psychiatric-nurse/>. 8 Ocak 2019.

42. Stevens. GL. Geropsychiatric Nursing. <https://nursekey.com/geropsychiatric-nursing/>. 20 Ocak 2019.
43. Çam O, Engin E. *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. 2 Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016: 777.
44. Bayık A, Özgür G, Özsoy S, Erefe İ, Uysal A, Özer M. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Geriatrici*, 2002, 5: 68-74.
45. Oflaz F. Psikiyatri kliniginde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları/Therapeutic milieu in a psychiatric ward and the responsibilities of nurses. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 55.
46. Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz YC, Aşık E, Kızılkaya M, Duran S, Aydın S, Türk D, Şıpkın S. Psikiyatri kliniginde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. 2014.
47. Aydın AR. İnanma ihtiyacı ve dinî ritüellerin psikolojik değeri. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2009, 9: 87-100.
48. Küçükcan T, Köse A. *Doğal afetler ve din: Marmara depremi üzerine psikososyolojik bir inceleme*. 1. Baskı. İstanbul, Türkiye Diyanet Vakfı, İslâm Araştırmaları Merkezi, 2000.
49. Allport WG. *The Individual and His Religion*. Çeviri: Sambur B. Birey ve Dini. 1. Baskı. Ankara, Elis Yayınları, 2004: 96.
50. Karacelil S. Din Eğitiminde Motivasyonun Önemi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2013, 2013.
51. Altun ÖŞ, Karakaş SA, Olçun Z, Polat H. An investigation of the relationship between schizophrenic patients' strength of religious faith and adherence to treatment. *Archives of psychiatric nursing*, 2018, 32: 62-65.

52. Abuzara C. Din-Toplum Etkileşimi ve Eğitim. *Harran Education Journal*, 2017, 2: 50-58.
53. Murat A. İmanın Psikolojik Yapısı. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2016, 5: 203-211.
54. Köylü M. Ruh ve beden sağlığı üzerine yapılan araştırmaların bir değerlendirilmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2010, 28: 5-36.
55. Yılmaz M. Yaşlılıkta Manevi Destek ve Din Eğitiminin Önemi. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2013, 39: 242-264.
56. Krause N. Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *Southern Medical Journal*, 2004, 97: 1215-1223.
57. Koenig HG. Religion, spirituality and aging. *Aging and Mental Health*, 2006, 10: 1-3.
58. Pargament KI, Brant CR. Religion and coping. İçinde: *Handbook of religion and mental health*, Elsevier, 1998: 111-128.
59. Apaydın H. Ruh sağlığı-din ilişkisi araştırmalarına bir bakış. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2010, 10: 59-77.
60. Koenig G, Harold L, David B. Religion and mental health: Evidence for an association. *International review of psychiatry*, 2001, 13: 67-78.
61. Emmons R, Hill J. *Words of gratitude -for mind, body, and soul*. Baskı. Pennsylvania, Templeton Foundation Press, 2001.
62. Seligman MEP. *Authentic Happiness*. Çeviri: Kunt S. *Gerçek Mutluluk*. 1. Baskı. Ankara., HYB Basım Yayın, 2002: 32.
63. Yapıcı A. *Ruh Sağlığı ve Din, Psiko-sosyal Uyum ve Dindarlık*. 1. Baskı. Adana, Karahan Kitabevi., 2007.

64. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 2002, 43: 213-220.
65. Karaca F. *Din psikolojisi*. 1. Baskı. İstanbul, Kişisel Yayınlar. 2011.
66. Tarhan N. Stresten Depresyona. <https://www.nevzattarhan.com/stresten-depresyona.html>. 15 Ocak 2019.
67. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011, 12: 37-43.
68. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2007, 10: 3-10.
69. Hiçdurmaz D. Yaşlılık Depresyonu ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2016, 2: 32-39.
70. The World Federation for Mental Health. Young People and Mental Health In A Changind World. 2018, 1-71.
71. Işık E. *Depresyon ve bipolar bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003, 10-16.
72. Ceylan ME. Genel Klinik Bilgi – Duygudurum Bozuklukları – Tarihçe – Mani ve Depresyon Kavramlarının Oluşumu. <http://farmakopsikiyatri.com/genel-klinik-bilgi/genel-klinik-bilgi-duygudurum-bozukluklari/genel-klinik-bilgi-duygudurum-bozukluklari-tarihce-mani-ve-depresyon-kavramlarinin-olusumu/>. 24 Ocak 2019.
73. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 21: 145-153.

74. Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar HD. Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3: 38-41.
75. Mavandadi S, Ten Have TR, Katz IR, Durai UNB, Krahn DD, Llorente MD, Kirchner JE, Olsen EJ, Van Stone WW, Cooley SL. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007, 55: 202-211.
76. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *J Acta psychiatrica scandinavica*, 2004, 109: 21-27.
77. Kulaksizoglu IB, Gürvit H, Polat A, Harmanci H, Cakir S, Hanagasi H, Bilgic B, Emre M. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *International psychogeriatrics*, 2005, 17: 303-312.
78. Duru G, Özdemir L. Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2009, 16: 034-041.
79. Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 2006, 5: 119-122.
80. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2012, 3: 1-7.
81. Adams KB, Sanders S, Auth E. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 2004, 8: 475-485.



82. Kumar N, Sudhakar T. Prevalence of cognitive impairment and depression among elderly patients attending the medicine outpatient of a tertiary care hospital in South India. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2017, 1: 359-364.
83. Taylor WD. Depression in the elderly. *New England journal of medicine*, 2014, 371: 1228-1236.
84. Tamam L, Zeren T. Depresyonda serotonerjik düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2002, 5: 11-18.
85. Eker E, Noyan A. Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 2: 75-83.
86. Keskinoglu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16: 21-26.
87. Buket A. Yaşlılıkta bilişsel işlevler, empatik eğilimler ve depresyon belirtileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2011.
88. Güven S. Türkiye’de yaşlı ve aile. Geriatri ve Gerontoloji. *Geriatri ve Gerontoloji*, 2006: 176 -181.
89. Akçay Ş, Aslan D, Aydos T, Erden Aki Ö, Gökçe Kutsal Y, Gülekon A, Hızıl K, Kunt M, Kutsal A, Oğuz D. *Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, 1. Baskı*. Ankara, Algi Tanıtım, 2012: 7-74.
90. Oğuzhanoglu K, Yaşlılık ÖO. huzurevi ve yaşam yolculukları, bir psikodrama grup çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16: 124-132.
91. Buz S. Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 14: 268-278.

92. Sable JA, Dunn LB, Zisook S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 2002, 57: 18-19, 22-13, 26 passim.
93. Erdil F. *Yaşlılara Yönelik Hemşirelik Hizmetleri. Temel Geriatri*. 1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007: 20-25.
94. Pınar Şükran E, Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2012, 3.
95. Videbeck S. *Psychiatric-mental health nursing*. 6. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins, 2013: 90-97.
96. Kleebthong D, Chareonsuk S, Kristiansen L. Thai Psychiatric Nurses' Experiences and Perceptions of the Professional Role When Caring for Older People Displaying Depressive Symptoms. *Open Journal of Nursing*, 2018, 8: 45.
97. Onay A. Dini yönelim ölçeği. *İslamiyat Dergisi*, 2002, 5: 181-192.
98. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 1982, 17: 37-49.
99. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging Mental Health* 1986, 5(1-2): 165-173.
100. Ertan T, Bugay G, Eker E. Geriatrik depresyon ölçeği kısa versiyonlarının Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği: GDS-15, GDS-10, GDS-4., 5. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu, 2004, 10-12.
101. Akgül M. Yaşlılık ve Dindarlık Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi-Konya Huzurevi Örneği. *Dini Araştırmalar*, 2004, 7.

