



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞLANMANIN
GERİATRİK DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Fatih YILDIZ
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Ocak, 2021

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞLANMANIN
GERİATRİK DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI

Dr. Fatih YILDIZ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Ocak, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Fatih YILDIZ'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞLANMANIN GERİATRİK DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

Doç. Dr. Zuhal AYDAN SAĞLAM

İMZA

Tez Savunma Tarihi 02/02/2021

Yazar Bildirimi

“65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞLANMANIN GERİATRİK DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI” isimli uzmanlık tezinde Dr. Fatih YILDIZ;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ocak, 2021

Dr. Fatih YILDIZ

İmza

6

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Fatih YILDIZ



Uzmanlık eğitiminin tüm aşamalarında klinik bilgi ve deneyimlerini aktararak, hayat ve iş disiplini konusunda yol gösteren, emeklerini unutmayacağım İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı hocam Sn. Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a,

Uzmanlık eğitim sürecimde büyük desteğini gördüğüm ve tanımdan mutluluk duyduğum hocam Sn. Doç. Dr. Zuhale AYDAN SAĞLAM'a,

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi, bilimsel ve klinik tecrübeleri ile klinik içi ve dışı tüm sorunlarımda yardımcı olan aynı zamanda tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen tez hocam Aile Hekimliği Klinik Eğitim Sorumlumuz Sn. Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU'ya,

Emeklerini unutamayacağım ve kardeşlerim olarak gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarda bilgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki olarak çok faydalandığım diğer klinik hocalarıma, uzman ve asistan doktorlarıma,

Eğitimimim sürecinde sevgi, saygı ve uyum içinde çalıştığım tüm hastane personeline,

Üsküdar 22 No.lu Aile Sağlığı Merkezi'nde uyum içinde çalıştığım mesai arkadaşlarımla ve dostlarımla Dr. Hakan ŞAN ve Dr. Baransel VARHAN'a

Her an varlıklarını yanımda hissettiğim sevgili anne, baba ve kardeşlerime,

Sevgi ve desteğini sürekli hissettiğim hayat arkadaşım Fatma'ya ve bu süreçte onların zamanından alıp çalışmamı izin veren çocuklarımla Barbaros ve Baturalp'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatih Yıldız

İstanbul, 2021

drfatihyildiz@gmail.com

Özet

65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞLANMANIN GERİATRİK DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Yaşlı bireylerde başarılı yaşlanma, sağlığı geliştiren davranışlar, depresyon ve hayat kalitesi birbirleriyle bağlantılıdır. Bu çalışmada 65 yaş üstü bireylerde sağlıklı ve başarılı yaşlanmanın geriatrik depresyon üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve sağlıklı yaşlanmada geriatrik depresyon ölçeği, yaşlı sağlığının geliştirilmesi ölçeği ve başarılı yaşlanma ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 65 yaş üzeri 107 erkek, 107 kadın toplam 214 katılımcı dahil edildi. Tüm katılımcılara Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale, GDS), Başarılı Yaşlanma Ölçeği (Successful Aging Scale, SAS) ve Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği (Geriatric Health Promotion Scale, GHPS) anketleri doldurtuldu.

Bulgular: Katılımcıların ortancası 72.4±6 yıl (minimum:65, maksimum 94 yaş). Ortalama GDS toplam skoru 11.8±2.7 (%39.3, ortalama SAS toplam skoru 76.2±12.9 (%74), ortalama toplam GHPS toplam skoru 63.3±7.2 (%72) idi. GDS skoruna göre katılımcıların dördü (%1.9) ağır depresyon, 185'i (%86.4) hafif depresyon grubundaydı. Kadınlarda depresyon oranı ($p=0.004$) ve ortalama GDS skoru erkeklere göre anlamlı yüksek ($p<0.001$), ortalama SAS toplam skoru ($p=0.002$) anlamlı düşüktü. Yapılan korelasyon analizlerinde SAS toplam skoru yaş ile ($p<0.001$; $r=-0.338$) ve GDS skoru ile ($p<0.001$; $r=-0.532$) ters yönlü, GHPS skoru ile ($p<0.001$; $r=0.631$) pozitif yönde anlamlı korele bulundu. GHPS toplam skoru ise GDS skoru ile ($p<0.001$; $r=-0.477$) ters yönlü anlamlı korele idi.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen bulgular yaşlı bireylerde sağlığı geliştiren bazı alışkanlık ve davranışların ve başarılı yaşlanma ile ilgili yapılan aktivitelerin yaşlı bireylerde depresyon düzeyi ve hayat kalitesi ile yakın ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgulara göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri yakından izlenmeli, bu bireylerin sağlığı geliştiren davranışları ve başarılı yaşlanma ile ilgili etkinlikleri destekleyecek rehabilitasyon programları hazırlanıp uygulanmalı ve bu şekilde bu bireylerin depresyona girmeleri engellenerek hayat kaliteleri artırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Geriatrik Depresyon Ölçeği, Başarılı Yaşlanma Ölçeği, Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği.

Abstract

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF HEALTHY AGING ON GERIATRIC DEPRESSION IN INDIVIDUALS OVER 65 YEARS OF AGE

Aims: Successful aging, health-promoting behaviors, depression, and quality of life in older individuals are linked to each other. In the present study, it was aimed to evaluate the effect of healthy and successful aging on geriatric depression in individuals over 65 years of age and to compare the results of the Geriatric Depression Scale (GDS) and Successful Aging Scale (SAS) in healthy aging.

Methods: A total of 214 participants, 107 men and 107 women over the age of 65, were included in the study. All participants filled the GDS, SAS and the Geriatric Health Promotion Scale (GHPS) questionnaires.

Results: The mean age of the participants was 72.4 ± 6 years (range: 65-94 years). The mean total GDS score was 11.8 ± 2.7 (39.3%), the mean SAS total score was 76.2 ± 12.9 (74%), and the mean total GHPS total score was 63.3 ± 7.2 (72%). According to the GDS score, 185 (86.4%) of the participants had mild depression, and four (1.9%) had severe. In women, depression rate ($p=0.004$) and the mean GDS score ($p<0.001$) were significantly higher, and the mean SAS total score was significantly lower ($p=0.002$). In correlation analysis, SAS total score was reversely correlated with age ($p<0.001$; $r= -0.338$) and GDS score ($p<0.001$; $r= -0.532$), and positively correlated with GHPS score ($p<0.001$; $r=0.631$). GHPS total score was inversely correlated with the GDS scale ($p<0.001$; $r=-0.477$).

Conclusion: The findings obtained in our study showed that some health-promoting habits and behaviors and activities related to successful aging are closely related to depression level and quality of life in elderly individuals. According to these findings, the depression levels of elderly individuals should be closely monitored, rehabilitation programs supporting these individuals' health-promoting behaviors and activities related to successful aging should be prepared and implemented, thus preventing these individuals from falling into depression and increasing their quality of life.

Keywords: Geriatric Depression Scale, Successful Aging Scale, Eld Geriatric Health Promotion Scale.

İçindekiler

Şekil Listesi	ix
Tablo Listesi	x
Kısaltmalar	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 YAŞLANMA	3
2.2 TARİHÇE	4
2.3 EPİDEMİYOLOJİ.....	6
2.3.1. Dünyada Yaşlı Nüfus	6
2.3.2. Ülkemizde Yaşlı Nüfus	7
2.4 ETİYOLOJİ	8
2.4.1. Dış Etkenler.....	9
2.4.2. Kalıtsal Etkenler	9
2.4.3. Nörolojik Etkenler	9
2.4.4. İmmünolojik Etkenler	10
2.4.5. Hücresel Etkenler	10
2.5 YAŞLANMADA BAZI TEORİLER	10
2.6 YAŞLANMANIN PATOFİZYOLOJİSİ	12
2.7 YAŞLILIĞIN SINIFLANDIRILMASI.....	13
2.7.1. Kronolojik yaşlanma	13
2.7.2. Biyolojik yaşlanma.....	13
2.7.3. Fizyolojik yaşlanma	13
2.7.4. Duygusal yaşlanma	13
2.7.5. Fonksiyonel yaşlanma	14
2.7.6. Psikolojik yaşlanma	14
2.7.7. Sosyal yaşlanma	14
2.7.8. Ekonomik yaşlanma	14
2.8 YAŞLILIKTA VÜCUTTA ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİMLER	14
2.8.1. Bedenin Fiziksel Değişimi	15
2.8.2. Bedenin Psikolojik Değişimi	17
2.8.3. Bedenin Zihinsel Değişimi	17
2.8.4. Bedenin Sosyal ve Kültürel Değişimi	18

2.9 YAŞLI BİREYLERİN GEREKSİNİMLERİ	18
2.9.1. Biyolojik Gereksinimler	18
2.9.2. Sosyal Gereksinimler	18
2.9.3. Psikolojik Gereksinimler	19
2.9.4. Yaşlı Gereksinimlerinin Karşılanması	19
2.10 BAŞARILI YAŞLANMA	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1 ÇALIŞMAYA DAHİL OLAN YAŞLI BİREYLER	24
3.2 VERİ TOPLAMA	24
3.3 İSTATİSTİK	25
3.4 ETİK	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	34
5.1 SONUÇ	41
Kaynaklar	42
Ekler	49
Ek-1: Geriatrik Depresyon Örneği	49
Ek-2: Başarılı Yaşlanma Ölçeği	50
Ek-3: Yaşlı Sağlığı Geliştirme Ölçeği	51
Etik Kurul Onay Formu	52

Şekil Listesi

- 2.1.** Küresel yüzde olarak dünyadaki yaşlı nüfus dağılım oranları 6
- 2.2.** Ülkelere göre ortalama yaşam süreleri 7
- 2.3.** Ülkemizde yaşa bağlı nüfus oranı 1935-2075 8
- 2.4.** Yaşlı kişinin bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet örneği 20



Tablo Listesi

2.1.	Yaşlılıkla ilgili bazı tanımlar	3
4.1.	Ortalama yaş ve skorlar	27
4.2.	GDS depresyon düzeyi dağılımı.....	28
4.3.	Cinsiyetler arasında GDS düzey dağılımı	28
4.4.	Cinsiyetler arasında ortalama yaş ve skorlara göre karşılaştırmalar	29
4.5.	GDS soruları, evet yanıtı oranları ve depresyon grupları arasında karşılaştırmalar [n (%)]	30
4.6.	SAS soruları ve cevap dağılım yüzdeleri	31
4.7.	GHPS soruları ve cevap dağılım yüzdeleri	32
4.8.	Ölçek toplam skorları arasında korelasyon analizleri	32
4.9.	SAS ve GHPS alt skorları arasında korelasyon analizleri.....	33

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AV.....	Atriyoventriküler
T.C.....	Türkiye Cumhuriyeti
EAH.....	Eğitim Araştırma Hastanesi
GDS.....	Geriatrik Depresyon Ölçeği
SAS.....	Başarılı Yaşlanma Ölçeği
GHPS.....	Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği



GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan yaşlanması anne karnında başlar, gittikçe hızlanır ve orta yaş sonuna doğru dış görünüşteki yaşlanma belirtileri ile (saç ağarması, deri kırışması, kas gücünün zayıflaması) tanımlanabilir duruma gelir. Yaşlanma, bel bükülmesi, yavaş hareket etme ve bazı duylularda zayıflama (görme, işitme, tat ve koku) ile artar. Ayrıca unutkanlık ve kavgacılık eğilimi gibi kişilik değışikliğı ve belirli bazı kronik hastalıkların sıklığının artışı ile kendini tipik olarak gösterir. Bununla birlikte yaşlanma, orta yaşta aniden başlamaz, gittikçe ilerleyen, birikmeli ve ağırlaşan bir tarzda tüm yaşam boyunca ortaya çıkan değışikliklerle kendini gösterir. İnsan yaşlanması karmaşık bir olay ya da olaylar toplamıdır. İlerleyen kronik yaşla birlikte ortaya çıkan biyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik değışimlerin toplamıdır. Bu iç ve dış değışiklikler ayrıca etkileşebilir ve birbirine bağılı olabilir. Bu değışiklikler yaşlanmayla birlikte gelen sosyolojik olumsuzluklarla ve bir takım kronik hastalıklarla birleştğinde olumsuz psikolojik durum daha da ilerler (1-3).

Günümüzde dünya genelinde yaşlı nüfusun giderek arttığı tespit edilmiştir. Yaşlıları daha sık etkileyen hastalıklar, küresel sağıık üzerindeki en büyük yükü oluşturmaktadır. Bir taraftan ekonomik ve toplumsal maliyetler bu yükün bir parçası iken diğler tarafta sosyal problemler de önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Bu problemlerin azaltılması adına toplum içindeki yaşlı bireylerin sağııklı yaşam çizgisinde hayatlarına devam edebilmeleri gerekmektedir. Gelecekte yaşam beklentisinin daha da yükselecek olması öngörülmektedir. Geriatrik popölasyonun ilerleyen yaşla birlikte sağııklı kalabilmeleri topluma maddi ve manevi önemli katkılarda bulunacaktır (4).

Biyolojik yaşıın artması, emeklilik ve sosyal aktivitelerin azalması, akraba ve arkadaşların ölümü, evlilik, iş veya göç nedeniyle çocuklardan ayrılmanın yanında, bireylerde oluşan fizyolojik ve anatomik değışiklikler nedeniyle yaşlılar kendilerini daha yalnız hissetmekte ve bu kişilerde depresyon

prevalansı artmaktadır. Tüm bu nedenler, yaşlı bireylerin sağlığını, çoklu risklere karşı daha da savunmasız hale getirirler. Bu nedenle günümüzde yaşlı sağlığına olan ilgi giderek artmaktadır. Sağlıklı ve başarılı yaşlanma sağlığın korunması, fiziksel ve zihinsel işlevselliğin yüksek düzeyde tutulması, hayata katılımın aktif olması, hayata olumlu bakış açısı, yaşamdan memnun ve tatmin olma ve psikolojik yönden iyi durumda olma şeklinde tanımlanmaktadır (5). Başarılı yaşlanmanın birey tarafından yerine getirilebilmesi psikolojik ve sosyal yönden kişinin daha iyi durumda kalmasını sağlayarak yaşam kalitesini yükseltir (5,6).

Yaşlı bireylerin daha sağlıklı bir hayat sürdürmesi için araştırmalar devam etmektedir. Yaşlıların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri hem gençlikte hem de yaşlılıkta sağlıklı bir hayatı benimsemelerine bağlıdır. Bunun için yaşlanmanın her aşamasının doğru değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğru değerlendirilmenin sonunda sağlıklı ve başarılı yaşlanma geriatrik popülasyona ışık tutacaktır. Ancak, başarılı yaşlanmayı ölçmek, çeşitli yaşlıların yaşlılıkta ihtiyaç duyduğu bir ölçektir. Sağlıklı yaşlanma ile ilgili yeni ve daha etkili müdahaleler olmadıkça özellikle yaşlanan nüfusta pek çok hastalığın, prevalansının dünya çapında artması kaçınılmazdır. Yaşlı hayatında psikolojik durum çok önemlidir. Pek çok yönden sağlıklı olan yaşlı bireyler eğer psikolojik durumları iyi değilse kendilerini sağlıklı hissedememekte ve toplumdan uzak durmaktadırlar. Başarılı yaşlanmanın depresyon üzerinde etkinliği ile ilgili çalışmaların sayısı azdır (7-10).

Çalışmamızın amacı 65 yaş üstü bireylerde sağlıklı ve başarılı yaşlanmanın geriatrik depresyon üzerine etkisini değerlendirmektir. Değerlendirme sonucunda sağlıklı yaşlanmada geriatrik depresyon ölçeği, yaşlı sağlığını geliştirme ölçeği ve başarılı yaşlanma ölçeği sonuçlarının karşılaştırması yapılacaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1 YAŞLANMA

Yaşlanma yaşam süresinde insanda biyolojik değişimin yanında, vücudun fizyolojik yapısı, psikolojik durumu ve sosyo-ekonomik değişimleri de içinde barındıran geri dönüşü olmayan ama hızı azaltılabilen bir evredir. Her şeye rağmen durmayan ve süreklilik arz eden bir süreç olmasına karşın sadece zamana bağlı geçen ve homojen bir süreç de değildir. Soyut, somut ve kronolojik birçok parametreyi içermektedir. Zaman bölümünde azalmış bir hemostaz vardır. Psikolojik kısmında ise artmış hassasiyet vardır. Yaşlanmanın biyolojik kısmının anlaşılması ise oldukça zordur (4,11-13).

