

**T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA
DEPRESYON VE GÜNLÜK YAŞAM İŞLEVLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Mahinur Betül ÇALIŞKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2014

**T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA
DEPRESYON VE GÜNLÜK YAŞAM İŞLEVLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Mahinur Betül ÇALIŞKAN

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2014

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Mahinur Betül ÇALIŞKAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA	6
4.1.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri ve Sorunları.....	11
4.1.2. Yaşlılık Döneminin Psikososyal Özellikleri ve Sorunları.....	14
4.1.3. Yaşlılık Döneminin Toplumsal Özellikleri ve Sorunları	16
4.2. DEPRESYON.....	17
4.2.1. Yaşlılarda Depresyon	18
4.2.2. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon	20
4.3. GÜNLÜK YAŞAM İŞLEVLERİ	21
4.4. YAŞLI BİREYİN BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ	27
5. MATERYAL VE YÖNTEM.....	30
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	30
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	30
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	30
5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
5.4.1. Bilgi Formu.....	31
5.4.2. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği.....	31
5.4.3. Barthel İndeksi.....	32
5.5. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR	33
5.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	34
5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	34
6. BULGULAR	35
6.1. YAŞLI BİREYLERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER.....	35
6.2. “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	48
6.3. “BARTHEL İNDEKSİ” İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	56

6.4. “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” VE “BARTHEL İNDEKSİ” PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	60
7. TARTIŞMA.....	62
7.1. YAŞLI BİREYLERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	62
7.2. YAŞLI BİREYLERİN “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE İLGİLİ BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	69
7.3. YAŞLI BİREYLERİN “BARTHEL İNDEKSİ” İLE İLGİLİ BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	77
7.4. YAŞLI BİREYLERİN “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” VE “BARTHEL İNDEKSİ” PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	80
8. SONUÇ	82
9. TEŞEKKÜR	85
10. KAYNAKLAR	86
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

Akciğer CA	: Akciğer Kanseri
Ark.	: Arkadaşları
BPH	: Benign Prostat Hiperplazisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
GDS	: Geriatrik Depresyon Skalası
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MS	: Multiple Skleroz
Prostat CA	: Prostat Kanseri
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket (Statistical Package for Social Sciences)
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	: ve benzeri
YDÖ	: Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği

Etik Kurul Kararı: T. C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 06. 06. 2013 tarih 06. 06. 2013 / 07 – 53 numaralı karar ile onaylanmıştır.

Araştırma Projesi Numarası: HEM / 1492013

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 5.4.2.1. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	32
Tablo 5.6.1. Korelasyon İlişki Düzeyleri	33
Tablo 6.1.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özellikleri	35
Tablo 6.1.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunu Belirleme İle İlgili Özellikleri.....	39
Tablo 6.1.3. Yaşlı Bireylerin Belirlenmiş/Tanı Konmuş Ve Halen Devam Eden Herhangi Bir Sorun/Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı	40
Tablo 6.1.4. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalma Durumları İle İlgili Özellikleri	42
Tablo 6.1.5. Yaşlı Bireylerin Ziyaret Durumlarına Yönelik Özellikleri.....	45
Tablo 6.1.6. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Başa Çıkma Durumu İle İlgili Özellikleri	46
Tablo 6.1.7.1. Yaşlı Bireyleri Etkileyen Olayların Önem Sırasına Göre Dağılımı	47
Tablo 6.2.1. Yaşlı Bireylerin Depresyon Puan Ortalaması	48
Tablo 6.2.2. Yaşlı Bireylerin Depresyon Risk Dağılımı	48
Tablo 6.2.3.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları	49
Tablo 6.2.3.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunu Belirleme Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları	51
Tablo 6.2.3.3. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalma Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları	52
Tablo 6.2.3.4. Yaşlı Bireylerin Ziyaret Durumları Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları	54
Tablo 6.2.3.5. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Başa Çıkma Yöntemine Göre Depresyon Puan Ortalaması.....	55
Tablo 6.3.1. Yaşlı Bireylerin “Barthel İndeksi” Puan Ortalamaları	56
Tablo 6.3.2.1. Yaşlı Bireylerin Barthel İndeksi Bağımlılık Durumu Dağılımı.....	56
Tablo 6.3.3.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması.....	57
Tablo 6.3.3.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunu Belirleme Özelliklerine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması.....	58

Tablo 6.3.3.3. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalma Özelliklerine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması	58
Tablo 6.3.3.4. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Başa Çıkma Yöntemine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması.....	59
Tablo 6.4.1. Barthel İndeksi Puan Ortalamaları ile Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 6.4.2. Barthel İndeksi Bağımlılık Durumu Dağılımı İle Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	60



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Yaşlı Bireylerin Cinsiyet Dağılımı	36
Şekil 2. Yaşlı Bireylerin Yaş Dağılımı	36
Şekil 3. Yaşlı Bireylerin Medeni Durum Dağılımı.....	36
Şekil 4. Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeyi Dağılımı.....	37
Şekil 5. Yaşlı Bireylerin Sosyal Güvence Dağılımı	37
Şekil 6. Yaşlı Bireylerin Çalışma Durumu Dağılımı.....	38
Şekil 7. Yaşlı Bireylerin Gelir Düzeyi Dağılımı	38
Şekil 8. Yaşlı Bireylerin Çocuk Sayısı Dağılımı.....	38
Şekil 9. Yaşlı Bireylerin Sağlık Düzeyi Algısı Dağılımı.....	39
Şekil 10. Yaşlı Bireylerin Toplam Hastalık Sayısı Dağılımı.....	39
Şekil 11. Yaşlı Bireylerin Belirlenmiş/Tanı Konmuş Ve Halen Devam Eden Herhangi Bir Sorun/Hastalık Dağılımı	41
Şekil 12. Yaşlı Bireylerin Kurumda Kalma Süresi Dağılımı.....	42
Şekil 13. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etme Sebebi Dağılımı	43
Şekil 14. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Yaşıyor Olmaktan Memnun Olma Durumu Dağılımı.....	43
Şekil 15. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Zaman Geçirme Durumu Dağılımı	44
Şekil 16. Yaşlı Bireylerin Başka Bir Seçeneği Olsa Yaşamak İsteddiği Ortam Dağılımı	44
Şekil 17. Yaşlı Bireylerin Ziyaretçisinin Olma Durumuna Göre Dağılımı	45
Şekil 18. Yaşlı Bireylerin En Çok Ziyaretine Gelen Bireylere Göre Dağılımı	45
Şekil 19. Yaşlı Bireylerin Ziyaret Edilme Sıklığı Dağılımı.....	46
Şekil 20. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Kullandığı Başa Çıkma Yöntemine Göre Dağılımı	46
Şekil 21. Yaşlı Bireyleri Etkileyen Olayların Önem Sırasına Göre Dağılımı	47

1. ÖZET

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen araştırma, gerekli izinler alınarak 21 Ekim 2013 – 10 Ocak 2014 tarihleri arasında Darülaceze Müessesesinde kalan 176 yaşlı bireyin katılımıyla tamamlandı. Veriler; literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgi Formu”, “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” ve “Barthel İndeksi” kullanılarak toplandı. Çalışmada elde edilen verilerin analizi, SPSS for Windows 21.0 lisanslı yazılım programı ile yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra t testi, tek yönlü (One way) Anova testi ve Tukey Post Hoc testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmadan elde edilen bulgularda, huzurevinde yaşayan yaşlıların “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” puan ortalaması $12,46\pm 5,99$ ve “Barthel İndeksi” puan ortalaması $69,29\pm 32,44$ olarak bulundu. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon durumu değerlendirildiğinde; cinsiyeti kadın olan, daha önce hiçbir işte çalışmamış, sağlık düzeyini kötü algılayan, huzurevinde yaşıyor olmaktan orta derecede memnun olan, başka bir seçeneği olsa aile bireyleri ile birlikte yaşamak isteyen, ziyaretine en çok çocukları ve akrabaları gelen, nadiren ziyaret edilen, bir sorunla karşılaştığında ibadet eden, yaşlıların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Günlük yaşam işlevlerini değerlendirmek için “Barthel İndeksi” puanlarına bakıldığında; cinsiyeti erkek olan, daha önce bir işte çalışmış ve ayrılmış olan, sağlığını çok iyi algılayan, bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışan yaşlıların Barthel İndeksi” puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” puan ortalamaları ile “Barthel İndeksi” puan ortalamaları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Huzurevi, yaşlı, depresyon, günlük yaşam işlevleri

2. SUMMARY

THE ASSESSMENT OF DEPRESSION AND FUNCTIONS OF DAILY IN THE ELDERLY PEOPLE LIVING IN NURSING HOMES

Our research, "*The assessment of depression and functions of daily life in the elderly people living in nursing homes*", was planned and carried out as descriptive and it was completed with the participation of 176 elderly people staying in Darulaceze between 21 October 2013-10 January 2014 with taking necessary permissions. Data forms were prepared in the line of literature by the researcher and it was collected by using "Information Form", "Depression Scale for Elderly People" and "Barthel Index". The data that was obtained in the study was analyzed with SPSS for Windows 21.0 licensed software. While assessing the data, along with the descriptive statistical methods (Number, Percentage, Average, Standard Deviation), t-test, One-way ANOVA test and Tukey's Post-hoc test were used. The results have been evaluated between 95% confidence interval, at $p < 0,05$ significance level.

According to the findings of the research, the mean score of "Depression Scale for Elderly People" was found as $12,46 \pm 5,99$ and the mean score of "Barthel Index" was found as $69,29 \pm 32,44$. When the depression status of the elderly people living in nursing homes was evaluated, it was detected that the depression mean score is high for elderly people who are female, never worked at a job before, comprehend poor level of health, are moderately satisfied to be living in a nursing home, prefer to live with their family, if they have another option, are visited by mostly her children and relatives, are visited rarely, pray when they encounter a problem ($p < 0,05$). Referring to "Barthel Index" scores for evaluation of functions of daily life, it was detected that the "Barthel Index" mean scores are high for elderly people who are male, worked and quitted a job before, comprehend very good health, try to solve the problem when they encounter it ($p < 0,05$). It was detected that there is a statistically significant relationship in a negative direction between the mean scores of "Depression Scale for Elderly People" and the mean scores of "Barthel Index" ($p < 0,05$).

Key Words: Nursing home, elderly people, depression, functions of daily life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam sürecinin gelişimsel bir dönemi olan yaşlılık, kronolojik yaşın ilerlemesiyle birlikte, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir süreçtir. Bu dönem bakım ve tıbbi yardıma gereksinimi olan gelişim dönemleri arasında en yüksek oranı oluşturmaktadır (1).

Teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, bilimsel gelişmeler, tıp ve sağlık alanındaki ilerlemeler, sağlığı koruma ve sürdürme konusunda bilinçlenme doğuştan beklenen yaşam süresini uzatmış, dolayısıyla yaşlıların dünya nüfusundaki payı da gittikçe artış göstermiştir (1, 2, 3, 4).

2003 verilerine göre dünyada yaşayan her 10 kişiden biri yaşlı, yani 65 yaş üzerindedir ve son 30 yılda yaşlı nüfusu %63 oranında artış göstermiştir (5). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusunda büyük bir artış söz konusudur. Hem fertilitite oranlarında hem de tüm yaşlardaki mortalite hızlarındaki azalmanın sonucu 60 yaş üzeri kişilerin sayısı 629 milyon olduğu ve bunun 2/3'ünün gelişmekte olan ülkelere yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu sayının 2025'te iki kat, 2050'de üç kat artacağı düşünülmektedir (6). Ülkemizde ise 2025 yılında toplam nüfusun %9'unun 65 yaş üstünde olması beklenmektedir (1). Bu durumda yaşlılığın yakın gelecekte dünyada ve ülkemizde yalnızca kişileri ilgilendiren bir sorun olmaktan çıkıp, toplumsal bir sorun haline geleceği söylenebilir (7).

Yaşlanmayla birlikte yaşlı bireyin yaşamdaki etkinliğinin giderek azaldığı kabul edilmekle birlikte, toplumun yaşlı bireyden elini çekmesi ile toplumsal etkileşim azalmaktadır. Bu dönemde yaşanan sosyal izolasyon, emekli olma ya da dul kalma sonucunda bazı roller kaybolur (8).

Yaşlanmayla birlikte sosyal yaşamdan kopan yaşlı birey kendi aile ve dost çevresinden ayrıldıktan sonra huzurevlerini bazen mecburiyetten bazen de kendi isteğiyle tercih edebilirler. Aile, eş dost bağları kopan yaşlılar huzurevlerini yaşamın son noktası olarak görmeye başlayarak hayattan umudunu keserler ve sosyal yaşama katılımları daha az olur (9).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen

intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ve benzeri (vb.) ilgili fizyolojik bozuklukların yaşandığı bir hastalıktır (2).

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzeyde olmak, dul olmak, yalnız yaşamak, bilişsel bozukluğun varlığı, fiziksel hastalık ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik gibi etkenlerin yaşlılarda depresyon oluşumuna zemin hazırladığı gösterilmiştir (2).

Genel popülasyon yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinimi artmaktadır. Çünkü fonksiyonel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ya da engellenmekte, bağımsız fonksiyonları giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale gelmektedir (10).

Üretkenlik dönemini geride bırakmış olan yaşlılar, yetersizlik ve işe yaramazlık duyguları ile baş etmek durumundadırlar (11). Sosyal destekte azalma, eş, arkadaş vb. kayıpların yaşanması, istenmeyen biri olma, ayrılık gibi nedenler sonucu kendilerini yalnız, mutsuz ve umutsuz hissedebilirler (7). Böylece yaşlı birey fiziksel olarak uygun olsa bile, yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kişisel bakım, yeme-içme, eliminasyon, hareket vb. gibi bazı temel gereksinimlerini kendi başına yerine getirmede sorunlar yaşayabilirler (1).

Yaşlılık döneminde banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme, oturup kalkma, yürüme, yemek yeme, dışarı çıkma gibi temel günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunda kısıtlılıklar başlamakta ve tek başına yaşam zor, hatta imkânsız bir hale gelmektedir (10).

Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal kapasitesini en üst düzeyde tutmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmada hemşirenin önemli rolü vardır. Hemşire yaşlının duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını kendisinin vermesini ve becerilerini sergilemesini destekleyerek daha bağımsız hareket etmesine yardımcı olmaktadır (3). Ayrıca yaşlı bakımında görev alan hemşirelerin, yaşlı bireyin yaşayabileceği psikolojik sorunlardan biri olan depresif belirtilerin, temel günlük yaşam işlevlerini yerine getirebilme yeteneğini ne derece etkilediğinin değerlendirilmesi, yaşlıya sunulacak olan bakımın niteliğini arttırmada ve yaşlının yaşam kalitesini yükseltmede oldukça önemlidir.

Yaşlanmanın beraberinde getirdiği değişikliklerin yanı sıra depresyonun da etkisiyle yaşlı bireylerin günlük yaşam işlevlerini yerine getirebilmeleri güçleşmektedir. Yaşlı birey

bu aktiviteleri yerine getirirken kısmen ya da bütünüyle çevresindeki bireylere bağımlı hale gelir.

Bu çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellere yol göstermesi, yaşlılık, yaşlılıkta depresyon ve günlük yaşam işlevleri ile ilgili yapılacak çalışmalara katkı sağlaması hedeflenmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA

Doğadaki tüm canlılar gibi insanlar da doğar, büyür ve ölürler (12). İnsanlar genç yaşlarda ölmedikleri sürece yaşlanmayı deneyimleyeceklerdir (1).

Biyojik bir olay olan yaşlanma; her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, uzun yaşama şansını elde edebilen herkes için, kaçınılmaz, süreğen ve evrensel bir süreçtir (1, 9, 10). Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan fiziksel, fonksiyonel, mental ve biyopsikososyal işlevlerde azalmaya neden olan doğal bir süreçtir (13, 14).

Yaşlılık durumu, bir olguyu ve toplum içinde belirli bir yaşın üzerinde olanları tanımlarken, yaşlanma “yaş alma” anlamıyla doğuştan itibaren başlayan bir süreci ifade eder (15). Yaşlanma bir süreç iken, yaşlılık bir dönemi ifade eder (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre yaşlanma, dejenerasyona ve dış çevreden gelen strese karşı koymak üzere, iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum olayıdır (1).

Yaşlanma, bugün önlenmesi mümkün olmayan çok boyutlu bir gerilemedir ve hayat boyu devam eden bir süreçtir (16).

İnsanoğlunun yaşlanmaya yönelik ilgisi oldukça eskilere dayanmaktadır. İnsanın kendini inceleme nesnesi olarak ele aldığı ve kendiyile ilgili bilgi üretmeye başladığı ilk günden bu güne, yaşlılık ya da yaşlanmayla ilgili de bilgi üretmiş, yaşlanma konusu da insanın ilgi alanına girmiştir. Son zamanlarda yaşlanma sadece sanatın ve edebi alanların ilgi konusu olmaktan çıkmış; bilimsel bir ilgi haline gelerek bütün yönleriyle incelenen bir konu alanına dönüşmüştür. Bu ilginin asıl nedeninin, yaşlı nüfusun tüm dünyada artması ve yaşlılık sorunlarının giderek yaygınlaşması olduğu söylenebilir (15).

Yaşlılığa yönelik ilgi, tarihin çok eski dönemlerine kadar götürülebilir (9). Galen, yaşlılıkta çeşitli yakınmaların olduğunu kabul etmekle birlikte yaşlılığın bir hastalık olmadığı görüşünü benimsemiştir. “Zira hastalıklar “doğaya karşıt süreçler” iken; yaşlılık “doğal bir süreç”tir ve yaşlılıktaki yakınmalar bu doğal sürecin içinde değerlendirilmelidir” demiştir (17). Homer, yaşlıların yetenek ve deneyimlerinden gençlerin yararlanmaya hazır

olduklarını söylerken, Eflatun, yaşlılık döneminin bireysel yönüne vurgu yapmış ve bu dönemdeki yaşam biçiminin gençlik ve yetişkinlik döneminde biçimlenip belirlendiğini ileri sürmüştür. Aristoteles ise daha menfi bir durumun varlığından söz ederek yaşlıların kavgacı olduğundan bahsetmiştir. Ayrıca “hastalığı zamansız gelen yaşlılık, yaşlılığı ise doğal bir hastalık” şeklinde tanımlamıştır. Romalılarca yaşlılık yaşının 61 olarak kabul edildiği dönemde yaşayan ünlü düşünür Çıçero, yaşlıların ileriki yaşlarda zihinsel kapasitelerinde ortaya çıkan değişimlere ilişkin bilgiler verip, yaşlıların devlet yönetimi ile sanat ve bilim dallarındaki başarılı performanslarına değinmiştir. Shakespeare, bireyin tüm yaşam sürecinin yedi dönemden oluştuğunu kabul etmiştir. Schopenhauer ise gençliğin yaşamın mutlu dönemi, yaşlılığın ise mutsuz bir dönemi olarak bilindiğini, gençliği bir yerden bir yere sürükleyen tutkuların, mutluluktan çok acı verdiklerini; huzurun ise, sakin bir dönem olan yaşlılığa kaldığını, çünkü bu dönemde gerçeği görmeyi sağlayan tecrübelerin daha yoğun olduğunu ifade etmiştir. Goethe’ye göre yaşlılık, deneyim ve tecrübelerin zirveye ulaştığı bir dönem olarak kabul edilebilir. Goethe, yaşlılığın olumsuz bir dönem olarak anlaşılmasına karşı çıkmış, bireyin bu döneme uyumu için öğütler vermiş, bireyi bu dönemde aktif olması yönünde cesaretlendirmiştir (18).

Bazı toplumlarda günümüzün aksine yaşlılık iyi karşılanmıyor hatta yaşlıların öldürülmeleri bekleniyordu. Eskimoların yaşlıları iyice güçten düşüncü intihar yoluna başvururken, Fijili yaşlı erkekler ölme isteğini yakınlarına söylerlerdi. Gün geldiğinde de yaşlı erkek, canlı canlı toprağa gömülürdü. Yeni Hebridlerde de yaşlılar diri diri toprağa gömülürken, gömülmeyi istemeyen yaşlılara ise “ailenin yüz karası” olarak bakılırdı. İsveç’de akrabaları yaşlılığından kurtarmaya yarayan “aile topuzları” adlı dikenli topuzlar son zamanlara kadar bulunuyordu (19).

Yaşlılık çoğu insanın düşündüğü gibi durağan ve değişmez bir dönem değildir. Yaşlılık yıpranma, tedavülden kalkma değildir. Madenin işlenip cevher hale gelmesidir. Unutulmamalıdır ki; Galilei 73 yaşında ayın hareketlerini buldu, Pasteur 60 yaşında kuduz aşısını buldu. Yaşlılık; yaşamın tüm evrelerinin zorlamalarına karşın var olabilmenin güçlülüğünü ve bilgeliğini içerir. Özellikle merak ve hayret tepkilerini sürdürebilen yaşlılar, dinamizmi olan varlıklardır. Bu nedenledir ki, insanlar ideallerini yitirmemelidirler. Seneler saçları beyazlatabilir fakat heyecanların kaybedilmesi ruhu karartabilir (9, 20).

Yaşlanma tek boyutlu bir süreç değildir (9). Canlı oluşumundan yaşamın bitimine kadar süren bu süreç, bölümlere ayrılarak incelenmektedir. Buna göre yaşlanma süreci;

moleküler yaşlanma, hücresel yaşlanma, doku ve organ yaşlanması, bireysel yaşlanma ve toplumsal yaşlanma olmak üzere beş bölümde incelenmektedir (1).

1. Moleküler Yaşlanma: Kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra-intermoleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastisitesinde azalmaya yol açması ile olmaktadır (5).

2. Hücresel Yaşlanma: Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir (5).

3. Doku ve Organ Yaşlanması: Birçok organda, yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır (5).

4. Bireysel Yaşlanma: Bireyde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda belirgin yetersizliklerin ortaya çıkmasıyla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye şeklinde ortaya çıkar (10).

5. Toplumsal Yaşlanma: Genel nüfus içinde yaşlı bireylerin sayısının artması, o toplumun yaşlı toplum olduğunu göstermektedir. Toplumun yaşlanması üç değişik özellikte olmaktadır:

- a. Bir toplumdaki bütün bireylerin diğer toplumdaki bütün bireylerden yaşlı olması,
- b. Yaşlı kişilerin oranında giderek artış olması,
- c. Genç nüfusun oranında giderek azalma olması (9).

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından dört gruba ayrılmaktadır:

- 1. Genç Toplum:** Yaşlı nüfusu %4'ten az olan toplum
- 2. Erişkin Toplum:** Yaşlı nüfusu %4-7 arasında olan toplum
- 3. Yaşlı Toplum:** Yaşlı nüfusu %7-10 arasında olan toplum
- 4. Çok Yaşlı Toplum:** Yaşlı nüfusu %10'un üzerinde olan toplumdur (21).

Yaşlanma sürecine hız ve yoğunluk katan dört ana neden vardır. Bunlar;

- Fiziksel gücün zayıflaması ile bedensel yakınmaların ortaya çıkması,
- Verimli bir işten yoksun olmak, pasifize olmaya zorunlu kalmak,
- Eğlenceden yoksunluk, yaşamın zevk veren deneyimlerinden ve sevinçlerinden vazgeçmek veya bunların dışında bırakılmak,

- Ölüme yaklaşmanın bilincinde olmaktır (1).

Yaşlanma bir süreçtir ve yaşlılık ise, yaşam sürecinin çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal bir çağıdır (22).

Genel olarak 60 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilmekle birlikte, yaşlılık sınıflandırılması ülkenin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan yaşam beklentisine göre değişiklik göstermektedir (1).

DSÖ'ye göre;

- 0-10 yaş arası dönem; çocukluk,
- 10-24 yaş arası dönem; gençlik,
- 25-64 yaş arası dönem; yetişkinlik,
- 65-74 yaş arası dönem; yaşlılık,
- 75-89 yaş arası dönem; ihtiyarlık evresi olarak tanımlanmaktadır. Ancak 65 yaş ve üstü olan nüfus yaşlı sayılmakla birlikte, yaşlı nüfus oranı düşük olan ülkelerde bu sınır 60 yaş olarak kabul edilmektedir (1).

Yasaların ve DSÖ'nün 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği (5, 7) yaşlılık dönemi üçe ayrılır (22).

1. Genç Yaşlılık (65-74 yaş): Fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların beklenmediği dönemdir.

2. İleri (Orta) Yaşlılık (75-84 yaş): Fonksiyonel kayıpların gözlendiği bir dönemdir.

3. Çok İleri Yaşlılık (85 yaş ve üzeri): Bu evredeki bireyler, bakım için yardımcıya, özel barınma yerleri ve özel evlere gereksinim duyarlar (1).

Yaşlılık ile ilgili yayınlar incelendiğinde, yazarların yaşlılığı çeşitli özelliklerini vurgulayarak açıkladıkları ve belli başlıklar altında ele aldıkları görülmektedir. Bunlar;

- **Biyolojik Yaşlılık:** Gelişim sürecinde vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişimidir. Anne karnında başlamaktadır. Yaşam biçimimiz, hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlandırabilmektedir (15).
- **Kronolojik Yaşlılık:** Yaşlılığın başlangıcı için "takvimde tek olarak kabul edilen" yaş sınırıdır. Bu yaş sınırı günümüzde 64 yılın bitimi olarak kabul edilmektedir (1).
- **Fizyolojik Yaşlılık:** Hastalık, kaza ve benzeri diğer çevresel ve toplumsal etkenlerin kaçınılmaz bir biçimde artmasına neden olan organizmanın fizyolojik olarak yeterliliğinin azalması olarak tanımlanmaktadır (1).

- **Ekonomik Yaşlılık:** Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesidir. Çoğunlukla emekli olmakla başlayan evredir (15).
- **Psikolojik Yaşlılık:** Gelişim sürecinde deneyimlerin artmasıyla oluşan davranış değişiklikleri ve davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlerdir. Anılarda yaşama, geçmişe özlem, geçmişe takılıp kalma, geçmişten kopamama ve geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı, üzüntü gibi duyguların tümü olarak tanımlanır (1, 15).
- **Sosyal Yaşlılık:** Zaman akışı içinde edinilen sosyal davranış, sosyal konumunun ve bireylerin sosyal rol, statü ve beklentilerinin değişmesidir (2, 15).
- **Toplumsal Yaşlılık:** Bireyin toplum içindeki yaşamında, çalışma ve sosyal işlerinde gücünün ve yeteneğinin azalarak kaybolmasıdır (1).
- **Patolojik Yaşlılık:** Fakirliğe ya da alışkanlığa bağlı olarak ya da ömür boyu süren ekonomik faktörler (yetersiz beslenme, diş bakımı yetersizliği, hareketsizlik) ve zenginlik nedeniyle aşırı beslenen kişilerin yaşadığı sağlık sorunlarına bağlı olarak ortaya çıkar (2, 15).

