

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LEFKOĞA MERKEZDE YAĞAYAN YAĞLILARIN GÜNLÜK
YAĞAM AKTİVİTELERİNİ SÜRDÜRME VE DEPRESYON
YAĞAMA DURUMLARI

Nermin SUCUOĞLU

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOĞA
2012

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LEFKOĞA MERKEZDE YAĞAYAN YAĞLILARIN GÜNLÜK
YAĞAM AKTİVİTELERİNİ SÜRDÜRME VE DEPRESYON
YAĞAMA DURUMLARI

Nermin SUCUOĞLU

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ

LEFKOĞA

2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Yrd. Doç. Dr. Ümran DAL

Yakın Doğu Üniversitesi

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye : Dr. İmatullah AKYAR

Hacettepe Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve enstitü yönetim kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kurumlara teşekkür eder.

Tez çalışmamızın oluşumundan tamamlanmasına kadar geçen süreçte, değerli fikirleri ve bilimsel desteğiyle tezimin tamamlanması için yoğun destek veren tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ'a,

Soru formunun kapsam geçerliliği için Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU ve Yrd. Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR'e,

İstatistiksel Değerlendirmede danışmanlığını aldığım Sayın Prof. Dr. Reha ALPAR'a,

Değerli zamanlarını ayırarak tezimin jürisine katılan ve tezi geliştirici fikir ve öneriler getiren Sayın Yrd. Doç. Dr. Ümran DAL ve Dr. İmatullah AKYAR'a,

Samimiyetleri ile örnek aldığım ve yakın ilgileriyle her konuda güç aldığım Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülcem SALA RAZI ve Yrd. Doç. Dr. Berna ARİFOĞLU'na,

Araştırmaya katılan tüm yaşlılara, anket uygulamasında bana destek olan Lefkoşa Türk Belediyesi Yaşlılara hizmet birimi sorumlularına ve diğer çalışanlara,

Tez çalışmalarım süresince daima yanımda olduklarını hissettiren arkadaşlarıma,

Sonsuz sevgi ve anlayışla destek olan eşime ve aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

SUCUOĞLU, N. Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa 2012.

Yaşlanma geri dönüşü olmayan biyolojik, sosyal ve psikolojik değişimleri ifade eder. Bu değişimlerin yaşandığı yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan ruhsal hastalık depresyondur. Depresyon tedavi edilmediği zaman yaşlı bireylerde öz kısıma kadar giden çok ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Ayrıca depresyonun günlük yaşam aktiviteleri üzerinde de olumsuz etkileri olduğu gibi günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun da depresyon için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Depresyon belirtilerinin ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumlarının belirlenmesi, yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sorunların ortaya konulabilmesi adına yararlı olacaktır. Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2006 yılı nüfus sayımına göre Lefkoşa merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri 1620 erkek ve 2140 kadın yaşlı birey, örneklemini ise evrendeki 23 mahalleden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 149 erkek ve 200 kadın oluşturmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından gerekli literatür taranarak hazırlanmış soru formu ve Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçekleri, Geriatrik Depresyon Ölçekleri (GDÖ) ve Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (DSMMT) aracılığıyla ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Soru formunda yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri, sağlık durumları özelliklerine yönelik sorular bulunmaktadır. Veri toplama formları 7 Temmuz 2011-1 Eylül 2011 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırma konusu ve oluşturulan soru formu Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından değerlendirilip, etik olarak uygun bulunmuştur. Araştırmanın uygulanabilmesi için KKTC İçişleri ve Yerel Yönetimler Bakanlığı Lefkoşa Kaymakamlığından gerekli yasal yazılı izin ve LTB Yaşlılara Hizmet Birimi sorumlularından ekiplerinin gerçekleştirdiği ev ziyaretlerine katılabilmek için sözel olarak izin alınmıştır. Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 18,0 programında yüzdeler hesabı, t-testi ve ANOVA testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilere göre; yaşlıların MBGYA ölçeği sonuçlarına göre, %3.7'sinin tam, %5.4'ünün ileri derecede ve %28.4'ünün ise orta derecede bağımlı olduğu belirlenmiştir. EGYA ölçeği sonucunda %2'sinin bağımlı, %18.9'unun yarı bağımlı, %79.1'inin ise bağımsız olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda yaşlı bireylerde depresyon belirtileri görülme yaygınlığı %30.9'dur. 75 yaş ve üzeri, bekâr, okuryazar olmayan, gelirini kötü olarak algılayan, en az bir kronik hastalığa sahip olan, ilaç kullanan, olması, duyu kaybın olan, sağlığını kötü olarak algılayanların MBGYAÖ, EGYAÖ ve GDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Birlikte yaşadığı kişi varlığı durumu EGYAÖ ve GDÖ puan ortalamaları ile aralarında anlamlı ilişki bulunmasına ($p<0.05$) rağmen MBGYA ölçek puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların erkeklere göre MBGYAÖ ve GDÖ puan ortalamaları ile aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da ($p<0.05$), EGYÖ puan ortalaması ile arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yaşlı bireylerin sağlık değerlendirmelerinin yapılması ve profesyonel bakım gereksinimi olan yaşlılar için hizmetlerin geliştirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, depresyon.

ABSTRACT

SUCUOĞLU, N. Maintaining Activities of Daily Living and the State of Experiencing Depression of Elderly Living in the Centre of Nicosia, Near East University Institute of Health Science Nursing Programme, Master's Thesis, Nicosia 2012.

Aging means irremediable biological, social and psychological changes. During the aging period that those changes are experienced, depression is one of the most frequently encountered mental illnesses. Suicide can be the result of untreated depression in the elderly people. Depression has negative effects on the activities of daily living. It is also well known that the state of dependency in daily life activities is one of the risk factors for depression. Identifying the symptoms of depression and the state of maintaining activities of daily living would be quite beneficial in order to protect as well as promote the health of elderly. The study is descriptive in nature and aims to identify the state of maintaining activities of daily living and the state of experiencing depression of elderly people over 65 living in the centre of Turkish Republic of Northern Cyprus. The universe of the study was formed by 1620 males and 2140 females, according to 2006 census, over 65 living in the centre of Nicosia. The sample group, on the other hand, was formed by 149 males and 200 females who were chosen by the stratified sampling method from 23 districts in the universe. The data was collected through structured questionnaires designed by the researcher and through Modified Barthel Index of Activities of Daily Living Score, Instrumental Activities of Daily Living, Geriatric Depression Scale and Standardized Mini-Mental State Examination after doing a careful literature review. The questionnaires were filled through face to face interviews. The questionnaire included questions identifying features as well as health status of elderly participants. The data gathering was undertaken by the researcher between the dates of 7 July 2011 and 1 September 2011. The research topic along with the questionnaire were evaluated and found ethically appropriate by the Scientific Ethics Research Committee of the Near East University. In order to carry out the current study, the written legal permission was obtained from the TRNC Ministry of Interior and Local Administration. The verbal permission, on the other hand, was obtained from the Elderly Services Unit of the Nicosia Turkish Municipality for making visits to the elderly at their houses. The data were analysed by Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows 18, 0). In the analysis, percentage calculation, t test and ANOVA methods were used. According to the results obtained from the Modified Barthel Index of Activities of Daily Living Score in the study, it is found that elderly people were 3.7% full, 5.4% high level and 28.4% mid level dependent. It is also found that 2% was dependent, 18.9% was half-dependent and 79.1% was independent according to the Instrumental Activities of Daily Living score results. In the study, the prevalence of symptoms of depression seen in elderly is 30.9%. It is found that there is a meaningful correlation ($p < 0.05$) among the means of Modified Barthel Index of Activities of Daily Living Score, Instrumental Activities of Daily Living, Geriatric Depression Scale of those who are over 75, single, illiterate, perceive their incomes low, have at least one chronic illness, use drugs, have loss of sense, have bad health perception. Although there is a meaningful correlation ($p < 0.05$) between the state of living with someone and Instrumental Activities of Daily Living and Geriatric Depression Scale point averages, there is statistically insignificant ($p > 0.05$) correlation with Modified Barthel Index of Activities of Daily Living Score. The correlation between females' Modified Barthel Index of Activities of Daily Living Score and Geriatric Depression Scale point averages comparing to males' is statistically significant ($p < 0.05$) though the correlation between the Instrumental Activities of Daily Living and Geriatric Depression point average is found meaningless ($p > 0.05$). It is recommended to have elderly health assessment done regularly and to promote and better develop the services for the elderly who need professional care.

Key Words: Elderly, activities of daily living, instrumental activities of daily living, depression.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlanma	5
2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	5
2.3. Yaşlı Nüfus	7
2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Değişiklikler	9
2.5. Yaşlılarda Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri	13
2.6. Depresyon Tanımı	14
2.7. Yaşlılarda Depresyon	18
2.8. Yaşlı Bireyin Bakımında Hemşirenin Rolü	22
2.9. Geriatrik Değerlendirmede Hemşirelik Yaklaşımı	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	30
3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	33
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	34
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	34

İÇİNDEKİLER (DEVAM)

	Sayfa
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.7. Araştırmanın Değerlendirilmesi	35
4. BULGULAR	36
4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulgular	37
4.2. Yaşlıların Modifiye Barthel, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımlarına Yönelik Bulgular	41
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	60
7. ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	65
EKLER	90
EK 1: SORU FORMU	
EK 2: ONAM FORMU	
EK 3: İZİN FORMU	
EK 4: ETİK KURUL FORMU	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü - (World Health Organization)
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ECHP	European Community Household Panel Survey
GDÖ- 15	Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
MBGYAÖ	Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
EGYAÖ	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
D- SMMT Eğitimsiz	Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test
D- SMMT Eğitimli	Eğitilmişler İçin Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
ICD-10	Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 3.3.1. Örnekleme Alınan Erkek ve Kadın Yaşlı Sayısı Dağılımı	28
Tablo 3.3.2. Mahalle ve Yaş Gruplarına Göre Örneklem Kapsamına Alınacak Kadın ve Erkek Yaşlı Sayılarının Dağılımı	29
Tablo 4.1.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.1.2. Yaşlıların Sağlık Durumları İle İlgili Özelliklerin Dağılımı	39
Tablo 4.2.1. Yaşlıların Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA) Ölçeği Puanlarının Dağılımı	41
Tablo 4.2.2. Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı	41
Tablo 4.2.3. Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinde Yer Alan Aktiviteleri Bağımsız Yapabilme Düzeyleri Dağılımı	42
Tablo 4.2.4. Yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	42
Tablo 4.2.5. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA) Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 4.2.6. Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA) Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı	44
Tablo 4.2.7. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı	45
Tablo 4.2.8. Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı	46
Tablo 4.2.9. Yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	47
Tablo 4.2.10. Yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Puan Ortalamalarının Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı	50

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlanma, kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreç olarak organizmanın yaşamı boyunca karşılaştığı biyo-psiko-sosyal değişim ve gelişimleri ifade eder. Yaşlanma biyolojik olarak döllemeyle başlar, ölüm ile sona erer ve bireyin kronolojik yaşının ilerlemesiyle birlikte çeşitli sorunları da beraberinde getirir (Arioğul, 2006; Büken ve Büken, 2003; Danış, 2004; Akdemir ve Birol, 2004; Şelimen ve ark. 2010).

Dünya üzerindeki toplam nüfusun %10'u 65 yaş ve üzeri nüfusu oluştururken, 2025'de bu oran %10.4'e, 2050'de ise %16 ve üzerine çıkması beklenmektedir (United Nations Population Division, 2011). Türkiye'de ise 2010 yılında 65 yaş ve üzeri yaşlı birey nüfusun %6'sını oluştururken, 2025'de %9'unu, 2050 yılına gelindiğinde ise bu rakamın artarak %19'unu oluşturacağı tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2009). KKTC'de ise 2006 Devlet İstatistik Yıllığına (2007) göre, toplam nüfusun %9.9'unu 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Yaşlıların toplam nüfus içindeki durumu göz önüne alındığında, KKTC nüfusu yaşlı bir toplum olarak değerlendirilebilir.

Dünya'da artan yaşlı nüfusa bağlı olarak bu yaş grubunda kronik hastalıklarda da artış görülmektedir (Eker, 2009; Dikmenoğlu, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünyada yaşlı nüfusu en çok etkileyen kronik hastalıklar; koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme, diyabetes mellitus, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, artrit ve osteoporoz gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi bilişsel ve ruhsal sağlık sorunlarıdır (WHO, 2008).

Yaşın ilerlemesi ve kronik hastalıklar, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımlılık durumunu artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Finlansoy, Mallinson ve Barbosa 2005; Wada ve ark. 2004; Kondo ve ark. 2008; Jiang ve ark. 2004; Shin ve ark. 2009; Murata ve ark. 2008; Morinho, 2010; Kim ve ark. 2009). Avrupa topluluğu içinde 65 yaş üstü insanların %21'inde GYA ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini (EGYA)

sürdürmede bağımlılık yaşandığı bu rakamın 75 yaş ve üzerine gelindiğinde %29'a kadar yükseldiği saptanmıştır (J.Calenti ve ark. 2010). GYA ve EGYA' deki bağımlılık durumu tedavi edilir bir durum olmasa da bağımlılık durumunun ilerlemesi hafifletilebilir ve yaşam üzerindeki olumsuz etkileri azaltılabilir (Trail Ross, 2007). Ayrıca yaşlı bireylerde GYA'inde bağımlı olmanın ruhsal hastalıklar dan olan depresyona zemin hazırladığı bildirilmektedir (Finlayson, Mallinson ve Barbosa, 2005).

Yaşlı bireylerde en sık karşımıza çıkan ruhsal hastalık depresyondur (McDougall ve ark. 2007; Ertan ve ark. 1997; Kılıçoğlu. 2006). Dünyada depresyonun insidans ve prevalansı giderek artmaktadır. Dünya'da yaşlı bireyler de depresyon belirtilerinin görülme sıklığı %8.7-27 arasında değişmektedir (Morinho ve ark. 2010; Kim ve ark. 2009; Wada ve ark. 2004; National Institute of Mental Health, 2007; McDougall ve ark. 2007). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, depresyon belirtilerinin görülme sıklığı % 24.3-61.1 arasında değişmektedir (Hacıhasanoğlu ve Türkleş 2008; Kocataş ve ark. 2004; Dişçiğil ve ark. 2005; Sabancıoğulları ve ark. 2006; Bekaroğlu ve ark. 1991; Çınar ve Kartal 2008; Maral ve ark. 2001; Bingöl ve ark.2010; Şahin ve Yalcın 2003; Aksüllü ve Doğan 2004; İlhan ve ark. 2006; Sütoluk ve ark. 2004; Amuk ve Oğuzhanoğlu 2003). KKTC'de yaşlılarda depresyon belirtilerini saptayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Depresyon tedavi edilebilir bir hastalık olmasının yanı sıra fiziksel hastalık yakınmalarının depresif duygu durumuna göre daha kolay ifade edilmesi ve diğer fiziksel hastalıklarının varlığı tanıyı güçleştirmektedir (Gökçe-Kutsal, 2007; Akın ve Güler, 2006). Bu durum beraberinde, depresyona bağlı mortalite ve morbidite riskinde artmaya, bedensel, bilişsel ve sosyal işlevsellikte azalmaya neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Beydoun, 2005; Guraje ve ark. 2006; Keton, 2007). Depresyonun 2020 yılına kadar iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci bağımlılık nedeni olacağı öngörülmektedir (WHO, 2008). Ek olarak depresyonu tedavi edilmeyen yaşlı bireylerde öz kıyımaya kadar giden ciddi sonuçların olması nedeniyle de önemlidir (Fletcher, 2008; Akdeniz ve ark. 2010; Cankurtaran ve M.Cankurtaran, 2006; Miller, 2004).

Yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavisinin başlanması, bununla birlikte GYA ve EGYA değerlendirmelerinin yapılması, takip edilmesi ve gereken önlemlerin alınmasının yaşlıların bağımsızlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır (Serby ve Yu, 2003; Kim ve ark., 2009; Kondo ve ark. 2008; Jiang ve ark. 2004; Shin ve ark., 2009; Murata ve ark. 2008; Morinho, 2010).

Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan, toplum içinde hizmet sunan ve yaşlılarla yakın ilişkide olması açısından halk sağlığı hemşiresi, yaşlıların sağlığına yönelik değerlendirmeler yapmalıdır (Stevens, 2005; Townsend, 2006).

Halk sağlığı hemşireleri, depresyonun değerlendirilmesinde, erken tanımlanmasında, risk altındaki hastaların tespit edilmesinde ve yaşlı bireylerin fonksiyonel değerlendirme sonucunda GYA ve EGYA'ni sürdürmedeki bağımlılık durumlarının ne ölçüde olduğunu ve yardıma gereksinim duydukları alanları belirlemede önemli rol oynar (Fletcher, 2008; Trail Ross, 2007). Bu nedenle yaşlı bireylerde depresyonun ve GYA'indeki bağımlılığın ne sıklıkta görüldüğünü belirlemek, bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik ve koordinasyon gibi girişimler tedaviden daha fazla ön plana çıkmaktadır (Erci ve ark. 2009; Şelimen ve ark. 2010; Fletcher, 2008; Trail Ross, 2007). Ayrıca halk sağlığı hemşiresi yaşlılara yardıma gereksinim duyduklarında sevk ve danışmanlık hizmeti vererek bakımın sorumluluğunu üstlenme ve organize etmekle görevlidir (Kim at al. 2009; Fletcher, 2008; Trail Ross 2007; Erci ve ark. 2009; Şelimen ve ark. 2010; Öztekin ve Kubilay, 2008). Halk sağlığı hemşiresi bir bakım disiplini olan hemşireliğin fonksiyonlarının yaşlı hizmetlerinde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Fletcher, 2008).

Bu araştırma KKTC'de yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürebilmeleri ve ruhsal yönden sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için uygun hedef ve girişimlerin belirlenmesine yönelik geliştirilecek koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanmasına önemli kaynak olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin başkenti Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma

Yaşlanma (aging) ve yaşlılık (elderly) birbirinden farklı kavramlardır. Yaşlanma, intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden, doğal, evrensel, kaçınılmaz ve geri dönülmez biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemelerin ve yetersizliklerin ortaya çıktığı bir süreçtir (Danış, 2004; Arioğul, 2006; Akdemir ve Birol, 2004; Şelimen ve ark. 2010; Büken ve Büken, 2003) .

Yaşlılık ise bireyin içinde bulunduğu bir yaş döneminin genel adı, diğer bir deyişle, çocukluk, gençlik ve yetişkinlikten sonra gelen yaşam evrelerinin sonuncusudur (Arioğul, 2006; Gökçe-Kutsal 2007; Şelimen ve ark. 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaşlılıkla ilgili olarak yayımlanan 1998 yılı Sağlık Raporu'nda yaşlanma dejenerasyona ve dış çevreden gelen strese karşı koymak üzere, iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum süreci olarak tanımlanmıştır (The World Health Report, 1998).

2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Yaşlanma çeşitli açılardan ele alınıp, farklı yaşlanma sınıflandırmaları yapılmaktadır. Yaşlanmanın anlaşılabilmesi için gerontolojinin ve geriatriinin ne anlama geldiğinin bilinmesi gerekmektedir.

Gerontoloji; yaşlılığın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin bilimsel çalışmasıdır. Geriatri ise yaşlıların sağlık sorunlarıyla ilgilenen ve tedavi etmeye çalışan tıp dalıdır (Akın, 2006; GEBAM, 2007; Akgün ve Erdal, 2007; Güler, 1998; Gülhan, 2006; Tufan ve Çelik, 2008)

Gerontologlar yaşlanmayı dört farklı sürece göre değerlendirmektedir:

1. Kronolojik yaşlanma: Yaşlanmanın tanımı bireyin doğum tarihi temelinde yapılmaktadır. Kronolojik yaş bireyin fiziksel sağlığı, zihinsel yeterliliği veya sosyal statüsü ile ilgili değildir (Akın, 2006; Bilir, 2006; Akgün ve Erdal, 2007) .

2. Biyolojik yaşlanma: Kalp, akciğer, dolaşım sistemi gibi organ sistemlerinin yeterliliğinin azalması gibi fiziksel değişimler temelinde açıklanmaktadır. Biyolojik yaşlanmanın ana nedeni, kronolojik olarak yaşlanan organizmada hücre yenilenme sayısının düşmesi ve belli tipteki hücrelerin yenilenmemesi nedeniyle hücre kaybı olmasıdır (Akın, 2006; Bilir, 2006; Akgün ve Erdal, 2007) .

3. Psikolojik Yaşlanma: Duyu organları ve algılama süreçlerinde, hafıza, öğrenme, zekâ gibi zihinsel fonksiyonlarda, kişilik, güdü ve dürtülerde kronolojik yaşın ilerlemesiyle görülen değişikliklerdir (Akın, 2006; Bilir, 2006; Akgün ve Erdal, 2007) .

4. Sosyal Yaşlanma: Bireyin sosyal yapı içinde aile ve arkadaşlarıyla, çalışma alanında, dini ve politik gruplar gibi örgütlenmeler içinde rollerinin ve ilişkilerinin değişmesini açıklamaktadır (Akın, 2006; Bilir, 2006; Akgün ve Erdal, 2007) .

Gerontologların kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaptıkları yaşlanma sınıflandırmasına ek olarak, nüfusla ilgili çalışmalarda da yaşlanma üç farklı sınıflandırma içerisinde ele alınmaktadır.

1. Demografik yaşlanma: Toplam nüfus içinde yaşlı sayısının artması halidir. Bu durumun iki nedeni vardır: Birincisi, doğurganlığın azalması, ikincisi ise ortalama yaşam süresinin artmasıdır.

2. Tavan yaşlanması: Toplumda yaşlı oranının artmasına, nüfus piramidinde tavan yaşlanması denilmektedir.

3. Taban yaşlanması: Toplumda gençlerin oranının azalmasına, nüfus piramidinde taban yaşlanması denilmektedir (Bilir, 2006; Uncu, 2003; Akgün ve Erdal, 2007).

Toplum yaşlanması 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir. Toplumlar yaşlı bireylerin oluşturduğu gruplar açısından 4 gruba ayrılmıştır:

1. Genç toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %4'ünden daha azdır. Az gelişmiş ülkelerin çoğu bu özelliktedir.

2. Erişkin toplumlar: Nüfusun %4-7'si 65 yaş ve üzeridir. Çin, Asya'nın Batısı ve bazı Güney Amerika ülkeleri bu özelliktedir.

3. Yaşlı toplumlar: Toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı %7-10'dur. Kanada, Japonya ve Avustralya bu gruptadır.

4. Çok yaşlı toplumlar: Toplam nüfusta yaşlı nüfusun oranı %10'un üzerindedir. Gelişmiş Avrupa ülkeleri bu gruptadır (Akgün ve ark. 2004; Akgün ve Erdal, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre ise yaşlılığın sınıflandırması;

1. Genç (erken) yaşlılık (young old): 65-74 yaş arasını kapsar. Bu dönem sıklıkla emekliliği takip eden dönemdir.
2. Yaşlılık (old): 75-84 yaş arasını kapsar. Bu dönemde sıklıkla işlevsel kayıplar gözlenir, ancak kişi başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir.
3. İleri yaşlılık (old old): 85 yaş ve üzerini kapsar. Bu dönemde yaşlılar, özel bakıma, özel evlere veya yardıma ihtiyaç duyarlar (Akgün ve Erdal, 2007; Bilir, 2006)

2.3. Yaşlı Nüfus Demografisi

Çalışmamızda yaşlı nüfus demografisini üç başlık altında ele alacağız.