Yaşlılıkla ilgili farklı tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlar bilimsel yaklaşımlara, ülke ve toplumlara bağlı olarak değişmektedir. Bu tanımların bir kısmı Tablo 1'de verilmiştir (14).

Tablo 2.1. Yaşlılıkla ilgili bazı tanımlar

Kavram	Tanımı
Yaşlanma	Latince “aetas” kelimesinden türeyen yaşlanma tanımı, yaşam boyunca vücudun hücrelerinin, organlarının ve tüm bedenin büyüme sürecidir
Geriatri	Yunanca yaşlı adam anlamına gelen “Geron” ve iyileştirici anlamına gelen “iatros” kelimelerinden türeyen geriatri, ileri yaşa bağlı sağlık ve hastalık konularında uygun bakım ve hizmetleri kapsayan bir tıp dalıdır.
Gerontoloji	Yunanca yaşlı adam anlamına gelen “geron” ve bilgi anlamına gelen “logos” kelimelerinden türeyen gerontoloji, sağlık, biyoloji, sosyoloji, psikoloji, ekonomi, davranış ve çevresel faktörler gibi yaşlanmayı birçok boyutta inceleyen disiplinler arası bir bilim dalıdır.
İhtiyarlık	Latince yaşlı adam anlamına gelen “senex” sözcüğünden türeyen ihtiyarlık, bireyin yaşamın ileri yıllarını kapsayan büyüme durumunu ifade etmektedir.

Kavram	Tanımı
Yaşam Süresi	Bireyin belirli bir çevrede ve/veya spesifik bir durumdaki yaşam süresidir.
Ortalama Yaşam Süresi	Aynı doğum tarihine sahip (kohort) bir grubun üyelerinin bireysel yaşam sürelerinin ortalamasıdır.
Yaşam Beklentisi	Üyelerinin her biri aynı doğum tarihine sahip bir popülasyon için yaşa bağlı ölüm hızları dikkate alınarak, kalan ortalama yaşam süresidir.
Aktif Yaşam Beklentisi	Yaşam beklentisi içerisinde, belirli seviyede engellilik yaşanmadan geçirilen yılların süresidir.

Bunlardan başka yaşlılıkla ilgili yapılan tanımların yanında sağlıklı yaşlanmayla ilgili bazı terimler kullanılmıştır. Bunlardan aktif yaşlanma, pozitif yaşlanma, üretken yaşlanma ve uygun yaşlanma gibi terimler kullanılmıştır. Kronolojik yaşlanma ile ilgili bilgilere bakacak olursak:

On sekiz yaşını geçen bireyler yetişkin olarak değerlendirilir.

Yetişkin bireyler:

- Genç yetişkin (18-45 yaş)
- Orta yaşlılar (45-65 yaş) olarak sınıflandırılır (14,15).

65 yaş üzerindeki bireyler ise “yaşlı” olarak değerlendirilmektedir.

Yaşlı bireyler:

- Genç yaşlı (65-74 yaş)
- Orta yaşlı bireylere (75-84 yaş)
- İleri yaşlı (85 yaşın üzerindeki)

Atmış beş yaş üzeri bireyler yaşlı olarak adlandırılıyorsa da yaşlanma bir süreçtir, toplumlara ve bireylerin biyolojik durumlarına göre çeşitlilik gösterir (16).

2.2 TARİHÇE

Modern geriatric tıbbın kurucusu İngiliz Marjory Warren (1897-1960)'dir. Yaşlanma süreç ve sonuçlarının iyi bilinmesinin yaşlıların tıbbi yardımında iş kolaylığı sağlayacağına vurgu yapan Warren, ilk defa “Geriatric Tıp”

tanımını kullanan hekimdir. Geriatrik tıpta spesifik enstrüman kullanımını ve kapsamlı değerlendirmeyi hedefleyen Warren, British Geriatrics Society adlı organizasyonu kurmuştur. Bu organizasyon Birleşik Krallıktaki yaşlı sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine özel ilgi duyan, geriatrik tıp alanında çalışan doktor, hemşire, yardımcı sağlık uzmanları ve araştırmacılardan oluşmaktadır (16-18).

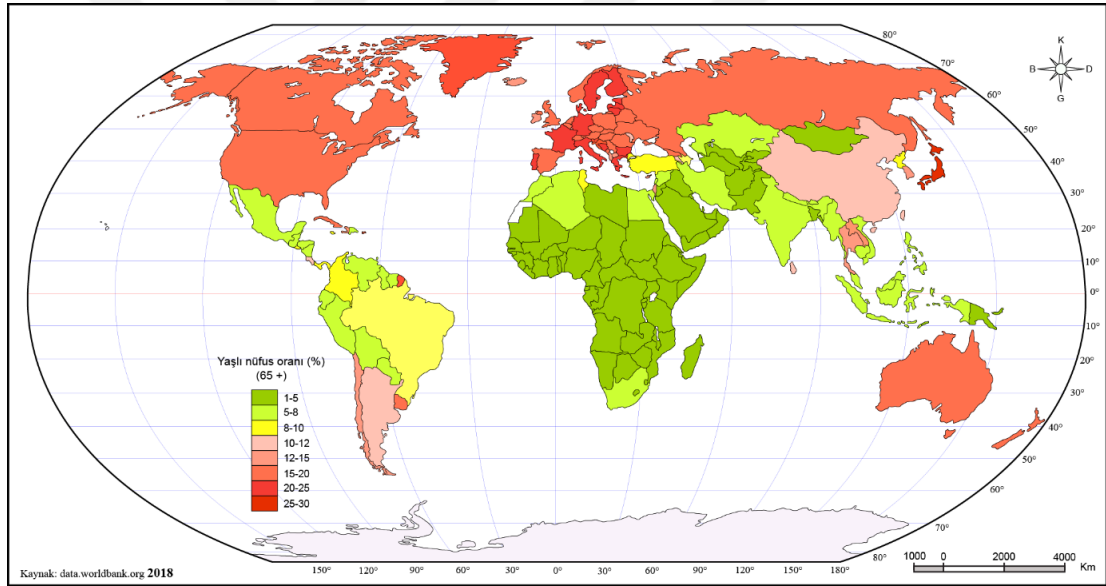
Geriatrik psikoloji alanında ilk defa çalışma yapan Amerikalı gerontolog ve psikiyatrist Robert Neil Butler'dir. Ulusal yaşlanma Enstitüsünün ilk müdürü olan Butler, yaşlıların sosyal ihtiyaçları ve hakları konusundaki çalışmaları ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili araştırmalarıyla bilinir. Özellikle yaşlı popülasyonun yaşadığı sosyal problemlerin psikolojik etkilerini incelemiştir. Butler'in kurduğu organizasyonda (International Longevity Center Global Alliance) yer alan ülkeler şunlardır: ABD: (Amerika Birleşik Devletleri), Japonya, Çin, Çek Cumhuriyeti, Dominik Cumhuriyeti, Hindistan, Güney Afrika, Arjantin, İsrail, Singapur, Brezilya, Kanada ve Avustralya (16-18).

Ülkemizde ise geriatri alanında ilk çalışmalar Cerrahpaşa Üniversitesi'nde Prof. Dr. Şefik Kayahan tarafından başlatılmış, 1967 yılında "Geriatri Seksiyonu" kurulmuştur. Geriatri alanında bilinen ilk sivil toplum örgütü ise 1992 yılında "SEV-Sosyal Dayanışma ve Mutlu Emeklilik Vakfı'nın öncülüğü ile "Geriatri Derneği" adıyla kurulmuştur. Derneğin kısa adı olan GESEV'in onursal başkanı Prof. Dr. Doğan Karan'dır. Ülkemizde Geriatri dalının tıp camiasında ayrı bir üst uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi için girişimlerde bulunan dernek çok farklı branştan (Gastroenteroloji, Psikiyatri, İç Hastalıkları, Biyokimya, Farmakoloji, Radyoloji, Plastik ve Çene Cerrahisi) hekim, hemşire, akademisyen ve öğretimden oluşan 25 kişilik kadrosuyla çalışmalarını sürdürmektedir. Derneğin eğitim çalışmalarını Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Turan Örnek üstlenmiştir. Psikiyatri profesörü olan Dr. Turan Örnek, meslektaşları ile 1992 yılında yayınladıkları "Geriatrik Psikiyatri" kitabıyla konuyla ilgili profesyonellere ışık tutacak bir eser bırakmıştır (19).

2.3 EPİDEMİYOLOJİ

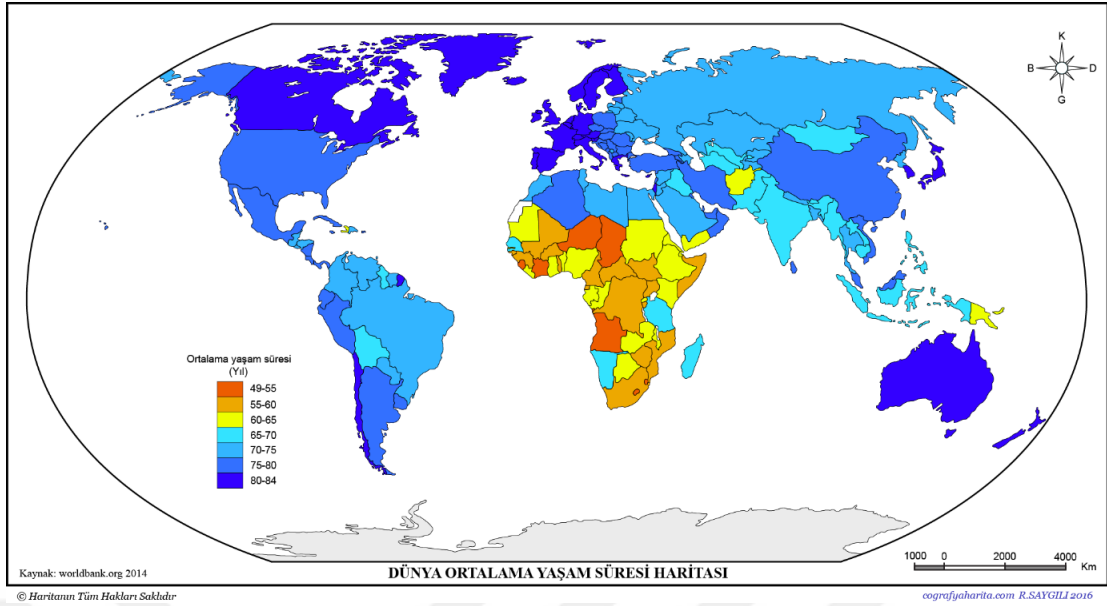
2.3.1. Dünyada Yaşlı Nüfus

Dünya nüfusu özellikle gelişmiş batı toplumlarında ardından gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm dünyada hızla yaşılanıyor. Dünya genelinde altmış yaş üstü insanların sayısı, 2006'da 400 milyonun üzerinde iken, 2010 yılında 524 milyon olarak tespit edilmiştir. 2050 yılına kadar bu sayının yaklaşık üç katına çıkarak 2 milyara ulaşması beklenmektedir. 2010 ile 2050 arasında, yaşlıların sayısında az gelişmiş ülkelerde %250'den fazla, gelişmiş ülkelerde ise %71 artış görüleceği öngörülmektedir. Toplumlarda doğurganlıktaki düşüşler ve uzun ömür bu sayıyı arttıran önemli hususlardandır. Bu artışta kadınların sayısının erkeklerden 1,5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (20,21).



Şekil 2.1. Küresel yüzde olarak dünyadaki yaşlı nüfus dağılım oranları (22)

BM tanımına göre, bir ülkede 65 yaş üstündeki insanların oranı, %15'nin üzerine çıkarsa o ülkede yaşlı nüfus fazla olarak kabul edilmektedir. Şekil 2.2 incelendiğinde ABD, Rusya, Avustralya, Büyük Britanya, Japonya ve tüm Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranının fazla olduğu görülmektedir. Dünyanın genelinde yaşlı nüfusun giderek arttığı tespit edilmekle birlikte 21. yüzyılda hızla artan yaşlı sayısına bağlı olarak geriatrik kronik hastalıklar, dünya genelinde toplum sağlığı açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır (23,24).

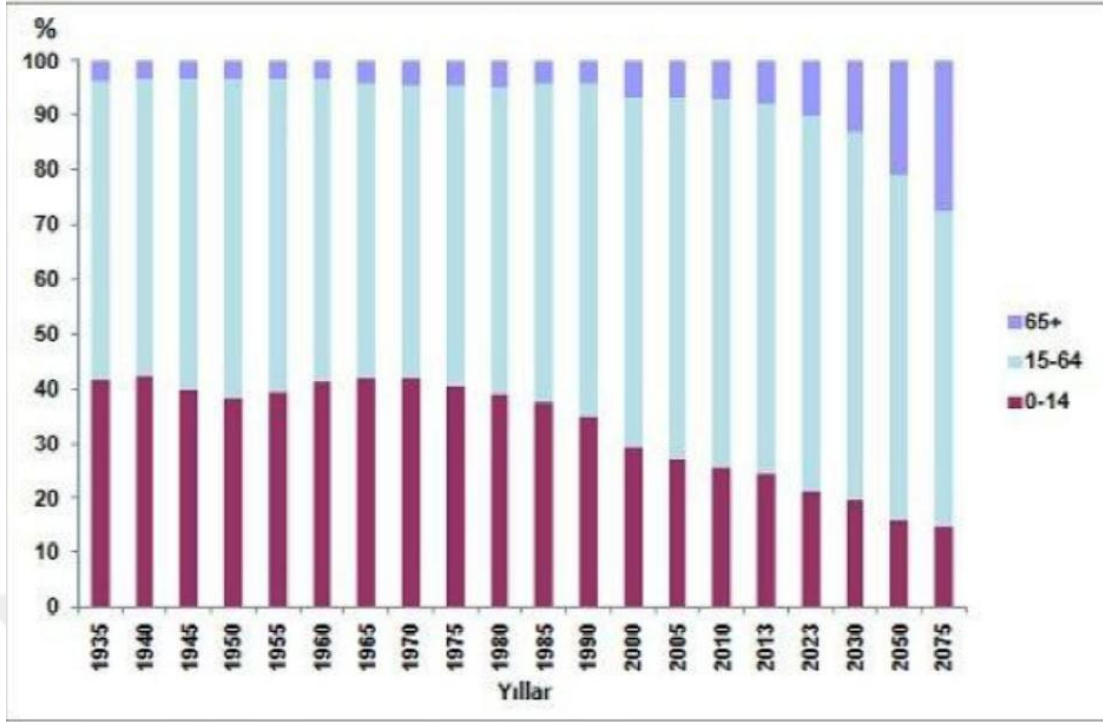


Şekil 2.2. Ükelere göre ortalama yaşam süreleri (22)

2.3.2. Ülkemizde Yaşlı Nüfus

Türkiye’de 2012 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri yaşlı kişiler, %7’nin üzerinde iken, son beş yılda bu oran %17,1’e yükselmiştir. Türkiye genelinde ortalama yaşam süresinin 78 yaş olduğu, bu sayının erkeklerde 75,3 yaş, kadınlarda ise 80,7 yaş olarak belirlendiği görülmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte birçok sorunun yanında kronik hastalıklar ve bu hastalıkların neden olduğu morbidite ve mortalite artmaktadır. Tüm bu veriler ülkemizde bireylerin sağlıklı yaşlanması için özel yaşlı sağlığı politikaları geliştirilmesi ve uygulamaya konmasının daha da önemli hale geldiğini göstermektedir (24, 25).

Şekil 2.3’ten anlaşılaacağı üzere ülkemizde 1970 ve sonrasında yaşlı nüfus oranı gittikçe artmakta, bu artışın ilerleyen yıllarda daha da fazla olacağı tahmin edilmektedir. 2019 yılı verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il Sinop’tur. Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde yaşlı nüfus oranı diğer bölgelere nazaran düşük olmakla birlikte yaşlı nüfusun en yüksek olduğu bölgemiz Karadeniz Bölgesidir. 100 yaşın üzerinde ise yaşlı nüfus sıralamasındaki ilk üç ilimiz; İstanbul, Ankara ve Giresun’dur (26).