Bir ülkenin nüfusunun yaşlanması demek, 65 yaş ve üzeri yaştaki kişi nüfus oranının, toplam nüfus içindeki payının artması demektir ve gerek dünya ülkelerinde, gerekse de ülkemizde yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır (1, 23).

Yaşlı nüfusun genel nüfusa oranını arttıran çeşitli faktörler vardır. Bunlardan bazıları şunlardır;

- Bilimsel farklılıklarının yanı sıra, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerle hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması (23),
- Teknolojik gelişim, çeşitli buluşların insan hizmetine sunulması ve yaşam koşullarına olumlu katkı sağlaması (1),
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması (23),
- Tüm bunların yanı sıra, beslenme koşullarındaki iyileşme, hijyenik koşullardaki düzelme ile birlikte doğum öncesinden başlayarak tüm yaşam dönemlerindeki ölüm oranlarında azalma Dünya'daki yaşlı nüfus oranının artmasında önemli rol oynamıştır (1).

Türkiye nüfusunun yaşlı nüfus oranı yıllara bağlı olarak artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2000 yılında yaşlı nüfus oranı %5.7 olan yaşlı nüfusu

3.858.949 kişidir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2003 bulguları yaşlı nüfusun, tüm nüfus grupları içerisindeki payının 2005 için %5.6 civarında olduğunu göstermiştir. Bu veriye göre Türkiye yaklaşık 5 milyon yaşlı ile bazı ülkelerin toplam nüfusundan daha fazla yaşlı nüfusa sahiptir. Türkiye, yaşlanma sürecinin hızlı gerçekleşeceği ülkelerden birisidir. Türkiye yaşlı nüfusunda 2008-2040 arasında %201'lik bir artış beklenmektedir. Yaşlılık endeksi 1950 yılında 8.6 iken, 1990 yılında 12.2 ve 2025 yılında 21.2'ye çıkacağı öngörülmektedir. Türkiye'de 2050 yılında 16 milyon civarında yaşlı bulunacağı tahmin edilmektedir (14).

4.1.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri ve Sorunları

Yaşlanma sürecinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, yine yaşlanma sürecinde devam eden psikolojik, sosyal, biyolojik ve çevresel olayların biriken etkisidir. Bu fizyolojik değişimler her yaşlıda aynı şekildedir; fakat yaşlılar yaşam tarzları ve çevresel özellikleri bakımından homojen bir grup oluşturmadığı için bu fizyolojik değişimler farklı hızlarda meydana gelir (24). Yaşlılığın bir yitirme ve zarara uğrama dönemi olduğu yadsınamaz. Ancak yaşlılıkta meydana gelen tüm değişmelerin patolojik olduğu da söylenemez (1).

1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıklar hastalık ve ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (25). Yaşlılıkla birlikte kardiyak atım sayısı azalır, damarlar esnekliğini kaybeder, damar duvarı kalınlığı artar, streslere cevap yeteneği azalır, kan basıncı yükselir, kalbin etrafındaki yağ tabakası artar. Beyin, karaciğer, kas ve böbreklere olan kan akımı azalır. Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan bu değişiklikler kalbin işlevlerini önemli derecede etkiler (10, 26).

2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanma ile göğüs kafesinin boyutları değişir, akciğer parankiminde azalma ve bağ dokusunda artma meydana gelir, akciğer esnekliği azalır. Kas ve bağ doku değişiklikleri nedeniyle ve toraksın esnekliği azaldığı için derin soluk alma ve öksürme yeteneği azalır (10, 26).

3. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkta kas gücünde ve kemik yapısında oldukça büyük bir zayıflama vardır. Kemiklerde kalsiyum kaybına bağlı olarak kemik yoğunluğunun azalması, kırık ve eklemlerde kireçlenme ile birlikte esnekliğin azalması gibi fizyolojik değişimler gözlenmektedir (1). Kaslar incilir, atrofiler oluşur. Kemik ve bağ dokusu değişiklikleri nedeniyle yaşlı bireylerde postür değişiklikleri görülür (10). Kadınlarda daha belirgin olan, özellikle menapozdan sonraki dönemde kemik kütleindeki ilerleyici kayıp nedeniyle boy kısaltmaları, omurlarda çökmeler, osteoporoz ve kırık riskinde artışa yol açmaktadır (22, 27). Bütün bu değişimler postürün bozulmasına, denge ve yürümede güçlükler neden olur (10).

4. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkta beyne olan kan akımı ve oksijen sağlanması azalır. Nöronların sayısı yavaş yavaş eksilir. Otonom sinir sistemi cevabı yavaşlar. Sinir dejenerasyonu yaşlı bireyin reflekslerini ve duyularını azaltır (10).

a. Görme: Yaşla birlikte lensin esnekliği ve saydamlığı değişir. Yakın görme bulanıklaşır, karanlığa adaptasyonda zorluk olur. Kornea duyarlılığı azalmıştır. Bununla birlikte görme keskinliği, görme alanı ve gözyaşı da azalmıştır (10, 24, 28).

b. İşitme: İletim problemleri veya tıkanmaya bağlı olarak birçok yaşlıda işitme duyusu kaybolur (10). Kulak zarı fleksibilitesinde azalma, kulak kemiklerinde sabitleşme görülür (28).

c. Dokunma: Alıcı sinir uçlarında duyarlılık artmıştır. Sıcak-soğuk ve basıncı hissetme duyuları özellikle el ve ayaklarda azalmıştır. Dokunmayla ilgili gerilemenin oluşturduğu asıl sorun oluşturan durum ağrıyı algılamadaki bozulmadır. Bu nedenle kazalar ve yanık görülme riski artabilir (10).

d. Koku Alma: Koku duyusu azalır, ileriye fırlamış ve çıkıntılı burun şekli ortaya çıkar (24).

e. Tat Alma: Tat duyusu azalır. Tükürük salgıları azalır, kuru ağız meydana gelir (24).

Sinir sistemindeki nöronların sayısı azalmaya başlar, bu nöronlar yeniden oluşmaz ve azalma veya kayıp fonksiyonel değişikliklere yol açar. Yaşlı denge duyusunda azalma ve

istemsize motor yanıt gösterebilir. Uyku uyanıklık döngüsü değişmiştir. Tipik olarak yaşlılar gece boyunca uyuyamaz (10).

5. Deri Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte derinin incilmesi ve esnekliğini yitirmesi, deride soğukluk, saç dökülmesi, saçların beyazlaması gibi belirtiler ortaya çıkar (1).

6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Sindirim salgılarında azalma, bağırsak hareketlerinde yavaşlama görülür. Yaşlı bireyler, ağız hijyeninin bozuk olması, yapısal faktörler gibi nedenlerle dişlerinin bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş olabilirler. Bu durum sindirim fonksiyonunu etkiler. Karaciğerdeki metabolik olayların yavaşlaması sonucu zararlı maddelerin arındırılma süresi uzar, ilaçların metabolize edilmesinde sorunlar olabilir (10).

7. Genito-üriner Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte mesane kapasitesi azalır, rezidüel idrar artar, istemsiz mesane kasılmaları artar. Bu durum da 65 yaş üzerindeki kadınların %17'sini, erkeklerin ise %11'inden fazlasını etkileyen birincil problem üriner inkontinansa yol açar (10). Ayrıca enfeksiyonlara yatkınlık artmakta, sıvı-elektrolit dengesinde bozulmalar ve ilaçların bedenden uzaklaştırılmasında yavaşlama görülebilir (1, 10).

8. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkta hormon salınımında ve glikoz toleransında azalmalar olur ve hormon salınımındaki azalmalar ile kadınlarda menapoz, erkeklerde andropoz dönemi başlar (1, 10).

Bunların yanı sıra yaşlanmayla birlikte zihinsel değişiklikler de ortaya çıkar (22). Öğrenme, bellek ve diğer bilişsel işlevlerde azalma yaşlanmadaki en belirgin semptomlardandır (10). Algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya, hareketlerdeki yavaşlama da eşlik edebilir (22). Yaşlılarda daha önceden edinilen bilgiler sağlam kalır ve yeni öğrenilen bilgiler çabuk unutulur (1).

4.1.2. Yaşlılık Döneminin Psikososyal Özellikleri ve Sorunları

Psikolojik alanda da yaşlılık önemli sorunları beraberinde getirmektedir. Yeni durumlara uyumu zorlaşan, zihinsel işlevleri yavaşlayan, günlük yaşamını sürdürmek için bağımlı olmak zorunda kalan yaşlılar üretkenlik dönemini geride bırakmışlardır. Yetersizlik ve işe yaramazlık duygularını ortaya çıkaran bu durum yaşlıları çeşitli psikiyatrik sorunlara doğru itmektedir (11).

Yaşlı aile üyeleri emeklilik kimliği, sağlık problemleri, diğer eşin kaybı gibi konularla karşı karşıya gelirler. İnsan değişime ve gelişimine en hızlı ve en kolay uyum sağlayan değişim ve gelişimi başlatan ve yön veren varlıktır. Ancak yaşlıların ortaya çıkan yeni durumlara uyum yapabilme yeteneği zayıflamış olduğundan yaşlının zorlanması kaçınılmaz olacaktır (29).

Yaşlılarda karşılaşılan ve onları en fazla etkileyen psikolojik sorunların başında yalnızlık gelmektedir (1). Hayatındaki önemli insanları, sevdiklerini giderek yitirmektedir. Çocukları evden okul için, iş için ve evlilik için ayrılırlar. Arkadaşları, yakınları ve en önemlisi eşi ölererek onu terk eder. Diğer insanlara güven azlığı, şiddete maruz kalma korkusu, maddi desteklerin azalması da onu toplumdan yalıtmakta, yalnızlık ve yabancılaşma duygularını belirginleştirmektedir (30).

Yaşlı bireyin, gidenin yerine konacak kimsenin olmaması, yalnızlık ve soyutlanma duygularına sebep olur. Bu bağlamda bazı yaşlılar kendilerini, işe yaramaz ve toplumun genel akışından kopmuş varlıklar olarak görebilirler. Bu duyguların ne denli yoğun yaşandığı, bireyin geçmişteki kişilik yapısına, yaşamış olduğu olaylara, geliştirmiş olduğu beceri ve uyum mekanizmalarına göre de değişiklik gösterebilir (31).

Yaşlılığa emeklilik kavramıyla yaklaştığımız zaman bireyin bu deneyimi topluma aktif olarak katılmasının ya tamamen bittiği ya da büyük ölçüde azaldığı dönem olarak değerlendirdiği görülmektedir. Emeklilik ve işten çekilme pasiflik anlamlandırması ile strese yol açabilir. Ayrıca günlük rutinlerin değişmesi, amaç ve sosyal çevre kaybı, gelirden düşme sorunlar yaratır. Emekli olmadan emeklilikte yapacaklarını planlamış bireyler doğal olarak emekliliğe daha iyi uyum sağlamaktadırlar. Hazır olunmadan emekli olan erkek popülasyonunda depresyon ve alkolizm görülme oranı yüksektir (11).

Yaşlılık uzunca bir yaşam koşuşturması ve hedeflerin gerçekleşmesi sonucu kişisel bütünlüğün oluştuğu bir dönem olduğu gibi, yaşam bağlarının zayıfladığı, yaşamı anlamlı kılamamanın sonucu umutsuzluğun yaşandığı bir dönem de olabilmektedir. Bu nedenle,

umutsuzluk ve ölüm korkusu bu dönemin en büyük tehlikesidir. Yaşlılıkta yaşam, doğumdan bulunduğu güne kadar geçen zaman olarak değil, ölüme kadar geçen zaman olarak değerlendirilir (8).

Yaşlı bireyin artık ölümü erteleyebileceği başka bir gelişim dönemi kalmamıştır. Artık fiziksel anlamda ölümü iptale veya ertelemeye güç yetiremeyen yaşlı birey, ya teslimiyet ya da tümüyle inkâr tutumu geliştirmek durumunda kalabilir. Çoğu yaşlı, ölümün yaklaşmasını sakın bir şekilde kabullenirse de bazılarında panik ya da yadsıma tepkileri görülebilir (31).

Erikson kişinin yaşamını sekiz döneme ayırmakta, yaşlılığın orta yaşla başladığına inanmaktadır. Yaşlılık değişimlerinin bu dönemde başladığına işaret ederek nedenlerini somatik, kültürel, ekonomik sorunlar ve psikolojik stresler olarak sıralamaktadır. Bu dönemin sonunda kişinin geçirmiş olduğu yedi dönemin meyvelerini toplamaya başladığını, egonun bütünleştiğini belirtmekte, bu bütünlük içinde artık ölüm olayının kişi için önemini yitirdiğini kabul etmektedir (32). Benlik bütünleşmesini sağlayamamış bireyler, yaşlılıkta ölüm korkusu ve umutsuzlukla baş başa kalmaktadırlar (1).

Bu dönemde dinsel inançlar da önem taşır. Yaşlı birey, var oluşu ve ölümü anlamlandırma çabası içindedir. Bu bağlamda yaşlılar, geçmişteki yanlışlarından dolayı yaşadıkları suçluluk duygularını azaltabilmek amacıyla kendilerini bağışlatıcı davranışlar sergileyebilirler (1).

Yaşlılığa uyum sorunu, yani yaşlının bedensel, ruhsal ve toplumsal rollerle ilgili değişmelere ayak uydurabilmesi, eşi, çocukları, akrabaları ve arkadaşlarıyla yapıcı, iyi ilişkilerini sürdürebilmesiyle olduğu kadar, kendisiyle barışık olması, kendini olduğu gibi benimsemesiyle de yakından ilişkilidir (1).

Bazı kaynaklara göre, toplum içinde yaşlı erişkinlerin %12'sinde tanı koyulabilecek bir ruhsal rahatsızlık bulunmaktadır. Tıbbi hastalıklar nedeniyle hastanede ya da bakım kurumlarında yatan yaşlı hastalarda ise bu oranlar %40-70'e varmaktadır. Yaşlılıkta en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar; depresyon, anksiyete, demans ve deliryum gibi bozukluklar olup, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve geriatrik yaklaşımlarda önemli yer tutan tablolardır (1).

4.1.3. Yaşlılık Döneminin Toplumsal Özellikleri ve Sorunları

Genel olarak sosyal destek; güç bir durum içindeki bireye aile, arkadaş, komşular ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanır (33). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye her yönden yarar sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan etkenler bu tanım içinde yer alır (34). Sosyal destek bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar; fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler (33). Yaşlı bireyin en önemli sosyal destekçisi ailesidir (1).

Aile en temel toplumsal kurumdur ve bireyle toplum arasındaki olumlu ve uyumlu ilişkiler önemli ölçüde aile aracılığıyla kurulur. Kurlowicz, yaşlıların psikolojik ve sosyal destek gereksinimlerini karşılamak için en çok ailelerine güvendiklerini belirtmektedir. Aile desteğinin yanı sıra arkadaş ve diğer kaynaklardan alınan desteğin de yaşlı bireyleri olumlu yönde etkilemektedir (33).

Hızlı nüfus artışına ek olarak; kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm, geniş aile sayısının azalması, ekonomik sorunların varlığı, kadınların çalışma hayatına katılması, ailedeki yaşlının konumunu değiştirmekte ve bakım sorunlarını ortaya çıkarmaktadır (1, 35). Kırsal alanda geniş aile kavramı içinde sorun olmayan yaşlılık, kentleşme ile daha çok gündeme gelmektedir (36).

Toplumumuzun köylerinde yaşlılar her zaman işlevsel durumdadır. Gücünün yettiği kadar yaşlı toplumsal etkinliklerde yer alır (37). Aile içinde en yaşlı üye, aile reisi konumundadır (29). Küçük yerleşim yerlerinde yaşlıların büyük bir kısmı yakınları ve toplumsal çevreleri tarafından saygı ile kabul edilmekte, onlara özel ilgi gösterilmektedir. Böyle ailelerde yaşlılar, danışmanlık görevini yürütürler ve ailede bereketin, dayanışmanın, uyuşmanın nedeni olarak algılanırlar (38).

Türkiye'de kentleşme ve sanayileşme özellikle büyük kentlerde, aile yapılarında önemli değişikliklere neden olmuştur. Ataerkil aile yapısından çekirdek (modern) aile yapısına çok hızlı bir geçişin sürdüğü ülkemizde bu değişimden en fazla etkilenen grup yaşlılardır. Yıllardır aile içinde söz sahibi olan yaşlılar kentlerde yaşam şartlarının güçleşmesi ile ailelere yük olmaya başlamıştır. Yaşlı öge ekonomik koşulların zorlu olduğu ülkelerde aile içinde, eskiden olduğu gibi ekonomik ve manevi yaşam yükünü paylaşmamaktadır. Bu durum aile içindeki samimi duyguların yitirilmesine ve saygının zayıflamasına neden olmaktadır. Böylece aile için bir anlamda yük olarak nitelendirilen

yaşlı öge günümüzde kentlerde yeni yaşam koşullarında yeni aile modeline ve kent yaşamına uyum sağlayamamakta bu yapı içinde mutsuz olmaktadır. Bütün bu çevresel ve toplumsal sorunlar hızlı kentleşmeden kaynaklanan çarpıklıklar, bireylerin davranışlarındaki değişimler yaşlının rolünü etkilemekte, bakımını gittikçe güçleştirmektedir (39).

Böyle bir durumda yaşlıların yalnız kalması ya da bir kurum bakımını tercih etmesi gerekebilir. Kurumlar, desteksiz olarak yaşamını sürdüremeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık ve mutluluklarını sağlamak için kurulmuştur (1).

Kendisine ihtiyaçlarının bulunduğunu hissetmesi, yaşlıyı yaşama bağlayan ve onu aktif kılan nedenlerdendir. Yaşlı bireyin torun bakması, onların denetimini sağlaması bir işe yarama duygusunu yaşamasına neden olur. Yaşlının ailesinden ayrı yaşaması durumunda da çocuklarının, torunlarının, eş ve dostlarının yaşlı bireyleri sık sık ziyaretleri, birlikte vakit geçirip bir şeyler yapmaları onları mutlu eden faktörlerdir. Yapılan araştırmalar, yakın bireysel ilişkilerin yaşamdan duyulan tatmini arttırdığını ve yaşlılığa uyum sağlamayı kolaylaştırdığını ortaya koymuştur (29). Olaya bu açıdan bakarsak; yaşlının farkında olmak, yaşlı bireylerin sosyal-toplumsal problemlerini çözmemize katkı sağlayacaktır.

4.2. DEPRESYON

Yaşlanmanın tek başına kendisinin ruhsal hastalıklara yakalanma riskini arttırdığı düşüncesi yanlış bir düşüncedir. Ancak yaşlılıkta da bazı psikolojik bozukluklar görülebilir (40). Ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan bir hastalık yoktur (2).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (2).

Depresyon çok eski zamanlardan beri bilinen bir hastalık olmakla birlikte, endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı stres, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, yaşamdan beklentilerin artması gibi durumlar nedeniyle günümüzde artmıştır (41).

DSÖ'ye göre depresyon bedensel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. DSÖ, 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını öngörmektedir (42). Depresyonun sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (2).

Depresif bozuklukların en karakteristik belirtisi depresif duygudurumdur (2). Ayrıca; uyku bozuklukları, iştah ve vücut ağırlığının değişmesi (zayıflama ya da şişmanlama), cinsel ilgi ve isteğin azlığı, somatik yakınmalar, halsizlik ve enerji kaybı gibi vejetatif belirtiler; ilgi azalması, çökkün duygudurum, zevk almama, düşünme hızında yavaşlık, dikkat ve konsantrasyon yeteneğinde azalma gibi bilişsel belirtiler; psikotik düzeylere erişebilen değersizlik ve suçluluk düşünceleri, tekrarlayan intihar ve ölüm düşünceleri gibi belirtilere sık rastlanır (43).

4.2.1. Yaşlılarda Depresyon

Yaşlılardaki depresyon, yaşlanmanın doğal sonucu ya da toplum uyumsuzluğu olarak da değerlendirilir. Yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve sağaltımına başlanması onların yaşam niceliğini, günlük etkinliklerdeki bağımsızlık düzeyini artırır ve erken ölümleri önler (42).

Yaşlılık çağında (65 yaş ve üzeri) klinik açıdan önemli kabul edilen depresyon sıklığı %15-20 kadardır. Ağır depresyon oranı %3 kadardır. Hastanede yatan olgularda bu oran %30'a dek çıkmaktadır. Bakımevlerinde bir yıl içinde yeni olguların oranı %13 olarak verilmektedir. Yaşlı nüfusun giderek arttığı düşünüldüğünde konunun önemi kolaylıkla anlaşılabilir (44).

Yaşlılarda görülen depresyonun klinik belirtileri, alt tipleri ve tanı ölçütleri genç yaşta ortaya çıkan depresyonla benzemle birlikte, hastaların bir kısmında önemli farklılıklar vardır (45). Yaşlılarda depresyonu ele alırken belki de en önemlisi yaşlılığın beraberinde doğal bir vazgeçmişlik ve hüznü durumu da getireceği yanığıdır (46). Yaşlılarda üzölmek, ağlamak, içine kapanmak ve insanlardan uzaklaşmak, alıngan olmak, çabuk duygulanmak, uykusuzluk çekmek, unutkanlık gibi belirtiler doğal karşılanmakta ve yaşlılığa atfedilmektedir. Oysaki bu durum depresyonla ilgili olabilir ve tedavisi tıpkı diğere hastalıklar gibi mümkündür (40).

Yaşlılarda depresyona neden olabilecek başlıca faktörleri şöyle sıralayabiliriz;

1. Daha önce depresyon atağı geçirmesine rağmen bu hastalığı kabul etmeme, tedavi olmayı reddetme veya tedaviyi yarım bırakma,
2. Emeklilik ve beraberinde gelişen işe yaramazlık hissi,
3. Eş kaybı,
4. Başkalarına bağımlılık,
5. Kronik hastalıklar (diabet, böbrek, kalp yetmezliği vb.)
6. Tedavi edilemeyen ağrılar (psikolojik kökenli baş ağrıları, metastaz ağrıları vb.)
7. Daha önce alkol ve sigara kullanımı,
8. Çeşitli hastalıklar nedeniyle bağımlılık yapıcı maddelerle tedavi olma,
9. Çevresindeki insanlarla iletişim azlığı (kendisine göre konuşacak insan bulamama vb.)
10. Davranışsal sorunlar (hoşgörüsüz, alıngan, takıntılı, sert vb. kişilik yapıları)
11. Ekonomik sorunlar (47).

Yaşlı bireyde aşağıdaki durumlardan en az beş tanesi var ise depresyon olabileceği düşüncesini akla getirmelidir;

1. Uzun süren ve sürekli olan moral bozukluğu,
2. Daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk alamama,
3. Suçluluk, umutsuzluk ve karamsarlık duyguları,
4. Beden şikâyetleri ile aşırı meşgul olma,
5. İştahta ve kiloda değişim,
6. Sürekli uyku bozukluğu,
7. Cinsel istek kaybı,
8. İntihar düşünceleri,
9. Suçluluk hezeyanları (48).

Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan bu bozukluk yineleyici bir hastalıktır ve uzun süreli tedavisi gerekir. Yoğunlaşamama ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtilerindedir. Zihin süreçlerinde genel olarak yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır (44, 49).

Depresyon yaşlılık döneminin önemli bir sağlık sorunudur ve bu yaş grubunda en sık rastlanan ruhsal sorundur. Önemli yeti yitimlerine neden olur, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır, beden hastalığının gidişini olumsuz yönde etkiler, intihar ve beden hastalıklarına bağlı ölümleri arttırır ve sağlık, bakım gibi hizmetlerin kullanımını ve maliyetini arttırır. Depresif yakınmaları olan yaşlı bireyler sağlık kurumuna depresif yakınmaları olmayan bireylere göre 2-3 kat daha fazla başvururlar (50).

Yaşlılık dönemi depresyonları tedavi edilmediği takdirde depresyona ikincil hastalıklar gelişmesine, işlevselliğin kaybına, yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz sağlık harcamaları, ilaç kullanımı ve yan etkilerine, tamamlanmış intihar davranışına neden olabilir. Yaşlı bireyler sıklıkla intihar düşüncelerinden söz etmezler, yemek reddi, hayati ilaçların kullanımını kesme, alkol kullanma, tıbbi tavsiyelere uymama gibi davranışlarla dolaylı intihar girişiminde bulunabilirler (51). Sonuç olarak; yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavisinin başlanması onların yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırabilmekte ve erken ölümleri önleyebilmektedir (2).

4.2.2. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon

Ülkemizde hızlı nüfus artışı, endüstrileşme ve kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm, ekonomik sorunların varlığı, kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek ailenin yaygınlaşması sonucunda konutların küçülmesi nedeniyle yaşlılar için uygun ve yeterli olmaması, gençlerin yaşlılığa bakış açısı, kuşaklar arası iletişim bozuklukları, sağlığın bozulması ve bağımlılık gibi nedenlerle son dönemlerde yalnız kalan yaşlıların kendi kendilerine yetememesi yaşlılık sorunlarını arttırmaktadır. Bu dönemde yaşlılar her bakımdan yardıma ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. İhtiyaç duydukları sosyal destek yaşlının ailesi ya da toplumsal kurumlar tarafından sağlanır. Fakat yukarıda saydığımız nedenlerden dolayı yaşlının evde bakımı güçleşmekte ve yaşlılar aile ortamından farklı olan kurumlara (huzurevleri) yerleştirilmektedir. Huzurevleri bu düşünce doğrultusunda oluşturulmuş resmi ve özel kurumlardır (52, 53). Bakımevleri, huzurevlerinde kalan yaşlı sayısı artmakta ve bu kurumlarda kalan yaşlılar, depresyon araştırmaları için özel bir grup oluşturmaktadırlar (54). Ülkemizde yaşlıların %63'ü kendi ortamında, %36'sı çocuklarının yanında ve % 3.6'sı kurumda yaşamaktadır (55).

Kuruma giden yaşlının, kendini kabul etme ve kendine saygı duymayı belirleyen çevreyi tanıma ve denetleyebilme olanakları kaybolmakta, yaşlı birey soyutlanma, yadsınmışlık, kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Ruh sağlığı açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlılar, huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya gelmektedirler. Kurumda yaşayan yaşlı izole olmaya ve toplumdaki geri çekilmeye başlamaktadır (56).

Pek çok araştırmada huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon yaygınlığının normal yaşlı nüfusa göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda, huzurevinde kalan yaşlılarda, %12.1 ile %68 arasında depresyon bulunduğu bildirilmiştir. Türkiye'deki çalışmalarda ise %10.2 ile %41 arasında depresif belirti yaygınlığı bildirilmiştir (57).

4.3. GÜNLÜK YAŞAM İŞLEVLERİ

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için bazı temel gereksinimleri (beslenme, kişisel bakım, hareket vb.) vardır. Normal sağlıklı bir insan bu gereksinimlerini kendi başına yeterli bir şekilde karşılayabilirken, bazı durumlarda bu yeterlilik azalır. Yaşlılık da bu durumlardan biridir (1).