2.3.1 Dünyada Yaşlı Nüfus

Dünya nüfusunun yaşlanması yaş yapısında meydana gelen değişim bakımından insanlık tarihinde bir dönüm noktası olmuş ve yaşlı nüfus özellikle 20. yüzyılım ikinci yarısından itibaren dikkat çekici oranlarda artmıştır (Gökçe-Kutsal 2007; Devlet Planlama Teşkilatı, 2007). Toplumların nüfus piramitlerini incelediğimizde, yaşlı nüfusun her yıl giderek artmakta olduğu görülmektedir. Günümüzde genel nüfusun “tabanındaki” artışlar geride kalarak, bundan sonra genel nüfusun “tavanında” artışlar meydana gelecektir (Kurt, 2008).

ABD Nüfus Referans Bürosu 2010 verilerine göre, dünya nüfusunun %8'ini 65 yaş ve üzerindeki yaş grubu oluşturmaktadır (Population Reference Bureau, 2010). Birleşmiş Milletlerin 2009 verilerine göre, 60 yaş ve üzeri nüfusun %11'lik bir dilime sahip olduğunu, bu rakamın 2050 yılına gelindiğinde ise iki katı artarak %22'ye yükseleceği bildirilmektedir (United Nation Population Division, 2002). Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus, nüfusun %16'sını, gelişmekte olan ülkelerde %6'sını, az gelişmiş ülkelerde ise %3'ünü oluşturmaktadır (Population Aging and Development, 2009).

2050 yılının nüfus projeksiyonlarına bakıldığında gelişmekte olan ülkelerdeki 65 yaş ve üzeri nüfusun diğer ülkelere göre daha fazla artış göstereceği ön görülmektedir (Population Aging and Development, 2009). Dünya genelinde yaşlı

nüfusun yaklaşık üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde olup, 2025 yılında yaklaşık %75'inin bu ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (United Nation Population Division, 2002).

Günümüzde yaşlı nüfus oranı en yüksek olan ülkeler, Avrupa ülkeleridir. Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı bu ülkelerde yaklaşık %16 civarlarındadır. Afrika ülkelerinde ise 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı %5 civarlarındadır. Dünyada yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkeler Çin, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya, Hindistan ve Japonya'dır (Population Aging and Development, 2009).

2.3.2. Türkiye'de yaşlı nüfus

Türkiye'de 1990 yılında nüfusun %4.5'i 65 yaş üzerinde iken, bu oran 1998'de %5.9, 2003 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)' ya göre %6.9 ve 2008 yılında ise %7 olmuştur (TNSA, 2003; TNSA, 2008; Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2010 yılı verilerine göre ise, Türkiye nüfusunun %7.47'si 65 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Bu nüfusun 2025 yılında %10'a, 2050 yılında %20'ye çıkacağı ve 65 yaş üzeri nüfusun 15 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (TUIK, 2010).

Türkiye'de 2010-2050 yılları nüfus projeksiyonuna bakıldığında dünya nüfusuyla paralel olarak "tabanındaki" artışlar geride kalarak, genel nüfusun "tavanında" artışlar olacağı gözlenmektedir (World Population Prospects, 2006).

2.3.3. K.K.T.C' de Yaşlı Nüfus

KKTC'de 1996 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfusun 13936'sını yaşlılar oluşturmuştur. Genel nüfusa oranı ise %6.9'dur (Devlet Planlama Teşkilatı, 1996). Devlet Planlama Teşkilatı 2006 İstatistik Yıllığına göre ise, toplam nüfustaki 65 yaş ve üzeri birey sayısının 17743 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre KKTC nüfusunun tamamının %9.96'sını 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. KKTC, 65 yaş ve üzeri nüfus dağılımının toplam nüfus içindeki durumu göz önüne alındığında, yaşlı bir toplum olarak değerlendirilebilir (Devlet Planlama Örgütü, 2010).

2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Değişiklikler

2.4.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Değişiklikleri

Her yaşam döneminin kendine özgü özellikleri olduğu gibi yaşlılık döneminin de kendine özgü fizyolojik özellikleri vardır. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler arasında en çok dikkati çekenler kalp damar ve solunum sistemi hastalıklarıdır (Bilir ve Subaşı, 2006; WHO, 2003; Dikmenoğlu, 2007). Bu sistem hastalıkları gibi diğer sistemlerin kronik hastalıklarının da ölümlere yol açmalarının yanı sıra, yaşlının yaşadığı süre boyunca yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bilir, 2006; Eker, 2004; Akın, 2006).

Hemşirelerin yaşlılardaki hastalıkları daha iyi bir şekilde anlayabilmeleri için, yaşla ilgili oluşan fizyolojik değişimlerin iyi bilmesi gerekmektedir. Buna bağlı olarak söz konusu bu fizyolojik değişikliklerin, hastalığın kendini gösterme şeklini, tedaviye vereceği cevabı ve meydana gelebilecek komplikasyonlara olan etkisini erken sürede fark edebilmesi ve normalden sapmaları belirleyebilmesi gerekmektedir (Fletcher, 2008; Trail Ross, 2007). Hemşire yaşlıya verilecek bakımı bu değişiklikleri dikkate alarak planlamalıdır (Altay, 2005; Erci ve ark. 2009; Şelimen ve ark. 2010).

2.4.1.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte kardiyak atım sayısında azalma; artan sistolik ve yavaşlayan diyastolik basınç ile kalp aktivitelerinin artışına cevaplarında azalma; kapak çaplarında artma, kalınlaşma ve kireçlenme; periferik rezistansta artma; aort elastikiyetinde azalma, damarların esnekliğinde azalma, damar duvarı kalınlığında artma görülür (Akdemir ve Birol, 2004; Dikmenoğlu, 2007; Yavuz ve Nazlı, 2006; Gül ve ark. 1993).

2.4.1.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanmanın solunum sisteminde yol açtığı belli başlı işlevsel değişiklikler, vital kapasitede, muko-silyar aktivitede, göğüs genişleme kapasitesinde azalma, solunum kaslarının kuvvetinde, göğüs çapında, difüzyon alanında ve kanın

oksijenlenmesinde azalma, rezidüel hacimde artma şeklindedir (Karakaya, 2006; Dikmenoğlu, 2007).

2.4.1.3. Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılarda salivasyon azalır, tükürük salgısının alkali derecesi artar. Ağız hijyeninin bozuk olması, yapısal faktörler gibi nedenlerle dişlerin bir kısmında ya da tamamında kayıplar gözlenebilir. Bu durum sindirim fonksiyonunu etkiler. Karaciğerdeki metabolik olayların yavaşlaması sonucu zararlı maddelerin arındırılma süresi uzar, ilaçların metabolize edilmesinde sorunlar olabilir. Midenin boşalmasında yavaşlama, kalın barsak motilitesinde, tat alma reseptör duyarlılığında, susuzluğa duyarlılıkta ve kalsiyum absorpsiyonunda azalma görülür (Dikmenoğlu, 2007; Akın, 2006; Bilir, 2006).

2.4.1.4. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşam süreci içerisinde en fazla gerileme görülen sistemdir (Dikmenoğlu, 2007). Beyin ağırlığında ve belli bölgelerindeki hücrelerin sayısında azalma, serebral kan akımında azalma, uyku tarzında değişiklik, rüya görmede azalma ve uyanıklık periyotlarında artma, beyin damarların aterosklerozunda artma, monoaminooksidaz enzimlerinin aktivitesinde artma, reaksiyon zamanında ve reflekslerde azalma gözlenir. Öğrenme ve bellek yeteneğinin gerileme süreci, yaşlının çevresel etmenlerden faydalanma durumu (beslenme, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu, hayat standardı gibi) ve psikolojik yapısıyla yakından ilişkilidir. Çevresel etkenlerin olumsuz olması ve yaşlının moral durumunun kötü oluşu, bellek ve öğrenme kapasitesini yavaşlatıp geciktirebilir. Yaşlanmayla sinir sisteminin temel yapısını oluşturan nöronların işlevinde yavaşlama başlar. Yaşlanma sürecinde nöronların sayısı azalır ve bazıları görevlerini yapamaz hale gelerek devre dışı kalırlar (Dikmenoğlu, 2007; Aydınli ve Batman, 2006; Akın, 2006).

2.4.1.5. Metabolik-Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkta hormon salınımında, iştahta, pankreas cevabında ve glikoz toleransında azalmalar olur. Tiroid, paratiroid ve pankreas bezlerindeki işlevsel gerilemeye bağlı olarak Diabeteus Mellitus ve tiroid hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır(Dağdelen, 2006). Sistemlerde görülen bu fizyolojik değişimler yaşlının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sınırlamaktadır (Dikmenoğlu, 2007).

2.4.1.6. Duyulardaki Değişiklikler

Görme duyusunda yaşla birlikte lensin saydamlığı ve esnekliği değişmektedir. Kornea duyarlılığı ve gözyaşı azalır. Yakın görmede bulanıklıklar görülmektedir.

Yaşlılarda işitme duyusunda, iletim problemleri veya tıkanmaya bağlı olarak kayıplar görülmektedir.

Alıcı reseptör duyarlılığı artmış, sıcak-soğuk ve basıncı hissetme duyuları özellikle el ve ayaklarda azalmıştır. Dokunmayla ilgili gerilemenin oluşturduğu en büyük sıkıntı ağrıyı algılamadaki bozulmadır. Bu nedenle kazalar ve yanık riski yaşlılarda yüksektir.

Koku ve tat alma reseptörlerindeki duyarlılık azalmıştır (Dikmenoğlu, 2007; Akın, 2006).

2.4.1.7. Derideki Değişiklikler

Yaşlılığa bağlı gelişen deri değişimleri; kuruluk, kabarıklık ve pürüzlülük, sertlik, kırıksıklık, gevşeklik şeklinde olurken aynı zamanda malign ve bening deri tümörlerinde artış olmaktadır. Derinin hücre yenilenmesi, bariyer fonksiyonu, yara iyileşmesi, immün fonksiyonu ve termoregülasyon yeteneği yaşla birlikte azalmaktadır. Ter bezlerinde atrofi, yağ dokusunda azalma, kıllarda azalma ve beyazlaşma gözlenir (Evans ve Atakan, 2006; Akın, 2006) .

2.4.1.8. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesiyle iskelet kas kitlesinde görülen azalmanın yanında kas kuvvetinde azalma, incelme ve atrofiler görülür. Bağ ve kemik dokusu değişiklikleri nedeniyle yaşlı bireylerde postür değişiklikleri de görülmektedir. Eklem kıkırdağında

kalsifikasyonlar, sinoviyal zarda kalınlaşmalar görülür. Bütün bu değişimler postürün bozulmasına, denge ve yürümede güçlükler neden olur (Dikmenoğlu, 2007; Özdemir ve Dinçer, 2006).

2.4.1.9. Genito-Üriner Sistem Değişiklikleri

Yaşlılarda mesane kapasitesi azalır, rezidüel idrar artar, istemsiz mesane kasılmalarında da artmalar gelişir. Ayrıca genitoüriner sistemin kapasitesinde ve fonksiyonlarındaki gerilemelere bağlı olarak enfeksiyonlara yatkınlık görülebilmektedir. Bununla birlikte yaşlılarda sıklığı artan inkontinans ve sıvı-elektrolit dengesizliğine olan yatkınlık artmaktadır. İlaçların bedenden uzaklaştırılmasında da yavaşlamalar görülebilmektedir (Dikmenoğlu, 2007; Bilir, 2006).

Genital sistem değişiklikleri kadınlarda özellikle menopoza dan itibaren östrojen seviyelerinde azalmaya bağlı olarak daha belirgindir. Hormonal seviyedeki azalmalar uterus ve overlerin atrofisine neden olmaktadır. Erkeklerde genital sistem değişiklikleri daha az belirgindir. Testesteron seviyelerinde azalma olmasına rağmen sperm sayısı ve libidoda çok az bir düşüş olmaktadır (Şelimen ve ark. 2010; Nalban, 2007; Bilir, 2006).

2.4.3 Yaşlılık Döneminde Psikolojik Değişiklikler

Yaşlılık döneminde psikolojik değişikliklerden bazıları; eskiye aşırı bağlılık, yeniliklere uyum sağlayamamak, yeniliklerden korkmak, egoizm, bilinçte bulanıklık, yalnızlık ve psikososyal kayıplara bağlı depresyon, hastalık hastalığı, narsistik kişilik bozukluğu, nevroz, stres, uyku bozuklukları, yönelim bozuklukları görülmektedir.

2.4.2. Yaşlılık Döneminde Sosyal Değişiklikler

Yaşlanma ile birlikte sosyal hayat da bir dizi değişiklikler yaşanmaktadır. Bunların en belirginleri, gençlik ve yetişkinlik dönemindeki statü ve rollerin kaybı, toplumsal ayrımcılık, fiziksel rahatsızlıklar, emeklilik, çevre değişikliği vb. nedenlerle yaşlı bireyin, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından sosyal yaşamın dışında görülmesidir. Bu ise yaşlının aktivitelerini azaltmakta ve sosyal hayattan

izole olmasına yol açmaktadır (Bilir ve Subaşı, 2006; Townsend, 2006; Akın, 2006).

Ölüm korkusu ve öz kıyım yaşlılık dönemiyle ilişkili önemli psikolojik değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Bu paralelde yaşlılarda öz kıyım oranı genç erişkinlerden daha fazladır ve depresyonla yakından ilişkilidir. (Cangöz ve Uluç, 2007; Danış, 2004; McDougall, 2007; Fiske, 2009). Ayrıca depresyon çevreye uyumu ve sağlıklı yaşamı olumsuz etkilediği gibi günlük yaşam aktivitelerini de sınırlandırmakta, giderek engellemektedir (Noyan, 2003; Stevens, 2005; Townsend, 2006)

2.5. Yaşlılarda Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için bazı temel gereksinimleri (beslenme, banyo, kişisel bakım, hareket v.b.) vardır. Sağlıklı bir birey bu gereksinimlerini kendi başına yeterli bir şekilde karşılayabilirken, yaşlılık döneminde fonksiyonel yeterlilikte azalmalar olabilmektedir (Çınar ve Kartal, 2008; Stevens, 2005; Wallace, 2008).

Fonksiyonel değerlendirme bireyin öz bakımına ilişkin işleri yerine getirirken gereksinim duyduğu destek miktarlarını belirlemeyi de içermektedir. Fonksiyonel değerlendirme; yardıma gereksinim duyulan alanları, becerilerde zaman içinde meydana gelen değişimleri, özel hizmetlere duyulan ihtiyaçları ve yaşanan alanın güvenliğini değerlendirmeyi içermektedir (Akdemir ve Akyar 2010; Kayıhan ve ark. 2006; Özdemir ve Akdemir, 2006; Erci ve ark. 2009; Şelimen ve ark. 2010; Fletcher, 2008; Trail Ross, 2007).

Yaşlıların fonksiyonel durumunun değerlendirilmesinde günlük yaşam aktivitelerindeki (activities of daily-ADL) ve günlük yaşamdaki enstrümental aktivitelerdeki (instrumental activities of daily living IADL) yetileri esas alınır (Millan-Calenti 2006; Yavuz, 2006). Fonksiyonel kapasite yaşlı sağlığının önemli bir göstergesidir. Fonksiyonel kapasitenin kaybı ya da azalması mortalite ve morbidite oranlarında artışa yol açmaktadır (Stuck ve ark. 1999; Millan-Calenti ve ark. 2010).

Araştırmamızda ele alınan temel günlük yaşam aktiviteleri, kişinin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını (beslenme, banyo, kişisel hijyen, giyinme, tuvalet kullanma, bağırsak boşaltımı, mesane boşaltımı, hareket,

merdiven kullanma) içermektedir. Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ise, kişinin toplum içinde bağımsız yaşaması için gereken etkinlikleri (telefon kullanma, alış-veriş yapma, yemek hazırlayabilme, ev işi yapabilme, yemek hazırlayabilme, çamaşır yıkayabilme, kendi ilacını içebilme, para idaresi, ulaşım araçlarına binebilme) içermektedir.

Yaşlıların sağlıklı olmaları ve yaşam kalitelerinin korunabilmesi için günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığı ve bağımsız yaşaması sağlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada GYA sürdürmedeki yetersizliğin yaşlılarda bağımlılığın belirleyicisi olabileceği ortaya konmuştur (Finlayson ve ark. 2005). Günlük yaşam aktivitelerinin fiziksel ve bilişsel bileşenleri olduğundan, bir işlevdeki bozulmanın fiziksel, bilişsel veya psikolojik bir nedene bağlı olabileceği de unutulmamalıdır (Ulusel ve ark. 2004).

2.6. Depresyon Tanımı

Depresyon kelime anlamı olarak, çökkünlük anlamına gelmektedir (Köknel 1989; Doksat, 2003). Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde değersizlik, yetersizlik, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygusu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin görüldüğü bir hastalıktır (Köknel 1989; Öztürk 2003; Bahar 2005; Stuart. G.W ve Laraia T.M. 2005; Ertem ve Yazıcı 2006; Stevens, 2005)

Depresyon bireylerin hayatının herhangi bir döneminde görülebilen bir hastalıktır (Köknel 1989; Tuğrul ve Sayılğan 1997; Alper 2003; Gökçe-Kutsal.2002; Gökçe-Kutsal, 2007; Öztürk, 2003). Biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarında gerilemelerin, yetersizliklerin ve değişikliklerin yaşandığı bir süreç olan yaşlılık döneminin, en sık görülen ruhsal hastalığı depresyondur (Tuğrul 1997; Alper, 2003; Gökçe-Kutsal, 2002; Gökçe-Kutsal, 2007; Arıoğul, 2006; Erci, 2009; McDougall ve ark. 2007; Ertan ve ark. 1997; Kılıçoğlu, 2006; Jorm, 1995, Kurtoğlu ve Rezaki, 1999; Mulsant ve Ganguli, 1999).

Yaşlılık döneminde görülen depresyon bulguları genç popülasyonda ortaya çıkan depresyon belirti ve bulgularından farklı olduğundan sıklıkla atlanmakta, hasta yakınları ve doktorlar tarafından sıklıkla tanınmayan ve yaşlanmanın doğal bir

getirisi olarak yorumlanmakta ve bu durum yaşlıda yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Beydoun, 2005; Gureje ve ark. 2006; Keton, Lin ve Kroenke, 2007; Gökçe-Kutsal.2002; Stuart ve Laraia, 2005; Sütuluk ve ark. 2004). Depresyon, yaşam kalitesi ve üretkenliği bozduğu gibi dolaylı olarak var olan diğer kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayba yol açan bir sağlık sorunudur (Ölüç, 2007; Eker, 2004).

2.6.1. Depresyon Yaygınlığı ve Sınıflandırma

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) depresyonun, yaklaşık olarak 121 milyon insanı etkileyen yaygın bir hastalık olduğunu, depresyonun neden olduğu intiharlarda her yıl 850 bin insanın hayatını kaybettiğini belirtmektedir. 2020 yılı itibariyle, yeti yitimine ve ölüme neden olan faktörler arasında depresyonun ikinci sırada yer alacağı bildirilmektedir (WHO, 2008). Bu durum depresyonun hastalık yükü açısından gelişmiş ülkelerde ilk sırayı, gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada olacağını göstermektedir. Beraberinde depresyona bağlı yetersizliğin dünya çapında ikinci en önemli ve gelişmiş ülkelerde ise tek nedeni oluşturacağıdır (WHO, 2008). Bunun yanında depresyon küresel hastalık yüküne yol açan ilk on hastalık arasında da yerini almaktadır (WHO, 2008; Bilir ve Paksoy, 2007).

Türkiye’de ulusal çapta örneklem alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklar arasındadır. Ruhsal sorunlar nedeniyle başvuru oranlarına bakıldığında zaman depresyon %23.1’lik yüzdeyle en fazla payı oluşturmaktadır (Kılıç, 1998).

Depresyon herhangi bir yaşta başlayabileceği gibi, ortalama başlangıç 20’li yaşların ortalarında olmaktadır. Ortalama yaşam boyu depresyon geçirme olasılığı ise yaklaşık olarak %20 civarlarındadır (Akın ve Güler, 2006).

Psikiyatrik hastaların sınıflandırılmasında farklı sınıflandırma sistemleri kullanılmıştır. Dünyada en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği’nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)’dür. DSM IV’e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmektedir (DSM-IV-TR 2000);

1. Major depresif bozukluk

2. Distimik bozukluk
3. Bipolar bozukluktaki depresyon
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
5. Depresyonlu uyum bozukluğu
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
 - a-Premenstrüel disforik bozukluk
 - b-Minor depresif bozukluk
 - c- Tekrarlayan kısa depresif bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır (DSM-IV-TR 2000).

2.6.2. Depresyon Etiyolojisi

İnsan yaşamının herhangi bir döneminde depresyon görülebilmektedir (Öztürk, 2003; Köknel, 1989; Tuğrul ve Sayılğan, 1997; Alper, 2003; Gökçe- Kutsal, 2002; Gökçe-Kutsal, 2007). Bunun yanında yaşam süreci içinde karşılaşılan birçok sorun depresyonun ortaya çıkmasını hızlandırmakta ya da var olan depresyonun şiddetini artırmaktadır (Alper, 2003; Erdoğan ve Candansoy, 2007). Düşük gelir seviyesi, kadın olma, düşük eğitim seviyesi, kronik bir hastalığa sahip olma, bekâr olma, kronik hastalık sahibi olma, düzenli ilaç kullanma, yalnız yaşama, sakatlık, göç gibi stresli ve negatif yaşam olayları da depresyona yatkınlığı arttırabilir (Cangöz ve Ulaş, 2007; Öztürk, 2003). Depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan etkenler kabaca ve yüzeysel olarak dört gruba ayrılabilir; genetik, biyokimyasal, çevresel ve psikososyal faktörlerin birleşimleri olduğu düşünülmektedir (National Institute of Health (NIH) 2005; National İnstitute of Mental Health (NIMH) 2007; Doğan 2000; Kılıçoğlu 2006).

2.6.3. Depresyon Belirtileri ve Tanısı

Depresyonda ortak olan ve genellikle sık görülen temel bozukluk depresif duygu durumudur. Bireyde enerji azalması, güçsüzlük, psikomotor işlevlerde yavaşlama, iştah ve kilo değişikliği, uyku düzeninde değişiklik, bedensel ağrı ve yakınmaların artması ve hoşya giden aktivitelerde azalma, yaşamdan zevk alamama, cinsel isteksizlik, değersizlik düşünceleri, umutsuzluk, üzüntü ve kayıpla başa çıkma becerisini kaybetme, intihar düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü tarzındadır (Doksat

2003; Stevens, 2005; Townsend, 2006).

Majör depresyon tanısı koyabilmek için anlatılan belirtilerin tamamının bulunması gerekmez. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition)'e göre deprese duygu durum veya ilgi ve zevk almanın kaybının yanı sıra belirtilen dokuz belirtiden beş tanesinin olması gereklidir. Bu koşul yanında belirtilerin mikst atak ölçütlerine uymaması, işlevselliği bozuyor olması, belirtilerin madde kullanımı ve genel tıbbi duruma bağlı olmaması gereklidir ve belirtilerin görüldüğü sürenin en az 2 hafta olması gereklidir (Köroğlu, 2004).

DSM IV'e göre; Major Depresyon Tanı Kriterleri

A-İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevselik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte belirtilerden en az biri "depresif duygudurum" ya da ilgi kaybı zevk alamama olmak kaydıyla aşağıdakilerden en az 5'nin bulunması gerekir.

1. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
2. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ilgi kaybı ya da artı zevk alamama
3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı
7. Hemen her gün aşırı ya da uygunsuz değersizlik suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir)
8. Hemen her gün düşüncelerini belli bir konuya konsantre etme yetisinde azalma ya da kararsızlık
9. Yineleyen ölüm düşünceleri ya da girişimi

B-Bu semptomlar mikst bir epizotun ölçütlerini karşılamaz.

C-Bu semptomlar toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D-Bu semptomlar genel bir tıbbi duruma ya da madde kullanımı etkisine bağlı değildir.

E- Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz (DSM-IV-TR 2000; Köroğlu 2004).

