

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YL-2024-0077

YAŞLI BİREYLERDE UMUTSUZLUK, DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Rahmi ZİREK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ

AYDIN – 2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Rahmi ZİREK tarafından hazırlanan “**Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler**” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01/08/2024

Üye (Tez Danışmanı): Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ
Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Filiz ADANA
Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Dr.Öğr. Üyesi Orkun ERKAYIRAN
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince ve yüksek lisans tez çalışmam süresince ilgi, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. Safiye Özvurmaz'a derin minnetarlığımı sunarım.

Ayrıca bana her konuda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarıma; Prof. Dr. Filiz Adana, Doç. Dr. Belgin Yıldırım, Doç. Dr. Nükhet Ballıel ve Arş. Gör. Duygu Yeşilfidan'a teőekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmamı yürüttüğüm Muğla 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'inde görevli Dr. Ahmet İpek'e, Ebe Pervin eltiklioğlu'na ve kurumun tüm çalışanlarına gösterdikleri hoşgörü ve desteklerinden dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

Tez sürecimde sabır gösteren, özveriyle destek olan kardeşim Dr.Öğr. Üyesi Emrah Zirek'e ve canım kızım Cemre ZİREK'e de ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlılık Dönemine Özgü Değişiklikler.....	6
2.1.1. Fiziksel Değişiklikler	7
2.1.2. Zihinsel ve Bilişsel Değişiklikler.....	8
2.1.3. Sosyal Değişiklikler	9
2.1.4. Duygusal ve Psikolojik Durum	10
2.1.5. Sağlık ve Bakım İhtiyaçları.....	11
2.1.6. Ekonomik Durum.....	12
2.1.7. Teknolojik Adaptasyon.....	12
2.1.8. Manevi ve Spiritüel Boyut	12
2.2. Yaşlanma Kuramları	12
2.2.1. Biyolojik Yaşlanma Kuramları	13
2.2.2. Psikolojik Yaşlanma Kuramları	13
2.2.3. Sosyal Yaşlanma Kuramları.....	14
2.3. Yaşlılık Döneminde Umutsuzluk.....	14
2.4. Yaşlılık Döneminde Depresyon	15

2.5.	Yaşlılık Dönemi Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyleri ve Halk Sağlığı Hemşireliği.....	16
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	19
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Zaman	19
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	19
3.4.	Araştırmaya Alınma Kriterleri	19
3.5.	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	20
3.6.	Araştırmanın Uygulaması	20
3.7.	Veri Toplama Formları	20
3.8.	Katılımcıların Özellikleri	21
3.9.	Pilot Uygulama:	22
3.10.	Bağımlı/Bağımsız Değişkenler:	22
3.11.	İstatiksel Yöntemler	22
3.12.	Araştırmanın Etik Yönü	22
4.	BULGULAR.....	23
5.	TARTIŞMA	30
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
6.1.	Sonuçlar	43
6.2.	Öneriler	44
	KAYNAKLAR.....	45
	EKLER	61
	BİLİMSEL ETİK BEYANI	73
	ÖZGEÇMİŞ	74

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BUÖ:	Beck Umutsuzluk Ölçeği
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GDÖ:	Geriatrik Depresyon Ölçeği
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Katılımcıların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımları.....	23
Tablo 2.	Katılımcıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları.....	24
Tablo 3.	Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları	25
Tablo 4.	Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formuna Göre Sınıflandırılması.....	25
Tablo 5.	Katılımcıların kişisel özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 6.	Katılımcıların sağlık özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 7.	Katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Uyku Sürelerinin karşılaştırılması	29

ÖZET

YAŞLI BİREYLERDE UMUTSUZLUK, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zirek R. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2024.

Amaç: Bu çalışmada, 65 yaş üstü bireylerde umutsuzluk, depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma Muğla il merkezinde bulunan 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Araştırmada veri toplama zaman aralığı Eylül 2023 ve Eylül 2024 tarihleri arasındadır.

Araştırmanın evrenini Muğla Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde bulunan 5 Aile Hekimliği nüfusuna kayıtlı 2528, 65 yaş üstü birey oluşturmuştur. Araştırmada örneklem büyüklüğü 375'tir. Çalışmadaki veriler; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 'Kişisel Bilgi Formu' Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ile toplanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırmanın başlangıcında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. Kurum izni, ve katılımcılardan yazılı onam alındı ve araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Araştırmada kullanılan 'Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu (GDÖ-15)' ile 'Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)' ölçekleri kullanımı için izin alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalamaları sırasıyla $4,28 \pm 3,15(3,00)$; $7,21 \pm 6,27(5,00)$ bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişilere göre Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının farklılaştığı görülmüştür.

Sonuç: Araştırmaya katılan yaşlıların umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin kişisel özelliklerinden etkilendiği bulunmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda; konuyla ilgili

daha kapsamlı ve farklı örneklem gruplarını içeren araştırmaların yapılması, umutsuzluk ve depresyonla başa çıkmada çeşitli müdahale ve destek yöntemlerini uygulanması, yaşlıların duygularını ifade etmeleri konusunda desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Hemşirelik, Umutsuzluk, Yaşlanma, Yaşlılık.

ABSTRACT

HOPELESSNESS, DEPRESSION LEVELS AND ASSOCIATED FACTORS IN ELDERLY INDIVIDUALS

**Zirek R. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Public Health Nursing
Master Program, Master Thesis, Aydın 2024.**

Aim: This study aims to determine hopelessness, depression levels and associated factors in individuals over the age of 65.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional study conducted at the Family Health Center No. 1 located in the center of Muğla. The data collection period for the study was between September 2023 and September 2024.

The population of the study consisted of 2528 individuals aged 65 and over, registered in the population of 5 Family Medicine Units at Muğla Central Family Health Center No. 1. The sample size in the study is 375. The data in the study were collected using the 'Personal Information Form', the Geriatric Depression Scale-Short Form, and the Beck Hopelessness Scale, prepared by the researchers based on the literature.

SPSS 22.0 statistical package program was used for data analysis. The data were evaluated in a computer environment. At the beginning of the study, ethical approval was obtained from the Ethics Committee for Non-Interventional Clinical Research of Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute. Institutional permission and written informed consent from the participants were obtained, and participation in the research was based on volunteerism. Permission was obtained for the use of the 'Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-15)' and the 'Beck Hopelessness Scale (BHS)' used in the study.

Results: The participants' mean scores on the Geriatric Depression Scale-Short Form and the Beck Hopelessness Scale were found to be 4.28 ± 3.15 (3.00) and 7.21 ± 6.27 (5.00), respectively. It was observed that the Geriatric Depression Scale scores and the Beck Hopelessness Scale scores differed according to the participants' educational status, marital status, income status, and the people they live with.

Conclusion: It was found that the levels of hopelessness and depression of the elderly participants were affected by their personal characteristics. Based on the findings, it is recommended to conduct more comprehensive studies with different sample groups on the subject, to implement various intervention and support methods to cope with hopelessness and depression, and to support the elderly in expressing their feelings.

Keywords: Aging, Depression, Hopelessness, Nursing, Old age.

1. GİRİŞ

Yaşlılık dönemi, bireylerin hayatlarının bu yeni evresine uyum sağlama sürecini içerir (Ram ve Gerstorf, 2009; Ağırman ve Gençler, 2017) Dünya Sağlık Örgütü, (DSÖ) 65 yaş ve üzerini kronolojik olarak yaşlı kabul etmekte olup 65-74 yaşlılık genç yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üzeri ise çok ileri yaşlılık olarak sınıflandırmaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde 60 yaş üstü nüfus diğer yaş gruplarına göre daha hızlı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2050 yılına kadar 60 yaşın üzerindeki nüfusun oranı %22'yi bulacaktır, bu da dünya üzerinde yaklaşık iki milyar 60 yaş ve üstü nüfus anlamına gelmektedir (WHO 2020). Türkiye İstatistik Kurumu'nun bildirdiğine göre (TÜİK 2023) Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi 77,5'dir ve bu süre kadınlarda 80,3 yıl, erkeklerde ise 74,8 yıldır. Dünyadaki genel eğilime benzer şekilde Türkiye'de de yaşlıların sayısı artmış, 2023 yılında genel nüfusa oranı %10,2'ye ulaşmıştır. Türkiye Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranı 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (Rudnicka ve diğerleri, 2020, TÜİK 2024, Adana ve diğerler 2022).

Bireylerin yaşlılık dönemindeki refahı, onları ruhsal patolojilerden uzak tutabilecekken; bu döneme hazırlanmadan giren kişilerin hayatında yaşanan sosyal rol ve sorumlulardaki değişiklikler, ölüm kaygısı, korku ve endişeye sebep olabilmektedir. Bu noktada yeterli destek alamayan yaşlı bireyde depresyon ve umutsuzluğa kapılma potansiyeli de yüksektir (Kim ve diğerleri, 2016; Mohd ve diğerleri, 2019).

Yaşlılık döneminde umutsuzluk, bireyin geleceğe dair olumlu beklentilerini kaybetmesi ve yaşamına dair anlam bulmakta zorlanması durumudur. Fiziksel sağlık sorunları, sosyal izolasyon, ekonomik zorluklar ve sevdiklerinin kaybı gibi faktörler umutsuzluk duygusunu tetikleyebilir. Umutsuzluk, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürebilir, depresyon ve diğer psikolojik sorunlarla ilişkilendirilebilir. Umutsuzluk, yaşlı bireylerin sosyal hayattan çekilmelerine ve günlük aktivitelerden zevk alamamalarına neden olabilir (Singh ve Misra, 2009; Başak, v ve diğerleri 2015; Demirbaş, 2018; Özyurt ve diğerleri, 2018; Ağırman ve diğerleri, 2020).

Depresyon, yaşlılık döneminde yaygın olarak görülen bir ruhsal sağlık sorunudur. Bu dönemde yaşanan fiziksel rahatsızlıklar, sosyal ilişkilerdeki değişiklikler, ekonomik sıkıntılar

ve bağımsızlık kaybı gibi nedenlerle depresyon riski artar. Depresyon belirtileri arasında sürekli üzüntü, enerji kaybı, uyku ve iştah değişiklikleri, konsantrasyon zorlukları ve ölüm düşünceleri yer alır. Yaşlı bireylerde depresyon, genel sağlık durumunu olumsuz etkileyebilir ve yaşam süresini kısaltabilir (Keskin ve diğerleri 2018; Gu ve diğerleri 2019; Tel ve diğerleri 2020).

Yaşlılık döneminde sosyal ilişkilerin azalması, yalnızlık, yoksulluk, kayıplar, saygınlığın ve bireysel yeterliliklerin azalması depresyon gelişimini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca yaşlılık döneminde yaşlıların depresif ruh halini ifade etmekte zorlanmaları, ilgi kaybı ve zevk alamamanın yaşlılığın bir özelliği olduğu, uykusuzluk, iştahsızlık gibi vejetatif belirtiler ile somatik belirtilerin daha kolay ifade edilmesi yaşlı bireylerin depresyon tanısı almasını engelleyebilmektedir. Yaşlılık döneminde değersizlik algısı, çaresiz hissetme, kararsızlık ve kişinin geçmişe yönelik pişmanlıklarının ağır basması bireyin depresyon ve umutsuzluk yaşamasında önemli etkenler olabilmektedir. Olumsuz bir değerlendirme yaptığında ise geçmişe yönelik pişmanlığın ağır bastığı durumlarda umutsuzluğa kapılmakta, yaşamının olması gerektiği gibi olmadığı ve değişik yaşam biçimlerini denemek için hiçbir çaresinin kalmadığını hissedebilmektedir. Yaşlılık döneminde yaklaşan ölüm düşüncesiyle beraber hayatının analizini yapan yaşlı birey, eğer hayatını yeterince iyi yaşamadığını düşünüyorsa ve geçmişe yönelik pişmanlıkları baskın ise umutsuzluk duygusu bireyi intiharın eşiğine dahi getirebilmektedir (Aslan ve Hocoğlu, 2017; Bekircan ve Okanlı, 2023).

Bireyin hangi koşullarda yaşlandığı, geçmiş yaşantıları, travmalar, aile ve toplumsal-sosyal dinamikleri, sağlık alışkanlıkları ve davranışları bireyde hayata karşı bir memnuniyet ya da mutsuzluk durumuyla karşı karşıya gelmesini mümkün kılmaktadır (Comincioli ve diğerleri, 2022; Roh, 2010). Böylece bir kayıplar dönemi olarak da tanımlanan yaşlılık döneminde bireyi depresyona sürükleyen ve umutsuzluğa sevk eden faktörleri incelemek, daha sağlıklı bir toplum inşasında yaşlı bireyde döneme özgü farkındalıklar oluşturmak, yaşlı bireyin yaşlılığa karşı bakış açısının nasıl olduğunu değerlendirmek önemli bir inceleme konusu olacaktır. 65 yaş üstü bireylerde depresyon ve umutsuzluğun varlığı ve ne şekilde ortaya çıktığıyla ilgili araştırma hemşireler için yaşlı bireylerin depresyon ve umutsuzluğu konusunda bilgi edinmeleri, depresyon ve umutsuzluk duyguları yaşayan yaşlı bireylere yaklaşımda son derece önemli olacaktır (Luo ve diğerleri, 2020).

Sağlıklı bir yaşam tarzı, 'ciddi şekilde hasta olma veya erken ölme riskini azaltan bir yaşam tarzı' olarak tanımlanmıştır; Burada önemli olan bir faktör, sağlığın sadece "hastalıktan

kaçınmakla” ilgili olmadığıdır. Aynı zamanda “fiziksel, zihinsel ve sosyal refahla da ilgilidir” (Organization, 1999). Yaşlılarda umutsuzluk ve işe yaramaz hissetmenin yaşlılık öncesi dönemdeki geçmiş yaşantılarıyla bağlar içerdiği, yaşlılık döneminde depresyon ve umutsuz hissetmenin iyi bir yaşam sürüp sürmediği konusunda önemli faktörler içerdiği bildirilmiştir (Mapoma, 2014). Bununla birlikte, umutsuz hisseden yaşlılarda psikolojik kırılma oranı %68.4’e kadar çıkabilmektedir (Hoeyberghs ve diğerleri, 2018). Depresyonun sağlıklı yaşlanmadaki en önemli engelleyici faktörlerden biri olduğu belirtilse de (Coombes ve diğerleri, 2018), sağlıklı yaşlanma ile koruyucu faktörlerin ileri yaş depresyonu üzerindeki etkisini araştıran çalışma sayısı sınırlıdır (Marin ve diğerleri, 2022). Yaşlı yetişkinlerde fiziksel, sosyal yönden yaşlılık dönemine iyi bir hazırlanmış, ruh sağlığının iyileştirilmesi ve ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi açısından önemlidir (Davies, 2011).

Doğası gereği zorlayıcı bir dönem olan yaşlılık döneminde yaşlı bireyler toplumsal yaşam olaylarına karşı daha kırılma bir gruptadır. Toplumsal olaylar, sosyokültürel değişimler, siyasi gelişmeler, küresel iklim değişikliği, doğal afetler ve terör olayları gibi hayatın seyrini etkileyen durumlar kırılma bir grup olan yaşlı bireyleri de etkilemektedir (İbrahim ve Yıldız, 2021). Umutsuzluk ile ilgili yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin hafif derecede umutsuz oldukları, (Sarin ve diğerleri, 2016), malul ve gazilerle yapılan bir çalışmada yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı (Karataş ve diğerleri, 2019), bir başka çalışmada ise her on yaşlıdan sekizinin hafiften şiddetliye kadar değişen düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirtilmiştir (Şahin ve diğerleri, 2018).

Yaşlı bireylerin emekli oldukları mesleklere göre depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin değişkenlik gösterebileceği sonucuna ulaşılmış çalışma da mevcuttur. Ayrıca ekonomik olarak geliri giderlerini karşılamayan yaşlı bireylerin umutsuzluk düzeylerinin geliri gideri tam veya kısmen karşılayanlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Bekircan ve Okanlı, 2023). Bu çalışma ile yaşlı bireylerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin ne derece olduğu ve hangi faktörlerden kaynaklandığı tespit edilecektir. Bu sayede yaşlılık dönemine dair yaşanan bu olumsuz duyguların hem yaşlı popülasyon için geçerliliği kanıtlanacak, hem de hemşirelik alanında yaşlı bireylerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerine ilişkin bir farkındalık oluşturacaktır.

Bu çalışmanın amacı, 65 yaş üstü bireylerde umutsuzluk, depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Araştırma Soruları:

- Yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri nasıldır?
- Yaşlı bireylerin umutsuzluk düzeyleri nasıldır?
- Yaşlı bireylerin depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Yaşlı bireylerin depresyon ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

Yaşlılık, insan yaşam döngüsünün son evresidir ve genellikle biyolojik, kronolojik, psikolojik ve sosyal açılarından tanımlanır. Kronolojik olarak, yaşlılık genellikle 65 yaş ve üzeri bireyleri kapsar. Biyolojik yaşlılık, vücutta meydana gelen doğal yaşlanma süreciyle belirlenir; bu süreçte hücre yenilenmesi yavaşlar, organ fonksiyonları azalır ve genel sağlık durumu zayıflar. Psikolojik açıdan yaşlılık, bireyin kendini ve yaşamını algılayışında değişikliklerle birlikte ortaya çıkar; bilişsel işlevlerde azalma ve duygusal durumlarda dalgalanmalar yaşanabilir. Sosyal açıdan ise, yaşlılık, bireyin toplum içindeki rol ve statüsünde değişiklikler meydana getiren bir dönemdir. Emeklilik, çocukların evden ayrılması ve eş kaybı gibi olaylar, yaşlılık dönemiyle ilişkilidir ve yaşlı bireylerin ruh sağlığını etkiler. Ayrıca yaşlılık döneminde yaşanan yer ile sosyal ağların kurulması, arkadaşlar ile duygusal paylaşımların olması özellikle bireyin yalnızlığı ile de ilişkili olmaktadır. (Ağırman ve diğerleri, 2020; Demirbaş, 2018; Özyurt ve diğerleri, 2018; Parlar ve diğerleri, 2014; Saltan ve Küçük, 2018; Eskin ve diğerleri, 2020).

Yaşlılık, kültürel bağlamda farklı şekillerde algılanır ve yaşanır. Bazı kültürlerde yaşlılık, bilgelik ve saygı ile ilişkilendirilirken, diğerlerinde bağımlılık ve sosyal yük olarak görülebilir. Doğu kültürlerinde, yaşlı bireyler genellikle aile içinde önemli bir rehber ve danışman rolü üstlenirler. Batı kültürlerinde ise bireysellik ve bağımsızlık vurgusu nedeniyle yaşlı bireylerin toplumsal rolleri daha sınırlı olabilir. Kültürel normlar ve değerler, yaşlı bireylerin toplumsal katılımını, bakımını ve destek sistemlerini büyük ölçüde etkiler (Güler, 1998; Çataloğlu, 2018; Çunkuş ve diğerleri, 2019; Müftüler, 2021).