Yapılan bir çalışmada, ileri yaşlarda artan başkasına bağımlı olma durumunun, iki yıl içinde, 65-74 yaş grubunda yaklaşık bir buçuk kat, 75-84 yaş grubunda ise iki buçuk kat arttığı gözlenmiştir (1). Yaşlıların günlük yaşam işlevlerini değerlendiren birçok çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde günlük yaşam işlevlerindeki bağımlılık düzeyinin anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır (58, 59).

Günlük yaşam işlevleri temel ve yardımcı günlük yaşam işlevleri olarak iki temel başlıkta değerlendirilir. Araştırmamızda incelenen temel günlük yaşam işlevleri, kişinin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarının (beslenme, giyinme, banyo, kişisel bakım, sandalye ve yatak arası hareket, tuvalet kullanma, bağırsak ve mesane kontrolü, yürüme, merdiven kullanma) değerlendirilmesini içerir (60, 61). Bireyin ne yapabildiğini değil ne yaptığını belirlemek amaçlanır (42). Yardımcı günlük yaşam işlevlerinde ise, kişinin toplum içinde bağımsız yaşaması için gereken etkinlikler (yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, ilaç kullanma, para idaresi, ulaşım aracına binebilme,

çamaşır yıkama, alışveriş yapma, dışarıdaki işleri halletme, telefon kullanma) dâhildir (42, 60, 62, 63).

Temel günlük yaşam işlevlerinde yetersizlik durumu; beslenme, banyo, giyim, hareket vb. gibi, her gün yerine getirilmesi gereken kendine bakım davranışlarının değerlendirilmesiyle belirlenir (1). Günlük yaşam etkinliklerinin çoğunun fiziksel ve bilişsel bileşenleri olduğundan, bir işlevdeki bozulma fiziksel, bilişsel veya psikolojik bir nedene bağlı olabilir (64).

Günlük yaşam aktiviteleri hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlama ve bağımlı fonksiyonları ile ilgilidir. Roper, Logan ve Tierney; hemşireliği hastalık durumunun tedavisinden ziyade, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesi olarak algılamaktadırlar (65).

Bu doğrultuda Nancy Roper, Winifred Logan ve Allison Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modelini sunmuşlardır. Bu modele göre Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) şunlardır:

1. Solunum,
2. Yeme ve içme,
3. Eliminasyon,
4. Beden ısısının kontrolü,
5. Hareket,
6. Uyku,
7. Güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme,
8. Kişisel temizlik ve giyim,
9. Çalışma ve eğlence,
10. İletişim,
11. Cinselliğin ifadesi,
12. Ölüm (66).

1. Yeme ve İçme

İnsan doğduğu andan itibaren beslenme aktivitesine sahiptir ve bu onun temel aktivitelerinden biridir. Ancak belli güdü, dürtü ve zamana bağlı olarak birey bu aktiviteyi gerçekleştirir. Yemek yeme sıklığı, yeme şekli, yiyecek ve içecek seçimi, yaş, sosyo-kültürel faktörler ve ekonomik durum ile yakından ilişkilidir (67).

Yaşlılıkta aktivite azlığı, enerji gereksiniminin az olması, yalnız yaşama, besin hazırlamada başkalarına bağımlılık gibi nedenler iştah azalmasına yol açabilir. Ağız ve dişlerle ilgili sorunlar, sindirim sisteminde yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fizyolojik değişimler, görme kayıpları, kronik hastalıklar ve aktivitelerdeki bağımlılığın artması, yeme içme aktivitesinin sürdürülmesinde etkilidir (10).

2. Hareket

İnsanın günlük aktiviteleri içinde nefes alma, beslenme, boşaltım, çalışma ve eğlenme ve diğer aktivitelerle tanımlayıcı unsurlardan bağımlılık, bağımsızlık doğrusu ile yakın ilişkisi olan önemli bir aktivitedir (67).

Hareket fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlardan dolayı sınırlanabilir. Bedende bulunan büyük kas gruplarının oturma, kalkma, yürüme, koşma gibi; daha küçük kas gruplarının ise yüz ifadesi, el hareketi sağladıkları kasların aktiviteleri kısıtlanabilir (67).

Yaşlılıkta, fizyolojik işlevlerin gerilemesi, kas tonüsünün azalması ile hareket kısıtlılığı başlar. Özellikle osteoporozis, felçler, kırıklar, romatoid artrit gibi olgular, yaşlının bağımsız hareket etme yeteneğini azaltarak bağımlılığını artırmaktadır (10).

3. Kişisel Temizlik ve Giyim

Bireylerin iyi ve temiz görünümde olmasının kendi öz güvenleri ve sosyal sorumlulukları açısından büyük önemi vardır. Kişisel temizlik aktivitesi kapsamında birey, deri eklerinin (saç, tırnak) temizliği ve bakımı ile ağız ve diş bakımını uygular. Giyinme aktivitesi ise, bedensel korunmanın yanı sıra, kültürel, geleneksel, seksüel ifadeyi yansıtır, sözsüz iletişim yollarındandır (67).

Yaşlılıktaki fiziksel yeteneklerdeki, görme ve kavrama yeteneğindeki azalmalar, banyo ve giyimle ilgili zorluklar oluşturabilir. Hareketleri kısıtlayıcı bir rahatsızlığın olması da bireysel temizlik ve giyinmenin yerine getirilmesinde etkilidir. Yaşanılan fiziksel ve sosyal kayıplar bu aktivitede bağımlılığın artmasına neden olmaktadır (10).

4. Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme

Bireyin canlı olarak kalabilmesi ve diğer aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için güvenli bir ortam içinde bulunması gerekir (67).

Yaşlılıkta dereceli olarak oluşan fiziksel ve entelektüel yeteneklerdeki gerilemeler ve duyulardaki kayıplar güvenli çevreyi sürdürme yeteneğini güçleştirmektedir. Yaşlı bireylerde düşmeler, trafik kazaları nedeniyle yaralanmalar, enfeksiyon, yanıklar sıklıkla güvenli çevre gereksiniminin yeterince karşılanamaması sonucu görülen olumsuzluklardır (10).

5. Eliminasyon

Boşaltım yaşamın erken yıllarında kazanılan ve refleks olarak oluşan bir durum olup, beslenme gibi günlük yaşamda gerekli bir aktivitedir (67). Birbirinden farklı iki vücut sisteminin fizyolojik sonuçları, yani artıkların atılımı, boşaltım aktivitesini oluşturur (10).

Yaşlılıkta mesanenin tonüs ve kapasitesindeki azalma, gerileme, nefronların sayıca azalmasına bağlı olarak işlevlerde yetersizleşme ve bağırsaklarda müküler aktivitelerdeki azalmayla ilgili peristaltizmin yavaşlaması boşaltım sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır. İnkontinans ve konstipasyon yaşlılığın önemli sorunlarından (10).

6. İletişim

İletişim yalnızca konuşarak ya da yazarak olduğu gibi sözel dilin kullanımını içermez, aynı zamanda beden hareketleri ve mimiklerle sözsüz olarak da kurulabilir. İletişim aktivitesi, yaşamın önemli bir boyutu ve esas olan insan ilişkileri ve kişilerarası ilişkilerin tüm alanlarında geçerlidir (67).

Yaşlılıktaki görme, işitme kayıpları, dokunma duyusundaki gerilemeler, sinir hücrelerinin sayıca azalması ve işlev olarak gerilemesi, fiziksel rahatsızlıkların olması ve protez kullanımı gibi nedenler iletişim aktivitesinin sürdürülmesini etkilemektedir (10).

7. Solunum

İnsanın yaşamı ile başlayan ve ölümü ile son bulan bir aktivitedir. Vücudun en küçük birimine kadar gerekli olan oksijen, yaşamsal önem taşır ve diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için varlığı zorunludur (10).

Yaşlılıkta solunum sistemi ile ilgili oluşan fizyolojik değişimler, kronik hastalığı olma, uzun süre sigara kullanma gibi etkenler, solunum aktivitesinin sağlıklı sürdürülmesine engel olan olumsuz etmenlerdir (10).

8. Beden Isısının Kontrolü

Isı düzenleme sisteminin sağlıklı işlevi ile belirli zamanlarda ve sınırlı düzeyde değişmelerle bir yandan bireyin bulunduğu ortamda rahat etmesi, bir yandan da bedeni içinde birçok biyolojik olayların gerçekleşmesi sağlanır (10).

Yaşlılıkta fonksiyonel gerilemeler, çevresel ısıdan etkilenme düzeyini artırır. Hareket etme ile fiziksel aktivite azaldığı ve metabolizma yavaşladığı için yaşlılar hipotermiye yatkındır. Ayrıca yaşlılarda, fiziksel aktiviteleri kısıtlayan ya da metabolizmayı etkileyen hastalıkların bulunması da vücut ısısının kontrolünün sağlıklı sürdürülmesinde etkilidir (10).

9. Çalışma ve Eğlence

Birey yaşamı boyunca geçimini sağlamak için bir işle ya da zaman geçirmek için bir uğraşla ilgilenir. Bireyin çalıştığı iş yeterli geçim kaynağını sağlıyorsa, geriye kalan zamanını değerlendirmek için bir başka türde eğlence aktivitesi de seçme olanağı bulur (67).

Yaşlılıkla birlikte oluşan fizyolojik kayıplar bu aktiviteyi etkiler. İşinden emekli olma bireye kayıp yaşatabildiği gibi, o zamana kadar yapamadığı uğraşlar için istendik bir dönemde olabilir. Kronik hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan sınırlılıklar, yaşamdan beklentilerin değişmesi ve sık sık hastanede yatma yaşlıların bu aktiviteyi yerine getirme ile ilgili sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (10).

10. Uyku

Canlıların tümü için bir yaşam aktivitesidir. Uyku tüm sağlıklı insanlar için geçerli olup, birey günün 24 saatinin bir kısmını uyanık, bir kısmını da uykuda geçirir. Bu aktivite boyunca bedenin biyolojik süreci aktif olarak devam eder. Hücrelerin büyüme ve yenilenmesi uyku sürecinde gerçekleşir (67).

Yaşlılıkta, gece uzun süreli uyku azalmış olmakla birlikte, gündüz kısa süreli uyku sayısı artmıştır. Ağrı veya hastalık gibi durumlar uyku kalitesinin sürdürülmesinde etkilidir. Ayrıca uykusuzluk, çevresel ve fiziksel değişimlere uyum yeteneğini de azaltabilir (10). Uyku bozukluklarından kaynaklanan uyku kaybı, gündüz uykululuğuna, kronik yorgunluğa, kaza ve düşme riskinde artmaya neden ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi vardır (68).

11. Cinselliğin İfadesi

Erişkin ve sağlıklı kadın ve erkekte cinsellik yalnızca insan neslinin sürdürülmesi için var olan bir aktivite değildir (10). Erişkin iki ayrı cinsten bireyin iletişim yollarından birisi olan cinsellik, kadın ve erkeğin davranışlarında da önemli bir etkidir (67).

Yaşlanmayla kadınlarda menopoz, erkeklerde andropozla birlikte libidonun azalması, nöromüsküler sistem işlevlerinin gerilemesiyle duyuşal işlevlerin azalması ve kronik hastalıkların varlığı bu aktivitenin sürdürülmesinde etkilidir (10).

12. Ölüm

Doğumla başlayan yaşam ölümle sonlanır. Bir yaşam aktivitesi olarak ölümün anlamı yalnızca ölüm olayı değildir. Ölüm korkusu yaşama ve ölümden kaçma, bütün günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (10).

Yaşlılıkta ölüm genellikle uzun bir yaşamın kaçınılmaz bir sonucu olarak düşünölmektedir. Yaşlılık, ölüme ilişkin deneyimlerin en sık yaşandığı dönemdir. Yaşlı birey, kendisi için yaklaşan ölümün farkında olmanın yanında, genellikle eş, çocuk, yakın bir dost ölümü gibi deneyimler yaşamaktadır (10).

4.4. YAŞLI BİREYİN BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Günümüzde tedavi edici hizmetlerden çok, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin, toplumda temel sağlık hizmeti veren ekipte aktif olarak yer alabilmesi, hizmeti götüreceği toplumun yapısı, yaşam biçimi, sorunları ve gereksinimlerini çok iyi tanması ile doğru orantılıdır. Toplumun yapısı ve sorunları değiştikçe, hemşireliğin rolü ve işlevlerinin de, toplumun gereksinimlerine yanıt verebilecek nitelikte değişime uğraması gerekir (69).

Dünyada ve ülkemizde sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile azalan ölüm hızı, insan ömründe uzamaya neden olmuştur (70). Sürekli artan yaşlı nüfusun varlığı ve insan ömrünün uzayışı, yaşlılık döneminde bulunan bireylere olan ilginin ve bakımın üzerinde durulması gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelik alanındaki eğitim programları toplumun değişen sağlık sorunlarına göre yeniden düzenlenmekte ve yaşlanan nüfusun gereksinimlerinin en iyi şekilde karşılanmasına yönelik değişimler yapılmaktadır. Bu yaklaşımla Dünyada ve Ülkemizde Gerontoloji ve Gerontoloji Hemşireliği alanları gündeme gelmiştir (70).

Geriatri ve Gerontoloji hemşireliği; yaşlıların özgün gereksinimlerini anlamayı, değerlendirmeyi, geriatrik bakım ve rehabilitasyonu planlamada, uygulamada bilgi ve beceri ile yürütülen bakım etkinliklerini kapsar. Ayrıca bakım etkinliklerinin yaşlının bakımından sorumlu aile üyeleri gibi profesyonel olmayan bakım verenlerin gereksinim ve isteklerini de kapsamı çok önemlidir (70, 71).

Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmada hemşirenin önemli rolü vardır. Hemşire; yaşlının duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını kendisinin vermesini, becerilerini sergilemesini destekleyerek daha bağımsız hareket etmesine yardımcı olmalıdır (3). Hemşireler yaşlılara yönelik olarak bakım verici, eğitici, danışman ve bakımı denetleyici rollerini üstlenmektedirler (72). Yaşlının hastanede, kendi evinde ya da yaşlı bakım evinde bulunması, hemşirelerin yaşlı bakımında üstlendikleri rollerde önemli bir fark yaratmaz. Hemşirelerin yaşlı bakımındaki rollerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, yaşlılıkta görülen

kronik hastalıklar, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ve sosyal destek hizmetleri konusunda yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması ve sürekli eğilimlerle bu konulardaki bilgi ve deneyimlerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Yaşlılara yönelik hemşirelik bakımının temel amaçları:

- Yaşlının sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi,
- Yaşlanma nedeni ile gelişen fizyolojik, psikososyal değişiklikler ve kronik hastalıklarla baş etmede yaşlıya yardımcı olunması,
- Yaşlıda akut sağlık sorunları geliştiğinde, klinik bakım sonuçlarını doğrudan etkileyecek olan yaşlanmaya bağlı sistemlerdeki değişiklikleri dikkate alan bakımın planlanmasıdır (73, 74).

Yaşlanma süreci bireyi çok yönlü etkilemekte olup, hemşireler bu etkilerin bireyde oluşturduğu bağlantılı sonuçları belirleyebilmeli ve bakım verirken bu sonuçlara dikkat etmelidirler (75). Roper, Logan ve Tierney hemşireliği, hastalık durumunun tedavisinden ziyade, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesi olarak algılamaktadırlar (65). Dolayısıyla hemşirelerin yaşlı bakımında “yaşanan sorunların günlük yaşam işlevlerini yapabilme yeteneğini nasıl etkilediği” konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (1).

Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin; risk gruplarını belirleyerek, yaşlılara sadece yaşlanmanın etkileri ve kronik hastalıklarla baş etmesinde yardımcı olmayıp, yaşlının kendine güveninin gelişmesine ve bağımsızlığını sürdürmeye yönelik çabalarını da destekleyen, bütüncül hemşirelik bakımı vermelidir. Bakım planlanırken yaşlının güçsüz olduğu yönler yerine, güçlü olduğu yönlerine odaklanması uygundur. Yaşlıların ailenin ve sosyal sistemin bir üyesi olarak görülmesi ve yaşlıya birey olarak saygı duyulması, yaşlının yetiştiği kültürün farklı olabileceğinin dikkate alınması, bakımın planlanmasında çok önemlidir (72).

Depresyon durumu yaşlı bireyin yaşayabileceği sorunlardan biri olup, günlük yaşam işlevleri üzerindeki etkisi hemşire tarafından değerlendirilmelidir. Yaşlı sağlığı alanında çalışan hemşirelerin öncelikle risk altındaki bireylerin kaliteli bir yaşama sahip olmaları için; yaşlının yalnız kalmalarını ve bakıma bağımlılıklarını önleyerek, kendilerine yeter hale gelmelerini belirleyip, koruyucu girişimleri planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi, verilecek bakımın niteliğinin, yaşlının ruhsal iyilik halinin ve yaşam

kalitesinin artırılması nedeniyle önemlidir. Bu alanda çalışan hemşireler, depresyon yönünden riskli grupları belirleyerek diğer sağlık disiplinleriyle işbirliği içinde çalışmalı ve yaşlı bireylerin bu dönemini rahat atlattmalarına yardımcı olmalıdır.



5. MATERYAL VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırmanın verileri, İstanbul ili Darülaceze Müessesesinde kalan yaşlı bireylerden 21 Ekim-22 Kasım 2013 tarihleri arasında toplandı.

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan yasal izin ve onay alındı (Ek-1, Ek-2).

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma, Darülaceze Müessesesinde kalan 65 yaş üstü yaşlı bireyler ile gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, Darülaceze Müessesesinde şu anda kalmakta olan 473 yaşlı bireyi, 65 yaş üstü olan 314 kişi oluşturup, örneklemini ise; evreni temsil edebilen ve araştırma kriterlerini karşılayan 176 yaşlı birey oluşturdu.

Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde;

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır (76).

formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, \pm %5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n= 174$ olarak hesaplanmıştır ve çalışma da 176 yaşlı birey ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Katılma Kriterleri

- Darülaceze Müessesinde kalmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Rahat iletişim kurabilmek,
- Psikiyatrik tanı almamış olmak,
- Belirgin işitme güçlüğü olmamaktır.

5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgi Formu”, “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” ve “Barthel İndeksi” kullanıldı.

5.4.1. Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda, soruların araştırmanın amacına uygunluğu açısından değerlendirilmesi için uzman görüşü alınarak hazırlanan bilgi formu 19 sorudan oluşmaktadır. Bilgi formunda, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin demografik özellikleri, kuruma geliş nedeni, kurumda kalma süresi ve kurumdan memnuniyet durumu, sağlık durumu, ziyaret edilme sıklığı, yaşanan olumsuz yaşam olayları ve nasıl bir ortamda olmak istediklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır (Ek – 3).

5.4.2. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği

Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (YDÖ), Yesavage ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiş, ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sağduyu tarafından 1997 yılında yapılmış bir ölçektir (77, 78). (Ek – 4)

Kendini bildirim türü bir ölçek olup (79), yaşlılara yönelik, yanıtlanması kolay 30 sorudan oluşmaktadır. Başta uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı, yanıtları sadece “evet” ya da “hayır” şeklinde olan bir ölçektir (77). Ölçeğin oluşturulmasındaki temel prensipler; yanıtlanmasının kolay, yaşlı popülasyona yönelik ve bu grup için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmiş olması şeklinde sıralanabilir (80). İfadelerden bazılarına (1., 5., 7., 9., 15., 19., 21., 28., 29. ve 30.

sorular) verilen “evet” yanıtları “0”; “hayır” yanıtları “1” olarak puanlandırılır. Diğer sorularda ise puanlama ters yöndedir; “evet” yanıtları “1”, “hayır” yanıtları “0” olarak puanlandırılır. Toplam puan 0-30 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe çalışmasında kesme puanının 13-14 olarak kabul edildiği belirlenmiştir. Bu kesme puanının üzerinde puan alan bireylerde depresyon bulunma olasılığının yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmiştir (81).

Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur (81).

Tablo 5.4.2.1. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçek	Katsayı
Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği	0,84

Bu çalışmada yaşlılar için depresyon ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,84 olarak bulundu.

5.4.3. Barthel İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında gerçekleştirilen ve ülkemizde günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan indekslerden biri olan “Barthel İndeksi” (1, 3, 82, 83, 84) ile bireyin günlük işlevlerini (yemek yeme, tuvalete gitme, banyo yapma, bina içinde-dışında bir yere gitme gibi) yardımsız yapabilme durumu değerlendirilmektedir. İndeksin toplam puanı “100” dür. İlgili bölümlerden alınan puanlara göre;

- 0-20 puan: Tam bağımlı
- 21-61 puan: İleri derecede bağımlı
- 62-90 puan: Orta derecede bağımlı
- 91-99 puan: Hafif derecede bağımlı
- 100 puan: Tam bağımsız olarak değerlendirilmiştir (1). (Ek – 5)

5.5. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR

- Sosyo-demografik özellikler, kişisel özellikler ve kurumsal etkenler yaşlıların depresyon düzeylerini etkiler mi?
- Depresyon ile günlük yaşam işlevlerinde yeterlilik arasında ilişki var mıdır?
- Depresyon düzeyinin yüksek olması yaşlıların günlük yaşam işlevlerindeki yeterlilik durumunu olumsuz yönde etkiler mi?

5.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Kurumda yaşayan 65 yaş üstü yaşlılara araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklandı. Veriler yaşlıların kendi odalarında ya da araştırmacıyla birebir görüşebileceği odalarda, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Her yaşlı birey ile bir kez görüşüldü. Huzurevi ortamındaki görüşmeler 21 Ekim-22 Kasım 2013 tarihleri arasında, hafta içi 09:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirildi ve ortalama 20-25 dakika sürdü.

Veriler bilgisayar ortamında istatistik uzmanı ile birlikte analiz edildi ve istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 lisanslı yazılım programı kullanıldı (Ek-6). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanıldı. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon, etki ise regresyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (85).

Tablo 5.6.1. Korelasyon İlişki Düzeyleri

r	İlişki
0.00-0.25	Cok Zayıf
0.26-0.49	Zayıf
0.50-0.69	Orta
0.70-0.89	Yüksek
0.90-1.00	Cok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Çalışmanın sadece tek bir kurumda yapılmış olması ve tüm huzurevlerine genelleme yapılamaması,
- Sadece temel günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmiş olmasıdır.

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

- Araştırmaya başlamadan önce Darülaceze Başkanlığı'ndan 19/08/2013 tarih ve 96 sayılı Makam onayı alındı (Ek – 2).
- Veri toplama araçlarının araştırmada kullanılabilmesi için etik kuruldan gerekli izinler alındı (Tezin “Simge ve Kısaltmalar” sayfasında “Etik Kurul Kararı” bilgisi yer almaktadır).
- Kurumda yaşayan yaşlılardan örnekleme uyanlara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alındı ve ‘isteklilik ve gönüllük’ ilkesi göz önünde bulunduruldu.
- Araştırmanın yapıldığı kuruma, sonuçlara ilişkin geribildirimde bulunma sözü verildi.
- Veriler yaşlı bireylerin bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman dilimlerinde toplanarak ‘Zarar vermeme-yarar sağlama’ ilkelerine özen gösterildi.
- Yaşlı bireylerin, kimliklerinin ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği, kendilerine açıklanan amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek ‘sadakat-gizlilik’ ilkesine bağlı kalındı.

6. BULGULAR

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan, huzurevinde yaşayan 176 yaşlı birey ile 21 Ekim 2013-10 Ocak 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular, tablolar ve grafikler halinde sunuldu ve dört ana başlık altında incelendi. Bunlar;

6.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bilgiler

6.2. “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” İle İlgili Özellikler

6.3. “Barthel İndeksi” İle İlgili Özellikler

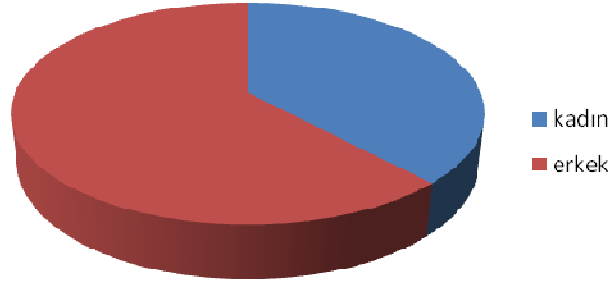
6.4. “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” ve “Barthel İndeksi” Puanlarının Karşılaştırılması

6.1. YAŞLI BİREYLERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Tablo 6.1.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özellikleri (N=176)

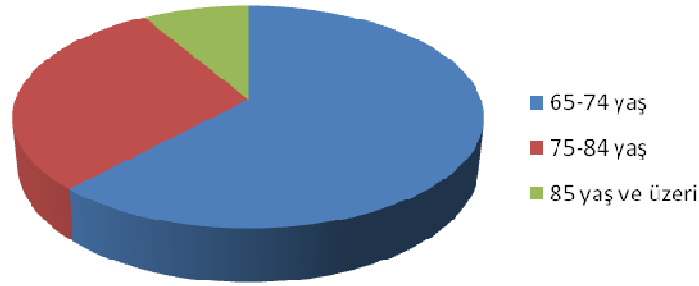
Bireysel Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	67	38,1
	Erkek	109	61,9
Yaş	65-74 Yaş	109	61,9
	75-84 Yaş	52	29,5
	85 Yaş Ve üzeri	15	8,5
Medeni Durumu	Bekâr	71	40,3
	Eşi Ölmüş	62	35,2
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	43	24,4
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar Değil	40	22,7
	Okur-yazar	15	8,5
	İlkokul	73	41,5
	Ortaokul	24	13,6
Sosyal Güvence	Lise ve üstü	24	13,6
	Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	68	38,6
Çalışma Durumu	Genel Sağlık Sigortası (GSS)	108	61,4
	Hic Çalışmamış	63	35,8
	Daha Önce Çalışmış, Ayrılmış	82	46,6
Gelir Düzeyi	Çalışıp Emekli Olmuş	31	17,6
	İyi	51	29
	Orta	55	31,2
Hayatta Olan Sahip Olduğu Çocuk Sayısı	Kötü	70	39,8
	Cocuğu Yok	120	68,2
	1 Çocuk	29	16,5
	2 Çocuk	13	7,4
3 Çocuk ve üstü	14	8	

Yaşlıların %61,9'u (n=109) erkek, %38,1'i (n=67) kadındır.



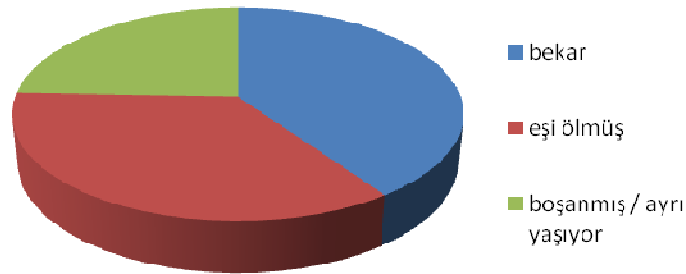
Şekil 1. Yaşlı Bireylerin Cinsiyet Dağılımı

Yaşlıların %61,9'u (n=109) 65-74 yaş, %29,5'i (n=52) 75-84 yaş, %8,5'i (n=15) 85 yaş ve üzerindedir.