Depresyon tanınmadığı ve tedavi edilmediği zaman, erken ölüm, tıbbi hastalığa yakalanma ve/veya depresyona bağlı yeti yitimi, demans riskinde artış,

sağlık kaynaklarının kullanımında artış ile sonuçlanmaktadır (Noyan, 2003; Öztürk, 2003).

2.7. Yaşlılarda Depresyon

Depresyon, yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de sık görülmesi, tanı ve tedavi olanağının bulunması, tedavi edilmezse intihar riskinin yüksek olması nedenleriyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kurtoğlu ve Rezaki 1999; Orhan, 2010; Akdeniz ve ark. 2010; Cankurtaran ve M. Cankurtaran, 2006; Miller, 2004; Fletcher, 2008). Biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarında gerilemelerin, yetersizliklerin ve değişikliklerin yaşandığı bir süreç olan yaşlılık döneminin, en sık görülen ruhsal hastalığı depresyondur (McDougall ve ark. 2000; Kılıçoğlu, 2006; Alper, 2003; Gökçe-Kutsal, 2002; Gökçe-Kutsal, 2007; Erci, 2009; Kılıçoğlu, 2006). Yaşlılarda depresyonun önemli ölçüde yeti yitimi, mortalite ve morbidite üzerine olumsuz etkisi ve yaşam kalitesini düşürmesi nedeniyle daha da önem taşımaktadır (Sivrioğlu, 2009; Orhan, 2010; Beydoun, 2005; Gureje ve ark., 2006; Keton, 2007). Bununla birlikte depresyon yaşlı kişilerde genç kişilerden daha az görülmesine rağmen ciddi sonuçları olması nedeni ile önemlidir (Akdeniz ve ark. 2010).

2.7.1. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi

Dünya'da yaşlı bireylerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı %8.7-27 arasında değişmektedir (Marinho ve ark. 2010; Kim ve ark. 2009; Wada ve arkadaşları 2004; National Institute of Mental Health, 2005; McDougall ve ark.. 2007). Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) çalışması sonuçlarına göre; toplumda yaşayan 65 yaş üzeri kişilerde depresyon prevalansı %8.7 bulunmuştur. Depresyon ile birlikte demansı da olan kişilerde bu oran %9.7'ye yükselmektedir. Yaşlılarda ağır depresyon (prevalans %2.7) nadirdir (McDougall ve ark. 2007). Bakım kurumlarında yaşayanlarda depresyon prevalansı (%27.1), kendi evlerinde yaşayan yaşlılardan (%9.3) daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda (%10.4), erkeklerden (%6.5) daha fazladır ve işlevsel engellilik, komorbidite ve sosyal yoksunluk ile ilişkili bulunmuştur (Fiske, 2009; Stanley, 2005). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, yaşlı bireylerde depresyon

belirtilerin görülme sıklığı %24.3-61.1 arasında değişmektedir (Hacıhasanoğlu ve Türkleş, 2008; Koçataş ve ark. 2004; Dişçigil ve ark. 2005; Sabancıoğulları ve ark. 2006; Bekaroğlu ve ark. 1991; Özen, 2008; Maral ve ark. 2001; Bingöl ve ark. 2010; Şahin ve Yalcın, 2002; Aksüllü ve Doğan, 2004; İlhan ve ark. 2006; Sütölük ve ark. 2004; Amuk ve Oğuzhanoglu, 2003). KKTC’de yaşlılarda depresyon belirtilerini saptayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.7.2. Yaşlılarda Depresyon Gelişimi İçin Risk Faktörleri ve Etiyolojisi

Yaşlılık döneminde depresyona neden olacak birçok risk faktörü vardır (Köknel, 1989; Kılıçoğlu, 2006; Gökçe-Kutsal, 2007; Şelimen ve ark. 2010; Stevens, 2005; Townsend, 2006). Bunlardan en önemlileri; psikososyal etkenler, yaşlılık döneminde artan kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve bedensel hastalıklar sonrasında ortaya çıkan nöroendokrin ve nörokimyasal değişikliklerdir.

Yapılan literatür taramalarında yaşlılarda depresyon ile ilişkili en önemli risk faktörü oluşturan psikososyal etkenler; kadın cinsiyeti, ileri yaş, huzur evinde kalmak, yas durumu, bekar olmak, yalnız yaşıyor olmak, emeklilik, aile ilişkilerinde bozukluk, sosyal desteğin az olması, düşük gelire sahip olmak, eğitim durumunun düşük olması, daha önce depresyon atağı geçirmiş olmak, intihar girişiminin olması, aile öyküsünün olması, fiziksel sağlığın kötü olması olarak belirtilmiştir (Amuk ve Oğuzhanoglu, 2003; Kulaksızoğlu 2009; Göktaş ve Özkan 2006; Demet ve ark. 2002; Ölüç 2007; Altay ve Avcı 2009; Kim ve ark., 2009; Shin ve ark., 2009; Krishnan ve ark. 2002; Maral ve ark. 2010; Bingöl ve ark. 2010; Eker ve Ütücü, 2009; Keton, 2007; Kaya ve Kaya, 2007). Ayrıca yaşlının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi de bildirilmektedir (Finlayson ve ark. 2005; Cole , 2003; Ölüç, 2007).

2.7.3. Yaşlılarda Depresyonun Belirtileri

Yaşlı hastalarda depresyon genç hastalara göre farklı belirtiler gösterebilmektedir. Yaşlı hastalar depresyonun kendilerinde yarattıkları duyguları ifade edemez ve ifade etmek istemezler. Bu yüzden de sağlık kuruluşlarına daha çok bedensel yakınmalarla başvururlar. Dolayısıyla hem hasta hem doktor tıbbi durum

üzerine odaklanabilirler, bu da, depresyon tanısının fark edilmemesine neden olmaktadır (Gökçe-Kutsal, 2002; Gökçe-Kutsal, 2007; Arıoğul, 2006; Göktaş ve Özkan, 2006; Birrer ve Vemuri, 2004).

Yaşlılarda nörovejetatif bulgular, aşırı somatik uğraşılar, ajitasyon, unutkanlık ve sanrılar daha sık görölmektedir (Yüksel, 1998).

Hastalarda sıklıkla enerji kaybı, konsantrasyon zorluğu, uyku sorunları (özellikle erken uyanma ve uykunun sıkça bölünmesi), ağrı, iştah azlığı, kilo kaybı gibi belirti ve bulgular olur. Bunların yanında depresyonda, çökkün duygudurum (apati, irritabilite, ağlama, düz monoton bir ses, dağınık görünüm), enerji azalması, güçsüzlük (halsizlik, baş dönmesi, düşme), psikomotor işlevlerde yavaşlama (laterji, yavaş konuşma, eylemlerde yavaşlama ve düşünme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneğinde azalma, konsantrasyon güçlüğu), bedensel ağrı ve yakınmaların artması, ilgi ve hoşa giden aktivitelerde azalma, yaşamdan zevk almama, üzüntü, umutsuzluk, değersizlik düşünceleri (çaresizlik, bağımlılık, sürekli keder, kontrol kaybı) ve kayıpla başa çıkma becerisini kaybetme tarzında belirtiler görölmektedir (Gökçe-Kutsal, 2002; Gökçe-Kutsal, 2007; Arıoğul, 2006: Aksüllü, 2001; Noyan 2003; Stevens, 2005).

2.7.4. Yaşlılarda Depresyon Tanısı

Depresif belirtilerin sınıflandırılmasında günümüzde, iki major tanı kriteri kullanılmaktadır. DSÖ' nün Hastalıkların Uluslar arası sınıflaması (ICD-10) ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV) sınıflamaları kullanılmaktadır. Yaşlılarda depresyon tanısında da bu iki ölçüt geçerlidir ancak yaşlılar bu ölçütleri her zaman karşılamayabilir. DSM-IV' e göre major depresyon tanı kriterleri yukarıda depresyon belirtileri ve tanı başlığı altında gösterilmiştir (Öztürk, 2003; Köroğlu, 2004). Bu kriterler yaşlılarda görölen depresyonların tanısı için de kullanılmaktadır. Ancak yaşlı bireylerde gözlenen depresyon belirtileri ile genç bireylerde gözlenen depresyon belirtileri farklılık göstermektedir.

Yaşlılarda majör depresyon dışı depresif sendromların majör depresyondan daha sık olduğu gösterilmektedir. Yaşlılarda majör depresyon kadar yeti yitimine, mortalite ve morbiditeye neden olmasına karşın genellikle daha az tanınır ve yetersiz

biçimde tedavi edilirler (Erdoğan ve Candansayar, 2007). Yaşlılarda görülen majör depresyon dışı depresif semptomların sınıflaması karmaşık ve yetersizdir (Sivrioğlu, 2009). Yaşlı kişilerde depresyon daha çok somatik yakınmalarla karşımıza çıkmaktadır (Gökçe-Kutsal, 2002). Yaşlılarda görülen en sık somatik yakınmalar halsizlik, kuvvetsizlik, vücudun farklı bölgelerinde ağrılar ve kabızlıktır (Cankurtaran ve M. Cankurtaran, 2006).

Sağlık personelleri ve yaşlının ailesi de depresyon belirtilerini ve bulgularını yaşlanmanın normal bir sonucuna ya da demansa bağlayabilmektedir. Bu nedenle yaşlı bireyler depresyonla ilgili duygularını dile getiremezler ve daha çok bedensel yakınmalarla sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve depresyon tanısından uzaklaşmaktadır (Fletcher, 2008; Gökçe-Kutsal 2002; Akdeniz 2010).

Görülüyor ki, depresyon tanısında yaşlılarda hastalık öyküsünün kendisinden ve yakınlarından ayrıntılı olarak alınması, son dönem işlevselliğinin sorgulanması önemlidir. Ayrıca daha önce psikiyatrik hastalık hikayesi, ailenin ruhsal durumu, kişilik özellikleri, kronik bedensel hastalıkları ve görülen hastalık belirtilerinin sorgulanması gerekmektedir (Fletcher, 2008; Trail Ross, 2007). Bunlarla birlikte yaşlının fiziksel muayenesi yapılması, depresyona neden olabilecek rahatsızlıklar sorgulanmalı, tam kan sayımı ve sıvı elektrolit değerleri, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları değerlendirilmeli ve bilgisayarlı beyin tomografisi, elektrokardiyografi, vitamin B12, folat düzeyleri incelenmelidir (Akdeniz, 2010; Tamam ve Öner, 2001).

2.7.5. Yaşlılıkta Depresyon Tedavisi

Yaşlılık dönemindeki depresyon farmakoterapi, elektrokonvülsif terapi, psikoterapötik ve toplum destekli yaklaşımlarla etkin bir şekilde tedavi edilebilir (Orhan, 2010). Yaşlı depresyon hastalarının tedavisinde; antidepressanlar, bilişsel terapi, davranış terapisi, kişilerarası ilişkiler terapisi, psikoanalitik yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapi, grup terapisi ve elektrokonvülsif terapi uygulanmaktadır (Gökçe-Kutsal, 2002; Gökçe-Kutsal, 2007; Arıoğlu, 2006) Depresyon tedavisindeki amaç bulguların iyileşmesinin sağlanması, alevlenme ve tekrarların engellenmesi, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Amuk ve Oğuzhanoğlu, 2003). Yaşlı majör depresyonlu hastalar çoğunlukla yatırılarak tedavi edilir (Orhan, 2010). Yaşlılıkta depresyon tedavi edilmezse yaşlının

günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek uzun sürede bağımlı hale gelmesine neden olabilir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelen yaşlılarda ise depresyon belirtileri yinelenebilir. Özellikle de yaşlı bireylerde en fazla görülen ruhsal hastalık olan depresyonun GYA ve EGYA olumsuz etkilediği aynı zamanda, depresyon belirtisi olmayan yaşlı bireylerde ise GYA ve EGYA deki bozulmaların depresyon için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (Finlayson ve ark. 2005; Cole, 2003; Ölüç, 2007).

2.8. Yaşlı Bireyin Bakımında Hemşirenin Rolü

Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, etkin tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması ölüm hızını azaltmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda doğumda beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfus artmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007; Akdemir ve Birol, 2004; Trail Ross, 2007). Bu nedenle, yaşlılara sunulacak, sağlık bakım hizmetlerinin planlanmasında, sunulmasında ve geriatrik değerlendirme de interdisipliner yaklaşımın kullanıldığı geriatri ekibinde yeri doldurulamaz bir meslek üyesi olan hemşirenin yeterli donanıma sahip olarak kendine uygun yeri alabilmesi gerekmektedir (Trail Ross, 2007).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1976'dan bu yana, sadece yaşlı bireylerin hastalık durumuna odaklanan geriatri hemşireliği yerine, yaşlı bireyin var olan ya da olası sağlık sorunlarına odaklanan gerontoloji hemşireliği ifadesini daha doğru ve anlamlı bulduğunu gerontoloji hemşireliğinin, hemşirelik uygulama alanlarını çok daha iyi yansıttığını açıklamıştır (ANA, 1995).

Gerontoloji hemşireliği uygulaması, yaşlı bireyin sağlık ve fonksiyonel durumunu tanılama, planlama ve hemşirelik girişimlerini uygulamanın yanı sıra diğer sağlık bakım çalışanlarının sorumlu olduğu girişimlerin uygulanmasını sağlama ve böyle bir bakımın etkisini değerlendirmeyi kapsar. Yaşlı birey ve ailesine odaklanan gerontoloji hemşireliği, hastane, ev, klinik ve toplumda her türlü kurumda uygulanabilmektedir (Wallace, 2008).

Yaşlı Sağlığına İlişkin Hemşirenin Fonksiyonları Genel Olarak;

Yaşlı bireyin karar verme yetisine sahip olduğunu bilmesi ve kendi kararlarına katılmasını sağlaması,

Yaşlı birey ve ailesinin bakıma katılmasını kolaylaştıracak profesyonel ilişki kurması,

Yaşlı bireye bakım sunarken bireyin kendisinin, ailesinin, diğer bakım verenlerinin katılımını sağlaması ve güncel geriatri bakım standartlarını kullanması,

Fizyolojik, duygusal, sosyal, kültürel, psiko-sosyal, ekonomik ve spiritüel fonksiyonlarda yaşlı bireyde yaşa bağlı değişimlerin farkında olması,

Bakımı planlama, uygulama, değerlendirme amacıyla yaşlı bireyin sağlık durumu ve fonksiyonel yeterliliği konusunda veri toplaması,

İnterdisipliner ekip üyeleri ile işbirliği halinde çalışması,

Birey merkezli, insan onuruna yakışır ve empatik yaklaşım ile vereceği kararlarda yaşlı-hasta, ailesi ve sağlık personelinin katılımını sağlaması,

Yaşlı birey ve ailesinin haklarını gözetmesi ve savunucusu olması,

Yaşlı bireyin sağlık ve fonksiyonel performansının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve gerektiğinde yeniden kazandırılması,

Yaşlı bireyin konforunun sağlanması, bağımsızlığının desteklenmesi, saygınlığının korunması konularında yaşlı birey ve ailesinin bilgilendirilmesi,

Yaşlı bireyin gereksinim olduğunda diğer sağlık profesyonellerine ve toplum sağlığı merkezlerine yönlendirmesi,

Yaşlı bireyi etkileyen kronik, akut fiziksel ve mental hastalık süreçlerini tanımlaması,

Gerontoloji, geriatri alanında var olan bilgiyi hemşirelik uygulamalarında ve bakımda kullanması,

Yaşlı bireye ölüm sürecinde huzurlu ölümü sağlayabilecek bakımı vermesi ve palyatif bakımı kolaylaştırması,

Yaşlı bireyin otonomisine ve kararlarına saygı göstermesi,

Yaşlı bireyin eşi ve aile üyelerinin birbirini karşılıklı benimsemesi, rahat, umutlu ve güçlü olmalarını sağlaması,

Ulusal düzeyde profesyonel kuruluşlar ve sertifika programları ile profesyonel gelişimi sürdürmesi beklenmektedir (Akdemir ve Akyar 2010; Akdemir ve Akyar, 2009).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) gerontoloji hemşireliği standartlarına göre geriatri ve gerontoloji hemşireliği süreçlerini şu şekilde sınıflandırmıştır.

- a- Yaşlı bireyi değerlendirir, veri toplar (Veri toplama aşaması/Tanımlama),
- b- Veriler doğrultusunda hemşirelik tanısı koyar (Hemşirelik tanısı aşaması/Hemşirelik Sorunları),
- c- Yaşlı bireyin özel hedeflere ulaşip ulaşmadığını değerlendirir (Hedef/Beklenen sonuç aşaması/Sonuç Kriterleri),
- d- Hedefe ulaşmaya yönelik hemşirelik uygulamalarını içeren planı yapar (Planlama aşaması),
- e- Plan doğrultusunda hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirir (Uygulama/Hemşirelik Girişimleri),
- f- Yaşlı bireyin gelişimini izler (Değerlendirme aşaması) (Akdemir ve Akyar 2010; Trail Ross, 2007; Stevens, 2005).

2.9. Geriatrik Değerlendirmede Hemşirelik Yaklaşımı

Hızla artan yaşlı nüfus, sosyoekonomik, ailesel ve toplum sağlığı açılarından farklı bir yaş grubudur. Bu nedenle yaşlı hastanın sağlık durumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi, geriatrik değerlendirme ile mümkün olur.

Geriatrik değerlendirmenin hedefleri; hastanın temel özellikleri, özgeçmişini öğrenmek, koruyucu sağlık hizmetleri anlayışı ile risk faktörlerini belirlemek, hastalıkları önlemek, fonksiyonel durumu geliştirmek, hayat kalitesini artırmak, uzun dönem bakım planlarının yapılmasını sağlamak ve gereksiz harcamalardan kaçınılması bakım maliyetinden tasarruf yapmak için önemlidir (Savaş ve Akçiçek 2010; Akdemir ve Akyar, 2010).

Geriatrik değerlendirme bileşenleri; *medikal değerlendirme* (medikal hastalıklar, ilaçlar, laboratuvar sonuçları, muayene, beslenme, ağız ve dişler, işitme, görme, ağrı, üriner inkontinans), *psiko-sosyal değerlendirme* (kognitif durum, duyu durumu), *fonksiyonel değerlendirme* (Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA), denge ve yürüyüş, düşmeler egzersiz), *çevresel değerlendirme* (Ev ve çevre güvenliği, sosyal durum, finansal durum, bakım tercihleri), *sosyal değerlendirme* (sosyal destek ve rol, sağlık hizmetlerinden

yararlanma ve ulaşım, bakım imkanları, ekonomik durum) ana başlıkları altında yapılmalıdır (Savaş ve Akçiçek, 2010; Döventaş, 2009; Bozoğlu ve Naharcı, 2009; Akdemir ve Akyar, 2009; Trail Ross, 2007).

Geriatik değerlendirmenin en uygun şekilde uygulanabilmesi interdisipliner ekip ile mümkün olmaktadır (Akdemir ve Akyar, 2010; Dişçigil, 2009). Bu ekip içerisinde yeri tartışılmaz olan hemşirenin, toplum içinde hizmet sunması ve yaşlılarla yakın ilişkide olması açısından halk sağlığı hemşiresi, yaşlıların sağlığını değerlendirebilecek, çok önemli katkılar sağlayabilecek pozisyonundadır. Bu paralelde halk sağlığı hemşiresinin, 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 (Lueckenotte, 2000; Fletcher, 2008; Townsend, 2006). Toplumdaki yaşlı nüfus oranındaki artış ve sorunları değiştikçe, hemşireliğin rolü ve işlevlerinin de, toplumun gereksinimlerine yanıt verebilecek nitelikte değişime uğraması gerekir (Trail Ross, 2007). Halk sağlığı hemşiresi yaşlıların yardıma gereksinim duyduğu alanları saptaması, bakım ve rehabilitasyonu planlaması, hastalık öncesi fonksiyonel kapasitesine ulaşmasını, patolojik süreci çözümlenmesi için uygulamaların yapılması ve yaşlının bakımından sorumlu kişilerin ihtiyaçları da dikkate alınmalıdır (Erci, 2009; Akdemir ve Akyar, 2010; Erefe ve ark. 1998). Halk sağlığı hemşireleri gerek duyduklarında sevk ve danışmanlık hizmeti vererek bakımın sorumluluğunu üstlenme ve organize etmekle görevlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; Lefkoşa merkezde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon yaşama durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC'nin başkenti olan Lefkoşa merkezde yapılmıştır. Lefkoşa merkezin seçilmesinin nedeni KKTC'deki en fazla 65 yaş ve üzeri nüfusun Lefkoşa ilçesinde bulunması ve ulaşımın kolay olmasıdır. Lefkoşa merkezde toplam 23 mahalle bulunmaktadır. Bunlar; Abdiçavuş, Akkavuk, Arabahmet, Aydemet, Ayyıldız, Göçmenköy, Haydarpaşa, Kafesli, Karamanzade, Kızılay, Kumsal, Köşklüçiftlik, Küçükkaymaklı, Mahmutpaşa, Marmara, Ortaköy, Selimiye, Taşkinköy, Yenicami, Yenişehir, Çağlayan, İbrahimpaşa ve İplikpazarı Mahalleleridir. KKTC 2006 Devlet İstatistik Yıllığına (2007) göre Lefkoşa'nın nüfusu 85.579'dur, bu sayının 3760'ını 65 yaş ve üzeri yaşlılar oluşturmaktadır.

Bölgeye hizmet veren sağlık kuruluşları Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Cyprus Life Hastanesi, Özel Başkent Hastanesi, Etik Hastanesi ve Kentsel Sağlık Merkezi'dir. Bu sağlık kuruluşlarında çeşitli uzmanlık dallarında hizmet verilmesinin yanı sıra geriatri alanına özel herhangi bir hizmet verilmemektedir.

Lefkoşa Türk Belediyesinin (LTB) yaşlılara yönelik olarak "yaşlılara hizmet projesi" bulunmakta ve bu projeyi yürüten birimi bulunmaktadır. Bu birimin sunduğu hizmetler; hastaneye ulaşım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, pansuman ve enjeksiyon hizmetleri, berber ve kuaförlük hizmetleri, teknik hizmetler, psikolog ve sosyolog nezaretinde danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler sırasında üyelerle sohbet edilerek hem rahatlamaları hem sosyalleşmeleri hem de yalnızlık hissinden uzaklaşmaları sağlanmaktadır (<http://www.lefkosabelediyesi.org/>).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Lefkoşa merkezde KKTC 2006 yılı nüfus sayımı verilerine göre 65 yaş ve üstü 3760 yaşlı evreni oluşturmaktadır. Evreni oluşturan 3760 yaşlının, 1620'sini

erkek ve 2140'nı kadınlar oluşturmaktadır.

Örnekleme alınacak yaşlı bireyler evren içinden mahallelere ve yaş gruplarına göre tabakalı ve basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlarda örneklem hesabı formülü:

$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$ kullanılarak hesaplanmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009).

Bu hesaplamaya göre örnekleme alınan yaşlı bireylerin sayısı ;

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer: 1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı: 0.50

d: 0.05 (%95 güvenirlikle)

N: Evren (3760).