Ekonomik ve politik açıdan yaşlılık, sosyal güvenlik, emeklilik sistemleri ve sağlık hizmetleriyle yakından ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması, emeklilik fonlarının sürdürülebilirliğini ve sağlık hizmetlerinin yeterliliğini zorlayan bir faktördür. Sosyal politikalar, yaşlı bireylerin ekonomik güvenliğini ve yaşam kalitesini korumayı hedefler. Gelişmekte olan ülkelerde ise yaşlı nüfusa yönelik sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri daha sınırlıdır. Bu durum, yaşlı bireylerin ailelerine daha fazla bağımlı olmalarına ve ekonomik zorluklar yaşamalarına neden olabilir (Tereci, 2016; Uyanık, 2017; Şeker ve Kurt, 2018).

Teknolojik ilerlemeler, yaşlılık döneminde yaşam kalitesini artırmak için çeşitli olanaklar sunar. Sağlık teknolojileri, tele sağlık hizmetleri ve akıllı ev sistemleri, yaşlı bireylerin sağlık takibini ve günlük yaşamlarını kolaylaştırır. Giyilebilir cihazlar, sağlık durumunu izlerken, sosyal medya ve iletişim araçları, sosyal bağlantıların sürdürülmesini sağlar. Ancak, teknolojiye uyum sağlamak, yaşlı bireyler için bazen zorlayıcı olabilir. Eğitim ve destek programları, bu teknolojilerin etkin kullanımı için gereklidir (Ekici ve Gümüş, 2016; Terkeş ve Bektaş, 2016; Çataloğlu, 2018; Uysal, 2020)

Yaşlılık, toplumsal ve bireysel düzeyde önemli değişiklikleri beraberinde getirir. Demografik değişimler, yaşlı nüfusun artması ve yaşam sürelerinin uzaması, toplumların yaşlılıkla ilgili politikalarını ve hizmetlerini yeniden gözden geçirmelerini gerektirir. Gelecekte, yaşlılık dönemiyle ilgili daha kapsayıcı ve sürdürülebilir çözümler geliştirilmesi önemlidir. Aktif yaşlanma, yaşlı bireylerin toplumsal katılımını ve bağımsızlığını destekleyen stratejilerle teşvik edilmelidir. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi artırılmalı, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun sosyal destek sistemleri oluşturulmalıdır (Ağırman ve diğerleri, 2020; Demirbaş, 2018; Çataloğlu, 2018; Uysal, 2020).

2.1. Yaşlılık Dönemine Özgü Değişiklikler

Yaşlılık döneminde, bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlıklarında belirgin değişiklikler meydana gelir. Fiziksel açıdan bakıldığında, yaşlanma süreciyle birlikte kas kütlelerinde ve kemik yoğunluğunda azalma, eklem esnekliğinde kayıplar ve genel enerji seviyelerinde düşüş görülür. Bu değişiklikler, günlük aktivitelerin yerine getirilmesinde zorluklara yol açabilir ve hareket kabiliyetini sınırlayabilir. Aynı zamanda, görme ve işitme gibi duyuşal yetilerde zayıflama, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığı artar. Bağışıklık sistemi de yaşlanmayla birlikte zayıflar, bu da yaşlı bireyleri enfeksiyonlara karşı daha hassas hale getirir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Ağar, 2020).

Zihinsel ve bilişsel değişiklikler de yaşlılık döneminin önemli bir parçasıdır. Hafıza, dikkat ve problem çözme becerileri gibi bilişsel işlevlerde zamanla azalma görülebilir. Bu dönemde, Alzheimer ve demans gibi nörodejeneratif hastalıkların riski artar, bu da bireylerin bağımsızlıklarını korumalarını zorlaştırabilir. Ancak, her bireyde bu değişikliklerin şiddeti ve hızı farklıdır. Sosyal bağların ve aktif bir yaşam tarzının korunması, zihinsel sağlığın desteklenmesinde önemli bir rol oynar. Yaşlılık döneminde görülen bu değişiklikler,

bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilir, ancak doğru bakım ve destekle, bu süreci sağlıklı ve tatmin edici bir şekilde geçirmek mümkündür (Soygüden ve Cerit, 2015; Adana ve diğerleri, 2022; Soylu, 2023; Çubukcu ve Çiçek, 2023; Akpınar ve diğerleri, 2023).

2.1.1. Fiziksel Değişiklikler

Yaşlılık dönemi, fiziksel değişikliklerin belirgin hale geldiği bir süreçtir. Bu dönemde kas kütlesi ve kemik yoğunluğu azalır, cilt elastikiyetini kaybeder ve kırışıklıklar oluşur. Eklem sorunları, osteoporoz ve artrit gibi rahatsızlıklar daha yaygın hale gelir. Vücut metabolizması yavaşlar, bu da kilo alımına ve enerji seviyelerinin düşmesine neden olabilir. Görme ve işitme gibi duyuşal yetilerde de azalma yaşanabilir. Bu fiziksel değişiklikler, yaşlı bireylerin günlük aktivitelerinde zorluk yaşamalarına yol açabilir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Ağar, 2020).

Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel değişiklikler şunlardır:

- Kas Kütlesi ve Gücü Azalması: Sarkopeni olarak bilinen bu durum, kas kütlesi ve kas gücünde azalmaya yol açar.
- Kemik Yoğunluğunun Azalması: Osteoporoz riski artar, bu da kemiklerin daha kırılğan hale gelmesine neden olur.
- Eklem Esnekliğinde Azalma: Eklem sertliği ve hareket kısıtlılığı artar, artrit gibi eklem rahatsızlıkları daha yaygın hale gelir.
- Görme Yetisinin Zayıflaması: Katarakt, glokom ve makula dejenerasyonu gibi göz hastalıklarının riski artar.
- İşitme Yetisinin Azalması: Presbiakuzi olarak bilinen yaşa bağlı işitme kaybı yaygındır.
- Cilt Değişiklikleri: Cilt elastikiyetini kaybeder, ince çizgiler ve kırışıklıklar artar, cilt incelir ve daha kolay yaralanabilir hale gelir.
- Bağışıklık Sisteminin Zayıflaması: Enfeksiyonlara ve hastalıklara karşı direncin azalması.
- Kalp ve Damar Sağlığında Değişiklikler: Kan damarlarının sertleşmesi (ateroskleroz), kalp hastalıkları ve yüksek tansiyon riski artar.
- Metabolizma Hızının Yavaşlaması: Vücut yağ oranı artar, kilo almak daha kolay hale gelir.

- Akciğer Fonksiyonlarında Azalma: Akciğer kapasitesi ve solunum fonksiyonlarında azalma, nefes darlığı gibi solunum sorunlarına yol açabilir.
- Sindirim Sistemi Değişiklikleri: Sindirim problemleri, kabızlık ve diğer gastrointestinal sorunlar daha yaygın hale gelir.
- Uyku Düzeninde Değişiklikler: Uyku kalitesi düşer, uyku süresi azalır ve uyku sorunları artar.
- Tat ve Koku Duyusunda Azalma: Tat ve koku alma yetileri zayıflar, bu da beslenme alışkanlıklarını etkileyebilir.
- Hormonal Değişiklikler: Hormon seviyelerinde değişiklikler meydana gelir, menopoz veya andropoz gibi dönemlerle ilişkili belirtiler ortaya çıkar(Soyuer ve Soyuer, 2008; Leyk ve diğerleri, 2010; Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Dziechciaz ve Filip, 2014; Ağar, 2020).

2.1.2. Zihinsel ve Bilişsel Değişiklikler

Yaşlılıkla birlikte zihinsel ve bilişsel değişiklikler de görülür. Hafıza, dikkat ve bilgi işleme hızında azalma olabilir. Alzheimer hastalığı ve diğer demans türleri bu dönemde daha sık ortaya çıkar. Bununla birlikte, yaşlı bireyler genellikle bilgi birikimi ve yaşam deneyimi sayesinde karmaşık problemleri çözme konusunda gençlere kıyasla daha iyi performans gösterebilir. Yaşlanma, beyindeki nörotransmitter seviyelerinde değişikliklere yol açarak, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal durumların riskini artırabilir (Eskin ve diğerleri, 2020; Özvurmaz ve diğerleri, 2022; Adana ve diğerleri, 2022).

Yaşlılık döneminde meydana gelen zihinsel ve bilişsel değişiklikler şunlardır:

- Hafıza Problemleri: Kısa süreli hafızada zayıflama, yeni bilgileri öğrenmede ve hatırlamada zorluklar.
- Dikkat Azalması: Dikkat süresinin kısalması ve dikkat dağınıklığı artışı.
- Yavaşlayan Bilgi İşleme Hızı: Bilgi işleme ve tepki verme hızında azalma.
- Problem Çözme Becerilerinde Azalma: Karmaşık problemlere çözüm bulmada zorlanma.
- Yargılama ve Karar Verme Yetisinde Bozulma: Karar verme süreçlerinde daha fazla hata yapma eğilimi.

- Dil ve Konuşma Zorlukları: Kelime bulmada zorluk, konuşma akıcılığında ve kelime dağarcığında azalma.
- Yönelim Problemleri: Zaman, yer ve kişilerle ilgili yönelimde karışıklık yaşama.
- Görsel ve Mekansal Becerilerde Azalma: Mekansal algı ve görsel-uzamsal becerilerde zayıflama.
- İşitsel ve Görsel Hafızada Zayıflama: Duyusal hafızada zayıflama, işitsel ve görsel bilgileri hatırlamada zorlanma.
- Zihinsel Esneklik Kaybı: Değişen koşullara ve yeni bilgilere uyum sağlama yeteneğinde azalma.
- Motivasyon ve İnisiyatif Azalması: Yeni aktivitelere başlama ve sürdürme isteğinde düşüş.
- Alzheimer ve Demans Riski: Nörodejeneratif hastalıkların görülme olasılığının artması.
- Sosyal Bilişsel Değişiklikler: Sosyal etkileşimlerde ve empati kurmada zorlanma.
- Duygusal Düzenlemede Güçlük: Duygusal tepkileri kontrol etmede ve duygusal dengenin sağlanmasında zorluk (Stein ve diğerleri, 2012; Baghel ve diğerleri, 2019; Eskin ve diğerleri, 2020; Özvurmaz ve diğerleri, 2022; Adana ve diğerleri, 2022).

2.1.3. Sosyal Değişiklikler

Sosyal yaşamda önemli değişiklikler yaşanabilir. Emeklilik, sosyal çevrenin daralmasına ve günlük rutinlerin değişmesine neden olabilir. Yaşlı bireyler, arkadaşlarını veya eşlerini kaybedebilir, bu da yalnızlık hissine yol açabilir. Aile üyeleriyle olan ilişkilerde de değişiklikler olabilir; çocuklar büyür ve kendi hayatlarına odaklanır. Ancak, bu dönem aynı zamanda torunlarla zaman geçirme, gönüllü faaliyetlere katılma ve yeni sosyal gruplara katılma fırsatlarını da beraberinde getirebilir (Eskin ve diğerleri, 2020; Özvurmaz ve diğerleri, 2022; Adana ve diğerleri, 2022).

Yaşlılık döneminde meydana gelen sosyal değişiklikler şunlardır:

- Emeklilik: İş hayatının sona ermesiyle birlikte rutin değişir, boş zaman artar ve günlük yapı farklılaşır.
- Sosyal Rol Değişiklikleri: Anne-babalık, çalışma gibi aktif rollerin yerini, büyük ebeveyn olma gibi farklı sosyal roller alır.

- Sosyal Ağların Daralması: Arkadaşlar ve tanıdıklar arasında kayıplar yaşanabilir, sosyal çevre daralabilir.
- Yalnızlık ve İzolasyon: Fiziksel hareketlilikteki kısıtlamalar ve sosyal çevrenin daralması, yalnızlık ve sosyal izolasyona yol açabilir.
- Bağımsızlıkta Azalma: Sağlık sorunları veya hareket kısıtlılıkları nedeniyle başkalarına bağımlılık artabilir.
- Aile Dinamiklerinde Değişiklikler: Çocukların evden ayrılması, eş kaybı gibi durumlar aile yapısını etkileyebilir.
- Bakım İhtiyacının Artması: Yaş ilerledikçe bakım ihtiyacı artabilir, profesyonel bakım hizmetleri veya aile desteği gerekebilir.
- Finansal Değişiklikler: Emeklilik geliri, birikimler ve sağlık harcamaları gibi finansal durumlar yeniden düzenlenir.
- Toplumsal Katılımda Azalma: Sosyal etkinliklere katılımda azalma olabilir, bu da sosyal izolasyonu artırabilir.
- Toplumsal Statü ve Saygınlıkta Değişiklikler: Toplumda yaşlı bireylerin statü ve saygınlığı değişebilir, bu da özsaygı üzerinde etkili olabilir.
- Teknoloji Kullanımında Değişiklikler: Teknolojik yeniliklere uyum sağlama zorlukları yaşanabilir, bu da iletişim ve bilgiye erişim yollarını etkileyebilir (Thane, 2003; Pinto ve Neri, 2017; Hülür ve Macdonald, 2020; Eskin ve diğerleri, 2020; Özvurmaz ve diğerleri, 2022; Adana ve diğerleri, 2022).

2.1.4. Duygusal ve Psikolojik Durum

Duygusal ve psikolojik durum, yaşlılıkta önemli bir rol oynar. Birçok yaşlı birey, hayatının bu döneminde anlam ve amaç arayışına girer. Geçmiş yaşam deneyimlerinin değerlendirilmesi, başarıların ve pişmanlıkların gözden geçirilmesi sıkça görülür. Bu dönemde, bireylerin kendilerini değersiz hissetmeleri veya sosyal rollerini kaybetmeleri durumunda depresyon ve anksiyete riski artar. Ancak, bu dönemde olumlu bir yaşam bakış açısını sürdürebilmek, psikolojik sağlığı ve genel iyilik halini olumlu yönde etkiler (Adana ve diğerleri, 2022; Soylu, 2023; Çubukcu ve Çiçek, 2023; Akpınar ve diğerleri, 2023).

Yaşlılık döneminde duygusal ve psikolojik durumu etkileyen i faktörler:

- Sosyal Destek: Yaşlı bireylerin sosyal çevreleri ve destek ağları, duygusal sağlıkları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Sosyal izolasyon ve yalnızlık, depresyon ve

anksiyete gibi sorunlara yol açabilir. Araştırmalar, sosyal desteğin yaşlıların yaşam kalitesini artırdığını ve zihinsel sağlıklarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

- **Fiziksel Sağlık:** Kronik hastalıklar, ağrı ve fiziksel hareket kısıtlamaları, yaşlı bireylerin psikolojik durumunu olumsuz etkileyebilir. Fiziksel sağlık sorunları, günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak bağımsızlık hissini azaltabilir ve depresyon riskini artırabilir.
- **Ekonomik Durum:** Gelir düzeyi ve ekonomik güvence, yaşlı bireylerin stres seviyelerini ve genel memnuniyetlerini etkileyen önemli faktörlerdir. Ekonomik güvencenin yetersiz olması, maddi kaygıları artırarak psikolojik stresi tetikleyebilir.
- **Zihinsel ve Bilişsel Sağlık:** Kognitif gerileme, hafıza kaybı ve bunama gibi sorunlar, yaşlı bireylerin duygusal sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Zihinsel sağlığın korunması, duygusal denge için kritik öneme sahiptir.
- **Çevresel Faktörler:** Yaşanılan çevre ve yaşam koşulları da duygusal sağlığı etkiler. Güvenli ve destekleyici bir çevrede yaşamak, yaşlı bireylerin huzur ve mutluluk seviyelerini artırabilir.
- **Kişisel Dayanıklılık ve Esneklik:** Bireylerin kişisel dayanıklılık ve esneklik düzeyleri, stresle başa çıkma ve duygusal zorlukların üstesinden gelmede önemli bir rol oynar. Yüksek düzeyde dayanıklılık, depresyon ve anksiyete riskini azaltabilir ve yaşam kalitesini artırabilir.
- **Hayat Olayları ve Travmalar:** Yaşlılık döneminde yaşanan önemli hayat olayları (örneğin, eşin kaybı, emeklilik) ve geçmiş travmalar, psikolojik sağlık üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir. Bu olaylarla başa çıkma kapasitesi, bireyin genel psikolojik durumunu belirler(Sharma ve Palaniappan, 2019; Gerino ve diğerleri, 2017; Hay ve Diehl, 2018).

2.1.5. Sağlık ve Bakım İhtiyaçları

Yaşlılık dönemi, sağlık bakım ihtiyaçlarının arttığı bir dönemdir. Kronik hastalıkların yönetimi, düzenli tıbbi kontroller ve ilaç kullanımı önemli hale gelir. Yaşlı bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmeleri için bazen evde bakım hizmetlerine veya huzurevi gibi uzun süreli bakım olanaklarına ihtiyaç duyabilirler. Sağlık hizmetlerine erişim, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkiler ve bu nedenle sağlık politikaları ve sosyal hizmetlerin bu döneme uygun şekilde düzenlenmesi önemlidir(Yılmaz ve Şara, 2014; Gürer ve diğerleri 2019).

2.1.6. Ekonomik Durum

Ekonomik durum, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini belirleyen önemli bir faktördür. Emeklilik gelirleri, birikimler ve sosyal güvenlik yardımları yaşlı bireylerin ekonomik güvencesini sağlar. Ancak, yetersiz emeklilik planlaması veya beklenmedik sağlık masrafları ekonomik zorluklara yol açabilir. Finansal güvenceye sahip olmak, yaşlı bireylerin bağımsızlığını korumalarını ve ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerini sağlar. Bu nedenle, yaşlılık dönemine yönelik iyi bir finansal planlama büyük önem taşır ((Adana ve diğerleri, 2022; Akpınar ve diğerleri, 2023).