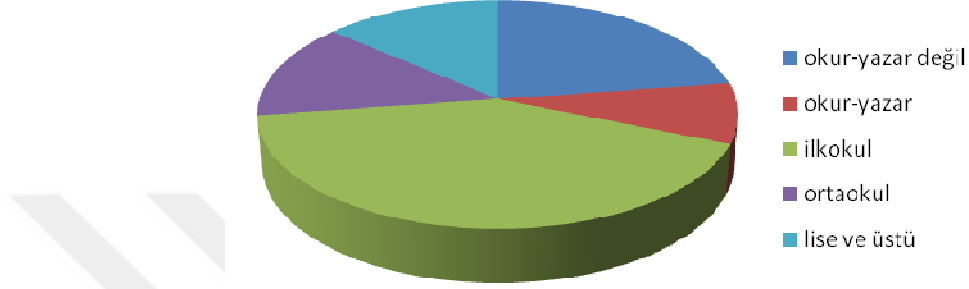
Şekil 2. Yaşlı Bireylerin Yaş Dağılımı

Yaşlıların %40,3'ü (n=71) bekâr, %35,2'sinin (n=62) eşi ölmüş, %24,4'ü (n=43) boşanmış / ayrı yaşamaktadır.



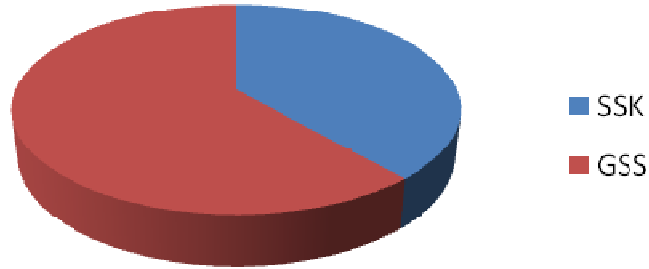
Şekil 3. Yaşlı Bireylerin Medeni Durum Dağılımı

Yaşlıların %41,5'i (n=73) ilkökul, %22,7'si (n=40) okur-yazar değil, %13,6'sı (n=24) ortaokul, %13,6'sı (n=24) lise ve üstü mezunu, %8,5'i (n=15) okur-yazardır.



Şekil 4. Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeyi Dağılımı

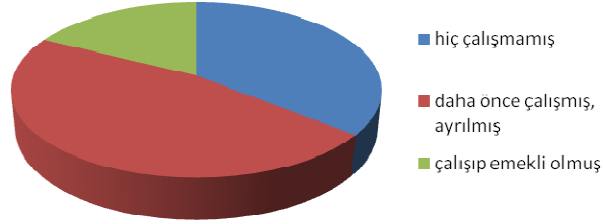
Yaşlıların %61,4'ü (n=108) GSS'li, %38,6'sı (n=68) SSK'lıdır*.



Şekil 5. Yaşlı Bireylerin Sosyal Güvence Dağılımı

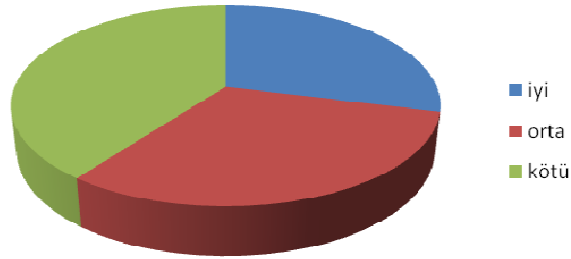
* Huzurevinde yaşayan ve çalışmamıza alınan yaşlılar arasında sosyal güvencesi olmayan birey yoktur. Çünkü; 2011 yılında çıkan kanun ile, sosyal güvencesi olmayan 65 yaş ve üstü yaşlılar Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil edilmiştir (86). Bu yüzden bu soruyu; sosyal güvencesi var, SSK ve sosyal güvencesi var, GSS şeklinde ele alıp, bu şekilde değerlendirmesi yapılmıştır.

Yaşlı bireylerin çalışma durumuna bakıldığında %46,6'sı (n=82) daha önce çalışmış, ayrılmış, %35,8'i (n=63) hiç çalışmamış, %17,6'sı ise (n=31) çalışıp emekli olmuştur.



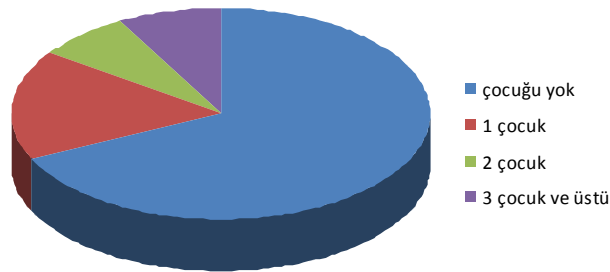
Şekil 6. Yaşlı Bireylerin Çalışma Durumu Dağılımı

Yaşlı bireylerin gelir düzeylerine bakıldığında %39,8'i (n=70) kötü, %31,2'si (n=55) orta, %29'u (n=51) iyi olarak ifade etmişlerdir.



Şekil 7. Yaşlı Bireylerin Gelir Düzeyi Dağılımı

Yaşlı bireylerin çocuk sayısına bakıldığında %68,2'sinin (n=120) çocuğunun olmadığı, %16,5'inin (n=29) 1 çocuğu, %8'inin (n=14) 3 çocuk ve üstü , %7,4'ünün ise (n=13) 2 çocuk sahibi olduğu belirlendi.

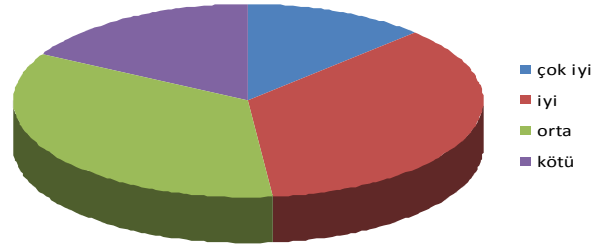


Şekil 8. Yaşlı Bireylerin Çocuk Sayısı Dağılımı

Tablo 6.1.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunu Belirleme İle İlgili Özellikleri (N=176)

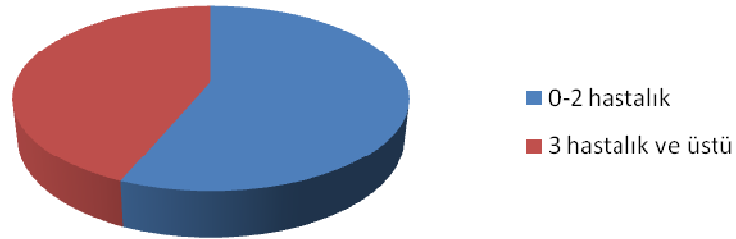
Sağlık Durumunu Belirleyen Özellikler		n	%
Sağlık Düzeyi Algısı	Çok İyi	22	12,5
	İyi	63	35,8
	Orta	61	34,7
	Kötü	30	17
Toplam Hastalık Sayısı	0-2 Hastalık	99	56,2
	3 Hastalık ve üstü	77	43,8

Yaşlı bireylerin sağlık düzeyi algısına bakıldığında yaşlıların %35,8'inin (n=63) iyi, %34,7'sinin (n=61) orta, %17'sinin (n=30) kötü, %12,5'inin (n=22) çok iyi olarak ifade ettikleri belirlendi.



Şekil 9. Yaşlı Bireylerin Sağlık Düzeyi Algısı Dağılımı

Yaşlı bireylerin toplam hastalık sayısına bakıldığında %56,2'sinin (n=99) 0-2 hastalığı, %43,8'inin (n=77) 3 ve daha fazla hastalığı olduğu ifade edildi.



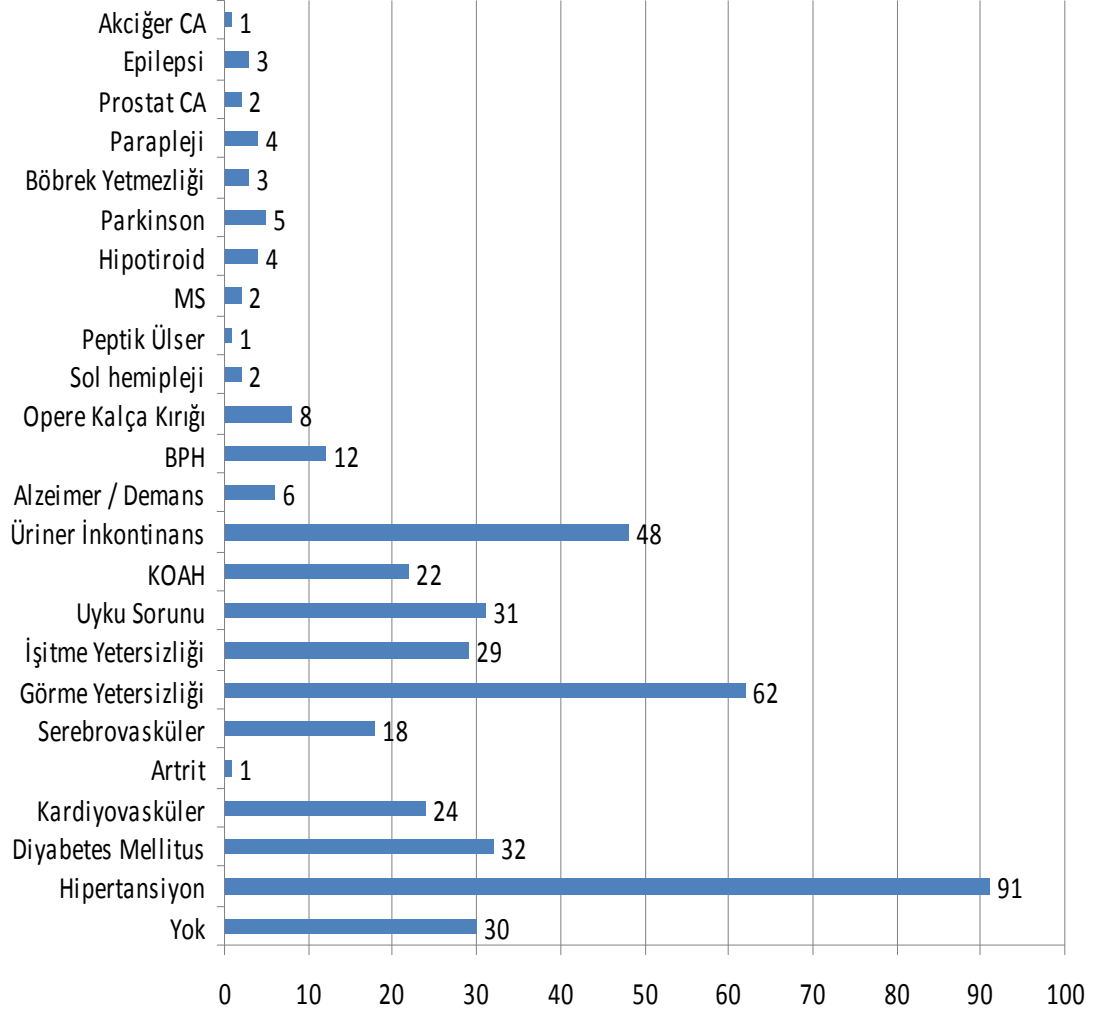
Şekil 10. Yaşlı Bireylerin Toplam Hastalık Sayısı Dağılımı

Tablo 6.1.3. Yaşlı Bireylerin Belirlenmiş/Tanı Konmuş Ve Halen Devam Eden Herhangi Bir Sorun/Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı

		n	%
Belirlenmiş/tanı konmuş ve halen devam eden herhangi bir sorun /hastalık*	Yok	30	17
	Hipertansiyon	91	51,7
	Diyabetes Mellitus	32	18,2
	Kardiyovasküler Hastalıklar	24	13,6
	Artrit	1	0,6
	Serebrovasküler Hastalıklar	18	10,2
	Görme Yetersizliği	62	35,2
	İşitme Yetersizliği	29	16,5
	Uyku Sorunu	31	17,6
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA)	22	12,5
	Üriner İnkontinans	48	27,3
	Alzheimer / Demans	6	3,4
	Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)	12	6,8
	Opere Kalça Kırığı	8	4,5
	Sol hemipleji	2	1,1
	Peptik Ülser	1	0,6
	Multiple Skleroz (MS)	2	1,1
	Hipotiroid	4	2,3
	Parkinson	5	2,8
	Böbrek Yetmezliği	3	1,7
	Parapleji	4	2,3
Prostat Kanseri (Prostat CA)	2	1,1	
Epilepsi	3	1,7	
Akciğer kanseri (Akciğer CA)	1	0,6	

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlıların % 17'si (n=30) belirlenmiş/tanı konmuş ve halen devam eden herhangi bir sorun/hastalığının olmadığını, % 51,7'si (n=91) Hipertansiyon, % 18,2'si (n=32) Diyabetes Mellitus, % 13,6'si (n=24) Kardiyovasküler Hastalıklar, % 0,6'si (n=1) Artrit, % 10,2'si (n=18) Serebrovasküler Hastalıklar, % 35,2'si (n=62) Görme Yetersizliği, % 16,5'i (n=29) İşitme Yetersizliği, % 17,6'si (n=31) Uyku Sorunu, % 12,5'i (n=22) KOAHA, % 27,3'ü (n=48) Üriner İnkontinans, % 3,4'ü (n=6) Alzheimer / Demans, % 6,8'i (n=12) BPH, % 4,5'i (n=8) Opere Kalça Kırığı, % 1,1'i (n=2) Sol hemipleji, % 0,6'sı (n=1) Peptik Ülser, % 1,1'i (n=2) MS, % 2,3'ü (n=4) Hipotiroid, % 2,8'i (n=5) Parkinson, % 1,7'si (n=3) Böbrek Yetmezliği, % 2,3'ü (n=4) Parapleji, % 1,1'i (n=2) Prostat CA, % 1,7'si (n=3) Epilepsi, % 0,6'si (n=1) Akciğer CA olduğunu ifade ettiler.



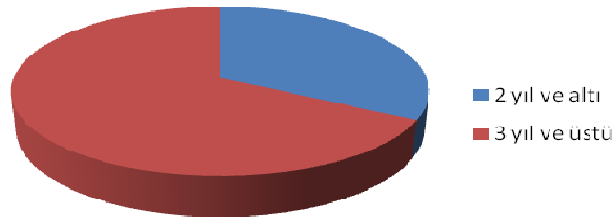
Şekil 11. Yaşlı Bireylerin Belirlenmiş/Tanı Konmuş Ve Halen Devam Eden Herhangi Bir Sorun/Hastalık Dağılımı

Tablo 6.1.4. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalma Durumları İle İlgili Özellikleri (N=176)

Huzurevinde Kalma Durumu		n	%
Kurumda Kalma Süresi	2 Yıl ve Altı	58	33
	3 Yıl ve üstü	118	67
Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etme Sebebi *	Huzurevinde yaşamak kendi tercihi değil	30	17
	Geliri yetersiz olduğu için	65	36,9
	Başkalarına yük olmamak için	74	42
	Yalnız yaşamak istemediği için	106	60,2
	Daha iyi hizmet alacağını/bakılacağını düşündüğü için	116	65,9
	Çocukları istediği için	5	2,8
	Yaşlıları ile bir arada olmak için	23	13,1
	Tedavi gördüğü hastanedeki doktorlar kuruma gönderdiği için	6	3,4
	Akrabaları getirdiği için	19	10,8
Huzurevinde Yaşıyor Olmaktan Memnun Olma Durumu	Memnun	115	65,3
	Orta Derecede Memnun	45	25,6
	Memnun Değil	16	9,1
Huzurevinde Zaman Geçirme Durumu*	Televizyon izleme	146	83
	Radyo dinleme	91	51,7
	Çevredekilerle sohbet etme	124	70,5
	Gazete, kitap, dergi vb. okuma	76	43,2
	El becerisi gerektiren işlerle (resim, takı, el işi vb.) uğraşma	57	32,4
Başka Bir Seçeneği Olsa Yaşamak İsteddiği Ortam	Yine Bu Kurumda	37	21
	Aile Bireyleri İle Birlikte	86	48,9
	Kendi Evinde Yalnız	53	30,1

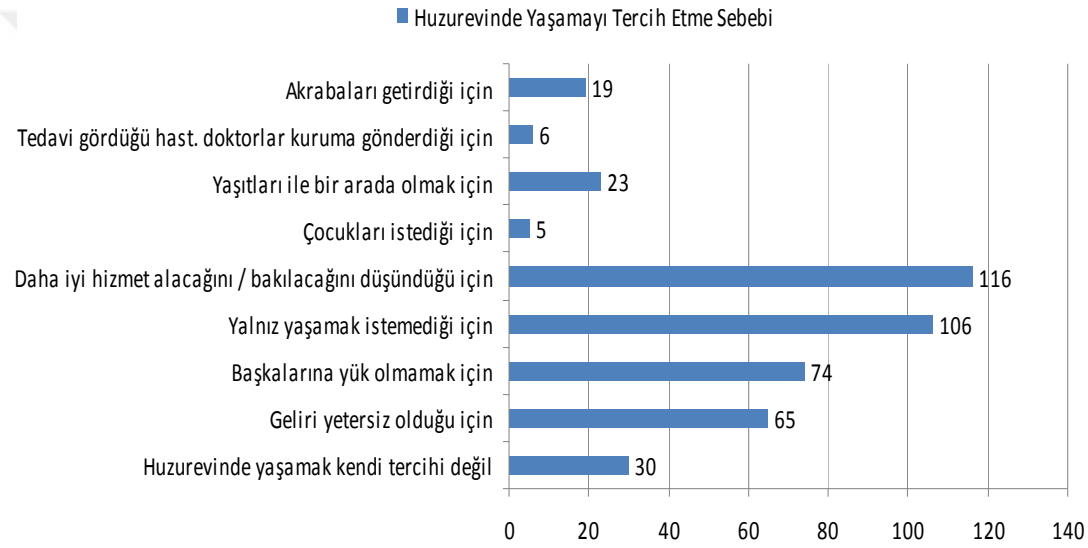
* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlıların %67'si (n=118) 3 yıl ve daha fazla süredir, %33'ü kurumda (n=58) 2 yıldan az süredir kurumda kalmaktadır.



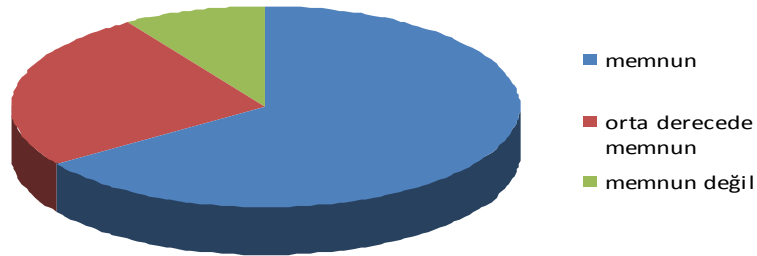
Şekil 12. Yaşlı Bireylerin Kurumda Kalma Süresi Dağılımı

Yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebine bakıldığında %65,9'unun (n=116) daha iyi hizmet alacağını / bakılacağını düşündüğü, %60,2'sinin (n=106) yalnız yaşamak istemedikleri için, %42'sinin (n=74) başkalarına yük olmamak için, %36,9'unun (n=65) gelirinin yetersiz olduğu için, %17'sinin (n=30) huzurevinde yaşamanın kendi tercihi olmadığı için, %13,1'inin (n=23) yaşlıları ile bir arada olmak istediği için, %10,8'inin (n=19) akrabaları getirmiş olduğu için, %3,4'ünün (n=6) tedavi gördüğü hastanedeki doktorların kuruma göndermiş olduğu için, %2,8'inin (n=5) çocukları istediği için huzurevinde kaldıklarını ifade ettiler.



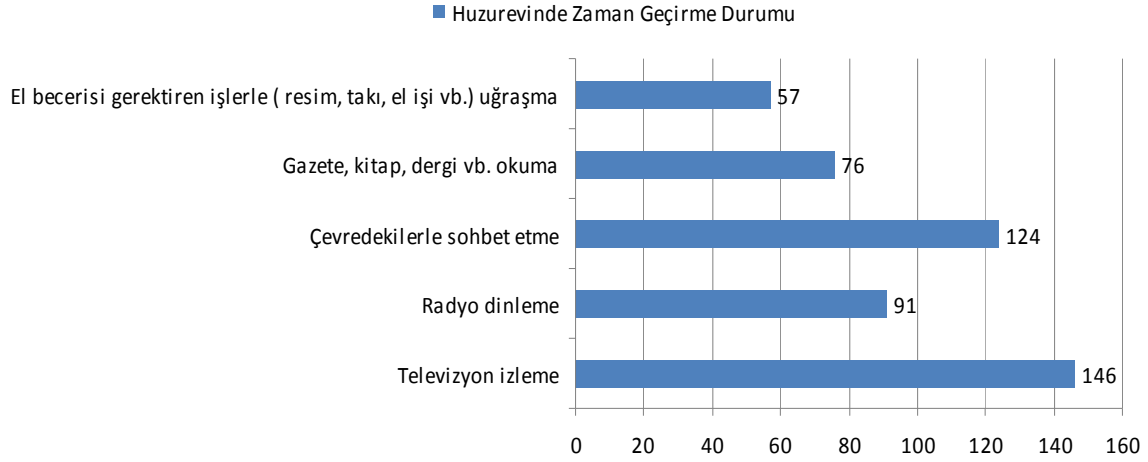
Şekil 13. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etme Sebebi Dağılımı

Yaşlıların %65,3'ünün (n=115) huzurevinde yaşamaktan memnun olduğu, %25,6'sının (n=45) orta derecede memnun olduğu, %9,1'inin (n=16) memnun olmadığı belirlendi.



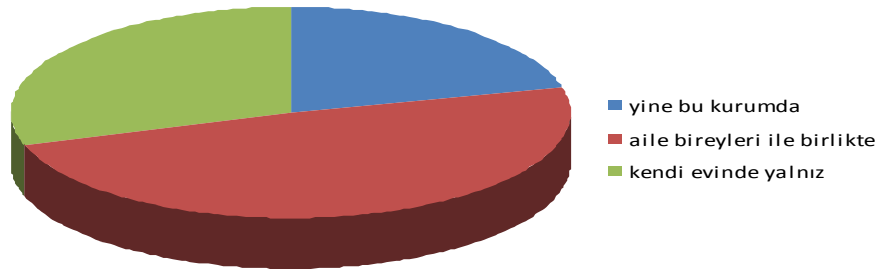
Şekil 14. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Yaşıyor Olmaktan Memnun Olma Durumu Dağılımı

Yaşlıların %83'ünün (n=146) huzurevinde televizyon izledikleri, %70,5'inin (n=124) çevredekilerle sohbet ettiği, %51,7'sinin (n=91) radyo dinlediği, %43,2'sinin (n=76) gazete, kitap, dergi vb. okuduğu, %32,4'ünün (n=57) el becerisi gerektiren işlerle (resim, takı, el işi vb.) uğraştığı belirlendi.



Şekil 15. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Zaman Geçirme Durumu Dağılımı

Yaşlıların başka bir seçeneği olsa %48,9'u (n=86) aile bireyleri ile birlikte, %30,1'inin (n=53) kendi evinde yalnız olarak yaşamak istediği, %21'inin ise (n=37) yine bu kurumda yaşamak istedikleri ifade edilmiştir.

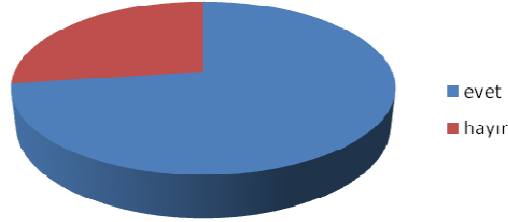


Şekil 16. Yaşlı Bireylerin Başka Bir Seçeneği Olsa Yaşamak İstediği Ortam Dağılımı

Tablo 6.1.5. Yaşlı Bireylerin Ziyaret Durumlarına Yönelik Özellikleri

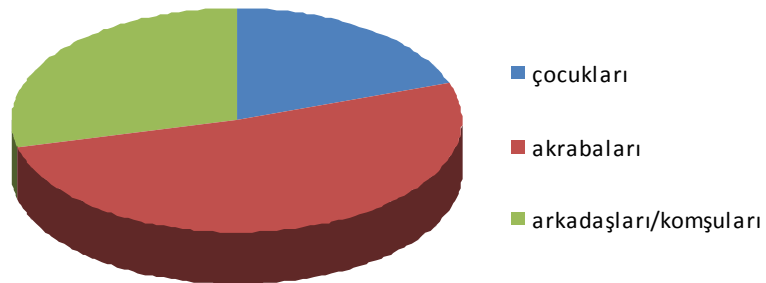
Ziyaret Durumu		n	%
Ziyaretçisinin Olma Durumu	Evet	128	72,7
	Hayır	48	27,3
	Toplam	176	100
Ziyaretine En Çok Gelen Bireyler	Çocukları	25	19,5
	Akrabaları	66	51,6
	Arkadaşları/komşuları	37	28,9
	Toplam	128	100
Ziyaret Edilme Sıklığı	Haftada 1-2 Defa	25	19,5
	Ayda Birkaç Kez	21	16,4
	Ayda 1 Defa	31	24,2
	Nadiren	51	39,8
	Toplam	128	100

Yaşlıların %72,7'sinin (n=128) ziyaretçisinin olduğu, %27,3'ünün ise (n=48) olmadığı belirlendi.



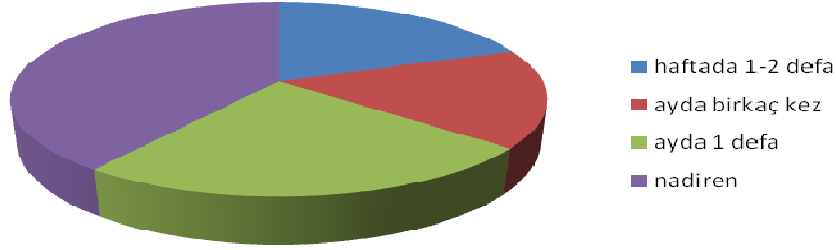
Şekil 17. Yaşlı Bireylerin Ziyaretçisinin Olma Durumuna Göre Dağılımı

Yaşlıların %51,6'sı (n=66) ziyaretine en çok akrabalarının, %28,9'u (n=37) arkadaşları/komşularının, %19,5'i ise (n=25) çocuklarının geldiğini belirttiler.



Şekil 18. Yaşlı Bireylerin En Çok Ziyaretine Gelen Bireylere Göre Dağılımı

Yaşlı bireylerin ziyaret edilme sıklığına bakıldığında %39,8'inin (n=51) nadiren, %24,2'sinin (n=31) ayda 1 defa, %19,5'inin (n=25) haftada 1-2 defa, %16,4'ünün ise (n=21) ayda birkaç kez ziyaret edildikleri belirlendi.