102. Hasyılmaz H. Huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda dinî hayat (Antalya örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.
103. Kılavuz MÂ. Yaşlanma Sürecinin Dinî Gelişime Etkileri. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2005, 15: 97-112.
104. Bengtson VL, Silverstein M, Putney NM, Harris SC. Does religiousness increase with Age? Age changes and generational differences over 35 Years. *J Journal for the Scientific Study of Religion*, 2015, 54: 363-379.
105. Tiliouine H, Cummins RA, Davern M. Islamic religiosity, subjective well-being, and health. *J Mental Health, Religion Culture* 2009, 12: 55-74.
106. İnce A. Elli ve Üzeri Yaş Grubundaki Üniversite Mezunlarında Dini Hayat. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 2013, 7: 211-238.
107. Onay A. *Dindarlık, etkileşim ve değişim: üniversite öğrencileri örnekleme*. 1. Baskı. İstanbul, Dem Yayınları, 2004: 30-42.
108. Dam H. Yetişkinlere Göre Yetişkin Din Eğitimi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2003, 1: 31-54.
109. Taş K. Dindarlığa etki eden faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2004, 13: 63-83.
110. Kardeşahin H. *Bir batı Anadolu kasabasında dini hayat: Gördes örneği*. 1. Baskı. Ankara, Birleşik Yayınevi, 2007: 220.
111. Çelik C. *Şehirleşme ve din*. 1. Baskı. Konya, Çizgi Kitabevi, 2002: 227.
112. Argyle M, Beit-Hallahmi B. *The Social Psychology of Religion* Çeviri: Kuşat A, Korkmaz M, Güllü İ. *Dinî davranış teorileri*. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004, 1: 247 -280.

113. Şengül F. Dindarlık ve ruh sağlığı ilişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlahiyat Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
114. Ceviz FH. Orta yaş ve yaşlılıkta dindarlık, mistik tecrübe ve benlik saygısı. Sosyoloji Bilimler Enstitüsü, İlahiyat Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
115. Demir G, Unsal A, Arslan G, Coban A. Study of prevalence of depression among elders living at Nursing home and house. *Gumushane University Journal of Health Sciences*, 2013, 2: 1-12.
116. Hacıhasanoğlu R, Türkleş S. Depression and Affecting Factors in the Old at the Age of 65 and Over. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 55-60.
117. Gül HL, Evcili G, Karadaş Ö, Gül ES. Geriatric depression and associated risk factors: The level of depression symptom at elderly living in nursing home. *The Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2012, 3: 308-310.
118. Göçer Ş, Günay O. Kayseri’de Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Depresif Belirti Düzeyleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2018, 7: 116 - 124.
119. Altay B, Aİ A. Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasında ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2009, 12: 148-153.
120. 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: 153-160.
121. Kleisiaris C, Maniou M, Papathanasiou I, Sfiniadaki A, Collaku E, Koutsoumpa C, Sarafis P. The prevalence of depressive symptoms in an elderly population and their relation to life situations in home care. *Health Science Journal*, 2013, 4: 417-423.

122. de Paula Miranda L, Silveira MF, Oliveira TL, Alves SF, Júnior HM, Batista AU, Bonan PR. Cognitive impairment, the Mini- Mental State Examination and socio- demographic and dental variables in the elderly in Brazil. *Gerodontology*, 2012, 29: e34-e40.
123. Goud AA, Nikhade NS. Prevalence of depression in older adults living in old age home. *J Int Arch Integrated Med*, 2015, 2: 1-5.
124. Kim J-I, Choe M-A, Chae YR. Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *J Asian Nursing Research*, 2009, 3: 121-129.
125. Sorenson AM, Grindstaff CF, Turner RJ. Religious involvement among unmarried adolescent mothers: a source of emotional support? *Sociology of Religion*, 1995, 56: 71-81.
126. Braam AW, Delespaul P, Beekman AT, Deeg DJ, Peres K, Dewey M, Kivelä S-L, Lawlor BA, Magnússon H, Meller I. National context of healthcare, economy and religion, and the association between disability and depressive symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *European Journal of Ageing*, 2004, 1: 26-36.
127. Braam AW, Deeg DJ, Poppelaars JL, Beekman AT, Van Tilburg W. Prayer and depressive symptoms in a period of secularization: patterns among older adults in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, 15: 273-281.
128. Maselko J, Buka S. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 2008, 43: 18-24.
129. Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 1998, 13: 213-224.

130. Gürses İ, Kılavuz MA. Erikson'un psiko-sosyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2011, 20: 153-166.
131. Hökelekli H. *Din Psikolojisi* 1. Baskı. Ankara, T.D.V. Yayıncılık, 2005: 287-288.
132. Dehbidi A, HassanZehi E. Prediction of death anxiety based on demographic characteristics and spirituality components in the elderly. *Health, Spirituality Medical Ethics*, 2017, 4: 21-26.
133. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012, 21.
134. Yıldız M. Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. *Dokuz Eylül Üni. İlahiyat Fak. Yayınları*, 2006.
135. Ilgaz A. Depresyon ve Dindarlık İlişkisi (Kastamonu Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2015.
136. Şahin NH, Batigün AD, Şahin N. Reasons for living and their protective value: A Turkish sample. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4: 157-168.
137. Cirhinlioğlu Z, Ok Ü, Cirhinlioğlu FG. *Dindarlık, ruh sağlığı ve modernite*. 1. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2013: 20 -26.
138. Ayten A, Sağır Z. Dindarlık, dinî başa çıkma ve depresyon ilişkisi: Suriyeli sığınmacılar üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2014, 47: 5-18.
139. Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the scientific study of religion*, 2003, 42: 43-55.