2.1.7. Teknolojik Adaptasyon

Teknolojik ilerlemeler, yaşlı bireylerin yaşamını kolaylaştırabilecek çeşitli araçlar sunar. Sağlık takibi için giyilebilir cihazlar, evde bakım hizmetleri için akıllı ev sistemleri ve sosyal bağlantıları sürdürmek için iletişim teknolojileri bunlardan bazılarıdır. Ancak, yaşlı bireylerin bu teknolojilere adapte olması bazen zorlu olabilir. Teknoloji kullanımına yönelik eğitimler ve kullanıcı dostu tasarımlar, yaşlı bireylerin bu araçları etkin bir şekilde kullanmalarını sağlayabilir. Teknoloji, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynar (Terkeş ve Bektaş, 2016; Çataloğlu, 2018; Uysal, 2020)

2.1.8. Manevi ve Spiritüel Boyut

Manevi ve spiritüel boyut, yaşlılık döneminde daha fazla önem kazanabilir. Birçok yaşlı birey, yaşamlarının bu evresinde dini veya manevi inançlarına daha fazla yönelir. Bu, ölüm ve yaşamın anlamı hakkında düşüncelerin yoğunlaşmasıyla ilişkilidir. Manevi inançlar, yaşlı bireylere huzur ve umut sağlayabilir, yaşamın son dönemlerinde karşılaşılan zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Toplum ve aile desteği, manevi ihtiyaçların karşılanmasında büyük önem taşır ve yaşlı bireylerin bu dönemde kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar (Jadidi ve diğerleri, 2011; Erichsen ve Büssing, A.2013; Hiçdurmaz ve Oz, 2013; Gürsu ve Ay, 2018; Yaman, 2020; Duracak ve Özmen, 2023).

2.2. Yaşlanma Kuramları

Yaşlanma, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, insan ömrünün ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan değişimleri ve bu değişimlerin nedenlerini anlamaya yönelik çeşitli kuramlar tarafından incelenmektedir. Yaşlanma kuramları, biyolojik

açından hücresel ve moleküler düzeyde meydana gelen değişiklikleri açıklarken, psikolojik kuramlar bireylerin yaşlanma sürecine verdikleri tepkileri ve bu süreçteki ruhsal durumlarını ele alır. Sosyal yaşlanma kuramları ise yaşlanmanın toplum üzerindeki etkilerini ve toplumsal rollerin değişimini incelemektedir. Bu kuramlar, yaşlanmayı anlamak ve bu süreci daha sağlıklı ve verimli hale getirmek amacıyla geliştirilmiş, farklı disiplinlerden bilim insanlarının katkılarıyla zenginleştirilmiştir (Grossman ve Lange 2006; Hs ve Ma 2013; Van Dyk, 2014; Lange ve Grossman, 2018; Mills'in, 2018; Kurtkapan, 2018; Kurtkapan ve Akçay, 2019; Kurtkapan ve Şentürk, 2019; Baştuğ ve diğerleri, 2020; Asiamah, 2023; Demirkıran ve Erkayıran 2023).

2.2.1. Biyolojik Yaşlanma Kuramları

Biyolojik yaşlanma kuramları, yaşlanmanın nedenlerini ve süreçlerini açıklamaya çalışır. "Programlanmış yaşlanma teorisi," yaşlanmanın genetik olarak belirlenmiş bir süreç olduğunu öne sürer. Bu teoriye göre, hücreler belirli bir yaşam süresi için programlanmıştır ve bu sürenin sonunda fonksiyonlarını kaybederler. "Hasar birikim teorisi" ise yaşlanmayı, zamanla biriken çevresel ve biyolojik hasarların bir sonucu olarak açıklar. Bu teori, serbest radikallerin ve oksidatif stresin hücrelere zarar vererek yaşlanmayı hızlandığını savunur. "Telomer teorisi" de biyolojik yaşlanmanın önemli bir bileşenidir; hücre bölünmeleri sırasında telomerlerin kısalması, hücresel yaşlanmaya ve ölüme yol açar (Bilir ve Paksoy, 2007; Kurtkapan, 2018; Kurtkapan ve Akçay, 2019; Kurtkapan ve Şentürk, 2019; Baştuğ ve diğerleri, 2020)

2.2.2. Psikolojik Yaşlanma Kuramları

Psikolojik yaşlanma kuramları, bireyin yaşlanma sürecinde zihinsel ve duygusal değişimlerini inceler. "Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı," yaşlılık dönemini "benlik bütünlüğü ve umutsuzluk" evresi olarak tanımlar. Bu evrede bireyler, hayatlarının anlamını sorgular ve geçmiş yaşamlarını değerlendirirler. Başarılı bir yaşlanma süreci, bireylerin hayatlarını anlamlı ve bütünsel bir şekilde görmelerini sağlar. "Yaşam doyumu teorisi," yaşlılıkta bireylerin hayatlarından memnuniyet duymalarını sağlayan faktörleri inceler. Bu teoriye göre, sosyal ilişkiler, sağlık durumu ve ekonomik güvence, yaşlılıkta yaşam doyumunu belirleyen temel unsurlardır (Grossman ve Lange 2006; Kurtkapan ve Akçay, 2019; Kurtkapan ve Şentürk, 2019; Baştuğ ve diğerleri, 2020; Asiamah, 2023; Demirkıran ve Erkayıran 2023)

2.2.3. Sosyal Yaşlanma Kuramları

Sosyal yaşlanma kuramları, yaşlanmanın toplumsal boyutunu ele alır. "Rol teorisi," yaşlanmanın, bireylerin toplum içindeki rollerinin değişmesiyle ilişkili olduğunu savunur. Emeklilik, ebeveynlik rollerinin azalması ve sosyal çevrenin daralması, yaşlılık döneminde sıkça karşılaşılan değişikliklerdir. "Faaliyet teorisi," yaşlılıkta aktif kalmanın önemini vurgular. Bu teoriye göre, sosyal ve fiziksel aktiviteler, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırır ve psikolojik iyilik hallerini destekler. "Sosyal ayrışma teorisi" ise, yaşlanma sürecinde bireylerin toplumsal faaliyetlerden ve ilişkilerden giderek uzaklaştığını öne sürer; bu süreç, hem bireyin hem de toplumun doğal bir uyum mekanizması olarak görülür (Bilir ve Paksoy, 2007; Kurtkapan ve Akçay, 2019; Kurtkapan ve Şentürk, 2019; Baştuğ ve diğerleri, 2020; Asiamah, 2023; Demirkıran ve Erkayran 2023)

2.3. Yaşlılık Döneminde Umutsuzluk

Yaşlılık döneminde umutsuzluk, bireyin geleceğe dair olumlu beklentilerini yitirmesi ve yaşamında anlam bulamaması durumudur. Bu durum, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi bir psikolojik sorundur. Umutsuzluk, genellikle yalnızlık, sağlık sorunları, sosyal izolasyon, ekonomik zorluklar ve sevdiklerinin kaybı gibi faktörlerden kaynaklanır. Bireyin yaşamdan zevk alamaması, sürekli bir umutsuzluk hali içinde olması ve geleceğe dair ümitlerini kaybetmesi, umutsuzluk durumunu karakterize eder (Keskin ve diğerleri, 2018; Gu ve diğerleri, 2019; Tel ve diğerleri,2020).

Umutsuzluk, yaşlılık döneminde dünya genelinde yaygın olarak görülür. Yapılan araştırmalar, yaşlı bireylerin %10-30'unda umutsuzluk belirtilerinin bulunduğunu göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte umutsuzluk oranları da yükselmektedir. Türkiye'de ise yaşlılık döneminde umutsuzluk oranları %15-25 arasında değişmektedir. Kırsal ve kentsel bölgeler arasında bu oranlarda farklılıklar olabilir; kırsal bölgelerde sosyal destek ağlarının zayıf olması, umutsuzluk oranlarını artırabilir. Ayrıca, sosyoekonomik durum ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörler de bu oranları etkileyebilir. Umutsuzluk ile ilgili yapılan yaşlı bireylerin hafif derecede düzeylerinin yaygın olduğu (Sarin ve diğerleri, 2016; Şahin, ve diğerleri, 2018), yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı belirtilmektedir (Karataş ve diğerleri, 2019).

Umutsuzluk, yaşlı bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratır. Fiziksel olarak, umutsuzluk kronik hastalıkların seyrini olumsuz yönde etkileyebilir, bağışıklık sistemini zayıflatabilir ve genel sağlık durumunu kötüleştirebilir. Psikolojik olarak, umutsuzluk depresyon, anksiyete ve intihar riskini artırabilir. Umutsuzluk yaşayan yaşlı bireyler, sosyal ilişkilerden çekilebilir, günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanabilir ve yaşamdan zevk alamaz hale gelebilir. Bu durum, yaşam kalitesinin düşmesine ve genel bir umutsuzluk hali içinde olunmasına yol açar (Sarin ve diğerleri, 2016; Júnior ve diğerleri, 2018; Sajeev ve diğerleri, 2022).

Umutsuzlukla başa çıkmada çeşitli müdahale ve destek yöntemleri uygulanmalıdır. İlk olarak, umutsuzluğun erken tespiti ve uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi önemlidir. Psikoterapi, özellikle bilişsel davranışçı terapi, umutsuzluk duygularını ele almak için etkili bir yöntemdir. Ayrıca, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, yaşlı bireylerin kendilerini daha değerli ve desteklenmiş hissetmelerine yardımcı olabilir. Aile desteği, arkadaş çevresi ve topluluk etkinlikleri, umutsuzluk duygularını hafifletebilir. Yaşlı bireylerin sosyal faaliyetlere katılımı teşvik edilmeli ve yalnızlık hissini azaltacak girişimlerde bulunulmalıdır (Choi ve diğerleri, 2016; Júnior ve diğerleri, 2018; Jeon ve Heo, 2019).

2.4. Yaşlılık Döneminde Depresyon

Yaşlılık depresyonu, yaşlı bireylerde görülen ve genellikle yaşamın son dönemine özgü stres faktörleriyle ilişkilendirilen bir depresyon türüdür. Bu depresyon türü, yaşlılık döneminde fiziksel sağlık sorunları, sosyal izolasyon, yalnızlık, sevilen kişilerin kaybı ve yaşamın anlamını sorgulama gibi nedenlerle tetiklenebilir. Belirtileri arasında sürekli üzüntü, ilgisizlik, enerji kaybı, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon zorlukları yer alır. Yaşlılık depresyonu, bireyin genel yaşam kalitesini ve günlük işlevselliğini ciddi şekilde etkileyebilir (Ağırman ve Gençler, 2017; Taştekin, 2018; Yanardağ ve Şahin, 2019; Çakmak, 2021).

Yaşlılık depresyonunun görülme sıklığı dünya genelinde değişkenlik göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre, dünya genelinde yaşlı bireylerin yaklaşık %10-20'si depresyon belirtileri göstermektedir. Özellikle huzurevlerinde yaşayan yaşlılar arasında bu oran daha da yüksektir. Türkiye'de ise yaşlılık depresyonu sıklığına dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Türkiye'deki yaşlı bireylerin yaklaşık %15-30'u arasında depresyon belirtileri görüldüğü rapor edilmiştir. Kırsal ve kentsel bölgeler arasında, sosyal ve ekonomik faktörlere bağlı olarak

oranlar değişiklik gösterebilir (WHO, 2023; Mohan ve Das, 2017; Khodabakhshi-Koolae ve diğerleri, 2018; Doğan ve diğerleri 2005).

Yaşlılık depresyonu, bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilir. Depresyon, kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırabilir, zayıf bağışıklık sistemine ve artan mortalite riskine yol açabilir. Ayrıca, depresyon nedeniyle yaşlı bireylerin sosyal ilişkileri zayıflar, günlük aktivitelerine katılma istekleri azalır ve genel yaşam memnuniyetleri düşer. Depresyonun neden olduğu motivasyon eksikliği, bireylerin fiziksel aktiviteden uzaklaşmasına ve bu da genel sağlık durumunun kötüleşmesine sebep olabilir. Tedavi edilmeyen depresyon, intihar riski de dahil olmak üzere ciddi sonuçlara yol açabilir (Herrera, 2021; National Institute on Aging, 2019; Berman ve Furst, 2010).

Yaşlılık depresyonuyla başa çıkmada çeşitli müdahale ve tedavi yöntemleri bulunmaktadır. İlk adım, depresyonun erken teşhis edilmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesidir. Farmakolojik tedaviler, yani antidepresan ilaçlar, depresyon semptomlarını hafifletmede etkili olabilir. Bununla birlikte, psikoterapi de (özellikle bilişsel davranışçı terapi) yaşlı bireylerin duygusal ve zihinsel süreçlerini anlamalarına ve yönetmelerine yardımcı olabilir. Sosyal destek sistemleri, yaşlı bireylerin depresyonla başa çıkmasında önemli bir rol oynar. Aile desteği, arkadaş grupları ve topluluk etkinlikleri, sosyal izolasyonu azaltarak bireylerin ruh halini iyileştirebilir (Wilkinson ve Izmeth, 2016; Palazzolo, 2015).

2.5. Yaşlılık Dönemi Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyleri ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Yaşlılık dönemi depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlıklarını korumak açısından kritik öneme sahiptir. Depresyon ve umutsuzluk, yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir, kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırabilir ve genel yaşam memnuniyetini düşürebilir. Erken teşhis ve müdahale, bu duygusal sorunların daha ciddi psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarına yol açmasını önler. Ayrıca, depresyon ve umutsuzluk, intihar riski gibi tehlikeli sonuçlara da yol açabileceğinden, bu durumların erken tespiti ve tedavisi yaşamsal önem taşır (Sporinova, 2019; Manns, 2019; Erci ve diğerleri, 2019; Mumba, 2021).

Halk sağlığı hemşireleri, yaşlılık döneminde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesinde ve yönetilmesinde önemli bir rol oynar. Öncelikle, halk sağlığı hemşireleri, yaşlı bireylerle düzenli olarak temas halinde oldukları için, bu bireylerde depresyon ve

umutsuzluk belirtilerini erken tespit edebilirler. Hemşireler, yaşlı bireylerin ruhsal durumlarını değerlendirerek, gerekli durumlarda psikolojik destek hizmetlerine yönlendirme yapabilirler. Ayrıca, halk sağlığı hemşireleri, depresyon ve umutsuzlukla başa çıkma stratejileri hakkında yaşlı bireylere ve ailelerine eğitim verebilir, böylece bu bireylerin ruh sağlığını koruma ve iyileştirme konusunda aktif bir rol üstlenebilirler. Halk sağlığı hemşirelerinin, yaşlılık döneminde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve yönetilmesi konusundaki işlevleri çeşitli alanlarda yoğunlaşır. Eğitim ve farkındalık yaratma, bu işlevlerin başında gelir. Hemşireler, yaşlı bireyler ve aileleri için depresyon ve umutsuzluk belirtileri, risk faktörleri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme yaparak, bu durumların erken tanınmasına yardımcı olabilirler. Ayrıca, toplum temelli sağlık programları düzenleyerek, yaşlı bireylerin sosyal katılımını teşvik eder ve sosyal izolasyonu azaltmaya yönelik aktiviteler organize ederler. Hemşireler, ev ziyaretleri yaparak, yaşlı bireylerin ruhsal durumlarını yerinde değerlendirir ve gerekli müdahaleleri yaparlar (Keskin ve diğerleri, 2018; Adana, 2018; Erci ve diğerleri, 2019; Gu ve diğerleri, 2019; Tel ve diğerleri, 2020).

Halk sağlığı hemşirelerinin depresyon ve umutsuzluk düzeylerini belirleme ve yönetme konusundaki çabaları, toplum sağlığına önemli katkılar sağlar. Depresyon ve umutsuzluğun azaltılması, yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarını iyileştirir, kronik hastalık yönetimlerini kolaylaştırır ve sağlık hizmetlerinin kullanımını optimize eder. Ayrıca, bu tür ruhsal sağlık sorunlarının azaltılması, sağlık hizmetleri üzerindeki yükü de hafifletebilir. Toplum sağlığının genel olarak iyileştirilmesi, halk sağlığı hemşirelerinin etkili müdahaleleri ve destek hizmetleri sayesinde mümkün olur. Halk sağlığı hemşireleri, yaşlılık döneminde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve yönetilmesi konusunda politika ve program geliştirme süreçlerinde de aktif rol almalıdır. Sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında yaşlı bireylerin ruh sağlığının önemi vurgulanmalı, bu politikaların yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak şekillendirilmesi sağlanmalıdır. Hemşireler, yerel yönetimler ve sağlık kurumlarıyla iş birliği yaparak, yaşlı bireylerin ruh sağlığını koruyacak ve iyileştirecek programların geliştirilmesine katkıda bulunabilirler. Halk sağlığı hemşireleri, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve yönetilmesi sürecinde multidisipliner bir yaklaşımla çalışmalıdır. Psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak, yaşlı bireylere bütüncül bir sağlık hizmeti sunulmasını sağlarlar. Bu iş birliği, yaşlı bireylerin ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için gerekli olan çeşitli müdahalelerin koordinasyonunu ve etkinliğini artırır. Multidisipliner

yaklaşım, yaşlı bireylerin kompleks sağlık ihtiyaçlarına daha kapsamlı ve etkili çözümler sunulmasını mümkün kılar (Browne, 1997; Adana, 2018; Erci ve diğerleri, 2019).

Halk sağlığı hemşirelerinin, yaşlılık döneminde depresyon ve umutsuzluk konusundaki bilgi ve becerilerini sürekli olarak güncellemeleri önemlidir. Hemşireler, bu alanda yapılan yeni araştırmaları takip etmeli, eğitim seminerlerine katılmalı ve mesleki gelişimlerini sürekli olarak sürdürmelidir. Bu sayede, yaşlı bireylere en güncel ve etkili müdahale yöntemlerini sunabilirler. Ayrıca, hemşirelerin bilgi ve becerilerini artırmaları, toplumda yaşlılık döneminde ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi konusunda daha etkin bir rol üstlenmelerini sağlar. Halk sağlığı hemşireleri, toplum temelli müdahalelerle yaşlı bireylerin depresyon ve umutsuzluk düzeylerini azaltmaya yönelik çalışmalıdır. Toplum merkezleri, yaşlı bakım evleri ve yerel sağlık merkezlerinde düzenlenen etkinlikler ve programlar, yaşlı bireylerin sosyal katılımını artırarak, ruhsal sağlıklarını iyileştirebilir. Hemşireler, bu tür programların düzenlenmesinde aktif rol alarak, yaşlı bireylerin sosyal destek ağlarının güçlendirilmesine katkıda bulunabilirler. Bu tür müdahaleler, yaşlı bireylerin topluma daha fazla dahil olmalarını sağlayarak, depresyon ve umutsuzluk düzeylerini düşürmede etkili olabilir (Nicolaidis-Bouman ve diğerleri, 2004; Adana, 2018; Erci ve diğerleri, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışmanın Muğla il merkezinde bulunan 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Bölgede 65 yaş üstü nüfus yoğunluğunun olması ve aile sağlığı merkezine kayıtlı nüfusun da çoğunlukla yaşlı bireylerden oluşması nedeniyle araştırma verilerinin hedef nüfustan toplanması açısından bir avantaj sağlamaktaydı. Veri toplama zaman aralığı Eylül 2023 ve Eylül 2024 tarihleri arasındadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Muğla Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde bulunan 5 Aile Hekimliği nüfusuna kayıtlı 2528, 65 yaş üstü birey oluşturmuştur. Geriatrik popülasyonda kronik hastalık ve medikasyon ihtiyacı çok yüksek olduğu ve bu merkeze başvuran en yoğun grup olması, ayrıca bu aile sağlığı Merkezinin bulunduğu bölgede 65 yaş üstü nüfusun yoğun kümelenmesi, yalnız yaşayan birey sayısının fazla olması ve aile hekimliği nüfusunun çoğunlukla bu bireylerden oluşması nedeniyle bu merkezler seçilmiştir.

Araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında 5 Aile Hekimliği Biriminden oluşan, Aile Sağlığı Merkezi nüfusuna kayıtlı 2528 yaşlı birey evren olarak kabul edilerek, %5 tip 1 hata, %95 güven aralığı ve 0,25 etki büyüklüğüne göre 323 olarak belirlendi ancak veri kaybı göz önüne alınarak 375 katılımcıyla araştırma tamamlandı (G-Power 3.1.3).

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 65 yaş ve üzeri olmak,
- Herhangi bir görme engelinin bulunmaması,
- Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımının bulunmaması,
- En az okur-yazar düzeyinde eğitim düzeyinin olması.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Sözlü ve yazılı onama kabul etmeyenler
- Organik Mental Bozukluk tanısı olan bireyler
- İletişim probleminin bulunması

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma Muğla Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde hafta içi günlerde mesai saatleri içinde, beş aile hekimliği birimine başvuran 65 yaş üstü bireylerle yapıldı. Sağlık hizmeti almak için başvuran 65 yaş üstü birey poliklinik hizmeti aldıktan sonra araştırmacı tarafından çalışmaya dahil olmak isteyip istemediği sorularak önce sözlü onamları alındı. Çalışmaya dahil olmak isteyen bireylerden yazılı onamları da alındıktan sonra aile sağlığı merkezinin yönetimi tarafından izin verilen alanda bireylerle yüz yüze görüşme yapıldı. Veriler, aile sağlığı merkezinde haftanın 5 günü, mesai saatleri içinde toplandı.

3.7. Veri Toplama Formları

Sosyo-demografik bilgi formu: Sosyo-demografik bilgi formunda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, şu an çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım durumunu belirten sorular yer almaktadır. Sosyo demografik bilgi formu; literatür taraması sonunda, yaşlı bireyin yaşam biçimi ve emosyonel ve sosyal durumunu belirlemek amacıyla zaman almadan cevaplanabilecek öz sorulardan derlenmiştir. Formda 19 soru yer almaktadır (Şahin ve diğerleri, 2021; Niu ve diğerleri, 2020; Hajjar ve diğerleri, 2017).

Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu (GDÖ-15): İlk olarak Yesavage ve arkadaşları tarafından oluşturulan Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS), yaşlı popülasyonda yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. GDS Uzun Formu, katılımcılardan geçen hafta içinde nasıl hissettiklerine göre evet veya hayır şeklinde yanıt vermelerinin istendiği 30 maddelik kısa bir ankettir (Yesavage ve diğerleri, 1982). 1986 yılında, 15 sorudan oluşan Kısa Form GDS geliştirilmiştir. Kısa form için doğrulama çalışmalarında depresif belirtilerle en yüksek korelasyona sahip olan GDS Uzun Form'dan sorular seçilmiştir. 15 maddeden 10'u olumlu yanıtlandığında depresyonun varlığını gösterirken, geri kalanı (1, 5, 7, 11, 13 numaralı sorular) olumsuz yanıtlandığında depresyonun varlığını göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 5'tir. 5-8 hafif depresyonu; 9-11, orta derecede depresyonu ve 12-15 ise şiddetli

depresyonu gösterir. GDS Kısa Formu, fiziksel olarak hasta ve hafif ila orta derecede demansı olan, kısa dikkat süreleri olan ve/veya kolayca yorgun hissedebilen kişiler tarafından daha kolay kullanılır (Yesavage ve Sheikh, 1986). Ölçeğin Türkçe standardizasyonu Ertan, Eker ve Şar (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı yüksek olup, Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte alınan puanların yüksekliği, geriatrik depresyonun yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Ertan ve diğerleri, 1997). Bu araştırmada Cronbach Alpha değeri 0,82 bulundu.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Aaron T. Beck tarafından geliştirilen, umutsuzluğun üç ana yönünün ölçümü için tasarlanmış 20 maddelik bir öz değerlendirme aracıdır (Beck, 1974). 1993 yılında, Seber ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Katılımcıdan 20 ifadenin her birini değerlendirmesi ve ifadenin önceki haftadaki (değerlendirme günü dahil) tutumunu açıklayıp açıklamadığına karar vermesi istenir. Kabullenmeyi önlemek için dokuz madde ters puanlanmıştır. Olumlu ifadeli maddeler ters çevrildikten sonra bir toplam puan hesaplanır. Toplam puan, umutsuzluk yönünde onaylanan madde sayısını gösterecek şekilde 0 ile 20 arasında değişebilir (Seber ve diğerleri, 1993). Bu araştırmada Cronbach Alpha değeri 0,94 bulundu.

3.8. Katılımcıların Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen katılımcılar; 65 yaş ve üzeri olan, Muğla Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimliği Nüfusuna Kayıtlı bireylerden oluşmuştur. Katılımcılar çoğunlukla aile hekimliği bölgesinde yalnız yaşayan, diğer aile bireyleriyle birlikte yaşamını sürdüren ya da aile sağlığı merkezine yakın konumda bulunan kamuya ait huzur evinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Yaşam koşulları bakımından farklı imkân ve konumlarda bulunan bu bireylerden dahil edilme kriterlerine uyan kişilerden veriler toplandı. Araştırmanın evreni, Muğla Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi bünyesinde bulunan 1 Nolu AHB nüfusuna kayıtlı 397 kişi, 2 Nolu AHB nüfusuna kayıtlı 470 kişi, 3 Nolu AHB nüfusuna kayıtlı 569 kişi, 4 Nolu AHB nüfusuna kayıtlı 526 kişi ve 5 Nolu AHB nüfusuna kayıtlı 566 kişi olmak üzere evren toplamı 2528 65 yaş üstü bireyden oluşmaktaydı.

3.9. Pilot Uygulama:

Araştırmada pilot uygulama yapılmadı.

3.10. Bağımlı/Bağımsız Değişkenler:

Bağımlı Değişkenler: Bu çalışmanın bağımlı değişkenleri, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Testi (GDÖ-15) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ölçek puanları ile alt puanlardan oluşmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri, bireyin sosyodemografik özellikleri ve yaşam biçimi davranışları (Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir durumu, sosyal güvence, aile yapısı ve birlikte yaşam durumu, kaldığı yer, kronik hastalığın varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, uyku miktarı, beslenme düzeni, fiziksel aktivite düzeni, düzenli ilaç kullanımı, herhangi bir hobiye sahip olma durumu) oluşturmaktadır.

3.11. İstatiksel Yöntemler

Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırmanın normal dağılım değerlendirmesi Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, normal dağılıma uymadığı görülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Aritmetik Ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, yüzdeler), nonparametrik incelemelerde; Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis-H Testi, iki ya da daha fazla değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi açıklamak için Spearman's rho testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın başlangıcında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı. Kurum izni ve katılımcılardan yazılı onam alındı. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırıldı. Araştırmada kullanılan 'Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu (GDÖ-15)' ile 'Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)' ölçekleri kullanımı için izin alındı.

4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımları (n=375)

Katılımcıların Kişisel Özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kadın	177	47,2
Erkek	198	52,8
Yaş		
60-65 yaş	32	8,5
66-70 yaş	143	38,1
71-75 yaş	99	26,4
76-80 yaş	61	16,3
81 ve üzeri yaş	40	10,7
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	1	0,3
Okur yazar	64	17,1
İlkokul	488	50,1
Ortaokul	23	6,1
Lise	54	14,4
Üniversite	45	12,0
Medeni Durum		
Evli	280	74,7
Bekar	93	24,8
Sosyal Güvence		
Var	347	92,5
Yok	28	7,5
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	207	55,2
Gelir gidere denk	132	35,2
Gelir giderden fazla	36	9,6
Kiminle yaşadığı		
Tek	64	17,1
Eş ve çocuklar	76	20,3
Akrabalar	28	7,5
Eş	203	54,1
Huzurevi	4	1,1

Katılımcıların kişisel özelliklerine bakıldığında; %47,2'sinin kadın, %52,8'inin erkek olduğu görüldü. Katılımcıların %38,1'i 66-70 yaş aralığında, %50,1'i ilkokul mezunu, %74,7'si evli, %92,5'i sosyal güvenceye sahip, %55,2'sinin geliri giderinden az, %54,1'i eş ile birlikte yaşamakta idi.

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları (n=375)

Katılımcıların Sağlık Özellikleri	n	%
Alkol Kullanma Durumu		
Var	61	16,3
Yok	314	83,7
Sigara Kullanma Durumu		
Var	67	17,9
Yok	308	82,1
Düzenli Beslenme		
Evet	292	77,9
Hayır	83	22,1
Düzenli Fiziksel Aktivite		
Evet	107	28,5
Hayır	268	71,5
Sürekli Kullanılan İlaç		
Var	296	78,9
Yok	79	21,1
Kronik Hastalık		
Var	296	78,9
Yok	79	21,1
*Hastalık Türü		
Hipertansiyon	220	51,5
Diyabet	108	25,3
Kalp hastalığı	42	9,8
Akciğer hast/koah	18	4,3
Kanser	13	3,0
Tiroid	8	1,9
Renal yetmezlik	8	1,9
Romatoid artrit	3	0,7
Prostat hipertrofisi	3	0,7
Osteoporoz	1	0,2
Gut	2	0,5
Vertigo	1	0,2
Doktor Kontrolüne Gitme		
Evet	335	89,3
Hayır	40	10,7
Doktor Kontrolüne Gitme Sıklığı		
Ayda bir	34	9,1
3 ayda bir	67	17,9
6 ayda bir	105	28,0
Yılda bir	63	16,8
Düzenli gitmiyor	106	28,3
Kilosunu Nasıl Algıladığı		
Zayıf	15	4,0
Normal	275	73,3
Şişman	84	22,4
Çok şişman	1	0,3
Hobi Varlığı		
Var	79	21,1
Yok	296	78,9
	Min-Max(Median)	x±ss
DÜZENLİ UYKU SÜRESİ	3-11(7,00)	6,47±1,31

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Katılımcıların sağlık özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; %83,7'si alkol %82,1'i sigara kullanmamaktaydı. Katılımcıların %77,9'u düzenli beslendiğini, %71,5'i düzenli fiziksel aktivite yapmadığını, %78,9'u sürekli ilaç kullandığını ve kronik hastalığa sahip olduğunu, kronik hastalığa sahip olanların %51,5'i hipertansiyona, %25,3'ü Diyabete, %9,8'i kalp hastalığına sahip olduğunu belirtti.

Katılımcıların %89,3'ü doktor kontrolünde olduğunu, %28,3'ü doktor kontrollerine düzenli gitmediğini belirtti. Katılımcıların %73,3'ü kilosunu normal bulduğunu, %78,9'u bir hobisinin olmadığını ve günlük ortalama 6,47±1,31 saat uyduğunu ifade etti.

Tablo 3. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları (n=375)

GDÖ/BUÖ	Min.	Max.	Median	\bar{X}	SS
Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu	1,00	14,00	3,00	4,28	3,15
Beck Umutsuzluk Ölçeği	0,00	20,00	5,00	7,21	6,27

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalamaları sırasıyla 4,28±3,15(3,00); 7,21±6,27(5,00) bulundu.

Tablo 4. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formuna Göre Sınıflandırılması (n=375)

Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu	n	%
Depresyon yok	258	68,8
Hafif Depresyon	66	17,6
Orta Depresyon	33	8,8
Şiddetli Depresyon	18	4,8

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formuna göre sınıflandırılmasına bakıldığında %68,8'inin depresyonunun olmadığı, %17,6'sının hafif düzeyde, %8,8'inin orta düzeyde %4,8'inin şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu bulundu.

Tablo 5. Katılımcıların kişisel özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=375)

Katılımcıların kişisel özellikleri	Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu			Beck Umutsuzluk Ölçeği		
	$\bar{X} \pm SS$	Median	Test;p	$\bar{X} \pm SS$	Median	Test;p
Yaş						
60-65 yaş	3,62±2,19	3,00	**4,831; 0,305	5,90±5,22	3,00	**8,234; 0,083
66-70 yaş	4,19±3,06	3,00		6,62±6,05	4,00	
71-75 yaş	4,29±3,11	3,00		7,64±6,35	5,00	
76-80 yaş	3,95±2,98	3,00		6,75±6,13	4,00	
81 ve üzeri yaş	5,60±4,10	4,00		9,95±7,21	9,5	
Cinsiyet						
Kadın	4,48±3,16	3,00	*15867;	7,10±6,15	5,00	*17459,000;
Erkek	4,10±3,13	3,00	0,951	7,30±6,39	5,00	0,107
Eğitim Durumu						
***Okuryazar değil	4,00	4,00	**29,027;	0,00	0,00	**19,544;
Okur yazar	6,15±4,02	5,00	0,000	10,06±7,39	10,50	0,001
İlkokul	4,36±3,10	3,00	2>3,4,5,6	7,47±6,16	5,50	2>3,4,5,6 3>4,6
Ortaokul	2,73±0,91	3,00		3,60±3,35	2,00	
Lise	3,59±2,39	3,00		6,51±5,98	4,00	
Üniversite	2,91±1,95	2,00		4,86±4,45	3,00	
Medeni Durum						
Evli	3,90±2,81	3,00	*9899,000;	6,66±6,06	4,00	*10379,500;
Bekar	5,45±3,80	4,00	0,000	8,89±6,68	7,00	0,003
Sosyal Güvence						
Var	4,16±3,05	3,00	*3754,000;	7,10±6,16	5,00	*4582,000;
Yok	5,71±3,91	4,00	0,041	8,57±7,54	5,50	0,615
Ekonomik Durum						
Gelir giderden az	4,66±3,30	3,00	**13,277;	7,88±6,31	6,00	**12,339;
Gelir gidere denk	4,00±3,00	3,00	0,001	6,78±6,17	4,00	0,002
Gelir giderden fazla	3,13±2,33	2,00		4,91±5,84	1,50	
Kiminle yaşadığı						
Tek	5,40±3,81	4,00	**15,015;	8,96±6,50	9,00	**19,372;
Eş ve çocuklar	3,65±2,45	3,00	0,005	5,26±6,13	2,00	0,001
Akrabalar	5,89±3,99	4,50	1,3>2,4	9,32±7,20	5,50	1>2,4 3>2
Eş	3,95±2,90	3,00		7,15±5,95	5,00	
Huzurevi	3,50±1,29	3,50		4,00±2,70	5,00	

*Mann-Whitney U testi,** Kruskal Wallis-H Testi, ***Dışlanan veri, p<0,05,

Katılımcıların kişisel özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu okuryazar olanların ilkököl, ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların geliri giderinden fazla olanlara göre, tek başına ve akrabalarıyla yaşayanların eşi, çocukları ile yaşayanlara göre Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların yaş ve cinsiyet özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Katılımcıların kişisel özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu okuryazar olanların ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre; ilkokul olanların ortaokul ve üniversite olanlara göre puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların geliri giderinden fazla olanlara göre, tek başına yaşayanların eşi, eş ve çocukları ile yaşayanlara; akrabalarıyla yaşayanların eş ve çocukları ile yaşayanlara göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların yaş, cinsiyet ve sosyal güvence özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Tablo 6. Katılımcıların sağlık özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=375)

Katılımcıların sağlık özellikleri	Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu			Beck Umutsuzluk Ölçeği		
	$\bar{X}\pm SS$	Median	Test;p	$\bar{X}\pm SS$	Median	Test;p
Alkol Kullanma Durumu						
Var	3,62±2,97	3,00	*7829,500;	6,01±6,01	3,00	*8327,500;
Yok	4,41±3,17	3,00	0,021	7,44±6,30	5,00	0,105
Sigara Kullanma Durumu						
Var	4,17±3,23	3,00	*9786,500;	7,41±6,45	6,00	*10253,000;
Yok	4,30±3,13	3,00	0,500	7,16±6,24	5,00	0,935
Düzenli Beslenme						
Evet	3,72±2,62	3,00	*7648,000;	6,12±5,82	4,00	*6752,000;
Hayır	6,24±3,98	5,00	0,000	11,03±6,35	11,00	0,000
Düzenli Fiziksel Aktivite						
Evet	3,28±1,98	3,00	*11469,000;	5,23±4,90	3,00	*11124,500;
Hayır	4,68±3,43	3,00	0,002	8,00±6,59	6,00	0,001
Sürekli Kullanılan İlaç						
Var	4,52±3,33	3,00	*9695,000;	7,55±6,34	5,00	*9796,000;
Yok	3,36±2,09	3,00	0,017	5,91±5,88	3,00	0,026
Kronik Hastalık						
Var	3,37±2,08	3,00	*9765,000;	5,92±5,86	3,00	*9835,500;
Yok	4,52±3,34	3,00	0,022	7,55±6,34	5,00	0,029
Doktor Kontrolüne Gitme						
Evet	4,31±3,22	3,00	*6395,500;	7,20±6,38	5,00	*6197,500;
Hayır	4,05±2,45	3,00	0,632	7,27±5,35	6,50	0,436
Doktor Kontrolüne Gitme Sıklığı						
Ayda bir	5,29±4,31	3,00	**12,326;	9,02±7,49	7,00	**20,076;
3 ayda bir	4,13±2,85	3,00	0,015	5,88±5,60	3,00	0,000
6 ayda bir	3,84±2,68	3,00	1>3,4	6,09±5,55	4,00	
Yılda bir	3,52±2,85	2,00	5>3,4	6,12±6,08	3,00	
Düzenli gitmiyor	4,93±3,33	4,00		9,21±6,49	8,00	
Kilosunu Nasıl Algıladığı						
Zayıf	5,73±3,99	3,00	**1,871;	11,06±7,50	15,00	**4,946;
Normal	4,22±3,20	3,00	0,392	7,18±6,23	5,00	0,084
Şişman	4,09±2,57	6,00		6,47±5,60	4,00	
***Çok şişman	14,00	14,00		18,00	18,00	
Hobi Varlığı						
Var	3,15±1,93	3,00	*9188,000;	4,78±4,68	3,00	*8627,000;
Yok	4,58±3,34	3,00	0,003	7,85±6,49	6,00	0,000

*Mann-Whitney U testi,** Kruskal Wallis-H Testi , ****dışlanan veri, p<0,05,

Katılımcıların sağlık özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında alkol kullanmayanların kullananlara göre, düzenli beslenmeyenlerin düzenli beslenenlere göre, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların yapanlara göre, düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre, kronik hastalığı olmayanların olanlara göre, ayda bir ve düzensiz olarak doktor kontrolüne gidenlerin altı ayda ve yılda bir gidenlere göre hobisi olmayanların olanlara göre Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların sigara kullanma, doktor kontrolüne gitme ve kilosunu algılama özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Katılımcıların sağlık özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının karşılaştırılmasında düzenli beslenmeyenlerin düzenli beslenenlere göre, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların yapanlara göre, düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre, kronik hastalığı olmayanların olanlara göre, ayda bir ve düzensiz doktor kontrolüne gidenlerin üç ayda, altı ayda ve yılda bir doktor kontrolüne gidenlere göre, yılda bir doktor kontrolüne gidenlerin üç ayda bir gidenlere göre, hobisi olmayanların olanlara göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların sigara kullanma, alkol kullanma, doktor kontrolüne gitme ve kilosunu algılama özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Tablo 7. Katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Uyku Sürelerinin karşılaştırılması (n=375)

BUÖ/GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu		Uyku Süresi	
	r (rho)	p	r (rho)	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	0,657	0,000	-0,104	,002
Uyku Süresi	-0,096	0,000		

Spearman's rho

Katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve uyku sürelerinin karşılaştırılmasında Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Geriatrik Depresyon Ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyli, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile uyku süresi arasında negatif yönlü düşük düzeyli ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile uyku süresi arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı bir ilişki bulundu.