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} = \frac{3760 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}{0.05 \times 0.05 (3760-1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5} = 349$$

Örneklekimizi oluşturan 349 yaşlının 149'unu erkek ve 200'ünü kadın oluşturmaktadır. Alınacak olan mahalleler ve örnek alınacak kadın ve erkek yaşlı birey sayıları Tablo 3.3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.3.1 Örneklemeye Alınan Erkek ve Kadın Yaşlı Sayısı Dağılımı

Tabaka No	Mahalleler	Erkek Sayısı ni*	Tabaka Ağırlığı ai** = ni / n**	Örneklemeye Alınacak Erkek Sayısı		Kadın Sayısı ni*	Tabaka Ağırlığı ai** = ni / n**	Örneklemeye Alınacak Kadın Sayısı	
1.	Abdi Çavuş Mah.	21	0,006	1,949	2	29,000	0,008	2,692	3
2.	Akkavuk Mah.	23	0,006	2,135	2	37	0,010	3,434	3
3.	Arabahmet Mah.	20	0,005	1,856	2	27	0,007	2,506	3
4.	Aydemet Mah.	25	0,007	2,320	2	40	0,011	3,713	4
5.	Ayyıldız Mah.	15	0,004	1,392	1	29	0,008	2,692	3
6.	Göçmenköy Mah.	121	0,032	11,231	11	139	0,037	12,902	12
7.	Haydarpaşa Mah.	7	0,002	0,650	1	8	0,002	0,743	1
8.	Kafesli Mah.	8	0,002	0,743	1	13	0,003	1,207	1
9.	Karamanzade Mah.	10	0,003	0,928	1	19	0,005	1,764	2
10.	Kızılay Mah.	112	0,030	10,396	10	177	0,047	16,429	16
11.	Kumsal Mah.	97	0,026	9,003	9	103	0,027	9,560	10
12.	Köşklüçiftlik Mah.	185	0,049	17,172	17	281	0,075	26,082	26
13.	Küçük Kaymaklı Mah.	235	0,063	21,813	22	296	0,079	27,474	27
14.	Mahmut Paşa Mah.	7	0,002	0,650	1	17	0,005	1,578	2
15.	Marmara Mah.	101	0,027	9,375	9	125	0,033	11,602	12
16.	Ortaköy Mah.	188	0,050	17,450	17	195	0,052	18,100	18
17.	Selimiye Mah.	9	0,002	0,835	1	17	0,005	1,578	2
18.	Taşkinköy Mah.	131	0,035	12,159	12	131	0,035	12,159	12
19.	Yenicamii Mah.	21	0,006	1,949	2	53	0,014	4,919	5
20.	Yenişehir Mah.	214	0,057	19,863	20	289	0,077	26,825	27
21.	Çağlayan Mah.	52	0,014	4,827	5	73	0,019	6,776	7
22.	İbrahimpaşa Mah.	13	0,003	1,207	1	34	0,009	3,156	3
23.	İplikpazarı Mah.	5	0,001	0,464	0	8	0,002	0,743	1
Toplam		1620			149	2140			200

ni* = Tabakadaki birey sayısı ,

ai** = Tabaka ağırlığı,

n** = Örneklemeye alınacak birey sayısı

Her mahalleden alınacak kadın ve erkek yaşlı sayısı yaş gruplarına göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş, Tablo 3.3.2’de verilmiştir. Daha sonra her mahalleden alınacak kadın ve erkek sayısı basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

Eğitilmiş ve Eğitimsizlerde Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Testin (DSMMT) puanlandırılmasında eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı alan ve çalışmaya katılmak istemeyen yaşlı bireyler çalışmaya alınmamıştır.

Tablo 3.3.2. Mahalle ve Yaş Gruplarına Göre Örneklem Kapsamına Alınacak Kadın ve Erkek Yaşlı Sayılarının Dağılımı

Tabaka No	Mahalleler	Yaş Aralığı								Toplam E + K
		65-69		70-74		75-79		80- ∞		
		E	K	E	K	E	K	E	K	
1.	Abdi Çavuş Mah.	1	1	-	1	-	-	1	1	5
2.	Akkavuk Mah.	1	1	1	1	-	-		1	5
3.	Arabahmet Mah.	1	1	-	-	-	1	1	1	5
4.	Aydemet Mah.	1	1	-	1	1	1	-	1	6
5.	Ayyıldız Mah.	-	1	1	1	-	-	-	1	4
6.	Göçmenköy Mah.	4	5	3	4	2	1	2	2	23
7.	Haydarpaşa Mah.	-	-	1	1	-	-	-	-	2
8.	Kafesli Mah.	-	1	1	-	-	-	-	-	2
9.	Karamanzade Mah.	1	-	-	1	-	1	-	-	3
10.	Kızılay Mah.	4	6	3	4	1	3	2	3	26
11.	Kumsal Mah.	4	4	3	2	1	2	1	2	19
12.	Köşklüçiftlik Mah.	5	7	4	5	3	7	5	7	43
13.	Küçük Kaymaklı Mah.	9	10	6	6	4	6	3	5	49
14.	Mahmut paşa Mah.	-	-	-	1	-	-	1	1	3
15.	Marmara Mah.	5	5	3	3	1	2	-	2	21
16.	Ortaköy Mah.	8	7	5	5	2	3	2	3	35
17.	Selimiye Mah.	-	1	-	-	-	-	1	1	3
18.	Taşköy Mah.	6	5	3	3	2	2	1	2	24
19.	Yenicamii Mah.	-	1	-	2	1	1	1	1	7
20.	Yenişehir Mah.	7	10	6	7	3	4	4	6	47
21.	Çağlayan Mah.	2	2	1	2	1	2	1	1	12
22.	İbrahimpaşa Mah.	-	1	-	-	1	1	-	1	4
23.	İplikpazarı Mah.	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Toplam		59	70	41	50	23	38	26	42	349

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik ve sağlık durumlarına yönelik soru formu, günlük yaşam aktivite durumlarına yönelik Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, depresyon durumlarına yönelik Geriatrik Depresyon Ölçeği ve bilişsel durumlarının değerlendirilmesine yönelik Standardize Mini Mental Testi Ölçekleri kullanılarak (EK-1) toplanmıştır.

Yaşlıların hangi evlerde oturduklarını araştırmacı bilmediğinden mahalle ziyaretleri gerçekleştirmiş ve LTB Yaşlılara Hizmet Birimi çalışanlarının ev ziyaretlerine katılarak, yaşlıların izinleri alındıktan sonra formları doldurmak için yeniden araştırmacı ziyaret gerçekleştirmiş ve yüz yüze görüşme tekniği ile formlarını doldurmuştur.

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Verileri toplamak için kullanılan soru formu, araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır (Arslan ve Gökçe Kutsal, 2000; Özdemir, Akdemir ve Akyar, 2005; Özdemir ve Akdemir, 2006; Wallace, 2008; Schrefler, 2000; Judith ve Schilling, 2003; Şelimen ve ark. 2010; Akdemir ve Birol 2004; Altay ve Avcı, 2009; Sabancıoğulları ve ark. 2007).

Soru formunun birinci bölümünde, araştırmaya katılan yaşlıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvence varlığı, gelirini nereden sağladığı, gelir algısı, ev sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, kendine ait oda, çocuklarının destek durumu, arkadaşlarıyla ve çocuklarıyla görüşme durumu, bir günlük zamanını değerlendirme durumu gibi özellikler yer almaktadır.

Soru formunun ikinci bölümünde, araştırmaya katılan yaşlıların sahip olduğu kronik hastalıklar, kullandığı yardımcı cihazlar, günlük bakımında yardım alıp-almadığı, duyu kaybı, fiziksel yetersizliğin varlığı, varlığı durumunda günlük yaşamını etkileme durumu, ilaç kullanımı ve sağlık algısını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.4.1.1 Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Shah ve Granger tarafından Barthel Ölçeğinin değiştirilmesi ve değerlendirilen aktivite sayısının artırılması ile ortaya çıkmıştır (Shah ve ark, 1989). Ölçek, kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini belirlemek amacı ile kullanılan bir değerlendirme aracıdır (Yavuzer ve ark, 2000). Ölçeğe göre değerlendirilen aktivite kategorileri beslenme, transfer (tekerlikli sandelyeden yatağa ve yataktan sandalyeye geçiş), kendine bakım, klozete oturup kalkma, yıkanma, düzgün yüzeyde yürüme, merdiven inip çıkma, giyinip soyunma, barsak bakımı ve mesane bakımındır. Aktiviteler kişinin yapabilme derecesine göre puanlanmakta ve toplam puana göre kişinin bağımlılık derecesine karar verilmektedir. Modifiye Barthel Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuzer ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, cronbach alfa katsayısı 0.92-0.93 arasında bulunmuştur (Yavuzer ve ark, 2000). Ölçekte 0-20 puan tam bağımlılığı, 21-61 puan yarı bağımlılığı, 62-90 puan orta derecede bağımlılığı ve 91-100 puan tam bağımsızlığı ifade etmektedir. Ölçek puanı yükseldikçe bağımsızlık derecesi artmaktadır.

3.4.1.2. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Amerika Birleşmiş Devletlerin'de Lawton ve arkadaşları tarafından (1969) geliştirilmiştir. Telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. EGYA de 0-8 puan bireyin bağımlı olduğunu, 9-16 puan bireyin yarı bağımlı olduğunu, 17-24 puan bireyin bağımsız olduğunu ifade etmektedir. Ölçek puanı yükseldikçe bağımsızlık derecesi artmaktadır.

3.4.1.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Yesavage ve arkadaşları (1983) tarafından 30 sorudan oluşan yaşlı popülasyona yönelik geliştirilen ölçeğin, Shiekh ve arkadaşları tarafından (1986) Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15) geliştirilmiştir. GDÖ-15 ölçeğinin türk toplumunda geçerlilik güvenirliliği Ertan ve arkadaşları (2004) tarafından çalışılmıştır. GDÖ'nin 15 soruluk kısa formu, 30 soruluk Geriatrik Depresyon Ölçeği' nin 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22 ve 23 numaralı sorularından oluşmaktadır. Ertan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada orijinal ölçek ile iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur. GDÖ-15'in Cronbach alfa değeri 0,87, split half Guttman korelasyon katsayısı ise 0,83 bulunmuştur. Pearson korelasyon analizi r: 0,69 'dur. Çalışmada GDÖ-15, 7-8 kesme puanının duyarlılığı %72, özgünlüğü %80 olarak saptanmıştır. Testteki soruların cevapları evet / hayır şeklindedir. Uygulama süresi 5 ila 10 dakika arasındadır. Puanlamada, 7-8 puan kesme noktası olup, 7 puan ve altında alanlarda depresyon riski yok iken, 8 puan ve üzeri alanlarda olası depresyon riski vardır. Ölçek duygulanım değişikliği, durağanlaşma, çabuk öfkelenme, yaşamdan geri çekilme, rahatsız edici düşünceler, geçmiş, şimdiki zaman ve geleceğe yönelik olumsuz yargı alanlarını içermektedir (Ertan ve ark. 2004).

3.4.1.4. Eğitimli ve Eğitimsizlerde Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Testi (DSMMT)

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Gürgeç ve ark. (2002) tarafından MMT'in Türk toplumunda demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. On bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (Gürgeç ve ark., 2002). Molloy ve Standish (1997) MMT in bir sorunun soruluş biçimi, anlaşılamadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir cevabın ne olması gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneceği gibi uygulamaya ait kuralları içeren bir "Standardize Uygulama Kılavuzu" eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma göre daha yüksek "uygulayıcılar arası tutarlılık" gösterdiğini belirtmişlerdir (Gürgeç ve ark, 2002).

Test eğitim ve yaştan etkilenmektedir. Güngen ve arkadaşlarının hazırladığı testin Türkçe versiyonunun en yüksek duyarlık ve özgüllüğün saptandığı kesim değeri (23/24) demans taraması yapılacak eğitimsiz veya düşük eğitilmiş yaşlılar için oldukça yüksek bir puandır. Uçku ve arkadaşları (2007) Standartize Minimal Test' in eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonunu yeniden düzenlemişler ve eğitilmiş bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90,9), seçiciliğe (%97,0), pozitif olabilirliğe (30.30), negatif olabilirliğe (0.09); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82,7), seçiciliğe (%92,3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğunu saptamışlardır. Eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu 23 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini gösterirken, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı olması bilişsel bozukluğu 19 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini göstermektedir. Çalışmada ölçeğin puanlandırılmasında eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı alanlarda bilişsel bozukluk olabileceği düşünülmüştür. Keskinoglu ve arkadaşları (2006), okuma-yazma bilmeyen ve beş yıldan daha az süre öğrenim gören yaşlılar için geçerlilik, güvenilirlik araştırması yapmışlar ve kesim noktalarının az eğitimlilere göre belirlendiği, güvenilirlik ve geçerliliği kanıtlanmış yeni bir SMMT oluşturmuşlardır. Çalışmamızda SMMT'in en son hali olan bu ölçek kullanılmıştır.

3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunun kapsam geçerliliği alanında uzman iki öğretim üyesi* tarafından değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Daha sonra formun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla örneklem grubunun %10'unu (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009) oluşturan 35 yaşlıya (15'i erkek, 20'si kadın) çalışmanın yapılmadığı farklı bir bölgede ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra soru formuna son şekli verilmiştir.

*Yard. Doç. Dr. Leyla Özdemir, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yard. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

3.4.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, araştırmacı tarafından, ev ziyaretleri yapılarak, yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile 7 Temmuz 2011 – 1 Eylül 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından yaşlılara okunup, yaşlıların vereceği yanıtlar yine araştırmacı tarafından anket formuna işaretlenmiştir. Formun uygulanması yaklaşık yirmi dakika sürmüştür.

3.5 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma konusu ve oluşturulan soru formu Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu (YDÜBADEK) tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur (EK 4).

Araştırmaya katılan 65 yaş üstü bireylerin verilerinin toplanabilmesi için KKTC İçişleri ve Yerel Yönetimler Bakanlığı Lefkoşa Kaymakamlığından gerekli yasal yazılı izin (EK 3) alınmıştır. LTB Yaşlılara Hizmet Birimi sorumlusundan ekiplerinin gerçekleştirdiği ev ziyaretlerine katılabilmek için sözel olarak izin alınmıştır. Araştırmacı tarafından yaşlılara araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına yönelik bilgi verilmiş ve yazılı onamları (EK 2) alınmıştır.

Depresyon ölçeğine göre depresif belirti gösteren yaşlı bireylerin ailelerine ve LTB yaşlılara hizmet birimi sorumlularına yaşlıların bu durumları bildirilerek sağlık kuruluşlarına gitmeleri önerilmiştir.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları Lefkoşa merkezde bulunan mahallelerdeki 65 yaş ve üzeri bireylere genellenebilir.

Eğitilmiş ve Eğitimsizlerde Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Testin (DSMMT) puanlandırılmasında eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı alanlarda bilişsel bozukluk olabileceği düşünülmektedir (Keskinoğlu ve ark, 2006). Bilişsel bozukluğu olan yaşlılarımızın da demans olabileceği ve demansa bağlı olarak ağır depresyon yaşayabileceği için çalışma dışında bırakılmıştır. DSMMT sonuçlarına göre bilişsel bozukluğu olabileceğini değerlendirdiğimiz 16 yaşlı birey çalışmaya alınmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 18.0 programında, uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi, yüzdeler hesabı, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi), ANOVA (Varyans analizi) testleri uygulanarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Bulgular iki başlık altında incelenmiştir:

4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulgular

4.2. Yaşlıların Modifiye Barthel, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımına yönelik bulgular

4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.1.1. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:349)

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	Sayı (n:349)*	%
Yaş		
65 - 69	130	37.2
70 - 74	90	25.8
75 - 79	61	17.5
80 – üzeri	68	19.5
Yaş Ortalaması: 73.43±6.72		
Cinsiyet		
Kadın	200	57.3
Erkek	149	42.7
Medeni Durumu		
Evli	210	60.2
Hiç Evlenmemiş	12	3.4
Dul/Boşanmış	127	36.4
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	68	19.5
Okuryazar	81	23.2
İlkokul	140	40.1
Ortaokul	42	12.0
Lise ve üzeri**	18	5.2
Sosyal Güvence Durumu		
Var	278	79.7
Yok	71	20.3
Gelir Kaynağı Durumu		
Emekli maaşından	320	91.7
Yakınlarından (Çocuk ve akrabalarından)	21	6.0
Halen çalışan ve kira bedeli alan	8	2.3
Gelirini Algılama Durumu		
Gelir giderden az	127	36.4
Gelir gidere denk	195	55.9
Gelir giderden fazla	27	7.7
Birlikte Yaşadığı Kişi Durumu		
Birlikte yaşadığı kişi var	264	75.6
Yalnız yaşıyor	85	24.4
Çocuk Sayısı (n:321***)		
1-3	149	46.4
4-6	144	44.9
7 ve üzeri	28	8.7

Tablo 4.1.1. (Devam) Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Çocukların Maddi Manevi Destek Olma Durumu		
Destek oluyor	297	85.1
Destek olmuyor	52	14.9
Arkadaşlarıyla Görüşme Durumu		
Görüşüyor	281	80.5
Görüşmüyor	68	19.5
Bir Günlük Zamanını Değerlendirme Durumu (n:349****)		
Uğraşı yok	6	1.7
Ev işleri	200	57.3
Arkadaş ziyareti	119	34.1
Bahçe ile uğraşma	122	35.0
Televizyon izleme	323	92.6
Gazete/Kitap okuma	72	20.6

* Yüzdeler n'e göre hesaplanmıştır.

** Lise ve üzeri seçeneği içerisinde yüksek okul bitiren 3 yaşlı yer almaktadır.

*** n:321 çocuğu olanların sayısı.

**** Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.1.1'de yaşlıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalamasının 73.43 ± 6.72 olduğu, ortalamayı en fazla (%37.2) 65-69 yaş grubunun oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadın yaşlıların (%57.3) erkek yaşlılardan (%42.7) daha fazla olduğu görülmektedir. Yaşlıların %60.2'sinin halen evli olduğu ve %75.6'sının evde en az bir yakınıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır. Eğitim düzeylerine göre baktığımızda, en fazla (%40.1) ilkokul mezunu oldukları görülmüştür. Yaşlıların %79.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, neredeyse tamamına yakınının (%91.7) gelir kaynağının eşinin ve/veya kendisinin emekli maaşı olduğu ve kendi ifadelerine göre %55.9'nun gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların çocuk sayıları incelendiğinde; %42.7'sinin 1-3, %41.3'sinin ise 4-6 arasında çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca yaşlıların çoğunluğu (%85.1) çocuklarının maddi-manevi destek olduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların %80.5'inin arkadaşlarıyla görüştüğü belirlenmiştir. Yaşlıların tamamına yakınının (%92.6) her gün televizyon izlediği saptanmıştır.

Tablo.4.1.2. Yaşlıların Sağlık Durumları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n:349)

Yaşlıların Sağlık Durumları İle İlgili Özellikleri	Sayı	%
Kronik Hastalık Durumu		
Yok	22	6.3
Bir tane	65	18.6
İki tane	59	16.9
Üç ve daha fazla	203	58.2
İlaç Kullanım Durumu		
Kullanıyor	323	92.6
Kullanmıyor	26	7.4
Sistemlere Göre Hastalık Durumu		
Endokrin sistemi hastalıklar	282	80.8
Kardiyo-vasküler sistem hastalıkları	186	53.3
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	151	43.3
Sindirim sistemi hastalıkları	96	27.5
Genito-üriner sistem hastalıkları	60	17.2
Solunum Sistemi	51	14.6
Nörolojik sistem hastalıkları	26	7.4
Duyu Kaybı Durumu		
Var	303	86.8
Yok	46	13.2
Günlük İşlerini Sürdürmede Yardım Gereksinimi		
Var	75	21.5
Yok	274	78.5
Günlük İşlerini Sürdürmek İçin Yardım Aldığı Kişiler (n:75)*		
Eşi	22	29.3
Çocukları	20	26.7
Bakıcısı	33	44.0
Kendi Sağlıkını Algılama Durumu		
Çok iyi	13	3.7
İyi	134	38.4
Orta	156	44.7
Kötü	46	13.2
Ameliyat Geçirme Durumu		
Var	202	57.9
Yok	147	42.1
Protez ve/veya Yardımcı Cihaz Kullanım Durumu		
Kullanıyor	309	88.5
Kullanmıyor	40	11.5

Tablo. 4.1.2. (Devam) Yaşlıların Sağlık Durumları İle İlgili Özelliklerin Dağılımı (n:349)

Kullanılan Protez ve/veya Yardımcı Cihazlar**		
Gözlük	279	79.9
Diş Protez	148	42.4
Baston	64	18.3
İşitme Cihazı	26	7.4
Tekerlekli Sandalye	18	5.2
Yürüteç (Walker)	13	3.7
Ekstremitte Protezi	4	1.1

*n:75 Günlük işlerini sürdürmede yardıma gereksinim duyduğunu ifade eden yaşlı sayısı.

** Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Yaşlı bireylerin sağlık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo.4.1.2’de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların %58.2’sinin üç ve daha fazla sayıda kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalığı ile ilgili %92.6’sının ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Sistemlere göre hastalık durumları incelendiğinde; yaşlıların %80.8’inin endokrin sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken, bunu %53.3 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %43.3’le kas iskelet sistemi hastalıkları izlemektedir. Yaşlıların kendi sağlıklarını algılama durumu incelendiğinde; %44.7’sinin sağlığını orta olarak, %38.4’ünün ise sağlığını iyi olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Yaşlıların %57.9’unun en az bir cerrahi girişim hikayesinin olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %86.8’inin en az bir duyu kaybına sahip olduğu dikkat çekmektedir. Yaşlı bireylerin %88.5’inin en az bir protez ve/veya yardımcı cihaz kullandığı saptanmıştır. Yaşlıların %7.4’ünün işitme cihazı, %79.9’unun gözlük kullandığı, %18.3’ünün baston, %42.4’ünün diş protezi kullandığı belirlenmiştir.

Tabloda yer almayan bulgulara göre; çalışma kapsamına alınan yaşlıların %32.5’i görme kaybından ve %20.1’i ise işitme kaybından dolayı günlük yaşam aktivitelerinin çok etkilendiğini ifade etmişlerdir.

4.2. Yaşlıların Modifiye Barthel, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Yaşlıların Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktivite Durumu	Sayı	%
Tam Bağımlı (0-20 puan)	13	3.7
İleri Derece Bağımlı (21-61 puan)	19	5.4
Orta Derecede Bağımlı (62-90 puan)	99	28.4
Tam Bağımsız (91-100 puan)	218	62.5

Tablo 4.2.1.'de yaşlıların Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA) ölçeği puanlarının dağılımı verilmiştir.

Çalışma kapsamındaki yaşlıların Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinden aldıkları puanlara göre bağımlılık durumları incelendiğinde, yaşlıların %3.7'sinin tam bağımlı, %5.4'ünün ileri derecede, %28.4'ünün orta derecede bağımlı olduğu, yarıdan fazlasının ise (%62.5) tam bağımsız olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite Durumu	Sayı	%
Bağımlı (0-8 puan)	7	2.0
Yarı bağımlı (9-16 puan)	66	18.9
Bağımsız (17-24 puan)	276	79.1

Yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden aldıkları puanlar incelendiğinde, yalnızca %2'sinin bağımlı olduğu, %18.9'unun yarı bağımlı olduğu ve %79.1'inin ise bağımsız oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.2.3. Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinde Yer Alan Aktiviteleri Bağımsız Yapabilme Düzeylerinin Dağılımı

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	Tam Bağımlı		Yarı Bağımlı		Bağımsız	
	n	%	n	%	n	%
Telefon edebilme	37	10.6	28	8.0	284	81.4
Alış-veriş yapma	77	22.1	72	20.6	200	57.3
Yemek hazırlayabilme	72	20.6	61	17.5	216	61.9
Ev işlerini yapabilme	95	27.2	73	20.9	181	51.9
Çamaşır yıkayabilme	98	28.1	69	19.8	182	52.1
Kendi ilacını içebilme	34	9.7	50	14.4	265	75.9
Ulaşım araçlarına binebilme	59	16.9	57	16.3	233	66.8
Parasını idare edebilme	33	9.5	18	5.1	298	85.4

Tablo 4.2.3.'de yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinde yer alan aktiviteleri bağımsız yapabilme düzeylerinin dağılımı bulunmaktadır.

Yaşlı bireylerin %28.1'i çamaşır yıkamada, %27.2'si ev işlerini yapabilmeye bağımlı olduklarını ifade etmişlerdir. En fazla bağımsızlık yaşadıkları enstrümental günlük yaşam aktivitesi ise parasını idare edebilme (%85.4) durumudur.