140. Gill CS, Minton CAB, Myers JE. Spirituality and religiosity: Factors affecting wellness among low- income, rural women. *Journal of Counseling Development*, 2010, 88: 293-302.
141. Baynal F. Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin eşitli Değişkenlere Gre İncelenmesi. *Itobiad: Journal of the Human Social Science Researches*, 2015, 4.
142. Murphy PE, Ciarrocchi JW, Piedmont RL, Cheston S, Peyrot M, Fitchett G. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 2000, 68: 1102.
143. Burns D. Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis. *Applied Nursing Research*, 2004, 17: 116-124.
144. Aslan ř. rgtsel Ortamda Bireysel Stresle Başağıkma Tutumlarının Araştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007: 67-84.
145. Carleton RA, Esparza P, Thaxter PJ, Grant KE. Stress, religious coping resources, and depressive symptoms in an urban adolescent sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2008, 47: 113-121.
146. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009, 54: 283-291.
147. Swank SW. *The relationship between religion and depression in older adults residing in care facilities*. Baskı. The University of the Rockies, 2009: 50-51.
148. Ağrı Valiliği. Ağrı Őehir Tarihi. <http://www.agri.gov.tr/ilin-tarihi>. 25 Aralık 2018.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
<b>Adı Soyadı:</b>	Eda Çeker
<b>Doğum tarihi:</b>	20 Nisan 1985
<b>Doğum Yeri:</b>	Andırın/Kahramanmaraş
<b>Medeni Hali:</b>	Evli
<b>Uyruğu:</b>	T.C.
<b>Adres:</b>	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
<b>Tel:</b>	0 472 215 40 00
<b>Faks:</b>	0472 215 07 20
<b>E-mail:</b>	eceker@agri.edu.tr
Eğitim	
<b>Lise:</b>	Andırın Anadolu Lisesi (2004)
<b>Lisans:</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2010)
<b>Yüksek lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2019)
<b>Doktora:</b>	-
Yabancı Dil Bilgisi	
<b>İngilizce:</b>	İyi
<b>Almanca:</b>	-
<b>Rusça:</b>	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
	-
İlgi Alanları ve Hobiler	
	-



## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

### EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

#### ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN sunulan “Yaşlı Bireylerin Dini İnançları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	6	15
Genel Bilgiler	11	30
Materyal ve Metot	23	35
Bulgular	8	10
Tartışma	4	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 04 / 03 / 2019

  
Eda ÇEKER

  
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/01/2018-E.1462



T.C.  
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hukuk Müşavirliği



Sayı : 95531838-900  
Konu : Yasal İzin Belgesi

### İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Arş. Gör. Eda Çeker'in 12.01.2018 tarihli dilekçesi

İlgi dilekçe ile Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi öğretim elemanlarından Arş. Gör. Eda Çeker'in "Yaşlı bireylerin dini inançları ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi" isimli bilimsel araştırması için "Etik Kurul Onay Belgesi" ile "Yasal İzin Belgesi" istenmektedir.

Adı geçenin çalışması etik kurul tarafından incelenerek oy birliği ile uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Güray OKYAR  
Etik Kurulu Başkanı

### Mevcut Elektronik İmzalar

GÜRAY OKYAR (Etik Kurul - Başkan) 17/01/2018 10:53

Evrak Doğrulamak İçin : <http://194.27.217.12/en/Vision/Dogrula/NF24US>

Adres:Erzurum yolu üzeri 4. km Rektörlük Kampüsü Merkez/AĞRI  
Telefon:04722159863 Faks:04722151182  
e-Posta: [gensek@agri.edu.tr](mailto:gensek@agri.edu.tr) Elektronik Ağ: [gensek@agri.edu.tr](mailto:gensek@agri.edu.tr)

Ayrıntılı bilgi için iribab: Yılmaz SABUNCU  
Unvanı: Şube Müdürü  
Dahili No: 1317

Kep Adresi: [agriibrahimcecenunivrsitesi@hs01.kep.tr](mailto:agriibrahimcecenunivrsitesi@hs01.kep.tr)

Bu belge, 3070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

## **EK-4. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘‘Yaşlı Bireylerin Dini İnançları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ dir. Toplanan veriler yalnızca araştırmacı tarafından tez çalışmasında kullanılacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aŐamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiÇbir ödeme yapılmayacaktır ayrıca, hiÇbir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size uygulanacak anket ve ölçek formunda isim belirtilmeyecektir.

