



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BÖLÜMÜ**

**YAŞLI BİREYLERİN KENDİNİ İHMAL, YALNIZLIK ve
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özkan GÖKSU

Danışman
Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ

SAMSUN
2021

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BÖLÜMÜ**



**YAŞLI BİREYLERİN KENDİNİ İHMAL, YALNIZLIK VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özkan GÖKSU

Danışman
Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ

SAMSUN
2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Özkan GÖKSU tarafından, **Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ** danışmanlığında hazırlanan “**Yaşlı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 18.6.2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Melek KALKAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye (Danışman)	Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Prof. Dr. Müge YILMAZ Gümüşhane Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans/doktora/sanatta yeterlik tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

18 /06/ 2021

Özkan GÖKSU

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

TEZ BAŞLIĞI : Yaşlı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 29.04.2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 16

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

İmza

29 /04/ 2021

Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ

ÖZET

YAŞLI BİREYLERİN KENDİNİ İHMAL, YALNIZLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özkan GÖKSU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI

Yüksek Lisans, Haziran/2021

Danışman: Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ

Bu araştırmanın amacı yaşlı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada ilişkiisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2020-2021 eğitim öğretim yılı güz döneminde Giresun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuran 360 yaşlı birey oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri yaşlıların depresyon düzeylerini tespit etmek için Geriatrik Depresyon Ölçeği, yaşlıların kendini ihmal düzeyini tespit etmek için Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği, yaşlıların yalnızlık düzeyini tespit etmek için Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği ve bireysel özellikleri belirlemek için ise Kişisel Bilgi Formu kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verileri analiz etmek için İBM SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen verilerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadıkları incelenmiştir. Verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden verilerin analizinde parametrik testlerden Pearson Kolelasyon analizi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda yaşlıların depresyon düzeyleri ile kendini ihmal düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda yaşlıların depresyon düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yine yaşlıların kendini ihmal düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Araştırmanın diğer bulgularına göre yaşlıların depresyon düzeyi; medeni durum, birlikte yaşadığı kişi, geliri düzeyi, kronik hastalık, bakımına destek olma durumu, yaşadığı yer değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşlılarda kendini ihmal düzeyi; medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, gelir düzeyi değişkenlerine göre anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yaşlılarda yalnızlık düzeyi; medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, birlikte yaşadığı kişi, geliri düzeyi, kronik hastalık, bakımına destek olma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Elde edilen bu bulgular ilgili alan yazın eşliğinde tartışılmış, uygulayıcılara ve araştırmacılara yönelik çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Depresyon, Kendine İhmal, Yalnızlık

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-NEGLECT, LONELINESS AND DEPRESSION LEVELS IN THE ELDERLY INDIVIDUALS

Özkan GÖKSU

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Educational Sciences

Master, June/2021

Supervisor: Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ

The aim of this study is to investigate the relationship between self-neglect, loneliness and depression levels of elderly individuals. For this purpose, a relational screening model was used in the research. The sample of the study consists of 360 elderly individuals who applied to family health centers affiliated to Giresun Provincial Health Directorate in the fall semester of the 2020-2021 academic year. The data of the research were obtained by using the Geriatric Depression Scale to determine the depression levels of the elderly, The Elder Self-Neglect Scale to determine the level of self-neglect of the elderly, the Loneliness Scale for the Elderly to determine the level of loneliness of the elderly and the Personal Information Form to determine the individual characteristics. IBM SPSS statistical package program was used to analyze the data obtained. Whether the data obtained within the scope of the research meet the normality assumption was examined. Since it was determined that the data showed normal distribution, Pearson Correlation analysis, Independent Sample *t* test, One Way Analysis (ANOVA), which is one of the parametric tests was used the analysis of the data. As a result of the analysis, it was found that there is intermediate positive correlation between the depression levels of the elderly and their self-neglect level. At the same time, it was found that there is intermediate positive correlation between the depression levels and loneliness levels of the elderly. Again, a intermediate positive correlation was found between the levels of self-neglect and loneliness of the elderly. According to the other findings of the study, the depression level of elderly showed a significant difference according to marital status, person living together, income level, chronic illness, support to care, place of residence. Self-neglect level of the elderly, it was determined that there is a significant difference according to marital status, whether to have children, income level variables. The loneliness level of the elderly showed a significant difference according to marital status, whether to have children, person living together, income level, chronic illness, support to care variables. These findings were discussed with the related literature, various suggestions have been made for practitioners and researchers.

Keywords: Elderly, Depression, Self-Neglect, Loneliness

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle her zaman yanımda olan, bu araştırmanın her aşamasında benden yardımını esirgemeyen, her konuda anlayışlı davranan, ihtiyaç duyduğum her an kendisine ulaşabildiğim ve öğrencisi olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgileri ve deneyimleri ile beni aydınlatan Sayın Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK, Sayın Prof. Dr. Yücel ÖKSÜZ, Sayın Doç. Dr. Ayşenur BÜYÜKGÖZE KAVAS, Sayın Doç. Dr. Nursel TOPKAYA, Sayın Doç. Dr. Yaşar BARUT, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esat ŞANLI, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice EPLİ ve tüm hocalarıma,

Eğitim sürecimin bir bölümünü tamamladığım ve aynı zamanda akademik bilgi ve tecrübelerini paylaşarak beni destekleyen ve motive eden Sayın Prof. Dr. Enver SARI, Sayın Prof. Dr. Güven ÖZDEM, Sayın Doç. Dr. Bünyamin ÇETİNKAYA, Sayın Doç. Dr. Levent YAYCI olmak üzere Giresun Üniversitesinin Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümü hocalarına,

Araştırma izni verilmesine katkı ve destek sağlayan Giresun İl Sağlık Müdürü Sayın Opr. Dr. Ahmet BAL ve tüm il sağlık müdürlüğü çalışanlarına,

Araştırmayı yapabilmem için gerekli ortamı sağlayan Teyyaredüzü, Şehit Jandarma Üsteğmen Adnan Bahat ve Kumyalı Aile Sağlığı Merkezleri bütün çalışanlarına,

Bu süreçte zorlandığım, yorulduğum her durumda beni motive eden, her an yanımda hissettiğim, mutluluk sebebim, hayat arkadaşım, meslektaşım, kıymetli eşim Yeliz TİRYAKİ GÖKSU'ya

Neşe kaynağım, yüzümü güldüren canım kızım Doğa GÖKSU'ya,

Büyük fedakarlıklarla her zaman yanımda olan, dualarını ve desteklerini eksik etmeyen sevgili annem Sevgi GÖKSU ve babam Zabit GÖKSU'ya, Kıymetli

ablalarım Hatun GÖKSU, Yeşim NEBİOĞLU ve Nida KILIÇ'a

Son olarak çalışmama katılarak kıymetli zamanlarını ayıran değerli yaşlılarımıza,

Teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Özkan GÖKSU



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	I
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TEŞEKKÜRLER	V
İÇİNDEKİLER	VII
KISALTMALAR	XII
TABLolar LİSTESİ	XIII
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Problem	6
1.5. Alt Problemler	6
1.6. Denenceler	8
1.7. Sayıtlılar	9
1.8. Kapsam ve Sınırlılıklar	10
1.9. Tanımlar	10
İKİNCİ BÖLÜM	11
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	11
2.1. Yaşlılık	11
2.1.1. Yaşlanma İle İlgili Kuramsal Çerçeve.....	11
2.1.1.1. Biyolojik Yaşlanma Kuramları	11
2.1.1.2. Psikososyal Yaşlanma Kuramları.....	12
2.1.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması.....	13
2.1.3. Yaşlılığın Epimeyolojisi	14
2.1.4. Yaşlılıkta Görülen Değişimler	16
2.1.1.1. Fizyolojik Değişimler.....	16
2.1.1.2. Psikososyal Değişimler	18
2.2. Depresyon.....	20
2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi	20
2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi	21
2.2.2.1. Depresyonun Kalıtsal Nedenleri	21

2.2.2.2. Depresyonun Psikososyal Nedenleri	22
2.2.2.3. Depresyonun Nörobiyolojik Nedenleri	24
2.2.3. Depresyonun Belirtileri	25
2.2.4. Depresyonun Tedavisi	27
2.2.4.1. Depresyonun Farmakolojik Tedavisi ve Elektrokonvülsif Terapi	27
2.2.4.2. Depresyon Tedavisinde Psikoterapi	29
2.3. Yaşlılarda Depresyon	29
2.3.1. Yaşlılarda Depresyonun Epidemiyolojisi	30
2.3.2. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi	30
2.3.3. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği ve Değerlendirmesi	31
2.3.4. Yaşlılarda Depresyonun Tedavisi	31
2.4. Yalnızlık	31
2.4.1. Yalnızlık Kavramı	31
2.4.2. Yalnızlık Türleri	32
2.4.3. Yalnızlık Nedenleri	32
2.4.3.1. Bireysel Etmenler	33
2.4.3.2. Ailesel ve Sosyal Etmenler	33
2.4.3.3. Toplumsal Kültürel Etmenler	34
2.4.3.4. Fiziksel Etmenler	34
2.4.3.5. Yaşam Olayları	35
2.4.4. Yaşlı Bireylerde Yalnızlık	35
2.5. Kendini İhmal	37
2.5.1. Kendini İhmal Kavramı	39
2.5.2. Yaşlılarda Kendini İhmal Nedenleri ve Önlenmesi	40
2.6. Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	42
2.6.1. Yaşlılarda Depresyon İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	42
2.6.2. Yaşlılarda Yalnızlık İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	44
2.6.3. Yaşlılarda Kendini İhmal İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	46
2.7. Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar	48
2.7.1. Yaşlılarda Depresyon İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar	48
2.7.2. Yaşlılarda Yalnızlık İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar	50
2.7.3. Yaşlılarda Kendini İhmal İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar	52
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	55
3. YÖNTEM	55
3.1. Araştırmanın Modeli	55

3.2. Evren ve Örneklem.....	55
3.3. Veri Toplama Araçları.....	56
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	56
3.3.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	56
3.3.3. Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği.....	57
3.3.4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği.....	58
3.4. Verilerin Toplanması.....	58
3.5. Verilerin Analizi.....	59
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	61
4. BULGULAR.....	61
4.1. Ölçeklere İlişkin İstatistiksel Bilgiler.....	62
4.2. Denence 1: Depresyon Düzeyi İle Kendini İhmal Düzeyi Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır	63
4.3. Denence 2: Depresyon Düzeyi İle Yalnızlık Düzeyi Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır	64
4.4. Denence 3: Kendini İhmal Düzeyi İle Yalnızlık Düzeyi Arasında Anlamlı Bir İlişki Vardır	64
4.5. Denence 4: Depresyon Düzeyi Cinsiyete Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	65
4.6. Denence 5: Kendini İhmal Düzeyi Cinsiyete Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	65
4.7. Denence 6: Yalnızlık Düzeyi Cinsiyete Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	66
4.8. Denence 7: Depresyon Düzeyi Medeni Duruma Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	66
4.9. Denence 8: Kendini İhmal Düzeyi Medeni Duruma Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir.....	67
4.10. Denence 9: Yalnızlık Düzeyi Medeni Duruma Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	68
4.11. Denence 10: Depresyon Düzeyi Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	69
4.12. Denence 11: Kendini İhmal Düzeyi Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	70
4.13. Denence 12: Yalnızlık Düzeyi Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir	71
4.14. Denence 13: Depresyon Düzeyi Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir.....	72
4.15. Denence 14: Kendini İhmal Düzeyi Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Anlamlı Olarak Değişmektedir.....	73

4.16. Denence 15: Yalnızlık Düzeyi Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Anlamli Olarak Değişmektedir.....	74
4.17. Denence 16: Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Depresyon Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	75
4.18. Denence 17: Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Kendini İhmal Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	76
4.19. Denence 18: Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Yalnızlık Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	77
4.20. Denence 19: Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir	78
4.21. Denence 20: Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Kendini İhmal Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	78
4.22. Denence 21: Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Yalnızlık Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	79
4.23. Denence 22: Katılımcıların Bakımına Destek Olan Biri Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir	79
4.24. Denence 23: Katılımcıların Bakımına Destek Olan Biri Olma Durumuna Göre Kendini İhmal Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir	80
4.25. Denence 24: Katılımcıların Bakımına Destek Olan Biri Olma Durumuna Göre Yalnızlık Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	80
4.26. Denence 25: Katılımcıların Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Depresyon Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir	81
4.27. Denence 26: Katılımcıların Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Kendini İhmal Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir	82
4.28. Denence 27: Katılımcıların Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Yalnızlık Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir.....	82
BEŞİNCİ BÖLÜM	84
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
5.1. Tartışma.....	84
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	98
5.2.1. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler	99
5.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	100
KAYNAKÇA	101
EKLER.....	125
Ek-1 Kişisel Bilgi Formu	125
Ek-2 Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	126
Ek-3 Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği.....	127
Ek-4 Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği.....	128
Ek-5 Etik Kurul Kararı	131

Ek-6 Uygulama İzni	132
ÖZGEÇMİŞ.....	134



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
ICD	International Classification of Diseases
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YİYÖ	Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği
YKİÖ	Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Katılımcılara İlişkin Frekans ve Yüzdeler	57
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin İstatistiksel Bilgiler	60
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	62
Tablo 4.2. Katılımcıların Geriatrik Depresyon, Kendini İhmal ve Yalnızlık Düzeyi Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları	63
Tablo 4.3. Depresyon ve kendini ihmal arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon analizi sonuçları	64
Tablo 4.4. Depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon analizi sonuçları	65
Tablo 4.5. Kendini ihmal ve yalnızlık arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon analizi sonuçları	65
Tablo 4.6. Cinsiyete göre depresyon düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	66
Tablo 4.7. Cinsiyete göre kendine ihmal düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	66
Tablo 4.8. Cinsiyete göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	67
Tablo 4.9. Medeni Duruma Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	67
Tablo 4.10. Medeni Duruma Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	68
Tablo 4.11. Medeni Duruma Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	69
Tablo 4.12. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	70
Tablo 4.13. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	71
Tablo 4.14. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	73
Tablo 4.15. Birlikte Yaşanılan Kişiyeye Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	73
Tablo 4.16. Birlikte Yaşanılan Kişiyeye Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	74
Tablo 4.17. Birlikte Yaşanılan Kişiyeye Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	75
Tablo 4.18. Gelir Düzeyine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	76
Tablo 4.19. Gelir Düzeyine Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	77
Tablo 4.20. Gelir Düzeyine Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları	78
Tablo 4.21. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	79
Tablo 4.22. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kendini ihmal düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	79
Tablo 4.23. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	80
Tablo 4.24. Bakımına destek olan biri olma durumuna göre depresyon düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	80
Tablo 4.25. Bakımına destek olan biri olma durumuna göre kendini ihmal düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi	81

Tablo 4.26. Bakımına destek olan biri olma durumuna göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi.....	81
Tablo 4.27. Yaşadıkları Yere Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	82
Tablo 4.28. Yaşadıkları Yere Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	83
Tablo 4.29. Yaşadıkları Yere Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	84



BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Bu bölümde; araştırmanın problemi tanımlanmış, probleme ilişkin amaçlar ifade edilmiş, araştırmanın önemi belirtilerek, sayıltıları ve sınırlılıkları ortaya konulmuş ve araştırmanın temel kavramları tanımlanmıştır.

1.1. Problem Durumu

Yaşlanma doğumdan itibaren süregiden bireylerin bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerini de içeren olağan bir süreçtir. Yaşlılık ve yaşlanma birbiri yerine kullanılsa da birbirinden farklı iki kavramdır ve yaşlılık bir dönem yaşlanma ise doğuştan itibaren devam eden bir süreçtir (Kalınkara, 2016).

Organizmanın hücre, doku, organ ve organ sistemleri düzeyinde zamanla ortaya çıkan ve geri dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişimlerin tümü yaşlanma olarak tanımlanmaktadır ve bu durum normal ve kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir (Karahana, 2002).

Toplumların yaşlanması günümüzün en önemli kavramlarından biridir. Bilim ve teknolojiye ek olarak doğum oranındaki azalma her geçen yıl yaşlı nüfus grubuna dahil olan kişi sayısının fazlaşması ile sonuçlanmaktadır. Demografik eğilimlerin varsayımından hareketle 21. Yüzyılda dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir (Tıkıtık, 2007).

Toplumdaki yaşlı nüfusunun artması bu döneme özgü sorunları da beraberinde getirecektir. Yaşlılık döneminde hem biyolojik değişimler, hem de psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlı bireylerin daha hassas olmasına ve çeşitli sorunlar yaşamasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu sorunların başında psikiyatrik hastalıklar gelmektedir. Yaşlılarda sıklıkla yaşanan ruhsal bozukluklardan bir tanesi de depresyondur ve epidemiyolojik çalışmalar prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). İlerleyen yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve günlük aktivitelerde kısıtlama, sosyal ilişkilerin zayıflaması, ekonomik zorluklar gibi etkenlerin depresyon görülme sıklığını artırdığı bilinmektedir (Güz vd., 2007).

Depresyon üzgün bir duygu durum içinde ilgi kaybı, değersizlik, yetersizlik düşüncelerinin eşlik ettiği, bilişsel ve fizyolojik fonksiyonları bozan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2012). Depresyon tedavi edilmediğinde genel sağlık durumunu bozarak erken ölüme sebep olabilmektedir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan fizyolojik ve bilişsel değişimler depresyonun tanılanmasını güçleştirebilmektedir. Depresyon tedavi edilebilen bir hastalık olup, yaşlılarda tedaviye yanıt gençlere oranla daha uzun sürmekte olduğundan erken tanı ve tedavi çok önemlidir (Kaya, 1999). Güçsüz, mental bozukluğu ya da depresyonu olan ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlı olan yaşlı bireyler ihmal ve istismar açısından riskli grupta yer almaktadır (Cooper et al., 2008).

Yaşlılıktaki değişimlere paralel olarak kişinin hareketlerinin sınırlanması başkalarına bağımlılığı artırmaktadır. Toplumdaki sosyo-kültürel değişimler yaşlıların aile içindeki konumunu değiştirmiş ve kentsel yaşamda ailelere yük olarak görülmeye başlanmıştır. Yaşlı bireyin evde ya da kurumda bakım ilişkisinin desteklenmediği durumlarda istismar ve ihmal gündeme gelebilmektedir (Uysal, 2002; Kıssal ve Beşer, 2009).

Yaşlıların büyük bir çoğunluğunu ciddi bir şekilde etkileyen sosyal sorunlardan biri de yaşlı istismar ve ihmalidir (Aydemir vd., 2008) Yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden herhangi bir eylemdir ve bu aynı zamanda ihmal de içerir (Turla ve Yılmaz, 2007). İstismar ve ihmal yaşlıları yaralayan, yaşamlarını kısıtlayan bir sorundur ve çoğunlukla yaşlılar bunu bildirmezler. Bunun nedeni ciddiye alınmayacaklarını ya da tekrar ve şiddetlenerek benzer durumları yaşayacaklarını düşünmeleri olabilir (Keskinoglu vd., 2007). İstismar ve ihmal tüm yaşlı bireylerde görülebilmesine karşın özellikle mental problemleri olan, temel ihtiyaçları için başkasına bağımlı olan ve depresyondaki yaşlı bireyler risk grubundadır (Akdemir vd., 2008).

İhmal durumu çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bir ihmal alt boyutu olan kendini ihmal, bireylerin fiziksel ya da zihinsel engelli olmasına ya da yeteneklerinin azalmasına bağlı olarak gerekli öz-bakım gereksinimlerini karşılayamamasıdır (Naik, 2006). Kendini ihmal durumu, sıklıkla yetersiz beslenme ve sıvı alımını, kişisel bakımına, giysileri ve barınma konusunda özensiz olma ve hijyene dikkat etmeme, ilaç kullanımı ve sağlık tesislerine başvuru gibi davranışlarda bireyin kendi sağlık ve güvenliğini tehdit etmesine yol açan durum ve davranışlardır

(Dong et al., 2009). Yaşlılarda kendini ihmal, yaşlının bağımsız yaşamasını gerçekleştirecek öz bakım etkinliklerde, güvenli ve hijyenik bir konutta yaşaması için gerekli koşulları oluşturma konusunda yapması gereken eylemleri yapmaması şeklinde tanımlanır (Ertin, 2016). Yaşlılarda kendine ihmal durumunun fiziksel, psikolojik ve toplumsal birçok nedeni olmakla birlikte depresyon ve yalnızlık kendine ihmalin en önemli nedenlerindedir (Gill, 2009).

Yalnızlık, yaşlı bireyler açısından incelendiğinde, hemen hemen her ülkede yaşanıyor olması nedeniyle küresel boyutlu sosyal bir sorundur. Gelişmiş ülkelerde modernleşmenin insan yaşamına etkisiyle yaşlılarda yalnızlık artmıştır. Literatür incelendiğinde yalnızlık özellikle yetmiş yaş ve üzerinde daha yaygın görülmektedir (Stone et al., 2013). Sullivan (1953) yalnızlığı, bireyin yakınlık ihtiyacının karşılanmadığı durumda ortaya çıkan, acı verici bir deneyim olarak tanımlar. Bebeklik dönemine uzanan yalnızlık algısı, bireyin çevreyle ve çevredeki kişilerle ilişkisi sonucu ortaya çıkar. Bireylerin başta anne olmak üzere aile bireyleri ile yaşanan güven ve bağlanma sorunlarının diğer sosyal ortamlara genellenmesi ile ilişkilerde yaşanan başarısızlık yalnızlık duygusunun gelişmesine neden olmaktadır (Bowly, 1977). Bir başka tanımda Peplau ve Perlman (1982) yalnızlığı; bireyin diğer insanlarla, gerçekte olan ilişkileri ile arzuladıkları ilişkileri arasındaki niceliksel ve niteliksel farklılıklara bağlı oluşan hoş olmayan bir duygu durumu olarak ifade ederler. Yalnızlık öznel bir deneyim ve olumsuzluk yaratan bir duygu durumudur (Gierveld, 1998). Weiss (1973) bireyin başkaları ile yakın duygusal bağlanmalarının olmamasını duygusal yalnızlık, bireyin diğer insanlarla sosyal ilişkilerinin az ya da hiç olmamasına ise sosyal yalnızlık olarak iki biçimde ele almıştır. Yalnızlık depresyon, intihar, düşmanlık, düşük benlik saygısı ve psikosomatik hastalıklar ile ilişkilidir (McWhirter, 1990).

Toplumsal yaşantıda meydana gelen değişimler yaşlı insanların daha da yalnızlaşmasına neden olmaktadır. Hemen hemen her yaş döneminde ancak çoğunlukla yaşlılık döneminde ortaya çıkan yalnızlık acı verici, psikolojik iyi oluşu olumsuz etkileyen hoş olmayan bir duygudur (Beal, 2006). Yalnızlık yaşlı bireylerin depresyon gibi ruhsal hastalıklara yakalanmasında önemli bir risk faktörüdür. Yaşlı insanların sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla yalnızlığın ve kendini ihmal durumunun azaltılması küresel alanda önem verilen bir konudur (World Health Organization, 2002). Yalnızlık ve depresyon yaşayan pek çok yaşlı

konuda yaşı bireylerin yalnızlık ve kendini ihmal konusu ile etkili bir biçimde baş edebilmeleri için profesyonel bir destek önem kazanmaktadır.

Türkiye’de yaşı nüfusun giderek artmaktadır. Bireyler uzun yıllarını yaşlılık döneminde geçirmekte ve yaşlıların bu dönemdeki ihtiyaç ve istekleri önemli hale gelmektedir. Bu nedenle ülkemizde yaşlılara yönelik psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerine duyulan ihtiyaç ön plana çıkmıştır. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan depresyon ve kendine ihmal risk faktörlerinin tespit edilmesi bu sorunların önlenmesi açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, yaşı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Günümüzde doğurganlık hızının düşmesi, insanların sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bilinçli hale gelmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması, beslenme olanaklarının iyileşmesi, temel halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi, erken tanı ve tedavi olanaklarının artması gibi nedenlerle toplumlarda yaşı nüfusu artmaktadır

Yaşamın son evresi olan yaşlılık, altmış beş yaş ve üzerinde olan bireyleri kapsayan bir kavram olarak kabul edilmektedir. Yaşı birey popülasyonu dünya genelinde artış gösteren dolayısıyla tüm ülkeleri ilgilendiren bir halk sağlığı konusudur. Ülkemizdeki duruma bakıldığında; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yaşı nüfusun toplam nüfusa oranı 2018 yılında %8,8 iken 2019 yılında %9,1’e ulaşmıştır (TÜİK, 2019).

Yalnızlık duygusu, her yaşta ortaya çıkabilen, bireyi olumsuz etkileyen acı verici bir durum olarak modern toplumlarda yaşanan yaygın bir sorundur (Akgün, 2001). Yaşam döngüsü içerisinde yaşlılık dönemi, hayatı boyunca çalışan bireyin emekli olduktan sonra kendini artık işe yaramaz olarak görmesi, ölüme daha yakın olduğunu derinden hissetmesi yaşı bireyleri yalnızlığa sürüklemektedir (Yaşar, 2007). Yaşı bireyi toplumdan ve yaşamdan soyutlayarak hayatta tek başına mücadele etmek zorunda bırakan, acı ve tükenmişlik hissi ile başa çıkılmaz sorunlara yol açan yalnızlık hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Rokach, 2000). Yalnızlık duygusunun yaşı bireylerin depresyon riskini artırdığı ve

tedavi sürecini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Grover et al., 2018). Aynı zamanda yaşlı bireylerin kendilerini ihmal etme eğilimi sosyal izolasyon ile ilişkilidir (Dyer et al., 2007).

Üzerinde yeterli araştırma yapılmamış ve toplumsal düzeyde yeterli tartışılmamış konulardan biri yaşlı istismar ve kendini ihmal konusudur (Lök, 2015). Literatür taraması incelendiğinde Türkiye’de yaşlıların kendini ihmal ve yalnızlık düzeyleri konusunda çalışmalar kısıtlıdır. Yaşlı istismar ve ihmal türleri konusundaki sınıflama genel olarak; fiziksel, cinsel, duygusal, psikolojik, ekonomik istismar, ihmal ve kendini ihmal sayılabilir (Brandl et al., 2007).