Şekil 2.3. Ülkemizde yaşa bağlı nüfus oranı 1935-2075 (26)

2.4 ETİYOLOJİ

Yaşlılık, vücudun organlarının, genetik yapıya bağlı olarak, yaşam tarzı seçimleri ve çevresel maruziyetler de dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenen bir olaydır (27). Anatomik ve fizyolojik pek çok değişikliğin yaşandığı yaşlılık süreci, doku ve organ yıpranmalarını beraberinde getirmektedir. Yaşlanma ile birlikte organ sistemlerinde meydana gelen değişiklikler, genellikle normal koşullar altında vücut fonksiyonlarını etkiler nitelikte olmayıp, daha çok sistemlerin yedek kapasitesini azaltır. Ayrıca hücresel yaşlanma nedenlerinden biri olarak düşünülen telomer kaybı hipotezi geriatride geniş yer tutmaktadır. Replikasyon sırasında lineer kromozomal DNA'nın son kısmının tamamlanmasında rol oynayan telomerler kromozomu rekombinasyon, yıkım ve anaomal mutasyonlara karşı korur. Telomer fonksiyonunun hücresel yaşlanma ile ilişkisini Hayflick ve Moore-Head ortaya çıkarmıştır. Günümüzde transplantasyon yapılan dokularda, telomerazın dışarıdan expiresyonu ile yaşlanmanın önlenmesine dair çalışmalar devam etmektedir (4,27).

2.4.1. Dış Etkenler

Hücrelerde zamanla meydana gelen bozuklukların zamanla vücutta yaşlanmaya neden olduğundan bahsedilmiştir. Bu bozuklukların hücrelerde birikimi söz konusudur. Zaman içinde radyasyon veya yaşam süresince hücrelerde meydana gelen mutasyonların birikimi bu bozukluklardandır. Hücrelerdeki protein sentezinde ölümcül hatalar yaşlanmayla birlikte ortaya çıkmaktadır. Bu hataların birikmesi ve artmasıyla hücrelerin ölümü ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda zamanla hücrelerdeki proteinlerdeki yapısal değişiklikler, karbon oranlarının artması hücrelerin ölümünü kolaylaştırmaktadır. Bu arada hücreyi koruyan mekanizmalar ve enzimler bozulmaya başlamıştır. Serbest oksijen radikallerinin hücrelerde artmasının bazı hastalıklara neden olduğu ortaya konmuş olsa bile yaşlanmadaki etkileri net değildir (4,28).

2.4.2. Kalıtsal Etkenler

İnsan genlerinden bazılarının yaşlanmada etkili olduğu bildirilmiştir. Yaşlanma programını stimüle eden kalıtsal etmenler arasında tanımlanmış en iyi fizyolojik uyarıcı telomer kısalmasıdır. Araştırmalar hücrelerin büyük bir bölümünün programlanmış hücre ölümüne uğradıklarını, ileri yaşla birlikte ve hücreler bölündükçe telomerlerin kıaldığını ve mitekondrial DNA'da dejenerasyonlar meydana geldiğini göstermektedir. Yaşla beraber artan genetik mutasyonların yanı sıra soy ağacından aktarılan genotip varyasyonlarının da kişinin fizyolojisini belirlediği bilinmektedir. Genotip benzerliği ve kalıtım sonucunda bazı kişilerde hızlı ve artan yaşlanma gözlenirken bazılarında ise bu süreç çok daha yavaş olmaktadır. Bu da bize yaşlılıkta genetiğin çok önemli bir yeri olduğunu kanıtlamaktadır (4,28).

2.4.3. Nörolojik Etkenler

Yaşlanmayla birlikte nöronlarda ve endokrin sistemde meydana gelen bozulma ve fonksiyon azalması geriatride etkili olmaktadır (10). İleri yaşla birlikte nörolojik fonksiyonlar arasında motor, duyuşal ve kognitif bazı değişiklikler ilk planda dikkat çeker. Motor aktivitenin hız ve kalitesinin azalması, tepki süresinin uzaması, ince ve beceri gerektiren hareketlerin zorlaşması, koku, tat ve işitme duyularında azalma nörolojik etkenler arasında yer alır (4,28).

2.4.4. İmmünolojik Etkenler

Yaşlanmayla birlikte immün yanıtın etkinliğinde de azalma meydana gelmektedir. Otoimmün sistemin zayıflamasıyla birlikte inflamatuvar hastalıklar yaşlı kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazla görülür. Yaşlılıkta immünolojik sistemi zayıflatan etmenler ise şöyle sıralanabilir:

- a. Hücresel metabolik atık birikim fazlalığı
- b. Yaşlı obezitesi
- c. Beslenme yetersizlikleri
- d. Hareket kısıtlanması
- e. Azalan sosyal hayat ve yalnızlık
- f. Uyku bozuklukları
- g. Sigara ve alkol kullanımı
- h. Uv ışını veya radyasyona maruz kalma
- i. Bazı psikolojik rahatsızlıklar (4,28,29).

2.4.5. Hücresel Etkenler

Hücre fonksiyonları zamanla azalma ve bozulmaya yaşanmaktadır. Bu bozulma zamanla tek bir hücrede değil tüm hücrelerin fonksiyonlarında görülmektedir. Bunun yanı sıra hücrelerde artan nekroz ve apoptozis hücresel yaşlanmanın bir diğer yanıdır. Yaşlı hücrelerde hem kromozomal hem de mitokondrial DNA'da çeşitli hasarlar meydana gelmektedir. Hücre bölünmesinin son derece yavaşlamasıyla karakterize olan yaşlılık sürecinde hücrelerde biriken çeşitli metabolik atıklar da apoptozise neden olmaktadır (4,28).

2.5 YAŞLANMADA BAZI TEORİLER

Rol Teorisi: Bu teori, sağlıklı sosyal kimliği sona eren yaşlıların bu süreç sonunda yeni roller ile yeni bir kimlik kazanmasını ifade eder. Yeni birey, hayatındaki birtakım değişimlere uyum sağladığında yaşlanma sürecine de uyum sağlamaktadır. Bu anlamda rol teorisi sahip olduğu hayattaki rollerini kaybeden yaşlı bireylerin (örneğin, emeklilik) yeni kimlikleri ile nasıl aktif olabilecekleri konusuna yoğunlaşmaktadır (13,28).

Aktivite Teorisi: Bu teoriye göre yaşamda halen aktif olmak, sağlıklı yaşlanmaya olumlu etki eder. Yaşla birlikte bedensel aktiviteler belirli düzeyde azalır ancak yine de bireylerin bedensel aktivitelerini üst düzeyde tutulmaları önerilmektedir. Böylece bireylerin yaşama sevincinin devamına katkı sağlanacak, depresyonu önlenecek ve bağımsızlığı güçlenecektir (13,28).

Ayrılma Teorisi: Bu teoriye göre yaşlanan bireylerin toplumdan çekilmesi genç bireylerin onların yerini almasının önünü açmaktadır. Bu durum sosyal dengenin sağlanmasının bir parçası olarak görülmektedir. Çalışma hayatında da yaşlı bireylerin yerine genç bireylerin tercih edilmesi bundan dolayıdır. Toplumdan uzaklaşma; iş veya başka sosyal sebeplerle de olsa bazen yaşlı bireylerin de tercihi olarak karşımıza çıkmaktadır(13,28).

Devamlılık Teorisi: Bu teoriye göre bireyler yaşamları boyunca elde edilen bilgi, beceri ve tecrübeye dayanarak kendilerine en uygun yaşam tarzını geliştirirler. Burada en önemli hedef başarılı yaşlanmadır (13,28,29). Bunun çeşitli sorunları olsa bile bu bireyler var olan bilgi ve beceriyi devam ettirebilirler (28,29).

Yaş-Tabakalaşma Teorisi: Bu teoriye göre yaşlılar “genç yaşlı”, “orta yaşlı” ve “ileri yaşlı” olarak gruplara ayrılırlar. Bu gruplardaki bireylerin birbirlerine benzer özellikleri olabileceği gibi bazı farklılıkları da olabilmektedir (13,28).

Sosyal Değişim Teorisi: Bu teoriye göre yaşlanan bireylerin ekonomik açıdan topluma katkıları giderek azalmaktadır. Bu durum kişilerin sosyal iletişimlerinde ve kendilerine özgüvenlerinde de azalmaya neden olmaktadır. Sağlıklı yaşlanma ekonomik sorunu olmayan ve toplumla iyi iletişim kuran kişilerde mümkündür. Aynı zamanda topluma ekonomik olarak katkı sağlayan ve tecrübesini aktarma tutumu içinde olanların yaşamları olumlu yönde etkilenmektedir (13,28).

Modernizasyon Teorisi: Bu teori yaşlı bireylerin topluma maddi ve politik katkı sağlayarak yaşayabileceklerini açıklar. Tarımın önemli olduğu toplumlarda yaşlı bireylerin gıda üretimi ve dağıtımındaki tecrübeleriyle saygın bir yerleri vardır. Gençleri yönlendirebilir ve onlara tecrübeleriyle yardımcı olabilirler. Ancak günümüz aile yapıları artık çekirdek aileye döndüğünden yaşlı bireyler aileden uzak yaşamaktadırlar. Böylece aile içi veya akrabalar arası bilgi ve tecrübe alışverişi kısıtlanmaktadır. Günümüzde yaşlıların tecrübelerinden faydalanmak yerine farklı bilgi ve hizmet

kaynaklarından yararlanılır olmuştur. Böylece bu yönüyle yaşlı bireylerin toplum içerisindeki görevleri azalmıştır (13,28).

Yıpranma Teorisi: Bu teoriye göre insanlar makine gibi zaman geçtikçe yıpranırlar. Yıpranma durumu, vücut kendisini tamir edememe noktasına geldiğinde ise yaşlanma başlar. Zamanla vücut hücreleri tahrip olur, hücre içi asit birikimi ve toksin miktarı artar (28,30).

Planlı Eskime Teorisi: Bu teoriye göre yaşlanma genetik özelliklere bağlıdır. Vücutta kalıtsal etmenlere bağlı olarak anatomik ve fizyolojik yıpranmalar baş gösterir. Hücrelerde asit miktarı artar, oksijen miktarı düşer, metabolik atık birikimi fazlalaşır ve hücresel genetik meteryalin etkisi ile yaşlanma hızlanır (28,30).

Yaşam Hızı Teorisi: Bu teoriye göre metabolizma hızı düşük olanlar daha uzun süre yaşamaktadır. Herkesin belli bir metabolizma hızı vardır ve bu hız aynı zamanda yaşlanma hızıyla paralellik gösterir. Kişiye özgü metabolizma hızı zamanla durma noktasına gelince de ölüm gerçekleşir(28,30).

2.6 YAŞLANMANIN PATOFİZYOLOJİSİ

Yaşlanma, yukarda anlatılan nedenlerden dolayı vücutta gelişen olayların sonucu ortaya çıkar. Bu zaman zarfında yaşlılar bazı dönemlerden geçerler. Bu dönemler şöyle tanımlanabilir:

Düşkün Yaşlılık Dönemi: Yaşlıların ekonomik, sosyal, kültürel nedenlerle girdikleri durumdur.

Pasif Yaşlılık Dönemi: Üretime veya herhangi başka bir faaliyete katılmayan yaşlıların içinde bulundukları durumdur.

Aktif Yaşlılık Dönemi: Bu yaşlılık türü dinç yaşlılık olarak da adlandırılır. Yaşlanan bireyler toplumdan kopmadan, ekonomik olarak zor duruma düşmeden, topluma katkı sağlayarak, kültürel anlamda aktifliklerini kaybetmezler. Daha önceki aktif hayatlarını yaşları ilerledikçe deva ettirirler. Bu bireylerin topluma, ekonomiye, hayata katkıları devam etmektedir.

Başarılı Yaşlılık Dönemi: Başarılı yaşlılık türünde kişi kendiyle barışık, yaşının farkında, üretken, kendini gerçekleştirmiş ve sağlıklıdır. Başarılı yaşlı, birtakım fizyolojik dejenerasyonlara maruz kalsa bile bunlarla barışık

yaşayarak uygun sağlık hizmetlerine ulaşım sağlar. Kendi öz bakımını kendisi sağlar, aile içi ve sosyal iletişimi devam ettirir. Egzersiz, beslenme ve sağlık takibi konularını kendisi yürütür. Böyle bir yaşam için sağlık hizmetlerine kolay ve hızlı ulaşım sağlanmalı ayrıca yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarının sürdürülmesi için gerekenler yapılmalıdır (31,32).

2.7 YAŞLILIĞIN SINIFLANDIRILMASI

Yaşlılığın sınıflandırılması ülkelere, toplumlara ve bilimsel yaklaşımlara göre değişiklik arz etmektedir. Genel olarak geriatri ile en fazla ilintilenen Biyoloji, Sosyoloji, Psikoloji gibi bilim dalları sınıflandırmada yerini almaktadır. Yaşla beraber ortaya çıkan fizyolojik disfonksiyonlardan, organ sistemlerinde meydana gelen değişimlere, geriatrik psikoz ve sosyal bunalımlardan ekonomik sebeplere kadar pek çok faktör yaşlılığın sınıflandırılması sayesinde daha iyi anlaşılabilir. Yaşlılığın sınıflandırılması genel olarak şu başlıklar altında incelenebilir (31-35).

2.7.1. Kronolojik yaşlanma

Bireylerin doğumundan içinde bulunduğu zamana kadar geçen süreyi gösterir (31-35).

2.7.2. Biyolojik yaşlanma

Yaşın ilerlemesiyle birlikte vücudunun yapısında ve fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikleri belirtir. Yaşlılık döneminde hem vücut hücrelerinde hem de beden fonksiyonlarında azalma meydana gelir. Yaşla beraber anatomik ve fizyolojik yıpranmaya bağlı olarak kişinin boy, kilo, omuz arası açıklığı, göğüs derinliği ve duruşu değişir (31-35).

2.7.3. Fizyolojik yaşlanma

Vücuttaki organlarda meydana gelen değişiklikleri ifade eder (31-35).

2.7.4. Duygusal yaşlanma

İnsanın kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşantısını değiştirmesi ve sosyal yalnızlaşma ile birtakım davranışsal ön kabullerin oluşmasıdır (31-35).

2.7.5. Fonksiyonel yaşılanma

Kişinin yaşlıları ile kendini karşılaştırıp toplumdan kendini tecrit etmesi ve yalnızlığa mahkûm olması olarak tanımlanır (31-35).

2.7.6. Psikolojik yaşılanma

Kişilerdeki bilişsel fonksiyonların etkilendiği yaşılanmadır. Yaşlılığa bağlı olarak, üretkenliğin ve verimin azalması, hareket kısıtlanması, mevcut kronik rahatsızlıklar, iletişimsizlik, sosyal tecrit ve yalnızlık gibi etkenler psikolojik sorunları tetikler. Bu yüzden yaşa bağlı geriatrik psikoloji çalışmaları hız kazanmıştır (33-36).

2.7.7. Sosyal yaşılanma

Bireyler kendilerini sosyal yaşamdan geri çekerlerse bu durum sosyo-kültürel yaşılanmayı beraberinde getirir. Emeklilik, kişinin kayıplarla başa çıkamaması ve toplumun yaşlılığa bakışı sosyal yaşılanmayı etkiler (33-36).

2.7.8. Ekonomik yaşılanma

Yaşa bağlı olarak hareket kısıtlanması beraberinde iş gücünde azalmayı getirir. Yaşlı bireyin herhangi bir nedenle emekli olamaması veya iş bulamaması ekonomik yaşılanmayı doğurur. Bu da hem sağlık hizmetlerine ulaşımını engeller hem de pek çok psikolojik ve sosyolojik sorunları beraberinde getirerek başarılı bir şekilde yaşılanmayı önler. Başarılı yaşılanma için bireylerin toplum içinde hala üretken olmaları aynı zamanda ekonomik sıkıntı ve kaygılardan da kurtulmaları sağlanmalıdır (33-36). Bu tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere yaşılanmanın birden çok boyutu vardır (35,36). Bu nedenle sağlıklı yaşlılığın gerçekleşmesi için tüm bu boyutların sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi gerekmektedir (13).

2.8 YAŞLILIKTA VÜCUTTA ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİMLER

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak vücutta gelişme, büyüme, duraklama ve gerileme başlangıcı ardından da gerileme ortaya çıkar. Genel olarak yaşın ilerlemesiyle organların rezerv kapasitelerinde, homeostatik kontrolde, çevresel faktörlere uyum sağlamada ve strese cevap kapasitesinde azalma meydana gelir (21).