Tablo 4.2.4. Yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Depresyon durumu	Sayı	%
Depresyon belirtisi yok (7 ve 7'in altı puan)	241	69.1
Depresyon belirtisi var (8 ve 8'nin üzeri puan)	108	30.9

Tablo 4.2.4.'de yaşlıların depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı gösterilmektedir.

Yaşlı bireylerde depresyon belirtilerinin görülme yaygınlığı incelendiğinde; yaşlıların %30.9'unda depresyon belirtisi görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 4.2.5. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Modifiye Barthel GYA Ölçeği	
	X±SS*	İstatistiksel Değerlendirme
Yaş 65 - 74 75 ve üzeri	94.0±10.9 78.7±25.0	t=7.865** p<0.05
Cinsiyet Kadın Erkek	85.0±20.4 92.9±15.8	t=3.957 p<0.05
Medeni Durumu Evli Bekâr	94.0±9.9 80.0±25.3	t=7.226 p<0.05
Eğitim Durumu Okuryazar değil Okur -yazar İlkokul Ortaokul Lise	79.9±23.1 87.7±19.0 90.0±17.5 93.6±13.6 94.1±13.2	F=5.130*** p<0.05
Gelirini Algılama Durumu Gelir giderden az Gelir gidere denk/fazla	81.1±23.8 92.5±14.0	t=-5.625 p<0.05
Birlikte Yaşadığı Kişi Durumu Birlikte yaşadığı kişi var Yalnız yaşıyor	87.6±20.8 90.7±11.2	t=-1.309 p>0.05
Çocuk Sahibi Olma Durumu Yok 1-3 4 ve üzeri	89.6±19.6 90.3±17.1 86.5±20.2	F=1.641 p>0.05

*SS: Standart Sapma

** t testi

*** ANOVA Testi

Tablo 4.2.5’de yaşlıların tanımlayıcı özelliklere göre Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA) Ölçeği puan ortalamasının dağılımı bulunmaktadır.

Çalışmamızda 65-74 yaş grubunun (94.06±10.95), 75 yaş ve üzeri yaş grubuna (78.76±25.01) göre MBGYA puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

MBGYA puan ortalamasının kadınlarda (85.02±20.40), erkeklerden (92.98±15.83) göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu saptanmiştır ($p<0.05$). Medeni durumuna göre, bekâr grupta (80.00 ± 25.30) olan yaşlı bireylerin MBGYA puan ortalamasının evli (94.00 ± 9.92) olan yaşlılara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farkın anlamli olduğu saptanmiştır ($p<0.05$). Yaşlı bireylerin eğitim durumları ile MBGYA puan ortalamaları karşılaştırıldığında okur-yazar olmayanların (79.92 ± 23.10), okur-yazar olanlar (87.70 ± 19.08) ve ilkokul mezunu olanlara (90.07 ± 17.54) göre daha düşük ortalama puana sahip olduğu saptanmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ($p<0.05$). Gelirini az olarak algılayan (81.18 ± 23.80) yaşlı bireylerin, gelir gidere denk/fazla (92.56 ± 14.02) olarak algılayanlara göre MBGYA lek puan ortalamasının düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.2.6. Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri leği Puan Ortalaması Dağılımı

Sağlık Durumu	Modifiye Barthel İndeksi	
	X±SS*	İstatistiksel Değerlendirme
Kronik Hastalık Durumu		
Yok	97.7±6.6	t=2.391**
En az bir	87.7±19.3	p<0.05
İlaç Kullanım Durumu		
Kullanıyor	87.6±19.4	t=-2.665
Kullanmıyor	97.8±6.1	p<0.05
Duyu Kaybı Durumu		
Var	87.3±19.9	t=-2.799
Yok	95.6±7.3	p<0.05
Bakımında Gereksinim Duyma Durumu		
Var	64.2±27.1	t=-16.674
Yok	65.0±7.3	p<0.05
Kendi Sağlığını Algılama Durumu		
Çok iyi/İyi	95.7±8.1	F=58.312***
Orta	88.1±16.9	p<0.05
Kötü	65.7±29.6	

*SS: Standart Sapma

** t testi

*** ANOVA Testi

Tablo 4.2.6.'da yaşlıların sağlık durumlarına göre Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (MBGYA) leği puan ortalamasının dağılımı verilmiştir.

Çalışmamıza alınan yaşlı bireylerin MBGYA puan ortalamasının kronik hastalığın varlığı durumu ile karşılaştırıldığında kronik hastalığı olmayanların (97.7 ± 6.6), en az bir tane kronik hastalığı (87.7 ± 19.3), olan yaşlılara göre puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). İlaç kullanan yaşlı bireylerin (87.6 ± 19.4), ilaç kullanmayan yaşlı bireylere (97.8 ± 6.1) göre puan ortalamaları düşük bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Duyu kaybı olan yaşlı bireylerin (87.3 ± 19.9) puan ortalaması, duyu kaybı olmayan yaşlılara (95.6 ± 7.3) göre daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşlı bireylerin bakıma gereksinim duyma durumu, gereksinimi olan (64.2 ± 27.1), gereksinimi olmayan (65.0 ± 7.3) yaşlı bireylere göre MBGYA ortalama puanının daha düşük olduğu saptanmış aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Sağlık algısını kendi ifadeleriyle değerlendiren yaşlı bireylerin, MBGYA puan ortalamalarının “çok iyiden”, “kötüye” doğru bir azalış gösterdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.2.7. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalaması Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Enstrümental GYA Ölçeği	
	X±SS*	İstatistiksel Değerlendirme
Yaş 65 - 74 75 ve üzeri	21.6±3.0 16.6±5.1	t=11.344** p<0.05
Cinsiyet Kadın Erkek	19.9±4.9 19.6±4.2	t=0.410 p>0.05
Medeni Durumu Evli Bekâr	20.6±3.7 18.5±5.5	t=4.373 p<0.05
Eğitim Durumu Okuryazar değil Okur- yazar İlkokul Ortaokul Lise	17.1±5.0 18.9±4.7 21.0±4.0 21.0±4.9 21.5±3.8	F=10.815*** p<0.05
Gelirini Algılama Durumu Gelir giderden az Gelir gidere denk/fazla	18.6±5.3 20.5±4.0	t=-3.69 p<0.05
Birlikte Yaşadığı Kişi Durumu Birlikte yaşadığı kişi var Yalnız yaşıyor	19.4±4.8 20.8±3.8	t=2.416 p<0.05
Çocuk Sahibi Olma Durumu Yok 1-3 4 ve üzeri	19.9±4.3 21.1±4.2 18.6±4.3	F=11.771 p<0.05

*SS: Standart Sapma

** t testi

*** ANOVA Testi

Tablo 4.2.7.'de yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği puan ortalamasının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı yer almaktadır.

Yaşlı bireylerin EGYA puan ortalaması 65-74 yaş grubunda (21.6±3.0), 74 ve üzeri (16.6±5.1) yaş grubundan daha yüksek saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). EGYA ölçeği puan ortalamasının kadınlarda (19.9±4.9), erkeklerden (19.6±4.2) daha yüksek olduğu ve aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Evli olan yaşlıların (20.6±3.7) EGYA ölçeği

puan ortalamasının bekâr olan yaşlılardan (18.5±5.5) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yaşlı bireylerin eğitim düzeylerine göre EGYA ölçeği puan ortalaması bakıldığında; okur-yazar olmayanlarda (17.1±5.0), okur- yazar olan (18.9±4.7), orta okul mezunu olan (21.0±4.9) ve lise mezunu olanlara (21.5±3.8) göre daha düşük olduğu ve arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Gelirini düşük olarak algılayan yaşlı bireylerin (18.6±5.3), EYGA ölçeği puan ortalamasının gelirini denk ya da fazla olarak algılayan yaşlıların puan ortalamasına (20.5±4.0) göre daha düşük olduğu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Yaşlı bireylerin EGYA ölçeği puan ortalamasının birlikte yaşadığı kişi varlığı (19.4±4.8), yalnız yaşayanlara (20.8±3.8) göre daha düşük olduğu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Çocuk sahibi olma durumu ile EGYA ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.2.8. Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

Sağlık Durumu	Enstrümental GYA Ölçeği	
	X±SS*	İstatistiksel Değerlendirme
Kronik hastalık durumu		
Yok	22.2±2.9	t=2.52**
En az bir	19.6±4.7	p<0.05
İlaç kullanım durumu		
Kullanıyor	19.6±4.6	t=-2.191
Kullanmıyor	21.7±3.7	p<0.05
Duyu kaybı durumu		
Var	19.5±4.7	t=-2.936
Yok	21.6±3.2	p<0.05
Bakımında gereksinim duyma durumu		
Var	14.0±4.5	t=-15.875
Yok	21.3±3.2	p<0.05
Sağlığı algılama durumu		
Çok iyi/İyi	21.5±3.4	F=34.938***
Orta	19.4±4.3	p<0.05
Kötü	15.5±5.9	

*SS: Standart Sapma

** t testi

*** ANOVA Testi

Tablo 4.2.8’ de yaşlıların sağlık durumlarına göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği puan ortalamasının dağılımı verilmektedir.

Çalışmamıza alınan yaşlı bireylerin EGYA Ölçeği puan ortalamasının kronik hastalığın varlığı durumu ile karşılaştırıldığında kronik hastalığı olmayanların (22.22 ± 2.99), en az bir tane kronik hastalık olma (19.65 ± 4.70) durumuna göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Herhangi bir hastalık nedeniyle ilaç kullanan yaşlı bireylerin EGYA Ölçeği puan ortalamasının (19.66 ± 4.69), ilaç kullanmayan yaşlı bireylerin ortalamasına (21.73 ± 3.71) göre daha düşük olduğu görülmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Duyu kaybı olan yaşlı bireylerin EGYA ölçeği puan ortalamasının (19.53 ± 4.77), duyu kaybı olmayan bireylerin EGYA ölçeği puan ortalamasına göre (21.67 ± 3.24) daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamıza alınan yaşlı bireylerin bakıma gereksinim duyma durumu ile EGYA Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırmasında, bakıma gereksinimi olanların EGYA Ölçeği puan ortalamasının (14.05 ± 4.57), bakıma gereksinimi olmayanların puan ortalamasından (21.39 ± 3.21) daha düşük olduğu saptanmış aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bununla birlikte tabloda yer almayan bulgulara göre, yaşlı bireye bakımında bakıcısı yardım edenlerin EGYA Ölçeği puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiş ve gruplar arasındaki fark anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$).

Sağlık algısını kendi ifadeleriyle değerlendiren yaşlı bireylerin, EGYA Ölçeği puan ortalaması “çok iyiden” “kötüye” doğru bir azalma göstermiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.9. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Depresyon Puan Ortalaması	
	X±SS*	İstatistiksel Değerlendirme
Yaş 65 – 74 75 ve üzeri	4.3±3.3 6.0±3.6	t= -4.352** p<0.05
Cinsiyet Kadın Erkek	5.8±3.6 3.7±3.1	t= 5.532 p<0.05
Medeni Durumu Evli Bekar	3.8±3.0 6.6±3.6	t=-8.042 p<0.05
Eğitim Durumu Okuryazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise	6.5±3.6 4.4±3.3 3.9±3.6 3.6±3.3 4.0±3.6	F= 5.661*** p<0.05
Gelirini Algılama Durumu Gelir giderden az Gelir gidere denk/fazla	6.2±3.6 4.2±3.3	t= 5.223 p<0.05
Birlikte Yaşadığı Kişi Durumu Birlikte yaşadığı kişi var Yalnız yaşıyor	4.6±3.5 5.8±3.4	t= -2.763 p<0.05
Çocuk Sahibi Olma Durumu Yok 1-3 4 ve üzeri	4.7±3.7 5.0±3.6 4.8±3.4	F= 0.180 p>0.05

*SS: Standart Sapma

** t testi

*** ANOVA Testi

Tablo 4.2.9’da yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamasının tanımlayıcı özelliklerle dağılımı verilmiştir.

Yaşlıların yaşları ile depresyon belirtisi puan ortalaması dağılımına bakıldığında, yaşla birlikte depresyon belirtileri puan ortalamasının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Depresyon belirtileri puan ortalamasının kadınlarda (5.82±3.62), erkeklerden (3.77±3.11) daha yüksek olduğu

ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı zamanda depresyon belirtisi puan ortalamasının bekâr grupta (6.68 ± 3.62), evlilerden (3.80 ± 3.01), yalnız yaşayan yaşlıların en az bir kişiyle yaşayanlara göre daha yüksek bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşlıların eğitim durumları ile depresyon belirtisi puan ortalaması karşılaştırıldığında okuryazar olmayanların (6.52 ± 3.64), okur yazar olan (4.46 ± 3.34) ve ilkokul mezunu olanlara (3.97 ± 3.68) göre daha yüksek olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gelirini düşük olarak algılayan yaşlı bireylerin, depresyon belirtisi puan ortalamasının (6.22 ± 3.64), gelirini denk ya da fazla olarak algılayan yaşlıların puan ortalamasına (4.22 ± 3.30) göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışmamıza alınan yaşlı bireylerin çocuk sahibi olma durumu ile depresyon belirtileri puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.10. Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

Sağlık Durumu	Depresyon Puan Ortalaması	
	X±SD*	İstatistiksel Değerlendirme
Kronik hastalık durumu		
Yok	2.6±3.5	t=-3.192** p<0.05
En az bir	5.1±3.5	
İlaç kullanım durumu		
Kullanıyor	5.1±3.5	t=3.055 p<0.05
Kullanmıyor	2.9±3.4	
Duyu kaybı durumu		
Var	5.2±3.5	t=4.461 p<0.05
Yok	2.8±2.4	
Bakımında gereksinim duyma durumu		
Var	7.7±3.5	t=8.358 p<0.05
Yok	4.1±3.1	
Sağlığı algılama durumu		
Çok iyi/İyi	2.9±2.4	F=101.122*** p<0.05
Orta	5.4±2.9	
Kötü	9.5±3.3	

* SS: Standart Sapma

** t testi

*** ANOVA Testi

Yaşlı bireylerde kronik hastalık varlığı durumu ile depresyon belirtileri puan ortalamasına bakıldığında; kronik hastalığı olmayanların (2.63±3.52), en az bir tane kronik hastalığı(5.10±3.51) olan yaşlılara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yanı sıra herhangi bir hastalık nedeniyle ilaç kullananların, depresyon belirti puan ortalamasının (5.11±3.52), ilaç kullanmayan yaşlı bireylerin ortalamasına (2.92±3.40) göre daha yüksek olduğu görülmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Duyu kaybı olan yaşlı bireylerin (5.27±3.59), duyu kaybı olmayan bireylere göre depresyon puan ortalaması (2.82±2.42) daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza alınan yaşlı bireylerin bakıma gereksinim duyma durumu ile depresyon belirtisi puan ortalaması karşılaştırıldığında, bakıma gereksinimi olanların

puan ortalamasının (7.73 ± 3.59), bakıma gereksinimi olmayanların puan ortalamasından (4.18 ± 3.15) daha yüksek olduğu saptanmış aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bununla birlikte yaşlı bireye bakımında bakıcısı yardım edenlerin depresyon puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bir ilişki göstermiştir ($p < 0.05$).

Sağlık algısını kendi ifadeleriyle değerlendiren yaşlı bireylerin, depresyon belirtisi puan ortalamasının “çok iyiden”, “kötüye” doğru bir artış gösterdiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Lefkoşa merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon yaşama durumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1 Yaşlıların Tanımlayıcı ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulguların Modifiye Barthel ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeklerine Göre Tartışılması

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için bazı temel gereksinimleri (beslenme, banyo, kişisel bakım, hareket vb.) vardır. Sağlıklı bir birey bu gereksinimlerini kendi başına yeterli bir şekilde karşılayabilirken, yaşlılık döneminde bu fonksiyonel yeterlilikte azalmalar olabilmekte ve bu durum günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (Çınar ve Kartal, 2008; Stevens, 2005; Wallace, 2008). Çalışmamızda yaşlı bireylerin Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinden aldıkları puanlara göre bağımlılık durumları incelendiğinde, yaşlıların %3.7'sinin tam bağımlı, %5.4'ünün ileri derecede, %28.4'ünün orta derecede bağımlı olduğu, yarıdan fazlasının ise (%62.5) tam bağımsız olduğu belirlenmiştir (Tablo. 4.2.1).

European Community Household Panel survey (ECHP) çalışmasında, Avrupa Topluluğu içinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlı bireylerin %21'inde GYA sürdürmede yetersizlik yaşandığı bu rakamın 75 yaş ve üzerine gelindiğinde %29'a kadar yükseldiği saptanmıştır (Millan-Calenti ve ark. 2010). Türkiye'de MBGYA ve Katz ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde yarıdan fazlasının (%50.5-%83) bağımsız olduğu, çok az bir kısmının ise tam bağımlı olduğu bulunmuştur (Sabancıoğulları ve ark. 2007; Ölüç, 2007; Tel ve ark. 2006; Gökdoğan ve ark. 2005; Dişçigil ve ark. 2003; Altuğ ve ark. 2009)

Lewton'nun geliştirdiği EGYA ölçeği ile evde yaşayan yaşlılarla yapmış oldukları çalışmalarda yaşlıların çoğunluğunun (%75) yarı bağımlı ve tam bağımlı oldukları görülmektedir (Sabancıoğulları ve ark. 2006; Ölüç, 2007). Bizim çalışma sonucumuza göre ise yarı bağımlı ve tam bağımlı olan yaşlıların bu çalışma

sonuçlarından oldukça düşük (%20.9) olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin, çalışma grubumuzun sosyo-demografik (eğitim, gelir), coğrafi ve kültürel özelliklerinin farklı olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda sosyo-demografik özelliklere göre GYA ve EGYA'ni incelediğimizde; yaşla birlikte GYA ve EGYA'deki bağımlılık düzeyinin de arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.5-4.2.7). Yaşın ilerlemesiyle GYA'de bağımlılığın arttığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda yaş ilerledikçe bireyin GYA ve EGYA sürdürebilme düzeyinin azaldığı ve aktiviteleri yerine getirebilmede zorlanmanın arttığı belirtilmektedir (Zengyi ve James, 2002; Arslantaş ve ark. 2009; Graciani ve ark. 2004; Ulusel ve ark. 2004; Çivi ve Tanrıkulu 2000; Aydın ve ark. 2009; Güneş ve ark. 2005; Erkal, 2005; Sertel ve ark. 2003; Ranberg ve ark. 1999, Baysan, 2008; Sijmen ve ark. 2007; Kondo ve ark. 2008; Tel ve ark. 2006; Ölüç 2007; Cromwell ve ark., 2003; Arslantaş ve ark. 2009; Tel ve ark. 2011; Şahbaz ve Tel, 2006). Yaşlı bireylerdeki sağlık sorunlarının artması günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede olumsuz etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların cinsiyete göre GYA'ni yapabilme durumlarını değerlendirdiğimizde; kadınların (85.02 ± 20.40), erkeklere (92.98 ± 15.83) göre daha bağımlı olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Brezilya'da, İspanya'da, Nijerya'da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda da çalışma sonuçlarımıza paralel olarak kadın yaşlıların erkek yaşlılara göre daha bağımlı oldukları saptanmıştır (Morinho ve ark. 2010; Millan-Calenti ve ark. 2010; Gureje ve ark. 2006; Sabancioğulları ve ark. 2007; Şahbaz ve Tel, 2006; Ulusel ve ark. 2004; Çivi ve Tanrıkulu, 2000; Aydın, 2009; Arslantaş ve ark. 2009). Çalışmamızda EGYA'da kadınlar (19.90 ± 4.95), erkeklere (19.69 ± 4.22) göre bağımsız görülse de aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.7). Bununla ilgili olarak Millan-Calenti ve ark. (2010)'nın ve Beland ve arkadaşları (1999)'nın yapmış oldukları çalışmada kadınların erkeklere göre EGYA'de daha bağımlı oldukları belirlenmiştir. Kadınların yaşam süresinin daha uzun olması sonucunda kronik hastalık sıklığının daha fazla olması, buna bağlı

olarak erkeklere nazaran kadınların bedensel yeti yitimine ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha bağımlı oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre GYA ve EGYA'ni değerlendirdiğimizde; evli olanların bekâr olanlara göre daha bağımsız oldukları ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.2.5-4.2.7). Yapılan bazı çalışma sonuçları da bu veriyi desteklemektedir (Millan-Calenti ve ark. 2010; Reynolds ve Silverstein, 2003; Işık ve ark. 2005; Arslantaş ve ark. 2009; Ölüç, 2007). Bu çalışmaların yanı sıra, literatürde medeni durumun günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri ile istatistiksel olarak anlam taşımadığını gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (Tel ve ark. 2006; Sabancıoğulları ve ark. 2007; Sönmez ve ark. 2007). Evli olan yaşlı bireylerin, aile içi ilişki ve paylaşımların daha fazla olabileceği, birlikte fiziksel aktivite gerektiren etkinliklere daha fazla yer vermeleri nedeniyle GYA'nde ve EGYA'de daha az bağımlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza alınan yaşlı bireylerin, eğitim düzeyleri arttıkça GYA ve EGYA'nde bağımlılık düzeylerinin azaldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.5-4.2.7). Literatürde de bizim bulgularımızı destekleyen çok sayıda çalışmada yüksek eğitim düzeyinin GYA ve EGYA'de bağımlılık düzeyini azalttığı gösterilmiştir (Huisman ve ark. 2005; Jagger ve ark. 2007; Aydın ve ark. 2009; Güneş ve ark. 2005; Sönmez ve ark. 2007; Kondo ve ark. 2008; Dişçigil ve ark. 2003; Sabancıoğulları ve ark. 2007). Jagger ve arkadaşları (2007) eğitimle, GYA ve EGYA'daki bağımlılık düzeyi arasındaki ilişkiyi prospektif olarak incelemiş; 9 yıldan az alınan eğitimin daha yüksek bağımlılık riski taşıdığı sonucuna varmışlardır. Bu sonuç çalışmamıza paralel şekilde eğitim düzeyi yüksek yaşlı bireylerin, sağlığını korumada ve kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha bilinçli olduğu ile açıklanabilir.

Çalışmamızda gelirlerini giderlerinden az olarak algılayan yaşlı bireylerin, GYA ve EGYA'de daha bağımlı olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.5-4.2.7). Bizim çalışmamızla paralellik gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda sosyo-ekonomik durumun yaşlı birey için yeterli olmamasının GYA ve EGYA'de ki

bağımlılık düzeyini artırdığı belirlenmiştir (Murata ve ark. 2008; Kondo ve ark. 2008; Tel ve ark. 2006; Sabancıoğulları ve ark. 2007; Sönmez ve ark. 2007; Ölüç, 2007). Bunun yanı sıra, Güneş ve arkadaşları (2005)'nin yapmış oldukları çalışmada yarıya yakın (%47) yaşlının sosyo-ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmesine rağmen bu durumun GYA ile arasındaki ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Yaşlılık döneminde sosyo-ekonomik durumun iyi olması GYA ve EGYA bağımlılık durumunu daha da azaltabileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza alınan yaşlıların en az bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile GYA ve EGYA arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik hastalığa sahip olmanın GYA ve EGYA'de ki bağımlılık düzeyini artırdığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6-4.2.8). Literatürde bu bilgiyi destekleyici ve çalışmamızla benzerlik gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Thumboo ve ark. 2003; Orfila ve ark. 2006; Shmueli, 2003; Beydoun ve Popkin, 2005; Heideken ve ark. 2006; Westaway, 2010; Tel ve ark. 2006; Sabancıoğulları ve ark. 2007; Ölüç, 2007; Aydın ve ark. 2009; Sönmez ve ark. 2007). Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların daha fazla görülmesi, kronik hastalıklara bağlı kısıtlılık ve GYA ve EGYA bağımlılık durumunu daha da artırabileceği düşünülebilir.

Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıklara bağlı kullanılan ilaç sayısı da artmaktadır. Polifarmasi boyutundaki çoklu ilaç kullanımının GYA üzerine olumsuz etki etmesi de söz konusudur (Şahbaz ve Tel 2006; Terakye ve Güner 1997). Çalışmamıza alınan yaşlıların ilaç kullanıyor olması ile GYA ve EGYA arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6-4.2.8). Türkiye'de çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; ilaç kullanım durumu ile GYA ve EGYA arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Şahbaz ve Tel, 2006; Tel ve ark. 2006; Sabancıoğulları ve ark. 2007; Aydın ve ark. 2009). İlerleyen yaşla birlikte hastalıkların görülme sıklığındaki artışa paralel olarak birden fazla ilaç kullanımının yarattığı yan etkilerin, tedaviye uyumda yaşanan sıkıntıların GYA'ni olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda sağlık durumlarını kötü olarak algılayan yaşlı bireylerin GYA ve EGYA'da bağımlılık düzeyinin arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6-4.2.8). Bu bulgumuz Tel ve ark. (2011)'nin yapmış oldukları çalışmayla paralellik göstermektedir. Yaşlılık fiziksel, sosyal ve ruhsal alandaki kayıpları beraberinde getirmekle birlikte kronik hastalıklarda da artışlar görülmektedir. Bu durum, yaşlı bireyde bağımsız yaşam süresini azaltırken yaşının sağlık algısını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

5.2 Yaşlıların Tanımlayıcı ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulguların Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Tartışılması

Yaşlılık döneminde görülen ruhsal sorunlar arasında depresyon birinci sırada yer almaktadır (Kurtoğlu ve Rezaki 1999, Mulsant ve Ganguli 1999). Brezilya'da (Morinho ve ark. 2010) ve Kore'de (Kim ve ark. 2009) yapılan iki farklı çalışmada, yaşlı bireylerde depresyon belirtileri görülme sıklığının %22 olduğu görülmüştür. Wada ve arkadaşları (2005)'nin üç ülkede yaptıkları çalışma sonuçlarını incelediğimizde ise, yaşlı bireylerde depresyon belirtileri Endonezya'da %11,7, Vietnam'da %4.7 ve Japonya'da %10.7 olduğu saptanmıştır. ABD'nde toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığının %13-27 arasında olduğu belirtilmiştir (National Institute of Mental Health, 2007).

Türkiye'de yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı % 24.3-61.1 arasında değişmektedir (Hacıhasanoğlu ve Türkleş 2008; Koçataş ve ark. 2004; Dişçigil ve ark. 2005; Sabancıoğulları ve ark. 2006; Bekaroğlu ve ark. 1991; Özen, 2008; Maral ve ark. 2001; Bingöl ve ark. 2010; Şahin ve Yalcın 2003; Aksüllü ve Doğan 2004; İlhan ve ark. 2006; Sütuluk ve ark. 2004; Amuk ve Oğuzhanoğlu 2003). Çalışmamızın sonucuna göre, yaşlı bireylerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı %30.9'dur. Çalışmamızın sonucu Türkiye'deki çalışmalar ile benzerlik gösterse de diğer ülkelerdeki sonuçlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin çalışmaya alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin Türkiye'deki yaşlılarla benzerlik göstermesi, diğer ülkelerle olan farkın ise çalışmanın yapıldığı yerin, amacının ve yönteminin farklı olması düşünülebilir.

Depresyonun ilerleyen yaşla birlikte önemli risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (Amuk ve Oğuzhanoglu, 2003; Kulaksızoglu 2009; Göktaş ve Özkan 2006; Demet ve ark. 2002; Gökçe, Kutsal. 2007; Ölüç 2007; Altay ve Avcı 2009; Kaya 1999; Cole, 2003). Naoki ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmada, ileri yaşlılık döneminde görülen depresyon belirtilerinin (%11.3), genç yaşlılık döneminde görülen depresyon belirtilerinden (%10.6) daha fazla olduğu belirtilmiştir. Literatürde yaşlı bireylerde yaşın artmasıyla depresyon belirtileri prevalansının arttığı belirtilmektedir (Murata ve ark. 2008; Huen ve Hein, 2005; Roberts ve ark 1997). Bu çalışmalara benzer olarak bizim çalışmamızda da, depresyon puan ortalamalarının yaşın artması ile arttığı ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Tablo 4.2.9). Türkiye'de yapılan bazı çalışmaları incelediğimizde ise; ilerleyen yaşla birlikte depresyon belirtilerinin görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Sabancıoğulları ve ark. 2006; Bingöl ve ark. 2010; Çınar ve Kartal, 2008)

Çalışmamıza alınan kadın yaşlıların (6.00 ± 3.69) erkek yaşlılara (4.33 ± 3.33) göre daha fazla depresyon belirtisi gösterdiği istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Tablo 4.2.9). Değişik ülkelerde ve Türkiye'de yapılmış benzer çalışmalarda da aynı sonuç bulunmuştur (Robak ve ark. 2002; Huen ve Hein, 2005; Kim ve ark, 2009; Shin ve ark, 2009; Jang ve ark. 2009, Kocataş ve ark. 2004; Dişçigil ve ark. 2005; Sabancıoğulları ve ark. 2006; Ünal ve Özcan. 2000; Ayrancı ve Yenilmez. 2002; Çınar ve Kartal, 2008; Bingöl ve ark. 2010; Karadağ, 2008). Fakat Morinho ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı çalışmada, depresyon belirtilerinin erkek cinsiyette daha fazla görüldüğü de dikkati çekmektedir. Depresyon, hemen hemen bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görülmektedir. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu, kadınlara verilen değer, erkeklerle eşit söz hakkına sahip olamama gibi çoklu etkenler kadını depresyona yatkın kılmaktadır (Ünal ve Özcan 2000; Tamam ve Öner 2001; Maral ve ark, 2001).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin depresyon belirtileri puan ortalamasının bekârlarda (6.68 ± 3.62), evlilerden (3.80 ± 3.01) daha yüksek olduğu ve farkında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9). Bazı

çalışmalara bakıldığı zaman; medeni durumun depresyon üzerinde etkili bir risk faktörü olduğunu belirten bir çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, bekar olan yaşlı bireylerde depresyon belirtilerinin daha sık görüldüğü saptanmıştır (Murata ve ark., 2008; Shin ve ark. 2009; Krishnan ve ark.. 2002; Jang ve ark, 2009). Sivas ili ayboyu Mahallesi'nde yaşayan 60 yař ve üzeri tüm bireylerin oluşturduğu çalışmada, evli olanların %30'unda, bekâr olanların ise %56.3'ünde depresyon görüldüğü saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kocatař ve ark. 2004). ınar ve Kartal'ın çalışmasında da yaşlıların medeni durumları ile depresyon ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiş; dul ve boşanmış yaşlıların depresif belirti puan ortalaması evli yaşlılara göre daha yüksek olarak belirlenmiş ve medeni durumun depresif belirti oluşumunda etkili olduğu saptanmıştır (ınar ve Kartal, 2008). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Diřcigil ve ark. 2005; Sabancıoğulları ve ark. 2006; Maral ve ark. 2001; Bingöl ve ark. 2010; Eker ve Ütücü, 2009). Ünal ve Özcan (2000)'nin çalışmasında evliliğin ruhsal bozukluklar yönünden genellikle koruyucu bir rolü olduğu, boşanmış ve dullarda depresyon sıklığının daha yüksek görüldüğü bulunmuştur. Dul olma ve yalnız yaşamanın, depresyon için risk faktörü olduğu, eşini kaybeden yaşlılarda hüžün, yalnızlık, terk edilmişlik duygularının devam ettiği ve bu yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Aksülü 2001).

Depresyonun her eğitim düzeyinde görüldüğü, eğitim düzeyi düşük olan yaşlı bireylerde daha sık karşılaşıldığı belirtilmektedir (Stevens, 2005). Literatürde, düşük eğitim düzeyinin depresyon belirtilerinin gözlenmesi açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır. (Morinho ve ark, 2010; Kriegsman, Deeg ve Stalman, 2004; Alexopoulos ve ark, 2002; Kostera ve ark. 2006; Murata ve ark, 2008). Türkiye'de de eğitim düzeyinin düşük olması ile depresyon belirtisi gözlenme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. (Cankurtaran ve Cankurtaran M., 2006; Karadağ, 2008; Sabancıoğulları ve ark. 2007; Tezel ve ark. 2004). Bizim alışmamızda; yaşlıların eğitim düzeyi düştükkçe depresif belirtilerin görölme sıklığının anlamlı olarak arttığı saptanmış ($p<0.05$) ve literatür ile benzerlik göstermiştir (Tablo 4.2.9). Farklı olarak, Kurtoğlu ve Rezaki (1999)'nin çalışmasında, öğrenim düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim düzeyinin, yaşlıların yaşam tarzları üzerine olumlu etki göstermesi, daha olumlu baş etme yollarını kullanmaları ve ruhsal durumlarını daha iyi seviyeye yükselttiği düşünülebilir.

Japonya'da (Murata ve ark. 2008), Brezilya'da (Morinho ve ark. 2010) ve Hollanda'da (Kostera ve ark. 2006) yapılan çalışmalarda; düşük sosyo ekonomik durumun depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ile ilişki gösterdiği belirtilmektedir. Türkiye'de yapılmış araştırma sonuçlarına bakıldığında; sosyo-ekonomik durumun kötü olmasının depresyon için risk oluşturduğu belirtilmektedir (Kaya, 1999; Koçataş, ve ark. 2004; Maral ve ark. 2001; Bingöl ve ark. 2010; Çınar ve Kartal, 2008; Top ve ark. 2010; Karadağ, 2008). Literatür ile benzer olarak bizim çalışmamızda, yaşlıların kendi sosyoekonomik durumunu gelir giderden az olarak algıladığını belirtenlerde depresif belirtilerin görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9). Bireylerin ekonomik durumlarının kötü olması kendilerini başkalarına muhtaç, değersiz ve korumasız hissetmeleri, ölüm sonrası defin işlemlerinin nasıl yapılacağı düşünceleri dolayısıyla depresyon, ölüm kaygısı ve bağımlılık düzeylerini etkilediği söylenebilir.

Çalışmamıza alınan yaşlıların birlikte yaşadığı bireyler olup-olmadığına bakıldığı zaman, yalnız yaşayan yaşlı bireylerin depresyon ortalama puanlarının en az bir kişiyle yaşayana göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Wurff ve ark. (2004)'nın Hollanda'da, 933 yaşlı üzerinde yaptığı çalışmada, yalnız yaşayanlarda depresyon belirtisinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Jang ve ark. (2009)'nın çocuklarıyla birlikte yaşayanlarla, yalnız yaşayanları karşılaştırdığı çalışmasında yalnız yaşayanlarda daha fazla depresyon belirtisi görüldüğünü saptamıştır. Çetin (2008)'in çalışmasında evinde eşiyile yaşayan yaşlıların, eşiyile yaşamayan yaşlılara göre depresyon belirtileri görülme sıklığı açısından anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçların bizim çalışma sonucumuzu desteklediği ve depresyon için yalnız yaşamanın önemli bir risk oluşturduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, yaşlıların kronik hastalığa sahip olmaları depresyon belirtilerini artırdığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.10). Yurt dışında yapılan benzer çalışmalar

incelendiğinde; kronik hastalık durumu ile depresyon belirtilerinin gözlenmesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Schnittker, 2005; Lyness ve ark. 2006; Keton, 2007; Shin ve ark. 2009). Türkiye’de yapılan çalışma sonuçlarında da depresyon için kronik hastalığın bir risk faktörü olduğu desteklenmektedir (Güz ve ark. 2007; Maral ve ark. 2001; Kocataş ve ark. 2004; Eker, 2004; Dişçigil ve ark. 2005; Akyol ve ark. 2010; Sabancıoğulları ve ark. 2006; Altıntaş ve ark. 2006; Şahin ve Yalçın, 2003; Topbaş ve ark. 2004; Eker ve Ütücü, 2009; İlhan ve ark. 2006; Eker, 2004; Khalil ve ark. 2003). Kronik hastalıklar, öz bakım yetersizliği, ağrı, uykusuzluk, sosyal hayata yönelik engellenmeler gibi pek çok sorunu da beraberinde getirmekte ve bu durumun depresyona yatkınlığı artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin kronik hastalığa sahip olmaları, sürekli ilaç kullanma durumunu da beraberinde getirmektedir. Çalışmaya alınan yaşlıların %92.6’sının günde en az bir ilaç kullandığı saptanmıştır. Ayrıca yaşlıların ilaç kullanıyor olması ile depresyon belirtilerinin gözlenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.10). Literatürde yaşlı bireylerin ilaç kullanıyor olması ile depresyon belirtileri gözlenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ve bu çalışmalar çalışmamızla paralellik göstermektedir ($p<0.05$) (Bingöl ve ark. 2010; Topbaş ve ark. 2004; Altıntaş ve ark. 2006; Sabancıoğulları ve ark. 2007). Devamlı ilaç kullanmak bireylerde yetersizlik, güçsüzlük hissi ve baskı oluşturabilir. Kişi ilacını temin edebilme, doğru biçimde kullanabilme ve kullanmadığı takdirde karşılaşılabilecek sorunların kaygısını duyabilmektedir. Bu sebeple düzenli alma sorumluluğunu sürekli hissedecek, çoğu zamanda farklı ilaçların etkileşiminden doğacak yan etkilerle karşılaşma durumunda çatışma yaşayabilecektir. Tüm bu sorunların yaşlı bireyi çaresizliğe ve depresyona yatkınlaştıracağı düşünülebilir.

6. SONUÇLAR

KKTC'nin başkenti Lefkoşa merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalamasının 73,43+6,72 olduğu ve çalışmamızda kadın yaşlıların erkek yaşlılardan (%57.3) daha fazla olduğu görülmüştür. Yaşlıların %60.2'sinin halen evli olduğu ve %75.6'sının evde en az bir yakınıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların en fazla (%40.1) ilkokul mezunu oldukları görülmüştür. Yaşlıların çoğunluğunun (%79.7) sosyal güvencesinin olduğu, tamamına yakınının (%91.7) gelir kaynağının eşinin ve/veya kendisinin emekli maaşı olduğu ve kendi ifadelerine göre yarıdan fazlasının (%55.9) gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların çoğunluğunun (%84) en az bir çocuk sahibi olduğu ve tamamına yakınının (%85.1) çocuklarının destek olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %80.5'inin arkadaşlarıyla görüştüğü belirlenmiştir. Yaşlıların tamamına yakınının (%92.6) her gün televizyon izlediği saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Çalışmamızdaki yaşlıların yarısından (%58.2) fazlasının üç ve daha fazla sayıda kronik hastalığı olduğu tamamına yakınının (%92.6) ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Yaşlıların %80.8'inin endokrin, %53.3'nün kardiyovasküler ve %43.3'nün ise kas iskelet sistemi hastalıkları bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin yarıya yakınının (%44.7) sağlık durumunu orta ve %38.4'ü iyi olarak algıladığını ifade etmiştir. Yaşlıların yarıdan fazlasının (%57.9) en az bir ameliyat hikayesi ve çoğunluğunun (%86.9) ise en az bir duyu kaybı olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca, yaşlı bireylerin yine çoğunluğunun (%88.5) en az bir protez ve/veya yardımcı cihaz kullandığı ve bunların sırasıyla gözlük (%79.9), diş protez (%42.4), baston (%18.3) ve işitme cihazı (%7.4) olduğu saptanmıştır (Tablo.4.1.2).

Yaşlıların Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinden aldıkları puanlara göre bağımlılık durumları incelendiğinde, %3.7'sinin tam, %5.4'ünün ileri derece, %28.4'ünün orta derecede bağımlı olduğu bulunurken yarıdan fazlasının (%62.5) tam bağımsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

Yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden aldıkları puanlar incelendiğinde, yalnızca %2'sinin bağımlı, %18.9'unun yarı bağımlı ve %79.1'inin ise bağımsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2).

Yaşlı bireylerin %28.1'i çamaşır yıkamada ve %27.2'si ev işlerini yapabilmeye bağımlı olduklarını ifade etmiştir. En fazla bağımsızlık yaşadıkları enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ise parasını idare edebilme (%85.4) durumudur (Tablo 4.2.3) .

Yaşlı bireylerde depresyon belirtilerinin görülme yaygınlığı incelendiğinde; yaşlıların %30.9'unda depresyon belirtisine rastlanmaktadır (Tablo 4.2.4).

Çalışmamızda ileri yaş, kadın olma, bekar olma, okur-yazar olmama, gelirini kötü olarak algılama durumu değişkenleri ile MBGYA puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte yaşadığı en az bir kişinin olması ve çocuk sahibi olma durumu değişkenleri ile MBGYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.5).

Çalışmaya alınan yaşlı bireylerin kronik hastalık durumu, ilaç kullanım durumu, duyu kaybı durumu, bakıma gereksinim duyma durumu, bakımda yardım aldığı birey ve sağlığı algılama durumları ile MBGYA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6).

Yaşlı bireylerin 75 yaş ve üzerinde olması, bekâr olması, okur-yazar olmaması, gelirinin giderinden daha az olduğunu ifade etmesi, birlikte yaşadığı en az bir kişinin olması dört ve üzerinde çocuk sahibi olması ile EGYA ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Fakat yaşlı bireylerin cinsiyeti ile EGYA ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.2.7).

Çalışmaya alınan yaşlıların; en az bir kronik hastalığı olma, ilaç kullanma, duyu kaybı, bakıma gereksimi olma, bakıcı bakımı alma ve sağlığını kötü olarak ifade etme durumlarının EGYA ölçeği puan ortalamasının düşük olduğu ve bu

değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.8).

Çalışmaya alınan yaşlıların yaşla birlikte depresyon belirtileri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9).

Depresyon belirtileri puan ortalamasının anlamlı olarak ($p<0.05$) kadınlarda (5.82 ± 3.62), erkeklerden (3.77 ± 3.11) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.9).

Depresyon belirtileri puan ortalamasının bekârlarda (6.68 ± 3.62), evlilerden (3.80 ± 3.01) ve yalnız yaşayan yaşlıların yalnız yaşamayanlara göre de daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9).

Depresyon belirtileri puan ortalamalarının okuryazar olmayanlarda (6.52 ± 3.64), okur-yazar olan (4.46 ± 3.34) ve ilkökul mezunu olanlara (3.97 ± 3.68) göre daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9).

Gelir algısını düşük olarak değerlendiren (6.22 ± 3.64) yaşlı bireylerin depresyon belirtisi puan ortalamalarının gelirini denk ya da fazla olarak değerlendirenlere (4.22 ± 3.30) göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9).

Yaşlı bireylerin depresyon belirtileri puan ortalaması ile kronik hastalık olma durumu karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayanların en az bir tane kronik hastalık olma durumuna göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.9)

Duyu kaybı olan yaşlı bireylerin (5.27 ± 3.59), duyu kaybı olmayanlara göre depresyon belirtileri puan ortalamalarının (2.82 ± 2.42) daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.10).

Çalışmaya alınan yaşlı bireylerin bakıma gereksinim duyma durumu ile depresyon belirtileri puan ortalamaları karşılaştırmasında, bakıma gereksinimi olanların depresyon belirtileri puan ortalamasının (7.73 ± 3.59), bakıma gereksinimi olmayanların puan ortalamasına (4.18 ± 3.15) göre daha yüksek olduğu saptanmış aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.10).

Sağlık algısını kendi ifadeleriyle değerlendiren yaşlı bireylerin, depresyon belirtileri puan ortalaması çok iyiden kötüye doğru bir artış göstermiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.10).

7.ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmamızda 75 yaş ve üzeri, kadın, bekâr, okur-yazar olmayan, gelirini kötü olarak değerlendiren, kronik hastalığı bulunan, ilaç kullanan, bakımında birisine gereksinimi olan yaşlı bireylerin GYA ve EGYA için risk grubu oluşturdukları belirlendiğinden;

-Yaşlılarla çalışan hemşirelerin bu konuda uyanık olmaları,

-Yaşlılara verilecek hizmetleri bu doğrultuda planlamaları, bu hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması,

-Yaşlı bireylerin ailesini de bu konuda bilgilendirecek, destek sağlayacak programlar oluşturması,

Çalışmamızda 75 yaş ve üzeri, kadın, bekâr, okur-yazar olmayan, gelirini kötü olarak değerlendiren, yalnız yaşayan, kronik hastalığı bulunan, ilaç kullanan, bakımında birisine gereksinimi olan yaşlı bireylerin depresyon belirtileri yönünden risk grubunu oluşturdukları belirlendiğinden;

-Yaşlılarla çalışan hemşirelerin, depresyonun erken tanısı konusunda uyanık olmaları,

-Yaşlılara verilecek hizmetleri planlarken bu risk gruplarını depresyon açısından değerlendirerek planlamaları, sürekliliğinin sağlanması

-Depresif belirti gösteren yaşlı bireylerin destek olmasını sağlayacak birimlere yönlendirmesi,

-Yaşlı bireylerin ailesini depresyonun erken tanınması konusunda bilinçlendirerek destek alabilecekleri birimlere ulaşmalarının sağlanması,

Bu çalışmasının KKTC’ deki diğer bölgelerde de yapılması ve sonucunun KKTC’ye genellenmesi,

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerle ilgili olarak genel politikaların oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akdemir, N. ve Akyar, I. (2009). Geriatri Hemşireliği. *Akad Geriatri*.1, 73-81.

Akdemir, N., Akyar, İ. (2010). Geriatrik Bireyin Değerlendirilmesi. M.Cankurtaran (Haz.). Akademik Geriatri 2010 Kongresi: 26-30 Mayıs 2010-KKTC: Bildiriler (s.52-57). Ankara.

Akdemir, N. ve Birol, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (2.bs.). Ankara: Sistem Ofset.

Akdeniz, M. Yaman, A. Howe, J. Kavukçu, E. Yaman, H. (2010). Birincil Bakımda Yaşlılarda Depresyonun Rehberlere Dayalı Yönetimi. *GeroFam*, 1(3), 25-46

Akgün, HS., Bakar, Ç., Budakoğlu, I. (2004). Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Görmüş 65 Yaş Üstü Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunları İle Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7, 133-138.

Akgün, HS., Erdal, R. (2007). Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım, Gökçe, Kutsal, Y.(Ed.). Temel Geriatri (s.73-86). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

Akın, G. (2006). Her Yönüyle Yaşlılık. Ankara: Palme Yayıncılık.

Akın, L. ve Güler, Ç. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Aksüllü, N. (2001). **Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri İle Depresyon Arasındaki İlişki**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Aksüllü, N., Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.

Akyol, Y., Durmuş, D., Doğan, C., Bek, Y. ve Cantürk, F. (2010). Quality of Life and Level of Depressive Symptoms in the Geriatric Population. *Turk J Rheumatol*, 25, 165-73.

Alexopoulos, G.S., Borson, S., Cuthbert, B.N., Devanand, D.P., Mulsant, B.H., Olin, J.T., Oslin, D.W. (2002). Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*, 52, 164-174.

Alper, Y. (2003). Bütün Yönleriyle Depresyon. İstanbul: Gendaş Matbacılık.

Altay, B. (2005). **Yaşlılara Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Ankara.

Altay, B. ve Avcı, İ.A. (2009). Samsun Alanlı Köyünde Yaşayan Yaşlılarda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Depresif Belirti Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki. *TAF Prev Med Bull* , 8 (2), 139-146.

Altıntaş, H, Attila, S. Sevcen, F. Akçalar, S. Sevim, Y. Saygın, Ö. ve ark. (2006). Ankara'da Bir Yaşlı Bakım Evinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *Kor Hek.* 5(5), 332- 342.