Tıbbi ve teknolojik gelişmelere bağlı beklenen yaşam süresi önemli ölçüde artmış, toplumdaki yaşlı nüfusun artması birçok sağlık sorunu gibi kendini ihmal konusunu da gündeme getirmiştir. Yaşlılarda görülen şiddetin en yaygın şekillerinden biri olan kendini ihmal, yaşlı bireyin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden temel özbakım görevlerini yerine getirmemesi olarak ifade edilmektedir (Yalçın-Gürsoy, 2020). Kendini ihmal durumunun fark edilmesi erken dönemde güçtür ve bu durum ciddi sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (Johnson, 2018). Yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak kendini ihmal durumunun yaygınlığının artacağı beklenmektedir (Mardan et al., 2014). Kendini ihmal durumu tıbbi, ruhsal ve toplumsal risk faktörleri arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır (Lee and Kim, 2014). Kendine ihmalin en önemli yaygın risk faktörü depresyondur (Gomes and O’Brien, 2018).

Kelime anlamı olarak çökkünlük olan depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Yaşamın her döneminde görülebilen depresyon yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Depresyon yaşlılık döneminde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sorunlar arasında birinci sırada yer alır (İlhan vd., 2006). Depresyon yaşlı bireylerin kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek yalnızlık hissetmelerine neden olur (Gallacher et al., 2011). Depresyonun önemli semptomları ilgi kaybı, enerji de azalma, değersizlik duyguları, özbakımın azalması gibi durumlar kendine ihmal olgusu riskini artırır (Yu et al., 2020).

Günümüzde insanın yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlılara yönelik toplumsal hizmetlerin yeniden ele alınması gerekmektedir. Psikolojik danışma ve rehberlik alanındaki birçok hizmetin yaşlılara yönelik sunulması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Ülkemizde psikolojik danışma ve rehberlik çalışmaları öğrenim faaliyetleri

ile bütünleşmiş ve bilimsel çalışmalar daha çok öğrenciler üzerinde yoğunlaşmıştır. Yaşlıların ruh sağlığı açısından yüksek risk grubunda olmalarına karşın psikolojik danışma ve rehberlik alanında bu döneme ait çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışma ile ülkemizdeki yaşlı nüfusun yaşlılık dönemi sorunlarını belirlemeye çalışılarak yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri, kendini ihmal düzeyleri ve depresyon düzeyleri hakkında alan yazına yeni bulgular sunulması öngörülmektedir. Yaşlılık döneminde görülen depresyon, kendini ihmal ve yalnızlık risk faktörlerinin bilinmesi önleyici ve düzeltici faaliyetlerin belirlenmesi açısından uygulayıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile Türkiye’de psikolojik danışma ve rehberlik alanında yaşlı bireylerin yaşadıkları sorunlara dikkat çekerek alan uygulayıcılarına katkı sunması beklenmektedir.

1.4. Problem

Yaşlı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

1.5. Alt problemler

- 1 Katılımcıların depresyon düzeyleri ile kendini ihmal düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 2 Katılımcıların depresyon düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 3 Katılımcıların kendini ihmal düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 4 Katılımcıların cinsiyetine göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 5 Katılımcıların cinsiyetine göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 6 Katılımcıların cinsiyetine göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 7 Katılımcıların medeni durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

- 8 Katılımcıların medeni durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 9 Katılımcıların medeni durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 10 Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 11 Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 12 Katılımcıların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 13 Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiye göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 14 Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiye göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 15 Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiye göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 16 Katılımcıların gelir düzeyine göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 17 Katılımcıların gelir düzeyine göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 18 Katılımcıların gelir düzeyine göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 19 Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 20 Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
- 21 Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 22 Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

- 23 Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 24 Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 25 Depresyon düzeyi yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 26 Kendini ihmal düzeyi yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- 27 Yalnızlık düzeyi yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.6. Denenceler

1. Depresyon düzeyi ile kendini ihmal düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
2. Depresyon düzeyi ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
3. Kendini ihmal düzeyi ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
4. Depresyon düzeyi cinsiyete göre anlamlı olarak değişmektedir.
5. Kendini ihmal düzeyi cinsiyete göre anlamlı olarak değişmektedir.
6. Yalnızlık düzeyi cinsiyete göre anlamlı olarak değişmektedir.
7. Depresyon düzeyi medeni duruma göre anlamlı olarak değişmektedir.
8. Kendini ihmal düzeyi medeni duruma göre anlamlı olarak değişmektedir.
9. Yalnızlık düzeyi medeni duruma göre anlamlı olarak değişmektedir.
10. Depresyon düzeyi çocuk sahibi olup olmama durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir.
11. Kendini ihmal düzeyi çocuk sahibi olup olmama durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir.
12. Yalnızlık düzeyi çocuk sahibi olup olmama durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir.
13. Depresyon düzeyi birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı olarak değişmektedir.
14. Kendini ihmal düzeyi birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı olarak değişmektedir.
15. Yalnızlık düzeyi birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı olarak değişmektedir.

16. Katılımcıların gelir düzeyine göre depresyon düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
17. Katılımcıların gelir düzeyine göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
18. Katılımcıların gelir düzeyine göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
19. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
20. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
21. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
22. Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
23. Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
24. Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.
25. Depresyon düzeyi yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı olarak değişmektedir.
26. Kendini ihmal düzeyi yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı olarak değişmektedir.
27. Yalnızlık düzeyi yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı olarak değişmektedir.

1.7. Sayıtlar

- 1 Araştırmaya katılan örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
- 2 Araştırmaya katılan katılımcıların kişisel bilgi formuna, Geriatrik Depresyon Ölçeğine, Yaşlılar için Kendini İhmal Ölçeğine ve Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeğine içtenlikle ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde yanıt verdikleri varsayılmaktadır.

- 3 Araştırmada kullanılan Geriatrik Depresyon Ölçeğinin katılımcıların depresyon düzeylerini ölçtüğü varsayılmaktadır.
- 4 Araştırmada kullanılan Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeğinin katılımcıların kendini ihmal düzeylerini ölçtüğü varsayılmaktadır.
- 5 Araştırmada kullanılan Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeğinin katılımcıların yalnızlık düzeylerini ölçtüğü varsayılmaktadır.

1.8. Kapsam ve Sınırlılıklar

1. Bu çalışmadaki veriler araştırmanın örnekleme ile sınırlıdır.
2. Araştırmaya katılan katılımcıların vermiş oldukları kişisel bilgiler, kişisel bilgi formunda yer alan sorulara verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.
3. Araştırmaya katılan katılımcıların depresyon düzeyleri Geriatrik Depresyon Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
4. Araştırmaya katılan katılımcıların kendini ihmal düzeyleri Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
5. Araştırmaya katılan katılımcıların yalnızlık düzeyleri Yaşlılarda Yalnızlık Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

1.9. Tanımlar

Yaşlılık: İstisnasız tüm canlılarda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan devamlı ve evrensel bir süreç (T.C Sağlık Bakanlığı, 2015).

Depresyon: Yoğun üzüntü hissi, faaliyetlere ilginin azalması ve sıklıkla aşırı suçluluk ya da değersizlik hisleri ile belirli bir duygu durumu bozukluğudur (Morris, 2002).

Kendini İhmal: Bireyin kendisi için gerekli dikkati ve özeni sağlamada yetersiz olması (Naik et al., 2006).

Yalnızlık: Bireyin yaşamında sosyal ilişkilerin yetersiz olması ya da sosyal ilişkileri olmasına rağmen bireyin kendisini sosyal ilişkilerden yoksun olarak algılamasına bağlı ortaya çıkan olumsuz bir duygu (De Jong Gierveld and Van Tilburg, 1982).

İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Yaşlılık

Tüm canlılar belli bir süre yaşar ve ölürlür. İnsanın yaşam evreleri genelde dört döneme ayrılır; çocukluk, gençlik yetişkinlik ve yaşlılık. Yaşlılık insan yaşamının son evresidir (Kalınkara, 2016). Yaşlanma doğal bir durum olup kaçınılmaz bir fizyolojik süreçtir. Organizmanın tüm sistemlerini etkileyen, zamanla ortaya çıkan ve geri dönüşü olmayan birçok değişiklik meydana getirir (Turaman, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre yaşlılık bireyin kontrolü dışında meydana gelen ve çevreye uyum sağlamasında bazı zorluklar yaratan ve 64 yaşın bitimi 65 yaşın başlaması olarak tanımlanır. Yaşlılık üç evreye ayrılmıştır. 65-74 yaş arası, erken yaşlılık evresi; 75-84 yaş arası, orta yaşlılık evresi; 85 yaş ve ötesi ise ileri yaşlılık evresi olarak tanımlanmıştır (WHO, 2016).

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele alınması gereken bir dönemdir. Fizyolojik boyut kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken psikolojik boyut, öğrenme, algı, bellek ve kişilik özellikleri açısından uyum sağlama kapasitesinin yaşla değişimini ifade etmektedir. Sosyal boyut ise toplumun yaşlıdan beklediği davranışlar ve toplumun yaşlıya verdiği değerlerdir (Beğer ve Yavuzer, 2012). İnsanın yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle, yaşam dönemlerinden biri olan yaşlılığın günümüzde önemi artmıştır. Bireyin kalıtsal mirası, yaşam biçimi, çalışma şartları, sosyal ilişkileri gibi pek çok faktör yaşlanma sürecini etkiler (Korkmaz Arslan, 2017).

2.1.1. Yaşlanma İle İlgili Kuramsal Çerçeve

2.1.1.1. Biyolojik Yaşlanma Kuramları

Biyolojik yaklaşım yaşlanma sürecini fizyolojik olarak açıklamaya çalışan teorilerdir (Hooyman and Kiyak, 2017). Yaşam süresi açısından bazı ırkların var olan kalıtsal özellikleri ile yaşam uzunluğunun ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hücre düzeyindeki fiziksel ve kimyasal reaksiyonlarla oluşan değişimler yaşlanmanın biyolojisine ilişkin kuramın temelini oluşturmaktadır (Bulut ve Özçakar, 2012).

Endokrin kuramı, hormon üretiminde ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak vücuttaki onarım ve düzenin bozulması sonucu yaşlanmanın ortaya çıktığını savunmaktadır (Eyüboğlu vd., 2012). İlerleyen yaşla birlikte hormon üretiminin azalması yaşlanmaya neden olmaktadır görüşünü savunmaktadır (Bulut ve Özçakar, 2012). İmmünolojik teori insan yaşamında yaşla beraber artış gösteren ve yaşlılık sürecinde etkinliğini ve işlevini yitirmeye başlayan bağışıklık sisteminin mikroorganizmalara yaralanmalara karşı savunma mekanizmalarının yetersiz çalışmasından kaynaklandığını belirtmektedir (Aslan ve Hocağlu, 2017). Aşınma ve yıpranma kuramı, yaşlanmayı bir makinenin zaman içerisindeki aşınmasına ve yıpratmasına benzetilerek bu benzetme ile açıklamaktadır ayrıca her canlının bir biyolojik saati olduğu ve zamanla deformasyonların ortaya çıktığını savunmaktadır (Hooyman ve Kiyak, 2017). Hücresel yaşlanma teorisi, genç ve yaşlı bireylerin hücrelerinin kıyaslanması sonucu, ilerleyen yaşlarda hücre bölünmesi sayısında ortaya çıkan azalmanın yaşlanma üzerinde etkisi olduğunu vurgulamaktadır (Atlı ve Bozcuk, 2002). Serbest radikal teorisi vücudun işleyişi sırasında oksijen kullanımı sonucu ortaya çıkan kimyasalların hücrelerin büyüme ve gelişimini etkileyerek damar sertliği, kanser gibi hastalıklara zemin hazırladığı ve yaşla beraber biriken bu serbest radikallerin yaşlanmanın temel nedeni olduğu varsayımına dayanmaktadır (Eyüboğlu vd., 2012; Can ve Aslan, 2014). DNA hasar kuramı, genetik yapıyı oluşturan DNA'larımızın belirli çevresel faktörlere bağlı olarak tamiri mümkün olmayan hasarlar meydana gelmesi sonucu hücrenin fonksiyonunu yitirmesine ve bu sebeple yaşlanmaya neden olduğu görüşünü savunur (Kalınkara, 2016).

2.1.1.2. Psikososyal Yaşlılık Kuramları

Psiko-sosyal yaşlanma teorisi, yaşlı bireylerin, biliş ve davranışlarında meydana gelen değişimleri, kişilerarası ilişkilerini, stresle başa çıkma becerisi ve sosyokültürel değişimleri açıklamayı hedeflemektedir (Wadensten, 2006). Bilişsel beceriler, zeka, dikkat, bellek, yargılama, öğrenme, dil, görsel uzamsal beceriler, akıl yürütme gibi alanlardaki değişiklikleri; ruhsal davranış değişimleri ise güdülenimler, duygu durum ve uyum becerileri gibi nitelikleri içermektedir (Er, 2009).

Bu kuramlardan aktivite kuramı, yaşlılık döneminde azalan aktiviteye bağlı olarak yaşlanmanın gerçekleştiğini savunur. Aktivite kuramı üç varsayıma dayanır; aktif olmak, olmamaktan daha iyidir, mutlu olmak, mutsuzluktan daha iyidir ve bunlara ulaşmadaki başarı değerlendirmesi kendi yorumlarındadır. Bireyin geçmiş

aktivitelerinin korunması ve katılımı yaşlılık sürecindeki mutluluk ve yaşam doyumunu etkilemektedir (Wadensten, 2006; Hooyman and Kiyak, 2017). Havinghurst'a göre gelişimde aşama dönemleri ve bu dönemlerde kazanılması gereken biyolojik, psikolojik ve kültürel temellere dayanan görevler bulunmaktadır. Bilişsel ve fizyolojik değişimlere adaptasyon, emeklilikte ortaya çıkan gelir kaybı ve eş kaybına uyum sağlanması bu döneme özgü görevlerdir (Arıcı-Özcan, 2019).

Rol teorisi, yaşam içerisinde birçok rolü olan bireyin yaşlanma sürecinde rol kayıpları yaşamaması ve bu kayıpların bireyin çevresine karşı hissettiği aitlik duygusunu ve özsaygısını olumsuz yönde etkilediğini öne sürmektedir (Karaca, 2010). Orta yaşlardan sonra bireylerin kendi içine döndüğü varsayımına dayanan yaşamdan geri çekilme teorisi, fiziksel yetileri, rolleri azalan yaşlının kendisini toplumdaki izole etmesi ve yalnızlık duygusu yaşadığını belirtmektedir (Wadensten, 2006). Bu teoriye göre başarılı bir yaşlılık ve ölüme hazırlanabilmek için, yaşlılarla toplum arasındaki ilişkilerin karşılıklı olarak azalması, yaşlı bireylerin toplumsal rollerinden ve ilişkilerinden uzaklaşması gerekmektedir (Arıcı-Özcan, 2019).

Modernleşme teorisi, değişimi vurgulayan bir bakış açısı ile yaşlanan bireyin, toplumda meydana gelen gelişmelere yabancılaşma yaşamaması, değişime ayak uyduramamasını konu alan bir kuramdır (Öz, 2002). Telafi ve seçici optimizasyon teorisi; yaşam boyu gelişim bakış açısıyla yaşlanmayı davranışsal değişim olarak ifade eden ve temel odak noktasını kazanımları ve kayıpları yaşla birlikte yönetebilme dinamiğini vurgular (Thomae, 1970).

2.1.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Yaşlanma sosyal, bilişsel ve psikososyal olmak üzere çeşitli işlevlerde kapasite ve olanaklarda gerilemenin varlığı ile tanımlanır. Alan yazında çeşitli sınıflamalar bulunmakla birlikte genel olarak yaşlanma dört boyutta ele alınmaktadır. Bunlar biyolojik, kronolojik, psikolojik ve sosyolojik yaşlanma (Kalınkara, 2016).

Biyolojik yaşlanma, vücut yaşı olarak da ifade edilen, organ ve dokular üzerinde ortaya çıkan yapısal ve işlevsel değişimlerin meydana gelmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Dıştan ve içten olmak üzere iki şekilde meydana gelmektedir, saçların beyazlaması dışarıdan gözlemlenebilen biyolojik yaşlanma belirtisine örnek olarak verilebilirken, hücre ve doku düzeyinde ortaya çıkan ve organ sisteminde işlev kayıpları yaratan değişim ise içten meydana gelen bir yaşlanma belirtisi olarak kabul

edilmektedir (Tufan, 2016). Biyolojik yaşlanmayı ortaya çıkaran sebepler hücreler arası madde transferi, serbest radikaller, kalıtsal etmenler gibi çeşitli biyokimyasal aktiviteler olabileceği düşünülmektedir (Gökçe Kutsal, 2007)

Kronolojik yaşlanma doğum tarihi ile ifade edilmektedir ve bu tanımla altmış beş yaş ve üzerinde olan bireyler yaşlı olarak kabul edilmektedir. Kronolojik yaş tanımı bireyin fiziksel, psikolojik ve bilişsel işlevleri hakkında bilgi vermekte yetersiz bulunması, yaşlanmanın bireysel ve çevresel özelliklere göre farklılık göstermesi; yaşlanmanın kronolojik olarak belirli bir yaşta başladığı kesin olarak ifade edilememektedir (Öz, 2002).

Psikolojik yaşlanma yaşın ilerlemesi ile birlikte bireyin tecrübeleri, geçmiş deneyimleri doğrultusunda bireylerin uyum yeteneğinde ve davranışlarında değişimler meydana gelmektedir; hafıza yeteneğinin azalması, belirsizlik, geçmişe duyulan özlem psikolojik yaşlanmanın sonuçları olarak ifade edilmektedir (Kalınkara, 2016).

Sosyolojik yaşlanma, bireylerin ilerleyen yaşa bağlı toplum içerisindeki rol ve sorumluluklarının azalması neticesinde zamanla kendisini toplumdan soyutlaması olarak tanımlanmaktadır. Yaşının yaşamında ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişimler topluma uyum sağlamasını güçleştirmekte ve sosyal yaşlanmaya bağlı toplumdaki rol ve beklentileri değişiklik göstermektedir (Saygılı, 2011).

2.1.3. Yaşlılığın Epidemiyolojisi

Yaşlanma günümüzde oldukça öne çıkan bir demografik olgudur ve bu artışı etkileyen faktörler ise; gelişen tıbbi ilerleyişin ölüm oranını azaltması, aile yapılarının değişimi, doğurganlık ve bebek ölüm oranlarının azalması, kadınların çalışma yaşamında aktif rol alması, göç gibi faktörlerdir (European Commission, 2017).

Yaşlanma birey olduğu kadar toplum içinde geçerlidir ve toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfus oranı değerlendirilerek bir toplumun genç ya da yaşlı toplum olduğu belirlenmektedir. Böylelikle toplumdaki yaşlı bireylerin nüfusa oranı %4'ten az ise genç toplum, %4-7 aralığında ise olgun toplum, %7-10 aralığında ise çok yaşlı toplum olarak adlandırılmaktadır (Bilir ve Paksoy Erbaydar, 2012). Demografik yaşlanmayı belirlemek amacıyla kullanılan bazı belirleyiciler; beklenen yaşam süresi,

toplam doğurganlık oranı, mortalitede azalma, yaşlılık endeksi, medyan yaş, potansiyel destek oranı gibi etmenlerdir (U.S. Census Bureau, 2016).

Beklenen yaşam süresi bireyin yaşamayı bekleyebileceği, tahmini ömrünü ifade eden kronolojik yaştır (Naja et al., 2017). Dünya genelinde beklenen yaşam süresinin 2019 yılında 72,6'ya ulaştığı belirtilmektedir ve Birleşmiş Milletler 2050 yıllarında 77 yıla, 2100 yıllarında 83 yıla çıkacağını tahmin etmektedir (United Nations, 2015). Toplam doğurganlık oranı toplumun yaşlanmasında önemli bir belirleyicidir. Yüksek doğurganlık oranına sahip nüfuslar, yüksek oranda çocuk ve genç yaş dağılımına sahip olma eğiliminde, düşük doğurganlık oranına sahip olanlarda ise yaşlı nüfus popülasyonu daha fazladır ve bu toplumun yaşlanmasına sebep olmaktadır (U.S. Census Bureau, 2016). Mortalitede azalmanın nüfusun yaşlanmasına büyük oranda etkisi vardır, beş yaş altı ölüm oranlarının ülkelere göre değişiklik göstermesi kısa ve uzun ömürlü popülasyonlar arasındaki farklılığın kaynağı olarak ifade edilmektedir (United Nations, 2019). Yaşlılık endeksi bir toplumdaki yaşlı bireylerin çocuklara oranını ifade etmektedir (Naja et al., 2017). Tarihte ilk defa 2018 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus 5 yaş altı çocuk popülasyonunu geçtiği ve bu oranın 2050 yılında iki katına çıkacağı belirtilmektedir (United Nations, 2019). Medyan yaş bir nüfusu genç ve yaşlı insanların sayısal olarak eşit parçaya bölen yaş olarak tanımlanmaktadır ve demografik belirleyicilerden biridir. Türkiye nüfusuna bakıldığında medyan yaş 2018'de 32 iken 2019'da 32,4'e yükselmiştir (TÜİK, 2019). Dünya nüfusunun medyan yaş beklentisinin 2050 yılında 30'dan 36'ya, 2100 yılında 42'ye ulaşacağı öngörülmektedir (United Nations, 2015). Potansiyel destek oranı yaşlı bireylere karşılık gelen 15-64 yaş aralığındaki birey sayısı olarak tanımlanmaktadır ve 1950 yılında %11,6 oranında iken 2000 yılında %9,1'e gerilemiştir (United Nations, 2015).

Dünya nüfusunun %9,1'i (703 milyon kişi) 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır ve 2050 yılında %16 olacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2019). Dünya ile paralel şekilde ülkemizde de hızlı bir şekilde yaşlanma sürecini yaşayacağı tahmin edilmektedir (Mandıracıoğlu, 2010). TÜİK verileri 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısını 2014 yılında 6 milyon 192 bin olarak açıklarken, 2018 yılında 7 milyon 186 bin kişiye ulaşmıştır ve bu popülasyon 2018 yılında %8,8 iken, 2019 yılında %9,1'e yükseldiği belirtilmektedir (TÜİK, 2019). Türkiye'de yaşlılık endeksinin 1950 yılında %8,6, 1990 yılında 12,2 ve 2025 yılında ise %21,2'ye

ulaşacağı tahmin edilmektedir (U.S. Census Bureau, 2009). Türkiye'deki medyan yaşı 2018 yılında 32 yaş, 2040 yılında 38,5 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2019).

2.1.4. Yaşlılıkta Görülen Değişimler

Günümüzde bilim ve teknolojiye ilerlemenin insanlara sağladığı en önemli sonuçlarından biri insan ömrünün uzamasıdır ve bununla birlikte insan vücudunda bazı fizyolojik ve psikolojik değişimlerin ortaya çıkması kaçınılmazdır (Kaptan, 2016). Doğal bir süreç olan yaşlanma, bireylerin hareketini sınırlayabilen, fonksiyonlarını azaltabilen, onları sosyal ve fiziksel olarak bağımlı kılan bir dönemdir ve ekonomik ve sosyal yükü artırarak uzun süreli bakım gerektirebilir (Saygılı, 2011).

2.1.4.1. Fizyolojik Değişimler

Yaşlılık doğal fiziksel değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Fiziksel değişimler vücutta hücre çoğalmasındaki değişime bağlı olarak organlarda yenilenmenin olmaması ile ortaya çıkar. Zamanla yenilenmenin yavaşlaması organ hasarlarına neden olur. Merkezi sinir sisteminde gerileme duyu organlarının işlevselliğini azaltır, kas eklem sisteminde yenilenmenin azalması yaşlılığın hareket yeteneğini kısıtlar (Bilir ve Paksoy Erbaydar, 2012). Yaşlı birey eski güç ve enerjisini bulamaz. Bunun yanında derisinde kıvrımlar, saçında beyazlama ve kemik yapısında zayıflama ortaya çıkar. Görme ve işitme yetilerinde kayıplar ortaya çıkar (Gökçe Kutsal, 2007).

Gastrointestinal sistemin, yaşlanmaya bağlı olarak bazı yapısal ve işlevsel değişikliklere uğradığı gözlenmektedir; tükürük sekresyonunun da azalma, çene ve dil kaslarında güçsüzlük, koku ve tat duyusundaki değişimler nedeniyle beslenme problemleri oluşabilmektedir (Yıldırım vd., 2012). Midenin esnekliğini kaybetmesi, ince ve kalın bağırsaklarda sindirim enzimlerinin azalması, emilim bozukluğu ve kabızlık gibi sorunlara neden olabilmektedir (Üçbilek vd., 2015).

Endokrin sistemde, pankreasın insülin salgılamasındaki değişimlere bağlı ortaya çıkan diyabet riski (Jones and Boelaert, 2015), tiroid bezinin küçülmesine bağlı ortaya çıkan metabolik hızda yavaşlama (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Kadınlarda östrojen azalmasına bağlı menopoz görülmektedir. Ortalama 52 yaşında ortaya çıkar ve genel olarak genetik faktörlere bağlıdır. Östrojen azalmasına bağlı

olarak depresyon, deride değişim, vücut yağ artışı, kas kütlelerinde azalma görülür, ilerleyen yaşla osteoporoz, kardiyolojik hastalıklar ve bilişsel bozukluk insidansı artar (Ağar, 2020). Erkeklerde testesteton düzeyindeki azalma ile cinsel disfonksiyonların ortaya çıkması görülmektedir (Jones and Boelaert, 2015).

Üriner sistemde, böbreklerin yapısındaki değişimlere bağlı olarak kan akımı azalmakta ve sıvı elektrolit dengesi bozulabilmektedir (Dikmenoğlu, 2007). İleri yaşla birlikte; böbreklerin iç yapısında bulunan atardamarlarda sertleşme ve buna bağlı böbreklerin küçülmesi, bunun yanında mesane kapasitesi ve sfinkterlerin tonüsü azaldığından idrar kaçırmaya artmakta ve prostat bezinde büyüme de erkeklerde enfeksiyon ve kanser riskini artırmaktadır (Yoon and Choi, 2014).