5. TARTIŞMA

Fizyolojik bir süreç olan yaşlılık, geri dönüşü olmayan bir şekilde bireylerin aktivite düzeyinin ve işlevselliğinin azaldığı; onların farklı derecelerde fiziksel, sosyal ya da duygusal sorunlar yaşadıkları bir dönemdir. Yaşlanmayla birlikte topluma katkı vermenin yerini üretimden geri çekilme almakta ve bireyler artan yaşa paralel şekilde topluma yük oluşturmaya başlamaktadırlar. Ancak yaşlı bireylerin yaşadıkları toplumların yaşlılıkla ilgili beklentileri onların nasıl bir yaşlılık deneyimi yaşayacaklarının göstergesi niteliğindedir. Toplumun yaşlılık dönemine ilişkin algısı ve kabulü yaşlıların deneyimlerini doğrudan etkilemektedir (Ağırman ve diğerleri, 2020; Başak ve diğerleri, 2015; Demirbaş, 2018; Özyurt ve diğerleri, 2018; Parlar ve diğerleri, 2014; Saltan ve Küçük, 2018; Eskin ve diğerleri, 2020).

Günümüzde sağlık alanındaki gelişmeler, teknolojik gelişimler, sağlığı koruma ve sürdürme bakımından bireylerin bilinçlenmesi, beklenen yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Dünyanın pek çok ülkesinde 60 yaş üstü nüfus diğer yaş gruplarına göre daha hızlı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2050 yılına kadar 60 yaşın üzerindeki nüfusun oranı %22'yi bulacaktır, bu da dünya üzerinde yaklaşık iki milyar 60 yaş ve üstü nüfus anlamına gelmektedir(DSÖ 2020). Türkiye İstatistik Kurumu'nun bildirdiğine göre (TÜİK 2023) Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi 77,5'dir ve bu süre kadınlarda 80,3 yıl, erkeklerde ise 74,8 yıldır. Dünyadaki genel eğilime benzer şekilde Türkiye'de de yaşlıların sayısı artmış, 2023 yılında genel nüfusa oranı %10,2'ye ulaşmıştır. Türkiye Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranı 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK 2024, Adana ve diğerleri, 2022).

Yaşlılık süreci çoğu zaman bireyin yetersiz sağlık bakımı almasına, depresyona, sosyal izolasyona, öz güvenlerini yitirmeye, toplumsal dışlanmaya, yetersizlik ve yalnızlık duygusu hissetmeye neden olmaktadır (Keskin ve diğerleri, 2018; Gu ve diğerleri, 2019; Tel ve diğerleri, 2020). Nüfusun önemli bir bölümünün yaşlı popülasyondan oluşması, yaşam dönemi özelliklerine bağlı olarak bu dönemin kırılğan bir dönem kabul edilmesi ve özel bakım gerektirmesi bakımından yaşlılıkla ilgili yapılan çalışmalar çok değerlidir.

Araştırmanın bu bölümünde yaşlı bireylerin umutsuzluk, depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörler literatür bulguları ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada katılımcıların %47,2'sinin kadın, %52,8'inin erkek olup; %38,1'i 66-70 yaş aralığında, yarısı ilkokul mezunu, üçte biri evli, çoğunluğu sosyal güvenceye sahip, yarısından fazlasının geliri giderinden az ve eşi ile birlikte yaşamakta idi.

Literatürde bulunan araştırma bulguları incelendiğinde konuya ilişkin pek çok bulgunun varlığı dikkat çekmektedir. Türk ve Işık (2023) Sinop'ta yaptıkları araştırmalarında katılımcıların %48,3'ünün kadın ve %51,7'sinin erkek olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $72,44 \pm 6,15$ 'tir (Türk ve Işık 2023). Bahadır, Ay, ve Başbüyük (2022) araştırmalarında yaşlıların çoğunluğunun genç yaşlı olduğunu, %60'ının erkek, %28,9'unun ilk okul mezunu, %81,1'inin sosyal güvenceye sahip olduğunu, %63,6'dının dul ya da eşinin ölmüş olduğunu ve katılımcıların %38,9'unun en az "1-2" çocuk sahibi olduğunu belirtmişlerdir. Aynı araştırmaya göre katılımcıların çoğunluğunun gelir seviyeleri yeterli değildir (Bahadır ve diğerleri, 2022).

Japonya'da yapılan bir araştırmaya göre yaşın ilerlemesiyle birlikte iş gücüne katılım oranları azalmaktadır. Bu azalma, kadınlarda daha fazladır ve ileri yaşlarda çalışan erkeklerin oranı kadınlara göre daha yüksektir. Aynı çalışmaya göre düşük gelirli yaşlıların orta ve yüksek düzeyde geliri olan yaşlılara göre sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşadığı gösterilmiştir (Higuchi, 2018). Fransa'da yapılan bir çalışmada da ileri yaşlarda sağlık eşitsizliklerinin daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (Bongue, 2016). Arun (2016) Türkiye'de sosyal güvencesi olmayan yaşlıların, olanlara nazaran daha mutsuz olduklarını ortaya koymaktadır. Zira rahatsızlığı nedeniyle sağlık hizmeti almak isteyen yaşlıların %20'si, daha hizmet alamadan henüz başvurusu sırasında sorun yaşadığını belirtmektedir (Arun, 2016). Bu durum yalnızlıkla birleştiğinde daha da vahim bir hal almaktadır. Toplumsal gelişme ve değişimler sonunda aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi ve aile üyelerinin çalışma yaşamına girmesi ile yalnız yaşayan yaşlı sayısı giderek artmakta, yaşlıların sosyal etkileşimleri azalmaktadır (Erol ve diğerleri, 2016; Ağırman. ve diğerleri, 2017). Özyurt ve arkadaşları (2018) çalışmalarında yaşlıların yaş ortalaması $72,70 \pm 6,35$, %56,3'ü kadın, %44,3'ü ilkokul mezunu ve %19,6'sı yalnız yaşamaktadır (Özyurt ve diğerleri, 2018).

Aydın ilinde yapılan bir araştırmada da katılımcıların yaş ortalaması $70,92\pm 6,22$ olup, %50,5'i erkek, %66,8'i evli, %45,9'u mezun ilkokul mezunu, %49,5'i orta gelirli, %95,4'ü sosyal güvenceye sahip ve %67,3'ü yalnızdır (Varer Akpınar ve diğerleri, 2023). Şimşek ve arkadaşları (2011) yaş ortalamasını $72,27\pm 5,99$; Özyurt, Elbi ve Serifhan (2018) 72.70 ± 6.35 olarak ifade etmektedir (Şimşek ve diğerleri, 2011; Özyurt ve diğerleri, 2018). Özyurt, Elbi ve Serifhan'ın araştırmalarında (2018) yaşlıların %56.3'ü kadın, %44.3'ü ilkokul mezunu ve %19.6'sı yalnız yaşıyor olarak bildirilmiştir (Özyurt ve diğerleri, 2018).

Covid-19 Pandemisi döneminde Türkiye'nin kuzeyinde yapılan bir araştırmanın bulgularına göre yaşlı yetişkinlerin yaş ortalaması $74,48\pm 7,95$ ve %53,2'si erkek olarak bildirilmiştir. Ayrıca yaşlıların %64,4'ünün evli olduğu, %28,2'sinin okuryazar olmadığı saptanmıştır (Sarı ve Terzi, 2023) Türkiye Yaşlı Profili Araştırmasında ise yaşlı nüfusun %44,4'ünü erkek, %55,6'sını ise kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2023-b).

Özyurt ve ark'nın (2018) Manisa'da yaptıkları araştırmada yaşlıların %19.6'sının; Demir ve ark'nın (2019) alışmalarında yaşlıların %9.3'ünün; Özyurt ve arkadaşlarının (2019) araştırmalarında yaşlıların %20,8'inin yalnız yaşadığı belirtilmektedir. Yanardağ ve Say Şahin (2019) araştırmalarında eşiyle veya ailesiyle bir arada yaşayanların oranını %77,2, yalnız yaşayanların oranını %20,8 ve huzurevinde yaşayanların oranını %2 olarak bildirmişlerdir (Yanardağ ve Say Şahin, 2019). Bir başka çalışmanın bildirdiğine göre yaşlıların %34.3'ü kendi evinde, %16.2'si çocuklarının yanında yaşamaktadır (Saltan ve Küçük, 2018).

Bu araştırmada katılımcılardan elde edilen bulgular literatürle büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Ancak cinsiyet oranlarında bölgelere göre farklılıklar da dikkat çekicidir. Muğla ilinde yapılan bu araştırmada kadınların aile sağlığı merkezini erkeklere oranla daha sık kullanmasından kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada katılımcıların çoğu alkol ve sigara kullanmamaktaydı. Katılımcıların %77,9'u düzenli beslendiğini, %71,5'i düzenli fiziksel aktivite yapmadığını, %78,9'u sürekli ilaç kullandığını ve kronik hastalığa sahip olduğunu, kronik hastalığa sahip olanların %51,5'i hipertansiyona, %25,3'ü Diyabete, %9,8'i kalp hastalığına sahip olduğunu belirtti.

Katılımcıların %89,3'ü doktor kontrolünde olduğunu, %28,3'ü doktor kontrollerine düzenli gitmediğini belirtti. Katılımcıların %73,3'ü kilosunu normal bulduğunu, %78,9'u bir hobisinin olmadığını ve günlük ortalama $6,47 \pm 1,31$ saat uyduğunu ifade etti.

Tütün ve alkol, dünya çapında en yaygın şekilde kullanılan zararlı maddelerdir. Buna rağmen yaygınlık oranları da hızla artmaktadır. Dünyada 1,3 milyar tütün kullanıcısı olduğu tahmin edilmektedir. Tütün ve alkol kullanımı tüm kıtalarda rapor edilmiştir. Yaşlı nüfusta da bu maddelerin kullanımı azımsanmayacak düzeydedir ve araştırmalar yaklaşık sekiz yaşlıdan birinin tütün kullanıyor olabileceğini göstermektedir (Sarkar ve diğerleri, 2020). Singapur'da yapılan bir araştırmada yaşlıların %9,5'inin tütün kullanıcısı olduğu, Türkiye'de yapılan bir araştırmada da yaşlıların %15,62'sinin tütün kullandığı bulunmuştur (Pang ve diğerleri, 2016; Alkan ve diğerleri, 2023). TÜİK 2022 verilerine göre de 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanım oranı %28,3 olup; erkeklerde %41,3, kadınlarda %15,5 olduğu tespit edilmiştir (TÜİK 2023).

Etiyopya'da bir araştırmada yaşlılık döneminde alkol kullanım bozukluğu sıklığı %27,5 olarak bildirilmiştir (Wolde, 2023). TÜİK 2022 verilerine göre de Son 12 ay içinde, alkol kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı %12,1 olarak bildirilmiştir (TÜİK 2023). Bu araştırmada da hem alkol hem de sigara kullanımının yaşlı nüfusunun %20'sinde olduğu söylenebilir. Döneme özgü pek çok sağlık sorununun yanı sıra sağlığı olumsuz etkileyen ve bağımlılık yapan maddelerin kullanımı yaşlılıkta yaşamsal riskleri doğurabilir. Bu nedenle yaşlılık dönemi bağımlılık yapıcı maddeler açısından öncelikli olarak ele alınmalıdır.

Yaşlılık döneminde beslenme de içerik, miktar ve süreklilik açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Çünkü bu dönemde karşılanmayan enerji ve besin ihtiyacı endojen enerji kaynaklarının yıkımına ve malnütrisyon klinik tablosuna yol açmaktadır (Karagöz,2023).

Kamuya bağlı bir huzurevi yaşlı bakım ve merkezinde yaşayan yaşlılarla yapılan araştırmada katılımcıların %38,8'inde malnütrisyon riski tespit edilmiştir (Şahin ve diğerleri, 2023).

ESPEN'in yayınladığı bir raporda, dünyada yaşlı nüfusta malnütrisyon oranı %5, 65 yaş üstü kişilerde %10, 75-80 yaşlarında ailesiyle yaşayanlarda %15, hastanede yatanlarda %35-40, huzurevlerinde olanlarda %60 olarak verilmektedir (Dikme, 2023). Bu araştırmada da

yaşlıların %77,9'unun düzenli beslendiği, ancak %22,1'inin malnutrisyon açısından risk altında olduğunu söylemek mümkündür.

Yaşlanma fizyolojik rezervde azalma, yaşlanan kişinin kardiyopulmoner dayanıklılığında, kas kütlesi ve gücünde, postüründe, yürüme stabilitesinde, eklem esnekliğinde ve enerji metabolizmasında azalma ile karakterizedir. Ayrıca eşlik eden komorbid rahatsızlıkların varlığında fiziksel kapasite düşer ve fonksiyonel rezerv kaybı belirginleşir. Fizyolojik ve fonksiyonel rezervdeki bu düşüş eğer esneklik, germe, güçlendirme ve aerobik egzersizler ile desteklenirse mortalite ve morbiditede belirgin azalmaya yardımcı olmasının yanında birçok açıdan sistemlerde yeniden düzenlenme ve yapılanmaya yardım eder (McDermott ve Mernitz, 2006; Latham ve diğerleri, 2003). Her yaşlının, kendine özgü vücut yapısı ve rezervi olduğundan, yaşına ve özelliğine göre egzersiz yapılmalıdır. Yaşlının özellikleri ve yaşı dikkate alınarak yapacağı egzersiz çeşidi belirlenmelidir. Egzersizler günlük aktivitelerin bir parçası haline getirilerek, en kolay ve eğlenceli olanları seçilerek, isteyerek yapılmalıdır. Egzersiz düzenli olarak belirli periyodlarla yapılmalıdır. Örneğin süresi 30-40 dakika olan haftada 3-5 gün egzersiz yapılmalıdır (Akın, 2017). TÜİK (2022) verilerine göre düzenli fiziksel aktivite, egzersiz veya spor yapan 50 ve üstü yaşa sahip kişilerin oranı %21,5, 65 ve daha yukarı yaştaki kişiler ise %18,3'tür (TÜİK-b, 2023)

Bu araştırmada yaşlıların yaklaşık dörtte üçünün fiziksel aktivite yapmadığı bulundu. Sağlığın sürdürülmesi bakımından yaşlı bireyler egzersize daha fazla yönlendirilmeli ve onlar için egzersiz alanları çoğaltılmalıdır.

Litreatürde yaşlı yetişkinlerin %46,8'nin en az bir kronik hastalığının olduğu ve %44,7'sinin sürekli ilaç kullandığını gösteren çalışma bulgusu mevcuttur(Sarı ve Terzi, 2023). Aydın ilinde yapılan bir araştırmada da yaşlı katılımcıların %70'ten fazlası kronik hastalığa sahiptir (Varer Akpınar ve diğerleri, 2023). Türkiye 2022 verilerinde de kronik hastalığı olan 65 yaş üstü bireylerin oranı %78,7'dir. Bu bağlamda bahsedilen kronik hastalıklar; hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, kanser, böbrek yetmezliği, inme-felç, hepatit, astım gibi hastalıklardır (TÜİK-b, 2023).

Yaşlılık döneminde polifarmasi sıklıkla sağlık profesyonellerinin önüne çıkan bir sorundur. Yaşlı bireyler hem çok sayıda ilaç kullanmakta hem de çoğu zaman ilaç kullanım düzeni, saklama koşulları gibi konularda yetersizlik ifade etmektedirler. Bakımlı, (2024)

araştırmasında yaşlıların %91,6'sının sağlık sorunu olduğunda hekime başvurduğunu, %98,9'unun ilaçların yan etkileri konusunda bilgi almadığını, %89,3'ünün ilaçların prospektüsünü okumadığını ve %79,1'inin ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediğini belirtmiştir (Bakımlı, 2024).

Bu çalışmada yaşlıların çoğunluğunun kronik hastalığa sahip olması ve sürekli ilaç kullanması bu konunun da önemle ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Aktif yaşlanma temel olarak fiziksel sağlık, psikolojik iyi olma ve sosyal aktivite olmak üzere üç büyük bileşene sahiptir. Bu bağlamda yaşlılık döneminde hobilerin varlığı onların yaşam beklentilerinin uzaması, sağlıklı ve mutlu bir yaşantı sürmesinde de kilit rol oynar (Akt: Ooi ve diğerleri, 2021; Tuncer ve Arslan, 2022). Depresif bozukluğu olan ve olmayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada hobilere sahip yaşlı oranının sınırlı olduğu gösterilmiştir (Varma ve diğerleri, 2008).

Yaşlılığa bağlı uyku döngüsünde çok fazla değişim olmaktadır. Yaşlılarda uyku siklusundaki değişikliklere bağlı beyin tarafından özellikle geceleri uyku anında salgılanan melatonin salınımı da azalır. Literatürde yaşlılıkta uyku örüntüsünün bozulduğunu, süresinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Marchi ve diğerleri, 2023; Kazoğlu ve Yürük, 2020; Yaremchuk, 2018). Bu çalışma da yaşlı bireyler uyku süresini normalden daha az bildirdiler. Bu sonuç literatürle uyum göstermektedir. Bulgular doğrultusunda yaşlıların uykularını düzenleyici aktivitelere yönlendirilmesi önemli görünmektedir.