American Nurses Association (ANA). (1995). Scope and Standards of Gerontological Nursing Practice, Washington. DC:ANA.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Tanımsal El Kitabı. Köroğlu, E. (Çeviren). 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994. (DSM-IV-TR 2000)

Amuk, T, Oğuzhanoğlu, N.K. (2003). Yaşlanma ve Depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 113-121.

Amuk, T. Oğuzhanoğlu, N.K. (2003). Yaşlanma ve Depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 113-121.

Arıoğul, S. (2006). Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal&Nobel Tıp Kitap Sarayı.

Arslan, S., Atalay, A., Gökçe-Kutsal, Y. (2000). Yaşlılarda İlaç Tüketimi. *Geriatrici*, 56-60.

Arslantas, D., Ünsal, A., Metintas, S., Koç, F. Ve Arslantas, A. (2009). Life Quality And Daily Life Activities Of Elderly People in Rural Areas, Eskişehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*, 48, 127-131.

Aydın, D., Ersoy, H., Baştürk, A., Kutlucan, A., Göksu, S., Güngör, G. ve Tamer, M.N. (2009). Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik ve İlişkili Faktörler. *Geriatrici ve Geriatrik Nöropsikiyatr*, 2 (9), 9-18.

Aydınlı, M., Batman, F. (2006). Yaşlanma ve Gastrointestinal Sistem, Arıoğul, S.(Ed.). *Geriatrici ve Gerontoloji* (s.483-490). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç. (2002). Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 115-124.

Baysan, P.N. (2008). **Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.

Bekaroğlu, M. ve ark. (1991). Depression in an Elderly Population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* . 84, 174-178.

Beydoun, MA. and Popkin, BM. (2005). The Impact of Socio-demographic Factors on Functional Status Decline Among Community-dwelling Older Adults in China. *Social Science and Medicine*, 60, 2045-2057.

Bilir, N. (2006). Koruyucu Hekimlik, Sağlığın Korunması ve Yaşlılık, Arıoğul S (Editör). *Geriatrici ve gerontoloji*'de.(s.53-60). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Bilir, N. (2006). Türkiye ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi;.s.3-9.

Bilir, N., Paksoy, N. (2007). Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı, Gökçe, Kutsal, Y.(Ed.). Temel Geriatri (s.3-10). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

Bilir, N. Subaşı, N. (2006). Yaşlılık Sorunları. Güler, Ç. ve Akın, L.(Ed.). Halk Sağlığı (s.1020-1043). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Bingöl, G., Demir, A., Karaberk, R., Kepenek, B., Yıldırım, N., Kaytaç, EG.(2010). Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi, *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(4), 169-176.

Birrer BB, Vemuri SP.(2004). Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Am Fam Physician*. 69,2375-82.

Bozoğlu, E., Naharcı, Mİ. (2009). Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme. *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 1, 26-29.

Büken, N.Ö., Büken, E. (2003). Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. *Turkish Journal of Geriatrics*,6(2),75-79.

Cangöz, B., Uluç, S.(2007). Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler, Gökçe, Kutsal, Y.(Ed.). Temel Geriatri (s.45-53). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

Cankurtaran, E. Ş., Cankurtaran, M. (2006). Yaşlılarda Depresyon, Arıoğul. S.(Editör). Geriatri ve Gerontoloji (s.997-1005). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Cole, M. G. (2003). Risk Factors For Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review And Metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.

Cromwell, D.A., Eager, K., Poulos, R. (2003). The Performance Of Instrumental Activities Of Daily Living Scale İn Screening For Cognitive Impairment İn Elderly Community Residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 131-137.

Çetin, A.(2008). **Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ile Depresyon**. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. İstanbul.

Çınar, Ö.İ., Kartal, Ç.A.(2008). Yaşlılarda Depresif Belirtiler Ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Prev Med Bull*, 7(5), 399-404.

Çivi, S., Tanrıkulu, Z. (2000). Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri İle Kronik Hastalık Prevelansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3), 85-90.

Danış, Z. (2004). Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. (Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri). Ankara:Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı Yayını. Birinci Baskı.

Demet, M.M. ve ark. (2002). Manisa Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 290- 299.

Devlet Planlama Örgütü. (Aralık 1996). Genel Nüfus Sayımı Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. KKTC Başbakanlık Devlet Planlama Örgütü İstatistik ve Araştırma Dairesi.

Devlet Planlama Örgütü. (Eylül 2010). Genel Nüfus ve Konut Sayısı Toplu Sonuçları. Erişim :13 Aralık 2010

<http://nufussayimi.devplan.org/Nufus%20Tabloları/Nitelikler-index.html>

Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (Rapor No: DPT: 2741). Ankara Devlet Planlama Teşkilatı.

Türkiye İstatistik Kurumu(TUİK). Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri.Nüfus Artış Hızları.Erişim: 8.5.2011 **http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11**

Dikmenoğlu, N. (2007). Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler, Gökçe-Kutsal, Y.(Ed.). Temel Geriatri (s.33-44). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Dişçigil,G., Gemalmaz, A., Başak, O., Gürel, S., Tek, N., (2003). Aydın Huzurevi Sakinleri İle Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. II. Ulusal Geriatri Kongresi, 20 - 24 Ekim 2003, Antalya s: 154

Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Başak, O. ve diğerleri. (2005). Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 8(3),129-133.

Doksat, K. (2003). Depresyon Nedir? *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, (2);1 sayfa; 25-31.

Döventaş, A.(2009). Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme; Pratik Yaklaşımlar. *Akademik Geriatri Dergisi*, 1(3), 125-131.

Eker, E. (2004). Yaşlılarda Kronik Bedensel Hastalıklar ve Depresyon. III. Ulusal Geriatri Kongresi: 1 - 15 Eylül 2004- Marmaris: s: 49

Eker, N., Ütücü, N. (2009). Yaşlı Popülasyonda Fiziksel Hastalıklar ve Depresyon. *Akad Geriatri*, 1, 90-97.

Erci, B., Avcı, İ.Z., Hacıoğlu, N., Kılıç, D. Tanrıverdi, G. (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Erdoğan, S., Candansayar, S. (2007). Depresyon, Anksiyete ve Yeme Bozuklukları, Gökçe, Kutsal, Y.(Ed.). Temel Geriatri (s.1203-1218). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

Erefe, İ., Bayık, A., Bahar, Z., Erdoğan, S., Aksayan, S., Karataş, N. ve diğerleri. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 14.

Erkal, S. (2005). Kırıkkale Ovacık Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları İle Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(1), 17-21.

Ertan T., Bugay G., Eker, E., Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Versiyonlarının Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik Ve Güvenilirliği: Gds-15, Gds-10, Gds-4. 5. Ulusal

Geropsikiyatri Sempozyumu, 10-12 Haziran 2004, Polat Renaissance Otel, İstanbul. Türkiye.

Ertan T, Eker E, Şar V (1997) Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34, 62-71.

Ertem, Ü. ve Yazıcı, S. (2006). Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar Ve Depresyon. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(9), 8.

Evans, E.S., Atakan, N. (2006). Yaşlıda Deri ve Deri Problemleri, Arıoğul, S.(Ed.). *Geriatric ve Gerontoloji* (s.1061-1072). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Finlayson, M. Mallinson, T. Barbosa, V. (2005) Activities Of Daily Living (Adl) And Instrumental Activities Of Daily Living (Iadl) İtems Were Stable Over Time İn A Longitudinal Study On Aging. *Journal of Clinical Epidemiology* 58, 338–349.

Fiske, A., Wetherell, J.L., Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 5, 363–89

Fletcher, K.R. (2008). Health of Older Adults, Stanhope, M., Lancaster, J. (Editör). *Public Health Nursing*. (s. 664-682). Canada: Mosby Elsevier.

Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR (1975). “Mini Mental State” A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.

Göçmen, L. (2009). **Ankara İlinde Dört Huzurevinde Kalan Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri ile Bilişsel Durum ve Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi**. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gökçe-Kutsal, Y. (2002). Geriatri 2002. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 241-247.

Gökçe-Kutsal, Y. (2002). Geriatri 2002. İstanbul: Turgut Yayıncılık.

Gökçe-Kutsal, Y. (2007). Temel Geriatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Gökdoğan, F., Alpteker, S.C.,Kır, E. (2005). Bolu'daki Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yardımcı Cihaz Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. III. Ulusal Geriatri Kongresi: 1 1- 15 Eylül 2004. Marmaris: S.40-141.

Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda Depresyon. *Psychiatry in Türkiye* , 8(1).

Graciani, A., Banegas, JR., López-García, E. et al. (2004). Prevalence of Disability and Associated Social and Health-Related Factors Among the Elderly in Spain: a Population-Based Study. *Maturitas*, 48, 381-92.

Gureje, O., Ogunniyi, A., Kola, L., Afolabi, E. (2006). Functional Disability in Elderly Nigerians: Results From The Ibadan Study of Aging. *J. Am. Geriatr. Soc.* 54, 1784-1789

Güler, Ç. (1998). Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılıkta Üstüne Söylenenler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 1(2), 105.

Gülhan, H.M. (2006).Geriatrik Medikal Değerlendirme. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Güneş,G., Demirciler, N., Karaoğlu, L. (2005). Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8 (2): 78-83.

Gürgen C., Ertan T., Eker E., ve ark. (2002). Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik Ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-279

Hacıhasanoğlu, R.,Türkleş, S. (2008). Depression And Affecting Factors In The Old At The Age Of 65 And Over. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 55-60.

Huen, R., Hein, S. (2005). Risk Factors of Major Depression in The Elderly. *European Psychiatry*, 20, 199–204.

Huisman, M., Kunst, A., Deeg, D. (2005). Educational Inequalities In The Prevalence And Incidence Of Disability In Italy And The Netherlands Were Observed. *J Clin Epidemiol*, 1058-1065.

HÜ. GEBAM. (2007). Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Ankara: H.Ü.GEBAM.

Işık, T., Aydın, S., Cömert, B., Doruk, H., Taşçı, İ., Yamanel, L., Inal, V., Mas, M.R (2005). Geriatrik Olgularda Medeni Durumun Geriatrik Değerlendirme Testlerine Yansımaları. III. Ulusal Geriatri Kongresi: 11-15 Eylül 2004. Marmaris: s. 135.

İlhan, N.M., Maral, I., Kitapçı, M., Aslan, S., Çakır, N., Bumin, M.A. (2006). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler. *Klinik Psikiyatri*, 9, 177-184.

Jang, S.N., Kawachi a,I., Chang, J., Boo, K., Shin, H.G., Lee, H., Cho, S. (2009). Marital Status, Gender, and Depression: Analysis Of The Baseline Survey Of The Korean Longitudinal Study of Ageing (KLOSA). *Social Science & Medicine*, 69, 1608–1615.

J, Calenti. J, Tubi'ó. S, Pita-Ferna'ndez. I, Abraldes. ve diğeri.(2010) Prevalence of Functional Disability in Activities of Daily Living (Adl), Instrumental Activities of Daily Living (Iadl) And Associated Factors, As Predictors Of Morbidity And Mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306–310.

Jiang, J., Tang, Z., Futatsuka, M., Zhang, K. (2004). Exploring The Influence Of Depressive Symptoms On Physical Disability: A Cohort Study of Elderly in Beijing, China. *Qual. Life Res.* 13, 1337–1346.

Jorm, AF., Christensen, H., Griffiths, K.M., Rodgers, B. (2002). Effectiveness Of Complementary And Self-Help Treatments For Depression. *Med J Aust* , 176, 84-96.

Karadağ, M. (2008). **Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler**. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.

Karakaya, G. (2006). Yaşlıda Solunum Sistemi ve Değerlendirilmesi, Arıoğul, S.(Ed.). Geriatri ve Gerontoloji (s.601-605). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Kaya B, Kaya M.(2007). 1960'lerden Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri, 10(6), 3-10.

Kaya, B. (1999) Yaşlılık Ve Depresyon – I Tanı ve Değerlendirme Geriatri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(2), 76-82.

Kayıhan, H., Aksu, Y. S., Yücel, H. (2006). Geriatrik Rehabilitasyonda Değerlendirme, Arıoğul S (Editör). Geriatri ve gerontoloji'de.(s.53-60). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Keskinoğlu, P., Giray, H., Bıçakçefe, M., Bilgiç, N., Uçku, R.(2006). The Prevalence And Risk Factors Of Dementia in The Elderly Population in A Low Socio-Economic Region Of Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 93-100.

Keskinoğlu, P., Pıçakçefe, M., Giray, H. ve ark. (2006). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Risk Etmenleri. *Genel Tıp Dergisi* 16(1), 21-26.

Keton, W., Lin, E.H.B., Kroenke, K. (2007). The Association Of Depression And Anxiety With Medical Symptom Burden İn Patients With Chronic Medical İllness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 29, 147-155

Khalil, M., Cankrtaran, M., Dağlı, N., Doğu, B., Cankurtaran, E., Arıoğul, S.(2003). Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. II. Ulusal Geriatri Kongresi: 20 - 24 Ekim 2003, Antalya s: 155.

Kim, J., Choe, M., Chae, Y. (2009). Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. *Asian Nursing Research*, 3, 121-129.

Kılıçoğlu, A. (2006). Yaşlılık Çağı Depresyonunun Risk Etkenleri Ve Etiyolojisine Yönelik Bir Gözden Geçirme. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 49-54.

Kocataş, S., Güler, G., ve Güler, N. (2004). 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 11-18

Kondo, N., Kazama, M., Suzuki, K., Yamagata, Z. (2008). Impact Of Mental Health On Daily Living Activities Of Japanese Elderly. *Preventive Medicine*, 46, 457-462

Kostera, A., Bosmaa, H., Kempena, J.M.G., Penninx W.J.H., Beekmanb, A.T.F. Deegc, D.J.H., Eijka, T.M. (2006). Socioeconomic Differences İn Incident Depression İn Older Adults: The Role Of Psychosocial Factors, Physical Health Status, And Behavioral Factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 619- 627.

Köknel, Ö. (1989). Depresyon Ruhsal Çöküntü. İstanbul: Altın Kitap Yayınevi.

Kriegsman, D.M.W., Deeg, D.J.H., Stalman, W.A.B. (2004). Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J. Clin. Epidemiol*, 57, 55-65.

Kocataş, S., Güler, G., Güler, N. (2004). 60 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,7, 1.

Krishnan, K.R., Delong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, C., McDonald, W., Dew, M., Alexopoulos, G., Buckwalter, K., Cohen, P.D., Evans, D., Kaufmann, P.G., Olin, J., Otey, E., Waincott, C. (2002). Comorbidity of Depression With Other Medical Diseases in The Elderly. *Biol Psychiatry*, 52, 559-588.

Kulaksızoğlu, I. (2009). Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. (Psikiyatri). *Klinik Gelişim*. 2, 22-24.

Kurt, G. (2008). **Türkiye’de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği)**. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Toplumsal Yapı ve Değişme Bilim Dalı, Sivas.

Kurtoğlu, D., Rezaki, M. (1999). Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3): 173-179.

Lawton MP, Brody EM. (1969). Assessment Of Older People: Selfmaintaining And Instrumental Activities Of Daily Living. *Gerontologist*; 9, 179–186.

Lefkoşa Türk Belediyesi Yaşlılara Hizmet Birimi. Lefkoşa Türk Belediyesi. 2010 Erişim: 10 Aralık 2010 <http://www.lefkosabelediyesi.org/>

Lueckenotte, A.G. (2000). Gerontologic Assesment. USA: A Harcourt Health Sciences Company.

Lyness, J.M., Niculescu, A., Tu, X., Reynolds, C.F., Caine, E.D. (2006). The Relationship Of Medical Comorbidity And Depression İn Older, Primary Care Patients. *Psychosomatics*, 47, 435-439.

Maral, I., Aslan, S., İlhan, M., Yıldırım, A., Candansayar, S., Bumin, A. (2001). Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 251-259.

Marinho, P.E, Keyla P.B., Melo, A.D., Emanuelle B., Freitas, J., Melo, D.E, Guerra R.O., Dornelas, A.A. (2010). Undertreatment Of Depressive Symptomatology In The Elderly Living In Long Stay Institutions (Lsis) And In The Community In Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 151–155.

McDougall FA, Kvaal K, Matthews M et al.(2007). Prevalence Of Depression in Older People in England and Wales: The MRC CFAS study. *Psychol Med*, 37(12), 1787-179.

Millan-Calenti, J.C., 2006. Principles of Geriatrics Medicine and Gerontology. McGraw-Hill Interamericana, Madrid (in Spanish).

Millan-Calenti, J.C., Tubios J., Pita-Fernandez ,F., Gonza lez-Abraldes,F. Lorenzo,T, Fernandez-Arruty.T , Maseda.A.(2010). Prevalence Of Functional Disability In Activities Of Daily Living (Adl), Instrumental Activities Of Daily Living (Iadl) And Associated Factors, As Predictors Of Morbidity And Mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306–310.

Morinho, Patri'cia, E.M., Melo, K., Apolina, A.D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, M., Guerra, O.R., Andrade, A.D. (2010). Undertreatment of Depressive

Symptomatology in The Elderly Living in Long Stay Institutions (LSIS) And In The Community In Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 151–155.

Mulsant, B.H. & Ganguli,M. (1999). Epidemiology and Diagnosis Of Depression in Late Life. *Journal of Clinical Psychiatry.*, 60, 9-15.

Murata, C., Kondo, K., Hiraai, H., Ichida, Y., Ojima, T. (2008). Association Between Depression And Socio-Economic Status Among Community-Dwelling Elderly In Japan: The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health & Place*, 14 , 406–414.

Nalban, S. (2007). Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler, Erişim: 14 Haziran 2011. <http://www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm>.

NIH (2005). The Science of Mental Illness. Maryland: National Institutes of Health. Erişim 11.5.2011
http://scienceeducation.nih.gov/Supplements/NIH5/Mental/guide/nih_mental_curre-supp.pdf.

NIMH (2007). Depression. Maryland: National Institutes of Mental Health.Erişim:10.5.2011
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/nimhdepression.pdf>.

Noyan, A. (2003). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlılık ve Depresyon:Yaşlılık Depresyonu Önemli Mi? *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, 2(4), 36-43.

Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. (2006). Gender Differences In Health-Related Quality Of Life Among The Elderly: The Role Of Objective Functional Capacity And Chronic Conditions. *Social Science and Medicine*, 63, 2367-2380.

Orhan, F.Ö. (2010). Yaşlılarda Psikiyatrik Bozukluklar. *GeroFam*. 1(2), 50-72.

Ölüç, F. (2007). **Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi**. Uzmanlık Tezi, T.c. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

Özdemir, L., Akdemir, N., Akyar, İ. (2005). Hemşirelerin ve Geriatrik Sorunları için Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Forumu. *Türkiye Geriatri Dergisi*, 8(2), 94-100.

Özdemir, L. Akdemir, N. (2006). Yaşlı Bireyde Hemşirelik Değerlendirmesi ve Bakım Uygulamaları, Arıoğul S (Editör). Geriatri ve gerontoloji'de.(s.161-181). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Özdemir, O., Dinçer, F. (2006). Geriatrik Hastalarda Kas İskelet Sisteminin Fizik Muayene ile Değerlendirilmesi, Arıoğul, S.(Ed.). Geriatri ve Gerontoloji (s.637-644). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Özen, D. (2008). **Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi**. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık

Öztek, Z ve Kubilay, G. (2008). Toplum Sağlığı Hemşireliği (3.bs). Ankara: Palme Yayıncılık.

Öztürk, O. (2003). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 8. Basım.

Population Aging and Development 2009.United Nations. Departman of Economic and Social Affairs. Population Division. Erişim: 5.5.2011 <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>

Population Reference Bureau. 2010 World Population Data Sheet . Erişim: 4.5.2011. http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf

Reynoldsa, S., Silverstein, M. (2003). Observing The Onset Of Disabilityin Older Adults. *Social Science & Medicine* , 57, 1875–1889.

Sabancıoğulları, S., Kelleci, M., Aydın, D. (2006). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılarda Depresyon ve İlişkili Faktörler. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, 2(1), 11-20.

Sabancıoğulları, S., Tel, H. ve Tel, H. (2007). Evde ve Kurumda Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumu. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 17 (1), 85-94.

Savaş, S. Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*. 49(3), 19-30.

Schnittker, J. (2005). Chronic Illness And Depressive Symptoms İn Late Life. *Soc. Sci. Med*, 60, 13–23.

Sertel, M., Tarsuslu, T., Yumin, E., Öztürk, A., Yumin, A. (2003). Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeyini Etkileyen Faktörler. II. Ulusal Geriatri Kongresi: 20 - 24 Ekim 2003, Antalya: s: 74-75.

Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989) Improving The Sensitivity Of The Barthel Index For Stoke Rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 703-709.

Shin, R.K., Jung, D.,Jo, I., Kang, Y. (2009). Depression Among Community-Dwelling Oldur Adult in Korea: A Prediction Model of Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23,(1), 50–57.

Shmueli, A. (2003). Socio-Economic And Demographic Variation In Health And In Its Measures: The Issue Of Reporting Heterogeneity. *Social Science and Medicine*, 57, 125-134.

Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M., Çalık, E., Kayalı, D., Yetiş, Ç ve diğerleri. (2007). İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. 21(3), 145-153.

Stanley,M., Blair, K.A., Beare, P.G.(2005). Gerontological Nursing: Promoting Succesfull Aging With Oldur Adult (3rd. Ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Stevens, L.G.(2005). Geropsychiatric Nursing. StuartW.G. and Laraia, M.T.(ed.). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (edt.8). (p. 777-797). USA: Elseviar Mosby.

Stuart, G.W. ve Laraia, T.M. (2005). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Eighth edition. Mosby, USA.

Stuck, A.E., Walthert, J.M. Nikolaus, T. ve diğeri. (1999). Risk Factors For Functional Status Decline In Community-Living Elderly People: A Systematic Literature Review. *Social Science & Medicine*, 48, 445-469.

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2009) Biyoistatistik. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

Sütölk, Z., Demirhindi, H. ve Savaş, N, Akbaba, M. (2004). Adana Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. *Turk J Geriatrics*, 7(3), 148-151.

Şahbaz, M. ve Tel, H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (2), 85-93.

Şahin, M., ve Yalçın, M. (2003). Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1), 10-13.

Şelimen, D., Kanan. N., Akyolcu, N., Enç, N., Bahçecik, N., İlhan, E.S. ve diğeri. (2010). Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Alter Yayıncılık.

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2010). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Nüfus Sayımı Sonuçları. Erişim Tarihi: 6.5.2011 http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2=&ENVID=adnksdb2Env&report=turkiye_yasgr.RDF&p_vil=2010&p_dil=1&desformat=html

Tamam, L. ve Öner, S. (2001). Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Demans Dergisi*, 1(2), 50-60.

Tel, H., Güler, N., Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kalitesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 59-67.

Tel, H., Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve Kurumda Yaşayan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Yalnızlık Yaşama Durumu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (1), 34-40.

Tezel, C.G., İçağasioğlu, A., Karabulut, A., Kolukısa, H. (2004). Geriatri Hastalarında Bilişsel Düzey, Depresyon, Bişisel Kapasite değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4), 206-210.

The World Health Report, (1998). Life in the 21 st century Avison for all. Geneva.

Thumboo, J., Fong, K-Y., Machin, D., Chan, S-P., Soh, C-H., Leong, K-H., Feng, P-H., Thio, S-T. and Boey, M-L. (2003). Quality Of Life In An Urban Asian Population: The Impact Of Ethnicity And Socio-Economic Status. *Social Science and Medicine*, 56, 1761-1772.

Top, Ü.F., Saraç, A., Yaşar, G. (2010). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13,14-22.

Topbaş, M, Yaris, F, Can G, Kapuca M, Sayar K. (2004). The Effect Of Sociodemographic Factors And Medical Status On Depressive Symptoms Of The İnhabitants Of Nursing Home And Communitydrewelling Elders İn Trabzon-Turkey. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14, 57-60.