Kardiyovasküler hastalıklar 65 yaş ve üzeri kişilerin önde gelen ölüm nedenidir. Yaşlanma ile kardiyovasküler sistemde kan damarlarının yapı ve işlevindeki fizyolojik değişimlere bağlı kan basıncının yükselmesi ve organların kanlanmasında azalma olması gibi değişiklikler meydana gelmektedir ayrıca yaşlılarda kalp yetmezliği ve kalp krizi riski yükselmektedir (Scott ve Maaguire, 2016).

Yaşın ilerlemesi ile kas iskelet sisteminde oluşan değişiklikler, bireylerin yaşam kalitelerini ve bağımsız yaşayabilme kabiliyetini düşürmektedir (Yerli, 2017). Yaşlanma ile birlikte kas kütlelerinde ve gücünde azalma, kemik kütle ve eklemlerdeki kırık dokuda azalma yaşlıların travma riskini artırmakta ve hareket kabiliyetini azaltmaktadır (Frontera, 2017). Yaşlılarda kas iskelet sistemi ağrıları, kemik kütle kaybından dolayı kemiklerin kırılma riski arttığı bir hastalık olan osteoporoz daha sık görülebilir (Ağar, 2020).

Yaşın ilerlemesi ile solunum sisteminde ortaya çıkan değişiklikler genellikle göğüs kafesi ve akciğerdeki yapısal değişiklikler, akciğer fonksiyon testlerinde anormal bulgular, nefes alıp verme anormallikleri, egzersiz kapasitesinde azalmayı içerir (Lee et al., 2016). Yaşlılık solunum sistemi hastalıklarına yatkınlığı artırır; bunun nedenleri ise akciğerlerdeki kollejen dengesinin bozulması, periferik ve diyafragma kas gücünde azalma, inspratuvar basıncın azalması ve solunum yollarındaki sılların azalması sayılabilir (Kaptan, 2016).

Yaşlanma ile sinir sisteminde yapısal ve işlevsel pek çok değişiklik meydana gelmektedir; damar sistemi ile ilgili değişiklikler beyine kan akımını azaltmakta ve

inme riski oluşturmaktadır ve dolayısıyla öğrenme, hesaplama, bellek gibi bilişsel işlevlerde azalmaya sebep olabilmektedir (Nikhra, 2017). Yaşla birlikte nöroendokrin ve nörotransmitter sistemede ortaya çıkan değişiklikler nörolojik ve psikiyatrik hastalık riskini artırmaktadır (Akdeniz vd., 2019). Yaşlılıkta genetik ve çevresel faktörlere bağlı derimizde birtakım değişiklikler ortaya çıkmaktadır, cilt altı yağ dokusunun azalması, cildin elastikiyetini kaybetmesine ve sarkma, gevşeme ile kırışıklıkları belirgin hale getirebilmektedir (Gülekon, 2012).

Fizyolojik değişimlerle beraber, bu dönem birçok kronik hastalığın da yaşandığı sağlık sorunlarını riskini artırır. Yaşlılarda ortaya çıkan bu fizyolojik değişimleri bilmek ortaya çıkabilecek hastalıkları anlamak ve önlemek açısından önemlidir. Akciğer hastalıkları, Alzheimer, Parkinson, Osteoporoz gibi daha çok yaşlılıkta görülen hastalıklar bireylerin fiziksel aktivitesini daha da kısıtlar (Akçiçek, 2009).

2.1.4.2. Psiko-Sosyal Değişimler

Yaşlılığın psikolojik boyutu bilişsel ve davranışsal işlevlerde meydana gelen değişiklikler olarak ifade edilmektedir. Yaşlılık bazı yaşlılarda kognitif açıdan herhangi bir kayıp ortaya çıkarmazken, bazı yaşlılarda ise dil, bellek, dikkat ve konsantrasyon alanlarında işlevsel kayıplar ortaya çıkardığı saptanmaktadır (Karakaş Asi ve Durmaz, 2017). Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik değişimler yaşlının psikolojisini ve öğrenme yeteneğini etkilemektedir ve bu etkiyi artıran faktörlerden biri de damgalamadır. Bu etiketleme ile yaşlılar toplumdaki diğer gruplardan soyutlanabilmektedir (Akçay, 2011).

Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik ve sosyo-kültürel değişimlere bağlı olarak yaşanan kişisel ve sosyal sorunlar, yaşlı bireyin boşluk ve anlamsızlık duygusu yaşamasına neden olur. Başka bir ifade ile bu duygular yaşlının yaşamındaki rol değişimi ve kaybına bağlı ortaya çıkar. Yaşlının fiziksel gücünün azalması, ölümün yaklaşması, emeklilik, rol değişimi ve sağlık sorunları daha karamsar ve olumsuz duygular beslemesine neden olur (Tufan, 2016).

Eric Erikson insanın psikososyal gelişimini sekiz evrede tanımlamış ve her evre için o evreye özgü bunalımın çözümlemesi gerektiği iki karşıt özellik tanımlar (Eryılmaz, 2013). Erikson'a göre yaşamın son evresi "bütünlüğe karşı umutsuzluk" dönemidir. Bu dönemde birey bu zamana kadar edinilen kazanımları ile yaşamak

zorundadır ve ideal durumda bütünlüğe ulaşır ya da yaptıkları ve yapamadıklarından dolayı umutsuzluğa kapılacağı bir pişmanlık duygusu ortaya çıkar (Miller, 2008).

Yaşlılıkta ortaya çıkan sorunlardan biri olan yalnızlık yaşlı intiharının en önemli sebeplerinden biridir. Bunu ortaya çıkaran durum sosyal ilişki yokluğundan ziyade bireyin yalnızlık hissini yoğunluğudur (Tufan, 2016). Türkiye’de kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olmak üzere 75 yaş üstü bireylerin intihar oranı %7’dir (TÜİK, 2016). Yaşlılıkta sık görülen ve intihar ile ilişkili bir sorun depresyondur (Ağırman vd., 2017).

Emeklilik yıllarında, saygınlığını yitirdiğini ve işe yaramadığını düşünen yaşlı birey, bu yeni duruma uyum sağlayamadığı için psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu duruma emekliliğe bağlı gelir kaybı da eklendiğinde yaşlı birey psikolojik olarak kendini daha da kısıtlanmış olarak algılar. Problem çoğu zaman ekonomik gibi görünse de temel sıkıntı yaşlının bağımsızlığını kaybetmiş olması, işe yaramadığını düşünmesi ve yalnızlık hissetmesi olduğu söylenebilir (Aközer vd., 2011).

Yaşlıların ruh sağlığını etkileyen sorunlardan bazıları, yakınlarının kaybı, ölüm beklentisi, fiziksel sakatlıklar gibi durumlardır ve yaşlı bireyler ölme sırasının kendilerine yakın olduğunu düşünürler, kimi yaşlılar ölümü kabullenerek huzurla beklerken kimi yaşlılar için bu durum kaygı vericidir (Cimete, 2002). Modern çağda ortaya çıkan sosyal değişimler aile kurumunun da dönüşümünü kaçınılmaz kılmıştır. Eskinin geleneksel ailesinde kendisine önemli bir yer bulan yaşlı birey yeni dönemin çekirdek ailesinde bir yük olarak görülmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin huzurlu bir ev ortamında yaşantılarını devam ettirmelerini, sağlıklarını korumalarını, sosyal ilişkilerini geliştirmelerini sağlamak amacıyla huzurevlerinin açılmasına ihtiyaç artmıştır (Taşçı, 2010).

Yaşlıların kendi evi dışında ve aileden uzak bir yaşamı benimsemesi kolay kabullenilir bir durum değildir. Toplumdaki statü değişikliği ve evinde alışkın olduğu yaşamdan vazgeçmek yaşlı için zor bir durumdur. Kendini güvende ve rahat hissettiği, anılarını barındıran bu ortamdan, kontrolün kısmen yitirildiği, birçok farklı kişi ile birlikte yaşamak zorunda olunacak huzurevi yaşlı için bir tercih sebebi yerine bir zorunluluk gibi görülmektedir (Öz, 2002).

2.2. Depresyon

Depresyon üzgün bir duygu durum içerisinde, isteksizlik, ilgi kaybı bazen de bunaltının eşlik ettiği; yetersizlik ve değersizlik düşüncelerinin olduğu, düşünce konuşma ve davranışta yavaşlamanın görüldüğü toplumda yaygın bulunan ve yeti yitimine yol açan bir sendromdur (Sadock et al., 2016). Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ve tek bir dönem şeklinde ama çoğunlukla tekrarlarla gider (Köroğlu, 2015).

Ruhsal bozukluklar içinde en çok tanısı konulan bozuklukların başındadır ve kelime olarak çökkünlük, karamsarlık anlamında kullanılmaktadır (Kılıçoğlu, 2006). Depresyon kelimesinin kökeni “depress” sözcüğü Latince’den gelmekte ve ruh halini ifade etmektedir (Olçay, 2001). Depresif ruh halinin günlük moral bozukluğundan farkı, üzgün, mutsuz ve kederli hissetmenin yanında kendi durumuyla ilgili yaşadığı ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık içinde olmasıdır (Beck, 2001). Tıbbi terminolojide bu durum bir ruh hali olmaktan çok bir hastalık olarak kavramsallaştırılmaktadır.

Depresyon hemen hemen her yaşta görülebilir. Çalışmalar başlangıç yaşının daha çok 30 yaş civarı olduğunu göstermektedir. Hastaneye başvuru yaşları ise 40 ila 60 yaşlar arasında yoğunlaşmaktadır. Tanı sistemleri incelendiğinde depresyon duygudurum bozuklukları ana başlığı altında yer almaktadır. Tanılama sürecinde Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı beşinci baskısında (DSM-V) “Majör Depresif Bozukluk” depresif bozukluklar başlığı altında bulunmaktadır (APA, 2013). Bir diğer yaygın olarak kullanılan tanı sistemi Dünya Sağlık Örgütü’nün tanı sistemi olan ICD’dir. ICD kriterlerine bakıldığında çökkün duygudurum, ilgi kaybı, haz alamama, enerji azlığı bu belirtilerin yanında dikkatsizlik, benlik saygısında düşüş, suçluluk, değersizlik, özkıyım düşünceleri, karamsarlık, uyku ve iştah değişiklikleri gelmektedir (Buturak vd., 2011).

2.2.1. Depresyonun Epidemiyoloji

Majör depresyon tüm ruh sağlığı hastalıkları içerisinde yaygınlığı en fazla olan, yaşam kalitesini bozan, işlevselliği sınırlayan, yeti kaybı ile ilişkilendirilen ve sıklıkla tekrarlarla seyreden bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock et al., 2016; Malhi and Mann, 2018). Bilimsel çalışmalarda yöntemsel farklılıklardan kaynaklanan değişik oranlar bildirilmekte olsa da, sıklık ve yaygınlık oranlarının yüksek olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresyon anksiyete ön sırada olmak üzere sıklıkla diğer ruhsal hastalıklarla bir arada görülmektedir ve yapılan meta analizde yaygınlığı %10,8 olarak bildirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Schulz and Arora, 2015; Charlson et al., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 yılında yayınladığı bir raporda depresyonun dünya nüfusunda görülme oranını %4,4 (2015) olarak bildirirken, bu oranın kadınlarda %5,1, erkeklerde ise %3,6 oranla görüldüğü rapor edilmiştir (DSÖ, 2017). Türkiye’ de yapılan araştırmalar incelendiğinde son bir yıllık tanılara göre depresyon yaygınlığı toplamda %7,2 olarak bildirilmiş, bu oranın görülme sıklığı kadınlarda %9,8, erkeklerde ise %3,9 olarak saptanmıştır (Erol vd., 1998; Helvacı vd., 2016).

Depresyon olgularında intihar riskinin artış gösterdiği, özkıyım vakalarında depresif bozukluk sıklığının %50-70 olduğu, intihar riskini artıran etmenlerin ise; erkek cinsiyette olma, kendisinde ve ailesinde başka bir ruhsal bozukluk bulunması, alkol-madde kullanımı ve hastalığının ağır şiddette seyretmesi olarak bildirilmektedir (Hawton et al., 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresyon belirtilerinin hastalığın başlangıç evresinde hafif olması, uyku ve iştah değişiklikleri, ağrı, halsizlik gibi yakınmaların sıklıkla başka hastalıkları düşündürmesi nedeniyle hastalar aile hekimi ve iç hastalıkları gibi alanlarda çalışan hekimlere başvurular. Bununla birlikte ilk dönemin sıklıkla üzüntü veren bir yaşam olayı ile başlaması, bu durumun geçici olduğu ve baş edebileceği yanılgısı yaratarak hastaları beklemeye ve dolayısıyla gecikmeye neden olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Depresyonun yaygınlığı ve yaratmış olduğu kayıplar göz önüne alındığında, erken tanı konulması ve uygun sağaltımın planlanması oldukça önemlidir (Bentley et al., 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun nedenleri kalıtsal, psikososyal ve biyolojik etkenler olarak üç temel gruba ayrılmakla birlikte, depresyon hastalarında birden fazla etkenin birlikte ve etkileşimine bağlı olarak hastalığın ortaya çıkması etkenler arasında keskin sınırlar olmadığını göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Helvacı vd., 2016; Malhi and Mann, 2018).

2.2.2.1. Depresyonun Kalıtsal Etkenleri

Çoğu psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi depresyonda da oluş nedenleri arasında kalıtsal etkenlerin önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (Dinçer ve Gönül,

2016). İkizlerle yapılan çalışmalarda %31-42 arasında değişen oranlar, birinci derece akrabalarda genel toplumun iki-üç kat risk artışı görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Depresyon hastaları ile yapılan gen çalışmalarında serotonerjik sistem ile ilişkili genler ön plana çıkmış 17g11, 1-q12 de bulunan serotonin taşıyıcısını kodlayan genin, hayatlarının erken dönemlerinde ve sıklıkla strese maruz kalan kişilerde yatkınlığı artırdığı gösterilmiştir (Dinçer ve Gönül, 2016).

Ruhsal bozuklukların nedenlerini açıklamak amacıyla yapılan çalışmalar, depresyon hastalarında hastalığın strese bağlı ortaya çıkması ile ilişkili pek çok gen için epigenetik düzeneklerin bulunduğu bildirilmiştir (Park et al., 2019). Depresyon hastalığına doğrudan neden olan herhangi bir gen bulunmamaktadır dolayısıyla birçok genin ilişkili olduğu çok faktörlü bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2015; McIntosh et al., 2019).

2.2.2.2. Depresyonun Psikososyal Nedenleri

Hem içinde yaşadığımız toplumsal yaşantının unsurları hem de diğer çevresel etkenler duygularımızın önemli derecede etkileyerek depresyonun ortaya çıkmasında ya da seyirinde rol oynarlar. Aynı zamanda her yaşam olayının bizlerde bıraktığı etki de aynı etkiye sahip olmadığı bilinmektedir. Kalıtsal yapının çevresel etkenlerle etkileşimi bu noktada önem taşımakta ve duygulanım değişikliklerinin ortaya çıkıp çıkmaması ve şiddeti açısından belirleyici olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresyonun ortaya çıkışında ve kronikleşmesinde işsizlik, yoksulluk, göç, kültürel ve ekonomik etkenlerin rolü son derece önemlidir ve bu durumlar yardım arayışı ve tedavi imkanlarını da etkilemektedir (Kaya, 2007). Depresyon hastalığının da toplumsal hayata etkileri hem kişiler arası ilişkilerde sorunlar yaratmakta hem de ekonomik durumu etkileyerek depresyonun süreğen hale gelmesi ya da tekrarlaması ile sonuçlanabilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000). Stres yaratan yaşam olayları, kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar, tıbbi problemlerin varlığı, iş ve ekonomik güçlüklerin ortaya çıkması depresyonun ortaya çıkmasında ve kronikleşmesinde önemli etmenlerdir (Sadock et al., 2016).

Psikanalitik kuramlar depresyonun ortaya çıkışı ile ilgili çeşitli önermelerde bulunmaktadır. Klasik psikanalitik görüşe göre depresif belirtilerin oluşumu erken dönem kayıp deneyimi ile ilişkili görülmüş ve bu durum, bireylerin memeden erken ya da aniden kesilmiş veya uyumsuz becerilerinin çok üzerinde erken dönem hayal

kırıklıkları yaşamış oral nitelik gösteren bireyler olarak tanımlanmıştır (McWilliams, 2017).

Psikanalitik kuramın kurucusu Sigmund Freud'un kaleme aldığı "Yas ve Melankoli" adlı makalede depresyon belirtileri ile yas sırasında görülen belirtiler arasındaki benzerlik ve farklılıklar belirtilmiştir; Ona göre yas durumunda yitirilen gerçek bir sevgi nesnesi varken depresyonda bu yitimin sembolik olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock et al., 2016; McWilliams, 2017). Bir başka ifade ile yas durumunda dış dünyanın yaşanılan kayba göre önemli alanları eksilmiş olarak algılanırken, depresyon durumunda kendiliğin bir parçası zarar görmüş ya da kaybedilmiş olması ortaya çıkan belirtilerin nedeni konumundadır (McWilliams, 2017; Quinodoz, 2017).

Bir diğer psikanalist Melanie Klein'a göre, çocuk ambivalans duygular içindedir. Annenin engellemelerine yönelik yıkıcı fanteziler sonrasında derin pişmanlık yaşar, nedeni bu yok edilen nesne sadece kötü değil aynı zamanda sevgi nesnesidir. Klein'a göre engelleme ve acıların kaynağı olarak fantezilerimizde yıkıcılığa mahkûmuz, depresif belirtiler bu yıkımın sevilenlere yönelmesi ile gerçekleşir (Mitchell and Black, 2012).

Bir diğer psikanalist Edward Bibring ise, bireylerin benliklerini huzurlu ve değerli hissedebilmesi için kendileri tarafından yerine getirilmesi gereken istekleri vardır ve bu istemleri ile dış dünya arasındaki gerçekler uyuşmadığında, başka bir ifade ile birey bunları gerçekleştirirken imkansızlığını anladığında benlik güçsüz ve çaresiz kalır, özsaygı düşer, değersizlik ve suçluluk düşünceleri ile depresyon ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock et al., 2016).

Bağlanma teorisini geliştiren kuramcılardan John Bowlby depresyona yatkınlığı bebekte çaresizlik ve umutsuzluk duygularına yol açan bakım veren kişinin kaybı gibi travmatik bir yaşantının ya da bakım veren ile güvenli bir bağlanma ilişkisi kuramaması ve bakım veren tarafından reddedilmesi durumunun bebeğin kendiliği değersiz ve sevilmeyen olarak algılaması ile açıklamaktadır. Bebekte oluşan bu olumsuz içsel temsiller neticesinde yetersizlik, değersizlik ve öfke duyguları artar ve depresyon gelişimine zemin hazırlar. Temel bakım verenin erken dönemde kaybı ihtiyaçların karşılanmasında eksiklikler ve ilgi kaybı söz konusu ise bu durum güvensiz bağlanmaya dolayısıyla depresyona neden olacaktır (Tüzün ve Sayar, 2006; Çalışır, 2009).

Bilişsel kuramın kurucularından Aaron T. Beck depresyonda duygudurum bozukluğunun bilişsel bozukluğa ikincil olarak geliştiğini ifade eder. Bilişsel kuram yaşanan olaylardan çok bireylerin olayları nasıl algıladığı ve yorumladığı ile ilgilenir. Duygu ve davranışlar buna bağlı olarak belirlenir. Bilişsel kuramın temel önermesi bireylerin bilişsel yapısının kavramsallaştırmasında rol oynayan otomatik düşünceler ve şemaların önemli bir rol oynadığıdır. Depresyonu ortaya çıkaran, bireylerin kendilerine, çevrelerine ve geleceğe yönelik sahip oldukları olumsuz şemalar ve otomatik düşüncelerin varlığıdır. Bu durum bireylerin duygu ve davranışlarını etkileyerek depresyonun gelişimini ve süregelenleşmesinde rol oynar (Beck, 1970).

Martin Seligman'ın çalışmaları neticesinde ortaya koyduğu öğrenilmiş çaresizlik teorisi, canlıların kontrol edemedikleri durumlarla tekrar tekrar karşılaştıklarında, teslimiyet gelişmesi ve bu durumun canlıların bundan sonraki süreçte davranışlarını da etkilemesi ilkesi yer almaktadır. Bu teoriye göre depresyon, bireyin yaşamının erken dönemlerinden beri karşılaştığı acı veren durumlar karşısında, bu durumlardan kaçamaması ve kurtulamaması sonucunda edinilen öğrenilmiş çaresizlik nedeniyle, bundan sonraki yaşamında yaşadığı benzer durumlar karşısında bireyin beklentisinin davranışını belirlemesi ile ilişkilidir (Türkçapar, 2012; Özdel, 2015).

2.2.2.3. Depresyonun Nörobiyolojik Nedenleri

Depresyonda ortaya çıkan biyokimyasal değişimlerin varlığı yadsınamaz bir gerçek olmasının yanında bu değişimlerin depresyonun nedeni mi yoksa stresin yarattığı bir sonuç mu olduğu hala tartışılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Depresyonun hipotalamus, hipofiz ve adrenal bez ekseninde ortaya çıkan değişimler, başta kortikotropin salgılatıcı hormon ve kortizol salınımındaki değişiklikler çok sayıda araştırmacının konusu olmuş ve birçok çalışmada depresyon hastalarında hipotalamus, hipofiz ve adrenal bez ekseninde fazla aktivite, kortizol düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu gösterilmiştir (Mohktari et al., 2013; Sadock et al., 2016). Depresyonda hipotalamus, hipofiz ve tiroid bezi ekseninde de bazı değişimler meydana gelir; kanda tiroid uyarıcı hormon düzeyinde azalma ve tiroksin düzeyinde artış saptanmakla birlikte değişimlerin ilişkisi net değildir (Williams et al., 2009).

Depresyonla ilgili yapılan birçok çalışmada nörotransmitter ve hormon sisteminde değişiklikler olduğu bildirilmiş olup, bunlar arasında serotonin, nöradrenalin, dopamin, glutamat, GABA, asetilkolin, insülin benzeri büyüme faktörü, somatostatin, damar endoteli büyüme faktörü, leptin, arjinopressin, oksitosin, opioidler yer almaktadır (Chaves et al., 2019). Depresyon hastalarında beyin-omurilik sıvısı olmak üzere çeşitli vücut sıvılarında serotonin, nöradrenalin ve dopamin nörotransmitterlerinin azalmış olduğu uzun zamandır bilinmekte ve depresyonun nedenlerinde önem taşımaktadır, özellikle beynin tüm bölgelerinde etkili olan tedavi ve etiyojisinde en çok öne çıkan nörotransmitter olan serotoninin hipofonksiyonu ileri sürülmektedir (Saveanu and Nemeruff, 2012).

Depresyon hastalarında bir diğer öne çıkan nörotransmitter nöradrenalindir ve bu ajan merkezi sinir sisteminin pek çok bölgesinde etkili olan, aşırı aktivasyonu ile anksiyete, bunaltı, panik atak oluşumuna yol açan, etkinliğinin azalması durumunda depresif belirtilere neden olan bir nörotransmitterdir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2016). Depresif hastaların beyin omurilik sıvılarında ve idrarlarında nöradrenalin yıkım ürünlerinde azalma, intihar sebebiyle ölen depresyon hastalarının kortekslerinde nöadrenerjik reseptörlerin yoğunluğunda artma ve nöradrenalin geri alım inhibitörü olan ilaçların depresif hastaların semptomlarında yararlı olması bu varsayımı destekleyen bulgular arasındadır (Saveanu and Nemeruff, 2012).

Depresyon hastalarında dopamin özellikle psikomotor yavaşlama ve keyif almama oluşumunda sorumlu olarak ileri sürülen bir nörotransmitterdir ve semptomların düzelmesinde dopaminerjik aktiviteyi artıran ilaçlar kullanılmaktadır (Sadock et al., 2016). Depresyon hastalarında beyin görüntüleme çalışmalarında ve ölüm sonrası yapılan doku çalışmalarında dopamin taşıyıcı bağlama bölgelerinde azalma, postsinaptik dopaminerjik reseptör yoğunluğunda artma ve beyin omurilik sıvısında dopaminin esas yıkın ürünlerinde azalma gösterilmiştir ve bu bulguların depresyon ve dopaminerjik sistem arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Saveanu and Nemeruff, 2012).

2.2.3. Depresyonun Belirtileri

Major depresif bozukluk DSM-V tanı ölçütleri A, B, C, D, E alt başlıklarından oluşur ve bu maddelerde yer alan ölçütlerin karşılanması gerekmektedir.

- A. İki haftalık periyotta 5 veya daha fazlasının bulunması, önceki durumundan farklı olma, ilgi ya da zevk kaybı.
1. Günün çoğunda depresif ruh hali (Disfori)
 2. Tüm aktivitelere tüm gün süren ilgi kaybı (Apati) ve zevk almada azalma (Anhedoni)
 3. İştahta belirgin artma ya da azalma ve önemli kilo kaybı veya artışı
 4. Uykusuzluk (İnsomni) veya aşırı uyku (Hipersomni)
 5. Psikomotor ajitasyon (Yerinde duramama, volta atma, ellerini oğuşturma, saç çekiştirme, kıyafetleriyle oynama) veya retardasyon (Yavaşlamış, kısa ya da monoton konuşma, geç yanıt verme)
 6. Neredeyse hergün halsizlik, güçsüzlük, enerji kaybı (Anerji)
 7. Değersizlik hissi veya suçluluk duyguları
 8. Düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma ya da karar verememe
 9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri / İntihar fikri
- B. Belirtiler klinik olarak anlamlı düzeyde sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.
- C. Bu belirtiler bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileri ile açıklanamaz
- D. Bu dönemin ortaya çıkması, şizofreni ya da başka bir psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz
- E. Mani ya da hipomani epizodu hiçbir zaman olmamıştır.

Depresyon hastalarında belirtilerin çeşitliliği ve farklılığına göre belirleyiciler tanımlanmıştır. Bunaltılı depresyon; bunaltı, kaygı ve gerginlik belirtilerinin baskın olduğu, karma özellik gösteren depresyon; mani/hipomani belirtilerinin eşlik ettiği, katatonik, melankolik, mevsimsel, peripartum ve atipik özellik gösteren depresyon alt türleridir. Ayrıca hastalığın seyri ve şiddetine göre ağırlık belirleyicileri; ağır olmayan, orta derecede, ağır ve psikoz özellikleri gösteren olarak tanımlanmıştır (APA, 2013; Öztürk, 2015).