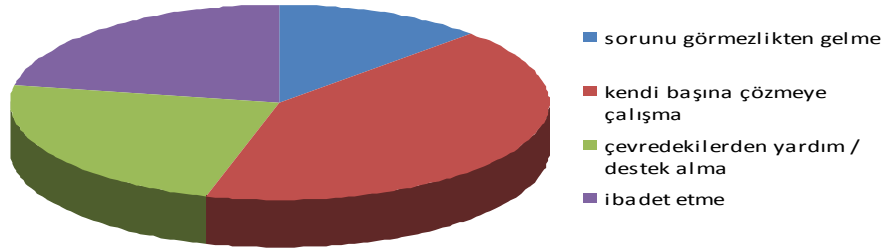


Şekil 19. Yaşlı Bireylerin Ziyaret Edilme Sıklığı Dağılımı

Tablo 6.1.6. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Başa Çıkma Durumu İle İlgili Özellikleri (N=176)

Baş Çıkma Yöntemi	n	%
Sorunu Görmezlikten Gelme	22	12,5
Kendi Başına Çözmeye Çalışma	74	42
Çevredekilerden Yardım/Destek Alma	41	23,3
İbadet Etme	39	22,2

Yaşlıların %42'sinin (n=74) bir sorunla karşılaştıklarında kendi başına çözmeye çalıştıkları, %23,3'ünün (n=41) çevredekilerden yardım/destek aldıkları, %22,2'sinin (n=39) ibadet ettikleri, %12,5'inin ise (n=22) sorunu görmezlikten geldikleri belirlendi.

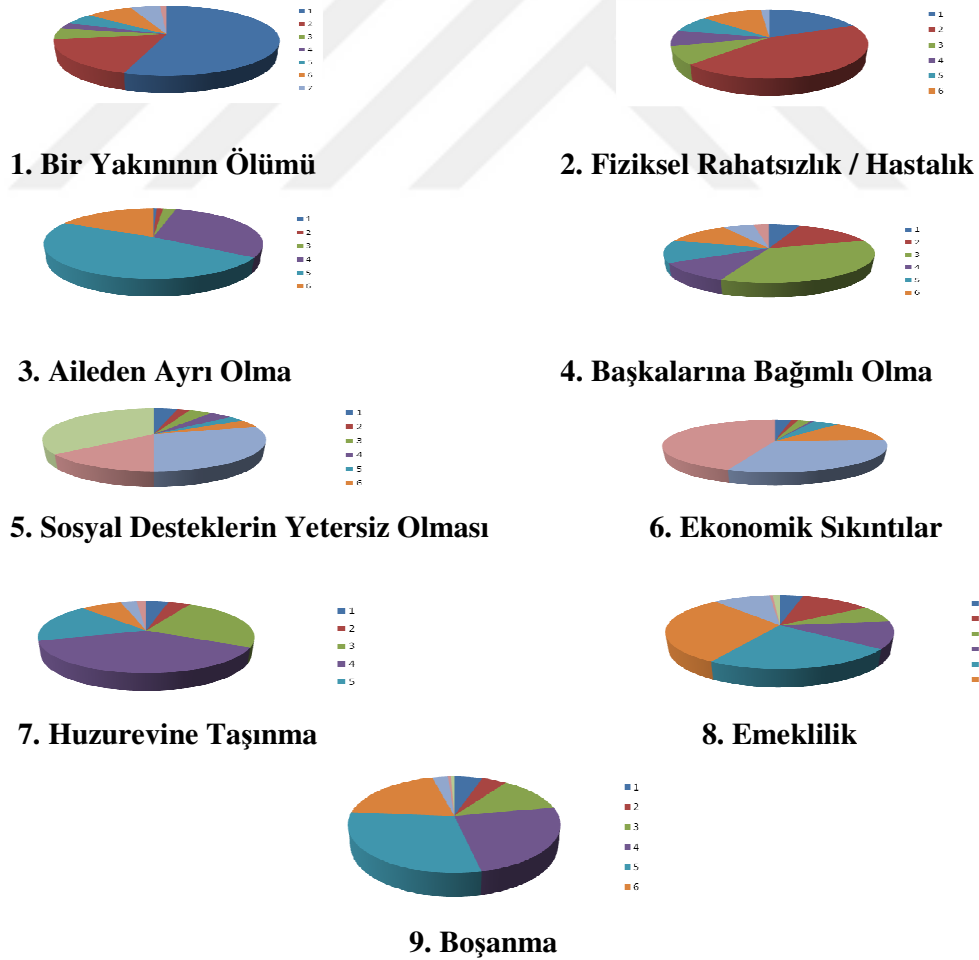


Şekil 20. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Kullandığı Başa Çıkma Yöntemine Göre Dağılımı

6.1.7. Yaşlı Bireyleri Etkileyen Olaylara Yönelik Özellikler

Tablo 6.1.7.1. Yaşlı Bireyleri Etkileyen Olayların Önem Sırasına Göre Dağılımı (N=176)

		n	%
1. Sıra	Bir Yakınının Ölümü	97	55,1
2. Sıra	Fiziksel Rahatsızlık/Hastalık	77	43,8
3. Sıra	Aileden Ayrı Olma	63	35,8
4. Sıra	Başkalarına Bağımlı Olma	67	38,1
5. Sıra	Sosyal Desteklerin Yetersiz Olması	52	29,5
6. Sıra	Ekonomik Sıkıntılar	53	30,1
7. Sıra	Huzurevine Taşınma	51	29
8. Sıra	Emeklilik	85	48,3
9. Sıra	Boşanma	78	44,3



Şekil 21. Yaşlı Bireyleri Etkileyen Olayların Önem Sırasına Göre Dağılımı

Yaşlı bireyleri etkileyen olayların önem sırasına göre 1'den 9'a kadar sıralanmış olan dağılımına bakıldığında yaşlıların %55,1'inin (n=97) 1. sırada öncelikle bir yakınının ölümünden etkilendiği, %43,8'inin (n=77) fiziksel rahatsızlık / hastalıktan 2. sırada etkilendiği, %48,3'ünün (n=85) emeklilikten 8. sırada etkilendiği, %35,8'inin (n=63) aileden ayrı olmaktan 3. sırada etkilendiği, %35,2'sinin (n=62) huzurevine taşınmaktan 9. sırada etkilendiği, %44,3'ünün (n=78) boşanmadan 9. sırada etkilendiği, %38,1'inin (n=67) başkalarına bağımlı olmadan 4. sırada etkilendiği, %30,1'inin (n=53) ekonomik sıkıntılardan 6. sırada etkilendiği ve %29,5'inin (n=52) sosyal desteklerin yetersiz olmasından 5. sırada etkilendiği belirlendi. Sıralamada en çok etkileyen değişkenin bir yakınının ölümü olduğu, en az etkileyen değişkenin de boşanma olduğu belirlendi.

6.2. “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 6.2.1. Yaşlı Bireylerin Depresyon Puan Ortalaması

	n	Ort±Ss	Min.	Max.
Depresyon Puan Ortalaması	176	12,46±5,99	0,00	27,00

Yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamasının (12,46 ± 5,99) olduğu görülmektedir.

Tablo 6.2.2. Yaşlı Bireylerin Depresyon Risk Dağılımı

Depresyon Riski Yok		Depresyon Riski Var	
n	%	n	%
99	56,2	77	43,8

Yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamalarına bakıldığında %56,2'sinde (n=99) depresyon riski yok, %43,8'inde (n=77) depresyon riski var olarak belirlenmiştir.

6.2.3. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özellikleri İle Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.2.3.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları

			Ölçek Puanı		t	F	p	Fark
		n	Ort±Ss					
Cinsiyet	Kadın	67	14,94±5,97	4,55			0,00	
	Erkek	109	10,94±5,49					
Yaş	65-74 Yaş	109	12,41±5,79		0,88	0,42		
	75-84 Yaş	52	12,02±6,24					
	85 Yaş ve üzeri	15	14,33±6,55					
Medeni Durum	Bekâr	71	11,79±5,22		0,77	0,47		
	Eşi Ölmüş	62	13,02±6,55					
	Boşanmış / Ayrı Yaşıyor	43	12,77±6,35					
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar Değil	40	14,43±5,56		2,28	0,06		
	Okur-yazar	15	13,20±6,37					
	İlkokul	73	12,38±5,71					
	Ortaokul	24	11,08±6,39					
	Lise ve üstü	24	10,33±6,25					
Sosyal Güvence	SSK	68	11,35±6,17	-1,96		0,05		
	GSS	108	13,16±5,79					
Çalışma Durumu	1. Hiç Çalışmamış	63	14,14±5,49		6,68	0,00	1 > 3	
	2. Daha Önce Çalışmış, Ayrılmış	82	12,28±6,18					
	3. Çalışıp Emekli Olmuş	31	9,52±5,37					
Gelir Düzeyi	İyi	51	10,98±5,41		2,53	0,08		
	Orta	55	12,60±6,17					
	Kötü	70	13,43±6,11					
Çocuk Sayısı	Çocuğu Yok	120	12,57±5,89		0,51	0,68		
	1 Çocuk	29	11,34±6,07					
	2 Çocuk	13	13,54±6,98					
	3 Çocuk ve üstü	14	12,86±6,04					

t testi

tek yönlü varyans analizi (Anova)

post-hoc analizi

Cinsiyet ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=4,55$; $p=0,00<0,05$). Kadınların depresyon puan ortalaması ($14,94 \pm 5,97$), erkeklerin depresyon puan ortalamasından ($10,94 \pm 5,49$) yüksek bulunmuştur.

Yaş ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,88$; $p=0,42>0,05$).

Medeni durum ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,77$; $p=0,47>0,05$).

Eğitim düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2,28$; $p=0,06>0,05$).

Sosyal güvence ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= -1,96$; $p=0,05>0,05$).

Çalışma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=6,68$; $p=0,002<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hiç çalışmamış olanların depresyon puan ortalaması ($14,14 \pm 5,49$), çalışıp emekli olmuş olanların depresyon puan ortalamasından ($9,52 \pm 5,37$) yüksek bulunmuştur.

Gelir düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2,53$; $p=0,08>0,05$).

Hayatta olan sahip olduğu çocuk sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,51$; $p=0,68>0,05$).

Tablo 6.2.3.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunu Belirleme Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları

			Ölçek Puanı				
		n	Ort±Ss	t	F	p	Fark
Sağlık Düzeyi Algısı	1. Çok İyi	22	9,18±5,06		9,27	0,00	4>1
	2. İyi	63	11,76±5,63				4>2
	3. Orta	61	12,16±5,67				4>3
	4. Kötü	30	16,93±5,78				
Toplam Hastalık Sayısı	0-2 Hastalık	99	11,70±5,93	-1,93		0,06	
	3 Hastalık ve üstü	77	13,44±5,95				

tek yönlü varyans analizi (Anova)
t testi

Sağlık düzeyi algısı ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,27$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Sağlık düzeyi algısı kötü olanların depresyon puan ortalaması ($16,93 \pm 5,78$), sağlık düzeyi algısı çok iyi olanların depresyon puan ortalamasından ($9,18 \pm 5,06$) yüksek bulunmuştur. Sağlık düzeyi algısı kötü olanların depresyon puan ortalaması ($16,93 \pm 5,78$), sağlık düzeyi algısı iyi olanların depresyon puan ortalamasından ($11,76 \pm 5,63$) yüksek bulunmuştur. Sağlık düzeyi algısı kötü olanların depresyon puan ortalaması ($16,93 \pm 5,78$), sağlık düzeyi algısı orta olanların depresyon puan ortalamasından ($12,16 \pm 5,67$) yüksek bulunmuştur.

Toplam hastalık sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= -1,93$; $p=0,06>0,05$).

Tablo 6.2.3.3. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalma Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları

		n	Ölçek Puanı				
			Ort±Ss	t	F	p	Fark
Kurumda Kalma Süresi	2 Yıl ve Altı	58	12,84±6,81	0,60		0,58	
	3 Yıl ve Üstü	118	12,27±5,56				
Gelir Durumu	Yetersiz	65	12,22±6,15	-0,41		0,68	
	Yeterli	111	12,60±5,91				
Yük Durumu	Başkalarına Yük Olmayı Düşünmemek	74	11,72±5,92	-1,41		0,16	
	Başkalarına Yük Olmayı Düşünmek	102	13,00±6,01				
Yalnız Yaşamak İsteme Durumu	İstemiyor	106	12,22±5,69	-0,66		0,52	
	İstiyor	70	12,83±6,43				
Daha İyi Hizmet Alacağını /Bakılacağını Düşünme Durumu	Daha İyi Hizmet Alacağını Düşünüyor	116	12,09±5,86	-1,13		0,26	
	Daha İyi Hizmet Alacağını Düşünmüyor	60	13,17±6,21				
Memnun Olma Durumu	1. Memnun	115	11,25±5,55		7,48	0,00	2>1 3>1
	2. Orta Derecede Memnun	45	14,44±6,32				
	3. Memnun Değil	16	15,56±5,77				
Televizyon İzleme Durumu	İzliyor	146	12,18±5,89	-1,35		0,18	
	İzlemiyor	30	13,80±6,35				
Çevredekilerle Sohbet Etme Durumu	Edenler	124	12,58±5,90	0,41		0,68	
	Etmeyenler	52	12,17±6,24				
Yaşamak İstedığı Ortam	1. Yine Bu Kurumda	37	10,32±5,14		3,23	0,04	2 > 1
	2. Aile Bireyleri İle Birlikte	86	13,26±6,07				
	3. Kendi Evinde Yalnız	53	12,66±6,15				

t testi
tek yönlü varyans analizi (Anova)
post-hoc analiz

Kurumda kalma süresi ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0,60; p=0,58>0,05).

Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebi olarak, gelirinin yetersiz olması ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (t= -0,41; p=0,68>0,05).

Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebi olarak, başkalarına yük olmayı düşünme durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= -1,41$; $p=0,16>0,05$).

Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebi olarak, yalnız yaşamak istemesi ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= -0,66$; $p=0,52>0,05$).

Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebi olarak, daha iyi hizmet alacağını/bakılacağını düşünme durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= -1,13$; $p=0,26>0,05$).

Huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=7,48$; $p=0,001<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Orta derecede memnun olanların depresyon puan ortalaması ($14,44 \pm 6,32$), memnun olanların depresyon puan ortalamasından ($11,25 \pm 5,55$) yüksek bulunmuştur. Memnun olmayanların depresyon puan ortalaması ($15,56 \pm 5,77$), memnun olanların depresyon puan ortalamasından ($11,25 \pm 5,55$) yüksek bulunmuştur.

Huzurevinde zamanını geçirme durumlarından, televizyon izleme ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= -1,35$; $p=0,18>0,05$).

Huzurevinde zamanını geçirme durumlarından, çevredekilerle sohbet etme ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,41$; $p=0,68>0,05$).

Başka bir seçeneği olsa yaşamak istediği ortam ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,23$; $p=0,042<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Başka bir seçeneği olsa yaşamak istediği ortamın aile bireyleri ile birlikte yaşamak olduğunu söyleyenlerin depresyon puan ortalaması ($13,26 \pm 6,07$), başka bir seçeneği olsa yaşamak istediği ortamın yine bu kurum olduğunu söyleyenlerin depresyon puan ortalamasından ($10,32 \pm 5,14$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.2.3.4. Yaşlı Bireylerin Ziyaret Durumları Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları

		n	Ölçek Puanı Ort±±Ss	t	F	p	Fark
Ziyaretçi Durumu	Var	128	12,56±±6,13	0,37		0,71	
	Yok	48	12,19±±5,64				
Ziyarete Gelen Bireyler	1. Çocukları	25	13,84±±6,04		5,88	0,00	1>3
	2. Akrabaları	66	13,65±±6,34				
	3. Arkadaşları/komşuları	37	9,76±±4,94				
Ziyaret Edilme Sıklığı	1. Haftada 1-2 Defa	25	9,72±±6,32		3,18	0,03	4 > 1
	2. Ayda Birkaç Kez	21	11,67±±5,19				
	3. Ayda 1 Defa	31	12,97±±6,33				
	4. Nadiren	51	14,08±±5,89				

t testi
tek yönlü varyans analizi (Anova)
post-hoc analiz

Ziyaretçisinin olma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,37$; $p=0,71>0,05$).

Ziyaretine en çok gelen bireyler ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,88$; $p=0,004<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ziyaretine en çok gelen birey çocukları olanların depresyon puan ortalaması ($13,84 \pm 6,04$), ziyaretine en çok gelen birey arkadaşları/komşuları olanların depresyon puan ortalamasından ($9,76 \pm 4,94$) yüksek bulunmuştur. Ziyaretine en çok gelen birey akrabaları olanların depresyon puan ortalaması ($13,65 \pm 6,34$), ziyaretine en çok gelen birey arkadaşları/komşuları olanların depresyon puan ortalamasından ($9,76 \pm 4,94$) yüksek bulunmuştur.

Ziyaret edilme sıklığı ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,18$; $p=0,026<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ziyaret edilme sıklığı nadir olanların depresyon puan ortalaması ($14,08 \pm 5,89$), ziyaret edilme sıklığı haftada 1-2 defa olanların depresyon puan ortalamasından ($9,72 \pm 6,32$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.2.3.5. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Başa Çıkma Yöntemine Göre Depresyon Puan Ortalaması

		n	Ölçek Puanı	F	p	Fark
			Ort±Ss			
Başa Çıkma Yöntemi	1. Sorunu Görmezlikten Gelme	22	12,23±5,91	3,00	0,03	4 > 2
	2. Kendi Başına Çözmeye Çalışma	74	11,14±5,60			
	3. Çevredekilerden Yardım / Destek Alma	41	13,00±6,26			
	4. İbadet Etme	39	14,54±6,00			

tek yönlü varyans analizi (Anova)
post-hoc analizi

Bir sorunla karşılaştığında kullandığı başa çıkma yöntemi ile depresyon puan ortalamaları arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,00$; $p=0,032<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bir sorunla karşılaştığında ibadet ederek başa çıkanların depresyon puan ortalaması ($14,54 \pm 6,00$), bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışanların depresyon puan ortalamasından ($11,14 \pm 5,60$) yüksek bulunmuştur.

6.3. “BARTHEL İNDEKSİ” İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 6.3.1. Yaşlı Bireylerin “Barthel İndeksi” Puan Ortalamaları

	n	Ort±Ss	Min.	Max.
Barthel İndeksi	176	69,29±32,44	0,00	100,00

Yaşlı bireylerin günlük yaşam işlevlerini değerlendiren Barthel İndeksi puan ortalamasının (69,29 ± 32,44) düzeyde olduğu görülmektedir.

6.3.2. Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam İşlevleri Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 6.3.2.1. Yaşlı Bireylerin Barthel İndeksi Bağımlılık Durumu Dağılımı

Barthel İndeksi Bağımlılık Durumu	n	%
Tam Bağımlı	28	15,9
İleri Derecede Bağımlı	29	16,5
Orta Derecede Bağımlı	60	34,1
Hafif Derecede Bağımlı	25	14,2
Bağımsız	34	19,3

Yaşlı bireylerin Barthel İndeksi toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Tablo 6.3.2.1.'de de görüldüğü gibi tüm bağımlılık gruplarında yaşlılar bulunmaktadır. Yaşlıların %15,9'u (n=28) tam bağımlı, %16,5'i (n=29) ileri derecede bağımlı, %34,1'i (n=60) orta derecede bağımlı, %14,2'si (n=25) hafif derecede bağımlı, %19,3'ü (n=34) bağımsızdır.

6.3.3. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özellikleri İle Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.3.3.1. Yaşlı Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması

		n	İndeks Puanı				
			Ort±Ss	t	F	p	Fark
Cinsiyet	Kadın	67	51,04±35,04	-6,50		0,00	
	Erkek	109	80,5±24,93				
Yaş	65-74 Yaş	109	71,38±32,35		2,49	0,09	
	75-84 Yaş	52	70,00±31,82				
	85 Yaş ve üzeri	15	51,67±32,00				
Çalışma Durumu	1. Hiç Çalışmamış	63	58,17±33,58		9,89	0,00	2>1
	2. Daha Önce Çalışmış, Ayrılmış	82	80,24±26,92				
	3. Çalışıp Emekli Olmuş	31	62,90±34,95				2>3

t testi

tek yönlü varyans analizi (Anova)

post-hoc analizi

Cinsiyet ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = -6,50$; $p = 0,00 < 0,05$). Erkeklerin Barthel İndeksi puan ortalaması ($80,50 \pm 24,93$), kadınların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($51,04 \pm 35,04$) yüksek bulunmuştur.

Yaş ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 2,49$; $p = 0,09 > 0,05$).

Çalışma durumu ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 9,89$; $p = 0 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Daha önce çalışmış, ayrılmış olanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($80,24 \pm 26,92$), hiç çalışmamış olanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($58,17 \pm 33,58$) yüksek bulunmuştur. Daha önce çalışmış, ayrılmış olanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($80,24 \pm 26,92$), çalışıp emekli olmuş olanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($62,90 \pm 34,95$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.3.3.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunu Belirleme Özelliklerine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması

		n	İndeks Puanı		t	F	p	Fark
			Ort±Ss					
Sağlık Düzeyi Algısı	1. Çok iyi	22	87,27±14,04		4,62	0,00	1 > 4	
	2. İyi	63	69,13±33,76					
	3. Orta	61	70,25±31,31					
	4. Kötü	30	54,50±35,61					
Toplam Hastalık Sayısı	0-2 Hastalık	99	73,18±30,89	1,82		0,07		
	3 Hastalık ve üstü	77	64,29±33,87					

tek yönlü varyans analizi (Anova)
post-hoc analizi
t testi

Sağlık düzeyi algısı ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,62; p=0,004<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Sağlık düzeyini çok iyi bulanların Barthel İndeksi puan ortalaması (87,27 ± 14,04), sağlık düzeyini kötü bulanların Barthel İndeksi puan ortalamasından (54,50 ± 35,61) yüksek bulunmuştur.

Toplam hastalık sayısı ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=1,82; p=0,07>0,05).

Tablo 6.3.3.3. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalma Özelliklerine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması

		n	İndeks Puanı		t	F	p
			Ort±Ss				
Yük Olma Düşüncesi	Başkalarına Yük Olduğunu Düşünmüyor	74	71,62±31,19	0,81			0,42
	Başkalarına Yük Olduğunu Düşünüyor	102	67,60±33,37				
Memnun Olma Durumu	Memnun	115	71,74±32,36		1,39		0,25
	Orta Derecede Memnun	45	67,00±31,63				
	Memnun Değil	16	58,12±34,49				

t testi
tek yönlü varyans analizi (Anova)

Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebi olarak, başkalarına yük olmayı düşünme durumu ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan t-testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,81$; $p=0,42>0,05$).

Huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olma durumu ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,39$; $p=0,25>0,05$).

Tablo 6.3.3.4. Yaşlı Bireylerin Bir Sorunla Karşılaştığında Başa Çıkma Yöntemine Göre Barthel İndeksi Puan Ortalaması

		n	İndeks Puanı	F	p	Fark
			Ort±Ss			
Başa Çıkma Yöntemi	1. Sorunu Görmezlikten Gelme	22	67,05±34,28	5,64	0,00	2 > 3 2 > 4
	2. Kendi Başına Çözmeye Çalışma	74	80,00±25,13			
	3. Çevredekilerden Yardım / Destek Alma	41	63,41±34,21			
	4. İbadet Etme	39	56,41±36,29			

tek yönlü varyans analizi (Anova)
post-hoc analizi

Bir sorunla karşılaştığında kullandığı başa çıkma yöntemi ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,64$; $p=0,001<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($80,00 \pm 25,13$), bir sorunla karşılaştığında çevredekilerden yardım/destek alarak başa çıkanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($63,41 \pm 34,21$) yüksek bulunmuştur. Bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($80,00 \pm 25,13$), bir sorunla karşılaştığında ibadet edenlerin Barthel indeksi puan ortalamasından ($56,41 \pm 36,29$) yüksek bulunmuştur.

6.4. “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” VE “BARTHEL İNDEKSİ” PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6.4.1. Barthel İndeksi Puan Ortalamaları ile Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Barthel İndeksi
Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği	$r = -0,37^{**}$ $p = 0,00$

** $p < 0,01$

Depresyon ile günlük yaşam işlevleri arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = -0,368$; $p = 0,00 < 0,05$). Buna göre depresyon arttıkça günlük yaşam işlevleri azalmaktadır.

Tablo 6.4.2. Barthel İndeksi Bağımlılık Durumu Dağılımı İle Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması					
Barthel İndeksi Bağımlılık Durumu	n	Ort±Ss	F	p	Fark
1. Tam Bağımlı	28	15,71±6,09	6,22	0.22	1 > 4
2. İleri Derecede Bağımlı	29	14,69±6,03			2 > 4
3. Orta Derecede Bağımlı	60	12,25±5,17			1 > 5
4. Hafif Derecede Bağımlı	25	10,40±6,16			2 > 5
5. Bağımsız	34	9,76±5,41			

tek yönlü varyans analizi (Anova)

Yaşlı bireylerin, yaşlılar için depresyon ölçeği puan ortalamaları ile Barthel İndeksi bağımlılık durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 6,22$; $p = 0 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Barthel İndeksi'nde tam bağımlı olanların depresyon puan ortalaması ($15,71 \pm 6,09$), Barthel İndeksi'nde hafif derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalamasından ($10,40 \pm 6,16$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi'nde ileri derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalaması ($14,69 \pm 6,03$),

Barthel İndeksi'nde hafif derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalamasından ($10,40 \pm 6,16$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi'nde tam bağımlı olanların depresyon puan ortalaması ($15,71 \pm 6,09$), Barthel İndeksi'nde bağımsız olanların depresyon puan ortalamasından ($9,76 \pm 5,41$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi'nde ileri derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalaması ($14,69 \pm 6,03$), Barthel İndeksi'nde bağımsız olanların depresyon puan ortalamasından ($9,76 \pm 5,41$) yüksek bulunmuştur.



7. TARTIŞMA

Bu bölümde; huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler, diğer araştırma bulguları ile tartışıldı.

Araştırma;

7.1. Yaşlı bireylerin bireysel özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

7.2. Yaşlı bireylerin “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” ile ilgili bulgularının tartışılması

7.3. Yaşlı bireylerin “Barthel İndeksi” ile ilgili bulgularının tartışılması

7.4. Yaşlı bireylerin “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” ve “Barthel İndeksi” puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması olarak 4 bölümde incelendi.