Townsend, M.A. (2006). Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: Davis Company.

Trail, Ross, M.A.(2007). Senior Health. Nies,M.A and Mcewen, M (ed.). Cummunity/Public Health Nursing: Promoting the Health of pupulations(edt.14). (p. 333-358).Canada: Saunders Elsevier.

Tufan, İ. ve Çelik, K. (2008). Gerontoloji ve Geriatri Türkiye’de de Yüzyılın Bilimleri Olabilecek mi? *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 20(7-8),64-69.Erişim: 12 Aralık 2008 http://www.logos.com.tr/arsiv/sendrom2008_7-8.asp

Tuğrul, C., Sayılğan, M.A. (1997). Depresyonla Başa Çıkma Yolları. 3.Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları:1. Şelale Matbaası.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 Planlaması. Erişim: 8.5.2011

http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/26_TNSA2003_TumKitap_t.pdf

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Planlaması. Erişim: 8.5.2011 **<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>**

Uçku, R., Keskinoglu, P., Yener, G., Yaka, E. (2007). Türk Toplumuna Göre Yeniden Düzenlenmiş Standartize Minimental Testin Toplumda Yaşayan Eğitimli Ve Eğitimsiz Yaşlılarda Geçerlilik Güvenirliliği., Tübitak proje no: SBAG- HD-145 (106s131), İzmir.

Uçku,R., Kıtay,Ş., Korkut,H., Sürücü,S., Sezer,M., Çalık,E., Kayalı,D., Yetiş,Ç., Şentürk,E., Kuralay,M., Gülcan,M.A. (2007). İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,21(3), 145-153.

Ulusel, B., Soyer, A. ve Uçku, R. (2004). Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (4), 199-205.

Uncu, Y. (2003). Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. *Türk Geriatri Dergisi*, 6, 31-7.

United Nation Population Division. World Population Prospects: The 2002 Revision Data Base. Erişim:5.5.2011

<http://esa.un.org/esa/socved/iyop/iyopcf4.htm>.

United Nations Population Division (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. New York: UN Population Division. Erişim: 1.7. 2011.

<http://www.un.org/esa/population/>.

Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.

Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T, Okumiyac, K. Fujisawa, T., Murakamie, S., Otsuka K. , Yano, S., Kita g, S., Matsubayashi, K. (2004). Depression In Japanese Community-Dwelling Elderly Prevalence And Association With Adl And Qol. *Arch Gerontol Geriatr*, 39. 15-23.

Wallace, M. (2008). Essentials of Gerontological Nursing. New York. Springer Publishing Company.19-21.

WHO,(2008).Depression. Erişim 13 Temmuz 2011:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

World Health Organization (WHO, 2003). Shaping the future. World Health Organization, Geneva.

World Population Prospects (2006): The 2006 Revision Population Ageing. United Nations Population Division.

http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006_ageing.pdf

Yesavege, A. Brink, T. Rose, T. Lum, O. et al. (1983). Development And Validation Of Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.

Yavuz, B.B. (2006). Geriatrik Değerlendirmede Sık Kullanılan Testler ve Özellikleri, Arıoğul S (Editör). Geriatri ve gerontoloji'de. (s.149-181). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Yavuzer, G., Süldür, N., Küçükdeveci, A., Elhan, A. (2000). Türkiye'de Nörorehabilitasyon Hastalarının Değerlendirilmesinde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Ve Modifiye Barthel Ölçeğinin Yeri. *Journal of Rheumatology Medical Rehabilitation*, 11, 26-31.

Zeng, Y., James, W. (2002). Functionl Capacity And Self Evaluation Of Health and Life of Oldest Old In China. *Journal Of Social Issues* , 733-748.

SORU FORMU

Ek- 1 BÖLÜM I - YAŞLILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

(Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

Mahalle:

Cinsiyet:

1. Kaç yaşınızdasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul mezunu

3. Medeni durumunuz nedir ?

1. Şu anda evli
2. Hiç evlenmemiş
3. Evlenmiş eşi vefat etmiş
4. Evlenmiş eşinden boşanmış
5. Diğer (lütfen belirtiniz).....

4. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet
2. Hayır

5. Gelirinizi nereden sağlıyorsunuz?

1. Emekli maaşı (Kendi/Eşinin emekli maaşı)
2. Çocuklarından.
3. Akrabalarından.
4. Halen çalışıyor (İşinizi belirtiniz).....
5. Kira vb. geliri var.
6. Diğer (lütfen belirtiniz).....

6. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere denk
3. Gelir giderden fazla

7. Oturduğunuz ev kime ait?

1. Kendime/Eşine ait.
3. Çocuklarına ait.
4. Kirada oturuyor.
5. Diğer (lütfen belirtiniz).....

8. Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler var mı?

1. Var
2. Yok (ise 10. soruya geçiniz).

9. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Kendi evinde bakıcı ile yaşıyorum.
2. Kendi evinde eşi ile yaşıyorum.
3. Kendi evinde eşi ve çocuklar ile yaşıyor.
4. Çocuklarının evinde çocukları ile birlikte yaşıyor.
5. Diğer (ise belirtiniz.....)

10. Yaşadığınız evde kendinize ait odanız var mı?

1. Var
2. Yok

11. Kaç çocuğunuz var?

1. Çocuk yok
2. çocuk

12. Çocuklarınız size destek oluyor mu? (Araştırmacı tarafından izah edilecek)

1. Evet ise (ne tür destek belirtiniz.....)
2. Hayır

13. Çocuklarınızla, ne sıklıkta görüşmektedirsiniz?

14. Arkadaşlarınızla ne sıklıkta görüşmektedirsiniz?

15. Birgünlük zamanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz ?

.....

.....

.....

Ek-1 BÖLÜM 2- YAŞLILARIN SAĞLIK DURUMLARI (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

1.Doktorunuz tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 5. soruya geçiniz)

2.Eğer cevabınız “Evet” ise bu hastalıklar nelerdir?

Tablo 1: Kronik Hastalık Listesi

Sistem	Kronik hastalıklar	İlaç kullanımı	Devam etme süresi	Sistem	Kronik hastalıklar	İlaç kullanımı	Devam etme süresi
Solunum Sistemi	1.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı			Sindirim Sistemi	1.Gastrit.-Ülser		
	2.Pnomoni				2.Hemoroid		
	3.Bronşit				3.Kolosistektomi		
	4.Tüberküloz				4.Kanser varlığı		
	5.Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu				5.Herni		
	6.Astım				6.Karaciğer Hastalığı		
	7.Diğer (Açıklayınız)				7.Diğer (Açıklayınız)		
Kardiyovasküler ve Endokrin Sistemi	1.Hipertansiyon			Genitoüriner Sistem	1.Kronik Böbrek Yetmezliği		
	2.Diabetes Mellitus				2.Kronik üriner sistem enfeksiyonu		
	3.Konjektif Kalp Yetmezliği				3.Kanser varlığı		
	4.Koroner Arter Hastalığı				4.Diğer (Açıklayınız)		
	5.Miyokart Enfarktüsü			Nörölojik Ve Mental Durum	1.Demens		
	6.Hiperlipidemi				2.Alzheimer		
	7.Obesite				3.Unutkanlık		
	8.Hipertroidi				4.Hafıza Kaybı		
	9.Diğer (Açıklayınız)				5.Depresyon		
Kas ve İskelet Sistemi	1.Osteoporoz			6.Diğer (Açıklayınız)			
	2.Osteoartrit						
	3.Romatoid artrit						
	4.Boyun ve bel ağrıları						
	5.Kemik ve eklem enfeksiyonları						
	6.Diğer (Açıklayınız)						

3. Şimdiye kadar herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

- 1.Evet (ise ne olduğunu belirtiniz.....)
- 2.Hayır

4. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.Çok iyi
- 2.İyi
- 3.Orta
- 4.Kötü
- 5.Çok kötü

5. Herhangi bir fiziksel kaybınız var mı?

1. Evet (ise ne olduğunu belirtiniz.....)
2. Hayır

6. Herhangi bir duyu kaybınız var mı?

1. Evet (ise ne olduğunu belirtiniz.....)
2. Hayır (ise 8.soruya geçiniz)

7. Bu sorunlar günlük yaşamınızı etkiliyor mu?

Kayıp	Etkilemiyor	Az Etkiliyor	Çok Etkiliyor
1.Görme			
2. İşitme			
3. Tat			
4. Koku			
5.Dokunma			
6.Diğer (ise belirtiniz...)			

8. Kullandığınız yardımcı alet/ protez/ cihaz var mı?

1. Evet ise (belirtiniz.....)
2. Hayır

9. Günlük bakımınızda herhangi birinin yardımına gereksinim duyuyor musunuz ?

- 1.Evet ise (10. Soruya geçiniz)
- 2.Hayır

10. Bu yardımı nereden karşıyorsunuz?

.....

Ek-1

YAŞLILARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DURUMLARI

(Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

MODİFİYE BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE (MBGYA) ÖLÇEĞİ

Aktivite	Puan
Beslenme 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Banyo 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Kişisel Hijyen 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Giyinme 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Bağırsak Boşaltımı 0: İnkontinans 5: Ara sıra kaçırma 10: Bağımsız	
Mesane Boşaltımı 0: İnkontinans/Bağımlı/Kateterize 5: Ara sıra kaçırma 10: Bağımsız	
Tuvalet Kullanımı 0: Bağımlı 5: Yardımlı (Kişi,Fiziksel) 10: Yardımlı (Sözel,Fiziksel) 15: Bağımsız	
Hareket 0: İmmobil 5: Tekerlekli Sandelyede Bağımsız 10: Yardımlı Yürüyor 15: Bağımsız	
Merdiven Çıkma 0: Bağımlı 5: Yardımlı (Sözel,Fiziksel) 10: Bağımsız	
Toplam	

ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (EGYA) ÖLÇEĞİ

Aktivite	Puan
Telefon edebilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Alış-veriş yapma durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Yemek hazırlayabilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Ev işlerini yapabilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Çamaşır yıkayabilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Kendi ilacını içebilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Ulaşım araçlarına binebilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Parasını idare edebilme durumu 1. Tam Bağımlı 2. Yarı bağımlı 3. Bağımsız	
Toplam	

Ek-1

YAŞLILARIN DEPRESYON DURUMLARI

(Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

	Evet	Hayır
1. Hayatınızdan memnun musunuz?		
2. İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işleri yapmaya devam ediyor musunuz?		
3. Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?		
4. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?		
5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?		
6. Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?		
7. Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?		
8. Sıklıkla umutsuzluk hisseder misiniz?		
9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?		
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?		
11. Şu an hayatta olmak güzel mi?		
12. Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?		
13. Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?		
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?		
15. Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?		

Ek-1**YAŞLILARIN BİLİŞSEL DURUMLARI****Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)**

Ad- Soyadı:

Yaş:

Eğitim:yıl

Aktif el: 0. Sağ el

1. Sol el

Toplam Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Bu gün ayın kaç?

Hangi gündeysiniz?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan.

(Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim).

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88, 85)

"Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D).....

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise).

Lisan (Toplam puan 9)

Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

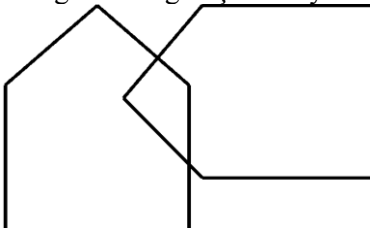
Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan- her bir doğru işlem 1 puan)

Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "gözlerinizi kapatın"

Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle yazın (1 puan)

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



Ek-1

BÖLÜM 5-YAŞLILARIN BİLİŞSEL DURUMLARI

Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (eğitimsizlerde)

Ad-Soyadı: Yaş: Eğitim: 0. OYD 1. OY 2..... yıl
Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?

Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?

Hangi aydayız?

Hangi mevsimdeyiz?

Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

Şu an bu binada kaçınç kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

(Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim).

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan (Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Carşamba, Salı)

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa,Bayrak, Elbise)

Lisan (Toplam puan 9)

Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

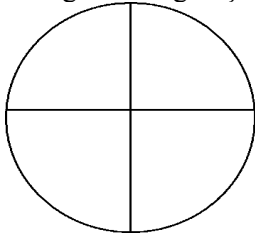
Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan her bir doğru işlem 1 puan)

Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın) (1 puan)

Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan)

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)



EK -1 SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (egitimlilerde-en az 5 yıl eğitim)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulur ve kaydedilir.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: "Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim" tümcesi ile başlanır.

İzin alınır.

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama: SMMDT "size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi yanıtı vermeye çalışın" cümlesi ile başlar. Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur. Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman ve yer yönelimi olmak üzere iki bölümden oluşur. Toplam 10 sorunun 5'i zaman 5'i yer yönelimine aittir.

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümden büyük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

"Hangi yıldayız?"

Doğru yılı bilmelidir. 1 puan verilir. Her yeni yılın ilk haftası içinde test uygulanıyorsa, bir önceki yıl yanıtı da doğru kabul edilir.

"Hangi mevsimdeyiz?"

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

"Hangi aydayız?"

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

"Bu gün ayın kaçı?"

Doğru günü bilmelidir. 1 puan verilir.

"Hangi gündeyiz?"

Haftanın günü doğru bilmelidir. 1 puan verilir.

"Hangi ülkede yaşıyoruz?"

Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

"Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?"

İlin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında "şehir" kelimesi yerine "il, vilayet" kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi "yaşadığınız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?" şeklinde tekrarlanır.

"Şu an bulunduğunuz semt neresidir?"

İlçe, semt, buçak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında "semt" kelimesi yerine "ilçe, belediye" kelimeleri ile tekrar edilerek soru

sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi "yaşadığınız yerin bağlı olduğu ilçe/kaza neresidir?" şeklinde tekrarlanır.

"Şu an bulunduğunuz bina neresidir?"

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt "ev" ise "kimin evidir?" şeklinde soru sorulur. Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise "hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı" sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

"Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız/binanın hangi odasındasınız?"

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçınıcı kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunulan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine "hastanenin hangi bölümündeyiz?" sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

"Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın" denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise) Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim 1 puan

DiKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidilmesi ve dur deyinceye kadar devam edilmesi istenir. Beş kez çıkarma yaptıktan sonra işlem bitirilir. Yanlış söylenen sayı olunca yanlış söylenen sayı için puan verilmez, yanlış söylediği sayıdan üç çıkarak geriye gitmesinde doğru her basamak için puan verilir. Her doğru işlem 1 puandır. (100, 97, 94, 91, 88,85)

"Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru saymanızı isteyeceğim. Önce test uygulanan kişiye harfler düz şeklinde hecelettirilir ("d,ü,n,y,a"). Sonra işlemi yapması istenir. Yanlış harf söylenince puan verilmez. Yanlış harften sonraki gelen harften devam etmesi durumunda işlemin devamına puan verilir. Her doğru harf 1 puan (a-y-n-ü-d)

Hesaplama her iki şekilde yapılır, hangisinden daha yüksek puan alırsa, o puan kaydedilir.

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LiSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

"Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği gibi basit bir soru ile dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanacağı iş tarif edilir. "şimdi size bir kağıt vereceğim. ilk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant) elinize alınız, sonra kağıdı ikiye katlayınız ve yere bırakınız." 3 puandır. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir. Yazılı emir uygulaması

Boş bir kağıtta yazılı bulunan "Gözlerinizi kapatın" yazısı gösterilir ve yazılı olan emrin yapılması istenir. Doğru hareket için 1 puan verilir.

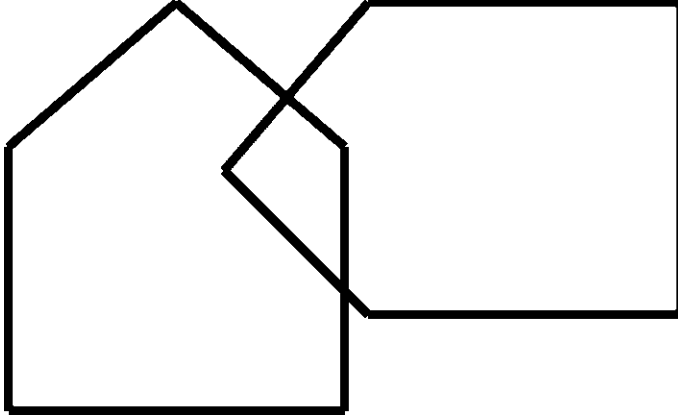
Cümle yapılandırma

Boş bir kağıt verilerek test uygulanan kişinin kendi yaşantısı ile ilgili evi, çocuğu vb. mantıklı bir cümle yazması istenir.

Özne, nesne ve yüklemi olan anlamlı cümle doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Şekil kopyası

Aşağıdaki şekil gösterilerek bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir. Köşe ve kenarları tam iç içe geçmiş iki beşgeni çizmesi durumunda 1 puan verilir.



EK-1**SMMDT UYGULAMA KILAVUZU (Eğitimsizlerde)****Başlangıç:**

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulması, kaydedilmesi.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: "Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim" tümcesi ile başlanır.

İzin alınması:

işitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadi ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama: SMMDT "size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi cevabı vermeye çalışın" tümcesi ile başlar. Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur. Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümünden büyük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. (Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır)

"Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?"

Testin uygulandığı zamana yakın zaman doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Belirtilen zaman dilimleri dışında bulunan zamana uygun tanımlama kabul edilir. Örneğin; sabah saat 11:00'de yapılan testte kişi sabah ya da öğlen yanıtları yerine "öğlen vaktine yaklaşıyoruz" diye yanıtladığında doğru kabul edilir.

"Bu gün haftanın hangi günündeyiz?"

Haftanın hangi günü olduğunu bilmelidir. 1 puan verilir.

"Şu an ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?"

"1-10"= Ayın başı

"11-20"= Ayın ortası

"21-30"= Ayın sonu

Üç dilimin geçişlerinde bir gün öncesi ya da sonrası olan zaman dilimi doğru kabul edilir. Örneğin; ayın 10.günü, ayın başı olması gerekirken, ayın ortası yanıtı da doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

"Hangi aydayız?"

Bulunulan ayın adını ya da kaçmıncı ay olduğunu bilmesi doğru kabul edilir.

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru Kabul edilir, 1 puan verilir.

"Hangi mevsimdeyiz?"

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Ayrıca sonbahar ya da ilkbaharda test uygulanıyorsa "bahar" yanıtı doğru kabul edilmez "Hangi bahar" sorusu ile doğru zaman söylenmesi istenir. "Kışa girdiğimiz bahar, kıştan sonraki bahar ya da yaza girdiğimiz bahar" yanıtları doğru zaman diliminde ise kabul edilir.

"Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?"

Testin yapıldığı dönemde başbakan olan kişinin adını ya da soyadını bilmesi doğru kabul edilir.

"Şu an bulunduğumuz şehir neresidir?"

Şehrin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında "şehir" kelimesi yerine "il, vilayet" kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi "yaşadığımız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?" şeklinde tekrarlanır.

"Şu an bulunduğunuz semt neresidir?"

Semt ismini veya ilçe, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında "semt" kelimesi yerine "ilçe, belediye" kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Test kırsal alanda yapılıyorsa "şu an bulunduğunuz köy neresidir?" şeklinde soru sorulur.

"Bulduğumuz bina neresidir?"

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt "ev" ise "kimin evidir?" şeklinde soru sorulur. Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise "hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı" sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

"Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?"

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçınıcı kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine "hastanenin hangi bölümündeyiz?" sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

"Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın" denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise). Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim için 1 puan verilir.

DiKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söylemesi istenir. Önce bir örnek geriye sayma yapılır "Pazardan önce cumartesi gelir, cumartesiden önce hangi gün gelir?" Her doğru gün için 1 puan verilir. Beş gün geriye sayınca işlem bitirilir. Yanlış söylenen gün olunca yanlış söylenen gün için puan verilmez, yanlış söylediği günden önceki günün hangi gün olduğu şeklinde devam edilir. (Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LiSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

"Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği sorularak dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanarak yapacağı tarif edilir. "şimdi size bir kağıt vereceğim. ilk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant olan el) elinize alınız, sonra kağıdı ortadan ikiye katlayınız ve kağıdı yere bırakınız." 3 puandır. Bu işlem için daha önceden katlanmamış, üzerinde yazı olmayan düz bir kağıt verilir. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Sözlü Emir Uygulaması

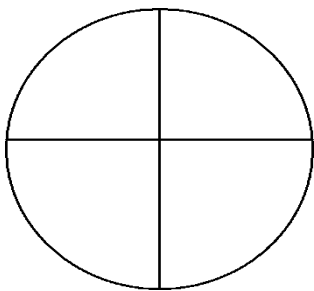
Söylenen işi yapması belirtilir. "Gözlerinizi kapatın" denir ve sözlü emrin yapılması istenir. Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

"Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız?" denir. Uygun soru tümcesi doğru kabul edilir.

Şekil kopyası (1 Puan)

Aşağıdaki şekil gösterilir ve şekle bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir. Daire içinde artı işareti çizmesi doğru kabul edilir.



Ek-2 AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU:

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C) Lefkoşa Merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki sürdürme ve depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi amacıyla 65 yaş ve üzeri yaşlıları bilgilendirme ve onay alma formu.

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, Lefkoşa merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki sürdürme ve depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, KKTC’de verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir. 65 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılıkların ve depresyon durumların tedavi edilmesi, önlenmesine yönelik koruyucu sağlık hizmeti programlarının geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koyacaktır.

Sizde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde, koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanmasında veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş tarafından koordine edilmektedir. Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Nermin SUCUOĞLU

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi
Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı:

Sayın yüksek lisans öğrencisi Nermin Sucuoğlu tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Alanında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Nermin SUCUOĞLU'na hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırma katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
İÇİŞLERİ VE YEREL YÖNETİMLER BAKANLIĞI
LEFKOŞA KAYMAKAMLIĞI

Sayı: MYB.1.00-24/66 -11/...704
 Konu: Nermin Sucuoğlu Hk.

16 Mart 2011

Sayın: Nermin SUCUOĞLU,

Yakın Doğu Üniversitesi,
 Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Hemşirelik Bölümü
 Lefkoşa.

İlgi. 24.2.2011 tarihli ve RY-0321/2011 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza atfen, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Nermin Sucuoğlu'nun tez çalışması kapsamında "Lefkoşa'da Yaşayan Yaşlılara Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları" konulu çalışması ile ilgili 1 Mart 2011-1 Eylül 2011 tarihleri arasında Lefkoşa sınırları içerisinde yapılması düşünülen anket çalışması Kaymakamlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Müslüm AYKILIÇ
 Lefkoşa Kaymakamı

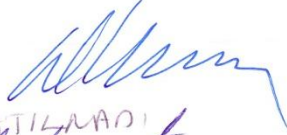
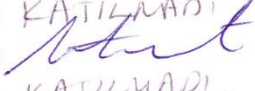
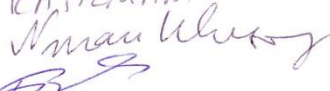
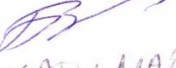
KD/GG.

EK:047-2011

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
DEĞERLENDİRME ETİK KURULU (YDÜBADEK)
ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 16 Mayıs 2011
Toplantı No : 5
Proje No : 21
Karar No : 21

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı öğretim üyelerinden **Yrd.Doç.Dr. Belkis Karataş**'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDÜ/2011/5-21 proje numaralı ve "**Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları**" başlıklı proje önerisi Kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. 06.07.2011

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAŞKAN) 
2. Prof. Dr. Tümay Sözen	(ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. Bülent Gümüşel	(ÜYE) 
4. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder	(ÜYE) KATILMADI
5. Prof. Dr. Nuran Ulusoy	(ÜYE) 
6. Prof. Dr. Hasan Besim	(ÜYE) 
7. Yrd. Doç. Dr. Ümran Dal	(ÜYE) KATILMADI
8. Yrd. Doç. Dr. Amber Eker	(ÜYE) 