2.8.1. Bedenin Fiziksel Değişimi

a. Nörolojik sistem: Yaşa bağlı olarak özellikle yaşamın üçüncü çeyreğinde beyin faaliyetlerinde ve yapısında çeşitli değişiklikler görülür. Beyin kan akımı, nöronlar ve nörotransmitterlerin sayısında giderek azalma görülür. Bunun yanında özellikle yüz, boyun ve omurga bölgesindeki kaslarda başlayan zayıflama diğer kaslara yayılarak motor koordinasyonda, kas reflekslerinde azalma, denge-koordinasyon bozukluğu, dokunma ve ağrıyı duyma kaybına ilerler. Bunun yanında yaşlı bireylerde zihinsel fonksiyonlarda gerileme, demanslar, istemsiz hareketler(tremor), uykusuzluk ve konuşma bozuklukları görülür. Böylece yaşla birlikte bireylerde yemek yeme, araba kullanma, giyinme vs. gibi günlük faaliyetlerinde bozulmalar ortaya çıkar (36,37).

b. İşitme duyusu: Elli beş yaşından sonra öncelikle yüksek frekanslı sesleri duymada zorluklar başlar. Bunu ses tonunda ve konuşmada değişiklikler izler. Kokleada kıl hücre kaybı, akustik sinir hücre ölümü ve fibröz değişiklikler oluşur. İşitme sinirlerinde başlayan bozuklukla beraber ve kemiklerde sesin iletilmesi de bozulur. Yüksek perdeli seslerde olmak üzere kondüktif işitme kaybı başlar. Sensoronöral sağırılık yaşlılıkta sık görülmekle beraber kadınlara oranla erkeklerde daha yaygın karşılaşılmaktadır. Daha çok erkeklerde görülmesi meslekle ilgili olarak gürültünün etiyolojik faktör olmasını vurgulamaktadır (36,37).

c. Görme duyusu: Yaşlanma ile birlikte göz yaşı üretimi azalır. Bunun sonucunda göz kuruluğu oluşur. Böylece gözlerde yanma, batma ve kuruluk şikâyetleri başlar. Bunun yanında göz lensinin esnekliği ve saydamlığında azalma olur. Bu nedenle iyi bir görme için daha fazla ışık gereklidir. Kırk yaşından sonra görmede değişiklikler meydana gelir; yakın görme bozulmaya başlar. Gözde derinlik algısı ve renkleri ayırmada hassasiyetin azalması görülür. Yaş ilerledikçe gözde katarakt, tansiyon ve retina dejenerasyonu ortaya çıkar (36,37).

d. Saç ve tırnaklar: Yaşlanma ile birlikte saçta, koltuk altında ve pubik bölgedeki tüylerde incelme meydana gelir. Saçlarda beyazlama/grileşme ortaya çıkar. Kadınlarda yüzde kıllanma görülebilir. Tırnaklar yavaş uzamaya başlar, parlaklığı azalır ve tırnak yatağında bozulmalar meydana gelir (37).

e. Dolaşım sistemi: Yaşlanmayla birlikte atriyoventriküler (AV) nodul iletim hızında, kalbin ağırlığında ve kalınlığında artma kalp kasılma gücünde (strok hacim) azalma olur (36,37). Bunun yanında yaşla birlikte aort ve mitral kapakların kalsifikasyonu ortaya çıkar. Diğer yandan sistolik kan basıncı ve nabızda artış görülebilir. Baroreseptörler de yaşın ilerlemesiyle birlikte hassasiyet kaybı olur bu da ortostatik hipotansiyona neden olur (37).

f. Bağışıklık sistemi: Yaşlanma ile birlikte vücutta lenfoid üretiminin azalmasına bağlı olarak bağışıklık sistemi zayıflar. Hastalıklarda iyileşme süresi uzar (37).

g. Üriner sistemi: Yaş ilerledikçe insanda kan dolaşımında azalma ortaya çıkması böbrekte glomerüler filtrasyon hızında azalmaya neden olur. Bunun yanından böbreğin boyutlarında da küçülme ortaya çıkar. Mesane ve idrar yollarında elastikiyet kaybı ortaya çıkar. Mesane kapasitesi azalır (36,37).

h. Solunum sistemi: Yaşlanma ile birlikte solunum sisteminde görev alan kaslarda güç kaybı, akciğerin elastikiyetinde ve alveol sayısında azalma meydana gelir. Bunların yanında burun, ağız ve solunum sistemindeki aktif silia ve makrofajlarda da azalma meydana gelir. Öksürme refleksi azalır, mukusun uzaklaştırılması güçleşir. Bunların sonucunda akciğer kapasitesi azalır ve kana geçen oksijen miktarı düşer. Solunum sistemindeki değişiklikler kalp yetmezliği ya da pnömoni gibi kronik hastalıklarda prognozu kötüleştirir (36,37).

i. Vücut metabolizması: Yaşın ilerlemesine bağlı olarak bireylerde vücut metabolizma hızı düşer ve beden enerji gereksinimi azalır. Vücutta görülen hormonal değişikliklerle birlikte vücutta yağ depolaması artar, kas kütlesi ise azalır (37).

j. Kas-İskelet sistemi: Yaşla birlikte zayıf postür ve eklemlere omurgalardan yapılan baskı ve menopoza bağlı olarak kemik yoğunluğunda azalma, kemik kaybı ve boy kısaltmasın neden olur. Küçük travmalarda bile kemiklerde kırıklar ortaya çıkabilmektedir. Bu bulguların yanında yaşlı bireylerde kas kütle kayıpları sıkça görülen bir durumdur. Kas hücrelerinin oksijenlenmesinde azalma meydana gelmektedir ve bu durum yaşlı bireylerin aktivite sonrasında kolayca yorulmasına neden olur (36,37).

k. Gastrointestinal sistemi: Yaş ilerledikçe çene kaslarında zayıflama azalan tükürük salgısı, tat duyusu ve susama isteğinde azalma görülür. Aynı zamanda mide hareketleri azalır ve mide boşalma süresi de uzar. Yutkunma refleksi azalır. Buna ek olarak mide sfinkter zayıflığı sonrası reflü gelişir. Fiziksel aktivitede azalma, uygunsuz beslenme, hormonal sorunlar ve fazla ilaç kullanımına bağlı olarak kabızlık ortaya çıkmaktadır (36,37).

l. Cilt: Ciltte yaşlanma ile birlikte var olan elastikiyetinde kayıp ortaya çıkar. Deride ter ve yağ bezlerinin çalışması bozulur ve bu durum cilt kuruluğuna neden olur. Cilt altı yağ dokusu azalmasının sonucunda cilt inceler ve kolajen yapının bozulmasıyla ciltte çizikler, sıyrıklar oluşur. Yaralar daha yavaş iyileşir. Vücutta ortaya çıkan tüm bu değişimlerin sonucunda bedensel aktiviteler, seksüel aktiviteler ve entellektüel gerilemeler ortaya çıkar (36,37).

2.8.2. Bedenin Psikolojik Değişimi

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar ve emeklilik durumu ile toplumdan uzaklaşma bireylerin yaşama arzusunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bireylerde ortaya çıkan kaygı, korku, üzüntü çok çeşitli endişelerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu endişeler gerginlik ve öfke içeren davranışlar olarak dışarıya yansıyabilir. Zamanla yaşam sevinci ve isteği azalmaktadır. Bu yaşlılar yeni yaşamlarına alışmalarında sorun yaşamaktadır. Zamanla unutkanlık, depresyon, hastalık hastalığı, stres, nevroz, uyku bozuklukları, yönelim bozuklukları ve ölüm korkusu belirtmeye başlar ve bu bulgular gittikçe artar. Yaşlılar genellikle kendilerini tenkit ederler, çok çabuk kızgınlık gösterirler, başarısızlık ve hayal kırıklığını açığa vururlar. Yaşlı bireylerin psikolojik durumları sağlıklı yaşlanmanın en önemli faktörlerinden biridir (36,37).

2.8.3. Bedenin Zihinsel Değişimi

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak isimlerin ve olayların hatırlanamaması gibi hafıza kayıpları başlar ve bellekte yavaşlama baş gösterir. Yaşlıların bellek kapasitesinin azalması sosyal ve iş uyumunu bozabilir ve entelektüel düzeylerini düşürebilir. Bazı hastalıklarla birlikte mental durumda değişiklikler sonucunda konfüzyon ve deliryum gelişebilir. Mental durumu etkileyen hastalıkların varlığında konfüzyon ve deliryum tablosu içerisindeki hastalar kendilerini ya da etrafındakilere zarar verebilirler (36,37).

2.8.4. Bedenin Sosyal ve Kültürel Değişimi

Yaşlanan bireylerin sosyal hayatlarında bir dizi değişiklikler ortaya çıkar. Bunlar arasında önemli değişimlerden biri yaşlılara karşı kötü davranış değişikliği ve çevreyle olan iletişimlerinin azalmasıdır. Bu durum yaşlıların yakınındakilerin kendisine ilgi ve alakalarının azaldığını düşünmesi sonrası ortaya çıkabileceği gibi, eşinin ölümü, çocukların evden ayrılması sonrasında da olabilir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan değişimlerden bir diğeri ise emekliliktir. Çalışma hayatı sona erdiğinde birey kendini boşlukta ve değersiz hissedebilir Sosyal çevresini sürdürebileceği ortamın varlığı yaşlılar için önemlidir. Var olan statülerini ve ilgilerini kaybetmiş yaşlı bireylerde bu durum zamanla psikolojik sorunları beraberinde getirir (36,37).

2.9 YAŞLI BİREYLERİN GEREKSİNİMLERİ

Yaşlıların yaşadıkları sorunların en aza indirilmesi için bireylerin gereksinimlerinin saptanması önemlidir. Aslında bu bireylerin temel ihtiyaçları ve bu ihtiyaçlarla ilişkili sorunlar dünyanın pek çok yerinde ortaktır. Bu gereksinimler yetişkinlerden farklıdır. Bunlardan bahsedecek olursak:

2.9.1. Biyolojik Gereksinimler

Yaşla birlikte vücutta ortaya çıkan değişimler sonucu yaşlanan organlar nedeniyle hastalıklara yakalanma risk artmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması için kolay ulaşılabilir sağlık hizmetinin yanında, sağlıklı sosyal ve fiziksel çevrenin sunulması önemlidir. Diğer yandan evdeki yaşlı bireylerin bakımını yapabilecek ve onlara yardımcı olabilenlerin sayısı giderek azalmaktadır. Bunun yanında ise tek başına yaşamını sürdürmeye çalışan yaşlıların sayısı giderek artmaktadır. Ancak yaşlılıkların bu ihtiyaçlarının karşılanması noktasında eksik kalınmaktadır (36-38).

2.9.2. Sosyal Gereksinimler

Yaşlılık bireylerin sosyal yapılarını da değiştirmektedir. Emekli olanlar, eş ve arkadaşlarını kaybedenler, aile yapısındaki değişimler gibi birçok değişim, yaşlı bireylerin sosyal gereksinimlerini daha da arttırmaktadır. Aktif çalışma

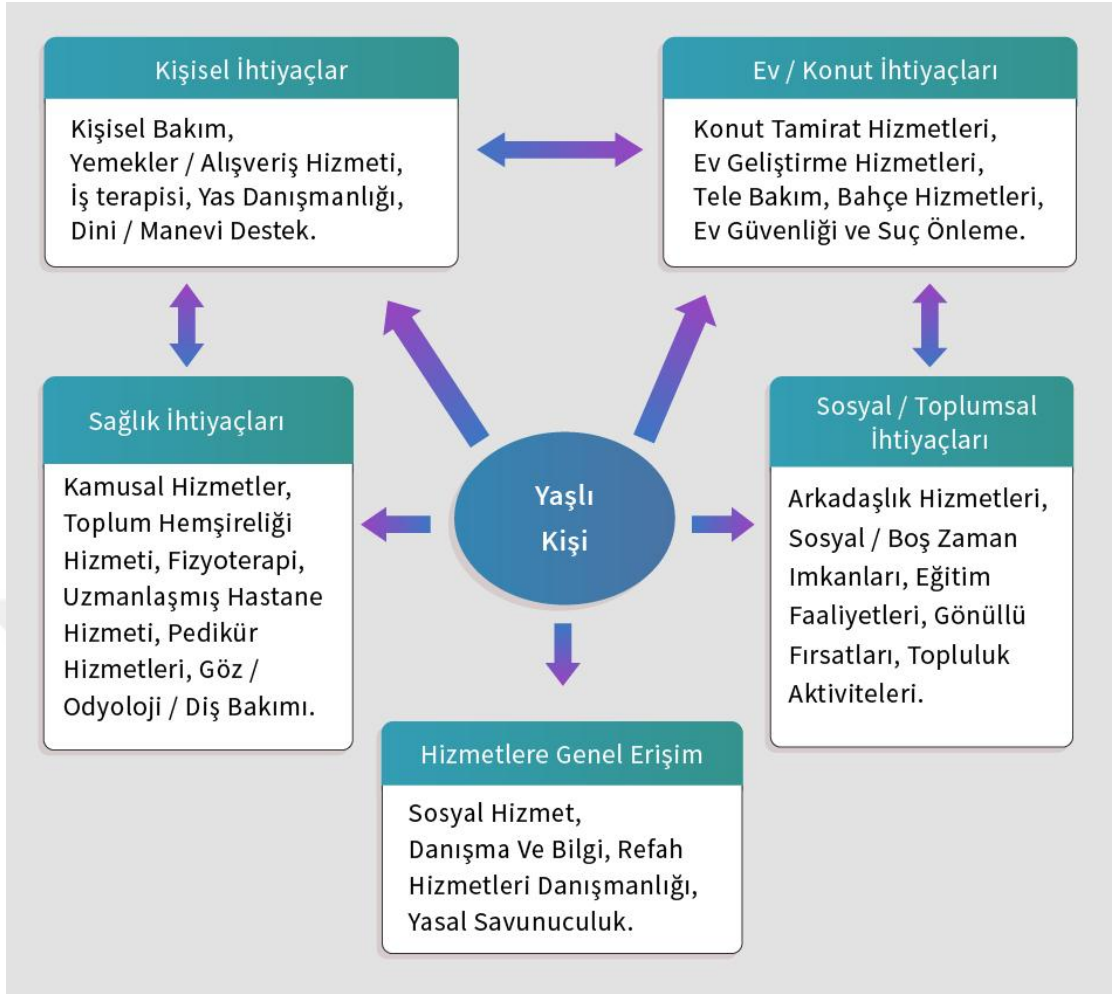
hayatını noktalayan yaşlılarda bu durum ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar yaşlıların ekonomik gereksinimlerinin yanı sıra sosyal gereksinimlerinin de karşılanmasında eksikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Zamanla kendi içine kapanan yaşlı bireyler arasında tek başına yaşayanların sayısı artmaktadır. Bu bireylerin sosyal hayata çekilebilmeleri bu ihtiyaçlarının karşılanması için toplumun ve sosyal çevrenin buna yardım etmesi gerekmektedir. Burada en temel gereksinim sağlık hizmetlerine kolay ulaşmaları ve ihtiyaçlarının karşılandığı konaklamalarının olmasıdır. Ayrıca çevrede yürüyüş yapmaları için uygun şekilde tasarlanmış yaşam alanlarının (ev, merdiven vb.) olması gerekmektedir (35-38).

2.9.3. Psikolojik Gereksinimler

Yaşlanan bireyler aile fertleriyle bir arada yaşamayı, toplum tarafından kabul, destek ve sevgi görmeyi beklerler. Ancak günümüzde yaşlı bireylerin bakımları bakıcı gibi bireylere düşmekte veya bakımevi gibi kurumlar tarafından yapılmaktadır. Bu kişi ve kurumlar bu bireylerin gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz kalmakta ve yakınlarının yardımlarının yerini tutmamaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin sadece maddi ihtiyaçlarının karşılanmasının değil sevgi ve saygı gibi manevi ihtiyaçlarının da karşılanması gerektiğini göstermektedir. Yaşlı bireyler aynı zamanda kendilerini güvende hissetmek, özgür hissetmek ve işe yaradığı hissini yaşamak isterler. Yine dua etme ve istediğinde manevi konuları paylaşabileceği, destek alabileceği bir çevreye ulaşabilir olması da önemli gereksinimler arasındadır (35-38).