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalamaları sırasıyla $4,28 \pm 3,15$; $7,21 \pm 6,27$ bulundu. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formuna göre sınıflandırılmasına bakıldığında %68,8'inin depresyonunun olmadığı, %17,6'sının hafif düzeyde, %8,8'inin orta düzeyde %4,8'inin şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu bulundu.

Yaşlanmayla beraber bireylerde sosyal, psikolojik, ekonomik, fizyolojik alanlarda gerilemeler ortaya çıkar. Bu da yaşlı bireylerin kendilerini daha değersiz, işlevsiz görmelerine ve umutsuzluğa kapılmalarına neden olabilir. Depresyon da umutla yakından ilişkili bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Yaşlılık dönemi kendi yaşamsal özellikleri nedeniyle hem umut

düzeylerinin hem de depresyonun sağlık profesyonellerince ele alması gereken dönemlerden biridir.

Bekircan, Okanlı (2023) yaptıkları araştırmada yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamasını $7,27\pm 2,91$ ve umutsuzluk puan ortalamasını $11,61\pm 5,14$ bulmuşlar ve yaşlı bireylerin hafif derecede depresyon ve orta derecede umutsuzluk yaşadıkları sonucuna ulaşılmışlardır (Bekircan ve Okanlı, 2023). Umutsuzluk ile ilgili yapılan bir başka çalışmada yaşlı bireylerin hafif derecede umutsuz oldukları, (Sarin, Punyaapriya, Sethi, ve Nagar, 2016), malul ve gazilerle yapılan bir çalışmada yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı (Karataş ve diğerleri, 2019), bir başka çalışmada ise her 10 yaşlıdan sekizinin hafiften şiddetliye kadar değişen düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirtilmiştir (Şahin ve diğerleri, 2018).

Top ve arkadaşları (2010) bireylerin bağımlı olma durumlarına göre depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, bireylerin %13.6'sında depresyon yok, %19.8'inde olası depresyon, %66.7'sinde depresyon olduğunu tespit etmişlerdir (Top Üstüner ve diğerleri, 2010). Literatürde yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde yaşlı bireylerin hafif ve orta derecede depresyon yaşadıkları dikkat çekmektedir (Ağırman ve Gençler, 2017; Taştekin, 2018; Yanardağ ve diğerleri, 2021). TÜİK verilerine göre mutlu olduğunu ifade eden 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %64,1 iken mutsuz olduğunu belirten oranı %8,0'dir (TÜİK-b, 2023).

Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre depresyon ve umut düzeylerinin literatüre paralel olduğu, yaşlıların %30'undan fazlasının depresif belirtiler göstermesi nedeni ile halk sağlığı hemşireleri tarafından ele alınması gerektiği söylenebilir.

Katılımcıların kişisel özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu okuryazar olanların ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların geliri giderinden fazla olanlara göre, tek başına ve akrabalarıyla yaşayanların eşi, çocukları ile yaşayanlara göre Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Katılımcıların yaş ve cinsiyet özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Literatürde yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile depresyon varlığını araştıran pek çok araştırma bulgusu mevcuttur. Bunun nedeni yaşamsal özelliklerin kişilerin özellikle de yaşlıların ruh sağlığını etkileme düzeyidir. Yıldırım ve Dost'un araştırmalarında kadın cinsiyet ve düşük eğitim durumu ile depresyon ilişkili bulunmuştur (Yıldırım ve Dost, 2022). Weyerer ve arkadaşları (2008) eğitim seviyesinin düşüklüğünü ve boşanmış olmayı yaşlılık dönemindeki depresyon ile ilişkili bulmuşlardır (Weyerer ve diğerleri, 2008).

Üskül ve arkadaşları da (2006) eğitim düzeyi ile depresyon arasında negatif yönlü bir ilişki saptamıştır (Üskül ve diğerleri, 2006). Hindistanda yapılan bir araştırmada cinsiyet, yaş kategorisi depresyonla ilişkili bulunmuştur (Debnath ve diğerleri, 2023). Çinde yapılan bir araştırmada da kadın olmanın depresyonun yordayıcılarından biri olduğu vurgulanmıştır (Lu ve diğerleri, 2023).

Aksaray ilinde yapılan bir araştırmada ayrılmış/boşanmış olanlarda ve kadınlarda depresyon riski yüksek bulunmuştur (Çelik ve diğerleri, 2022). Tel, Koç ve Aydın (2020) ailesi olmayan yaşlılarda yalnızlık düzeyinin yüksek olduğunu, Özyurt ve arkadaşları (2018) depresif belirtilerin yalnız yaşayanlarda 3.06 kat daha fazla olduğunu vurgulamışlardır (Özyurt ve diğerleri, 2018).

Şanghai'da yaşayan yaşlı bireylerde sosyal dışlanmanın depresif belirtiler üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, sosyal dışlanma değişkenlerinin özellikle gelir yetersizliği, daha az olumlu barınma koşulları ve yalnızlık duygusu olduğu; bu şekilde sosyal dışlanma yaşayan yaşlı insanlar arasında daha fazla depresif belirtiler oluşturduğu bildirilmiştir (Tong ve diğerleri, 2011). Tayvan'da yapılan bir çalışmada; toplumsal ilişkilerden ve kültürel faaliyetlerden dışlanan yaşlı bireylerin daha çok yalnız kaldıkları ve daha ciddi fiziksel ve ruhsal problemler yaşadıkları bildirilmiştir (Hsieh ve Leug, 2019).

Bu araştırmada eğitim durumu düşük, bekar, gelir düzeyi düşük, yalnız ya da akrabalarıyla yaşayanlar daha fazla depresyon bildirmişlerdir. Bu durum beklendik bir sonuçtur. Katılımcılar tarafından ifade edilen değişkenler bireylerin hem beden hem de ruh sağlığını olumsuz etkileyen değişkenlerdir.

Katılımcıların kişisel özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu okuryazar olanların ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre; ilkökul

olanların ortaokul ve üniversite olanlara göre puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların geliri giderinden fazla olanlara göre, tek başına yaşayanların eşi, eş ve çocukları ile yaşayanlara; akrabalarıyla yaşayanların eş ve çocukları ile yaşayanlara göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Katılımcıların yaş, cinsiyet ve sosyal güvence özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Okuryazar olmayanlar ile üniversite mezunu olanların umutsuzluk algıları ilkökul ve ortaokul mezunlarından daha yüksek olduğu eğitimleri yönüyle okuryazar olmayanlar ile üniversite mezunu olanların yaşam anlamı algıları ilkökul ve ortaokul mezunlarından daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştı. Eşi vefat eden yaşlıların öz-yeterlik algıları evli ve boşanmış gruplarından daha yüksek olduğu görülmekte, fakat okuryazar olmayanlar ile üniversite mezunu olanların umutsuzluk algıları ilkökul mezunlarından daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Ayhan, 2023).

Aile yaşamda bireylerin en önemli sosyal desteğidir. Sosyal destek mutlu ve sağlıklı bir yaşam sürmek için gerekli olan ve aynı zamanda refah ve sağlık açısından da büyük önem taşımaktadır (Jia ve diğerleri, 2023). Şanghai'da yaşayan yaşlı bireylerde sosyal dışlanmanın depresif belirtiler üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, sosyal dışlanma değişkenlerinin özellikle gelir yetersizliği, daha az olumlu barınma koşulları ve yalnızlık duygusu olduğu; bu şekilde sosyal dışlanma yaşayan yaşlı insanlar arasında daha fazla depresif belirtiler oluşturduğu bildirilmiştir (Tong ve diğerleri, 2011). Tayvan'da yapılan bir çalışmada; toplumsal ilişkilerden ve kültürel faaliyetlerden dışlanan yaşlı bireylerin daha çok yalnız kaldıkları ve daha ciddi fiziksel ve ruhsal problemler yaşadıkları bildirilmiştir (Hsieh ve Leug, 2019).

Toplumsal gelişme ve değişimler sonunda aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi ve aile üyelerinin çalışma yaşamına girmesi ile yalnız yaşayan yaşlı sayısı giderek artmakta, yaşlıların sosyal etkileşimleri azalmaktadır (Erol ve diğerleri, 2016; Ağırman ve diğerleri, 2017). Yoğun ölüm kaygısı yaşayan yaşlıların yaşamdan doyum almadığı ve bu dönemi mutsuz ve yalnız geçirdikleri belirtilmektedir (Engin ve diğerleri, 2016).

İran'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda yalnızlık oranı %6,8 olarak belirtilmiş, aynı çalışmada yalnız yaşayanların %72,4'ünün kadın, %27,6'sının erkek olduğu bildirilmiştir

(Moudi ve diğeri, 2016). UK istatistiklerine göre de yalnızlıkta cinsiyet farklılıkları bulunmakta ve kadınlar daha fazla yalnızlık bildirmektedir (ONS, 2018). Japonya’da yapılan bir araştırmaya göre yaşın ilerlemesiyle birlikte iş gücüne katılım oranları azalmaktadır. Bu azalma, kadınlarda daha fazladır ve ileri yaşlarda çalışan erkeklerin oranı kadınlara göre daha yüksektir. Aynı çalışmaya göre düşük gelirli yaşlıların orta ve yüksek düzeyde geliri olan yaşlılara göre sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşadığı gösterilmiştir (Higuchi, 2018). Fransa’da yapılan bir çalışmada da ileri yaşlarda sağlık eşitsizliklerinin daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (Bongue, 2016). Arun (2016) Türkiye’de sosyal güvencesi olmayan yaşlıların, olanlara nazaran daha mutsuz olduklarını ortaya koymaktadır. Zira rahatsızlığı nedeniyle sağlık hizmeti almak isteyen yaşlıların %20’si, daha hizmet alamadan henüz başvurusu sırasında sorun yaşadığını belirtmektedir(Arun, 2016). Bu durum yalnızlıkla birleştiğinde daha da vahim bir hal almaktadır. Toplumsal gelişme ve değişimler sonunda aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi ve aile üyelerinin çalışma yaşamına girmesi ile yalnız yaşayan yaşlı sayısı giderek artmakta, yaşlıların sosyal etkileşimleri azalmaktadır (Erol ve diğeri, 2016; Ağırman ve diğeri, 2017).

Bu araştırmada da literatüre benzer şekilde düşük eğitim durumunun, bekar olmanın, düşük gelire sahip olmanın, yalnız olmanın umutsuzluk açısından risk faktörü oluşturduğu, yaşlılara hizmet sunulurken özellikle bu risk değişkenlerinin dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

Katılımcıların sağlık özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında alkol kullanmayanların kullananlara göre, düzenli beslenmeyenlerin düzenli beslenenlere göre, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların yapanlara göre, düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre, kronik hastalığı olmayanların olanlara göre, ayda bir ve düzensiz olarak doktor kontrolüne gidenlerin altı ayda ve yılda bir gidenlere göre hobisi olmayanların olanlara göre Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların sigara kullanma, doktor kontrolüne gitme ve kilosunu algılama özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında fark bulunmadı.

Uzun süreli alkol ve benzeri maddeleri kullanmanın ortaya çıkardığı sorunlar nedeniyle çoğu kez bireylerde depresyon belirtileri görülebilir. Literatürde de bu ilişkiyi inceleyen

araştırmalar mevcuttur (Taşgın ve ve diğerleri, 2021; Kafes, 2021; Geniş ve diğerleri, 2020; Weinberger, 2020). Weyerer ve ark yaptıkları araştırmada sigara ve alkol kullanımı yaşlılık dđnemindeki depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Weyerer ve diğerleri, 2008). Bazı alışmalar alkol kullanımının depresyon riskini artırdığı gđstermiřtir (Kafes, 2021; Geniş ve diğerleri, 2020; Weinberger, 2020).

Literatđr bulgularınan farklı olarak bu araştırmada sigara kullanımı ile Geriatrik Depresyon Őleđi puanları arasında fark bulunmadı ve alkol kullanmayanların Geriatrik Depresyon Őleđi puanları yđksek bulundu. Bu bulgu literatđrle çelişen ilgi çekici bir bulgudur. Bulgu doğrultusunda şu sđylenebilir; bu araştırmada alkolđn kullanılıp kullanılmadığı Őlđlmüş kullanıma yđnelik bir derecelendirmeye gidilmemiştir. Alkol kullanım davranışını arada bir içmekten bağımlılığa kadar dđřđnmek mđmkündür. Tđm bu nedenlerle de hafif dđzeyde içiciliğin yaygın olması durumunda depresif belirtiler katılımcılar tarafından daha hafif algılanmış olabilir.

Yıldırım ve Dost (2022) araştırmalarında malnutrisyon ve ilaç sayısı ile depresyon ilişkisine vurgu yapmıştir (Yıldırım ve Dost, 2022). inde yapılan bir araştırmada da fiziksel aktivite yapmamak, üç veya daha fazla komorbiditeye sahip olmak depresyonla ilişkili bulunmuştur (Lu ve diğerleri, 2023). Varma ve arkadaşlarının (2008) araştırmalarında hobi varlığının depresyonla ilişkisi bulunmamıştir (Varma ve diğerleri, 2008).

Yaşlı bireylerin dđzenli beslenebilmesi, kronik hastalığını yđnetebilmesi ve doktor kontrollerine dđzenli gidebilmesi, sağlığı Őlsünde hobilerinin olmasının onların depresyon dđzeylerini olumlu etkilemesi beklenen bir durumdur. Bu nedenlerle bireylerin riskli Özellikleri halk sağlığı hemşireleri tarafından ele alınarak koruyucu hizmetler kapsamında yaşlı birey ve ailelerine gerekli hizmetler sunulmalıdır.

Katılımcıların sağlık Özellikleri ile Beck Umutsuzluk Őleđi Puanlarının karşılaştırılmasında dđzenli beslenmeyenlerin dđzenli beslenenlere gđre, dđzenli fiziksel aktivite yapmayanların yapanlara gđre, dđzenli ilaç kullananların kullanmayanlara gđre, kronik hastalığı olmayanların olanlara gđre, ayda bir ve dđzensiz doktor kontrolđne gidenlerin üç ayda, altı ayda ve yılda bir doktor kontrolđne gidenlere gđre, yılda bir doktor kontrolđne gidenlerin üç ayda bir gidenlere gđre, hobisi olmayanların olanlara gđre Beck Umutsuzluk Őleđi puanları anlamlı derecede yđksek bulundu.

Literatürde umutsuzluk duygusu ile düzenli beslenme ve fiziksel aktivite durumunu karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak fiziksel aktivite ile yaşam doyumu ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulan araştırmalar mevcuttur (Özüdoğru, 2013; Tunçbeden, 2023). Bu araştırmada düzenli beslenmenin ve düzenli fiziksel aktivitenin umut düzeyini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlılık döneminde umutsuzluk ile düzenli beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerini karşılaştıran farklı çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

Literatürde umutsuzluk düzeyi ile kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, doktor kontrolünde olma ilişkisini gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur. Çalışmalar kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımının umutsuzluğu artırdığı yönünde bulgular sunmuşlardır. (Bekircan ve Okanlı, 2023; Şahin ve Özçetin, 2020; Schiavon ve diğerleri, 2017; Pinto ve diğerleri, 2024). Bu araştırmada da literatüre benzer sonuçlar elde edildi. Sürekli bir hastalığa sahip olma, sürekli doktor izleminde olma ve ilaç kullanma bireylerin geleceğe yönelik umutlarını olumsuz etkileyebilir. Kronik hastalıklı bireylere umudu artırmaya yönelik girişimsel çabalar etkili olabilir.

Katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve uyku sürelerinin karşılaştırılmasında Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Geriatrik Depresyon Ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyli, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile uyku süresi arasında negatif yönlü düşük düzeyli ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile uyku süresi arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı bir ilişki bulundu.

Literatürde yaşlılık döneminde umut düzeyi ve depresyonu karşılaştıran çok sayıda bulgu mevcuttur. Araştırmalarda umut düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığına vurgu yapılmıştır (Chimich ve Nikolaichuk, 2004; Gupta ve Singh, 2020; Abdolahrezaee ve diğerleri, 2020; Turana ve diğerleri, 2021). Türkiye’de huzurevinde yaşayanların katılımıyla yapılan çalışmada yalnızlık depresyonla ilişkili bulunmuştur (Taştekin, 2018). Bekircan ve Okanlı (2023) yaşlı bireylerin GDÖ-15 ve BUÖ puanları arasında yüksek dereceli pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğunu belirlemiştir (Bekircan ve Okanlı, 2023). Yaşlıların direk uyku düzeni ile ilgili olmasa da yaşam düzeniyle ilgili değişkenlerin yaşlı yetişkinlerde depresyonla ilişkisini bulan araştırma da mevcuttur (Jia ve diğerleri, 2023).

Yaşlılık dönemi özel yaklaşım gerektiren önemli bir yaşam dönemidir. Depresyona yönelik yaklaşımlarda yaşlıların umut düzeyinin ve uyku düzeninin değerlendirilmesi

önemlidir. Ancak bir çalışmada hemşirelerin yaşlı bireylerin bakımlarını “zaman kaybı” olarak değerlendirdikleri ve bakımlarını önemsemedikleri gösterilmiştir. Kolunun bu açıdan da ele alınması ve hemşirelere bu alanda bakım vermenin değerinin anlatılması çok önemlidir (Higgins ve diğerleri, 2007).

Araştırmanın sınırlılıkları:

Bu araştırma kullanılan ölçekle, araştırmanın yapıldığı bölge ve yaşlı bireylerin öz bildirimleriyle sınırlıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma bulgularına dayanarak sonuçlar ve önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Katılımcıların kişisel özelliklerine bakıldığında; yaklaşık yarısının kadın, yarısının erkek olduğu görüldü. Katılımcıların yarısına yakını 66-70 yaş aralığında, %50,1'i ilkokul mezunu, %74,7'si evli, %92,5'i sosyal güvenceye sahip, %55,2'sinin geliri giderinden az, %54,1'i eşi ile birlikte yaşamakta idi.

Katılımcıların sağlık özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; çoğu alkol ve sigara kullanmamaktaydı. Katılımcıların %77,9'u düzenli beslendiğini, %71,5'i düzenli fiziksel aktivite yapmadığını, %78,9'u sürekli ilaç kullandığını ve kronik hastalığa sahip olduğunu, kronik hastalığa sahip olanların %51,5'i hipertansiyona, %25,3'ü Diyabete, %9,8'i kalp hastalığına sahip olduğunu belirtti.

Katılımcıların %89,3'ü doktor kontrolünde olduğunu, %28,3'ü doktor kontrollerine düzenli gitmediğini belirtti. Katılımcıların %73,3'ü kilosunu normal bulduğunu, %78,9'u bir hobisinin olmadığını ve günlük ortalama $6,47 \pm 1,31$ saat uyduğunu ifade etti.