2.2.4. Depresyonun Tedavisi

Depresyonu tedavi etmek amacı ile kullanılan ve etkisi kanıtlanmış birçok ilaç, psikoterapi modeli ve elektrokonvulsif tedavi gibi somatik yöntemler bulunmaktadır. Hastaya uygulanacak tedavi ile ilgili bilgilendirme yapılarak ve fikri alınarak hangi yöntemin hangi hastaya uygun olduğuna hekim karar verir. Öncelikli olarak hastanın temel ihtiyacı anlaşılmalı ve yaşadığı durumun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu öğrenmek olduğu akılda tutulmalıdır. Uzmanın görevi hastayı gerçekçi ve güven verici bir şekilde bilgilendirmek ve tedavi ile ilgili seçenekleri açıklamaktır (Yazıcı vd., 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Hangi tedavi yönteminin seçilmesine karar vermeden önce hastanın fiziksel durumunun, depresyonun ağırlığının ve intihar riskinin olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın klinik görünümü iyi, belirtiler hafif, depresyonun yarattığı riskler fazla değil ve özkıyım tehlikesi yok ise izlem ya da psikososyal tedavi ilk tercih olabilir. Ancak hastada psikotik belirtiler varsa ya da özkıyım riski yüksek ise hastanın yatarak tedavi görmesi gerekebilir. Tedavide asıl amaç hastanın hastalık belirtilerinin ortadan kaldırılmasıdır; belirtilerin devam etmesi nüks ve süregenleşme riski yaratacağı dikkate alınması gereken bir husustur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.2.4.1. Depresyonun Farmakolojik Tedavisi ve Elektrokonvulsif Terapi

Depresyon tedavisinde ilaç kullanımına yanıt hastanın hastalık şiddeti ile orantılı olarak artmakta, orta ve ağır şiddetli depresif belirtilerin tedavisi için ilk seçenek ilaç tedavisi olmaktadır (Yazıcı vd., 2008). Farmakolojik tedaviye başlamadan önce, hastaya ilacın kullanım şekli ve olası yan etkileri konusunda bilgilendirme yapılması ve özet şeklinde yazılı olarak verilmesi önerilmektedir (Saddock et al., 2014). Hastalara tedavinin seyri hakkında, ilaç yan etkilerinin neler olduğu, tedaviye yanıtın zaman alacağı konusunda bilgilendirme yapılması tedavinin yarım bırakılmasını önlemek açısından gereklidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Tedavi sürecini değerlendirmek için bazı kavramlar kullanılmaktadır. Sık kullanılanlar arasında yanıt, düzelme, iyileşme, depreşme ve yineleme sayılabilir. Depresyon hastalarının tanı ve izleminde kullanılan ölçekler sürecin izlenmesinde önemli bir role sahiptir. Tedavide yanıtta bahsedebilmek için tedavi öncesi saptanan ölçek puanında en az %50 azalma olması beklenmektedir. Depresyon tedavisinde

amaçlanan, tüm belirtilerde hafifleme olmakla birlikte “düzelmeye” kavramından bahsedilebilmesi için kullanılan değerlendirme ölçeği için belirlenmiş kesme puanının altında bir değere gerilemesi yeterli görülmektedir (Aydemir, 2011). Depresyon tedavisi akut, sürdürüm ve koruyucu olarak üç dönemden oluşur. Akut dönemde hastanın var olan belirtilerinin düzelmesi hedeflenir ve tüm belirtilerde tam düzelmeye sağlanmasına yönelik tedavi, süreci yönetilmelidir (Choe et al., 2012). Depresyon tedavisinin akut dönemi sıklıkla iki ila dört ay kadar sürer. İyileşme sağlandıktan sonra altı ila dokuz ay süren sürdürüm tedavisine geçilir. Bu tedaviden tamamlandıktan sonra hastaların büyük bir kısmında ilaç tedavisi tamamlanabilir ya da bazı hastalar için bir ila beş yıl kadar sürebilen koruyucu tedaviye geçilir (Choe et al., 2012; Sadock et al., 2014).

Depresyon tedavisinde antidepresan ilaçların etkinliğinin değerlendirildiği bir meta-analiz sonuçlarına göre, amitriptilin, mirtazapin, venlafaksin olmak üzere yirmi bir ilacın tamamının plasebodan etkinliği daha yüksek bulunmuş olup, sitalopram, essitalopram, flüoksetin, sertraline, vortiksetin içeren ilaçların daha yüksek düzeyde kabul edilebilirlik oranları bildirilmiştir (Cipriani et al., 2018).

Depresyon tedavisinde hangi ilaç ya da ilaçların kullanılacağına karar vermek hekimin klinik değerlendirmedeki izlenimine bağlıdır. İlaç seçimi yapılırken hastanın hastalığına bağlı ortaya çıkan belirtiler, olası yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve diğer hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Malhi and Mann, 2018). Depresyon belirtilerinden depresif duygudurum, isteksizlik, zevk alamama, enerji kaybı, yorgunluk, karamsarlık ve değersizlik düşünceleri gibi belirtiler sıklıkla ilaç başladıktan iki ila dört hafta sonra düzelmeye başlarken, bilişsel semptomlarda düzelmeye ise tedavinin ilerleyen aşamalarında görülür (Sadock et al., 2014).

Tedaviye başladıktan bir süre sonra merkezi sinir sisteminde serotonin miktarının artması ya da reseptör duyarlılığına bağlı olarak saldırganlık ve intihar riskinde artış olduğuna ilişkin yayınlar bulunmakta ve tüm antidepresanların özkiyım eğilimini artırma riski olduğu ve bu riskin özellikle tedavinin ilk ayında daha yüksek olduğu bu nedenle ilk ay yakın izlem önerilmektedir (Sadock et al., 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Depresyon belirtileri ile birlikte anksiyete, ajitasyon ve uykusuzluk problemi için kısa vadeli benzodiazepinlerin kullanımı düşünülebilir ancak bu ilaçların bağımlılık riskleri olması nedeniyle iki haftadan uzun süre kullanılmaları

önerilmemektedir. Eğer depresyon hastasında psikotik belirtiler var ise antipsikotik grubundaki bir ilaç eklenmesi önerilmektedir (Keitner and Mansfield, 2012).

Depresyonun elektrokonvülsif terapisi (EKT); intihar riski bulunan, beslenmesinde ciddi azalma olan ya da psikotik belirtileri bulunan birçok hastanın tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Ağır şiddetli depresyonda, uygulanan diğer tedavilere yanıt alınamıyorsa EKT iyi bir seçenek olabilir. Toplum tarafından şok tedavisi olarak bilinen EKT'nin etkisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Kısa süreli elektroşok verilmesi sonucu yarattığı geçici bellek kaybı, uygulama biçimi ve son tedavi seçeneği olarak görülmesi halk arasında endişelere yol açabilmektedir (Bently et al., 2014; Sadock et al., 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.2.4.2. Depresyon Tedavisinde Psikoterapi

Depresyonda etkisi pek çok sayıda çalışma ile ortaya konulmuş terapi yöntemleri; psikanalitik yönelimli psikoterapiler, kişiler arası terapiler ve bilişsel davranışçı terapilerdir (Yazıcı vd., 2008; Sadock et al., 2014). Psikanalitik terapi terapötik ilişkinin kullanılması, aktarım ve yorumlama ile bilinçdışı çatışmaları keşfetmek ve çözmek ilkesi ile çalışır ve depresyonu bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanan içselleştirilmiş öfke ve intrapsişik örüntü olarak açıklar (Cox et al., 2012). Psikanalitik terapi, depresyonun tedavisinde farmakolojik tedavi kadar etkili olabilmekte ancak etkisinin ortaya çıkması diğer yöntemlere göre daha uzun bir süre gerektirmekte uzun dönem sonuçlarının ise tek başına ilaç tedavisi uygulamasına kıyasla daha iyi olduğu bildirilmiştir (Luyten and Blatt, 2012). Kişiler arası terapi depresyonu psikososyal ve kişilerarası durumlarla açıklar ve depresif belirtilere neden olan kişilerarası ilişkiyi çözmeye çalışır (Özdel, 2015). Bilişsel davranışçı terapiler öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, şimdi ve burada ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramlarından temel olarak geliştirilmiş tedavi şeklidir ve üç temel önermeye dayanmaktadır; bilişsel aktivite izlenebilir, bilişsel aktivite davranışı etkiler ve davranış değişikliği bilişsel değişim yoluyla sağlanabilir (Cox et al., 2012).

2.3. Yaşlılarda Depresyon

Depresyon toplumda yaygın görülen, kalıcı üzüntü ve ilgi kaybı ile karakterize, uyku ve iştahı bozan, enerji kaybı, yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğü yaratan bir ruhsal bozukluktur (Köroğlu, 2012). Yaşlılıkta ortaya çıkan depresyon yaşlı bireyleri

etkileyen mental ve duygusal bir bozukluktur ve bu durum bireylerin yaşam kalitesini bozar aynı zamanda intihar riskini yükseltir (Spar and La Rue, 2009). Yaşlılarda ortaya çıkan depresyon çeşitli yeti yitimine neden olabilmekte, fiziksel hastalıklara bağlı ölümleri, sağlık bakım hizmeti maliyetini artırmaktadır (Kutsal Gökçe, 2007). Yaşlı kişiler yeti kaybına, kronik hastalıklarına, yakınlarının kaybı, ölüm korkusu, ekonomik problemler, bağımlı hale gelme, geçmişe özlem ve kişisel olabilecek pek çok sebeple depresif belirtiler gösterebilirler (Morichi et al., 2015). Yaşlılarda ortaya çıkan depresyonun erken teşhis ve tedavisi hayati öneme sahiptir (Morichi et al., 2015). Depresyon yaşlı bireylerde yetişkin bireylerle aynı belirtilerle seyreder ancak sıklıkla somatik ve bilişsel bozulma yaratır (Mitchell and Harvey, 2014).

2.3.1. Yaşlılarda Depresyonun Epidemiyolojisi

Geriatric depresyon dünya genelinde giderek artan önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Yaşlılık dönemi depresyonu için yapılan epidemiyolojik çalışmalar depresif belirtilerin % 3-60 oranında görüldüğünü bildirmektedir (Subramaniam et al., 2016). Türkiye’de ise yapılan çalışmalar %16-29 oranında görüldüğünü göstermektedir (Kulaksızoğlu vd., 2004; Arslantaş vd., 2014; Yaka vd., 2014).

Depresyon yaygınlığı cinsiyete göre değişmektedir ve yaşlı kadınlarda görülme oranı erkek yaşlı bireylere göre daha yüksektir (Campell et al., 2017). Depresyonun görülme oranını etkileyen bir diğer faktör evlat sayısıdır ve dört ve daha fazla çocuğa sahip olmak yaşlılarda depresyon riskini artırmaktadır (Kulaksızoğlu vd., 2005). Eş kaybı ve yalnız yaşamak depresyon için büyük bir diğer risk faktörüdür (Gulich et al., 2016). Çalışmaların ortak noktası düşük eğitim düzeyinin yaşlılarda ortaya çıkan depresyon için risk etmeni olmasıdır (Kulaksızoğlu vd., 2005; Kim et al., 2015; Brinda et al., 2016). Emeklilik ve gelir düzeyinin düşük olması depresyon yayılımını artıran etmenlerdendir (Assil and Zeidan, 2013; Campos et al., 2014).

2.3.2. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi

Yaşlılıkta ortaya çıkan depresyonun biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak çok faktörlü etiyojije bağlanmıştır (Rinaldi et al., 2003). Hareketlilikte azalma, kronik hastalıkların olması, izolasyon, emekliliğe geçiş ve ekonomik zorluklar gibi faktörler geriatric depresyon riskini artırır (Blazer, 2000). Uzun süreli madde kullanımı, eşin ve sevilen kişilerin ölümü yaşlılıkta ortaya çıkan depresyonun bir başka nedenlerindendir (Egede et al., 2005).

2.3.3. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği ve Değerlendirilmesi

Depresyonu olan yaşlılarda, yetişkin hastalara göre daha çok somatik yakınmalar belirgindir. Sık görülen somatik yakınmalar, enerji kaybı, kuvvetsizlik, halsizlik, uykusuzluk, baş ve karın ağrısı, vücudun farklı yerlerinde tanımlanamayan ağrılar ve kabızlıktır. Bu semptomlar fiziksel hastalıklarla karışabileceği için ayırımının iyi yapılması çok önemlidir (Kılıçoğlu, 2006). Bu dönemde ortaya çıkan depresif belirtiler hekim ve hastalar tarafından yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görülebilir. Yaşlılar çoğunlukla duygularını ifade etmede isteksiz olabilirler. Sıklıkla somatik yakınmalarla hekime başvurur ve tanılama süreci uzayabilir. Yaşlılarda depresyon tanısında dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri anemnez alınırken hastanın kendisi ve yakınlarından ayrıntılı bilgiler alınmalı ve son dönem işlevselliğine dikkat edilmelidir (Köroğlu, 2012).

2.3.4 Yaşlılarda Depresyonun Tedavisi

Çoğul etiyojolojiye sahip olan geriatrik depresyon birçok farklı yöntemle tedavi edilmeye çalışılır (Nutt, 2008). Depresyonda nöropinefrin ve serotonin dengesizliğini gidermeye yönelik antidepresan ilaçlar kullanılır (Wiese, 2011). Yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan depresyonun tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemlerinin etkinliği orta derecededir ve sıklıkla bilişsel davranışçı terapi, problem çözme terapisi, kişilerarası terapi tercih edilir (Sudak, 2012). Bilişsel davranışçı terapi depresyonun tedavisinde etkinliği kabul görmüş yöntemlerin başında gelmekte olup bireylerin işlevsel olmayan düşünceleri ile çalışılarak çarpık kognisyonları ve sorunlu davranışları azaltılması hedeflenir (Sudak, 2012). Problem çözme terapisi yaşamı etkileyen sorunlarla başa çıkmayı, kişilerarası terapi ise kişilerarası çatışmaları çözümlenmeyi hedefleyerek depresif semptomları hafifletmeyi amaçlar (Hamarta, 2009). Depresyonun tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntem olarak kabul edilen beyine kontrollü bir şekilde elektrik akımı verilmesi olarak tanımlanabilecek bir yöntemde elektrokonvülsif terapidir (Semkovska and McLoughlin, 2010).

2.4. Yalnızlık

2.4.1. Yalnızlık Kavramı

Bireylerin çevre ile etkileşim içerisinde bulunması, sağlıklı bir yaşam geliştirmesi ve sürdürmesinde önemli bir etkidir (Uribe, 2015). Yaşlı insanların fiziksel ve ruhsal olarak daha sağlıklı bir yaşam sürdürmelerinde sosyal destek

önemli bir unsurdur (Kalınkara, 2016). Başta aile olmak üzere arkadaşlarla olan iletişimin ve etkinliklere katılımın sağladığı sosyalleşme etkili bir destek mekanizmalarından biri olarak ifade edilmektedir (Hornby Turner et al., 2017). Günümüzde sosyokültürel değişimler sonucu pek çok insan yalnızlığa sürüklenmektedir (Erol vd., 2016). Yalnızlık bireylerin olmasını istediği sosyal etkileşim düzeyi ile gerçekte olan sosyal etkileşim düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanan ve bireylerin ilişki algıları ile bağlantılı öznel bir duygudur (Age UK, 2019). Yalnızlık istenmeyen ve acı yaratan, sosyal ilişkiler bağlamında ortaya çıkan, psikolojik iyi hali olumsuz etkileyen bir duygudur (Akgül, 2016).

İnsana özgü bir duygu olan yalnızlık yaşamın her döneminde yaşanılabilen istenmeyen bir duygudur (Beal, 2006). Kişilerde kaygı ve çaresizlik duyguları oluşturan acı verici bir deneyimdir (Fromm, 2006). Geçtan (2000) ise yalnızlığı, bireylerin sosyalleşmesini engelleyen, kişilerin karamsar, içe kapanık, gergin, kaygılı olmasına neden olan bir duygu olarak tanımlamaktadır. Yalnızlık duygusu kişiler üzerinde çeşitli etkiler ortaya çıkarır. Bu etkiler; bireyleri diğerlerinden izole eden, kişilerin enerjisini, dikkatini ve yaratıcılığını olumsuz yönde etkileyen, acı veren, duygusal izler bırakan, kişiler arası ilişkileri bozan bir duygu olmasıdır (Rokach, 2004).

2.4.2. Yalnızlık Türleri

Yalnızlık kavramı, sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Sosyal yalnızlık, bireylerin toplum tarafından dışlanarak ya da toplumdaki belirli rollerini kaybetmesine bağlı olarak ortaya çıkarken duygusal yalnızlık ise, bireylerin sevmek sevilme gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanamamasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Mullins et al., 1989). Sosyal yalnızlık sosyal iletişim ağının eksikliğinden kaynaklanır ve sosyal bir ağa ulaşmakla bu sorun çözülebilir. Duygusal yalnızlık yakın bir ilişkinin olmamasından kaynaklanır ve diğer insanlarla yakın ve içten ilişkiler kurulamamaktadır (Weiss, 1973).

2.4.3. Yalnızlık Nedenleri

Yaşlı bireylerde yalnızlık duygusuna neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Gamble (2011), bireysel, toplumsal-kültürel, aile-sosyal, yaşam olayları ve fiziksel etmenler olarak beş faktörde toplandığını ifade etmiştir.

2.4.3.1. Yaşlı Bireylerde Yalnızlığa Neden Olan Bireysel Etmenler

Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel, bilişsel ve psikososyal değişimlere rağmen, kişiler bireysel özelliklerine bağlı bu dönemi farklı yaşar. Yaşlı bireylerin benlik saygıları azaldığında yalnızlık duyguları artar (İmamoğlu, 2008). Yaşlılığa bağlı ortaya çıkan değişimler, yetersizlik duygusuna yol açarak, benlik saygısının azalmasına neden olur (Öz, 2002). Güvensizlik, kaygılar, maddi desteğin azalması, kuşak çatışması gibi durumlar yalnızlık duygusunu belirgin hale getirmektedir (Krause, 1991). Yalnızlık duygusu aynı yaştaki yaşlılarda cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Yapılan birçok çalışma kadınların erkek yaşlılara göre daha yüksek düzeyde yaşlılık duygusu yaşadıklarını göstermektedir (Holmen et al., 1992; Prince et al., 1997; Piquart and Sorenson, 2001). Yaşlılık döneminde yaşanan kişilik bozuklukları, depresyon, psikoz gibi ruhsal bozuklukların yalnızlıkla arasında ilişki bulunduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Sorkin et al., 2002; Adams et al., 2004; Hawkey and Cacioppo, 2010). Yaşlı bireylerde yalnızlık duygusunu etkileyen bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, ruhsal hastalıklar, kişiler arası ilişkilerdeki yetersizlikler, kronik hastalıklar, dini inancı, meslek, problem çözme becerisi, yaşanılan yer, eğitim sayılabilir (MacCourt, 2004; Gamble, 2011).

2.4.3.2. Yaşlı Bireylerde Yalnızlığa Neden Olan Ailesel ve Sosyal Etmenler

Aile ve sosyal çevre yaşamın her dönemi gibi yaşlılık döneminde de önemlidir ve bu döneme uyum sağlamada yakınındaki kişilere önemli görevler düşmektedir. Özellikle aile yaşlı bireylerin bakımı desteklenmesi ve ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir kurumdur. Modernleşme ile yaşlının aile içindeki konumu değişmiş, bilgi ve tecrübesi ile gençlere yol gösteren, çocukların yetişmesi ile ilgilenen aktif yaşlı ailenin dışında yaşamaya başlayarak yalnızlaşmışlardır (Atıla, 2006). Yaşlılık sürecinde kişilerin yalnızlık duygusu yaşamamaları için sosyal ilişkilerini canlı tutmaları çok önemlidir (Ardahan, 2010). Yaşlı bireylerin bu döneme uyum sağlamasında eşin varlığı çok önemlidir ve yaşlı birey için eş ve yetişkin çocuklar önemli bir sosyal iletişim kaynağıdır (Viktor et al., 2012). Öte yandan yaşlılar bu dönemde kişisel bakım, temizlik, finansal konular, ev işleri gibi konularda yardıma ihtiyaç duyduklarında ailelerinden yardım almayı tercih etmektedirler (Abduşoğlu, 2012). Aynı zamanda benzer zamanda yaşlılık dönemini yaşayan sosyal ağın önemli bir parçası arkadaşlardır ve bu dönemde yaşadıkları tecrübeleri, sorun ve çözümleri birbirleri ile paylaşarak yalnızlık duygusunun azalmasına katkı sağlarlar (Caron,

2005). Bu dönemde yalnızlık duygusunu etkileyen ailesel ve sosyal faktörler; aile desteğinden yoksun olma, evlilik veya ilişkisinin olmaması, çocuk, kardeş sayısı, çalışma durumu, sosyal ağ ve destek yetersizliği sayılabilir (Gamble, 2011).

2.4.3.3. Yaşlı Bireylerde Yalnızlığa Neden Olan Toplumsal-Kültürel Etmenler

Günümüzde değişen toplumla birlikte yaşlılar, toplumdaki statü ve gücünü kaybetmişlerdir. Yaşlı bireylerdeki sosyal izolasyon ve yalıtılmışlık, modern toplumda derinleşmektedir (Kurt vd., 2010). Yaşlı bireylerin toplumdaki değişim ve modernleşmeye uyum sağlayamamasının etkisi olarak saygınlığı azalmaktadır. Geçmiş toplumlarda tecrübeleri ile bilgeliğin merkezi olan yaşlı, modern toplumda bu işlevini kaybetmiştir. Şehirleşme ve sanayileşme ile yaşlının topluma ve ekonomiye katkısı azalmış, tüketici konumuna geçmiş, dolayısıyla yalnızlaşmıştır. Yaşlı bireylerin yalnızlık duygusunu etkileyen toplumsal-kültürel etmenler; sosyal statünün azalması, sosyal destek yetersizliği, yaşlıları destekleyici yetersiz ortam, toplumsal faaliyetlere katılımın azalması, yaşlılara yönelik ulaşım, alışveriş, eğlence imkânlarının azlığı, yetersiz ruh sağlığı hizmetleri, gelişen teknolojiye uyum güçlüğü, yaşlı ayrımcılığı ve damgalama, yaşlılara uygun olmayan yaşam koşulları olarak sayılabilir (Gamble, 2011).

2.4.3.4. Yaşlı Bireylerde Yalnızlığa Neden Olan Fiziksel Etmenler

Yaşlılık döneminde, kas gücü kaybı, sinir sistemindeki değişimler nedeniyle hareket ve motor becerilerde yaşanan azalma, reflekslerin yavaşlaması, eklemlerde kireçlenme gibi birçok fiziksel yetersizlikler ortaya çıkar. Yaşlılık döneminde kronik hastalıklar artmaktadır ve bu durum yaşlı bireylerin pek çok olumsuzluk yaşamasına neden olmaktadır (Bilgici vd., 2000). Özellikle duyu fonksiyonlarda ortaya çıkan görme, işitme kaybı diğerleri ile iletişimi olumsuz yönde etkilemekte, yaşlının toplumdan ayrılmasına, içe kapanmasına, dolayısıyla psikososyal uyum sorununa ve yalnızlaşmasına neden olmaktadır (Dereli vd., 2010). Yaşlı bireylerde yalnızlık duygusunu etkileyen fiziksel faktörler; hareketsizlik, akut ve kronik hastalıklar, fiziksel engellilik, duyu kayıp, bilişsel gerileme, fiziksel güç kaybı gibi etmenlerdir (Gamble, 2011).

2.3.4.5. Yaşlı Bireylerde Yalnızlığa Neden Olan Yaşam Olayları

İnsanlar yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de birçok yaşam olayı ile karşılaşır. Bu süreçte; emeklilik, yakınlarının kaybı, ekonomik sorunlar gibi durumlar sonucunda bazı roller değişir. Emeklilik bu sürecin dönüm noktasıdır ve modern toplumlarda emeklilik üretimden tüketime geçişi ifade ederek yalnızlığın en önemli nedenlerinden biri olmaktadır (Akçay, 2011). Emeklilik sonrasında azalan gelire uyum sağlayamama yaşlı bireylerde özgüven ve değersizlik duygusu yaratmaktadır (Karataş, 2000). Yaşlı bireyleri etkileyen en önemli olayların başında yakınların ölümü gelmektedir. Yaşlı kişilerin eş ve arkadaşlarının kaybı yalnızlığı artıran, psikolojik sorunlar yaratan bir durum olmaktadır (Koç, 2002). Özellikle yaşlı erkekler, eşlerine daha fazla bağımlı ve dolayısıyla daha güç uyum sağlayanlardır (Onur, 1999). Yaşlı bireylerde yalnızlık duygusunu etkileyen yaşam olayları; olumsuz yaşam deneyimleri, yaşlı bireyin çocuklarının boşanması, ekonomik sorunlar, eş ve akraba ve arkadaşların ölümü, emeklilik, rol değişimi, göç, istismar, huzur evinde yaşama gibi etmenler sıralanabilir (Gamble, 2011).

2.4.4. Yaşlı Bireylerde Yalnızlık

Modern toplumlarda, yaşlı bireylerin sorunları arasında önemli bir problem yalnızlıktır. Yaşlılık yaşamın doğal bir dönemi olmakla beraber, yalnızlık duygusunun fazla yaşandığı dönemdir (Dereli vd., 2010). Kılıç (2013), yaşlılığı belirli sorunların yaşandığı bir dönem olarak tanımlamış; çocukların evden ayrılması, eşin arkadaşların ölümü gibi durumların yarattığı yoksunluk, yalnızlık, hayattaki rollerin değişimi kaybına bağlı yetkisizlik, fiziksel, bilişsel kayıpların ortaya çıkardığı yetersizlik, gelir kaybına bağlı yoksulluk ve duyu kaybının sonucu yetiyitimi. MacCourt (2004), yaşlı bireylerdeki yalnızlığı; yol arkadaşlığı ve sevgi kaybı, tek başına hissetme duygusu olarak ifade ederek, yalnızlık deneyiminin öznel olduğunu belirtmiştir. Yaşlılık sürecinde ortaya çıkan bedensel, zihinsel ve toplumsal değişimler, yaşlı bireylerin kabuğuna çekilmesine, toplumdan uzaklaşmasına ve yalnızlık duygusu yaşamasına yol açmaktadır (Gamble, 2011). Yaşlanma yaşam telaşının azaldığı, anlamsızlık, umutsuzluk ve ölüm korkusunun yaşandığı bir dönemdir (Erikson, 1982). Kayıp, yas, sosyal izolasyon yaşlılarda yalnızlığın önemli nedenlerindedir ve depresyon ile arasında güçlü bir ilişki vardır (MacCourt, 2004; Kurt vd., 2010).