### **ÇalıŐmaya Katılma Onayı**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya baŐlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araŐtırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamıŐ bulunmaktayım. ÇalıŐmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiÇbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün;**

**Adı Soyadı :**

**Tarih :**

**İmza :**

## EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, “Yaşlı Bireylerin Dini İnançları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasının esasını oluşturmaktadır. Sorulara vereceğiniz doğru ve samimi yanıtlar, araştırmanın amacına ulaşmasında önemli rol oynayacaktır. Verdiğiniz cevaplar, araştırma grubu dışında kimse tarafından görülmeyecek ve araştırma amacına uygun istatistiksel değerlendirme dışında kullanılmayacaktır. Kimlik bilgisi vermenize gerek yoktur. Aşağıdaki sorularda, sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Ayırdığınız zaman ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Cinsiyet	<input type="radio"/> a. Erkek	<input type="radio"/> b. Kadın
2. Yaş	<input type="radio"/> a. 65-74	<input type="radio"/> b. 75-84
	<input type="radio"/> c. 85 ve üzeri	
3. Medeni durumu	<input type="radio"/> a. Bekâr	<input type="radio"/> b. Evli/birlikte yaşıyor
	<input type="radio"/> c. Boşanmış	<input type="radio"/> d. Eşi ölmüş
4. Kiminle yaşıyorsunuz?	<input type="radio"/> a. Yalnız	<input type="radio"/> b. Eşim
	<input type="radio"/> c. Eşim ve çocuklar	<input type="radio"/> d. Diğer: .....
5. Eğitim düzeyiniz nedir?	<input type="radio"/> a. Okur-yazar değil	<input type="radio"/> b. Okur-yazar
	<input type="radio"/> c. İlkokul	<input type="radio"/> d. Ortaokul
	<input type="radio"/> e. Lise	<input type="radio"/> f. Lisans ve üstü
6. Sosyal güvence durumunuz?	<input type="radio"/> a. Var	<input type="radio"/> b. Yok
7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	<input type="radio"/> a. İyi	<input type="radio"/> b. Orta
	<input type="radio"/> c. Kötü	
8. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?	<input type="radio"/> a. Çok iyi	<input type="radio"/> b. İyi
	<input type="radio"/> c. Orta	<input type="radio"/> d. Kötü
	<input type="radio"/> e. Çok kötü	
9. Belirlenmiş / tanı konmuş ve halen devam eden herhangi bir sorunuz / hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	<input type="radio"/> a. Yok	<input type="radio"/> b. Hipertansiyon
	<input type="radio"/> c. Diyabetes Mellitus	<input type="radio"/> d. Artrit
	<input type="radio"/> e. Kardiyovasküler Hastalıklar	<input type="radio"/> f. Üriner İnkontinans
	<input type="radio"/> g. KOAH	<input type="radio"/> h. Görme Yetersizliği
	<input type="radio"/> i. İşitme Yetersizliği	<input type="radio"/> j. Uyku Sorunu
	<input type="radio"/> k. Serebrovasküler Hastalıklar	
10. Bir sorunla karşılaştığınızda nasıl başa çıkarsınız?	<input type="radio"/> a. Sorunu görmezlikten gelirim	<input type="radio"/> b. Kendi başıma çözmeye çalışırım
	<input type="radio"/> c. Çevredekilerden yardım / destek alırım	<input type="radio"/> d. İbadet ederim
	<input type="radio"/> e. Diğer: .....	
11. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	<input type="radio"/> a. TV seyretme, radyo dinleme	<input type="radio"/> b. Sohbet etme
	<input type="radio"/> c. Dışarı çıkma, yürüme	<input type="radio"/> d. Gazete, kitap, dergi okuma
	<input type="radio"/> e. El işi	<input type="radio"/> f. Bahçe işleri
	<input type="radio"/> g. Sinema, tiyatro, konser	<input type="radio"/> h. Kâğıt vb. oyunlar
	<input type="radio"/> i. Dinlenme, uyku	<input type="radio"/> i. Diğer