7.1. YAŞLI BİREYLERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Yaşlı bireylerin bireysel özelliklerinin dağılımları incelendiğinde (Tablo 6.1.1.);

Literatürde erkeklerin huzurevlerini daha fazla tercih etmeleri veya erkekler arasında boşanmış/dul/bekâr oranının daha fazla olması ve bu kişiler için huzurevinin bakım alabilecekleri en uygun ortam oldukları belirtilmektedir (87). Çalışmaya katılan yaşlıların %61,9 (n=109) gibi büyük çoğunluğunun erkek olduğu göze çarpmaktadır. Erkeklerin kadınlara oranla fazla olması bulgusu huzurevinde yapılan birçok çalışma sonuçları ile (1, 7, 9, 10, 88, 89, 90) benzerlik göstermektedir. Çohaz'ın (2010) çalışmasında belirtmiş olduğu üzere; 2010 yılı Mart ayı itibariyle Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bağlı 8333 kapasiteli 84 huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde yatılı olarak bakım hizmeti verilen 7375 yaşlının %61'inin erkek yaşlı olduğu (91), başka bir çalışmada ise huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda düşme ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların çoğunluğunu erkek yaşlı bireylerin oluşturduğu bildirilmiştir (3).

Çalışmada, yaşlıların %61,9'u (n=109) 65-74 yaş grubunda yer almaktadır. Özer Ergün ve arkadaşlarının (ark.) (2003) yaptığı çalışmada yaşlıların yaş ortalaması 72,2 (87), Lüleci ve Mandıracıoğlu'nun (2001) yaptığı bir diğer çalışmada da yaşlıların yaş

ortalaması 71,41 (92) bulunmuştur ve bu bulgular, çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde ortalama yaşam süresinin 71 olduğu (1) göz önüne alındığında elde edilen bu bulgunun tahmin edilen sınırlar içinde yer aldığı söylenebilir.

Yaşlıların % 40,3'ü (n=71) bekâr iken, %35,2'sinin (n=62) eşi ölmüş, %24,4'ü (n=43) ise boşanmış/ayrı yaşamaktadır. Bostancı ve Yılmaz'ın (2002) Denizli huzurevindeki 169 yaşlı ile görüşerek yaptıkları çalışmada, %93,8'inin dul/hiç evlenmemiş olması (93), Bıyıklı'nın (2006) çalışmasında ise huzurevindeki yaşlıların %95,6'sının dul/hiç evlenmemiş olması (3) çalışma bulgularıyla uyumludur. Bu sonuç, evli olmayan yaşlıların huzurevini daha çok tercih ettiklerini düşündürmektedir. Ayrıca erkeklerin sayısının kadınlardan fazla olması da dikkate alındığında; yalnız yaşayan veya hiç evlenmeyen yaşlı erkekler kendilerine bakmakta güçlük çektiklerini, kurumda kendi yaşlılarından birçok insanın bulunması, ekonomik olarak yetersiz olmaları, yalnız kalmak istememeleri, kendilerine bakacak ilgilenecek kimsenin olmaması ve erkekler için sıkıntı oluşturan ev işleri, yemek hazırlama, çamaşır vb. gibi işlerin kurum personeli tarafından yapılıyor olması erkek yaşlıların bakım almak için huzurevini tercih etmek mecburiyetinde olduklarını akla getirebilmektedir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %41,5'i (n=73) ilkökul mezunuyken, %22,7'si (n=40) okur-yazar değildir. Özen'in (2008) sonucu bu bulguyu desteklerken (ilkokul: %35,7) (1); Berberoğlu ve ark. (2002) (okur yazar değil: %29,9) (90) ve Işık ve ark. (2001) (okur yazar değil: %42,2) (94) çalışma bulgularıyla ters yöndedir. Bu sonuç; geçmişte bu yaşlıların eğitim olanaklarının az olmasından dolayı, eğitim düzeylerinin düşük olduğu ve ülkemizin eğitim konusunda yaşadığı sıkıntılar şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan yaşlıların hepsinin sosyal güvencesi olup ve bunların %61,4'ü (n=108) GSS'lidir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması, huzurevine yatışına karar verilen ve sosyal güvencesi olmayan her yaşlı bireyin 2011 yılında yapılan düzenleme ile GSS kapsamına dâhil edilmesi (86) bu oranın yüksek çıkmasını açıklayabilir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %46,6'sı (n=82) daha önce kısa süreli işlerde çalışmış ve ayrılmıştır. Bu durum; düzenli SSK'lı işlerde çalışmamaları ve sürekli iş değiştirmeleri sonucunda emekli olmadan çalışma hayatından ayrılmışlardır şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %39,8'i (n=70) gelir düzeyini kötü olarak ifade etmiştir. Bu bulgu; Darülaceze Başkanlığı resmi sitesinde yer alan "huzurevine kabul edilecek yaşlı

bireylerde, geçinebilecek kâfi mala malik olmamak şartı ya da varsa maaşını, nakit parasını, emlâkını girdiği tarihten itibaren kuruma vaziyet etme şartı aranması” kuralı nedeniyle araştırmanın yapıldığı kurumda ekonomik yönden yetersiz olan kimsesizlerin kalması ile ilişkilendirilebilir (95).

Bu çalışmada yaşlıların %68,2’si (n=120) gibi büyük bir çoğunluğunun çocuğunun olmadığı belirlendi. Bu bulgu, huzurevi kabul şartlarından “bakıma ve korunmaya muhtaç kimsesiz fakir olma” şartının olması (Darülaceze Nizamname Maddesi 12) ve “Gerçekdışı beyanda bulunanlar bakım masrafından sorumlu tutularak kurumdan çıkarılır” beyanı ile açıklanabilir (95).

Yaşlı bireylerin sağlık durumunu belirleme ile ilgili özellikleri incelendiğinde (Tablo 6.1.2. ve Tablo 6.1.3.);

Bu çalışmaya katılan yaşlılara, sağlıklarını nasıl algıladıkları sorulduğunda %35,8’i (n=63) “iyi” şeklinde cevap vermiştir. Bu durum yaşlıların kurumdaki diğer yaşlılarla kendilerini kıyasladıklarında, göreceli olarak daha iyi hissettiklerini düşünmeleri ile açıklanabilir.

İlerleyen yaşla beraber sağlık sorunları ve buna bağlı komplikasyonlar artış göstermektedir (3). Çalışmada, yaşlı bireylerin toplam hastalık sayısına bakıldığında; %56,2 (n=99) gibi bir çoğunluğunun 0-2 hastalığa sahip oldukları belirlendi. Berberoğlu ve ark. (2002) yaptığı çalışmada yaşlıların %74,7’sinde hekim tarafından tanısı konmuş en az bir kronik hastalığın olduğu (90), Uncu ve ark. (2002) yaptığı bir diğer çalışmada ise hekim tarafından tanı konmuş en az bir kronik hastalığa sahip 65 yaş ve üzeri yaşlı oranının %75,7 olduğu saptanmıştır (96). Bu bulgular ile çalışma bulguları benzerlik göstermektedir. Çalışmadan elde edilen bulgu, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin düzenli sağlık kontrollerinin yapıyor olması ve yaşlılığın beraberinde getirdiği kronik hastalıkların bulunması ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmada yaşlılarda belirlenmiş/tanı konmuş ve halen devam eden hastalıklar sorgulandığında yaşlıların %51,7’sinde (n=91) ilk sırayı hipertansiyon oluşturmuştur. Elde edilen bulgu, Berberoğlu ve ark. (2002) çalışmasında %35,5 hipertansiyon bulgusu ile benzerlik göstermektedir (90). Arslan ve ark. (2000) yaşlılarda ilaç tüketimi ile ilgili yaptığı çalışmada, en sık görülen kronik hastalığının %30,7 ile hipertansiyon olduğunu belirtmişlerdir (97).

Yaşlı bireylerin huzurevinde kalma durumları ile ilgili özellikleri incelendiğinde (Tablo 6.1.4.);

Yapılan çalışmada yaşlı bireylerin %67'sinin (n=118) 3 yıl ve daha fazla süredir kurumda kaldıkları saptandı. Elde edilen bu bulgu, Özen'in (2008) yaptığı çalışmada, kurumda kalma süresi ortalama 71,17 ay bulgusu ile benzerlik göstermektedir (1). Bu bulguya bakarak, yaşlıların huzurevlerine olan taleplerinin artmaya başladığı söylenebilir.

Literatürde yaşlıların, ölüm ve hastalık gibi nedenlerle yaşadıkları psikolojik yıkımların yanı sıra, aile ve arkadaşlarının kaybıyla gelen yalnızlık, ilgilenecek kimsenin olmaması, yalnız yaşayamama, bakacak kimsenin olmaması, ekonomik problemler ve çekirdek aile yapısının giderek artmasının getirdiği sorunlar gibi nedenlerden dolayı huzurevlerini tercih ettikleri belirtilmektedir (1). Çalışmada, yaşlı bireylerin %65,9'u (n=116) daha iyi hizmet alacağını/bakılacağını düşündüğü için, %60,2'si (n=106) ise yalnız yaşamak istemediği için huzurevinde yaşamayı tercih etmiştir. Karadelioğlu'nun (2011) çalışmasında ilk sırada %36,7'lik oran ile (9) ve Özen'in (2008) yaptığı çalışma da ise %39,5'lik oran ile sadece yalnız yaşamak istemedikleri için kuruma geldikleri ifade edilmiştir (1). Bu bulgu literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bu durum, eşi ölen kadınların veya bekâr olan erkeklerin ekonomik sıkıntılar nedeniyle tek başlarına hayatlarını idame ettirememeleri ve akraba, arkadaş gibi yakınlarında da rahat edememe ve yük olmama adına tüm ihtiyaçlarının devlet tarafından görüldüğü en uygun yer olarak huzurevini tercih ettikleri şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmada yaşlıların %65,3'ünün (n=115) huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olduğu belirlendi. Elde edilen bu bulgu, Özen'in (2008) çalışmasında yaşlıların %74,1'inin memnun olma bulgusuyla benzerlik göstermektedir (1). Buna karşın Konak ve Çiğdem'in (2005) 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada; kurumun sağladığı olanaklar ne kadar yeterli olursa olsun aile bütünlüğü kopmuş olan yaşlı bireyleri huzurevi yaşam koşullarının tam olarak tatmin etmesi beklenemez (7) denmektedir. Çalışmadan elde edilen bulgulara bakıldığında bu memnuniyet ifadesi, yaşlıların olumlu bakış açısı ve kurumsal başarısının somut göstergesi şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmalarda yaşlı insanların daha çok televizyon başında vakit geçirdikleri görülmektedir. Yaşlılar gençlik hayallerinin kaybı, ölüme daha çok yaklaşmış olma durumu gibi nedenlerle kendilerini sosyal aktivitelerden uzak tutmaktadırlar (98). Huzurevi ortamında yaşlı bireyi meşgul etmeye yönelik bir iş ve uğraşın olması, üretkenliğin hala

devam ettiğinin bir kanıtı olarak aktif yaşlandığını ve yaşlılıkta oluşabilecek psikolojik sorunları önleyici özelliğinden dolayı önemlidir (9). Yaşlı bireylerin %83'ü (n=146) zamanlarını televizyon izleyerek, %70,5'inin ise (n=124) çevredekilerle sohbet ederek geçirdikleri belirlendi. Karadelioglu'nun (2011) çalışmasında yaşlıların boş vakitlerinde çoğunluğunun televizyon izledikleri, çevredekilerle sohbet ettiği bulgusuyla, elde edilen bu bulgu benzerlik göstermektedir (9). Aksüllü (2002) çalışmasında yaşlıların, yaşlılığın vermiş olduğu hareket kısıtlılığıyla boş zamanlarında televizyon izlemek/radyo dinlemek gibi pasif egzersizleri tercih ettiklerini belirtmiştir (41). Yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre ilk sırayı televizyon izlemenin alması durumu, yaşlıların erken yaşlardan itibaren sosyal uğraşlar edinememiş olması ile; ikinci sırayı çevredekilerle sohbet etmenin alması durumu ise kurumlarda kalanların birbirleriyle iyi iletişim kurduklarına dair bilgi ile açıklanmıştır (1).

Çalışmaya katılan yaşlıların %48,9'unun (n=86) başka bir seçeneği olsaydı aile bireyleri ile birlikte, %30,1'inin (n=53) kendi evinde yalnız yaşamak isteyecekleri belirlendi. Bu düşünce yapısına sahip olan yaşlıların sanki ailesi tarafından istenmeyip de kuruma gönderilmiş olma ihtimalini akla getirmiş olsa da, yaşlı bireyler kurumun imkânlarından ne kadar memnun olduklarını ifade etseler dahi evde ailesiyle birlikte olmanın yerini ne kurumda kalma ne de başka bir mekânda bulunmanın tutmayacağı düşüncesine sahip olmalarıyla açıklanabilir. Ayrıca yaşlılığın getirdiği ekonomik sıkıntılar, emekliliğe hazırlanamama ya da ekonomik sorunların olması gibi nedenlerden dolayı kuruma gelen yaşlıların aslında bireysel ve bağımsız yaşadıkları eski günlerine özlem duydukları ve eğer bunu tekrardan gerçekleştirme imkânları olsaydı kendi evinde yalnız yaşamak isteyecekleri düşünülebilir.

Yaşlı bireylerin ziyaret durumlarına yönelik özellikleri incelendiğinde (Tablo 6.1.5.);

Yaşlıların ziyaret edilmesi, geleneksel olarak Türk örf ve adetlerinde var olan, yaşlıya saygının bir ifade biçimidir (1). Bu literatür bilgisi çalışmadaki yaşlıların %72,7'sinin (n=128) ziyaretçisinin olması bulgusunu desteklemektedir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %51,6'sını (n=66) akrabaları ve %28,9'unu (n=37) arkadaşları/komşuları ziyaret etmektedir. Elde ettiğimiz bu bulgu Karadelioğlu'nun (2011), çalışmasında “yaşlıların akrabaları, komşuları/arkadaşları tarafından ziyaret edilmemektedirler” bulgusuyla benzerlik göstermemektedir (9). %19,5 (n=25) gibi az bir oranla çocuklarının ziyaret etmesini, kurumda yaşayan çoğu yaşlının çocuğunun olmaması ve olanlarının ise değişen aile ve toplum yapısından kaynaklı büyük şehirlerdeki ilişkilerin zayıflaması ile açıklanabilir.

Çalışmada ziyaret edilme sıklığı sorulduğunda yaşlıların %39,8'inin (n=51) nadiren ve %24,2'sinin (n=31) ayda bir defa yanıtını verdiği belirlendi. Bu bulgu, Özen'in (2008) çalışmasındaki yaşlıların %29,9'unun nadiren (1) ve Karadelioğlu'nun (2011) çalışmasındaki yaşlıların %53,3'ünün ayda birkaç defa/nadiren ziyaret edilme (9) bulguları ile benzerlik göstermektedir. Elde edilen bu bulgu yaşlıların çoğunluğunun istemelerine ve beklemelerine rağmen çok sık ziyaret edilmediğini gösterebilir. Psikososyal açıdan ciddi sorunlara neden olabilecek olan bu durum; insanın içinde bulunduğu yaşam şartlarının, özellikle büyük şehirlerde geçmişten gelen kültürel ve geleneksel değer yargularının değişmesi ya da zamanla kaybolması şeklinde açıklanabilir.

Yaşlı bireylerin bir sorunla karşılaştığında başa çıkma durumu ile ilgili özellikleri incelendiğinde (Tablo 6.1.6.);

Yeni durumlara uyumu zorlaşan, zihinsel işlevleri yavaşlayan yaşlılarda artan yetersizlik duyguları (11) ile birlikte günlük yaşantıya ait sorunları çözüme yavaşlama (22) görülür. Çalışmada bir sorunla karşılaştıklarında başa çıkma yöntemi olarak yaşlıların %42'si (n=74) kendi başına çözmeye çalıştığını ifade etti. Elde edilen bu bulgu Özen'in (2008) çalışmasındaki yaşlıların %56,2'sinin (1) ve Karadelioğlu'nun (2011) çalışmasındaki yaşlıların % 65'inin kendi başına çözmeye çalışma (9) bulguları ile uyumludur. Bu durumu yaşlıların ailesinden yardım alamaması, sosyal desteklerin yeterli olmaması ya da yaşının ilerlemesine rağmen hala kendi kendine yetebildiğini göstermek için bu şekilde yanıtladıkları şeklinde ifade edilebilir.

Yaşlı bireyleri etkileyen olaylara yönelik özellikler incelendiğinde (Tablo 6.1.7.1.);

Literatürde emeklilik, ekonomik problemler, sevdiklerin kaybı, ayrılık gibi çok sayıda psikososyal faktörlerin yaşlılık dönemini etkilediği belirtilmektedir (1). Çalışmada yaşlıların %55,1'inin (n=97) en çok etkilendikleri ve çoğunluğunun birinci sıraya koydukları yaşam olayının bir yakınının ölümü olduğu saptandı. Bu sonuç Özen'in (2008) çalışmasındaki yaşlıların %68,1'inin ölümden etkilendiği bulgusu ile uyumludur (1). Uzun yıllar hayatı paylaştığı anne-babasını, hayat arkadaşını, gözünden sakındığı çocuğunu ya da kendisi için anlam ifade eden bir yakını kaybetmiş olması yaşlı bireyi derinden üzmektedir. Bu durum yaşlı bireyin büyük bir acı, yalnızlık, çaresizlik ve yoğun bir özlem duygusu yaşamasına neden olur. Kişinin yakınlık derecesine ve yaşlı bireyin ona olan bağımlılık durumuna göre, ölümün üzerinden zaman geçmiş olsa da olmasa da böyle bir yanıtın verilmiş olması yaşanan acının hala tazeliğini koruduğunu ve unutulmadığı şeklinde yorumlanabilir.

7.2. YAŞLI BİREYLERİN “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE İLGİLİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.2.1. ve Tablo 6.2.2.);

Literatürlerde, yaşlılık döneminde görülen ruhsal sorunlar arasında depresyonun birinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda 60 yaşından itibaren depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (99). Çalışmada yaşlı bireylerin depresyon puan ortalaması 12,46 (n=176) olarak bulundu. Yaşlı bireylerin depresyon risk dağılımı incelendiğinde ise %56,2'sinin (n=99) “depresyon riski yok”, %43,8'inin (n=77) “depresyon riski var” olarak ayrıldığı görülmektedir. Türkiye’de 1991’den bu yana bazı huzurevi çalışmalarında depresyon sıklığı %10,2 ile %48,1 arasında rapor edilmiştir (100). Maral ve ark. (2001) yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayanlarda depresyon yaygınlığını %48,1 bulmuşken (101), Altıntaş ve ark. (2006) yaptıkları çalışmalarında ise katılımcıların %58,5’inde depresyon riski bulunmadığı, %41,5’inde depresyon açısından risk taşıdıkları ifade edilmiştir (54). Ayrıca Bagley ve ark. (2000) Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanarak yaptıkları çalışmalarında yaşlılardaki depresyon oranını %43,7 olarak bulmuşken (102), Bekaroğlu ve ark. (1991) da çalışmalarında depresif belirti yaygınlığını %41 olarak bulmuşlardır (103). Çalışma bulguları ile yapılan diğer araştırmalardan elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir.

Yaşlı bireylerin bireysel özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.2.3.1.);

Toplumda depresyonun kadınlarda daha sık olduğu bilinmektedir (104). Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etmeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır (45). Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır (105). Cinsiyet ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Kadınların depresyon puan ortalaması ($\bar{X}=14,94$), erkeklerin depresyon puan ortalamasından ($\bar{X}=10,94$) yüksek bulundu. Çalışmadan elde edilen bu bulgu, Tarsuslu Şimşek ve ark. (2010) %25’lik bir oran ile kadınlarda depresyon oranının yüksek olduğu bulgusu ile benzerlik göstermektedir (106). Maral ve ark. (2001) yaptığı

çalışmada huzurevinde yaşayan kadınlarda evde yaşayan kadınlara göre depresyon sıklığı daha fazla bulunmuştur (101). Üstüner Top ve ark. (2010) yaptığı çalışmada cinsiyetin depresyon düzeyini etkilediği görülerek, kadınların erkeklere oranla duygularını daha rahat ifade etmeleri, daha fazla ve daha yoğun stresörlere maruz kalmaları ve kişilik özellikleri olarak bazı sorunlara yatkınlıklarının erkeklere göre daha fazla olması ile açıklanmıştır (107). Çalışma bulguları ile diğer çalışma sonuçlarına göre kadınların erkeklere oranla daha duygusal olmaları, ayrıntıcı yapılarının olması, kendilerinden ziyade başkalarını memnun etme eğilimlerinin olması, özerkliği olmayan kişiler olarak yetiştirilmeleri, ağrı eşiklerinin daha düşük olması, fiziksel hastalıklarının daha fazla olması, eğitim düzeylerinin daha düşük olması ile de açıklanabilir.

Yaş ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Demir ve ark. (2013) yapmış oldukları çalışmada yaş gruplarında depresyon sıklığı yönünden bir fark bulunmayıp, bu çalışma bulgusu ile uyumludur (108). Dişçigil ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada depresyon riskinin yaş ile değişmediği saptanmıştır (109). Yine yapılan başka bir çalışmada da depresyon görülme olasılığı ile yaş grupları arasında fark bulunmamıştır (110).

Medeni durum ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Karakuş ve ark. (2003) Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yaşlıların medeni durumu ile depresyon arasında bir fark bulunamamıştır (111). Bu bulgu, huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireyin bekâr, eşi ölmüş ya da boşanmış/ayrı yaşıyor olması, temel gereksinimlerinin huzurevi tarafından karşılanıyor olmasından dolayı fark yaratmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Eğitim düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Karakuş ve ark. (2003) yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile GDÖ düzeyleri arasında fark bulunamamıştır (111). Maral ve ark. (2001) yaptığı çalışmada ise huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda eğitim durumunun depresyon için risk etkeni olmadığı saptanmıştır (101).

Sosyal güvence ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Karakuş ve ark. (2003) yaptığı çalışmada da bu bulguyu destekleyen, yaşlıların sağlık güvencesi ile depresyon bulunma riski arasında bir fark bulunamamıştır (111). Bu durum, kurumda yaşayan tüm yaşlıların sosyal

güvencesinin olması ile açıklanabilir. Yani yaşlı bireyler için devlet tarafından bir güvencesinin olması yeterli görülürken, bunun SSK ya da GSS olması arasında fark bulunmamaktadır, hepsinin devlet tarafından sosyal güvencesinin olması, yaşlıların depresyon açısından risk taşımadıklarının göstergesidir denilebilir.

Çalışma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Hiç çalışmamış olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} = 14,14$), çalışıp emekli olmuş olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} = 9,52$) yüksek bulundu. Bu bulgu, geçmiş hayatına bakıp düzenli bir işte çalışma fırsatı bulamamış, sigortası olmadan mecburiyetten rastgele işlerde çalışmış olanların düzenli bir iş yaşamının olmamasını şu anda çalışıp emekli olanlara kıyasla kendini ruhsal açıdan sıkıntılı hissetmesi ile açıklanabilir.

Maddi olarak gelirin olmaması ya da yetersiz olması yaşlı kişileri olumsuz etkileyebilir (107). Gelir düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Bu sonuç bazı araştırma bulgularıyla benzerlik gösterdiği gibi (101, 111, 112), çalışma bulgularıyla ters düşen araştırmalar da söz konusudur (107). Bu durum, yaşlıların gençlikte var olan fiziksel yeterlilik ve yaşam enerjisinin fazla olduğu zamanlarda maddi gelir ihtiyaçlarının arttığı, şu anda ise yaşlılığın getirdiği kısıtlılıklar göz önüne alındığında ve yaşlı bireylerin bütün ihtiyaçlarının kurum tarafından devlet eliyle karşılanıyor olması sebebiyle gelire ihtiyaç duymamaları şeklinde açıklanabilir.

Destek kaynaklarının yetersizliği yaşlıların ruh sağlığını olumsuz etkiler (33). Yaşlıların en önemli destek kaynaklarından biri çocukları olup, sosyal uyum, refah ve huzurunun sağlanmasında çocukların desteği önem taşır (113). Hayatta olan sahip olduğu çocuk sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Üstüner Top ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmada bireylerin çocuk sahibi olma durumlarıyla depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır (107). Altay ve Avcı'nın (2009) yaptığı çalışmada da çocuk sahibi olma durumunun depresyon puanlarını etkilemediği görülmüştür (110). Yani, bireylerin çocuk sahibi olmaları ya da olmamaları depresyonu etkilememektedir denilebilir.

Yaşlı bireylerin sağlık durumunu belirleme özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.2.3.2.);

Sağlık düzeyi algısı ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Sağlık düzeyi algısı kötü olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} = 16,93$), sağlık düzeyi algısı çok iyi olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} = 9,18$) yüksek bulundu. Sağlık düzeyi algısı kötü olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} = 16,93$), sağlık düzeyi algısı iyi olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} = 11,76$) yüksek bulundu. Sağlık düzeyi kötü olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} = 16,93$), sağlık düzeyi algısı orta olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} = 12,16$) yüksek bulundu. Yani her durumda da sağlık düzeyi algısı kötü olan yaşlılar depresyon bulunma olasılığı açısından riskli durumdadır. Altıntaş ve ark. (2006) çalışmasında kendini sağlıksız hissedenlerde depresyon oranı %61,5 olarak bulunurken (54), Karakuş ve ark. (2003) çalışmasında ise bu oran %43,8 olarak bulunmuştur (111) ve bu sonuçlar çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bahar ve ark. (2005) yaptığı çalışmada, yaşlıların sağlık durumunu algılama durumu ile ortalama depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (53). Kerem ve ark. (2001) sağlığın iyi, orta ve kötü algılanmasının depresyonu etkilediğini bildirmiştir (114). Yaşlıların kendi sağlıkları hakkındaki düşüncelerinin depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğu düşünülebildiği gibi, sağlık durumunun kötü algılanması da depresyon için bir risk etkeni olabilir. Yaşlıların sağlık durumlarını kötü algılamalarında yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar etkili olabilir. Ayrıca birey sağlıklı ya da hasta olsun sağlığı algılaması paralel olmayabilir. Sağlık sorunu olan bir kişi kendini çok sağlıklı, sağlık sorunu olmayan bir kişi ise kendini sağlıksız algılayabilir. Bu durumu sağlığın algılanmasında etkili çok çeşitli faktörlere ve bunlardan biri olan ruh haline bağlamak mümkündür. Sağlığı kötü algılama ve depresif puan artışı arasındaki ilişki bu anlamda da önemli bulunmuştur (115).

Kronik hastalıkların ortaya çıkardığı depresif tablolar, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyerek hastalığın etkilerini daha da artırmaktadır (110). Toplam hastalık sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Çınar ve Kartal'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık varlığı ile depresif belirti puan ortalaması arasında bir fark bulunmamıştır (116) ve bu durum çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bingöl ve ark. (2010) yapmış olduğu

çalışmada yaşlıların çoğunluğunda bir veya daha fazla kronik hastalığın olduğu ifade edilmiş ancak kronik hastalık durumu ile GDÖ puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (115). Bahar ve ark. (2005) araştırmasında da kronik hastalık durumu ile depresyon puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız bulunduğu belirtilmiştir (53). Bu bulgu, yaşlılara huzurevinde 24 saat acil sağlık hizmetinin sunulmuş olması, hemşireler tarafından düzenli kontrollerinin yapılması, acil durumlarda hekime muayene ettirilerek kısa sürede tedavilerinin düzenlenmesi, ilaçlarını sağlık ekibinin denetiminde almaları şeklinde açıklanmıştır (9).