Toplumda günden güne sayıları giderek çoğalan yaşlı bireylerin sağlıklı ve başarılı bir şekilde yaşlanmaları, hayat kalitelerinin artırılması, çevre ile bütünleşmeleri için yapılan girişimler her geçen gün artmaktadır (Çam vd., 2018). Yalnızlık duygusu bireylerin yaşamları boyunca neredeyse her dönemde karşı karşıya kalabilecekleri bir duygudur. Bireyler çevrelerinden gelecek desteğe ihtiyaç duyduklarında, bu ihtiyaçlarını giderecek tanıdıklara sahip değiller ve diğerleri ile sağlıklı ilişki kurmada başarısızlar ise yalnızlık hissederler (Oktan, 2005). Yalnızlık olması beklenen ile gerçekte olan sosyal ilişkiler arasındaki uyumsuzluk olarak ifade edilir ve tüm yaş grupları arasında görülebilmekte olup yaşlı bireyler arasında sıklıkla fazladır (Keskin vd., 2017). Yalnızlık bireyin hiçbir şeyle, grupla, eş ve çocuklarıyla bağı kesildiğinde ortaya çıkan soyutlama halinin neden olduğu acıdır (Krishnamurti, 2001). Yaşlı bireylerin eşi ve çocuklarıyla beraber yaşamaları yalnızlık duygusunu daha az hissetmelerine katkı sağlar. Sosyal destek yalnızlık hissini azaltmada önemli bir etkidir (Babacan ve Dumanlı, 2017). Yaşlılar yaşadıkları yalnızlık duygusunun tek sorumlusu olarak algılanmamalıdır (Çelik vd., 2017).

Yalnızlık ve sosyal iletişimin toplumlar arasında farklılık gösterdiği ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Naja et al., 2017). Yapılan pek çok çalışma yaşlı bireylerin üçte birinin yalnızlık yaşayabileceğini ifade etmektedir (Rautasalo et al., 2006). Yaşlılık döneminde hissedilen olumsuz duygulardan biri yalnızlıktır ve bu durum yaşlı bireylerin toplumdan uzaklaşmasına, içe kapanmasına, yaşamının anlamsızlaşmasına, terk edilmişlik, kimsesizlik hissetmesine, sağlık durumlarının bozulmasına neden olmaktadır (Dykstra et al., 2005; Erol vd., 2016). Yaşlılardaki yalnızlığın kişisel nedenleri, bireylerin utangaç bir mizaca sahip olması ve buna bağlı sosyalleşme sorunları yaşaması, fiziksel kapasitesini kısıtlayan sağlık sorunlarının olması ve üretkenliğin azalmasına bağlı ortaya çıkan yetersizlik duygusudur, çevresel nedenler ise; yaşlı bireyin ekonomik gücü, emekliliği, sosyo-kültürel koşulların yetersiz olması, yakınları arasında yaşanan kayıplar gösterilebilir (Gümüş vd., 2012; Yumurtacı, 2013). Eşini kaybeden yaşlı kişilerin azalan destek algısına bağlı duygusal ve sosyal yalnızlık düzeyinde artış meydana geldiği belirtilmektedir (Van Baarsen, 2002). Yalnızlık sürekli hale geldiğinde mutluluk ve yaşam doyumunun olumsuz olarak etkilendiği belirtilmektedir (Age UK, 2019). Yapılan pek çok çalışmada uzun süreli yalnızlığın yaşlı bireylerde birçok sağlık sorununa neden

olduğu gösterilmektedir, bunlar; kardiyovasküler hastalıklar, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlar, stres artışına bağlı bağışıklık sisteminin zayıflaması ve Alzheimer tipi demans gibi nörolojik sorunlar olarak belirtilmiştir (Hawkley et al., 2003; Stepteo et al., 2004; Nyman et al., 2010; Sutin et al., 2018). Yaşlı bireylerin yalnızlık hissini azaltmaları için özellikle çocuklardan gelecek desteğe ve çeşitli aktivitelere katılmaları çok önemlidir (Brimelow and Wollin, 2017).

2.5. Kendini İhmal

Yaşlı istismar ve ihmalin pek çok farklı sınıflandırması bulunmakla birlikte daha çok ailesel istismar, kurumsal istismar ve kendi kendini ihmal olmak üzere üç temel grupta incelenir. Ailesel istismar kavramı, yaşlı kişilerin kendi ya da bir başkasının evinde kötü muameleyle maruz kalması durumunu, kurumsal istismar, yaşlı kişilerin evleri dışında yaşamlarını sürdürdükleri yerlerde (bakımevi, huzurevi) kötü muameleyle maruz kalması durumunu, kendi kendini ihmal ise, yaşlı bireylerin sağlık ve güvenlik gibi konularda yapılması gerekenleri yapmaması durumu ile ortaya çıkan ihmali ifade etmektedir (Akdemir vd., 2008).

Bir diğer sınıflandırma ise bireysel ve toplumsal istismar ve ihmal olarak ayrılır. Bireysel istismar; yaşlıya kötü muamele, duygusal ve fiziksel acıya ve ekonomik kayıp ile sonuçlanan tüm eylemleri ifade ederken, toplumsal istismar ise yaşlıya yönelik hizmet ve politikaların yetersizliği olarak tanımlanır (Küçükkaraca, 2000). Yaşlı istismarı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak beş ana kategoride tanımlanır; fiziksel istismar, duygusal-psikolojik istismar, ekonomik istismar, cinsel istismar ve ihmal-kendi kendini ihmal ve terk etmedir (WHO, 2002; Payne, 2011; Gill et al., 2015).

Yaşlının fiziksel istismarı, yaşlı bireyin zarar görmesinden kaynaklı fiziksel bir ağrı veya çürük, kesik, yanık, yara gibi bir durumun oluşmasıdır (Dong, 2015). Fiziksel istismar durumuna sıklıkla duygusal istismar ve ihmalde eşlik eder. Fiziksel istismara açık yara izleri, morluklar, çürükler ve kemiklerin kırılması ile sonuçlanan tokatlama veya nesnelere vurma söz konusudur (Karagöz, 2010). Fiziksel istismar ile ilgili yaşlılarda yapılmış çalışmalarda istismar oranı %1,5-2,3 arasında değişen oranlar bulunmakta ve çoğunlukla kadınlar fiziksel istismara uğramaktadırlar (Keskinoglu vd., 2004; Acierno et al., 2010; Gill et al., 2015).

Yaşlının duygusal-psikolojik istismarı; aşağılama, tehdit, ayrımcılık, kırııcı kelimeler, sindirme sözel saldırganlık gibi eylemlerle ortaya çıkan sıkıntı ya da zihinsel acı olarak tanımlanır (Ferreira and Lindgren, 2008). Yaşlıya uygulanan bu olumsuz tutumlar, imalı ve iğneleyici sözler bireyde üzüntü, kaygı, duygusal yaralanmaya neden olabilir (Wang, 2006). Duygusal-psikolojik istismarın en örseleyici olanlarından biri yaşlı bireyin fiziksel ya da ruhsal durumu iyi olmasına rağmen huzurevine göndermekle tehdit edilmesidir (Beşer ve Kıssal, 2016). Yapılan yaşlı istismarı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, yaşlı bireylerin istismar türlerinden duygusal-psikolojik istismara daha yaygın bir şekilde maruz kaldığı, çoğunlukla istismar edenlerin kendi çocukları ve akrabaları olduğu tespit edilmiştir (Yan et al., 2002; Wang, 2006; Ergin vd., 2012).

Yaşlının ekonomik istismarı; yaşlı bireylerin mülklerinin ve ekonomik kaynaklarının yasal ya da uygun olmayan bir şekilde kötüye kullanılması olarak tanımlanır (Anetzberger, 2005; Lecovich et al., 2005). Yaşlı bireyin maddi imkanı bulunmasına rağmen istediği gibi kullanamama ya da mal varlığını dilediği gibi paylaşamama, düzensiz para çekimi, bir neden olmaksızın mal varlığının azalması, değerli bir eşya ya da takısının kaybı, kredi kartından şüpheli harcamalar yapılması şeklinde kendini gösterir (Acierno et al., 2010; Jackson et al., 2011). İstismarcı daha çok yaşlı bireyin yakınları olmakla birlikte, telefon, internet dolandırıcılığı, kimlik hırsızlığı gibi durumlarda eklenebilir (Finberg, 2003).

Yaşlı bireyin cinsel istismarı; yaşlının rıza göstermediği ya da anlayamadığı, tehdit ya da fiziksel zorlamayla yaşlı bireye dokunma, okşama, cinsel birlikteliğe zorlama veya herhangi bir cinsel eylemde bulunma olarak tanımlanır (Garbin et al., 2016). Toplumda tabu olarak görülen cinsellikle ilgili yaşadığı bir durumu yaşlı bireyin paylaşması kolay değildir. Çoğu cinsel istismar vakasında raporlandığı gibi yaşlı bireyin de faili sıklıkla yaşlının güven duyduğu akraba ve tanıdığı kimselerdir (Karbeyaz ve Balcı, 2013).

Yaşlı bireyin ihmali, bakım verenin yaşlı bireyin yiyecek, giyecek, barınma, sağlık hizmetleri gibi sosyal, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamada bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde yerine getirmemesidir (Dong and Simon, 2013). İstismar durumunda uygulayan kişi aktif bir tutum sergilerken, ihmal durumunda kişi daha çok pasif konumdadır (Erkal, 2008). İhmal, fiziksel ve ruhsal temel ihtiyaçların kasıtlı olarak karşılanmadığı aktif ihmal, ihtiyaçların bilgi eksikliği ya da

yeteneksizlik sonucu karşılanamaması şeklinde ortaya çıkan pasif ihmâl ve yaşlı bireyin kendi sağlık ve temizliğine dikkat etmemesi sonucu ortaya çıkan kendi kendini ihmâl şeklinde çeşitleri bulunmaktadır (Lee et al., 2011; Lien et al., 2016). İhmâl çeşitlerinden biri olarak ifade edilen terk etme, yaşlının halka açık bir alana, bakım ya da sağlık merkezine bırakılması olarak tanımlanmaktadır (Jamaluddin et al., 2015).

2.5.1. Kendini İhmâl Kavramı

Kendini ihmâl kavramı 1950'lerde ilk kez tanımlanmış ve daha çok diyojen sendromu olarak anılmış (Clark et al., 1975), standartlaşmış bir tanımlı bulunmamakla birlikte Amerika'da 2010 yılında yürürlüğe giren yaşlı adalet yasasında; "yaşlı bireyin fiziksel ve ruhsal bozukluk ya da azalan yetiyitimine bağlı olarak, temel yiyecek, kıyafet, barınma ve tıbbi bakım almak, fiziksel ve ruhsal sağlığı ya da genel güvenliği sağlamak için gerekli olan mal ve hizmetleri elde etmek veya kendi ekonomik işlerini yönetmek olmak üzere temel kişisel bakım görevlerini yerine getirememesi" şeklinde tanımlanmıştır (Elder Justice Act, 2010). Kendini ihmâl durumu yaşlı kişilerin yaşamlarını tehdit edebilecek tehlikelere neden olabilmektedir (Papaioannou et al., 2012).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlı koruma merkezine 2019 yılı yaşlı istismarı ile ilgili bildirimlerin yaklaşık %51 kendini ihmâl vakalarından oluşmaktadır (McGee and Urban, 2020). Yu ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları bir çalışmada 19 yayınlanmış makalenin dahil edildiği bir derlemede yaşlı bireylerde kendini ihmâl yaygınlığının %18.4 ve %29.1 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Kendini ihmâl için risk faktörleri olarak erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük ekonomik durum, etnik köken, düşük eğitim seviyesi, medeni durum ve düşük çocuk sayısı, sağlıkla ilgili bozulmalar, depresyon, yalnız yaşama, düşük sosyal ağ ve sosyal katılım olduğu belirlendi.

Kendini ihmâl durumu ile ilgili yurtdışında yapılan çalışmalarda yaygınlık oranları; %11.5 ile %29.1 arasında belirlenmiştir (Thomson et al., 2011; Dong, 2014; Lee and Kim, 2014; Mohseni et al., 2019). Türkiye'de yapılmış çalışmalar sınırlıdır. İlhan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada geriatri kliniğine başvuran 226 yaşlı katılımcı ile görüşüldü. Elde edilen bulgular katılımcıların %16.8'inin kendini ihmâl ettiğini tespit etmiştir. Kendini ihmâl eden katılımcıların,

kendini ihmal etmeyen katılımcılara göre daha düşük işlevselliğe, daha kötü yaşam kalitesine ve depresyona sahip olduğu bulgulanmıştır.

Kendini ihmal durumu anlaşılması ve tanımlanması güç bir durumdur. Kendini ihmal durumu belirtileri; kişisel temizlikte yetersizlikler (tırnakların kesilmemiş olması, saçların sakalların dağınık ve kirli olması, giysilerin uyumsuz ve kirli olması gibi), cilt sorunları (yara, ezik, çürük, döküntü, enfeksiyonların varlığı), kişisel gereçlerin kullanım zorluğu (gözlük, takma dişler, protez ve yürüme ekipmanları, işitme cihazları gibi), ev ortamı (evin dağınık ve kirli olması, kirli zemin, duvarlar, idrar ve dışkı bulunması, cihazların arızalı olması gibi), boşaltım sorunları (idrar ve dışkı ile ilgili), bilişsel bozulma, fonksiyonel yeteneklerin azalması, eşlik eden hastalıklar (demans, psikoz, depresyon, enfeksiyon gibi), sağlık bakımı ve kullanılan ilaçların reddi ya da uygunsuz ilaç seçimi olarak tanımlanmıştır (Papaioannou et al., 2012).

Kendini ihmal durumu tıbbi, ruhsal ve toplumsal risk faktörleri arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır (Lee and Kim, 2014). Kendine ihmalin en önemli yaygın risk faktörü depresyondur (Gomes and O'Brien, 2018). Bilişsel bozulma, ileri yaş, yalnızlık, gelir düzeyinin düşük olması, tıbbi hastalıklar kendini ihmal ile ilişkili diğer risk faktörleridir (Abrams et al., 2002). Sosyal desteğin yetersiz olması ve alkol bağımlılığı kendine ihmali artıran risk faktörlerindedir (Spensley, 2008).

Kendine ihmal durumu fark edilmediği takdirde önemli sorunlara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar kendine ihmalin, nörolojik, endokrinolojik, metabolik, neoplastik ve kardiyovasküler hastalıklarda artan mortalite ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Lach et al., 1998; Dyer et al., 2007; Dong et al., 2009). Yaygın bir halk sağlığı sorunu olan kendini ihmal durumunu, yaşlılar genellikle yaşamlarının bir parçası olarak gördüklerinden dolayı ifade etmezler ve sağlık hizmeti almayı reddederler (Day and Leahy-Warren, 2008). Erken fark edilmeyip tedavi edilmediğinde durum daha da kötüleşmektedir (Johnson, 2018).

2.5.2. Yaşlılarda Kendini İhmal Nedenleri ve Önlenmesi

Yaşlılarda kendini ihmal belirtilerine bakıldığında; kişisel parasal durumunu yönetmede, yetersizlik; aşırı tüketmek, biriktirmek, parasını birilerine kaptırma veya faturalarını ödeyememe, kişisel bakım, alış veriş, ev işleri yapma, günlük yaşam etkinliklerini düzenleyememe, tıbbi tedaviyi reddetme, madde bağımlılığı, intihar

girişimi, deride yaralar, gaita-idrar kokusu, uygunsuz giyim, beslenme eksikliği, bilinç bulanıklığı tutarsızlık şeklinde ortaya çıkabilir (Uysal, 2002).

Yaşlılarda ihmal ve istismarı ortaya çıkaran nedenler, yaşlının bireysel özellikleri, failin özellikleri, bakım verenin stresi, nesiller arası aktarım, sosyal değişim ve izolasyon şeklinde sayılabilir (Brandl, 2007). Modern zamanda ailenin geleneksel yapısı değişmiş, kendisine hürmet edilen, söz sahibi, deneyimlerinden yararlanan yaşlıların sosyal konumları değişmiş ve bu durum ihmal ve istismar riskini artırmıştır (Koştu, 2005). Yaşlılığa karşı negatif tutum, yaşlı ayrımcılığı ve kültürel durumlar yaşlı ihmal ve istismarını algılama biçimini ihmali artıran ya da ihmali mazur gösteren nedenlerdendir (Erlingson et al., 2005).

Yaşlı ihmal ve istismar riskini artıran bireysel nedenlere bakıldığında cinsiyet (kadınlar daha fazla ihmal ve istismara maruz kalmakta), yaş (ilerleyen yaşla risk artar), medeni durum (dul ve yalnız yaşayanlarda risk artar), öfkeli ve saldırgan davranış gösteren, yalnız yaşayan, kronik hastalığı olan (özellikle Alzheimer gibi), duyuşsal kayıpları olan (işitme sorunu gibi), bağımlı (ekonomik bağımlılık gibi) olma gibi faktörler karşımıza çıkar (Akdemir vd., 2008; Yeşil vd., 2016).

Günümüzde yaşam koşulları yaşlı bireye tahammülün azalmasına ve gerontofobi olarak ifade edilen yaşlıya ve yaşlılığa karşı korkunun artmasına dolayısıyla yaşlı ayrımcılığı neticesinde ihmal ve istismara neden olmaktadır (Ertin ve Özkaya, 2016). Yaşlı ihmal ve istismarının toplumsal nedenleri göç, teknolojik gelişmeler, sosyoekonomik yapı, aile yapısının değişmesi gibi etmenler sonucunda yaşlıların yalnızlaşması bu nedenle de ihmal ve istismara yol açmaktadır (Lecovich, 2005).

İhmal ve istismarın faileri çoğunlukla primer bakıcılardır; yaşlının kendi çocukları, gelini, arkadaşı, akrabası, komşusu, tanıdığı kimselerdir (Lowenstein et al., 2009). Bu durumu artıran nedenlerin başında bakım işinin gönüllü yapılmaması, mecburiyete dönüşmesi söz konusudur (Artan, 2016). Kişiler kendilerini çaresiz ve bunalmış hissettiklerinde ya da bakıcılar desteklenmediklerinde risk artar (Karagöz, 2010). Bakım verenin kişilik problemlerinin olması, madde bağımlısı olması, kendisinin de böyle bir duruma maruz kalması yaşlı bireye ihmal ve istismar uygulamasının nedeni olabilir (Oh et al., 2006).

Yaşlı ihmal ve istismarını önlenmesine yönelik atılacak en önemli adım ihmalin tanınmasıdır. Bu konuda hem yaşlının kendisine, hem bakım verene ve hem de topluma belirli ödevler düşmektedir (Akdemir vd., 2008) Yaşlının ihmal konusunda alabileceği önlemler, topluma aktif katılımı, akraba, arkadaş ve komşuları ile sosyal ilişkileri sürdürmeleri, gönüllülük programlarına, sosyal ve toplumsal etkinliklere katılımıdır. Birlikte kalacağı kişiyi belirlerken, geçmişinde şiddete başvurmayan, madde kullanım öyküsü olmayan biri olmalıdır. Finansal konularda düzenlemeler yapılmalı, yetersizlik yaşayacağı dönemde temsil edecek birileri (avukat vs.) seçilmelidir ve koruyucu hizmetler sunan birimlerle iletişim halinde bulundurulmalıdırlar (Sayan ve Durat, 2004).

Ailenin ihmale karşı alabileceği önlemler, uzun dönem evde bakım potansiyeli değerlendirilmeli, mali boyutu ve sorumlulukları karşılamak için yetersiz ise evde bakım konusunda ısrarcı olmayıp destek alınmalıdır (Fadiloğlu ve Şenuzun-Aykar, 2012). Toplumun ihmal durumuna karşı alabileceği önlemler ise bakım veren ailelere doğrudan destek sağlayacak politikalar geliştirilmelidir. Yaşlı bakımı konusunda profesyoneller yetiştirilmeli ve kamu ve özel destek birimleri oluşturulmalıdır. İhmal ve istismar konusunda eğitimler planlanmalıdır. Basın yayın organlarınca yaşlı ihmal ve istismarını önlemeye yönelik bilgilendirme yapılarak toplumsal duyarlılık artırılmaya sağlanmalıdır. Yaşlılar için sosyal ve sağlık hizmeti ve gelir sağlanması gibi önlemler sayılabilir (Gülen vd., 2013).

2.6 Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

2.6.1 Yaşlılarda Depresyon ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Jongelis ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları bir çalışmada 333 huzurevinde kalan yaşlı bireyle görüşülmüş depresyon yaygınlığı %8.1 depresif belirti yaygınlığı %14.1 olarak tespit edildi. Huzurevinde depresyon yaygınlığı yüksek olarak bulgulanmış ve kronik hastalığı olan, yaşı yüksek olan, sosyal destek eksikliği ve yalnızlık depresyon için risk göstergeleri olarak bulunmuştur.

Kim ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan depresyon ve depresif belirtilerin ilişkilerini araştırdıkları bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre, stres düzeyi yüksek olanların, alkol bağımlılığı olanların ve uyku problemi olanların depresif belirti semptomları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Chang-Quan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerde depresyon ve sağlık durumu arasındaki ilişki incelendikleri bir meta-analizde; kronik hastalığı olan katılımcıların depresyon riski yüksek bulundu. Bunun yanında sağlık durumu iyi olanlarla karşılaştırıldığında, sağlık durumu kötü olanların depresyon riski daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Fiske ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmış olan bir araştırmanın bulgularına göre; depresyon yaşlı bireyler arasında genç bireylere göre daha az görünmesine rağmen ciddi sonuçları olabilir. Genç bireylere göre yaşlı bireyler daha çok bilişsel değişiklikler, somatik yakınmalar ve kaygı gibi depresif semptomları sergilerler. Yüksek öğrenim, sosyoekonomik durumun iyi olması, etkinliklere katılım ve dini inanç depresyon riski açısından koruyucu faktörlerdir.

Lue ve arkadaşlarının (2010), Tayvan'da yaşlı bireylerdeki depresyonun etkenlerini araştırdıkları bir araştırma 1999 ve 2003 yılları arasında 65 yaş ve üstü 1487 katılımcıdan elde edilen verilere dayanmaktadır. 4 yıl boyunca depresyon görülme oranı %19.7 olarak tespit edildi. Çok değişkenli regresyon analiz sonucunda yaşam memnuniyetsizliği, geliri az olan, işlevsel durumu kötüleşen kadınlarda erkeklere oranla depresyonun görülme sıklığı daha yüksek bulgulanmıştır.

Klug ve arkadaşları (2014) tarafından yaşlılarda depresyonun yalnızlık sosyal bağlanma stili ve sosyal ağ arasındaki ilişkiyi amaçladıkları bir çalışmaya 969 denek dahil edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda kadınlarda ve erkeklerde yalnızlık ileri yaş depresyonu için bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Grover ve arkadaşları (2018) tarafından yaşlılarda yalnızlığın sosyal bağlılık ve depresyon ile ilişkisini incelemeyi amaçladıkları bir çalışmaya 488 katılımlı dahil edildi. Çalışmanın bulgularına bakıldığında yalnızlık düzeyi yüksek olması depresyon, anksiyete ve somatik septomlarla pozitif korelasyona sahip olduğu tespit edildi. Depresyonu olan hastaların yaklaşık dörtte üçü yalnızlıkla ilişkili olduğu sonucuna ulaşıldı.

Koo ve arkadaşları (2021) tarafından yaşlılarda yalnız yaşama ile depresyon arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik yapılan bir araştırmaya 568 yaşlı katılımcı ile görüşüldü. Araştırma sonucunda erkekler ve kadınlar yalnız yaşamaya başladıkları dönemde depresif belirtilerinde artış gözlenmiştir. Ayrıca kadınlar erkeklere göre daha yüksek düzeyde depresif belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir.

Martin-Maria ve arkadaşları (2021) tarafından geçici ve kronik yalnızlığın depresyon üzerindeki etkilerini yaşlı bireylerde inceledikleri bir çalışmada 1190 katılımcı ile görüşülmüştür. 7 yıllık bir süreç boyunca üç değerlendirme dönemi yapılan çalışmada yalnızlık düzeyi UCLA ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Katılımcıların dörtte biri kendilerini yalnız hissetti. Örneklemin %22 geçici yalnızlık yaşarken %6'sı kronik yalnızlık göstermektedir. Kronik yalnızlık yaşayan kişiler geçici yalnızlık yaşayanlara göre depresyon sergileme risklerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

2.6.2 Yaşlılarda Yalnızlık ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Rosen ve Rosen (1982) yapmış oldukları bir çalışmada grup terapi yöntemi ile ruhsal sağlık sorunu olan 68 katılımcıyı ve ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duymadığına karar verilen 31 karşılaştırma vakasını içeren yaşlı deneğe kendine yardım desteği vermişlerdir. Bu danışma sürecinin yalnızlığı azalttığı bunun yanında sosyal izolasyonu azaltmadığını bulgulamışlardır. Yarı deneysel gerçekleşen çalışmada sosyal ve sosyal olmayan aktivitede, moralde ve kendi kendine tatminde önemli artışlar tespit edilmiştir.

Stevens ve Van Tilburg (2000) yaptıkları bir çalışmada; yalnızlığı azaltma ve arkadaşlığı geliştirmeyi amaçlayan bir programı 32 yaşlı kadına uygulamıştır. Program katılanlara sosyal ağlarını inceleme, arkadaş ilişkileri geliştirmeye teşvik edilmiştir. 12 haftalık eğitim programı uygulanan deney grubunun kontrol grubuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı ölçüde azalmıştır.