2.9.4. Yaşlı Gereksinimlerinin Karşılanması

Başarılı yaşlılık yaşlı bireyden çok, onun sosyal çevresi, ona sunulan hizmetler ve ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ilgili bir kavramdır. Geriatrik popülasyonun ihtiyaçlarının başarılı bir şekilde karşılanması beraberinde başarılı yaşlanmayı getirir. Şekil 2.4. (36-39).



Şekil 2.4. Yaşlı kişinin bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet örneği

A. Yaşlılarda Öz-Bakım: Bireyin öz bakımı; onun beslenme, giyinme vb. gereksinimlerinin üstlenmesini ve yaşamını, sağlığını ve iyilik halini devam ettirebilmesidir. Özellikle yaşın ilerlemesiyle öz bakımını sürdürmekte güçlük çekenler yaşlı bireylerin hayatlarında çok zorluklar yaşamaktadırlar. Öz bakım deyince akla bazı kavramlar gelmektedir (35-38).

a.Terapötik Öz-Bakım Gereksinimi: Yaşlanan bireylerin zaman içerisinde ortaya çıkan tüm şahsi gereksinimlerini kapsar. Bu gereksinimler, evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma durumunda olmak üzere üç grup altında sınıflandırılabilir (38-40).

b.Evrensel Öz Bakım: Yaşlıların sağlıklı hava ve su gereksinimi, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim, tehlikelerden korunma ve çalışma gibi temel yaşamsal gereksinimlerini kapsar (39-41).

c.Gelişimsel Öz-Bakım: Bireyin yaşam sürecini devam ettirmek için var olan ihtiyaçlarıdır (39-41).

d.Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım: Yaşlıların kendi gereksinimlerini karşılayamadıkları zaman başka birinin yardımını içerir (39-41).

e.Öz-Bakım Gücü: Bireyin yaşam fonksiyonlarını sürdürebilmesi ve geliştirebilmesi için sürekliliği olan öz-bakım gereksinimlerinin farkında olma ve bu gereksinimleri karşılama yeterliliğidir (40-42).

B. Yaşlı Bireylerde Sağlık Eğitimi: Yaşlılar, daha önce geçirdikleri yaralanmalar, hastalık ve ameliyatların kalıcı izlerini taşırlar. Yaşlıların pek çoğunun pernisyöz anemi veya miksödem gibi tam iyileştirilemeyen ancak kontrol edilebilen; diyabet, divertikülozis veya aterosikleroz gibi kronikleşen hastalıkları vardır. Habis hastalıklar, depresyonlar, Parkinson hastalığı, senil demans gibi hastalıkların ise görülme sıklığı yaşla beraber artar. Ayrıca yaşlanma ile birlikte bazı vücut sistemlerinde fizyolojik fonksiyonel kayıp oluşurken daha önce mevcut hastalıkların üzerinde yenileri gelişebilir. İşte bu yüzden yaşlı bireyin çoklu hastalıklarında kendisine ayrıntılı bilgi verilmeli ve kontrolleri sağlanmalıdır. Sağlık takibinin en işlevsel olanı öz bakımını yapabilen yaşlıların, kendi hastalık, ölçüm, kontrol ve ilaç takibini kendilerinin yapmasıdır. Öz bakım gücü olmayan yaşlıların takip ve açıklaması ise yaşlı bakımını gerçekleştiren kişiye, aile hekimi tarafından yapılmalıdır (35-38).

2.10 BAŞARILI YAŞLANMA

Yaşlıların sağlık sorunlarının çözümüne yönelik adımların atılmasının yanı sıra fiziksel, bilişsel ve psikolojik olarak kapasitelerini düşürmeden hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak başarılı yaşlanmanın içeriğidir. Sadece ülkemizde değil tüm dünyada merak edilen ve hedeflenen bir yaşlanma biçimi olan başarılı yaşlılık, metabolizma ve sağlık sorunlarının arttığı yaşlılık evresinde hayatın kaliteli ve kapsamlı bir şekilde yaşanmasını sağlar. Yaşlılık sürecinde biyolojik, sosyal, ekonomik, psikolojik iç ve dış etkenler birbirine bağlıdır ve etkileşim halindedir. Başarılı yaşlılık için genel öneriler şu şekilde sıralanabilir:

a.Egzersiz: Osteojenik stimölatör olması nedeni ile gerek profilakdside gerekse tedavide çok önemli yer tutar. Yüzme ve yürüyüş, kardiyovasküler sorunu olmayanlara haftada 3 kez minimum 30 dk. tavsiye edilmektedir. Aerobik ve egzersiz ise yine haftada 3 kez 1 saatlik periyotlarda önerilmektedir(Hekimler Yayın Birliği 1997). Yürüyüş kemik kütlesini arttıracığı için geriatric popölasyonlara en fazla tavsiye edilen egzersiz olarak bilinmektedir.

b.Beslenme: Yaşlılıkta en önemli diyetik faktör Ca metabolizmasıdır. Ca ve vitamin D'den fakir beslenme osteoporoza, kemik kütlesinde azalmaya, atrofiye ve buna bağılı olarak kırık riskinin artmasına yol açmaktadır. Fosfat, kafein ve proteinden zengin gıdalarla beslenmek geriatric popölasyonda yaşlanma hızını arttırıcı etki yapar. Buna karşın bol prebiyotik lif içeren gıdalarla beslenmek ve dengeli vitamin alımı geriatric popölasyonun yaşlanma hızını yavaşlatıcı etki yapmaktadır.

c.İlaçlar: Yaşlılar azalmış kan volümü, renal klirens, hepatik metabolizma yavaşlığı, nöral kayıp nedenleri ile ilaçların toksik etkilerine gençlerden 2-3 kat daha fazla açıktır. Kortikosteroidler, antiepileptikler, heparin, tiroid ekstreleri ve tetrasiklinler fosfat bağlayan antiasitlerdir. Bu nedenle yaşlı metabolik süreçler içerisinde vücuttan atımı zorlaştığı için geriatric popölasyonda ilaç kısıtlamasına gidilmelidir. Özellikle yaşa bağılı dirençli bakteri sayısındaki artıştan dolayı geriatric popölasyona gelişigüzel antibiyotik kullanımı tavsiye edilmez.

d.Zararlı Alışkanlıklar: Alkolizm yaşla birlikte bilişsel ve zihinsel fonksiyonların gerilemesine neden olur. Karaciğer hücrelerinde biyotransformasyonla ilgili enzimlerin çoğunun düzeyi düştüğü için yaşlılarda alkol metabolize edilmesinde azalma olur. Ayrıca sigara ve alkol kullanımı kemik yıkımını hızlandırır, immün sistemi zayıflatır, akciğer ve karaciğer komplikasyonlarını arttırır, solunum kapasitesi düşer ve böbrek fonksiyonlarında gerileme görülür. Bu nedenlerle başarılı yaşlılık için ilerleyen yaşlarda sigara ve alkolden uzak durulmalıdır.

e.Aktif Psiko-Sosyal Yaşam: Yaşlılıkta yalnızlaşan fertlerde depresyon, anksiyete ve bunama daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden başarılı yaşlılık için bireylerin birinci dereceden akraba olan yakınlarıyla, komşu ve arkadaşlarıyla iletişim halinde olması, mümkünse çocuk ve torunlarını

içeren çekirdek ailesiyle bir arada yaşaması son derece önemlidir. Sosyal yakınlık ve doğru akran iletişimi psikolojik sorunlarda azalmayı sağlamanın yanı sıra geriatrik psikolojinin en önemli halkasını oluşturmaktadır.

f.Sağlık Hizmetleri: Hareket kısıtlaması olan, kronik rahatsızlıkları bulunan ve kendi öz bakımını sağlayamayan yaşlılara kapsamlı evde bakım ve sağlık hizmetleri sunulmalıdır. 65 yaş üzerindeki kişilerin %90'ının genellikle bir kronik hastalığı olup bunların %35'inde 2, %23'ünde 3, %15'inde ise 4 ya da daha fazla hastalık bir arada bulunmaktadır. Bu nedenle başarılı bir yaşlılık için yaşlı sağlık hizmetleri daha özverili ve daha kapsamlı olmalıdır.

Tüm bu veriler ışığında bireylerin başarılı yaşlanmasının; biyolojik, sosyolojik ve psikolojik yönden pek çok olumlu etkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Sağlıklı ve başarılı yaşlanma, bireyleri sosyal yalnızlıktan, değersizlik hissinden ve depresyondan korur. Sosyokültürel ilişkilerini geliştiren, dengeli ve düzenli beslenen, zararlı alışkanlıklardan uzak duran yaşlılar başarılı yaşlılık yolunda ilerleyerek kendilerini bilişsel, zihinsel ve psikolojik rahatsızlıklardan da korumuş olurlar (43-).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMAYA DAHİL OLAN YAŞLI BİREYLER

Çalışmaya Üsküdar 22 No.lu Aile Sağlığı Merkezine 01.07.2020-31.08.2020 tarihleri arasında başvuran 214 hasta dahil edildi. Çalışma kesitsel bir çalışma olarak yapıldı. Çalışma grubunun temsil özelliğini arttırabilmek için haftanın her günü ve günün her saati olacak şekilde yapıldı. Rastgele örneklemeyi sağlamak için rastgele seçilen ilk hastadan sonra gelen her beş hastada bir çalışmaya katılması teklif edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edildi.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 65 yaş üzeri yatağa bağımlı olmayan kadın ve erkekler
- Ankete katılmayı kabul edenler

Hastaların çalışmadan hariç tutulma kriterleri

- 65 yaş altı hastalar
- 65 yaş üstü olup yatalak olan hastalar
- Ankete katılmayı kabul etmeyenler
- 65 yaş üstü olup Alzheimer Hastalığı tanısı almış hastalar.

3.2 VERİ TOPLAMA

Anketin yapılması

Araştırma katılımcıları ile görüşme aile sağlık merkezi bekleme salonunda, anket soruları ve yanıt seçeneklerini bilgilendirmesi yapılarak katılımcı onamları alınarak yapıldı. Çalışma sonrası katılımcıların anket sorularına verilen yanıtlar skorlandı.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale)

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS), Yesavage ve ark. (44) tarafından geliştirilen, 15 ya da bu çalışmada kullanılan revize edilmiş hali 30 sorudan oluşan, her soruya evet ya da hayır yanıtının verildiği, değerlendirilmesinin 1,2,7,9,15,19,21,27,29,30. sorulara verilen her “hayır” yanıtı için 1, “evet” yanıtı için 0 puan, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28. sorulara verilen her “evet yanıtı için 1 “hayır” yanıtı için 0 puan verilerek yapılan bir ölçektir. Daha yüksek puan daha yüksek depresyon düzeyi anlamına gelmektedir. Ölçek toplam skoru <9 puan: depresyon yok, 10-19 puan: Hafif depresyon; ≥ 20 puan: Ağır depresyon olarak kabul edilmiştir (45,46). (Ek 1)

Başarılı Yaşlanma Ölçeği (Successful Aging Scale)

Başarılı Yaşlanma Ölçeği (SAS), Reker (47) tarafından geliştirilen, Sağlıklı Yaşam Biçimi, Uyumsal Başa Çıkma ve hayata bağlılık alt gruplarını içeren toplam 14 sorudan oluşan bir ölçektir. Yanıtlar; “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “biraz katılmıyorum”, “kararsızım”, “biraz katılıyorum”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde doldurulup sırasıyla 1’den 7’ye kadar puanlandırılır. Toplam skor 14-98 puan arasında elde edilir. Daha yüksek skor daha başarılı ya da kaliteli yaşlanma anlamına gelmektedir. (Ek 2)

Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği (Geriatric Health Promotion Scale)

Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği (GHPS), Wang ve ark. (48) tarafından geliştirilen, Sağlık Alışkanlıkları, Topluma Katılım, Sağlık Sorumluluğu, Sağlıklı Beslenme, Düzenli Egzersiz ve Ağız Sağlığı alt gruplarını içeren toplam 22 sorudan oluşan bir ölçektir. Sorulara yanıtlar “hiçbir zaman”, “bazen”, “sık sık” ve “düzenli olarak” şeklinde doldurulur ve 1-4 arası puanlanır. Toplam skor 22-88 arasında elde edilir ve daha yüksek skor daha sağlıklı yaşlılık anlamına gelmektedir. (Ek 3)

3.3 İSTATİSTİK

Çalışmadaki tüm istatistiksel analizler SPSS 25.0 yazılımı (IBM SPSS, Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde

olarak verildi. Kategorik değişkenler açısından gruplar arasındaki karşılaştırmalar Pearson's Ki Kare testi ve Fisher's Exact Test ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov Testi ile doğrulandı. Sürekli değişkenler açısından gruplar arasındaki farklılıklar Student's t Test ve çoklu gruplar arasındaki ortalama değerlerin karşılaştırmaları varyans analizi ile yapıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi. Gerekli yerlerde Bonferroni düzeltmesi yapıldı.

3.4 ETİK

Çalışma için Yerel Etik kurulundan 24.06.2020 tarihli 2020/0412 sayılı izin belgesi alınmıştır. Araştırmamız Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygun ve denek araştırma etik kuralları ile çalışmamaktadır. Her hastadan çalışmaya kendi gönül rızasıyla katıldıklarına dair ayrı ayrı anket öncesi onamları alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 107 erkek, 107 kadın katılımcı dahil edildi. Çalışmaya alınan katılımcıların ortalama yaşı 72.4 (SS:6) (Minimum:65, maksimum:94 yaş). Ortalama GDS toplam skoru $5,6 \pm 6,2$ (%18,7) idi. Ortalama SAS toplam skoru $76,2 \pm 12,9$ (%74) idi. Ortalama toplam GHPS toplam skoru $63,3 \pm 7,2$ (%72) idi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Ortalama yaş ve skorlar

	Olası skor aralığı	Ort.	SS	Ort. skorun olası tam puana göre yüzdesi (%)
Yaş		72,4	6,0	
GDS toplam skor	0-30	5,6	6,2	18,7
SAS toplam skor	14-98	76,2	12,9	74,0
SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skor	4-28	21,8	4,1	74,2
SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skor	4-28	22,1	3,5	75,4
SAS Hayata Bağlılık toplam skor	5-35	26,6	5,6	72,0
GHPS Toplam skor	22-88	63,3	7,2	62,6
GHPS Sağlık Alışkanlıkları toplam skor	5-20	18,2	1,5	88,0
GHPS Topluma Katılım toplam skor	7-28	12,9	3,5	28,1
GHPS Sağlık Sorumluluğu toplam skor	3-12	10,3	2,3	81,1
GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skor	3-12	10,9	1,6	87,8
GHPS Düzenli Egzersiz toplam skor	2-8	5,2	2,1	53,3
GHPS Ağız Sağlığı toplam skor	2-8	5,8	1,7	63,3

SS: Standart sapma, GDS: Geriatric Depression Scale, GHPS: Geriatric Health Promotion Scale.

Çalışmaya alınan katılımcılar GDS skoruna göre katılımcıların 13'ü (%6,1) ağır depresyon, 28'i (%13,1) hafif depresyon grubundaydı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. GDS depresyon düzeyi dağılımı

	n	%
GDS depresyon düzeyi		
Depresyon yok	173	80,8
Hafif depresyon	28	13,1
Ağır depresyon	13	6,1

GDS: Geriatric Depression Scale.

Çalışmada GDS skoruna göre kadınlarda depresyon oranı (%28) erkeklere (%10,3) göre anlamlı yüksekti ($p=0.004$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Cinsiyetler arasında GDS düzey dağılımı

	GDS düzey						Toplam	p
	Depresyon yok (<9 puan)		Hafif depresyon (10-19 puan)		Ağır depresyon (≥20 puan)			
	n	%	n	%	n	%		
Erkek	96	89,7	8	7,5	3	2,8	107	0,004
Kadın	77	72,0	20	18,7	10	9,3	107	
Toplam	173	80,8	28	13,1	13	6,1	214	

Ki kare yöntemi kullanılmıştır. GDS: Geriatric Depression Scale.