Yaşlı bireylerin huzurevinde kalma özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.2.3.3.);

Kurumda kalma süresi ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bahar ve ark. (2005) yaptığı çalışmada yaşlıların kurumda kalış süreleri ile depresyon arasında, istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (53). Ergene'nin (1989) çalışmasında da, kurumda kalış süresi ile depresyon arasında ilişki bulunmamıştır (53). Yapılan çalışmadan elde edilen bu bulgu, yaşlının huzurevi ortamına karşı tutumunun değişmediğini ve aile yaşamından ayrılan, bazı alışkanlıklarından vazgeçen, tanımadığı insanlarla paylaşımları olan yaşlıların bu duruma uyum sağladıkları şeklinde yorumlanabilir.

Maddi olarak güvencesi olmaması ya da yetersiz olması, ailesi ve dostları içinde sevdiği kişileri kaybetmiş olması, kendini fazlalık olarak hissetmesi, yakınlarına yük olduğunu düşünmesi, yaşlı kişileri olumsuz etkileyebilir. Bu sebepten dolayı yaşlılar uyum problemleri, umutsuzluk, kaygı gibi çeşitli psikolojik sorunlar yaşayabilir ve kendileri için düzenlenen huzurevi ya da benzeri yerleri tercih edebilirler (1). Huzurevinde yaşamayı tercih etme nedenleri arasındaki gelirin yetersiz olması, başkalarına yük olmayı düşünme, yalnız yaşamak istemesi ve daha iyi hizmet alacağını/bakılacağını düşünme durumları ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Huzurevleri desteksiz yaşamı sıkıntısız olarak sürdüremeyen, yaşlı, yalnız, kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık ve mutluluklarını sağlamak, onların fiziksel, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için kurulmuştur. Bu nedenle yaşlıların huzurevinde yaşıyor olmaktan duydukları memnuniyet fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkları açısından

önemlidir (1). Huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Huzurevinde yaşıyor olmaktan orta derecede memnun olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} =14,44$), huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} =11,25$) yüksek bulundu. Huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olmayanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} =15,56$), huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} =11,25$) yüksek bulundu. Bu bulgu, yaşlı bireylerin daha önceki hayatını, aile ortamını özlemeleri, kurum içindeki ortama uyum sağlayamamaları ile açıklanabilir.

Yaşlıları yalnızlıktan korumak için onlara yapacakları bir iş ve uğraş bulmak gerekir. Uğraş ve iş, mental bozulmayı, depresyon gibi yaşanabilecek psikolojik sorunları önler. Ama ne yazık ki büyük bir yaşlı grubu, zamanlarını bir şey yapmadan, zamanı nasıl geçireceklerini bilmeden geçirmektedir (1). Huzurevinde yaşayan yaşlıların kendilerini değersiz, güçsüz, işlevlerini yitirmiş olarak hissetmeleri sonucunda yaptığı boş zaman aktivitelerinden zevk alamaz ve mutlu olamamalarının depresyonu olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Bahar ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada boş zamanlarını aktivite ile geçiren yaşlılarda depresyon düzeyinin anlamlı derecede düştüğü sonucu bulunmuştur (53). Huzurevinde zamanını geçirme durumları arasındaki televizyon izleme ve çevredekilerle sohbet etme bulgusu ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bu çalışma bulgusu literatür ile benzerlik göstermemektedir.

Başka bir seçeneği olsa yaşamak istediği ortam ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Başka bir seçeneği olsa yaşamak istediği ortamın aile bireyleri ile birlikte yaşamak olduğunu söyleyenlerin depresyon puan ortalaması ($\bar{X} =13,26$), başka seçeneği olsa yaşamak istediği ortamın yine bu kurum olduğunu söyleyenlerin depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} =10,32$) yüksek bulundu. Yaşın ilerlemesiyle sağlık sorunlarının artması ve bu sağlık sorunlarını tedavi ettirmede ailenin ekonomik olarak yetersiz kalması, yaşlının gelin ya da damat tarafından istenmemesi, yaşlı bireyin zorunlu olarak huzurevine gönderilmesine neden olmaktadır (9). Aile içinde olumsuz tavır ve davranışlara maruz kalan yaşlının bu sebepten dolayı, başka bir seçeneği olsaydı ailesi ile birlikte tekrardan yaşama düşüncesi yaşlıyı depresyon

açısından riskli duruma sokabilir. Bu yüzden tüm imkânlarının devlet eliyle karşılandığı, kendisini rahat hissettiği, hizmetinin iyi olduğu kurumda kalma fikrini yaşlı bireylerin daha çok benimsedikleri söylenebilir.

Yaşlı bireylerin ziyaret durumları özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.2.3.4.);

Ziyaretçisi az olan yaşlıların kurumda yalnızlık duygularını fazla yaşadığı ve dolayısıyla yalnızlık duygularına eşlik eden yüksek korku ve kaygısı olabileceğini savunan görüşler vardır (1). Ziyaretçisinin olma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Karakuş ve ark. (2003) yapmış olduğu çalışmada ziyaret edilme durumu ile depresyon düzeyleri arasında fark bulunamamıştır (111). Çalışma bulgusu ile yapılan diğer araştırmadan elde edilen bulgu benzerlik göstermektedir.

Ziyarete en çok gelen bireyler ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Ziyarete en çok gelen birey çocukları olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X}=13,84$), ziyarete en çok gelen birey arkadaşları/komşuları olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X}=9,76$) yüksek bulundu. Ziyarete en çok gelen birey akrabaları olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X}=13,65$), ziyarete en çok gelen birey arkadaşları/komşuları olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X}=9,76$) yüksek bulundu. Yani yaşlıları ziyarete gelenlerin birinci kuşak akraba ve ikinci kuşak akrabalarının olmasının depresyon açısından risk oluşturduğu söylenebilir. Bu durum, yaşlıların çoğunun ailesi tarafından kabul edilmeyen ya da ailesi ile iyi ilişkiler sürdüremeyen ve hiç kimsesi olmayan yaşlılar olmasının bu sonuca neden olabileceği ile açıklanmıştır (53). Ayrıca yaşlı birey için aile veya akrabalarla görüşme durumunun karşılıklı güven ve saygının oluşmasında önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (117).

Ziyaret edilme sıklığı ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Ziyaret edilme sıklığı nadir olanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X}=14,08$), ziyaret edilme sıklığı haftada 1-2 defa olanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X}=9,72$) yüksek bulundu. Keskinoglu ve ark. (2006) yaptığı çalışmada depresif belirtiler için risk faktörünün yakınlarıyla görüşme sıklığı olduğu

belirlenmiş ve yalnızca yakınları ile seyrek görüşen yaşlılarda depresif belirti puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (118). Çalışma bulgusu ile yapılan diğer araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Elde edilen bu bulgu, yaşlı insanların sadece bayramlar ya da başka özel günlerde değil, sürekli olarak ziyaretçilerinin gelmelerini istemeleri ve beklmeleri, ziyaretçisi az olan yaşlıların yalnızlık duygularını fazla yaşadığı ile açıklanabilir. Buna bağlı olarak da düzenli ziyaretçisi gelen yaşlılara kıyasla, nadir ziyaretçisi bulunan yaşlıların depresyon açısından daha fazla risk altında bulunduğu söylenebilir.

Yaşlı bireylerin bir sorunla karşılaştığında başa çıkma yöntemine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.2.3.5.);

Literatürde dinsel inançların depresyondan koruyucu etkenler arasında sayıldığı belirtilmektedir (105). Bir sorunla karşılaştığında kullandığı başa çıkma yöntemi ile depresyon puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Bir sorunla karşılaştığında ibadet ederek başa çıkanların depresyon puan ortalaması ($\bar{X} = 14,54$), bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışanların depresyon puan ortalamasından ($\bar{X} = 11,14$) yüksek bulundu. Yukarıdaki literatür bilgisi bu çalışma bulgusunu desteklememektedir. Bu durum, yaşlıların ibadet etmeyi bir ritüel haline getirmemiş olmaları, yaşlılıkla birlikte ölüme daha fazla yaklaştıklarını düşünmenin vermiş olduğu bir mecburiyet olarak algılamaları bireyleri ibadet etmeye yönlendirmiş ama bu durum, gençliklerinden beri sürekli yaptıkları, her sorunu kendi başına çözüme yöntemine göre depresyon riskine daha fazla neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

7.3. YAŞLI BİREYLERİN “BARTHEL İNDEKSİ” İLE İLGİLİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Dünyada birçok durumda olduğu gibi, sağlık sorunlarında da bir değişim süreci yaşanmaktadır. Erken ölümlerin azalması beraberinde farklı sağlık sorunlarıyla uğraşılması gerektiği gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Bu durumla ilgili planlamaların yapılabilmesi, uygun stratejilerin belirlenebilmesi için ilk yapılması gereken sorunun boyutlarının tanımlanmasıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılına kadar gerçekleştirilmek üzere belirlediği 21 hedeften birisi de toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 yaş ve üzeri yaşlardaki bireylerin oranını en az %50 arttırmaktır. Kendi kendine yetmeyi belirleyen yöntemlerin başında da günlük yaşam aktivite durumları gelmektedir (77, 119).

Yaşlı Bireylerin Barthel İndeksi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.3.1. ve Tablo 6.3.2.1.);

Araştırmada yaşlı bireylerin günlük yaşam işlevlerini değerlendiren Barthel İndeksi puan ortalaması 69,29 olarak bulundu. Yaşlı bireylerin Barthel İndeksi'ne göre bağımlılık dağılımları incelendiğinde ise yaşlıların %15,9'unun (n=28) tam bağımlı, %16,5'inin (n=29) ileri derecede bağımlı, %34,1'inin (n=60) orta derecede bağımlı, %14,2'sinin (n=25) hafif derecede bağımlı ve %19,3'ünün de (n=34) bağımsız olarak ayrıldığı görülmektedir.

Yaşlı bireylerin bireysel özelliklerine göre Barthel İndeksi puan ortalaması incelendiğinde (Tablo 6.3.3.1.);

Yaşlılarda cinsiyet farklılığı işlevsellik üzerinde önemli bir belirleyicidir (120). Cinsiyet ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Erkeklerin Barthel İndeksi puan ortalaması ($\bar{X} = 80,50$), kadınların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($\bar{X} = 51,04$) yüksek bulundu. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren bazı çalışmalarda, GYA'daki bağımlılık durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve kadınlarda bağımlılık düzeyinin daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (121). Uçku ve Ergin (1993) de kadınlarda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (122). Şahbaz ve arkadaşının (2006) yapmış olduğu bir diğer çalışmada da, kadınların GYA'da bağımlılık yaşama durumlarının erkeklerden daha yüksek olduğu

belirlenmiştir (62). Yine İzmir, Edirne, Malatya, Framingham ve Birleşik Krallık'ta yapılan araştırmalarda temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık kadınlarda daha fazla saptanmıştır (42). Diğer araştırma bulguları ve literatür bilgisi çalışmayı desteklemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, GYA'yı yerine getirme bakımından kadınların erkeklere göre daha bağımlı durumda olduğu söylenebilir. Bu bulguda, erkeklerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kadınlara göre daha bağımsız olmaları, erkeklerin okula gitme oranlarının kadınlardan yüksek olması, alışveriş yapma ve dış ortamda gerçekleştirilen sosyal aktivitelere daha fazla katılım sağlamaları ile açıklanabilir.

Yaş ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Üstüner Top ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmada ise yaş ile bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, yaş ilerledikçe bağımlılık durumunun arttığı ifade edilmiştir (107) ve bu durum çalışma bulgusu ile ters düşmektedir.

Çalışma durumu ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Daha önce bir işte çalışmış, ayrılmış olanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($\bar{X}=80,24$), hiç çalışmamış olanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($\bar{X}=58,17$) yüksek bulunmuştur. Daha önce bir işte çalışmış, ayrılmış olanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($\bar{X}=80,24$), çalışıp emekli olmuş olanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($\bar{X}=62,90$) yüksek bulundu.

Yaşlı bireylerin sağlık durumunu belirleme özelliklerine göre Barthel İndeksi puan ortalaması incelendiğinde (Tablo 6.3.3.2.);

Sağlık düzeyi algısı ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Sağlık düzeyini çok iyi bulanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($\bar{X}=87,27$), sağlık düzeyini kötü bulanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($\bar{X}=54,50$) yüksek bulunmuştur. Bu bulguya göre, yaşlı bireyin kronik hastalığının olmaması ya da hastalığı olup yaşamındaki temel aktiviteleri yerine getirmesine engel teşkil etmemesi gibi nedenlerle sağlığını çok iyi hissetmesi durumu bireyi bağımsızlığa yaklaştırmaktadır yorumu yapılabilir.

Toplam hastalık sayısı ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Uçku ve Ergin (1993); hiçbir kronik hastalığı olmayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranının %9,1

olduğunu, bir ya da daha fazla kronik hastalığı olan yaşlılarda bu oranın %28,8'e kadar arttığını saptamıştır (62). Ulusel ve ark. (2004) yapmış olduğu bir diğer çalışmada da yaşlıların sahip olduğu süregen durum sayısının fazlalığının günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık riskini arttırdığı bulunmuştur (64). Çalışma bulgusu ile yapılan diğer araştırmalardan elde edilen bulgular benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmada sonucun böyle çıkmaması ise, araştırmaya katılan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini ciddi derecede etkileyecek hastalıklarının olmaması ya da az olması ve bunların da sorun teşkil etmemesi, kurum tarafından sürekli sağlık kontrolleri yapılan yaşlıların bu sebepten dolayı da günlük yaşam işlevleri ile hastalık arasında bir farkın olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Yaşlı bireylerin huzurevinde kalma özelliklerine göre Barthel İndeksi puan ortalaması incelendiğinde (Tablo 6.3.3.3.);

Huzurevinde yaşamayı tercih etme nedenleri arasındaki başkalarına yük olmayı düşünme durumu ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olma durumu ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Yaşlı bireylerin bir sorunla karşılaştığında başa çıkma yöntemine göre Barthel İndeksi puan ortalaması incelendiğinde (Tablo 6.3.3.4.);

Bir sorunla karşılaştığında kullandığı başa çıkma yöntemi ile Barthel İndeksi puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($\bar{X}=80,00$), bir sorunla karşılaştığında çevredekilerden yardım/destek alarak başa çıkanların Barthel İndeksi puan ortalamasından ($\bar{X}=63,41$) yüksek bulundu. Bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışanların Barthel İndeksi puan ortalaması ($\bar{X}=80,00$), bir sorunla karşılaştığında ibadet edenlerin Barthel İndeksi puan ortalamasından ($\bar{X}=56,41$) yüksek bulundu. Bu bulgu, hayatta karşılaştığı her sorun ve güçlüğü kimseden yardım almadan, her zaman kendi başına çözmeye çalışan ve çözüm üretebilen yaşlıların yaşamlarını daha bağımsız olarak sürdürebildikleri şeklinde yorumlanabilir.

7.4. YAŞLI BİREYLERİN “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” VE “BARTHEL İNDEKSİ” PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmada depresyon ile günlük yaşam işlevleri arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6.4.1.). Buna göre depresyon arttıkça günlük yaşam işlevleri azalmaktadır, depresyon ile günlük yaşam işlevleri arasında negatif yönde çift korelasyon vardır denilebilir. Bu durum, depresyon arttıkça günlük yaşam işlevleri azalmaktadır ya da tam tersi günlük yaşam işlevleri azaldıkça depresyon artmaktadır şeklinde açıklanabilir.

Bireysel yaşlanma ile bireyin fiziksel ve ruhsal işlevlerinde belirgin yetersizlikler ortaya çıkmakta ve günlük yaşam etkinlikleri sınırlanmakta ve giderek engellenmektedir (90). Depresyon da bu ruhsal işlevlerde ortaya çıkan yetersizlikten biridir. Depresyon gibi bir değişkenin varlığı, günlük yaşam işlevlerinde bağımlılık için risk etkenidir. Depresyonun yaşlılarda bağımlılık için risk etmenleri arasında olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (44, 123). Aynı zamanda bağımlılarda depresyonun daha fazla olduğu da saptanmıştır. Depresif bulgu saptanan yaşlılarda temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma durumunun anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir (42). Ayrıca yaşlı bireyde depresyon bulunma ihtimalinin yüksek olması ile, depresyonda olan bir bireydeki daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk alamama, beden hareketlerinde yavaşlama, iştahta ve kiloda değişim, çevredekilerle olan sosyal yaşamını kısıtlama ve diyalog kurmama, sürekli uyku bozukluğu, kişisel bakımı ile ilgilenmeme, cinsel istek kaybı, intihar düşünceleri gibi belirtilerin var olması, günlük yaşam işlevlerindeki çalışma ve eğlence, hareket, yeme-içme, iletişim, uyku, kişisel temizlik ve giyim, cinselliğin ifadesi ve ölüm aktiviteleri ile doğrudan ilişkilidir denilebilir. Depresyon varlığı bu aktiviteleri bağımsız yerine getirmeyi engelleyebilir. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımsız olmaması yaşlı bireyi yetersiz olduğu, artık bakımını kendisinin sağlayamadığı, başkalarına bağımlı olduğu duygularına sürükleyebilir ve bu durum da depresyon oluşumu açısından sakıncalıdır. Kısacası bu iki durum çalışmada da bulunduğu gibi birbirini karşılıklı olarak etkilemektedir denilebilir.

Yaşlı bireylerin “Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği” puan ortalamaları ile “Barthel İndeksi” bağımlılık durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde,

istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 6.4.2.). Barthel İndeksi'nde tam bağımlı olanların depresyon puan ortalamaları ($\bar{X} = 15,71$), Barthel İndeksi'nde hafif derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalamalarından ($\bar{X} = 10,40$) yüksek bulundu. Barthel İndeksi'nde ileri derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalamaları ($\bar{X} = 14,69$), Barthel İndeksi'nde hafif derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalamalarından ($\bar{X} = 10,40$) yüksek bulundu. Barthel İndeksi'nde tam bağımlı olanların depresyon puan ortalamaları ($\bar{X} = 15,71$), Barthel İndeksi'nde bağımsız olanların depresyon puan ortalamalarından ($\bar{X} = 9,76$) yüksek bulundu. Barthel İndeksi'nde ileri derecede bağımlı olanların depresyon puan ortalamaları ($\bar{X} = 14,69$), Barthel İndeksi'nde bağımsız olanların depresyon puan ortalamalarından ($\bar{X} = 9,76$) yüksek bulundu. Yani, en düşük günlük yaşam işlev puanına sahip olan iki grup (Tam bağımlı: 0-20 puan, İleri derecede bağımlı: 21-61 puan), en yüksek günlük yaşam işlev puanına sahip olan iki gruptan (Hafif derecede bağımlı: 91-99 puan, Bağımsız: 100 puan) depresyon açısından daha fazla risk taşımaktadır. Bu bulgu, bağımlı olma noktasına yaklaşan yaşlı bireyin depresyon açısından risk taşımakta olduğu ya da bağımsızlık noktasına yaklaşan yaşlı bireyin depresyon açısından riskinin azalmakta olduğu şeklinde yorumlanabilir.

8. SONUÇ

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan araştırma Darülaceze Müessesesinde kalan 176 yaşlı bireyin katılımıyla gerçekleşti. Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda;

8.1. YAŞLI BİREYLERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

"

- Yaşlıların bireysel özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların %61,9'unun erkek, %61,9'unun 65-74 yaş grubu aralığında olduğu, %40,3'ünün bekâr olduğu, %41,5'inin eğitim durumlarının ilkökul olduğu, hepsinin sosyal güvencesinin olup, %61,4'ünün de GSS'li olduğu, %46,6'sının daha önce bir işte çalışmış ayrılmış olduğu, %39,8'inin gelir düzeylerini kötü buldukları ve %68,2'sinin de çocuğunun olmadığı görüldü.
- Yaşlıların sağlık durumları incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların %35,8'inin sağlıklarını iyi olarak algıladıkları, %56,2'sinin 0-2 hastalığı olduğu ve %51,7'sinin de hipertansiyonunun olduğu saptandı.
- Yaşlıların huzurevinde kalma durumları incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların %67'sinin 3 yıl ve daha fazla zamandır kurumda bulunduğu, %65,9'unun daha iyi hizmet alacaklarını/bakılacaklarını düşündükleri için huzurevinde yaşamayı tercih ettikleri, %65,3'ünün huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olduğu, %83'ünün huzurevinde televizyon izleyerek zaman geçirdiği ve %48,9'unun da başka bir seçenekleri olsaydı aileleriyle birlikte yaşamak istedikleri görüldü.
- Yaşlıların ziyaret edilme durumları incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların %72,7'sinin ziyaretçisinin olduğu, %51,6'sının ziyaretine en çok akrabalarının geldiği ve %39,8'inin de nadiren ziyaret edildikleri saptandı.
- Yaşlıların bir sorunla başa çıkma durumu incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların %42'sinin sorunlarını kendi başına çözmeye çalıştıkları görüldü.
- Yaşlıların kendilerini en çok etkileyen yaşam olayı incelendiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların %55,1'ini bir yakınının ölümünün etkilediği saptandı.

8.2. “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” İLE İLGİLİ SONUÇLAR

”

- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamalarına bakıldığında; cinsiyeti kadın olma, daha önce hiçbir işte çalışmamış, sağlık düzeyini kötü algılayan, huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olmayan ve orta derecede memnun olan, başka bir seçeneği olsa aile bireyleri ile birlikte yaşamak isteyen, ziyaretine en çok çocukları ve akrabaları gelen, nadiren ziyaret edilen, bir sorunla karşılaştığında ibadet eden, yaşlıların depresyon puanlarının yüksek olduğu görüldü.
- Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir düzeyi, sahip olduğu çocuk sayısı, toplam hastalık sayısı, kurumda kalma süresi, gelirinin yetersiz olması, başkalarına yük olmak istememesi, yalnız yaşamak istememesi, daha iyi hizmet alacağını/bakılacağını düşünme, televizyon izleme, çevredekilerle sohbet etme ve ziyaretçisinin olma durumları ile yaşlıların depresyon puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı belirlendi.

8.3. “BARTHEL İNDEKSİ” İLE İLGİLİ SONUÇLAR

”

- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin Barthel İndeksi puan ortalamasına bakıldığında; cinsiyeti erkek olan, daha önce bir işte çalışmış, ayrılmış olan, sağlığını çok iyi algılayan, bir sorunla karşılaştığında kendi başına çözmeye çalışan yaşlıların Barthel İndeksi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin Barthel İndeksi puan ortalamasına bakıldığında; yaş, toplam hastalık sayısı, başkalarına yük olmak istememesi, huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun olma durumları ile yaşlıların Barthel İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı belirlendi.

8.4. “YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ” VE “BARTHEL İNDEKSİ” PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ SONUÇLAR

”

- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon ile günlük yaşam işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulundu.
- Yaşlı bireylerin depresyon düzeyinin günlük yaşam işlevlerini olumsuz etkilediği belirlendi.
- Yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde günlük yaşam aktiviteleri ve depresif belirtilerin mutlaka değerlendirilmesi gereklidir.

Öneriler:

- Huzurevinde çalışan hemşireler, huzurevinde yaşayan yaşlı bireyin duygularını ifade etmesine olanak sağlamalı, var olan sorunun nereden kaynaklandığını belirlemeli ve bu soruna yaşlı bireyin katılımıyla çözüm önerileri getirebilmelidir.
- Kurumdaki bireyler yaşlılık dönemi sorunları ile baş edebilmenin yolları ile ilgili becerileri kazanma konusunda bilgilendirilmeli ve ziyarete gelen yakınlarına yaşlılığı anlatma ve tanıtmaya toplantıları düzenlenmelidir.
- Yaşlıların depresif belirtilerini azaltmaya yönelik, kurumda yaşlıların boş zamanlarını değerlendirebilmeleri için geliştirilmiş farklı aktivitelere aktif katılımları sağlanmasının yanı sıra yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürmeleri desteklenmeli ya da yardım almaları sağlanmalı ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen yaşlılar için de rehabilitasyon hizmetleri artırılmalıdır. Ayrıca yaşlıların depresif belirtiler ile baş edebilmeleri için çevreleri ile etkileşimlerinin, paylaşımlarının artırılması gerekmektedir.
- Yaşlı sağlığı alanında çalışan hemşirelerin, yaşlılık döneminin önemli sorunlarından biri olan ve yaşlının günlük yaşam işlevlerini ve bunu olumsuz etkileyen depresif belirtilere yönelik terapötik iletişim becerilerini de geliştirecek hizmet içi eğitim programları, sertifika programları veya yüksek lisans eğitimi almaları önerilebilir.

9. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi aşamalarında değerli bilgi ve önerileri ile beni yönlendiren, çalışmama fikirleriyle katkıda bulunan sevgili hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi eğitim hayatım boyunca da hep destek ve güvenlerini yanımda hissettiğim çok kıymetli aileme,

Her türlü yardımlarından dolayı kurum yetkililerine ve çalışanlarına,

Sorularımı sabırla dinleyip cevaplayan değerli Darülaceze sakinlerine,

Ve adını sayamadığım, çalışmama katkıda bulunan herkese tüm kalbimle ve içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayrıca, tez çalışmamı, yaşlılığını göremeden çok erken hayata veda eden canım babama ithaf ediyorum.

"

Mahinur Betül ÇALIŞKAN

10. KAYNAKLAR

1. Özen D. Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl). İstanbul. 2008.
2. Nas Acar B. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sabire Yurtsever). Mersin. 2010.
3. Bıyıklı K. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme İle İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nursen Ö. Nahcivan). İstanbul, 2006.
4. Diker J, Etiler N, Yılmaz M, Şeref B. Altmışbeş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001, 2 (2): 79-86.
5. Uncu Y. Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (1): 31-37.
6. Günaydın R. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi – Değerlendirme ve Ölçekler. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı. İzmir, 2010, S: 105-108.
7. Konak A ve Çiğdem Y. Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005. 29 (1): 23-63.
8. Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açından Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*. 2002, 10 (2): 17-28.
9. Karadelioğlu P. Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Ölüm Kaygı Düzeyine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevim Buzlu). İstanbul. 2011.
10. Kabak Çuhadar D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi (Tez Yöneticileri: Yrd. Doç. Dr. Gülümser Sertbaş ve Prof. Dr. Hamdi Tutkun). Gaziantep. 2005.