Hopman-Rock ve Westhoff (2002) bir araştırmada 89 yaşlı fiziksel etkinlikte bulunmayan kadın ve erkeğe egzersiz, fiziksel aktivite ve sağlık eğitimini içeren bir uygulama programlamışlardır. Program sürecinde sağlık eğitimleri ve egzersizler benzer zamanlarda uygulanmış ve program öncesine göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak azalmıştır.

Pinquart (2003) yapmış olduğu bir araştırmada 4130 yaşlı katılımcıdan veri toplamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında hiç evlenmemiş yaşlılarda evlenmiş yaşlı bireylere göre yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu, evliliği devam eden ve eşi hayatta olan yaşlıların, dul ve boşanmış olan yaşlılara göre yalnızlık düzeylerinin daha düşük olduğu, bunun yanında sosyal ağı güçlü olan,

çocuk, akraba, arkadaş ve komşuları ile ilişkileri devam eden yaşlıların yalnızlık düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir.

Dykstra ve arkadaşlarının (2005) 1908 ve 1937 yılları arasında doğan yetişkinler arasında yedi yıllık bir süreçte gerçekleştirdikleri boylamsal bir araştırmada 2925 yaşlı birey katılmış ve yalnızlık çeşitli değişkenlerle incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşlı yetişkinlerin genellikle zaman geçtikçe daha yalnız hale geldiğini tespit etmektedir. Eşini ölümlle kaybeden yaşlı yetişkinler yalnızlıkta en büyük artışı gösterenler olarak bulundu. Sağlık durumu kötü olan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu, sosyal ilişki ağı fazla olan yaşlılarda yalnızlık düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Ballantyne ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları bir çalışmada yaşlı bireylerin sosyal ağ kullanımının yalnızlık duygularını azaltıp azaltmayacağını ölçmeyi amaçlamışlardır. Katılımcılara internet kullanımı ile ilgili bir eğitim verilerek aktif internet kullanıcısı olmaları sağlanmıştır. Üç aylık bir süre sonunda yaşlılara teknolojik olanaklar sunulmasının ve internet kullanımının öğretilmesi sonucunda yaşlıların yalnızlık duygularının önemli oranda azaldığı tespit edilmiştir.

Gallacher ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, iyi hayatı nasıl algıladıklarını keşfetmek amacıyla 632 yaşlıya ulaşılmış, elde edilen verilerde yaşlı bireylerde karşılaşılan psikolojik sorunların benlik saygısı ve öz yeterlilik konularına bağlı olarak depresyona neden olduğu, depresyona giren yaşlılarda ise yalnızlığın arttığı tespit edilmiştir. Olumsuz duygular, yaş, sağlık, yoksunluk ve mali durum yaşam doyumu ve benlik saygısından etkilendiği bulunmuştur.

Greenfield ve Russell (2011) yapmış oldukları bir araştırmada 3005 yaşlı birey ile görüşmüşlerdir. Araştırma sonucunda yaşlılık öncesinde yalnız yaşayan bireylerin, yaşlandıklarında yalnızlık duygusu hissetme oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Yalnızlık erkek katılımcılarda kadınlardan daha yüksek tespit edilmiştir ancak eş olmadan çocuklarla yaşamak kadınlarda yalnızlık oranını yükselttiği tespit edilmiştir.

Luo ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir araştırmada yaşlılık döneminde yalnızlık sağlık ve ölüm arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. 2002-2008 yılları arasında 2101 yaşlı katılımcı ile gerçekleşen araştırma sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeylerinin artmasının sağlık durumlarını bozduğu ve 6 yıllık bir süre

içinde artan ölüm riski ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yalnızlık zaman içinde hem depresif belirtileri hem de fonksiyonel kısıtlamalardan etkilenmiştir.

Liu ve Rock (2013) yapmış oldukları yaşlılardaki duygusal ve sosyal değişimlerin yalnızlık ile ilişkisini araştırdıkları bir araştırmada; eşinden ayrılan yaşlıların sosyal iletişim ağı güçlü olanların yalnızlık düzeylerinin düşük olduğu, sosyal iletişim ağı düşük ise yalnızlık duygusunun yükseldiği, yeniden evlenme durumunda ise yalnızlık duygusunu etkileyen faktörler sağlık ve gelir düzeyi olduğu, sağlık ve gelir düzeyi olumlu olan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin düşük olduğu bulgulanmıştır.

2.6.3 Yaşlılarda Kendini İhmal ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Abrams ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları yaşlı kişilerde depresif belirtilerin ve bilişsel bozukluğun kendine ihmali öngörülmesine katkısını incelemeyi amaçlayan bir çalışmada 9 yıl boyunca 65 yaş ve üzeri 2161 kişiye ulaşıldı. 1982'den 1991'e kadar 92 doğrulanmış kendine ihmal vakası tespit edildi. Çalışmanın sonucunda kendine ihmal yaygın olarak gözlendi ve depresyon, bilişsel bozulma, 5000 doların altında yıllık kazanca sahip olma, erkek cinsiyetten olma, yaşın ilerlemesi, yalnız yaşama, kalça kırığı ve inme risk faktörü olarak tespit edildi.

Jason ve arkadaşları (2006) tarafından yaşlıların kendini ihmal etmesiyle ilişkili sosyal ağları inceledikleri bir çalışmada 91 yaşlı kendini ihmal vakasını kontrol grubu ile kıyaslamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre aile, arkadaşlar ve dini bağlantılar ile ilgili daha az yeterli sosyal kaynaklar, yaşlıların kendini ihmali ile önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Oh ve arkadaşları (2006) tarafından Kore'deki yaşlı ihmal ve istismarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada 15.230 katılımcıdan elde edilen bulgulara göre fiziksel istismara maruz kalanların oranı %1.9, sözel istismar oranı %3.6, ekonomik istismar oranı %4.1, duygusal-psikolojik istismar oranı %4.2 ve ihmal oranı ise %6.3 olarak bulgulanmıştır. İstismar deneyimi, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi ve ekonomik bağımlılık gibi kişisel özelliklere ve fiziksel ve zihinsel sağlık durumuyla ilişkili olduğu ayrıca hane halkı türü, ailenin gelir düzeyi ve aile ilişkilerinin kalitesi gibi özellikler ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Dyer ve arkadaşları (2007) tarafından kendine ihmalin etiyolojik modellerinin geliştirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada 568 yaşlı hastanın ileri analizinde vakaların %50'sinin bilişsel fonksiyonlarının bozulduğu, %15'nin depresyonda olduğu, %76'sı fiziksel performans düşüklüğü ve %95'inin sosyal ilişkilerinin zayıf olduğu tespit edildi.

Choi ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları bir çalışmada yaşlılarda ihmal türlerini incelemişler ve elde ettikleri bulgular doğrultusunda yaşlıların kendini ihmalinin büyük ölçüde yaşlıların güçsüz kalıklarında, ailelerinin ekonomik problemler yaşadıklarında ve yaşlılar için yetersiz sağlık ve diğer resmi programların yetersizliği ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

Dong ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan yaşlılarda kendini ihmal ile bilişsel işlev arasındaki kesitsel ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmada Chicago'da 8698 denek içinde kendini ihmal eden 1094 katılımcı ile görüşülmüştür. Kendini ihmal etme şiddeti ile bilişsel işlev arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için doğrusal regresyon modeli kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre kendini ihmal etme, düşük global bilişsel işlevler, dönemsel bellek ve algısal hız ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Mardan ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları kendini ihmal durumunu seçilmiş sosyo-demografik faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemeyi hedefledikleri bir çalışmada Malezya'da 60 yaş ve üzeri 201 yaşlı kişi ile evlerinde yüz yüze görüşülmüştür. Kendini ihmal etmeyi ölçmek için yeni bir araç geliştirildi. Ölçeğin iç tutarlılığı .90 güvenilirlik gösterdi. Özbakım ve kendini ihmal arasında anlamlı bir ilişki bulguları ve eğitimin düşük olması ve yaş ilerledikçe kendini ihmal oranının yükseldiği tespit edildi.

Iris ve arkadaşlarının (2014) yaşlıların kendini ihmal etmesine ilişkin genel risk faktörlerini ve bilişsel ve işlevsel bozukluklar gibi başa çıkmayı sınırlayan faktörleri inceledikleri çalışmada kendini ihmali uygun karar vermeyi ve problem çözmeyi engelleyen baskın faktör olarak görüldüğünü ve bu bozulmuş frontal lob işlevinin, yaşlıların fiziksel engellerle başa çıkma becerilerini engelleyerek, işlevsel bozukluklara neden olduğunu tespit etmişlerdir.

Ghiasi (2018) yapmış olduğu bir çalışmada meta-analiz yoluyla İran'daki yaşlı katılımcıların istismarının yaygınlığını belirlemeyi amaçlamışlardır. Ulusal ve

uluslararası veri tabanları 22 nisan 2018 tarihine kadar taranarak 1386 makale incelenmiştir. Katılımcıların genel istismar yaygınlığı %14.7 ile %87.8 arasında değiştiği ve %13'ü fiziksel istismara maruz kalmakta, %36'sı duygusal-psikolojik istismara, %31'i ekonomik istismara ve %36'sı fiziksel ihmale, %43'ü duygusal-psikolojik ihmale, %28'i ekonomik ihmale ve %13'ünün ise terk edildiği tespit edilmiştir.

Yu ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları bir çalışmada 19 yayınlanmış makalenin dahil edildiği bir derlemede yaşlı bireylerde kendini ihmal yaygınlığının %18.4 ve %29.1 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Kendini ihmal için risk faktörleri olarak erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük ekonomik durum, etnik köken, düşük eğitim seviyesi, medeni durum ve düşük çocuk sayısı, sağlıkla ilgili bozulmalar, depresyon, yalnız yaşama, düşük sosyal ağ ve sosyal katılım olduğu belirlendi.

2.7 Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

2.7.1 Yaşlılarda Depresyon ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Kurtoğlu ve Rezaki (1999) tarafından yapılan huzurevindeki yaşlı bireylerde depresyon ve bilişsel bozuklukların yaygınlığını bazı değişkenler açısından belirlemek üzere yaptıkları bir çalışmada, huzurevinde kalan 60 yaş üzeri 127 yaşlı birey ile görüşmüşler ve depresyon yaygınlığını %10.2, kadınlarda %15.9, erkeklerde %4.7 olarak tespit etmişlerdir.

Kulaksızoğlu ve arkadaşlarının (2005) İstanbul'da yapmış oldukları bir çalışmada 70 yaş ve üzeri 1067 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeği, Mini Mental Test ve demografik bilgiler yüz yüze görüşülerek elde edildi. Yapılan analiz sonucunda depresif belirti gösteren yaşlıların oranı %16 olarak bulgulanmış olup sadece %9 antidepresan kullanıyordu. Okuma yazma bilmeyen, 75-79 yaş, kadın ve dört çocuk ve fazlasına sahip olmanın yordayıcı olduğu tespit edilmiştir.

Keskinoğlu ve arkadaşları (2006) tarafından sosyoekonomik düzeyi düşük bölgedeki yaşlılardaki depresif semptomların araştırıldığı bir araştırma yapılmıştır. Küme örnekleme yöntemi ile 65 yaş ve üzeri 201 yaşlıya ulaşılmıştır. Depresif belirtiler için Depresif Belirtiler Ölçeği kullanılmıştır. Veri yüz-yüze görüşülerek toplanmıştır. Yaşlıların yaş ortalaması 70.8, %61.2'si kadın, %11.4'ü yalnız yaşamakta, %25.9'unun sosyal güvencesi bulunmamakta olup depresyon puan

ortalaması 3.8'dir. Yapılan analiz sonucunda depresif belirtileri etkileyen en önemli etmen yakınları ile görüşme sıklığı olarak tespit edilmiştir.

Kalenderoğlu ve arkadaşlarının (2007), yapmış oldukları bir çalışmada ocak 2004 ile aralık 2005 tarihleri arasında yaşlılık birimine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlıların depresyon oranı %10.5 olarak, anksiyete bozukluğu %31.6, bunama %17.5, bipolar %7 olarak bulgulanmıştır. Yaşlılarda depresyon ve anksiyete çok yaygın görülmekte olup depresyon birçok başka ruhsal bozuklukla eş tanılanmakta ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir.

Çınar ve Kartal (2008) tarafından yapılmış bir çalışmada yaşlılık döneminde depresyon belirtilerini çeşitli sosyodemografik özellikler açısından belirlemek üzere yapılmış ve yaşlıların %53.2'sinde depresif belirtilere, %10.3'ünde şiddetli depresyon tespit edilmiştir. Kadın yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri erkek yaşlı bireylerden daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Aylaz ve arkadaşları (2012) tarafından yaşlılarda depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılan bir çalışma 913 yaşlı kişiden oluşmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre depresyon ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal güvencesi olanların ve yüksek gelir düzeyinin düşük ortalama puanlara yol açtığı tespit edilmiştir.

Ağırman ve Gençer (2017) tarafından yaşlı bireylerin yaşadıkları yere göre depresyon düzeyleri ve yalnızlık düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmanın bulgularına göre yaşlıların %53 hafif, %39 orta, %7'sinde ağır depresyon olduğu saptandı. En yüksek yalnızlık evde yaşayanlarda tespit edildi. Yüksek düzeyde yalnızlık hissi olan yaşlılarda depresyon oranı 7,6 kat arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Söylemez (2020) tarafından yapılan bir çalışmada Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü 354 bireye yaşlılardaki depresyon düzeyi çeşitli değişkenlerle ilişkisi incelenmek amacıyla ulaşılmıştır. Çalışmada Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü, Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi ve Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre yaşlılardaki depresyon düzeyi %51.4 olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi, gelir, beslenme düzeni, ağrı durumu, fiziksel aktivite becerisi, cep telefonu kullanımı ve depresyon yaşlılarda yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkseven ve arkadaşlarının (2020) yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal desteğin depresyon ile ilişkisini incelemeyi amaçladıkları bir çalışmaya 383 yaşlı dahil edilmiştir. Çalışmada Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği yüz yüze uygulanmıştır. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı 3.3 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre sosyal destek arttıkça depresyon anlamlı olarak azalmaktadır ve kadınların depresyon düzeyi erkeklere göre daha yüksektir.

Yönder-Ertem (2021) tarafından huzurevinde yaşayan kişilerin psikososyal ve fiziksel işlevlerinin değerlendirildiği bir çalışma 236 yaşlı birey ile yapılmıştır. Çalışmanın bulgularına göre katılımcıların gelir düzeyi ile depresif duygu durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Gelir düzeyinin düşük olması yaşlı bireyler için depresyon riskini yükseltmekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.7.2 Yaşlılarda Yalnızlık ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Günaydın (1996) tarafından yapılmış bir araştırmada; huzurevinde yaşayan yaşlılarda yalnızlık duygusu incelenmiş ve orta düzeyde yalnızlık hissettikleri tespit edilmiştir. Ziyaretçi durumu, gelir ve öğrenim durumunun yalnızlığı doğrudan etkilediği, yaşlı bireylerin hayata bakışı ve kaygılarının yalnızlık düzeyini artırdığı bulgulanmıştır.

Bir başka çalışmada Akgün (2001) tarafından huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yalnızlık ve yaşam kaliteleri üzerine etkileri konusunda yapılmıştır. Huzurevinde yaşayan 161 yaşlı denekten elde edilen bilgiler doğrultusunda yaşlıların çoğunluğunun düşük düzeyde yalnızlık hissettikleri bulgulanmıştır. Yalnızlık duygusunu etkileyen faktörler ise eğitim düzeyi, sosyal güvence ve etkinlik durumu olarak belirlenmiştir.

Akyüz (2004) tarafından yapılan bir araştırma ile huzurevi ve evde yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık ve depresyon düzeyleri sosyal destek sistemi açısından karşılaştırılmış ve 229 yaşlı denekten elde edilen bilgiler sonucunda iletişim becerisi yüksek olan ve sosyal etkinliklere katılan yaşlı bireylerin yalnızlık duygusu düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Ceyhan (2005) yapmış olduğu bir araştırmada 225 yaşlı birey üzerinde yaşlılarda yalnızlık düzeylerini etkileyen etmenleri incelemiş, araştırma sonucunda kadınların erkeklere oranla daha fazla yalnızlık duygusu hissettikleri, eğitim düzeyi

arttıkça yalnızlık düzeyinin azaldığı, dul olan, sosyal güvencesi olmayan, çocuğu olmayan, kronik hastalığı olan yaşlıların yalnızlık düzeyleri yükseldiği tespit edilmiştir.

Dereli ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları bir çalışmada huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yalnızlık durumlarını incelemek amacıyla 48 yaşlı bireye ulaşılmıştır. 19 sorudan oluşan bir görüşme formu ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ziyaretçi gelmesi, ziyaret dışında haberleşme, grup etkinliklerine katılma ile yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca uzun süreli huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yaşadıkları iletişim sorunları ve kaldıkları ortamı kabullenememesine bağlı yalnızlık duygularının artabileceğinin ifade etmektedirler.

Aközer ve arkadaşlarının (2011) ülkemizde yaşlılık dönemine ilişkin beklentilerini araştırdığı bir çalışmaya 40 yaş ve üzeri bireyler dahil edilmiştir. Yaşlıların yaşam doyumları, sosyal desteğin ve bakım yardımının kapsamı, yaşlıların yararlanabileceği sosyal ağlar, kamu kurumlarından hizmet beklentileri incelenmiştir. Yaşlılık döneminde aile ve sosyal çevre ile olan ilişkinin azaldığı, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşlı bireyleri topluma yabancılaştırdığı hissine neden olabildiğini belirtmektedirler.

Aylaz ve arkadaşları (2012) tarafından yaşlılarda yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılan bir çalışma 65 yaş ve üzeri 913 yaşlı kişiden oluşmuştur. Çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeği ve UCLA Yalnızlık ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre depresyon ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal güvencesi olanların ve yüksek gelir düzeyinin düşük ortalama puanlara yol açtığı tespit edilmiştir.

Genç ve Dalkılıç (2013) yaşlıların sosyal dışlanması üzerine yapmış olduğu çalışmalarında, 108 yaşlı katılımcı dâhil edilmiştir. Yaşlıların demografik yapısına, yaşlılık dönemi sorunlarına, toplum tarafından algılanma durumlarına, sosyal aktivite ve ilgi alanlarına, hayat beklentilerine yönelik 30 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır. Katılımcıların %33 kendini hüznü, % 22'si yalnız hissettikleri tespit edilmiştir. Yaşlılık döneminde en önemli duygusal sorunların başında yalnızlık ve

Babacan ve Duman (2017) yapmış oldukları çalışmalarında yaşlılarda yalnızlık düzeyini etkileyen değişkenleri; eğitim seviyesi, cinsiyet, gelir durumu, kronik

hastalık, yaşanan ortam, eş kaybı, sosyal aktif olma, sosyal ilişki ve sosyal destek olarak bildirmişlerdir. Yaşlılarda kısıtlı sosyal ilişkiler yaşayan yaşlılarda mortalite riskinin güçlü sosyal ilişkileri olan yaşlılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çevik ve arkadaşları (2017) huzurevinde kalan yaşlılarda yalnızlık durumunu inceledikleri bir araştırmaya kasım 2015-mayıs 2017 tarihleri arasında 91 yaşlıya ulaşılmıştır. Çalışmada bilgi formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Sosyal Destek Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin algıladıkları sosyal destek ile yalnızlık hislerinin birbirini etkilediği, kendilerini sosyal destekten yoksun algıladıklarında daha yalnız hissettikleri sonucuna varmışlardır. Bunun yanında evde yaşamanın yaşlılarda sosyal destek ve öznel mutluluk düzeylerini yükselttiği tespit edilmiştir.

Polat ve Geçici (2020) tarafından yaşlı bireylerin algıladıkları yalnızlık düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapmış oldukları bir araştırmayı 65 yaş üstü 519 yaşlı birey oluşturmuştur. Çalışmada yalnızlık puan ortalaması 10.84 ± 5.58 Duygusal yalnızlık 6.62 ± 3.36 , sosyal yalnızlık 4.22 ± 3.37 ve depresyon puan ortalaması 7.08 ± 4.12 olarak bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen verilere göre depresyon ile yalnızlık arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Korkmaz-Hoşoğlu ve Ümmet (2021) tarafından yaşlı bireylerin yalnızlık algılarının yaşam kaliteleriyle ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmaya toplamda 196 yaşlı birey katılmıştır. Elde edilen bulgular incelendiğinde yalnızlık ile yaşam kalitesi arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin cinsiyet ve eğitim durumuna göre değiştiği erkek katılımcıların kadınlara göre daha yalnız hissettiği tespit edilmiştir.

2.7.3 Yaşlılarda Kendini İhmal ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Keskinoğlu ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları bir çalışmada İzmir ili İnönü sağlık ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzeri 204 yaşlı seçilmiştir. Yaşlılarda fiziksel, finansal örselenme ve ihmalin araştırıldığı çalışmada oluşturulan anket formu yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Yaşlı bireylerin fiziksel istismara uğrama oranı %1.5, ekonomik istismar oranı %2.5, net ihmal bulgusu %3.5, ihmal

olasılığı bulgusu %28.9 olarak tespit edilmiştir. İhmal bulgusu yaş ortalamasının ihmal olmayan gruba göre yüksek olduğu ve yakınlarının yaşının sorunlarıyla daha az ilgilendikleri bulunmuştur.

İlhan (2006) tarafından yaşlı bireylerin ihmal ve istismarının belirlenmesine yönelik Ankara ilinde yapılan bir çalışmada 20 Eylül-30 Aralık tarihleri arasında 65 yaş ve üzeri 275 kişi incelenmiştir. Çalışmada yaşlı istismarını saptamaya yönelik anket, Mini Mental Test ve Groningen Etkinlik Kısıtlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda istismara uğradığı tespit edilen katılımcıların %40.5'inin duygusal istismara maruz kaldığı, %29.7'sinin ihmal edildiği, %20.3'ünün ekonomik istismar ve %9.5'inin fiziksel olarak istismar edildiği bulunmuştur. Aile içi ihmal ve istismar kadınlarda, 75 yaş ve üzeri olanlarda, dullarda, iki ve daha az sayıda yaşayan çocuğu olanlarda, çocuğunun evinde ikamet edenlerde, yalnız yaşayanlarda, bilişsel bozukluğu olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bir başka çalışmalarında Keskinöglü ve arkadaşları (2007), yaşlılardaki ihmal ve istismarı sosyoekonomik açıdan incelemişler ve düşük sosyoekonomik bölgede yaşayanların fiziksel istismara maruz kalma oranı %1.5, ekonomik istismar %2.5, ve ihmal 27.4 olarak bulunmuş, yüksek sosyoekonomik bölgede yaşayanlarda ise fiziksel istismar %2, ekonomik istismar %0.3 ve ihmal %11.2 olarak tespit edilmiştir.

Ergin ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları 756 yaşlı kişinin katıldığı bir çalışmaya göre yaşlı bireylerin %14.2'sinin bir ihmal ve istismar tipine maruz kaldığı, %8.1'inin duygusal-psikolojik istismara, %7.6'sının ihmale, %3.5'nin ekonomik istismara, %2.9'u fiziksel istismara ve 0.4'ünün ise cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir.

Daşbaşı (2014) 65 yaş üstü bireylerin aile içi yaşlı istismarı konusundaki değerlendirmeleri incelediği çalışmada yaşlıların %70,9'unun herhangi bir türde istismara maruz kaldığını; %4.2'si fiziksel, %0.3'ü cinsel, %64,1'i duygusal, %12,6'sı ekonomik, %29.9'u ihmal şeklinde saptamıştır. İstismar ve ihmal türlerinde kadınların oranı erkeklerden daha yüksek ve sağlık durumunun kötü olması bir risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Kibar (2015) Ankara ili Pursaklar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendini ihmal etme durumlarını araştırdığı çalışmasında 370 yaşlı bireye ulaşılmıştır. Katılımcıların %14.3 yalnız

yaşamaktadır ve kadın cinsiyet, 85 yaş ve üzeri, okur yazar olmayan ve yalnız yaşayanlarda kendini ihmal sıklığı daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda işitme cihazı ve baston kullananlarda da kendini ihmal sıklığı fazladır. Araştırmada kadınlarda 3.61 kat, 80 yaş ve üzerinde 10.73 kat kendini ihmal daha fazla görülmekte olduğu tespit edilmiştir.

Kendirli (2016). Yaşlılarda ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenleri araştırdığı çalışmasında, 253 yaşlıya ulaşmış, katılımcıların %2.4'ü fiziksel, %22.1'i duygusal, %5.1', ekonomik, %0.4'ü cinsel istismara, %26.1'i ise herhangi bir istismara uğradığını belirlemiştir. Yaşlıların kendini ihmal oranı %7.9 olarak tespit edilmiştir. Yalnız yaşayanlarda, sosyal aktiviteye katılmayanlarda, doktora son 6 aydır gitmeyenlerde yakınlarının ihmali fazla olduğu, sosyal aktiviteye katılanlarda katılmayanlara göre kendini ihmal 4-5 kat az bulgulanmıştır.

Kılıç ve Şelimen (2017) tarafından yapılan yaşlıların huzurevi yaşamına zorlayan etmenlerin belirlenmesini amaçlayan çalışmada 65 yaş üzeri 360 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların %25 kendi istekleri ile, %23 çocuklarının bakmaması ile, %16'sı ise yalnızlık nedeni ile huzurevini tercih ettikleri belirlenmiştir. Katılımcıların %6.4'ü fiziksel istismara %1.3'ü cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir. Huzurevine gelmeden önce yaşlıların %38 yalnız yaşamaktadır. Yalnızlık ve istismarın kendini ihmal riskini artırmakta olduğu ifade edilmiştir.