Kadınlarda ortalama toplam GDS skoru erkeklere göre anlamlı yüksek bulundu ($p<0.001$). Kadınlarda ortalama SAS toplam skoru ($p=0.002$), SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skoru ($p<0.001$), SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skoru ($p=0.011$) ve SAS Hayata Bağlılık toplam skoru ($p=0.047$) erkeklere göre anlamlı düşüktü. Kadınlarda ortalama GHPS toplam skoru ($p<0.001$), GHPS Sağlık Alışkanlıkları toplam skoru ($p=0.03$), GHPS Topluma Katılım toplam skoru ($p=0.003$), GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skoru ($p=0.013$) ve GHPS Düzenli Egzersiz toplam skoru ($p<0.001$) erkeklere göre anlamlı düşük bulundu (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Cinsiyetler arasında ortalama yaş ve skorlara göre karşılaştırmalar

	Erkek		Kadın		p
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaş	73,1	6,4	71,7	5,5	0,104
GDS toplam skor	3,83	4,9	7,4	6,8	<0,001
SAS toplam skor	78,9	12,1	73,5	13,3	0,002
SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skor	22,8	3,7	20,8	4,3	<0,001
SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skor	22,7	3,0	21,5	3,8	0,011
SAS Hayata Bağlılık toplam skor	27,4	5,7	25,9	5,4	0,047
GHPS Toplam skor	65,2	6,8	61,3	7,0	<0,001
GHPS Sağlık Alışkanlıkları toplam skor	18,5	1,4	18,0	1,6	0,030
GHPS Topluma Katılım toplam skor	13,5	3,7	12,2	3,1	0,003
GHPS Sağlık Sorumluluğu toplam skor	10,4	2,5	10,2	2,2	0,505
GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skor	11,1	1,4	10,6	1,8	0,013
GHPS Düzenli Egzersiz toplam skor	5,9	1,9	4,5	2,1	<0,001
GHPS Ağız Sağlığı toplam skor	5,8	1,8	5,9	1,6	0,690

Independent Samples' t Test kullanılmıştır. SS: Standart sapma, GDS: Geriatric Depression Scale, SAS: Successful Aging Scale, GHPS: Geriatric Health Promotion Scale.

Çalışmada katılımcılar arasında GDS anketi içinde en çok “evet” yanıtı verilen sorular “ilgi alanlarını sürdürememe” (%53,7), “yeni bir projeye başlama zorluğu” (%52,8) ve “evde kalmayı tercih etme” (%48,1) idi. En az “evet” yanıtı alan sorular ise “güne başlamanın hoşuna gitmemesi” (%4,2), “kendini değersiz görme hissi” (%5,1) ve “yaşıyor olmanın kötü olması” (%5,6), “çözüksüzlük hissi” (%7,5) ve “sık sık huzursuzluk ve yerinde duramama hissi” (%7,9) sorularıydı (Tablo 4.5).

Çalışmada GDS anketinde evet yanıtı oranları hafif ya da ağır depresyon grubunda (Grup 1; n=41) depresyonu olmayanlara (Grup 2; n=173) göre anlamlı yüksek bulunan sorular; ‘evde kalmayı tercih etme’ ve ‘sosyal bir araya gelmeden kaçınma’ sorularıydı (Her biri için $p<0.05$). Ayrıca ağır depresyonu olanlarda (n=13) tüm sorular için evet yanıtı oranları hafif depresyonu olan ya da depresyonu olmayan gruba (n=201) göre anlamlı yüksek bulundu (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. GDS soruları, evet yanıtı oranları ve depresyon grupları arasında karşılaştırmalar [n (%)].

GDS soruları	Evet yanıtı oranı	Depresyon yok (n=173)	Hafif / ağır depresyon (n=41)	p*	p**
Yaşamdan genel memnuniyetsizlik	10,3	3 (10)	19 (10,3)	0,957	<0,001
İlgi alanlarını sürdürmeme	53,7	26 (86,7)	89 (48,4)	<0,001	0,001
Yaşamın bomboş olduğu hissi	11,7	2 (6,7)	23 (12,5)	0,356	<0,001
Canı sık sık sıkılır mı	22,9	6 (20)	43 (23,4)	0,684	<0,001
Gelecekte umutsuzluk	14,0	1 (3,3)	29 (15,8)	0,069	<0,001
Atılmayan düşüncelerden rahatsızlık	27,6	7 (23,3)	52 (28,3)	0,575	<0,001
Genelde keyifsizlik	13,1	3 (10)	25 (13,6)	0,589	<0,001
Başta geleceklerden korkma	15,9	3 (10)	31 (16,8)	0,341	<0,001
Çoğunlukla mutsuzluk hissi	15,0	6 (20)	26 (14,1)	0,403	<0,001
Sık çaresizlik hissi	12,1	2 (6,7)	24 (13)	0,322	<0,001
Sık huzursuzluk ve yerinde duramama	7,9	1 (3,3)	16 (8,7)	0,314	<0,001
Evde kalma tercihi	48,1	6 (20)	97 (52,7)	0,001	0,007
Sık gelecekte endişe	12,6	2 (6,7)	25 (13,6)	0,290	<0,001
Hafıza zayıflığı hissi	14,5	2 (6,7)	29 (15,8)	0,189	<0,001
Yaşıyor olmak kötü mü	5,6	0 (0)	12 (6,5)	0,150	<0,001
Sık keder hüznün hissi	14,5	1 (3,3)	30 (16,3)	0,061	<0,001
Değersizlik hissi	5,1	0 (0)	11 (6)	0,169	<0,001
Geçmişe üzüntü	18,7	3 (10)	37 (20,1)	0,188	<0,001
Yaşam zevksiz heyecansız	20,1	5 (16,7)	38 (20,7)	0,613	<0,001
Yeni proje zorluğu	52,8	11 (36,7)	102 (55,4)	0,056	0,003
Enerjisizlik hissi	23,4	9 (30)	41 (22,3)	0,354	<0,001
Çözumsuzlük hissi	7,5	0 (0)	16 (8,7)	0,093	<0,001
Başkalarının daha iyi durumda olduğu hissi	11,7	1 (3,3)	24 (13)	0,125	<0,001
Küçük şeylerden üzüntü	15,4	2 (6,7)	31 (16,8)	0,152	<0,001
Sık ağlayacak gibi hissetme	13,6	1 (3,3)	28 (15,2)	0,078	<0,001
Dikkat toplama güçlüğü	18,7	2 (6,7)	38 (20,7)	0,068	<0,001
Güne başlama hoşuna gitmeme	4,2	1 (3,3)	8 (4,3)	0,797	<0,001
Sosyal bir araya gelmeden kaçınma	25,7	1 (3,3)	54 (29,3)	0,002	<0,001
Karar verme zorluğu	22,0	11 (36,7)	36 (19,6)	0,036	<0,001
Zihni bulanık mı	24,3	7 (23,3)	45 (24,5)	0,894	<0,001

Independent Samples' t Test kullanılmıştır. *Grup 1: Depresyon yok (n=173), Grup 2: Hafif/Ağır depresyon (n=41) arasındaki karşılaştırmalar. **Grup 1: Ağır depresyon (n=13), Grup 2: Hafif depresyonu olan ya da depresyonu olmayan (n=201) şeklinde iki grup oluşturulduğunda yapılan karşılaştırmalar. GDS: Geriatric Depression Scale.

Çalışmada katılımcılar arasında SAS anketi içinde en çok “kesinlikle katılıyorum” yanıtı verilen sorular “kötü özelliklerini kabul etme” (%41.1), “kendisi için önemli kişilerle yakın ilişki sürdürme” (%37.9) ve “yakın çevrenin kontrolü altında olmama hissi” (%37.9) idi (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. SAS soruları ve cevap dağılım yüzdeleri

	SAS yanıtları						
	1	2	3	4	5	6	7
Diyet, egzersiz gibi aktiviteleri seçmede yetersiz	2,3	1,9	5,6	20,1	17,8	34,1	18,2
İşler yolunda gitmediğinde denemeye devam etme	0,9	5,6	8,9	9,8	45,8	17,3	11,7
Zor zamanlarda metanet gayreti	0,5	0,5	1,9	4,2	29,4	43,5	20,1
Kendisi için önemli kişilerle yakın ilişki sürdürme	0,5	2,3	3,3	8,9	14,0	33,2	37,9
Üretken faaliyetlerle yaşama aktif bağlılık	0,5	7,5	8,9	20,6	28,5	19,2	15,0
Bağımsız kalmak için çaba	0,5	1,4	4,7	8,9	24,3	32,7	27,6
Hastalık ve sakatlıklardan korunma gayreti	0,0	0,9	1,9	10,3	26,2	36,0	24,8
Bedeni ve zihni koruma gayreti	0,5	0,5	3,3	11,2	24,8	36,4	23,4
Sosyal ilişkilerle yaşama aktif bağlılık	0,9	7,0	7,9	11,2	17,8	27,1	28,0
Hedeflere için çaba	0,0	5,1	7,9	16,8	39,3	15,9	15,0
Yakın çevrenin kontrolü altında olmama hissi	2,3	2,8	5,1	11,2	12,6	28,0	37,9
Her zorlukla baş edebilme düşüncesi	0,5	1,9	5,6	16,4	33,2	22,4	20,1
Sağlıklı alışkanlıklar çabası	0,0	1,9	7,5	15,9	26,6	34,6	13,6
Kötü özelliklerini kabul etme	0,5	0,5	1,9	2,8	10,3	43,0	41,1

1: Kesinlikle katılmıyor, 2: Katılmıyor, 3: Biraz katılmıyor, 4: Kararsız, 5: Biraz katılıyor, 6: Katılıyor, 7: Kesinlikle katılıyor. SAS: Successful Aging Scale.

Çalışmada katılımcılar arasında GHPS anketi içinde en çok “düzenli olarak” yanıtı verilen sorular “her gün kahvaltı yapma” (%97.7), “rahat ayakkabı giyme” (%96.7) ve “kaymayan ayakkabı giyme” (%96.3) idi. En az “düzenli olarak” yanıtı alınan sorular ise “Sağlık eğitimi programlarına katılma” (%0.5), “Sosyal programlara katılma” (%3.7) ve “Yerel etkinliklere katılma” (%3.7) idi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. GHPS soruları ve cevap dağılım yüzdeleri.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
Her gün kahvaltı	0,5	0,0	1,9	97,7
Günde 3 öğün	2,3	36,9	21,0	39,7
Yeterince uyur	1,4	19,2	18,2	61,2
Rahat ayakkabı	0,0	1,4	1,9	96,7
Kaymayan ayakkabı	0,5	1,9	1,4	96,3
Mahalleliyi tanır	2,8	22,4	31,3	43,5
Arkadaşlarla iletişim	3,7	31,3	36,9	28,0
Egzersiz aktivite	75,2	17,3	3,3	4,2
Sosyal programlara katılma	72,9	18,7	4,7	3,7
Sağlık eğitimi programlarına katılma	94,4	5,1	0,0	0,5
Yerel etkinliklere katılma	74,8	15,4	6,1	3,7
Kültürel dini etkinlik	57,5	30,8	6,5	5,1
Düzenli kolesterol kontrolü	4,2	15,9	8,4	71,5
Düzenli tansiyon kontrolü	2,3	25,2	7,9	64,5
Düzenli şeker kontrolü	3,7	15,9	8,4	72,0
Dengeli beslenme	0,0	9,3	14,5	76,2
Günde 1,5 tabak sebze	0,9	11,7	9,3	78,0
Günde 2 yumruk meyve	1,4	13,6	12,6	72,4
Günde 30 dk egzersiz	25,7	34,6	13,6	26,2
Haftada 3 kere 30 dk egzersiz	12,6	31,3	21,5	34,6
Yatmadan önce diş fırçalama	4,7	19,6	6,1	69,6
Günde 3 diş fırçalama	17,8	36,9	29,4	15,9

GHPS: Geriatric Health Promotion Scale.

Yapılan korelasyon analizlerinde SAS toplam skoru yaş ile ($p<0.001$; $r=-0.338$) ve GDS skoru ile ($p<0.001$; $r=-0.532$) ters yönlü, GHPS skoru ile ($p<0.001$; $r=0.631$) pozitif yönde anlamlı korele bulundu. GHPS toplam skoru ise GDS skoru ile ($p<0.001$; $r=-0.382$) ters yönlü anlamlı korele idi (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ölçek toplam skorları arasında korelasyon analizleri.

	Yaş	GDS toplam skor	SAS toplam skor
GDS toplam skor	r 0,102	-	
	p 0,137	-	
SAS toplam skor	r -0,338	-0,532	-
	p <0,001	<0,001	-
GHPS Toplam skor	r -0,075	-0,382	0,631
	p 0,274	<0,001	<0,001

Spearman's correlation analysis testi kullanılmıştır. GDS: Geriatric Depression Scale, SAS: Successful Aging Scale, GHPS: Geriatric Health Promotion Scale.

GDS toplam skoru SAS ve GHPS alt skorlarının tümü ile ters yönlü anlamlı korele bulundu (Her biri için $p<0,001$). SAS alt grup skorları ile GHPS alt grup skorları arasındaki korelasyon analizleri tablo 9'da gösterilmiştir. SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skoru; GHPS Topluma Katılım toplam skoru,

GHPS Sağlık Sorumluluğu toplam skoru, GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skoru, GHPS Düzenli Egzersiz toplam skoru ve GHPS Ağız Sağlığı toplam skoru ile anlamlı korele bulundu (her biri için $p < 0.05$). SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skoru; GHPS Sağlık Alışkanlıkları toplam skoru, GHPS Topluma Katılım toplam skoru, GHPS Sağlık Sorumluluğu toplam skoru, GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skoru, GHPS Düzenli Egzersiz toplam skoru ve GHPS Ağız Sağlığı toplam skoru ile anlamlı korele idi (her biri için $p < 0.05$). SAS Hayata Bağlılık toplam skoru; GHPS Topluma Katılım toplam skoru, GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skoru, GHPS Düzenli Egzersiz toplam skoru ve GHPS Ağız Sağlığı toplam skoru ile anlamlı korele bulundu (her biri için $p < 0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. SAS ve GHPS alt skorları arasında korelasyon analizleri

		GDS Toplam skor	GHPS Sağlık Alışkanlıkları toplam skor	GHPS Topluma Katılım toplam skor	GHPS Sağlık Sorumluluğu toplam skor	GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skor	GHPS Düzenli Egzersiz toplam skor	GHPS Ağız Sağlığı toplam skor
GDS Toplam skor	r	-	-0,193	-0,179	-0,283	-0,203	-0,347	-0,415
	p	-	0,005	0,009	<0,001	0,003	<0,001	<0,001
SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skor	r	-0,449	0,090	0,505	0,149	0,313	0,583	0,307
	p	<0,001	0,188	<0,001	0,029	<0,001	<0,001	<0,001
SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skor	r	-0,513	0,156	0,493	0,145	0,308	0,353	0,289
	p	<0,001	0,022	<0,001	0,035	<0,001	<0,001	<0,001
SAS Hayata Bağlılık toplam skor	r	-0,483	0,017	0,632	0,069	0,171	0,429	0,249
	p	<0,001	0,800	<0,001	0,317	0,012	<0,001	<0,001

Spearman's correlation analysis testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma, GDS: Geriatric Depression Scale, SAS: Successful Aging Scale, GHPS: Geriatric Health Promotion Scale.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Başarılı yaşlanma sağlık yönünden ve sosyolojik ve psikolojik açılardan yaşlı birey için önemlidir. Bireydeki başarılı yaşlanma düzeyinin belirlenmesi gerekli önlemlerin daha uygun şekilde alınmasını kolaylaştırabilir. Başarılı yaşlanma ile ilgili ölçeklerden bazıları kişinin daha çok psikolojik yönünü, bazıları daha çok sosyolojik durumunu, bazıları da daha çok sağlıklarına dikkat etme durumunu değerlendirmektedir (49-53). Bu durum bireyde başarılı yaşlanmanın çok yönlü olarak değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Bu nedenle çalışmamızda üç ayrı ölçek kullanılmış ve başarılı yaşlanma durumu bu ölçeklerin birlikte değerlendirilmesiyle ortaya konmuştur. Bu şekilde başarılı yaşlanma ile ilgili daha sağlıklı bulgulara ulaşma imkânı bulunmuştur.