11. Terakye G ve Güner P. Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık. *Kriz Dergisi*. 1997, 5 (2): 95-101.
12. Bilir N ve Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı. Temel Geriatri. Ed: Gökçe Kutsal Y. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
13. Gökçe Y ve Bal S. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. Erişim: <http://www.huksem.hacettepe.edu.tr>. Erişim Tarihi: 18. 11. 2013.
14. Yılmaz A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. Ed: Altındış M. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
15. Kalkan M. Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırılması ve Genel Bilgiler. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ed: Ersanlı K ve Kalkan M. Ankara, Pegem Akademi, 2008.
16. Özer Ergün U. G, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçi E, Akpınar E. Adana Huzurevi’nde Yaşayan Yaşlılar ile Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (3): 89-94.
17. Er D. Psikososyal Açından Yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 4 (11): 131-144.
18. Koç M. Yaşlılık Psikolojisi İle İlgili Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatür Üzerine Bir Çalışma. Erişim: <http://www.eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/375.pdf>. Erişim Tarihi: 02. 09. 2013.
19. Özaşkinlı S, Öztürk Ö, Eraslan D, Bora E. Yaşlılık ve Psikiyatri. İzmir, Çelikkol Yayıncılık, 2005.
20. Ergün K. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlılık. Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık. Ed: Kırdı N, Akyar İ, Doğan N, Tangören M. E. Ankara, İlksan Matbaacılık, 2009.
21. Güleç M ve Tek baş Ö. F. Sağlık Perspektifinden Yaşlılık. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*. 1997, 17 (6): 369-378.
22. Yaşlanma ve Sağlık. Erişim: http://biruni.com.tr/TR/NEWS/bul_yaslanma.asp. Erişim Tarihi: 17. 11. 2013.
23. Bahar G, Bahar A, Savaş H. A. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009. 4 (12): 85-98.

24. Karadeniz G ve Dedeli Ö. Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ed: Ersanlı K ve Kalkan M. Ankara, Pegem Akademi, 2008.
25. Aldemir M ve Adalı F. Yaşlılarda Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. Ed: Altındış M. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
26. Bahar A. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi (Tez Yöneticileri: Yrd. Doç. Dr. Gülümser Sertbaş ve Doç. Dr. Hamdi Tutkun). Gaziantep. 2005.
27. Çınar O ve Cömert B. Acil Serviste Geriatrik Hastanın Değerlendirilmesi. Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller. Ed: Işık A. T ve Eker E. İstanbul, SomKitap, 2009.
28. Görpelioğlu S. Yaşlılık ve Getirdiği Sorunlar. Adı Eylül (Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık). Ed: Gacar M. N. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2009.
29. İlgar L. Yaşlılık Dönemi Sosyal Özellikleri ve Serbest Zaman Etkinlikleri. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ed: Ersanlı K ve Kalkan M. Ankara, Pegem Akademi, 2008.
30. Barut Y. Yaşlılık Dönemi Zihinsel ve Ruhsal Özellikleri. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ed: Ersanlı K ve Kalkan M. Ankara, Pegem Akademi, 2008.
31. Koç M. Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2002, 12: 287-304.
32. Şimşek A. Huzurevi Sakinlerinde Dini Yaşayış. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hasan Kayıklık). Adana. 2006.
33. Aksüllü N ve Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004, 5 (2): 76-84.
34. Asan T. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl). İstanbul. 2007.

35. Ardahan M. Yaşlılık ve Huzurevi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 2010, 5 (20): 25-31.
36. Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 65 Yaş Üzeri Populasyonun Medikososyal Sorunlarının Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fethi Doğan). İzmir. 1992.
37. Tezcan M. Toplumsal Değişme ve Yaşlılık. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1982, 15 (2): 169-177.
38. Bilgin O. Yaşlıların Konuta İlişkin Tercihlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ev İdaresi ve Aile Ekonomisi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevim Erel). Ankara. 1989.
39. Durgun B ve Tümerdem Y. Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler. *Türk Geriatri Dergisi*. 1999, 2 (3): 115-120.
40. Şimşek Bilgin Y. Huzurevi Çalışanlarının İş doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Engin Turan). Ankara. 2007.
41. Aksüllü N. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma Doğan). Sivas. 2002.
42. Kaner G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Görülen Depresif Bulgular Üzerine Günlük Yaşam Etkinliklerindeki Bağımlılık Düzeyinin Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu). İzmir. 2009.
43. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. S. Erhan Deveci). Elazığ. 2008.
44. Yüksel N. Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Türk Geriatri Dergisi*. 1998, 1 (1): 19-23.
45. Tamam L ve Öner S. Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Demans Dergisi*. 2001, 1: 50-60.
46. Oral E. Yaşlılık ve Depresyon. II. Uluslar arası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Erzurum. 2012, S: 26.

47. Yıldırım Kaptanoğlu A. Nörolojik ve Psikiyatrik Sağlık. Yaşlı Sağlığı (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Programı) Ed: Işlak Durmuş H. İstanbul, Nakış Ofset, 2012.
48. Ülger Z, Aras S, Atlı T, Bozoğlu E, Şahin S, Varlı M. Yaşlılarda Depresyon. Yaşlı Sağlığı Modülleri (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi). Ed: Bahar Özvarış Ş ve Aslan D. Ankara, Anıl Matbaacılık, 2011.
49. Çoban A ve Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (2): 80-83.
50. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Figen Atalay). İstanbul. 2006.
51. Erden Aki Ö. Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri. Ankara, Algi Tanıtım, 2012.
52. Gözüm S ve Tan M. Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (1): 14-21.
53. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005, 6: 227-239.
54. Altıntaş H, Attila S, Sevcen F, Akçalar S, Sevim Y, Solak Ö. S, Şahin E. K, Velagiç Z. Ankara'da Bir Yaşlı Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2006, 5 (5): 332-342.
55. Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer Mürüvvet. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008, "17 (3): 168-174.
56. Karataş S. Yaşlılıkta Yaşam Doymu ve Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*. 1990, 8: 105-114.
57. Demet M. M, Taşkın E. O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002, 13 (4): 290-299.

58. Erdal S. Ovacık Mahallesiinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları İle Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8 (1): 17-21.
59. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8 (2): 78-83.
60. Boulton C. Comprehensive Geriatric Assessment. The Merck Manual of Geriatrics. Ed: M Beers and R Berkow. Merck & Co. Inc. 2000.
61. Kayıhan H, Uyanık M, Armutlu K, Soyver F, Düger T, Bumin G. Multiple Sklerozlu Hastalarda Dört Günlük Yaşam Aktivitesi Testinin Karşılaştırılması. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2002, 11 (1): 8-14.
62. Şahbaz M ve Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006, 9 (2): 85-93.
63. Fleming K.C, Evans J. M, Weber D.C, Chutkan D.S. Practical Functional Assessment of Older Persons: A Primary Care Approach. *Mayo Clinic Proceedings*. 1995, 70 (9): 890-910.
64. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7 (4): 199-205.
65. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir, Etki Yayınları, 2009.
66. Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
67. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, Alaş Ofset Matbaası, 1999.
68. Şevik Erdöl H. Uyku. Hemşirelik Esasları. Ed: Atabek Aştı T ve Karadağ A. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.
69. Kanan N. Bugünkü Sağlık Sisteminde Hemşirenin Sağlık Ekibi İçindeki Rolü. *Hemşirelik Bülteni*. 1989, 3 (13).
70. Akdemir N ve Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. *Akademik Geriatrik Dergisi*. 2009, 1: 73-81.
71. Tabloski P. A. Gerontological Nursing. Second Edition. Pearson Education, New Jersey, 2010.

72. Erdil F. Yaşlılara Yönelik Hemşirelik Hizmetleri. Temel Geriatri. Ed: Gökçe Kutsal Y. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
73. Erdil F. Yaşlının Evde Bakımı. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. *Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yayınları*. 2004, S: 79-84.
74. Bilir N. Yaşlanan Toplum. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. *Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yayınları*. 2004, S: 1-9.
75. Akın B ve Emiroğlu O. N. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (2): 59-67.
76. Salant P and Dillman D. A. How to Conduct Your Own Survey. John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994.
77. Aydın Bektaş H ve Şahin H. Dahiliye Kliniklerinde Yatarak Tedavi Gören Geraitrik Hastaların Günlük Yaşam Aktivite Durumları ve Depresyon Düzeyleri. *Akademik Geriatri Dergisi*. 2010, 2: 155-161.
78. Sağduyu A. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği İle Karşılaştırmalı Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997, 8 (1): 3-8.
79. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000, 3 (4): 133-140.
80. Ertan T. Geriatrik Depresyon Ölçeği İle Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği'nin 60 Yaş Üzeri Türk Popülasyonunda Geçerlilik-Güvenilirlik İncelemesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Engin Eker). İstanbul. 1996.
81. Aydemir Ö ve Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2009.
82. Altın Ö, Gelecek N, Akdal G, Kutluk K. The Effect of Unilateral Visual Neglect on Mobility Status and Quality of Life in Stroke Patients. *Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2006, 23 (4): 264-271.
83. Eskiurt N ve Karan A. Geriatrik Rehabilitasyon ve Yaşlılarda Egzersiz. *Klinik Gelişim, Geriatrik Hasta ve Sorunları Özel Sayısı*. 2004, 17 (2): 49-54.
84. Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y. İnme Sonrası Demans: Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008, 19 (1): 46-56.

85. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara, Asil Yayın Dağıtım, 2006.
86. 28.12.2011 Tarih, 28156 Sayı ile Resmi Gazete’de Yayımlanan Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.20112512&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=213>. Erişim Tarihi: 09.01.2014.
87. Özer Ergün U. G, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçi E, Akpınar E. Adana Huzurevi’nde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniği’ne Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (3): 89-94.
88. Kişioğlu A. N, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta’da Huzurevlerinde Kalanların Sosyo-Ekonomik ve Sağlık Durumları İle Huzurevlerinin İmkânları Hakkında Düşünceleri. 7. Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Eskişehir, 2001.
89. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000, 3 (4): 141-145.
90. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Huzurevi’nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2002, 5 (4): 144-149.
91. Çohaz A. Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. Akademik Geriatri Kongresi. Gazimağusa, KKTC, 2010.
92. Lüleci E ve Mandracıoğlu A. Manisa’da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. 7. Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Eskişehir, 2001.
93. Bostancı M ve Yılmaz B. Denizli Huzurevi Sürekli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezindeki Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Sorunları. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. Diyarbakır, 2002.
94. Işıklı B, Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C. Bir Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Durum. 7. Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Eskişehir, 2001.

95. Darülaceze Başkanlığı'na Sakin Kabul Şartları. Erişim: <http://www.darulaceze.gov.tr/kabul-islemleri> . Erişim Tarihi: 10. 12. 2013.
96. Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002, 28 (3): 65-69.
97. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda İlaç Tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000, 3 (2): 56-60.
98. Bölükbaş N ve Arslan H. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam Dergisi*. 2003, 16 (4): 235-239.
99. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004, 7 (1).
100. Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7 (3): 148-151.
101. Maral I, Aslan S, İlhan M. N, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin M. A. Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001, 12 (4): 251-259.
102. Bagley H, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Sutcliffe C, Challis D, Huxley P. Recognition of Depression by Staff in Nursing and Residential Homes. *Journal Clinical Nursing*. 2000, 9 (3): 445-450.
103. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar I. Depression in an Elderly Population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*. 1991, 84: 174-178.
104. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünal P. Bir Huzurevinde Depresyon Taraması Sonuçları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006, 9 (3): 122-125.
105. Ünal S ve Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000, 1 (1): 41-45.
106. Tarsuslu Şimşek T, Tütün Yümin E, Öztürk A, Yümin M. Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2010, 24 (3): 147-153.
107. Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010, 13: 14-22.

108. Demir G, Ünsal A, Gürol Arslan G, Çoban A. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013, 2 (1): 1-12.
109. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel F. S, Tekin N. Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8 (3): 129-133.
110. Altay B ve Aydın Avcı İ. Samsun Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bazı Özellikleri İle Depresyon Riski Arasındaki İlişki. *Türk Geriatri Dergisi*. 2009, 12 (3): 147-155.
111. Karakuş A, Süzek H, Atay M. E. Muğla Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Güz*. 2003, 11: 39-51.
112. Şahin M ve Yalçın M. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Sıklıklarının Karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (1): 10-13.
113. Güngör Ergan N. Yaşlılıkta Sosyal Uyum. Erişim: www.yaslilikrehberi.org/media/13356/497_yaslilikta_sosyal_uyum.doc Erişim Tarihi: 13. 12. 2013.
114. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2001, 4 (3): 106-112.
115. Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaç E. G. Bazı Değişkenler Açısından 65 Yaş Üstü Bireylerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2010, 25 (4): 169-176.
116. Çınar İ. Ö ve Kartal A. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler İle İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008, 7 (5): 399-404.
117. Özer M ve Karabulut Ö. Ö. Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6 (2): 72-74.
118. Keskinoglu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Risk Etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006, 16 (1): 21-26.
119. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık 21: Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara, Barok Matbaacılık, 2001.
120. Kavlak Y ve Demirtaş R. N. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Bilişsel Durumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Sakarya Üniversitesi Sakarya Tıp Dergisi*. 2012, 2 (1): 30-36.

- 121.** Erkal S. Kırıkkale Ovacık Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları İle Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8 (1): 17-21.
- 122.** Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve Kurumda Yaşayan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Yalnızlık Yaşama Durumu. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006, 9 (1): 34-40.
- 123.** Hacıhasanoğlu R ve Yıldırım A. Erzincan Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*. 2009, 12 (1): 25-30.



EKLER
EK-1



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/211
KONU: Anket hk.

TARİH :06/08/2013

T.C. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
DARÜLACEZE BAŞKANLIĞI'NA,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mahinur Betül ÇALIŞKAN'ın, Yard. Doç. Dr. Özlem İŞİL'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili kurumunuzda anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK-2



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Darülaceze Başkanlığı



Sayı : 52568945-020-96
Konu : Anket hk.

19.08.2013

BAŞKANLIK MAKAMINA

İlgili : 06/08/2013 tarih ve 50400462/211 sayılı yazı

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Vildan KARPUZ Öğrencisi Mahinur Betül ÇALIŞKAN için Yard. Doç. Dr. Özlem İŞİL in tez danışmanlığını yürüttüğü "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili kurumumuzda anket çalışması yapmak için müsaade istemektedir.

İlgilinin talebi incelenmiş olup çalışmanın bir nüshasının kurumumuza verilmek şartıyla uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Makamınızca da uygun görülmesi halinde onayınıza arz ederim.

Ufuk YURTSERER
Başhekim

OLUR

19.8.2013

Nevzat BAYHAN
Darülaceze Başkanı

EK-3

**Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesine
Yönelik Anket**

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, “Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesi” 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 (X) işareti ile belirtiniz.

Ayırdığınız zaman ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL

Mahinur Betül ÇALIŞKAN
İstanbul Bilim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

BİLGİ FORMU

Kurum:

Kurumda Kalma Süresi:

Sıra No:

Görüşme Tarihi: ... / ... / 2013

1. Cinsiyet

a. Kadın ()

b. Erkek ()

2. Yaş:

a. 65-74 (Genç Yaşlılık) ()

b. 75-84 (İleri Yaşlılık) ()

c. 85 ve üzeri (Çok İleri Yaşlılık) ()

3. Medeni durumunuz nedir?

a. Evli ()

b. Bekâr ()

c. Eşi ölmüş ()

d. Boşanmış / Ayrı yaşıyor ()

e. Diğer () (belirtiniz)

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

a. Okur-yazar değil ()

b. Okur-yazar ()

c. İlkokul ()

d. Ortaokul ()

e. Lise ()

f. Lisans ve üstü ()

5. Sosyal güvence

- a. Var ()
- b. Yok ()

6. Çalışma durumunuz nedir?

- a. Hiç çalışmamış ()
- b. Daha önce çalışmış, ayrılmış ()
- c. Çalışıp emekli olmuş ()

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. İyi ()
- b. Orta ()
- c. Kötü ()

8. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

- a. Mükemmel ()
- b. Çok iyi ()
- c. İyi ()
- d. Orta ()
- e. Kötü ()

9. Belirlenmiş / tanı konmuş ve halen devam eden herhangi bir sorunuz / hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Yok ()
- b. Hipertansiyon ()
- c. Diyabetes Mellitus ()
- d. Kardiyovasküler Hastalıklar ()
- e. Artrit ()
- f. Serebrovasküler Hastalıklar ()
- g. Görme Yetersizliği ()
- h. İşitme Yetersizliği ()
- i. Uyku Sorunu ()
- j. KOAH ()
- k. Üriner İnkontinans ()
- l. Alzeimer / Demans ()
- m. Diğer (belirtiniz)

10. Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebiniz nedir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Huzurevinde yaşamak benim tercihim değildi ()
- b. Gelirim yetersiz olduğu için ()
- c. Başkalarına yük olmamak için ()
- d. Yalnız yaşamak istemediğim için ()
- e. Daha iyi hizmet alacağımı / bakılacağımı düşündüğüm için ()
- f. Çocuklarım istediği için ()
- g. Yaşlılarımla bir arada olmak için ()
- h. Diğer () (belirtiniz)

11. Huzurevinde yaşıyor olmaktan memnun musunuz?

- a. Memnunum ()
- b. Orta derecede memnunum ()
- c. Memnun değilim ()

12. Halen hayatta olan kaç çocuđunuz var?

.....

13. Ziyaretinize gelen oluyor mu?

a. Evet

b. Hayır

14. En çok kimler ziyaretinize gelir?

a. Eşim ()

b. Çocuklarım ()

c. Akrabalarım ()

d. Torunlarım ()

e. Arkadaşlarım / Komşularım ()

f. Diğer () (belirtiniz)

15. Ziyaretçiniz geliyor ise, ziyaret edilme sıklığınız nedir?

a. Her gün ()

b. Haftada 1 - 2 defa ()

c. Ayda birkaç kez ()

d. Ayda 1 defa ()

e. Nadiren ()

16. Huzurevinde zamanınızı nasıl geçirirsiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a. Televizyon izlerim ()

b. Radyo dinlerim ()

c. Çevredekilerle sohbet ederim ()

d. Gazete, kitap, dergi vb. okurum ()

e. El becerisi gerektiren işlerle (resim, takı, el işi v.b.) uğraşırım ()

f. Diğer () (belirtiniz)

17. Bir sorunla karşılaştığınızda nasıl başa çıkarsınız?

- a. Sorunu görmezlikten gelirim ()
- b. Kendi başıma çözmeye çalışırım ()
- c. Çevredekilerden yardım / destek alırım ()
- d. İbadet ederim ()
- e. Diğer () (belirtiniz)

18. Aşağıdaki yaşam olaylarından sizi en çok etkileyenleri önem sırasına göre yanındaki boşluklara () 1'den 9'a kadar numaralandırarak işaretleyiniz.

- a. Bir yakınının ölümü ()
- b. Fiziksel rahatsızlık / Hastalık ()
- c. Emeklilik ()
- d. Aileden ayrı olma ()
- e. Huzurevine taşınma ()
- f. Boşanma ()
- g. Başkalarına bağımlı olma ()
- h. Ekonomik sıkıntılar ()
- i. Sosyal desteklerin yetersiz olması ()

19. Başka bir seçeneğiniz olsaydı nasıl bir ortamda yaşamak isterdiniz?

- a. Yine bu kurumda ()
- b. Aile bireyleri ile birlikte ()
- c. Kendi evimde yalnız ()
- d. Diğer () (belirtiniz)

EK-4

Kurum: Sıra No: Görüşme Tarihi: .../.../2013

YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Buna göre aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.

1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

2. Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

3. Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

4. Sıklıkla canınız sıkkın mıdır?

1. Evet ()

2. Hayır ()

5. Gelecekte ümitli misiniz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

6. Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

7. Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?

1. Evet ()

2. Hayır ()

8. Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

9. Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

10. Sıklıkla çaresiz hisseder misiniz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

11. Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olur musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

12. Dışarı çıkıp değişik şeyler yaptıktan sonra, evde kalmayı mı tercih edersiniz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

13. Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

14. Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

15. Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?

1. Evet ()

2. Hayır ()

16. Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

17. Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

18. Geçmişini düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

19. Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

20. Yeni bir şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

21. Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?

1. Evet ()

2. Hayır ()

22. Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

23. Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

24. Küçük şeyler sık sık canınızı sıkar mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

25. Sıklıkla ağlamaklı olur musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

26. Dikkatinizi toplamada güçlüğünüz var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

27. Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

28. Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

29. Kolayca karar verebiliyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

30. Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

Toplam Puan:

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Choose the best answer for how you felt over the past week.

No	Qestion	Answer	Score
1.	Are you basically satisfied with your life?	YES / NO	
2.	Have you dropped many of your activities and interests?	YES / NO	
3.	Do you feel that your life is empty?	YES / NO	
4.	Do you often get bored?	YES / NO	
5.	Are you hopeful about the future?	YES / NO	
6.	Are you bothered by thoughts you can t get out of your head?	YES / NO	
7.	Are you in good spirits most of the time?	YES / NO	
8.	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	YES / NO	
9.	Do you feel happy most of the time?	YES / NO	
10.	Do you often feel helpless?	YES / NO	
11.	Do you often get restless and fidgety?	YES / NO	
12.	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	YES / NO	
13.	Do you frequently worry about the future?	YES / NO	
14.	Do you feel you have more problems with memory than most?	YES / NO	
15.	Do you think it is wonderful to be alive now?	YES / NO	
16.	Do you often feel downhearted and blue?	YES / NO	
17.	Do you feel pretty worthless the way you are now?	YES / NO	
18.	Do you worry a lot about the past?	YES / NO	
19.	Do you find life very exciting?	YES / NO	
20.	Is it hard for you to get started on new projects?	YES / NO	
21.	Do you feel full of energy?	YES / NO	
22.	Do you feel that your situation is hopeless?	YES / NO	
23.	Do you think that most people are better off than you are?	YES / NO	
24.	Do you frequently get upset over little things?	YES / NO	
25.	Do you frequently feel like crying?	YES / NO	
26.	Do you have trouble concentrating?	YES / NO	
27.	Do you enjoy getting up in the morning?	YES / NO	
28.	Do you prefer to avoid social gatherings?	YES / NO	
29.	Is it easy for you to make decisions?	YES / NO	
30.	Is your mind as clear as it used to be?	YES / NO	

Total: _____

EK-5

Kurum: Sıra No: Görüşme Tarihi: .../.../2013

BARTHEL İNDEKSİ

Beslenme

- 0 Kendi başına yemek yiyemez. (Tam bağımlı)
5 Kendisi yer, ancak et kesme, yağ sürme gibi işlerde yardıma ihtiyaç duyar.
10 Tam bağımsız.

Transfer (yataktan sandalyeye ve tekrar sandalyeden yatağa)

- 0 Tam bağımlı.
5 Tek başına yatakta oturur pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.
10 Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.
15 Tam bağımsız

Bakım

- 0 Kişisel bakım için yardıma gereksinim duyar.
5 Bağımsız (elini yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir...)

Tuvalet kullanımı

- 0 Bağımlı
5 Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak vb. için bir miktar yardım gerekir.
10 Bağımsız (tuvalete ulaşma, oturup kalkma, soyunma, temizlenme ve giyinme)

Banyo

- 0 Bağımlı
5 Bağımsız (Yardımsız duş alabilir, küvette yıkanabilir, keselenebilir.)
-

Hareketlilik (Düzgün yüzeyde yürüme)

0 Hareketsiz

5 Tekerlekli sandalye ile bağımsız

10 Aşağıdakileri yapabilmek için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar, en az 45 metre yardımla yürüyebilir.

15 Yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Baston, değnek, breys gibi araçları yardımsız kullanabilir.

Merdiven İnip Çıkma

0 İnip Çıkamaz

5 Yardıma veya gözetime gereksinim duyar.

10 Bağımsız (Araç yardımı alabilir. Baston, koltuk değneği gibi...)

Giyinip Soyunma

0 Bağımlı

5 Yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmelidir. Sütyen takıp çıkarma puanlamaya dâhil edilmez.

10 Bağımsız. (Yardımsız giyinip soyunabilir; düğme, fermuar bağlayabilir.)

Bağırsakların Kontrolü

0 Dışkı kaçıрма, tutamama

5 Ara sıra dışkı kaçıрма; suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma gereksinim duyar.

10 Anal kontrol normaldir. Gerekirse suppozituar kullanabilir veya lavman yapabilir.

Mesane Kontrolü

0 İdrarını tutamama, kontrol edememe

5 Ara sıra idrar kaçıрма (tuvalete yetişemez, sürgüyü bekleyemez)

10 Gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilir. Normal idrar yapabilir. Kateteri olan kişiler, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli ve takıp çıkarabilmelidirler.

Toplam Puan:

**THE
BARTHEL
INDEX**

Patient Name: _____

Rater Name: _____

Date: _____

Activity	Score
FEEDING	
0 = unable	
5 = needs help cutting, spreading butter, etc., or requires modified diet	
10 = independent	_____
BATHING	
0 = dependent	
5 = independent (or in shower)	_____
GROOMING	
0 = needs to help with personal care	
5 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)	_____
DRESSING	
0 = dependent	
5 = needs help but can do about half unaided	
10 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)	_____
BOWELS	
0 = incontinent (or needs to be given enemas)	
5 = occasional accident	
10 = continent	_____

BLADDER

0 = incontinent, or catheterized and unable to manage alone

5 = occasional accident

10 = continent

TOILET USE

0 = dependent

5 = needs some help, but can do something alone

10 = independent (on and off, dressing, wiping)

TRANSFERS (BED TO CHAIR AND BACK)

0 = unable, no sitting balance

5 = major help (one or two people, physical), can sit

10 = minor help (verbal or physical)

15 = independent

MOBILITY (ON LEVEL SURFACES)

0 = immobile or < 50 yards

5 = wheelchair independent, including corners, > 50 yards

10 = walks with help of one person (verbal or physical) > 50 yards

15 = independent (but may use any aid; for example, stick) > 50 yards

STAIRS

0 = unable

5 = needs help (verbal, physical, carrying aid)

10 = independent

TOTAL (0–100): _____

Ek-6

"*Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesi*" başlıklı Yüksek Lisans tezinin istatistik veri analizi SPSS 21 lisanslı yazılımı yardımıyla araştırmacı Mahinur Betül ÇALIŞKAN ile birlikte analiz edilmiştir.

SPSS Türkiye Temsilciliği:

AIMS – ANALİTİK BİLGİ YÖNETİMİ ÇÖZÜMLERİ - www.aims.com.tr

SPSS Lisans Sahibi:

Bilgi Eğitim Danışmanlık

Fatih SONTAY

Osmanağa Mah. Söğütlüçeşme Cad. No: 56 Altın Çarşı D: 72 Kadıköy – İstanbul

Tel : 0216 5504560

: 0533 4210028

BİLGİ EĞİTİM DANIŞMANLIK
Fatih SONTAY
Osmanağa Mah. Söğütlüçeşme Cad.
Altın Çarşı No: 56 D: 72 Kadıköy - İST
Tel: 0216 550 45 60
Kadıköy - İstanbul : 774 010 0283