İlhan ve arkadaşları (2018) tarafından toplum içinde yaşayan kendi kendine yeten yaşlı yetişkinlerde kendini ihmal için yeni bir tarama aracı geliştirmeyi amaçladıkları bir çalışmada geriatri kliniğine başvuran 226 yaşlı katılımcı ile görüşüldü. Çalışmada değerlendiriciler arası ve test tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulgular katılımcıların %16.8'inin kendini ihmal ettiğini tespit etmiştir. Kendini ihmal eden katılımcıların, kendini ihmal etmeyen katılımcılara göre daha düşük işlevselliğe, daha kötü yaşam kalitesine ve depresyona sahip olduğu bulgulanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada yaşlı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel araştırma türünde olan bu çalışmada amaç doğrultusunda ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasındaki değişimi ve değişimin düzeyini belirlemeyi amaçlayan bilimsel bir araştırma metodudur (Karasar, 2012).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma Giresun il merkezinde bulunan ve kura yöntemi ile seçilen Teyyaredüzü, Şehit Jandarma Üsteğmen Adnan Bahat ve Kumyalı Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yürütülmüştür. Araştırmanın evreni Teyyaredüzü (n:1690), Şehit Jandarma Üsteğmen Adnan Bahat (n:1394) ve Kumyalı (n:1963) Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtları bulunan 65 yaş ve üzeri 5047 yaşlı oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini belirlemek amacı ile %95'lik anlamlılık düzeyi ve 0.05 yanılğı payı ile olasılıklı örnekleme yöntemlerinden evreni bilinen örneklem büyüklüğü belirleme formülü kullanılarak hesaplanan 357 yaşlı birey oluşturmuştur. Çalışma için olası veri kayıplarını dikkate alarak yaklaşık %5 artırılarak 375 yaşlı bireye ulaşılması planlanmıştır. Aile sağlığı merkezleri küme ağırlıklandırma yöntemi esasına listelenen yaşlılardan katılması gereken yaşlı sayıları Teyyaredüzü ASM'den 127, Şehit Jandarma Üsteğmen Adnan Bahat ASM'den 107 ve Kumyalı ASM'den 141 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen 375 yaşlı bireye ulaşılmış 15 yaşlı bireyin doğru bilgiler vermediği düşünülerek çalışma dışı bırakılmış ve araştırmanın örneklemini 360 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcılara İlişkin Frekans ve Yüzdeler

Çalışma Grubu		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	200	55.6
	Erkek	160	44.4
Yaş	65-74 yaş	225	62.5
	75-84 yaş	114	31.7
	85 yaş ve üzeri	21	5.8
Yaş Ortalaması±Standart Sapması		73±6.7	
En Düşük-En Yüksek Yaş		65-95	

Tablo 3.1. incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların %55.6'sının (n=200) kadın, %44.4'ünün (n=160) erkek olduğu; yaş ortalamalarının 73±6.7 (min=65-max=95 yaş) olduğu; %62.5'inin 65-74 yaş aralığında, %21.7'sinin 75-84 yaş aralığında %5.8'inin 85 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın analiz verilerini toplamak amacı ile Yasavage ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (Ek-2), Iris ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği (YKIÖ) (Ek-4), Jong Gierveld ve Kamphuis (1985) tarafından geliştirilmiş Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) (Ek-3) ve araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu (Ek-1) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yaşanan yer, gelir durumu, kronik bir hastalığının bulunup bulunmadığı, bakımına destek olan birinin olup olmadığı gibi maddelerden oluşmaktadır.

3.3.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Yaşlılık sürecinde ortaya çıkan depresif belirtileri saptamak amacı ile 1983 yılında Yasavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Geriatrik depresyon ölçeği 30 sorudan oluşur ve "evet" "hayır" şeklinde yanıtlaması kolay maddeleri içerir.

Ölçek puanlanması depresyon belirtilerini ifade eden maddeler için 1 puan, diğer yanıtlar için 0 puan verilerek toplam puan üzerinden depresyon puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 30'dur ve puanlarının sınıflandırması; 0-10 puan değeri "depresyon yok", 11-13 puan aralığı "depresyon ihtimali" 14 puan ve üzeri ise "kesin depresyon" şeklinde tanımlanmaktadır (Ertan vd., 1997).

Geriatrik Depresyon Ölçeğinin kısa formu ise Burke ve arkadaşları tarafından 1991 yılında uygulama kolaylığı sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Yaşlıların depresif belirtilerini sorgulayan 15 maddeden oluşturulmuştur. Ölçeğin uzun formuna benzer şekilde yanıtlar "evet" "hayır" şeklindedir ve yine depresif belirtiler lehine 1 puan verilir. Ölçekten elde edilen toplam puan 15'dir ve puan değer tanımlanması 0-4 puan "depresyon yok", 5-8 puan "hafif depresyon", 9-11 puan "orta depresyon", 12-15 puan ise "şiddetli depresyon" şeklindedir (Durmaz vd., 2018). Türkçeye uyarlama çalışması Durmaz ve arkadaşları tarafından yapılmış, ölçeğin geçerliliği .97 ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .92 olarak belirlenmiştir (Durmaz vd., 2018). Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı Geriatrik Depresyon Ölçeği için .81 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği

Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği (YKİÖ), yaşlıların kendini ihmal düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek İris ve arkadaşları tarafından yaşlılarla çalışan profesyoneller için kavramsal bir model oluşturmak amacıyla geliştirilmiş ve özgün formunda 73 madde ve altı faktör bulunmaktadır (İris et al., 2010). Türkçeye uyarlama çalışması Özmete ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmış; 60 madde olarak, sosyal ağ, fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve ruh sağlığı olmak üzere dört temel faktöre ayrılmıştır. Çalışmalarında ölçeğin geçerliliği >.90 ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .96 olarak hesaplanmış ve geçerlilik ve güvenirliliğinin yeterli olduğu belirtilmiştir (Özmete vd., 2018). Bu faktörlerden çevresel sağlık faktörü; fiziksel yaşam koşulları, finansal konular ve kişisel yaşam koşulları gibi alt faktörlere, ruh sağlığı faktörü ise kişisel risk ve zihinsel sağlık olmak üzere iki alt faktöre ayrılmıştır. 5'li Likert tipi derecelendirme sistemi kullanılan ölçek, "çok fazla" 1 puan, "hiç yok" 5 puan olacak şekilde puanlanır. Toplamda alınabilecek en yüksek puan 300, en düşük puan ise 60'dır ve ölçek puanlarının yükselmesi yaşlıda kendini ihmal riskinin arttığını ifade etmektedir (Özmete vd., 2018). Bu çalışmada

Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği için .93 olarak hesaplanmıştır.

3.3.4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ), Yetişkinlerin ve yaşlı kişilerin yalnızlık duygu düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin ilk formu 1985 yılında Jong Gierveld ve Kamphuis tarafından geliştirilmiş, 1999 yılında ise Jong Gierveld ve Tilburg tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçek toplamda 11 adet maddeden ve duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlığı ölçen iki boyuttan oluşmaktadır. Toplam yalnızlık puanı ise iki alt boyut puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçek maddeleri 3'lü Likert tipi dereceleme sistemine göre oluşturulmuş olup Evet (0), Olabilir (1) ve Hayır (2) şeklindedir. Ölçekten alınabilecek puanlar ise en düşük puan 0 puan en yüksek puan ise 22'dir. Toplam yalnızlık; 0-4 puan aralığı; yalnız değil-yalnızlık hissetmiyor, 5-14 puan aralığı; kabul edilebilir yalnızlık, 15-18 puan aralığı; çok yalnız, 19-22 puan aralığı; çok yoğun yalnızlık olarak dört seviyeye ayrılır (Jong Gierveld and Tilburg, 1999). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması Akgül ve Yeşilyaprak tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Çalışmalarında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri .85, test-tekrar test sonucu ise r: .93 olarak bulgulamış ve geçerlilik ve güvenilirliğinin yeterli olduğu belirtilmiştir (Akgül ve Yeşilyaprak, 2015). Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği için 0.80 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya dâhil olacak yaşlı bireylere araştırmanın amacı ve yapılması gerekenler anlatılarak bilgilendirilmiş onam koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Bireylerin istekli ve gönüllü yanıt verilmesi gerekliliğinden çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak sözel onamları alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmalar Etik Kurul'undan (Karar No: 2020/443) onay alınmıştır (EK-5). Çalışmanın yürütülebilmesi amacıyla Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alınmıştır (EK-6) Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulmuş kişisel bilgi formu, yaşlı bireylerin depresyon düzeylerini belirlemeye yönelik Geriatrik Depresyon Ölçeği, kendini ihmal düzeylerini belirlemeye yönelik Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği ve yalnızlık düzeyini belirlemeye yönelik Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır. Belirlenen aile sağlığı merkezlerine 2020-2021 eğitim öğretim yılı güz

döneminde haftanın üç günü gidilmiş kolay ulaşılabilir uygun örnekleme yöntemi kullanılarak katılımcılar seçilmiştir. Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra bire bir görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır. Yaşlı bireylere formlar araştırmacı tarafından okunmuş ve yanıtlar aynı şekilde işaretlenmiştir. Yapılan görüşme yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında toplanan veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile analiz edilmiştir. Veri analizi öncesinde bağımsız örneklemler için öncül olan normallik varsayımının sağlanıp sağlanmadığını belirlemek üzere çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (George and Mallery, 2010). Çarpıklık ve basıklık değerleri incelemesi sonucunda, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği toplam puanlarının -2 ile +2 değer arasında olduğu görülmüştür. Bunun yanında veri setinde sapkın değer ve kayıp değere rastlanmamıştır. Betimleyici istatistikler olarak ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımlar verilmiştir. Parametrik olan ikili değişkenlere ilişkin karşılaştırmalarda bağımsız değişkenler t testi, ikiden fazla parametreye sahip olan değişkenlere ilişkin karşılaştırmalarda One Way ANOVA testi uygulanmış, homojenlik koşulunu karşılayıp karşılamadığını belirlemek amacıyla Levene testi analizinden yararlanılmış ve farklılığa neden grupların tespiti için de Post Hoc testlerden Tukey testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 ($p < 0,05$) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimleyici istatistikler

	N	Min.	Max.	Ortalama	SD	Skewness	Kurtosis
Geriatric Depresyon Ölçeği	360	0	14	5.01	3.52	.685	-.264
Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	360	0	21	8.25	4.82	.502	-.223
Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği	360	60	188	102.83	27.17	1.328	1.497

Tablo 3.2.'ye göre yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)'nden aldıkları minimum toplam puan 0, maksimum toplam puan ise 14'dür. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ)'nden alınan minimum toplam puan 0, maksimum toplam puan ise 60' tır. Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği (YKİÖ)'nden alınan minimum toplam puan 60, maksimum toplam puan ise 188'dir. GDÖ'den alınan puanların ortalaması 5,01, standart sapması ise 3.52 olarak bulunmuştur. YİYÖ'den alınan puanların ortalaması 8.25 ve standart sapması 4.82'dir. YKİÖ'den alınan puanların ortalaması 102.83 ve standart sapması 27.17'dir. Bu değerlerin +2 ile -2 arasında olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (George ve Mallery, 2010). GDÖ için Basıklık değeri .685 ve Çarpıklık değeri -.264 olarak tespit edilmiştir. YİYÖ için ise Basıklık değeri .502 ve Çarpıklık değeri -.223'dür. YKİÖ'den alınan puanların Basıklık değeri 1.328 ve Çarpıklık değeri ise 1.497'dir. Elde edilen değerler araştırma verilerinin normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde yapılan analizlerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmadıkları bilgisi, yaşanılan yer, çalışıp çalışmadığı durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik bir hastalığın bulunup bulunmadığı, bakımına destek olan birinin bulunup bulunmadığı değişkenlerin farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan analizlerden bahsedilmiştir. Analize ilişkin sonuçlar tablolastırılarak sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	200	55.6
	Erkek	160	44.4
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmiyor	116	32.2
	Okur yazar	59	16.4
	İlkokul	96	26.7
	Ortaokul	33	9.2
	Lise	25	6.9
	Üniversite	31	8.6
Medeni Durum	Evli	221	61.4
	Bekar	13	3.6
	Eşi vefat etmiş	122	33.9
	Boşanmış	4	1.1
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	12	3.3
	1 Çocuk	9	2.5
	2 Çocuk	34	9.4
	3 Çocuk	74	20.6
	4 ve üzeri çocuk	231	64.2
Çalışıyor musunuz?	Evet	35	9.7
	Hayır	325	90.3
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	74	20.6
	Geliri giderine eşit	192	53.3
	Geliri giderinden fazla	94	26.1
İkamet Yeri	Köy	126	35.0
	İlçe	76	21.1
	İl	84	23.3
	Büyükşehir	74	20.6
Kimle yaşadığı	Tek başına	60	16.7
	Eşiyle	126	35.0
	Çocuklarıyla	72	20.0
	Eş ve çocuklarıyla	99	27.5
	Diğer	3	0.9
Bakımı destek olma durumu	Var	181	50.3
	Yok	179	49.7
Kronik hastalık olma durumu	Var	228	63.3
	Yok	132	36.7

Tablo 4.1.'de belirtildiği üzere örnekleme oluşturan yaşlıların %55.6'sı (n=200) kadın, %44.4'ü (n=160) erkektir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %32.2'si (n=116) okuma yazma bilmiyor, %16.4'ü (n=59) okur yazar, %26.7'si (n=96) ilköğretim mezunu, %9.2'si (n=33) ortaokul mezunu, %6.9'u (n=25) lise mezunu, %8.6'sı (n=31) üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumu %61.4'ü (n=221) evli, %3.6'sı (n=13) bekar, %33.9'u (n=122) eşi vefat etmiş, %1.1'i (n=4) boşanmıştır. Katılımcıların %3.3'ünün (n=12) çocuğu olmadığı, %2.5'inin (n=9) bir çocuk sahibi olduğu, %9.4'ünün (n=34) iki çocuk sahibi olduğu, %20.6'sının (n=74) üç çocuk sahibi olduğu, %64.2'sinin (n=231) dört ve üzeri çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %9.7'si (n=35) çalıştığını %90.3'ü (n=325) çalışmadığını ifade etmiştir. Yaşlıların %20.6'sı (n=74) gelirinin giderinden az olduğunu, %53.3'ü (n=192) gelirinin giderine eşit olduğunu, %26.1'i (n=94) gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşlı katılımcıların %35'i (n=126) köyde, %21.1'i (n=76) ilçede, %23.3'ü (n=84) il merkezinde, %20.6'sı (n=74) büyükşehirde yaşamaktadır. Yaşlıların %16.7'si (n=60) tek başına, %35'i (n=126) eşi ile birlikte, %20'si (n=72) çocuklarıyla, %27.5'i (n=99) eş ve çocuklarıyla birlikte kalmaktadır. Katılımcıların %50.3'ü (n=181) bakımlarına destek olunduğunu ifade ederken %49.7'si (n=179) bakımlarına destek olmadığını ifade etmiştir. Yaşlıların %63.3'ü (n=228) kronik hastalığa sahip, %36.7'si (n=132) kronik hastalığa sahip değildir.

4.1. Ölçeklere İlişkin İstatistiksel Bilgiler

Tablo 4.2. Katılımcıların Geriatrik Depresyon, Kendini İhmal ve Yalnızlık düzeyi Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Ortalama±Std. sapma	Min	Max
Geriatrik Depresyon Ölçeği	5.01±3.52	0	14
Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği	102.83±27.17	60	188
Sosyal Ağ	8.87±2.99	4	14
Fiziksel Sağlık	31.68±9.34	17	62
Çevresel Sağlık	40.86±12.58	27	87
Ruhsal Sağlık	21.40±6.95	12	45
Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	8.25±4.82	0	21

Sosyal Yalnızlık	2.65±2.51	0	10
Duygusal Yalnızlık	5.59±3.06	0	12

Tablo: 4.2. incelendiğinde katılımcıların araştırmada kullanılan Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalaması 5.01±3.52, en düşük alınan puan 0 ve en yüksek puan 14'dür. Katılımcıların ölçeğin kesme noktasına göre %47.2'sinin (n=170) depresyon düzeyleri yüksektir. Yaşlı katılımcıların %29.7'si hafif depresyon, %10.3'ü orta depresyon, %7.8'i ise şiddetli depresyon düzeyindedir. Katılımcıların araştırmada kullanılan Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği puan ortalaması 102.83±27.17, en düşük alınan puan 60 ve en yüksek puan 188'dir. Katılımcıların %18.3'ünün kendini ihmal risklerinin yüksek olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarından sosyal ağ alt boyutu puan ortalaması 8.87±2.99, fiziksel sağlık alt boyut ortalaması 31.68±9.34, çevresel sağlık alt boyut ortalaması 40.86±12.58, ruhsal sağlık alt boyut ortalaması 21.40±6.95'dir. Katılımcıların araştırmada kullanılan Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması 8.25±4.82, en düşük alınan puan 0 ve en yüksek puan 21'dir. Ölçeğin alt boyutlarından sosyal yalnızlık alt boyutu puan ortalaması 2.65±2.51, duygusal yalnızlık alt boyutu puan ortalaması 5.59±3.06'dır. Katılımcıların duygusal yalnızlık düzeyleri yüksektir.

4.2 Denence 1: Depresyon düzeyi ile kendini ihmal düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır

Araştırmanın bu denencesinde bireylerin depresyon düzeyleri ile kendini ihmal düzeyleri arasındaki ilişki belirlenmek istenmiştir. Araştırmanın birinci denencesini test etmek amaçlı Pearson Korrelasyon analizinden yararlanılmıştır ve elde edilen sonuçlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Değişken	N	r	p
Depresyon	360	.423**	.000*
Kendini İhmal			

* $p < .001$

Tablo 4.3.'e göre depresyon ile kendine ihmal arasında $p < .001$ anlamlılık düzeyine göre $r = .423$ oranında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Bu değere göre yaşlılarda depresyon düzeyi arttıkça kendini ihmal düzeyi de artmaktadır. Benzer şekilde kendini ihmal düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Elde edilen bulgular araştırmanın birinci denencesini doğrulamaktadır.

4.3. Denence 2: Depresyon düzeyi ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın bu denencesinde bireylerin depresyon düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki belirlenmek istenmiştir. Araştırmanın ikinci denencesini test etmek amaçlı Pearson Koralesyon analizinden yararlanılmıştır ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon analizi sonuçları

Değişken	N	r	p
Depresyon	360	.685**	.000*
Yalnızlık			

* $p < .001$

Tablo 4.4.'e göre depresyon ile yalnızlık arasında $p < .001$ anlamlılık düzeyine göre $r = .685$ oranında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Bu değere göre yaşlılarda depresyon düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyleri de artmaktadır. Benzer şekilde yalnızlık düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Elde edilen bulgular araştırmanın ikinci denencesini doğrulamaktadır.

4.4. Denence 3: Kendini ihmal düzeyi ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın bu denencesinde bireylerin kendini ihmal düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki belirlenmek istenmiştir. Araştırmanın üçüncü denencesini test etmek amaçlı pearson koralesyon analizinden yararlanılmıştır ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Kendini ihmal ve yalnızlık arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon analizi sonuçları

Değişken	N	r	p
Kendini İhmal	360	.448**	.000*
Yalnızlık			

* $p < .001$

Tablo 4.5.'e göre kendini İhmal ile yalnızlık arasında $p < .001$ anlamlılık düzeyine göre $r = .448$ oranında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Bu değere göre yaşlılarda yalnızlık düzeyi arttıkça kendini ihmal düzeyleri de artmaktadır. Benzer şekilde kendini ihmal düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Elde edilen bulgular araştırmanın üçüncü denencesini doğrulamaktadır.

4.5. Denence 4: Depresyon düzeyi cinsiyete göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.6'da verilmiştir

Tablo 4.6. Cinsiyete göre depresyon düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Depresyon	Kadın	200	5.17	3.41	.95	.34
	Erkek	160	4.18	3.66		

P>05

Tablo 4.6. incelendiğinde yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.6. Denence 5: Kendini ihmal düzeyi cinsiyete göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.7.'de verilmiştir

Tablo 4.7. Cinsiyete göre kendine ihmal düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Kendine	Kadın	200	101.10	27.01	1.35	.17
İhmal	Erkek	160	104.99	27.30		

P>05

Tablo 4.7. incelendiğinde yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin kendine ihmal düzeyleri cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.7. Denence 6: Yalnızlık düzeyi cinsiyete göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda yalnızlık düzeyinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Cinsiyete göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Yalnızlık	Kadın	200	8.28	4.89	.70	.88
	Erkek	160	8.21	4.76		

$P > 05$

Tablo 4.8. incelendiğinde yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.8. Denence 7: Depresyon düzeyi medeni duruma göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin yaşlıların medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.9.'da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Medeni Duruma Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	<i>F</i>	<i>p</i>
Evli	221	4.60	3.59	G. Arası	108.55	2	54.27	4.44	.012
Bekar-Boşanmış	17	6.47	3.44	G. İçi	4359.39	357	12.21		
Eşi Vefat Etmiş	122	5.54	3.30	Toplam	4467.95	359			
Toplam	360	5.01	3.52						

Tablo 4.9. incelendiğinde yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre depresyon düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.77 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların medeni durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=4.44$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre eşi vefat etmiş olan yaşlıların evli olan yaşlı bireylere göre depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.9. Denence 8: Kendini ihmal düzeyi medeni duruma göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlı bireylerde kendini ihmal düzeyinin yaşlıların medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Medeni Duruma Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Evli	221	101.4	24.7	G. Arası	11479.6	2	5739.8	8.07	.001
Bekar-Boşanmış	17	128.1	39.8	G. İçi	253684.9	357	710.6		
Eşi Vefat Etmiş	122	101.8	27.7	Toplam	265164.6	359			
Toplam	360	102.8	27.1						

Tablo 4.10. incelendiğinde yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeylerinin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre kendini ihmal düzeyi için varyansların homojenliği

değeri sig=.06 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların medeni durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=8.07$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre bekar-boşanmış olan yaşlı bireylerin evli olanlara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Eşi vefat etmiş olan yaşlı bireylerin evli olanlara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.10. Denence 9: Yalnızlık düzeyi medeni duruma göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyinin yaşlıların medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.11.'de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Medeni Duruma Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Evli	221	7.89	4.63	G. Arası	104.12	2	52.06	2.24	.107
Bekar-Boşanmış	13	10.05	5.65	G. İçi	8269.87	357	23.16		
Eşi Vefat Etmiş	122	8.65	5.00	Toplam	8373.99	359			
Toplam	360	8.25	4.82						

Tablo 4.11. incelendiğinde yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre yalnızlık düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.41 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların medeni durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır.

Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=2.24; p>.05$).

4.11. Denence 10: Depresyon düzeyi çocuk sahibi olup olmama durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin yaşlıların sahip oldukları çocuk durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.12.'de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Çocuk Yok	12	5.00	2.25	G. Arası	74.40	4	18.60	1.50	.201
1 Çocuk	9	7.77	4.17	G. İçi	4393.55	355	12.37		
2 Çocuk	34	4.70	3.25	Toplam	4467.95	359			
3 Çocuk	74	5.09	3.23						
4 ve Üzeri Çocuk	231	4.92	3.66						
Toplam	360	5.01	3.52						

Tablo 4.12. incelendiğinde yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre depresyon düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.16 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların sahip oldukları çocuk durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=1.50; p>.05$).

4.12. Denence 11: Kendini ihmal düzeyi çocuk sahibi olup olmama durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin yaşlıların sahip oldukları çocuk durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.13'de sunulmuştur.

Tablo 4.13. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Çocuk Yok	12	132.8	38.5	G. Arası	18822.9	4	4705.7	6.78	.001
1 Çocuk	9	125.2	49.4	G. İçi	246341.7	355	693.9		
2 Çocuk	34	98.7	30.3	Toplam	265164.6	359			
3 Çocuk	74	106.3	25.9						
4 ve Üzeri Çocuk	231	99.8	23.8						
Toplam	360	102.8	27.1						

Tablo 4.13. incelendiğinde yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeylerinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre kendini ihmal düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.10 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların sahip oldukları çocuk durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=6.78$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre çocuğu olmayan yaşlıların 2 ve üzerinde çocuk sahibi olan yaşlılara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.13. Denence 12: Yalnızlık düzeyi çocuk sahibi olup olmama durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda yalnızlık düzeyinin yaşlıların sahip oldukları çocuk durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.14.'de sunulmuştur.

Tablo 4.14. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Çocuk Yok	12	7.50	3.94	G. Arası	407.28	4	101.82	4.53	.001
1 Çocuk	9	13.6	3.42	G. İçi	7966.71	355	22.44		
2 Çocuk	34	9.29	5.44	Toplam	8373.99	359			
3 Çocuk	74	8.91	4.65						
4 ve Üzeri Çocuk	231	7.71	4.72						
Toplam	360	8.25	4.82						

Tablo 4.14. incelendiğinde yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre yalnızlık düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.21 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların sahip oldukları çocuk durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=4.53$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre 1 çocuğu olan yaşlıların çocuğu olmayan, 3 çocuk, 4 ve üzeri çocukları olanlara göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.14. Denence 13: Depresyon düzeyi birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin birlikte yaşadığı kişi durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.15.'de sunulmuştur.

Tablo 4.15. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Tek	60	5.60	2.81	G. Arası	74.40	3	18.60	1.50	.201
Eşyle	126	4.26	3.58	G. İçi	4393.55	356	12.37		
Çocuklarıyla	72	5.98	3.81	Toplam	4467.95	359			
Eş ve Çocuklarıyla	99	4.90	3.44						
Toplam	360	5.01	3.52						

Tablo 4.15. incelendiğinde yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre depresyon düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.30 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişi durumu açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=1.50$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre yalnız çocuklarıyla yaşayan yaşlıların eşyle yaşayan yaşlılara göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.15. Denence 14: Kendini ihmal düzeyi birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin birlikte yaşadığı kişi durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Tablo 4.16. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Tek	60	101.2	26.5	G. Arası	3985.1	3	1328.3	1.81	.145
Eşyle	126	98.81	24.4	G. İçi	261179.5	356	733.6		
Çocuklarıyla	72	107.0	33.6	Toplam	265164.6	359			
Eş ve Çocuklarıyla	99	105.3	25.2						
Toplam	360	102.8	27.1						

Tablo 4.16. incelendiğinde yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeylerinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre kendini ihmal düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.21 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişi durumu açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=1.81$; $p>.05$).

4.16. Denence 15: Yalnızlık düzeyi birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı olarak değişmektedir

Yaşlılarda yalnızlık düzeyinin birlikte yaşadığı kişi durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.17.'de sunulmuştur.