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalamaları orta düzeyde bulundu.

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formuna göre sınıflandırılmasına bakıldığında %68,8'inin depresyonunun olmadığı, %17,6'sının hafif düzeyde, %8,8'inin orta düzeyde %4,8'inin şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu bulundu.

Katılımcıların kişisel özellikleri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu okuryazar olanların ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların geliri giderinden fazla

olanlara göre, tek başına ve akrabalarıyla yaşayanların eşi, çocukları ile yaşayanlara göre Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların kişisel özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu okuryazar olanların ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre; ilkokul olanların ortaokul ve üniversite olanlara göre puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Bekar olan katılımcıların evli olanlara göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların geliri giderinden fazla olanlara göre, tek başına yaşayanların eşi, eş ve çocukları ile yaşayanlara; akrabalarıyla yaşayanların eş ve çocukları ile yaşayanlara göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek saptandı.

6.2. Öneriler

Elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Konuyla ilgili daha kapsamlı ve farklı örneklem gruplarını içeren araştırmaların yapılması,
- Umutsuzluk ve depresyonla başa çıkmada çeşitli müdahale ve destek yöntemlerini uygulanması,
- Halk sağlığı hemşireleri tarafından yaşlıların duygularını ifade etmeleri konusunda desteklenmesi önerilebilir. Ayrıca, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, yaşlı bireylerin kendilerini daha değerli ve desteklenmiş hissetmelerine yardımcı olabilir. Aile desteği, arkadaş çevresi ve topluluk etkinlikleri, umutsuzluk ve depresif duygularını hafifletebilir.

KAYNAKLAR

- Abdolahrezaee, N., Khanmohammadi, A., Dadfar, M., Rashedi, V., & Behnam, L. (2020). Prediction of hope, physical health, and mental health by mediating variable of religious spiritual well-being in elderly. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(10), 928-940.
- Adana, F. (2018). Yaşlı sağlığının geliştirilmesi. In B. Erci, D. Kılıç, & D. Adıbelli (Eds.), *Yaşam boyu sağlığı geliştirme* (pp. 276-290). Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
- Adana, F., Durmaz, S., Özvurmaz, S., Akpınar, C. V., & Yeşilfidan, D. (2022). Descriptors of living alone for elders: Based on Turkey national data. *BMC Geriatrics*, 22, 1-9.
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347-354.
- Ağırman, E., & Gençer, M. Z. (2017). Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(3), 234-240.
- Aile ve Çalışma Bakanlığı. (2020). Yaşlı nüfus demografik değişimi. Retrieved from <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
- Akın, G. (2017). Yaşlanmada fiziksel aktivite ve egzersizin yeri. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 271-280.
- Akpınar, C. V., Mandıracıoğlu, A., Ozvurmaz, S., Adana, F., Kurt, F., Koç, N., & Yeşilfidan, D. (2023). Mental well-being as a predictor of quality of life in elderly agricultural workers. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 190-196.
- Alkan, Ö., Bayrakçeken, E., & Yaralı, S. (2023). Prevalence and predictors of tobacco use in older adults: A case in Turkey. *Journal of Substance Use*, 1-6.
- Arun, Ö. (2016). Çağdaş Türkiye’de yaşlılık ve eşitsizlik. *Mediterranean Journal of Humanities*, 6(2), 29-48.

- Asiamah, N. (2023). Social engagement and physical activity: Commentary on why the activity and disengagement theories of ageing may both be valid. In A. Lee (Ed.), *Cogent Medicine*, 4(1).
- Aslan, M., & Hoccoğlu, . (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Ayhan, Z. (2023). Yaşlı bireylerde umut/umutsuzluk durumunun yaşam anlamı ve öz yeterliklerine toplumsal bakış. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 12(35), 625-650.
- B., Tonelli, M., Hemmelgarn, B., MacMaster, F., Mitchell, N., & Quinn, A. (2019). Association of mental health disorders with health care utilization and costs among adults with chronic disease. *JAMA Network Open*, 2(8), e199910-e199910.
- Baghel, M. S., Singh, P., Srivas, S., & Thakur, M. K. (2019). Cognitive changes with aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences, India Section B: Biological Sciences*, 89, 765-773.
- Bahadır, Z., Ay, F., & Başıbüyük, G. Ö. (2020). Türkiye’de huzur evlerinde yaşayan yaşlılar: Betimleyici bir çalışma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 15(2), 83-97.
- Başak, M., Gölgeçen, Y., & Güneş, G. (2015). Yaşlılık dönemi hastalıkları ve sosyal hizmet. In H. Ceylan (Ed.), *Modern Hayat ve Yaşlılık*. Nobel.
- Baştuğ, G., Gidemem, H., Karaburun, A., Kazancı, Ö., Kızıldağ, H., Kışlıoğlu, M. G., & Koç, A. (2020). Başıladığı yerde sonlanan varoluşsal mücadele: Sokaktaki adam yaşlılık psikolojisi kapsamında farklı bir yaklaşım.
- Beck, A. (1974). The development of depression, a cognitive model: The psychology of depression: Contemporary theory and research. John Wiley & Sons.
- Bekircan, E., & Okanlı, A. (2023). Yaşlı bireylerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 16(1), 16-22.
- Berman, J., & Furst, L. M. (2010). *Depressed older adults: Education and screening*. Springer Publishing Company.

- Bilir, N., & Paksoy, N. (2007). Değişen dünyada ve Türkiye’de yaşlılık kavramı. In Y. G. Kutsal (Ed.), *Temel Geriatri*. Güneş Tıp Kitabevleri.
- Birgül, F. K., & Özcan, A. (2022). Yaşlı bireylerde COVID 19 korkusu ile depresyon, umutsuzluk ve uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi*.
- Bongue, B., Colvez, A., Amsallem, E., Gerbaud, L., & Sass, C. (2016). Assessment of health inequalities among older people using the EPICES score: A composite index of social deprivation. *J Frailty Aging*, 5(3), 168-173.
- Browne, J. P., O’Doherty, V. A., McGee, H. M., McLaughlin, B., O’Boyle, C. A., & Fuller, R. (1997). General practitioner and public health nurse views of nutritional risk factors in the elderly. *Irish Journal of Medical Science*, 166, 23-25.
- Chimich, W. T., & Nekolaichuk, C. L. (2004). Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(7), 428-433.
- Choi, Y. S., Lee, J. H., Seo, A. R., & Park, K. S. (2016). The association between hopelessness, social support and community integration and depression among elderly living alone. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 41(4), 195-204.
- Comincioli, E., Hakoköngäs, E., & Masoodian, M. (2022). Identifying and addressing implicit ageism in the co-design of services for aging people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7667.
- Coombes, J., Lukaszyc, C., Sherrington, C., Keay, L., Tiedemann, A., Moore, R., & Ivers, R. (2018). First Nation Elders’ perspectives on healthy ageing in NSW, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 42(4), 361-364.
- Çataloğlu, S. (2018). Yaşlılık, değer ve teknoloji. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 27-35.
- Çelik, A., Ener, D., & Çetinkaya, F. (2022). Aksaray ilinde meslek edindirme kursuna devam eden kadınlarda depresif belirti görülme sıklığı ve çeşitli faktörlerle ilişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(3), 461-475.

- Çubukcu, A. T., & Çiçek, A. (2023). Yaş Altmış İş Bitmemiş: Yaşlılık. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 7(2), 491-503.
- Çunkuş, N., Yiğitoğlu, G. T., & Akbaş, E. (2019). Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 2(2), 58-67.
- Davies, N. (2011). Promoting healthy ageing: The importance of lifestyle. *Nursing Standard*, 25(19), 43.
- Debnath, A., Sandooja, C., & Kishore, J. (2023). Depression and associated factors among older adults in a North Indian state: A cross-sectional study. *Cureus*, 15(3).
- Demir, H. P., Bayram, H. M., & Yavuzel, G. (2019). Huzurevinde ve kendi evinde yaşayan yaşlıların beslenme durumlarının ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (7), 641-655.
- Demirbaş, H. (2018). Yaşlılıkta sosyal ilişkiler. In A. Canatan & E. Özmete (Eds.), *Yaşlılık kuramları* (pp. 31-55). Akademisyen Yayınevi Kitabevi.
- Demirkıran, F., & ErKayıran, O. (2023). Yaşlanma sürecinde ruh sağlığı. In N. Bulut Uğurlu & P. Çiçekoğlu Öztürk (Eds.), *Yaşlılık kuramları* (pp. 31-55). Akademisyen Yayınevi Kitabevi.
- Dikme, T. G. (2023). Yaşlılarda vegan beslenme: Derleme makale. *Acta Medica Ruha*, 1(2), 173-183.
- Doğan, O., Eker, E., & Harmanacı, H. (2005). Prevalence of depression and depressive symptoms among the elderly living in nursing homes in Istanbul, Turkey: Comorbid conditions and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 279-285.
- Dove, A., Guo, J., Calderón-Larrañaga, A., Vetrano, D. L., Fratiglioni, L., & Xu, W. (2022). Association between social isolation and reduced mental well-being in Swedish older adults during the first wave of the COVID-19 pandemic: The role of cardiometabolic diseases. *Aging (Albany NY)*, 14(6), 2462.

- Duracak, A., & Özmen, D. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 387-393.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2020). Aging and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Dziechciaz, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4).
- Ekici, S. K., & Gümüş, Ö. (2016). Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*, 55.
- Engin, E., Uğuryol, M., & Kaçmaz, E. D. (2016). Yalnızlık kavramı ve sağlıklı yaşam üzerine etkileri: Gözden geçirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), 1101-1105.
- Erci, B., Avcı, İ. A., Aylaz, R., Çevirme, A., Güngörmüş, Z., Dilek, K., ... & Yıldız, E. (2016). *Halk sağlığı hemşireliği*. Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erichsen, N. B., & Büssing, A. (2013). Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013(1), 913247.
- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N., & Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.
- Ertan, T., Eker, E., & Şar, V. (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(2), 62-71.
- Eskin, S. G., Boyraz, S., Adana, F., Demirkıran, F., Kiraz, E. D. E., Aktaş, B., Özvurmaz, S., & Yıldırım, B. (2020). 75 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam koşulları ve sağlık durumları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 168-183.
- Geniş, B., Coşar, B., & Arıkan, Z. (2020). Alkol bağımlılığı olan erişkin hastalarda hastanede kalış süresini etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 24-33.

- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2003.
- Grossman, S., & Lange, J. (2006). Theories of aging as basis for assessment. *MEDSURG Nursing*, 15(2).
- Gu, D., Feng, Q., & Yeung, W. J. J. (2019). Reciprocal dynamics of solo-living and health among older adults in contemporary China. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1441-1452.
- Gupta, S., & Singh, A. (2020). The study of resilience and hope among elderly people. *Indian Journal of Gerontology*, 34(3), 343-352.
- Güler, Ç. (1998). Yaşlılıkta tanımlar ve yaşlılık üstüne söylenenler. *Turkish Journal of Geriatrics Geriatri*, 1.
- Gürer, A., Çırpan, F. K., & Özlen, N. A. (2019). Yaşlı bakım hizmetleri. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 1-6.
- Gürsu, O., & Ay, Y. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. *Journal of International Social Research*, 11(61).
- Hajjar, R., Nardelli, G. G., Gaudenci, E. M., & Santos, Á. D. S. (2017). Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the primary health care.
- Han, Y. R., Park, E. A., Bang, M. R., & An, N. W. (2021). Role and task of nurses in the visiting health services at the public health center: Focusing on the elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 35(3), 430-447.
- Hay, E. L., & Diehl, M. (2018). Psychological vulnerability to daily stressors in old age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(2), 149-156. doi:10.1007/s00391-018-1412-7.
- Herrera, P. A., Campos-Romero, S., Szabo, W., Martínez, P., Guajardo, V., & Rojas, G. (2021). Understanding the relationship between depression and chronic diseases such as diabetes and

hypertension: A grounded theory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12130.

Hiçdurmaz, D., & Oz, F. (2013). Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 50-56.

Higuchi, M., Suzuki, K., Ashida, T., Kondo, N., & Kondo, K. (2018). Social support and access to health care among older people in Japan: Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(5), 425-436.

Hoeyberghs, L., Verté, E., Verté, D., De Witte, N., & Schols, J. (2018). Hopelessness, life dissatisfaction and boredom among older people. *British Journal of Community Nursing*, 23(8), 400-405.

Hs, M., & Ma, R. S. K. (2013). Continuity theory of ageing and leisure participation among elderly attending selected health clinics in Selangor. *International Medical Journal Malaysia*, 12(2).

Hsieh, M. O., & Leung, P. (2019). Social exclusion experienced by older adults: Factors for designing healthcare settings in Taipei, Taiwan. *Social Work in Health Care*, 58(4), 368-381.

İbrahim, M., & Yıldız, S. (2021). Küreselleşme bağlamında yeni bir toplumsal hareket olarak insan hakları hareketi. *Akademik Hassasiyetler*, 8(15), 1-20.

Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S., & Haghani, H. (2011). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house.

Jeon, Y. S., & Heo, C. G. (2019). The role of social support for the influences of perceived burdensomeness and hopelessness on suicidal ideation of the elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 20(1), 64-74.

Jia, Q., Duan, Y., Gong, R., Jiang, M., You, D., & Qu, Y. (2023). Living arrangements and depression of the older adults: Evidence from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *BMC Public Health*, 23(1), 1870.

- Júnior, J. A. S. H., Fernandes, A. L. A. F., Medeiros, A. G. A. P., Vasconcelos, C. A. C., Amorim, L. L. L., Queiroga, M. F. S., & Araújo, R. C. T. (2018). Hopelessness in the elderly: A systematic review. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 3(4), 273-27.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Karagöz, G. (2023). Yaşlı hastada beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(2), 418-430.
- Karataş, K., Aslan, H., & Başçillar, M. (2019). Hopelessness and satisfaction with life among disabled veterans. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 1-18.
- Kazoğlu, M., & Yürük, Z. Ö. (2020). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy & Rehabilitation*, 7(2).
- Keskin, G., Dülgerler, Ş., Engin, E., Bilge, A., Özer, S., & Peker, S. (2018). Yaşlılarda ölüm anksiyetesi: Günlük yaşama katılımları ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 383-393.
- Khodabakhshi-Koolaei, A., Rezaei, M., & Khaledian, M. (2018). Depression status among the elderly people living in nursing homes and homes. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(2), e8193.
- Kim, H. O., Choi, Y. S., Lee, J. H., Seo, A. R., & Park, K. S. (2016). The association between hopelessness, social support and community integration and depression among elderly living alone. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 195-204.
- Kurtkapan, H. (2018). Yaşlılık sosyolojisi kuramları için bir çerçeve denemesi. In *İnsan, Toplum ve Spor Bilimleri Araştırma Örnekleri* (pp. 249).
- Kurtkapan, H., & Akçay, C. (2019). Yaşlılık ve emeklilik: Kavramlar, kuramlar, sorunlar. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Lange, J., & Grossman, S. (2018). Theories of aging. In *Gerontological Nursing: Competencies for Care* (4th ed., pp. 41-65). Jones & Bartlett Learning, LLC.

- Latham, N., Anderson, C., Bennet, D., & Stretton, C. (2003). Progressive resistance strength training for physical disability in older people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-29.
- Leyk, D., R  ther, T., Wunderlich, M., Sievert, A., E  feld, D., Witzki, A., & L  llgen, H. (2010). Physical performance in middle age and old age: Good news for our sedentary and aging society. *Deutsches   rzteblatt International*, 107(46), 809.
- Lu, L., Shen, H., Tan, L., Huang, Q., Chen, Q., Liang, M., & Zhou, Y. (2023). Prevalence and factors associated with anxiety and depression among community-dwelling older adults in Hunan, China: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 107.
- Luo, M. S., Chui, E. W. T., & Li, L. W. (2020). The longitudinal associations between physical health and mental health among older adults. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1990-1998.
- Mapoma, C. C. (2014). Determinants of active ageing in Zambia. *African Population Studies*, 28(3), 1286-1296.
- Marchi, N. A., Solelhac, G., Berger, M., Haba-Rubio, J., Gosselin, N., Vollenweider, P., & Heinzer, R. (2023). Obstructive sleep apnoea and 5-year cognitive decline in the elderly. *European Respiratory Journal*, 61(4).
- Marin, I. B., Fern  ndez, D., Ayuso-Mateos, J. L., Leonardi, M., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Sanchez-Niubo, A., & Crist  bal-Narv  ez, P. (2022). Healthy aging and late-life depression in Europe: Does migration matter? *Frontiers in Medicine*, 9, 866524.
- McDermott, A. Y., & Mernitz, H. (2006). Exercise and older patients. *American Family Physician*, 74(3), 437-444.
- Mohan, V. R., & Das, A. (2017). Prevalence of depression among elderly people living in old age homes and in the community: A comparative study. *Journal of Geriatric Mental Health*, 4(2), 89-94. doi:10.4103/jgmh.jgmh_11_17
- Mohd, T. A. M. T., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: A systematic review. *BMJ Open*, 9(7), e026667. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667>

- Mouodi, S., Bijani, A., Hosseini, S. R., & Hajian-Tilaki, K. (2016). Gender differences in the health status of elderly living alone compared to those who are not alone: Evidence of the AHAP study, North of Iran. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 7(2), 126.
- Mumba, M. N., Nacarrow, A. F., Cody, S., Key, B. A., Wang, H., Robb, M., & Allen, R. S. (2021). Intensity and type of physical activity predicts depression in older adults. *Aging & Mental Health*, 25(4), 664-671.
- Müftüleri, H. G. (2021). Yaşlılık sosyolojisi kurumsal yaklaşım. Pegem Akademi.
- National Institute on Aging. (2019). Social isolation, loneliness in older people pose health risks. *National Institute on Aging*.
- Nicolaidis-Bouman, A., Van Rossum, E., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2004). Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: Design of a randomised clinical trial in the Netherlands [ISRCTN92017183]. *BMC Health Services Research*, 4, 1-10.
- Niu, L., Jia, C., Ma, Z., Wang, G., Sun, B., Zhang, D., & Zhou, L. (2020). Loneliness, hopelessness and suicide in later life: A case-control psychological autopsy study in rural China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e119.
- Ooi, P. B., Ong, D. L. T., Peh, S. C., Ismail, S. F., Paramanathan, A. M. S., Lee, A. S. H., & Soon, L. K. (2021). Active aging, psychological well-being and quality of life of elderly and pre-elderly Malaysians during movement control periods. *Educational Gerontology*, 47(8), 353-368.
- Özüdoğru, E. (2013). Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Özvurmaz, S., Adana, F., & Mandıracıoğlu, A. (2022). Determining health promoting behaviours, self-rated health, life satisfaction and loneliness among older persons. *Journal of Pakistan Medical Association*, 72(8), 1518-1518.
- Özyurt, B. C., Elbi, H., & Sefirhan, M. (2018). Prevalence of depression in the elderly population of Manisa and related risk factors. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 21(4).