GDS ölçeğinin yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin belirlenmesinde en sık kullanılan ölçek olduğu belirtilmiştir (54). Durmaz ve ark. (55) GDS anket versiyonlarının Türkiye'deki yaşlı bireylerde depresyon varlığını hızlı ve güvenilir olarak saptayabileceğini belirtmişlerdir. Grover ve ark. (54) ise GDS-30'un yaşlılarda depresyonun tüm yönlerini ortaya koymakta ve depresyonun tam resmini yansıtmakta zayıf olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak Niu ve ark. (56) GDS-30 ölçeğinin depresyon düzeyini belirlemede güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Laudiso ve ark. (57) yüksek GDS skorunun düşük hayat kalitesi skoruyla anlamlı ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Niu ve ark. (56) Çin'de yaptıkları çalışmada ortalama GDS toplam skorunu 6.3 (%21) olarak belirlemişlerdir. Grover ve ark. (54) Hindistan'da yaşlılarda ortalama GDS skorunu 2.5 (%18.2; aralık 12-23) olarak belirlemişler, ağır depresyon saptanan hasta oranını %36, hafif depresyon oranını %64 olarak bildirmişlerdir. Laudiso ve ark. (57) İtalya'da yaptıkları çalışmada ortalama GDS toplam skorunu 11 (%36.7) olarak belirlemişler, hafif depresyon oranını %42, ağır depresyon oranını %5 olarak

bulmuşlardır. Asokan ve ark. (58) depresyon oranını %50.6 olarak saptamışlardır. Çalışmamızda ortalama GDS toplam skoru 5,6 (%18,7) olarak bulunmuş, GDS skoruna göre katılımcıların %6.1'inin ağır depresyon, %13.1'inin hafif depresyon olduğu belirlenmiştir. Tüm bu bulgular yaşlılarda depresyon varlığının genel olarak çok yüksek oranlarda olduğunu, yaşlı bireylerde yüksek hayat kalitesi için depresyon düzeyinin izlenmesi ve uygun rehabilitasyon programlarının hazırlanması gerektiğini göstermektedir.

Grover ve ark. (54) Hindistanlı yaşlılarda en çok evet alan GDS anketi sorularının “sık sık huzursuz hissetme ve yerinde duramama” (%92), “kendini enerji dolu hissetmeme” (%86), “hayatı boş hissetme” (%86) gibi sorular olduğunu belirtmişlerdir. En az evet yanıtı alınan soruların ise “sabahları güne başlamanın hoşına gitmemesi” (%23), “sık kederli ve hüzünlü olma hissi” (%23) ve “zihnin eskisi kadar berrak olmadığı hissi” (%29) olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda katılımcılar arasında GDS anketi içinde en çok “evet” yanıtı verilen sorular “ilgi alanlarını sürdürememe” (%53,7), “yeni bir projeye başlama zorluğu” (%52,8) ve “evde kalmayı tercih etme” (%48,1)” soruları olduğu görülmüştür. En az “evet” yanıtı alan soruların ise “güne başlamanın hoşuna gitmemesi” (%4,2), “kendini değersiz görme hissi” (%5,1) ve “yaşıyor olmanın kötü olması” (%5,6), “çözumsuzlük hissi” (%7.5) ve “sık sık huzursuzluk ve yerinde duramama hissi” (%7.9) olduğu belirlenmiştir. Tüm bu bulgular yaşlı bireylerin çoğunlukla enerjilerinin azaldığını, yeni bir şeyler yapmanın onlara zor geldiğini, eski alışkanlıklarını sürdüremediklerini, kendilerini eve kapattıklarını, sık sık can sıkıntısı çektiklerini ve yaşamı zevksiz ve heyecansız bulduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda GDS anketinde evet yanıtı oranları hafif ya da ağır depresyon grubunda depresyonu olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunan soruların evde kalmayı tercih etme ve sosyal bir araya gelmeden kaçınma soruları olduğu belirlenmiştir. Bu sorular yaşlı bireyde depresyon olup olmadığını diğer sorulara göre daha iyi belirleme gücüne sahip gibi görünmektedir. Çalışmamızda GDS anketinde ağır depresyon ile hafif depresyonu olan ya da depresyonu olmayan şeklinde iki grup oluşturulduğunda yapılan karşılaştırmalarda tüm sorular için evet yanıtı oranlarının ağır depresyon grubunda anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu GDS anketindeki tüm sorularının ağır depresyon varlığını belirlemede çok etkili olduğunu

göstermektedir. Çalışmamızda ayrıca GDS toplam skoru hem SAS hem de GHPS alt grup toplam skorlarının tümüyle ters yönlü anlamlı korele olduğu saptanmıştır. Bu bulgu GDS anketinin yaşlılarda depresyon varlığını ve/veya düzeyini belirlemenin yanı sıra başarılı yaşlanma ve sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili de önemli oranda bilgi verici olduğunu göstermektedir.

Başarılı yaşlanma ile hayattan memnun olma düzeyinin birbirleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Buna göre başarılı yaşlanma düzeyi yüksek olarak belirlenen yaşlı bireylerin hayattan daha memnun olduğu görülmüştür (49,50,59). Başarılı yaşlanma düzeyini belirleyen ölçeklerden biri SAS'tır (5,8). Kars-Fertelli ve ark. (59) yaptıkları çalışmada ortalama SAS skorunu 70 üzerinden 54.3 (%73.9) olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda ise yaşlı bireylerde ortalama SAS toplam skoru 76.2 (%74) olarak bulunmuştur. Bu bulgular yaşlılarda başarılı yaşlanma skorunun genel olarak iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Yine de bu skorların daha da yükseltilebilmesi için uygun rehabilitasyon programlarının gerekli olduğu görülmektedir.

Kars-Fertelli ve ark. (59) yaptıkları çalışmada SAS ölçeği alt gruplarından ortalama SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skorunu 21 üzerinden 17.8 (%82.1) olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda ise SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam skoru 21.8 (%74.2) olarak bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı bireylerde diyet, egzersiz, zihni ve sağlığı koruma gibi sağlıklı yaşam tarzı ile sağlıklı yaşlanma durumlarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Yine de yaşlı bireylerin bu konuda desteklenmeleri gerekmektedir. Kars-Fertelli ve ark. (59) yaptıkları çalışmada ortalama SAS Sorunlarla Başa Çıkma toplam skorunu 49 üzerinden 36.6 (%65.4) olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda ise SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skoru 22.1 (%75.4) olarak bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı bireylerde sorunlarla başa çıkma düzeyinin yeterli olduğunu ancak bazen bu konuda zorluklar yaşandığını düşündürmektedir. Yaşlı bireylerin zorluklarla başa çıkmaları konusunda desteklenmeye ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Yaş arttıkça SAS toplam skorunun yani başarılı yaşlanma düzeyinin düşebildiği belirtilmiştir (60). Depp ve Jeste (61) başarılı yaşlanma düzeyi için en iyi belirleyici faktörün yaş olduğunu bildirmişlerdir. Da Silva-Sauer ve ark. (60) 60-70 yaş aralığındaki ortalama toplam SAS skorunun 80 yaş üzerindeki yaşlılara göre anlamlı düşük olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda yaş ile

toplam SAS skoru ters yönde anlamlı korele bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı bireylerde yaş arttıkça başarılı yaşlanma konusunda belirgin bir düşüş olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde SAS toplam skoru GDS skoru ile ters yönlü korele bulunmuştur. Buna göre başarılı yaşlanma skoru arttıkça yaşlı bireydeki depresyon düzeyi azalmaktadır. Bu bulgu başarılı yaşlanma konusunda iyi olan yaşlılarda ruhsal duygu durum düzeyinin daha iyi olduğunu, depresyonun daha nadir görüldüğünü göstermektedir. Bu bulgu başarılı yaşlanma davranışlarının yaşlı bireyde depresyon düzeyi için bir gösterge olabileceğini ve başarılı yaşlanma konusunda yapılacak rehabilitasyon programlarının yaşlılarda depresyonu engelleyebileceğini ve hayat kalitesini yükseltebileceğini düşündürmektedir.

Yaşlı bireylerde sağlığına dikkat etme, bazı alışkanlıkları sürdürme ve bazı aktivitelere katılma gibi bazı davranışların kişinin duygu durumunu ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. GHPS yaşlı bireylerde bunun gibi sağlığı geliştiren davranışları ve hayat tarzını sorgulayan bir ölçektir (62,63). Wang ve ark. (62) 18 soruluk GHPS ölçeği uyguladıkları yaşlı katılımcılarda ortalama skoru 53.4 (%66) bulmuşlar, toplum bazlı sağlığı destekleyici program uyguladıktan sonra ortalama skorun anlamlı yükselerek 57.4'e (%73) ulaştığını belirlemişlerdir. Çalışmamızda ortalama toplam GHPS toplam skoru 63.3 ± 7.2 (%62) olarak bulunmuştur. Gülsoy ve ark. (64) tüm sorularda ortalama skoru 4 üzerinden 2.7 bulmuşlar, çalışmamızda ise ortalama skor 2.9 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular yaşlı bireylerde hayat tarzının olması gereken düzeyin gerisinde olduğunu, ancak uygulanacak bir rehabilitasyon programıyla hayat tarzı düzeyinin belirgin olarak yükseltebileceğini göstermektedir.

GHPS alt grupları yaşlılardaki sağlığı geliştiren davranışların daha yakından izlenmesini sağlar (62,63). Wang ve ark. (62) GHPS alt gruplarından Sağlık Alışkanlıkları ortalama toplam skorunu 24.4, Topluma Katılım ortalama toplam skorunu 11 olarak bulmuşlar, her iki skorun toplum bazlı sağlığı destekleyici program uygulandıktan sonra anlamlı yükseldiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise Sağlık Alışkanlıkları ortalama toplam skoru 18.2, Topluma Katılım ortalama toplam skoru 12.9 olarak bulunmuştur. Gülsoy ve ark. (64) ortalama skoru Sağlık Alışkanlıkları alt grubu sorularında

4 üzerinden 3.6, Topluma Katılım sorularında 2.2 olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda ortalama skorlar Sağlık Alışkanlıklarında 3.6, Topluma Katılımda 1.8 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular yaşlılarda sağlıklarına dikkat etme düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak toplumsal etkinliklere katılma oranının çok düşük olduğunu göstermektedir. Bu veriler yaşlılar için hazırlanabilecek rehabilitasyon programı için yol gösterici olabilir.

Kartal ve ark. (65) GHPS anketinde en yüksek ortalama skoru alan soruların “her gün kahvaltı yapma”, rahat ayakkabı giyme”, “kaymayan ayakkabı giyme”, “komşuları tanıma”, “arkadaşlarla iletişim içinde olma” ve “yeterince uyuma” olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda da benzer şekilde katılımcılar arasında GHPS anketi içinde en çok “düzenli olarak” yanıt verilen sorular “her gün kahvaltı yapma” (%97.7), “rahat ayakkabı giyme” (%96.7) ve “kaymayan ayakkabı giyme” (%96.3) olarak belirlenmiştir. Kartal ve ark. (22) en düşük ortalama skoru alan soruların ise egzersiz, sosyal sağlık etkinliklere katılma ile ilgili olduğunu rapor etmişlerdir. Çalışmamızda da en az “düzenli olarak” yanıt alınan soruların ise “sağlık eğitimi programlarına katılma” (%0.5), “sosyal programlara katılma” (%3.7) ve “yerel etkinliklere katılma” (%3.7) olduğu görülmüştür. Tüm bu bulgular yaşlı bireylerin genel anlamda sağlıklarına veya rahatlarına dikkat ettiklerini, çevre ile iletişim içinde olduklarını, fakat programlı yapılan etkinliklerden uzak durduklarını göstermektedir. Ancak söz konusu çalışma ile bu çalışmadaki bulgular ülkemizle ilgili verileri kapsadığından dolayı programlı etkinliklerle ilgili soruların toplumumuzla ilgili belirleyiciliğini sorgulamak gereklidir. Hem toplumumuzda trekking, yoga, pilates gibi etkinliklerin batı toplumlarındaki kadar yaygın olmamasının, hem de sorular belirlenirken bu durumun kültürel olarak adapte edilememiş olmasının ya da ankete katılan yaşlı katılımcının soruyu doğru algılayamamasının sonuçları yanıltıcı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşlılarda sağlığı geliştiren davranışların depresyon düzeyini azaltabileceği belirtilmiştir (66,67). Chang ve ark. (66) yaşlılarda sağlığı geliştiren aktivite ve davranış düzeylerinin GDS skoru ile ters yönlü korele olduğunu belirlemişlerdir. Hua ve ark. (67) sağlıklı beslenme, alışkanlıklar ve fiziksel aktivitelerle ilgili sağlığı geliştiren davranışların yaşlılarda depresyonu belirgin şekilde azalttığını saptamışlardır. Çalışmamızda da GHPS toplam skoru ile GDS skoru ters yönlü anlamlı korele bulunmuştur. Bu bulgular

yaşlı bireylerde sağlığı geliştiren bazı aktivite, alışkanlık ve davranışların bu bireylerdeki depresyon düzeyini belirgin olarak azalttığını ve/veya depresyonda olan yaşlı bireyin alışkanlıklarını ve bazı aktiviteleri azalttığını göstermektedir. Buna göre yaşlı bireylerdeki bu davranışsal durumlar depresyon düzeylerinin belirlenmesi için bir gösterge olabileceği gibi yaşlıları bu tür alışkanlık ve aktivitelere teşvik edecek programlar bu bireyleri depresyondan uzaklaştıracaktır.

Çalışmamızda SAS toplam skoru GHPS skoru ile pozitif yönde anlamlı korele bulunmuştur. Ayrıca SAS alt grupları toplam skorları ile GHPS alt grubu toplam skorları arasında anlamlı korelasyonlar olduğu görülmüştür. Bu bulgular başarılı yaşlanma ile ilgili davranışlar ile bazı aktivitelere katılma ve sağlıkla ilgili bazı alışkanlıklar konusundaki davranışların birbirleriyle uyumlu olduğunu göstermektedir. Buna göre sağlığı geliştiren davranışlar başarılı yaşlanmayı da desteklemekte ve yaşlı bireyde hayat kalitesini yükseltmektedir.

Yaşlı bireylerde cinsiyete göre depresyon düzeyi değişkenlik gösterebilmektedir (68). Asokan ve ark. (58) GDS ölçeğine göre yaşlı kadın ve erkeklerde depresyon oranları ve düzey dağılımlarının benzer olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda GDS skoruna göre kadınlarda depresyon oranları erkeklere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Kadınlarda ortalama toplam GDS skoru erkeklere göre anlamlı yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmada ayrıca kadınlarda ortalama GHPS toplam skoru, GHPS Sağlık Alışkanlıkları toplam skoru, GHPS Topluma Katılım toplam skoru, GHPS Sağlıklı Beslenme toplam skoru ve GHPS Düzenli Egzersiz toplam skoru erkeklere göre anlamlı düşük bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı kadınlarda erkeklere göre depresyon düzeyinin daha yüksek olabileceğini ve depresyonun daha yaygın görülebileceğini göstermektedir. Buna göre yaşlı kadınlar depresyon varlığı açısından daha yakından izlenmelidir.

Başarılı yaşlanma konusunda cinsiyetler arasında farklılıklar olduğu belirtilmiştir (59,68). Kars-Fertelli ve ark. (59) ve da Silva-Sauer ve ark. (60) kadınlarda ortalama SAS skorunun anlamlı yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Ancak Bowling ve Iliffe (49) erkeklerde başarılı yaşlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Çalışmamızda da kadınlarda ortalama SAS toplam skoru, SAS Sağlıklı Yaşam Biçimi toplam

skoru, SAS Uyumsal Başa Çıkma toplam skoru ve SAS Hayata Bağlılık toplam skoru erkeklere göre anlamlı düşük bulunmuştur. Bu bulgular cinsiyetler arasında başarılı yaşlanma konusunda farklılıklar olduğunu ve bu farklılıkların bazı faktörlere göre değişkenlik gösterdiğini düşündürmektedir.