## EK-6. DİNİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ (DYÖ)

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Dinin toplum hayatı için faydalı olduğunu düşünürüm.				
2. Dini inancın gerekli olmadığını düşünürüm.				
3. İbadetlerimi yaparım.				
4. Dinin yasak ettiği şeyleri yaptığım olur.				
5. Dinin sosyal hayat ile ilgili kurallarını yerine getirmeye özen gösteririm.				
6. Hata işlediğim zaman Allah'tan af dilerim.				
7. Allah herkesi kendi niyetine göre değerlendirir diye düşünürüm.				
8. Dini kuralları sıkıcı bulurum.				
9. Toplum huzurunun sağlanmasında dinin önemli bir katkısının olduğunu düşünürüm.				
10. İnancıma göre hareket etmediğimde içimde bir huzursuzluk duyarım.				
11. Allah, kıyamet günü bana da merhamet eder diye umarım.				
12. Kişinin dini uğruna bir takım güçlüklerle katlanmasını anlamsız bulurum.				
13. Dini kuralları yerine getirme zorunluluğu hissederim.				
14. Nafile (farz olmayan) ibadetler yaparım.				
15. Evlilik dışı ilişkileri normal karşılarım.				
16. Dua ederim.				
17. Toplumun geri kalmasına, dini kuralların neden olduğunu düşünürüm.				
18. Dinimi başkalarına da anlatmaya çalışırım.				

## EK-7. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU (GDÖ-

15)

Lütfen, geçen hafta süresince kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları yanıtlayınız

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1. Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz?		
2. Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı?		
3. Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?		
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı?		
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?		
6. Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız?		
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz?		
8. Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz?		
9. Dışarı çıkmak veya yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz?		
10. Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha fazla mı probleme sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?		
11. Şu an hayatta olduğunuz için mutlu musunuz?		
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz?		
13. Enerji dolu musunuz?		
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz?		
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda mı olduğunu düşünüyorsunuz?		

## EK-8. AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
AĞRI VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ AĞRI İL SAĞLIK  
MÜDÜRLÜĞÜ

0705.2018.17.34 - 54592530 - 799 - E.3085



01061796441

Sayı : 54592530-799  
Konu : Eda ÇEKER'in Araştırma İzin Talebi

Sayın EDA ÇEKER

İlgi : 21/02/2018 tarihli ve 54592530 sayılı yazı

İlgili yazınız tarafımızca incelenmiş olup, " Yaşlı Bireylerin Dini İnançları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmanızın Ağrı Merkez 3, 4 ve 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde 25.04.2018- 25.08.2018 tarihleri arasında yapma talebiniz Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Op.Dr.Ali BULUT  
İl Sağlık Müdürü

Hürriyet Mahallesi Dr. Harun Yılmaz Cad. No:2 Ağrı/Merkez

Faks No:

e-Posta: g.birinci@saglik.gov.tr İnt. Adresi: agrilsaglik.egitim@gmail.com

Bilgi için: Gülhan Sultan BİRİNCİ

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 04722151232 dahili 169

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5b2d830b-7828-4edd-a43d-df043b75a616 kodu ile erişebilirsiniz.

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

# EK-9. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



## YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişikliği önerisi olanlar için) (FORM: 08)

### ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Eda ÇEKER  
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Hemşirelik Fakültesi  
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği

Danışmanı : Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN  
Ortak Danışman : Yoktur.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 07.03.2019 ve 2019/11 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, 'Yaşlı Bireylerin Dini İnançları İle Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı **yüksek lisans tezini** incelemiş ve adayı 02.04.2019 tarihinde, saat 10: 00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

### DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,

Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ..... ay **ek süre** verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,

Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDEDİLMESİNE**,

ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının **YAŞLI BİREYLERİN DİNİ İNANÇLARI İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ** olarak düzenlenmesine,

**OY BİRLİĞİ**  **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	:Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ	
Üye	:Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN	
Üye	:Dr. Öğr. Üyesi Oya SEVCAN ORAK	
Üye	:.....	.....
Üye	:.....	.....