- Palazzolo, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety in the elderly. *Annals of Depression and Anxiety*, 2(6), 1063.
- Pang, S., Subramaniam, M., Abdin, E., Lee, S. P., Chua, B. Y., Shafie, S. B., & Chong, S. A. (2016). Prevalence and predictors of tobacco use in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 716-722.
- Parlar Kılıç, S., Karadağ, G., Koçak, H. S., & Korhan, E. A. (2014). Evde yaşayan yaşlıların yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algılarının incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(1), 70-76.
- Pehlivan, S., & Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 385-395.
- Pinto, M. H., Leite, A. C. A. B., Neris, R. R., & Kusumota, L. (2024). Experience of hope in older people with chronic illness: A meta-synthesis. *International Journal of Older People Nursing*, 19(1), e12579.
- Ram, N., & Gerstorf, D. (2009). Time-structured and net intraindividual variability: Tools for examining the development of dynamic characteristics and processes. *Psychology and Aging*, 24(4), 778.
- Rando, T. A. (2006). Stem cells, ageing and the quest for immortality. *Nature*, 441(7097), 1080-1086.
- Roh, S. (2010). The impact of religion, spirituality, and social support on depression and life satisfaction among Korean immigrant older adults (Doctoral dissertation, New York University).
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Sajeev, A., Kakunje, A., & Karkal, R. (2022). Hopelessness and quality of life in elderly: A community-based cross-sectional study. *Journal of Geriatric Mental Health*, 9(1), 21-25.

- Saltan, A., & Küçük, M. K. (2018). Yaşlı bireylerde yaşanılan yer ile yalnızlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 191-198.
- Sarı, E. S., & Terzi, H. (2023). Toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerin pandemi farkındalığı: Tanımlayıcı-kesitsel bir çalışma. *Kocaeli Medical Journal*, 12(3), 355-362.
- Sarin, K., Punyaapriya, P., Sethi, S., & Nagar, I. (2016). Depression and hopelessness in institutionalized elderly: A societal concern. *Open Journal of Depression*, 5(3), 21.
- Sarkar, S., Chawla, N., & Dayal, P. (2020). Smoking and tobacco use cessation in the elderly. *Journal of Geriatric Mental Health*, 7(2), 70-77.
- Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M., & Reppold, C. T. (2017). Optimism and hope in chronic disease: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 7, 2022.
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., & Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3).
- Sharma, R., & Palaniappan, S. (2019). Factors influencing emotional support of older adults living in the community: A scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 1-8.
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Indian Psychiatry Journal*, 18(1), 51-55.
- Soygüden, A., & Cerit, E. (2015). Yaşlılar için egzersiz uygulamalarının önemi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 197-224.
- Soylu, C. (2023). Yetişkin ve yaşlılarda zihin kuramının ölçülmesi ve zihin kuramı performansında yaşa bağlı değişiklikler. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 7(13).
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), 219-224.
- Stein, J., Luppia, M., Maier, W., Wagner, M., Wolfsgruber, S., Scherer, M., & AgeCoDe Study Group. (2012). Assessing cognitive changes in the elderly: Reliable change indices for the Mini-Mental State Examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 208-218.

- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., & Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and Behavior*, 10(11), e01837.
- Şahin, E., Topkaya, N., Gençoğlu, C., & Ersanlı, E. (2018). Prevalence and correlates of hopelessness among Turkish elderly people living with family or in nursing homes. *Societies*, 8(2), 39.
- Şahin, N. E., & Özçetin, Y. S. Ü. (2020). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 167-176.
- Şeker, A., & Kurt, G. (2018). Bir sosyal politika alanı olarak yaşlılık ve sosyal hizmet uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi*, 40, 7-30.
- Şimşek, T. T., Yumin, E. T., Öztürk, A., Sertel, M., & Yumin, M. (2011). Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerde ağrı ile sağlık durumu, mobilite ve günlük yaşam aktivite düzeyi arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 57(4).
- Taşgın, C., Öner, C., Temiz, H. E., Cetin, H., & Şimşek, E. E. (2021). İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-49 yaş kadınlarda depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (14), 258-269.
- Taştekin, H. (2018). Bakım evlerinde yaşayan yaşlıların yalnızlık, umutsuzluk, depresyon düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 55-59.
- Tel, H., Koç, M., & Aydın, H. T. (2020). Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu ve ölüm kaygısının belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-10.
- Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., & Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), 84-116.
- Terkeş, N., & Bektaş, H. (2016). Yaşlı sağlığı ve teknoloji kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 153-159.

- Tong, H. M., Lai, D. W., Zeng, Q., & Xu, W. Y. (2011). Effects of social exclusion on depressive symptoms: Elderly Chinese living alone in Shanghai, China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 26*, 349-364.
- Top Üstüner, F., Saraç, A., & Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri, 13*, 14-22.
- Tuncer, V., & Arslan, S. (2022). Yaşlanan dünyada mutluluğa küçük dokunuşlar: Rekreatif etkinlik olarak petank sporu yapan yaşlılarda mutluluk. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi, 8*(1), 281-295.
- Tunçbeden, M. M. (2023). Toplumdaki yaşlı bireylerin fiziksel aktivite düzeyi ile düşme korkusu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.
- Turana, Y., Tenglawan, J., Chia, Y. C., Shin, J., Chen, C. H., Park, S., & Kario, K. (2021). Mental health problems and hypertension in the elderly: Review from the HOPE Asia Network. *The Journal of Clinical Hypertension, 23*(3), 504-512.
- TÜİK. (2024). Elderly statistics 2023. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2023-53710#:~:text=Ya%C5%9F1%C4%B1%20n%C3%BCfusun%20toplam%20n%C3%BCfus%20i%C3%A7indeki%20oran%C4%B1n%C4%B1n%20%10%20ve%20%C3%BCzerinde,say%C4%B1s%C4%B1%202023%20y%C4%B1n%C4%B1nda%2054%20oldu>.
- TÜİK-a. (2023). Life tables 2020-2022. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Life-Tables-2020-2022-49726>
- TÜİK-b. (2023). Türkiye yaşlı profili araştırması 2023. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>
- Türk, A., & Işık, A. (2023). Yaşlı bireylerin depresyon düzeyine etki eden faktörlerin incelenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 13*(4), 2424-2434.
- UK Office for National Statistics (ONS). (2018). What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely? Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles>

- Uyamık, Y. (2017). Yaşlılık, yaşlanan nüfus ve sosyal politika. *İş ve Hayat*, 3(5), 67-100.
- Uysal, M. T. (2020). Yaşlı bireylerin sosyalleşmesinde dijital teknolojinin rolü: Dijital yaşlılar üzerine bir çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (50), 43-59.
- Üskül, T. B., Selvi, A., Melikoğlu, A., Varol, N., & Türker, H. (2006). Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*, 7(1), 11-15.
- Van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing-paradigm. *Journal of Aging Studies*, 31, 93-103.
- Varma, G. S., Oğuzhanoglu, N. K., Amuk, T., & Ateşçi, F. (2008). Huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1).
- Weinberger, A. H., Chaiton, M. O., Zhu, J., Wall, M. M., Hasin, D. S., & Goodwin, R. D. (2020). Trends in the prevalence of current, daily, and nondaily cigarette smoking and quit ratios by depression status in the US: 2005–2017. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(5), 691-698.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Maier, W., Haller, F., & Cvetanovska-Pllashiniku, G. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 111, 153–163.
- WHO. (1999). Healthy living: What is a healthy lifestyle?
- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.
- WHO. (2023). Mental health of older adults. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Wolde, A. (2023). Alcohol use disorder and associated factors among elderly in Ethiopia. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 11782218231158031.

- Yaman, Y. (2020). Modernleşme sürecinde yaşlı bakımında manevi bakım uygulamaları. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 28, 129-153.
- Yaremchuk, K. (2018). Sleep disorders in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 205-216.
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yıldırım, A. G., & Dost, F. S. (2022). Kognitif sağlıklı yaşlılarda D vitamini depresyon ile ilişkili olabilir mi? *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 5(1), 1-7.
- Yılmaz, M., & Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117-127.
- Zubaroğlu Yanardağ, M., & Say Şahin, D. (2019). Yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine bir inceleme. *Journal of Society & Social Work*, 30(1).

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 07.09.2023-414333



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-414333
Konu : 2023/023 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

07.09.2023

Sayın Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.09.2023 tarihinde yapılan 15 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan II nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: II

Protokol No: 2023/023

Sorumlu Yürütücü: Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ'ın "Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasına 25.08.2023 tarihli Etik Kurul toplantısında verilen düzeltme sonrası yeniden yapmış olduğu başvurusu 06.09.2023 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, **BGOF** (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir) ve **Veri Toplama Formu/Anketlerin** gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına **oy birliğiyle** karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC86B7A06

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSC86B7A06&cS=414333>

Adres:Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN
Telefon:0256 214 47 45 Faks:0256 214 66 87
e-Posta:sağlibilimleri@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/enstitu/saglik/
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Duygu YEŞİLFIDAN
Unvanı: Raportör



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2. Araştırma İzinleri



T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼



Sayı : E-15682851-770-228356150
Konu : Rahmi ZİREK Bilimsel Çalışması Hk.

05.11.2023

MUĞLA MENTEŞE İLÇE SAğLIK M¼D¼RL¼ę¼

Sunmuş olduğunuz " Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon D¼zeyleri ve İlişkili Fakt¼rler" adlı çalışmanız incelenmiş olup, uygun bulunmuştur.

Yapılan çalışmanın araştırmacı tarafından kitapçık halinde M¼d¼rl¼ę¼m¼ze teslim edilmesi ve çalışmaya ait bilgilerin yayınlanma talebine ilişkin M¼d¼rl¼ę¼m¼zden izin alınması hususunda; Bilginizi rica ederim.

Dr. Ali Burak M¼LAYİM
İl Sağlık M¼d¼r¼

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D5670543-315A-4D95-9D83-DFC64D2CB2B8

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Orhание, İsmet Çatak Cd. 22-6, 48000 Muğla Merkez/Muğla 48000
Telefon No: 02522141105
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](https://www.saglik.gov.tr/)
Kep Adresi: muglaim@hs01.kep.tr

Bilgi için: Gizem G¼KTEPE ÖZSOY
Hemşire

Telefon No:



MUĞLA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmamın konusu; "Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" dir. Çalışma danışman hocam Doç.Dr. Safiye ÖZVURMAZ ile birlikte, 5 Aile Hekimliği Biriminden oluşan Menteşe 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapması planlanmıştır. Araştırma verileri; literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu", "Geriatrik Depresyon Ölçeği - Kısa Formu (GDÖ-15)" ve "Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)" kullanılarak toplanacaktır. Araştırma için gerekli etik kurul izni alınmış ve ekte sunulmuştur. Bu amaçla kurumunuza bağlı 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde tez çalışmamı yapmak ve veri toplayabilmek için gerekli izinlerin verilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

09.10.2023

Rahmi ZİREK



A D R E S :

Menteşe İlçe Sağlık Müdürlüğü
Menteşe/MUĞLA
Tel: 05064663524

MUĞLA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
MUĞLA DESTEK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
09/10/2023, 11:29:54 - E-30010631-000-226390352



226390352

MUĞLA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BİRİMİ

Ek 3. Anket Formu

ANKET FORMU

“Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” adlı çalışma Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma 65 yaş üstü bireylerde umutsuzluk ve depresyon düzeyleri ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 3 bölüm ve 54 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 20 dk zamanınızı alacaktır.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan (Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ’a 05374746531, veya sozvurmaz@hotmail.com, Rahmi ZİREK’e 05064663524, veya rahmix@gmail.com) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.

Bu çalışma “Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sorulara verdiğiniz cevaplar araştırmamızın hedeflenen amaçlara ulaşmasına katkıda bulunacaktır. Tüm soruları cevaplamanız, araştırmamız açısından önemlidir. İki bölümden oluşan anketin her bölümü için ayrı yönergeler verilmiştir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz soruları uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla araştırmayı yürüten Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ’a (e-mail: sozvurmaz@hotmail.com, cep tel:0(537)4746531) veya Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Rahmi ZİREK’e (e-mail: rahmix@gmail.com, cep tel: 0(506)4663524) sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık 20 dakika olabilir. Yönergeler doğrultusunda anketi cevaplamak adına zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz

Kişisel Bilgi Formu

1.BÖLÜM (Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Soru Formu)

1. Kayıtlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezini Belirtiniz
.....

2. Yaşınız?

- a. 60-65
- b. 66-70
- c. 71-75
- d. 76-80
- e. 81 ve üzeri

3. Cinsiyetiniz?

- a. Kadın
- b. Erkek

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

- a. Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlkokul
- d. Ortaokul
- e. Lise
- f. Üniversite

5. Medeni Durumunuz Nedir?

- a. Evli
- b. Bekar

6.Sosyal Güyenceniz var mı?

- a. Var
- b. Yok

7.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere denk
- c. Gelir giderden fazla

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

- a. Tek yaşıyor
- b. Eşı ve Çocukları
- c. Akrabalar
- d. Diğer (Açıklayınız).....

2.BÖLÜM (Yaşam Biçimine Özgü Soru Formu)

9.Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

10.Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

11.Gün içerisinde düzenli besleniyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

12.Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (Herhangi bir spor dalı ile uğraşma, düzenli spor/egzersiz yapma, yürüyüş yapma vb.)

- a) Evet
- b) Hayır

13.Sürekli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç/ilaçlar var mı?

a) Var

b) Yok

14.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Eğer var ise belirtiniz.

a) Var (.....)

b) Yok

15. Doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

a. evet

b. hayır

16. Doktor kontrolüne ne kadar sıklıkta gidiyorsunuz?

a. Ayda bir

b. 3 ayda bir

c. 6 ayda bir

d. Yılda bir

e. Düzenli gitmiyorum

17.Düzenli uyku süreniz kaç saattir? Belirtiniz.

.....saat

18.Kilonuzu nasıl tanımlarsınız? (BKİ hesabı yanınıza yardımcı olabilir, $BKİ=Vücut\ ağırlığı(kg)/boy\ uzunluğunun(m)\ karesi$)

a. Zayıf

b. Normal

c. Şişman

d. Çok şişman

19.Kendinizi rahatlatmak/eğlenmek/dinlenmek adına düzenli olarak yaptığınız herhangi bir hobiniz var mı? (Kitap okumak, seramik yapmak, enstrüman çalmak, tiyatro vb.) Var ise belirtiniz.

a) Var.....

b) Yok

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

EK-2. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ-KISA FORMU (GDÖ-15)

	Evet	Hayır
1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?		
2. Faaliyet ve ilginizin çoğunu bıraktınız mı?		
3. Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?		
4. Sıklıkla canınız sıkın mıdır?		
5. Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?		
6. Sanki size kötü bir şey olacaktı gibi korkuyor musunuz?		
7. Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz?		
8. Sıklıkla kendinizi çaresiz hisseder misiniz?		
9. Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?		
10. Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?		
11. Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?		
12. Kendinizi oldukça değerli buluyor musunuz?		
13. Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?		
14. Durumunuz size umutsuz geliyor mu?		
15. Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		

0-4: DEPRESYON YOK

5-8: HAFİF DEPRESYON

9-11: ORTA DÜZEY DEPRESYON

12-15 ŞİDDETLİ DEPRESYON

TOPLAM PUAN (0-15)

EK-3. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

BUÖ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

Sizin için uygun mu?

	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi <u>ummuyorum</u> .	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	()	()

17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

Puanlama

Evet= 0, Hayır=1

1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. maddeler ters kodlanıyor (Reverse maddeler)

Durak, A. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9(31), 1-11.

Durak, A., Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. Kriz Dergisi, 2(2), 311-319.

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

FORM 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

“Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” adlı çalışma Safiye ÖZVURMAZ tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma 65 yaş üstü bireylerde umutsuzluk, depresyon ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 54 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 20 dk zamanınızı alacaktır.

Çalışma ile ilgili her hangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışma “Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sorulara verdiğiniz cevaplar araştırmamızın hedeflenen amaçlara ulaşmasına katkıda bulunacaktır. Tüm soruları cevaplamanız, araştırmamız açısından önemlidir. Üç bölümden oluşan anketin her bölümü için ayrı yönergeler verilmiştir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz soruları uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla araştırmayı yürüten Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ’a (e-mail: sozvurmaz@hotmail.com, cep tel:0(537)4746531) veya Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Rahmi ZİREK’e (e-mail: rahmix@gmail.com, cep tel: 0(506)4663524) sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık 15-20 dakika olabilir. Yönergeler doğrultusunda anketi cevaplamak adına zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Öğrenci

Adı Soyadı: Rahmi ZİREK
Tarih:
Telefon Numarası:0(506)4663524
İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Safiye ÖZVURMAZ
Tarih:
Telefon Numarası:0(537) 474 65 31
Adres:
İmza:

Katılımcının

Adı Soyadı:
Tarih:
Telefon Numarası:
İmza:

Ek 5. Ölçek Kullanım İzni

Gmail Postalarda arayın

Oluştur

Gelen Kutusu 903

Yıldızlı

Ertelenenler

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar 14

Tüm Postalar

Çöp Kutusu

Kategoriler

Sosyal 21

Güncellemeler 527

Forumlar

Tanıtmalar 256

Diğer

Sayın Zirek
Geriatrik Depresyon Ölçeği'ni araştırmalarınızda kullanmanızdan memnuniyet duyar iyi çalışmalar dilerim
İlgili makaleler ektedir

Prof. Dr. Turan Ertan
Psikiyatri Uzmanı

Turan Ertan MD
Professor of Psychiatry

Tel:
+90 533 303 93 13

Gmail Postalarda arayın

Oluştur

Gelen Kutusu 903

Yıldızlı

Ertelenenler

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Diğer

Sayın Zirek,
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Yaşlı Bireylerde Umutsuzluk, Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” başlıklı yüksek lisans tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

.....

Rahmi ZİREK

26/06/2024

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : ZİREK Rahmi
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Yüksekova / 01.07.1980
Telefon : 0 506 466 35 24
E-posta : rahmix@gmail.com
Yabancı dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	
Lisans	Kocaeli Üniversitesi	

BURLAR ve ÖDÜLLER

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2004-2008	Kavaklıdere Sağlık Grup Başkanlığı	Sağlık Memuru
2008-2011	Milas Kısırlar Sağlık Ocağı	Sağlık Memuru
2011-2015	Kavaklıdere İlçe Hastanesi	Sağlık Memuru
2015-2017	Seydikemer Toplum Sağlığı Merkezi	Sağlık Memuru
2017-2024	Muğla Menteşe İlçe Sağlık Müdürlüğü	Sağlık Memuru