Çalışmada bazı kısıtlamalar yer almaktaydı. Çalışma yalnızca anket bazlı yapılmıştır. Bu nedenle değerlendirmeler sadece katılımcıların yanıtları doğru kabul edilerek yapılmıştır. Ancak bu olumsuzluktan kaynaklanabilecek olası değerlendirme hataları üç farklı anketin birlikte uygulanması ile minimum düzeye indirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca çalışmamız kesitsel olarak planlandığından dolayı yaşlı katılımcılar uzun süreli izlenmemiştir. Buna bağlı olarak katılımcıların uzun dönem davranışsal ve ruhsal değişimleri değerlendirilmemiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular yaşlı bireylerde sağlığı geliştiren bazı alışkanlık ve davranışların ve başarılı yaşlanma ile ilgili yapılan aktivitelerin yaşlı bireylerde depresyon düzeyi ve hayat kalitesi ile yakın ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgulara göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri yakından izlenmeli, bu bireylerin sağlığı geliştiren davranışları ve başarılı yaşlanma ile ilgili etkinlikleri destekleyecek rehabilitasyon programları hazırlanıp uygulanmalı ve bu şekilde bu bireylerin depresyona girmeleri engellenerek hayat kaliteleri arttırılmalıdır.

5.1 SONUÇ

Yaptığımız çalışmada geriatrik depresyonun kadınlarda (%28) erkeklerden (%10.3) daha fazla görüldüğü tespit edilmiş, yaşlı kadınlarda depresyon açısından daha dikkatli gözlemlenmenin gerekli olduğu görülmüştür.

Çalışmamız yaşlılarda sağlıklarına dikkat etme düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak toplumsal etkinliklere katılma oranının çok düşük olduğunu göstermektedir. Bu veriler yaşlılar için hazırlanabilecek rehabilitasyon programı için yol gösterici olabilir.

Yaşlılarda periyodik olarak çeşitli anketler kullanılarak değerlendirilmelerin yapılması yaşam tarzı hakkında bilgi vermesinin yanında hangi konuda desteğe ihtiyaç olduğu ve önlem alınması gerektiğinin gösterilmesi açısından önemlidir.

Sonuç olarak çalışmamızda yaşlanma sürecinde geliştirilen davranışların sağlıklı ve başarılı yaşlanma ile doğrudan ilgili olduğu, sağlıklı yaşlanma ile de yaşlılık döneminde depresyon görülme sıklığının azaldığı gösterilmiştir. Yaşlılıkta depresyonun hayat kalitesini doğrudan etkilemekte olduğu göz önüne alındığında sağlığı geliştiren davranışların ve başarılı yaşlanmayı sağlayacak etkinliklerin desteklenmesinin yaşlılıkta ortaya çıkabilecek depresyon gelişimini engelleyerek hayat kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Yaşlılık döneminde kişilerin sosyal ve fiziksel aktivitelerinin devam ettirilmesi, bu bireylerin sağlığı geliştiren davranışları ve başarılı yaşlanmayı sağlayacak etkinlikleri destekleyecek rehabilitasyon programlarının hazırlanıp uygulanması ile bu bireylerin depresyona girmeleri engellenerek hayat kalitelerinin artırılması sağlanmalıdır. Bu konuda hem yakınları bilgilendirilmeli hem de resmi ve sivil toplum kuruluşları tarafından yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin yanı sıra sosyalleşmelerinin de sağlanabileceği düzenlemeler ve faaliyetlerin etkin bir şekilde uygulanması ve sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. *Prim Care*. 2017;44(3):499-510.
2. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
3. Hartley A, Angel L, Castel A, Didierjean A, Geraci L, Hartley J, Hazeltine E, Lemaire P, Maquestiaux F, Ruthruff E, Taconnat L, Thevenot C, Touron D. Successful aging: The role of cognitive gerontology. *Exp Aging Res*. 2018;44(1):82-93.
4. Nalbant S. Yaşlanmanın Biyolojisi, XXXVI. 7. *Turk J Phys Med Rehab* 2006;52(A):A12-A17.
5. Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age Ageing*. 2006;35(6):607-14.
6. Glass TA. Assessing the success of successful aging. *Ann Intern Med*. 2003;139(51):382-3.
7. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63;11:S454-66.
8. Yesavage J, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:37-49.
9. Reker GT. A brief manual of the Successful Aging Scale (SAS). Peterborough, ON, Canada: Trent University; 2009.

10. Wang J, Lee CM, Chang CF, Jane SW, Chen MY. The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. J Nurs Res. 2015;23(1):56-64.
11. Nazlı, A. Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. Ege Tıp Dergisi, 2016;55: 1-5.
12. Bulduk EÖ, Yaşlılık ve Toplumsal Değişim. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2014;182:53-60.
13. Touhy AT, Jett K. Gerontological Nursing & Healthy Aging. 5th ed, St. Missouri: Elsevier. ISBN: 978-0-323-40167-8, 2014:22-51.
14. Saraç FZ, Yılmaz M. Yaşlılık ve Sağlıklı Beslenme. Aging and Healthy Nutrition. Ege Journal of Medicine 2015;54: 1-11.
15. Timiras PS. Old Age as a Stage of Life: Common Terms Related to Aging and Methods Used to Study Aging. In: Physiological Basis of Aging and Geriatrics. 5th ed., Ed: Paola S. Timiras. Informa Healthcare, USA, 2007;3-10.
16. Yaşlanma ve Yaşlılık, Kolektif, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2018.
17. Özmete, E. Yaşlanırken: Başarılı yaşlanma. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Biz Bir Aileyiz 2012;1(1):1-5.
18. Estebansari1 Fatemeh, Dastoorpoor M, Khalifehkandi ZR, et al. The Concept of Successful Aging: A Review Article.Current Aging Science, 2020;13, 4-10.
19. Şahin S Akçiçek F. Ülkemizde geriatri alanında bilinen ilk sivil toplum örgütü GESEV. Ege Tıp Dergisi. 2010;49(3):1-2.
20. Danış ŞZ. Türkiye de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi.2009;20:69-70.
21. Kutsal YG, Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları.Sempozyum Kitabı. 2009:1-6.
22. www.worldbank.org.2018
23. Major Areas or Mission Statement. National Research Council. doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_910.

24. Arun Ö. Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar.2008;7(2):313-330.
25. Kalkan M, Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırılması ve Genel Bilgiler, Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık, der. Kurtman Ersanlı, Melek Kalkan, Pegem Akademi Yayınları, Ankara. 2008;1-15.
26. TÜİK Genel Nüfus Sayım Sonuçları, 2013.
27. Blokzijl F, de Ligt J, Jager M et al. Yaşam boyunca insan yetişkin kök hücrelerinde dokuya özgü mutasyon birikimi. Nature 2016; 538: 260.
28. Balcombe NR, Sinclair A. Ageing: Definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. Clinical Gastroenterology.15(6):835-49
29. Diggs J. Autoimmunetheory of aging. Encyclopedia of Agingand Public Health. 2008:143- 144.
30. Yahyaoğlu, R. Yaşlanma ve zaman algısı. Yayınlanmamış Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.2013.
31. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. Am J of Geriatr Psychiatry 2006;14:1.
32. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. Düşünen Adam 2005;18(4):187-195.
33. Dörter S.S. (2014) Huzurevinde Ya Da Yerinde Yaşlanmayı Tercih Eden Yaşlı Bireylerde Yaşadıkları Çevre İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,
34. Aközer Ö, Nuhrat, C. ve Say. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırılması. Aile ve Toplum, 2011: 7(27);103-128.
35. Dziechciaz M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med. 2014;21(4):835-8.
36. Karakaş SA, Durmaz H, Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral. Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal 2017;18:32-36.
37. Cash CJ. Glass AC. Adult-Gerontology Practice. Springer Publishing Company, LLC..2016 ISBN: 978-0-8261-2762-4.

38. Maripe K.. Modernization Of The Family Support System (FSS) And The Social Needs Of The Elderly (SNE). The Case Of Botswana. Journal of Sociology, Psychology and Atropology in Practice: Int. Perspective. 2010;2 86-95.
39. https://cdn-acikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/1920_Bahar/aslilikve_sosyal_hizmet/4/index.html
40. Taylor G.S., Renpenning K. Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice. 2011ISBN: 978-0-8261-0778-7:105-127.
41. Öztürk C., Karataş H. () Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008 11:2 85-91.
42. Denyes J.M., Orem E.D., SozWiss B.G. (2001) Self Care: A Foundational Science. Nursing Science Quarterly, 14:1, 48-54.
43. Gökçe-Kutsal Y., Çakmakçı M., Ünal S., Geriatri 1-2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
44. Yesavage J, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17:37-49.
45. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, Avasthi A. Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. Asian J Psychiatr. 2019;41:66-72.
46. Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2020;87:104002.
47. Reker GT. A brief manual of the Successful Aging Scale (SAS). Peterborough, ON, Canada: Trent University; 2009.
48. Wang J, Lee CM, Chang CF, Jane SW, Chen MY. The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. J Nurs Res. 2015;23(1):56-64.

49. Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age Ageing*. 2006;35(6):607-14.
50. Glass TA. Assessing the success of successful aging. *Ann Intern Med*. 2003;139(5 Pt 1):382-3.
51. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl 11:S454-66.
52. Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;87:104002.
53. Matias AG, Fonsêca Mde A, Gomes Mde L, Matos MA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(1):6-11. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3447.
54. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, Avasthi A. Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian J Psychiatr*. 2019;41:66-72.
55. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanb*. 2018;5(3):216-220.
56. Niu L, Jia C, Ma Z, Wang G, Yu Z, Zhou L. Validating the Geriatric Depression Scale with proxy-based data: A case-control psychological autopsy study in rural China. *J Affect Disord*. 2018;241:533-538.
57. Laudisio A, Antonelli Incalzi R, Gemma A, Marzetti E, Pozzi G, Padua L, Bernabei R, Zuccalà G. Definition of a Geriatric Depression Scale cutoff based upon quality of life: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(1):e58-e64.

58. Asokan GV, Awadhalla M, Albalushi A, Al-Tamji S, Juma Z, Alasfoor M, Gayathripriya N. The magnitude and correlates of geriatric depression using Geriatric Depression Scale (GDS-15) - a Bahrain perspective for the WHO 2017 campaign 'Depression - let's talk'. *Perspect Public Health*. 2019;139(2):79-87.
59. Kars Fertelli T, Deliktas T. A study on the relationship between perceptions of successful aging and life satisfaction of Turkish elderly people. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(2):386-392.
60. da Silva-Sauer L, Martins-Rodrigues R, de la Torre-Luque A, Fernández-Calvo B. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of successful aging scale in community-dwelling older adults. *J Community Psychol*. 2020 May 12.
61. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(1):6-20.
62. Wang J, Chen CY, Lai LJ, Chen ML, Chen MY. The effectiveness of a community-based health promotion program for rural elders: a quasi-experimental design. *Appl Nurs Res*. 2014;27(3):181-5.
63. Wang J, Lee CM, Chang CF, Jane SW, Chen MY. The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. *J Nurs Res*. 2015;23(1):56-64.
64. Gülsoy H, Senturan L. Validity and Reliability Study of the Geriatric Health Promotion Scale. *J Tradit Complem Med*. 2020;3(2):140-9.
65. Kartal A, Korkmaz Aslan G, Koştu N, Tümer A. Validity and reliability of the Turkish version of Geriatric Health Promotion scale. *Int J Nurs Pract*. 2020 Mar 16:e12832.
66. Chang CF, Lin MH, Wang J, Fan JY, Chou LN, Chen MY. The relationship between geriatric depression and health-promoting behaviors among community-dwelling seniors. *J Nurs Res*. 2013;21(2):75-82.
67. Hua Y, Wang B, Wallen GR, Shao P, Ni C, Hua Q. Health-promoting lifestyles and depression in urban elderly Chinese. *PLoS One*. 2015;10(3):e0117998.

68. Girgus JS, Yang K, Ferri CV. The Gender Difference in Depression: Are Elderly Women at Greater Risk for Depression Than Elderly Men? *Geriatrics (Basel)*. 2017;2(4):35.



Ekler

Ek-1: Geriatrik Depresyon Örneği

Lütfen yaşamınızın son 1 haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olarak yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1. Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?		
2. Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?		
3. Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?		
4. Sık sık canınız sıkılır mı?		
5. Gelecekte umutsuz musunuz?		
6. Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?		
7. Genellikle keyfiniz yerinde midir?		
8. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10. Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?		
11. Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?		
12. Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?		
13. Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?		
14. Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?		
15. Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?		
16. Kendinizi sıklıkla kederli ve hüznü hissediyor musunuz?		
17. Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?		
18. Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?		
19. Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		
20. Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?		
21. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
22. Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?		
23. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24. Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25. Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseders misiniz?		
26. Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		
27. Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		
28. Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?		
29. Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		
30. Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?		

Ek-2: Başarılı Yaşlanma Ölçeği

		Kesinlikle (Güçlü derecede) katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derecede (Biraz) katılmıyorum	Kararsızım	Orta derecede (Biraz) katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle (Güçlü derecede) katılıyorum
		SD	D	MD	U	MA	A	SA
1	Diyet yapmak, egzersiz yapmak gibi yaşlanmamı etkileyen aktiviteleri seçmede yetersizim							
2	İşler eskiden olduğu gibi gitmediğinde, aynı sonuca ulaşana kadar başka yollar denemeye devam ederim							
3	Zor zamanlarda durumun üstesinden gelmek için metanetli olmaya gayret gösteririm							
4	Benim için önemli olan kişilerle yakın ve güvenilir ilişkiler sürdürürüm.							
5	Üretken faaliyetler sayesinde yaşama aktif olarak bağlıyım.							
6	Mümkün olduğunca uzun süre bağımsız kalmak için çabalıyorum.							
7	Hastalık ve sakatlıklardan uzak kalmak için elimden geleni yapıyorum.							
8	Yaşlandıkça bedenimi ve zihnimi iyi bir şekilde korumaya çalışıyorum.							
9	Düzenli sosyal ilişkiler sayesinde yaşama aktif şekilde bağlıyım.							
10	Benim için önemli olan hedeflere ulaşmak için her türlü çabayı gösteriyorum							
11	Yakın çevremın kontrolü altında olmadığımı hissederim							
12	Yoluma ne çıkarsa çıksın, baş edebilirim.							
13	Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını kazanmak için çabalıyorum.							
14	İyi ve kötü özelliklerimi rahatlıkla kabul edebilirim.							

Ek-3: Yaşlı Sağlığı Geliştirme Ölçeği

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Her gün kahvaltı yaparım.				
2	Günde 3 öğün yerim.				
3	Yeterince uyurum.				
4	Rahat ayakkabılar kullanırım.				
5	Kaymayan ayakkabılar kullanırım				
6	Mahalle muhtarını bilirim				
7	Arkadaşlarım ile her zaman iletişim kurarım.				
8	Egzersiz programları veya aktivitelere katılırım.				
9	Toplu halde yapılan programlara katılırım				
10	Sağlık eğitimi programlarına katılırım.				
11	Yerel (kasaba, köy, kurum) etkinliklere katılırım.				
12	Kültürel veya dini etkinliklere katılırım.				
13	Düzenli olarak kolesterolümü kontrol ettiririm.				
14	Düzenli olarak kan basıncımı kontrol ettiririm				
15	Düzenli olarak kan şekeri kontrol ettiririm.				
16	Altı besin grubunu içerecek biçimde dengeli beslenirim				
17	Her gün 1,5 porsiyon/tabak sebze tüketirim				
18	Her gün 2 yumruk büyüklüğünde meyve tüketirim				
19	Günde 30 dakikalık egzersiz yaparım.				
20	Haftada 3 kere en az 30 dakikalık egzersizler yaparım				
21	Yatmadan önce dişlerimi fırçalarım.				
22	Dişlerimi günde 3 defa fırçalarım.				

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

Tarih: 24.06.2020

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	65 Yaş Üstü Bireylerde Sağlıklı Yaşlanmanın Geriatrik Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

ETİK KURUL BİLGİLERİ	BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran Mutlu KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI Aile Hekimliği KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI DESTEKLEYİCİ PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel ilaç çalışması ☐ Tıbbi cihaz klinik çalışması ☐ İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐ İlaç dışı klinik araştırma ☒ Retrospektif ☐ ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐			
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
		OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Açıklama
		Belge Adı			
		SIGORTA	☐		
		ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
		BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
İLAN		☐			
YILLIK BİLDİRİM		☐			
SONUÇ RAPORU		☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020/0412	Tarih: 24.06.2020			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Etik Kurulu Başkanı
 Unvanı/Adı/Soyadı
 İmza:
 Tıp. Tes.

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

Tarih: 24.06.2020

ONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	65 Yaş Üstü Bireylerde Sağlıklı Yaşlanmanın Geriatrik Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları ¹ Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hırcan Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
 Unvanı/Adı/Soyadı
 İmza: Doç. Dr. T. T. T.