Tablo 4.17. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

F, \bar{x} ve ss Değerleri				ANOVA Sonuçları					
Grup	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Tek	60	8.26	4.63	G. Arası	226.75	3	75.58	3.30	.020
Eşyle	126	7.44	4.60	G. İçi	8147.2	356	22.88		
Çocuklarıyla	72	9.63	5.35	Toplam	8373.9	359			
Eş ve Çocuklarıyla	99	8.11	4.61						
Toplam	360	8.25	4.82						

Tablo 4.17. incelendiğinde yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre yalnızlık düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.61 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişi durumu açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=3.30$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre yalnız çocuklarıyla yaşayan yaşlıların eşyle yaşayan yaşlılara göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.17. Denence 16: Katılımcıların gelir düzeyine göre depresyon düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.18.'de sunulmuştur.

Tablo 4.18. Gelir Düzeyine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Geliri Giderinden Az	74	6.39	4.05	G. Arası	313.06	2	156.5	13.4	.001
Geliri Giderine Eşit	192	5.13	3.27	G. İçi	4154.89	357	11.6		
Geliri Giderinden Fazla	94	3.67	3.13	Toplam	4467.95	359			
Toplam	360	5.01	3.52						

Tablo 4.18. incelendiğinde yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre depresyon düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.10 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların gelir durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=13.4$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre geliri giderinden az olan yaşlıların geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden fazla olan yaşlılardan depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Geliri giderine eşit olan yaşlıların geliri giderinden fazla olan yaşlı katılımcılardan depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.18. Denence 17: Katılımcıların gelir düzeyine göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda kendine ihmal düzeyinin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.19'da sunulmuştur.

Tablo 4.19. Gelir Düzeyine Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Geliri Giderinden Az	74	100.4	23.2	G. Arası	9259.9	2	4629.9	6.45	.002
Geliri Giderine Eşit	192	107.3	29.2	G. İçi	255904.7	357	716.8		
Geliri Giderinden Fazla	94	95.5	23.8	Toplam	265164.6	359			
Toplam	360	102.8	27.1						

Tablo 4.19. incelendiğinde yaşlı bireylerin Kendini İhmal düzeylerinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre kendini ihmal düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.07 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların gelir durumları açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin gelir düzeyi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=6,45; p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre geliri giderine eşit olan yaşlıların geliri giderinden fazla olan yaşlı katılımcılara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.19. Denence 18: Katılımcıların gelir düzeyine göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

aşlılarda yalnızlık düzeyinin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.20'de sunulmuştur.

Tablo 4.20. Gelir Düzeyine Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Geliri Giderinden Az	74	10.06	5.24	G. Arası	355.80	2	177.9	7.92	.001
Geliri Giderine Eşit	192	8.07	4.64	G. İçi	8018.19	357	22.4		
Geliri Giderinden Fazla	94	7.19	4.49	Toplam	8373.99	359			
Toplam	360	8.25	4.82						

Tablo 4.20. incelendiğinde yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre yalnızlık düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.26 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların gelir durumları açısından grupların varyansları homojendir ve Anova için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=7,92$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre geliri giderinden az olan yaşlıların geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden fazla olan yaşlılardan yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Geliri giderine eşit olan yaşlıların geliri giderinden fazla olan yaşlı katılımcılardan yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.20. Denence 19: Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.21.'de verilmiştir

Tablo 4.21. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Kronik Hastalık	N	\bar{x}	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Depresyon	Var	228	5.49	3.76	3.71	.001
	Yok	132	4.17	2.91		

P<05

Tablo 4.21.'de görüldüğü üzere yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kronik hastalığı olan yaşlı katılımcıların (\bar{x} =5.49) kronik hastalığı olmayan yaşlı katılımcılara (\bar{x} =4.17) göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.21. Denence 20: Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.22.'de verilmiştir

Tablo 4.22. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kendini ihmal düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Kronik Hastalık	N	\bar{x}	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Kendini İhmal	Var	228	101.50	25.54	1.21	.224
	Yok	132	105.12	29.74		

P>05

Tablo 4.22.'de görüldüğü üzere yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeyleri kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.22. Denence 21: Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda yalnızlık düzeyinin kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.23.'de verilmiştir

Tablo 4.23. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Kronik Hastalık	N	\bar{x}	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Yalnızlık	Var	228	8.85	5.06	3.33	.001
	Yok	132	7.20	4.20		

P<05

Tablo 4.23.'de görüldüğü üzere yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kronik hastalığı olan yaşlı katılımcıların (\bar{x} =8.85) kronik hastalığı olmayan yaşlı katılımcılara (\bar{x} =7.20) göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.23. Denence 22: Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre depresyon düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda depresyon düzeyinin katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.24.'de verilmiştir

Tablo 4.24. Bakımına destek olan biri olma durumuna göre depresyon düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Bakıma Destek	N	\bar{x}	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Depresyon	Var	181	5.71	3.83	3.87	.001
	Yok	179	4.30	3.03		

P<05

Tablo 4.24.'de görüldüğü üzere yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bakımına destek olan birinin olduğu durumda yaşlı katılımcıların (\bar{x} =5.71) bakımına destek olunmayan duruma (\bar{x} =4.30) göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.24. Denence 23: Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.25.'de verilmiştir

Tablo 4.25. Bakımına destek olan biri olma durumuna göre kendini ihmal düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Bakıma Destek	N	\bar{x}	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Kendini İhmal	Var	181	102.26	27.73	-.389	.692
	Yok	179	103.40	26.66		

P>05

Tablo 4.25.'de görüldüğü üzere yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeyleri bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.25. Denence 24: Katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumuna göre yalnızlık düzeyleri anlamlı olarak değişmektedir.

Yaşlılarda yalnızlık düzeyinin katılımcıların bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan bağımsız örneklem için *t* testi sonuçları Tablo 4.26.'da verilmiştir.

Tablo 4.26. Bakımına destek olan biri olma durumuna göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına ilişkin *t* testi

	Bakıma Destek	N	\bar{x}	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
Yalnızlık	Var	181	8.96	4.93	2.82	.005
	Yok	179	7.53	4.62		

P<05

Tablo 4.26'da görüldüğü üzere yapılan bağımsız gruplar için *t* testi analizine göre yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bakımına destek olan birinin olduğu durumda yaşlı katılımcıların (\bar{x} =8.96) bakımına destek olunmayan duruma (\bar{x} =7.53) göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.26. Denence 25: Katılımcıların Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Depresyon Düzeyleri Anlamlı Olarak Değişmektedir.

Yaşlı bireylerin depresyon düzeyinin yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.27.'de sunulmuştur.

Tablo 4.27. Yaşadıkları Yere Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Köy	126	5.15	3.45	G. Arası	131.56	3	43.85	3.60	.014
İlçe	76	5.71	3.45	G. İçi	4336.39	356	12.18		
İl	84	5.14	3.64	Toplam	4467.95	359			
Büyükşehir	74	3.90	3.41						
Toplam	360	5.01	3.52						

Tablo 4.27. incelendiğinde yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre depresyon düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.73 olarak bulunmuştur. .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların yaşadıkları yer açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=3.60$; $p<.05$). Gruplar arası değerlendirme yapabilmek için Post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre ilçede yaşayan yaşlıların büyükşehirde yaşayanlara göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir.

4.27. Denence 26: Katılımcıların Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Kendini İhmal Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir

Yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeyinin yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamli bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.28.'de sunulmuştur.

Tablo 4.28. Yaşadıkları Yere Göre Kendini İhmal Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Köy	126	99.7	23.3	G. Arası	2442.8	3	814.2	1.10	.348
İlçe	76	105.6	27.6	G. İçi	262721.8	356	737.9		
İl	84	102.3	23.7	Toplam	265164.6	359			
Büyükşehir	74	105.7	35.1						
Toplam	360	102.8	27.1						

Tablo 4.28. incelendiğinde yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeylerinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre kendini ihmal düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.20 olarak bulunmuştur ve .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların yaşadıkları yer açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlıların kendini ihmal düzeyinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermediği görülmüştür ($F=1.10; p>.05$).

4.28. Denence 27: Katılımcıların Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Yalnızlık Düzeyleri Anlamli Olarak Değişmektedir

Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyinin yaşlıların yaşadıkları yere göre anlamli bir farklılık gösterip göstermediğinin test edilebilmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bilgiler Tablo 4.29.'da sunulmuştur.

Tablo 4.29. Yaşadıkları Yere Göre Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Grup	F, \bar{x} ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Köy	126	8.05	4.74	G. Arası	192.41	3	64.13	2.79	.040
İlçe	76	9.02	4.72	G. İçi	8181.58	356	22.98		
İl	84	8.90	5.24	Toplam	8373.99	359			
Büyükşehir	74	7.05	4,39						
Toplam	360	8.25	4.82						

Tablo 4.29. incelendiğinde yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılacak ANOVA analizi yapılmadan önce grupların homojen dağılımına bakılmıştır. Levene's testine göre yalnızlık düzeyi için varyansların homojenliği değeri sig=.40 olarak bulunmuştur ve .05'den büyük çıkan bu değer varyans eşitliğinin sağlandığını göstermektedir. Katılımcıların yaşadıkları yer açısından grupların varyansları homojendir ve ANOVA için gerekli olan varsayımlar karşılanmaktadır. Sonrasında yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=2.79$; $p>.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde yaşlı bireylerin kendini ihmal, yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma tartışılmış, sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

5.1. Tartışma

Günümüzde teknolojik gelişim ve bilimsel ilerleme ile birlikte genel sağlık koşullarının daha iyiye gitmesi ortalama yaşam süresini uzatarak yaşlı nüfusun artışına neden olmuştur. Yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak bu döneme özgü problemler önem kazanmıştır (Santrok, 2011). Gelişimin ileri evresi yaşlılık dönemidir. Yaşamın kaçınılmaz bir parçası olan yaşlılıkta bireylerin fizyolojik kapasitesinde, bilişsel becerilerinde ve sosyal rollerinde bir takım değişiklikler yaşanmaktadır ve yaşlılar bu dönemde birçok sorun ile karşılaşabilmektedir. Bu araştırmada yaşlılık dönemi için önemli sorunlardan biri olan depresyon, yalnızlık ve kendini ihmal durumları ile olan ilişkileri incelenmiştir.

Bu araştırmada yaşlılarda depresyon ve kendini ihmal düzeylerinin arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre depresyon düzeyleri ve kendini ihmal düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişkiye göre, yaşlılarda depresyon düzeyleri arttıkça kendini ihmal düzeyleri de artmaktadır. Bu sonuçla araştırmanın birinci denencesi kabul edilmiştir. Yaşlılarda depresyon ve kendini ihmal arasında karşılıklı bir ilişkinin olabileceği düşünülmektedir. Depresyon klinik bozulmaya neden olmaktadır; ilgi kaybı, üzüntü, değersizlik ve suçluluk duyguları, enerji kaybı ile giden bir ruhsal bozukluktur (Sadock, et al., 2016). Bu klinik bozulma kendini ihmal durumunu ortaya çıkarıyor olabilir. Benzer şekilde kendini ihmal eden yaşlı, kendisine gerekli özen ve dikkati göstermemektedir, bu yaşantı bireyi depresyona yatkın hale getirebilmektedir. Kendini ihmal durumu tıbbi, ruhsal ve toplumsal risk faktörleri arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır (Lee and Kim, 2014). Kendine ihmalin en önemli yaygın risk faktörü depresyondur (Gomes and O'Brien, 2018). Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlar görülmüştür. Abrams ve arkadaşlarının (2002)

yapmış oldukları çalışmada kendine ihmal ve depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki bulgulanmıştır. Bir başka çalışmada Dyer ve arkadaşları (2007) tarafından kendine ihmalin etiyolojik modellerinin geliştirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada yaşlıların bilişsel fonksiyonlarının bozulduğu, depresyonun yaygın olduğu tespit edilmiştir. Depresyon ve kendine ihmal ilişkisini destekleyen çalışmalar yaygındır (Dong et al., 2009; Mardan et al., 2014; Ghiasi, 2018; Yu et al., 2020). Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan fiziksel ve psikosoyal değişimler yaşlı bireyde depresyon riskini artırmaktadır. Depresyonun temel niteliği ilgi ve zevk azlığı, umutsuzluk ve karamsarlıktır. Geleceğe ilişkin kötümser düşünceler ile yapılan etkinliklere karşı ilgi azalır ve zamanla günlük aktiviteleri bile yapmakta güçlük çekebilirler. Bu durum kendine ihmalin ortaya çıkması için uygun bir zemin hazırlıyor olabilir.

Araştırmanın bir başka denencesi yaşlılarda depresyon ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Yapılan analiz sonuçlarına göre depresyon ve yalnızlık düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyleri arttıkça yalnızlık düzeyleri de artmaktadır. Böylece araştırmanın ikinci denencesi kabul edilmiştir. Bir diğer deyişle yaşlılarda yalnızlık düzeyi arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde analiz sonuçlarına benzer sonuçlar bulunmaktadır (Jongelis et al., 2004; Aylaz vd., 2012; Klug et al., 2014; Ağırman ve Gençler 2017; Grover et al., 2018; Koo et al., 2020; Polat ve Geçici, 2020; Martin-Maria et al., 2021). Depresyon yaşlı bireylerin yalnızlaşmasına neden olabilmektedir. Depresyonun ortaya çıkardığı ilgi kaybı ve enerji yokluğu sosyal ilişkileri bozabilmektedir. Yaşlı bireylerin emeklilik, yaşlılarının kaybı gibi etmenler nedeniyle yalnızlaşması depresyona eğilimi artırmakta olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre kendini ihmal ve yalnızlık düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişkiye göre; yaşlılarda kendini ihmal düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Böylece araştırmanın üçüncü denencesi kabul edilmiştir. Yalnızlık düzeyi arttıkça kendini ihmal düzeyi de artmaktadır. Yaşlı bireylerin toplumsal değişimlere bağlı yalnız kalması kendini ihmal riskini artırıyor olabilir. Abrams ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları bir çalışmada 9 yıl boyunca 2161 kişiye ulaşıldı. Çalışmanın sonucunda kendine ihmal yaygın olarak gözlemlendi ve yalnız yaşama ile ilişkili olduğu tespit edildi. Kibar (2015) Ankara ili Pursaklar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık

profilleri, bakım gereksinimleri ve kendini ihmal etme durumlarını araştırdığı çalışmasında yalnızlık düzeyi yüksek olanlarda kendini ihmal daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Dyer et al., 2007; Kılıç ve Şelimen, 2017; Yu et al., 2020). Bu durumun aksini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Lachs et al., 1997). Yaşlılık emeklilik, yakınların kaybı, çocukların evden ayrılması gibi nedenlerle yalnızlığın en çok yaşandığı dönem olması beklenmektedir. Yaşlılarda ortaya çıkan bu yalnızlık durumu onların depresyon gibi ruhsal hastalıklara yatkın hale getirebilir. Dolayısıyla yalnızlık yaşlı bireyin kendini ihmal etmesini tetikleyici olabilir.

Toplumdaki yaşlı nüfusunun artması bu döneme özgü sorunları da beraberinde getirecektir. Yaşlılık döneminde hem biyolojik değişimler, hem de psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlı bireylerin daha hassas olmasına ve çeşitli sorunlar yaşamasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu sorunların başında psikiyatrik hastalıklar gelmektedir. Yaşlılarda sıklıkla yaşanan ruhsal bozukluklardan bir tanesi de depresyondur ve epidemiyolojik çalışmalar prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Yapılan analiz sonuçlarına göre yaşlıların %47.2'sinin depresyon düzeyleri yüksektir. Yaşlı katılımcıların %29.7'si hafif depresyon, %10.3'ü orta depresyon, %7.2'si ise şiddetli depresyon düzeyindedir. Söylemez (2020) 65 yaş üzerindeki bireylerin depresyon sıklığı ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ile ilişkili faktörleri incelediği çalışmada yaşlıların %55.1 depresyon düzeyini yüksek tespit etmişlerdir. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlar görülmektedir (Aylaz vd., 2012; Klug et al., 2014; Ağırman ve Gençer 2017; Grover et al., 2018; Koo et al., 2020; Martin-Maria et al., 2021). Bu çalışmada depresyon düzeyinin genel popülasyona göre yüksek olmasının nedeni araştırmanın yürütüldüğü zamana bağlı olabilir. Çalışmanın dünyayı etkileyen Covid-19 salgını sürecinde gerçekleşmiş olması; bu dönemde salgına bağlı ortaya çıkan kısıtlama, hastalık ve ölüm kaygısı yaşlı bireylerin umutsuzluk ve kötümserlik düşüncelerini uyardığı böylece depresif belirtileri artırdığı söylenebilir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre yaşlılarda depresyon düzeyleri cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır. Klug ve arkadaşları (2014) geç yaşam depresyonu için risk faktörleri olarak güvenli bağlanma stili, yalnızlık ve sosyal ağ ilişkisini inceledikleri çalışmada erkek ve kadın arasında anlamlı bir farklılık tespit

edememiştir. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Gül vd., 2012; Klug et al., 2014; Ağırman ve Gençer 2017; Grover et al., 2018; Bıyıklı, 2020). Bununla birlikte; Kim ve arkadaşları (2007) kadınların depresyon düzeyini daha yüksek bulgulamıştır. Literatürde yaşlı kadınların depresyon düzeylerinin yüksek tespit edildiği çalışmalar da bulunmaktadır (Kurtoğlu ve Rezaki 1999; Kulaksızoğlu vd., 2006; Kalenderoğlu vd., 2007; Çınar ve Kartal 2008; Lue et al., 2010; Türkseven vd., 2020; Koo et al., 2021). Kadınlarda depresyon düzeyi genel olarak yüksektir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu çalışmada bir farklılık tespit edilmemiştir. Bunun nedeni çalışmaya katılan kadın yaşlıların sağlık durumu, eğitim düzeyi, sosyal işlevselliği ile ilişkilendirilebilir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu farklılığa göre eşi vefat etmiş olan yaşlıların evli olan yaşlı bireylere göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşlılık döneminde düşünce içeriği daha çok geçmişe yöneliktir. Sevilen etkinliklere ve kişilerle yeniden birleşme düşünceleri ortaya çıkabilir. Böyle bir durumda yaşlıların hayat arkadaşlarını kaybederek yalnızlaşması ya da yaşadığı yeri değiştirmesi depresyon riskini artırıyor olabilir. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlar bulunmaktadır (Kocataş vd., 2004; Karalar vd., 2004; Kulaksızoğlu vd., 2006; Kalenderoğlu vd., 2007; Çınar ve Kartal 2008; Türkseven vd., 2020; Koo vd., 2021).

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçların yanında (Bingöl vd., 2010; Klug et al., 2014; Grover et al., 2018; Koo et al., 2020); Kulaksızoğlu ve arkadaşları (2006) yapmış oldukları çalışmada dört ve üzerinde çocuk sahibi olanların depresyon düzeyleri yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu durumu etkileyen faktörlerden biri bu çalışmaya katılan yaşlıların büyük çoğunluğunu dört ve üzeri çocuğu olanlar oluşturmaktadır. Bu durum çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Araştırmadan elde edilen sonuca göre yaşlılarda depresyon düzeyinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Yalnız çocuklarıyla yaşayan yaşlıların eşiyle yaşayan yaşlılara göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Eşi olmadan çocukların yanında yaşamak yaşlı bireyin alışık olmadığı, kendi düzeni dışında kalmasına, kendisini bir

yük olarak hissetmesine neden olup depresyon riskini artırıyor olabilir. Ağırman ve Gençler (2017) huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların depresyon düzeylerini yüksek olarak tespit etmişlerdir. Alan yazın incelendiğinde bulgulara benzer sonuca rastlanmaktadır (Karalar vd., 2004; Grover et al., 2018; Bıyıklı 2020).

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Geliri giderinden az olan yaşlıların geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden fazla olan yaşlılardan depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Geliri giderine eşit olan yaşlıların geliri giderinden fazla olan yaşlı katılımcılardan depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuçlar göstermektedir ki gelir düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyi azalmaktadır. Ekonomik açıdan bir başkasına ihtiyaç duymadan yaşamını sürdürmesi yaşlının çalışmadığı dönemde kendini güvende hissetmesine sebep olacaktır. Aynı zamanda gelir düzeyinin yüksek olması emekli hayatında, seyahat ve hobi geliştirme imkanı sağlıyor olabilir. İlgili literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılmaktadır (Keskinoglu vd., 2006; Fiske et al., 2009; Aylaz vd., 2012; Yönder-Ertem 2021).

Yapılan analiz sonucuna göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kronik hastalığı olan yaşlı katılımcıların kronik hastalığı olmayan yaşlılara göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşlılıkta fizyolojik ve psikolojik değişimlere bağlı birçok hastalık görülmesi beklenen bir durumdur. Kronik hastalıklar yaşlı bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek depresyon riskini artırabilmektedir. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (Jongelis et al., 2004; İlhan vd., 2006; Altay 2009; Chang-Quan et al., 2009; Bingöl vd., 2010; Bıyıklı 2020). Kronik hastalık yaşlının etkinlik kapasitesini gittikçe azaltır bu durum yaşlının benlik saygısının azalmasına ve zamanla depresyona yatkın hale getiriyor olabilir.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bakımına destek olan birinin olduğu durumda yaşlı katılımcıların bakımına destek olunmayan duruma göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde

yüksek bulunmuştur. Doğal bir süreç olan yaşlanma, bireylerin hareketini sınırlayabilen, fonksiyonlarını azaltabilen, onları sosyal ve fiziksel olarak bağımlı kılan bir dönemdir ve ekonomik ve sosyal yükü artırarak uzun süreli bakım gerektirebilir (Saygılı, 2011). Bu nedenle bakım veren birinin varlığı yaşlı bireyi güvende hissettirerek depresyon riskini azalttığı söylenebilir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (Bingöl vd., 2010; Koo et al., 2020; Martin-Maria et al., 2021). Yaşlının bakımına destek olan kişi çoğu zaman eşi, çocukları, akrabası, bakıcı ya da kurumlardır. Birlikte yaşadığı kişi değişkenine paralel olarak bu kişinin eş olması depresyonu azalttığı tespit edilmişti. Bu durum hem yaşlının yalnız hissetmemesine hem de kronik hastalık gibi o dönem yoğunlaşan sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olduğu böylece depresyon gibi ruhsal bozukluklardan koruyucu olduğu düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda depresyon düzeyinin yaşadıkları yere göre göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. İlçede yaşayan yaşlıların büyükşehirde yaşayanlara göre depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. İlgili literatür incelendiğinde benzer sonucun olduğu görülmüştür (Karalar vd., 2004; Bıyıklı, 2020). Yaşlılar imkanların çokluğu, ekonomi ve sosyal anlamda çeşitliliğe bağlı olarak büyükşehirde yaşamının daha rahat olduğunu ifade etmişlerdir (Gönüllü Taşkesen 2017). Büyükşehirde yaşayan yaşlıların iş yaşantılarının devam ettiği söylenebilir. Çalışmak, üretkenlik yaşlının bir işe yaradığını hissetmesine ve sosyal olarak daha aktif olmasına neden olarak depresyon riskini azaltabilmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre yaşlı katılımcıların %18.3'ünün kendini ihmal risklerinin yüksek olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarından sosyal ağ alt boyutu puan ortalaması 8.87 ± 2.99 , fiziksel sağlık alt boyut ortalaması 31.68 ± 9.34 , çevresel sağlık alt boyut ortalaması 40.86 ± 12.58 , ruhsal sağlık alt boyut ortalaması 21.40 ± 6.95 'dir. Yaşlıların daha çok sosyal ağ alt boyutunu içeren sosyal ilişkilerle ilgili ihmal düzeyi yüksektir. Switzer ve Michienzi (2012), yapmış oldukları çalışmada ABD'de her yıl bir milyondan fazla yaşlının ihmal ve istismara uğradığı belirtilmektedir. Yon ve arkadaşları (2017) yaşlılarla yapmış oldukları bir meta-analiz çalışmada dünyada yaşlı istismar ve kendine ihmalinin yaygın olduğunu kanıtlamışlardır. Bir başka çalışmada Yu ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları bir çalışmada 19 yayınlanmış makalenin dahil edildiği bir derlemede yaşlı bireylerde

kendini ihmal yaygınlığının %18.4 ve %29.1 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Alan yazın incelendiğinde kendini ihmal durumu ile ilgili yapılan çalışmalarda yaygınlık oranları; %11.5 ile %29.1 arasında belirlenmiştir (Thomson et al., 2011; Dong, 2014; Lee and Kim, 2014; Mohseni et al., 2019). Kendine ihmal yaygınlığının yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak artacağı tahmin edilmektedir. Çalışma da daha çok sosyal ağ alt boyutunun yüksek olması salgın koşullarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye’de konu ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Yabancı yayınlardaki kendini ihmal oranlarından çalışmamızda daha düşük bir oran bulunması Türk aile yapısının yaşlı bireye ilişkin olumlu tutumlarından kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan analiz sonucuna göre yaşlılarda kendini ihmal düzeyi cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır. Kendirli (2016). Yaşlılarda ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenleri araştırdığı çalışmasında yaşlıların kendini ihmal oranı %7.9 olarak tespit edilmiş ve kadın-erkek arasında anlamlı bir farklılık tespit edememiştir. Alan yazın incelendiğinde çalışma sonuçlarına benzer başka çalışmalara da rastlanmaktadır (Choi et al., 2009; Mardan et al., 2014). Kadın yaşlılarda kendine ihmal durumunun daha yüksek olduğunu bulgulayan çalışmaların yanında (Kibar, 2015; Ghiasi, 2018); erkek yaşlılarda kendine ihmal durumunun yüksek olduğunu tespit eden çalışmalarda mevcuttur (Abrams et al., 2002; Yu et al., 2020).

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre bekar-boşanmış olan yaşlı bireylerin evli olanlara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Eşi vefat etmiş olan yaşlı bireylerin evli olanlara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Ülkemizde Ankara’da yapılan toplum temelli bir çalışmada 4.9 kat fazla, Malatya’da 451 yaşlıyla ve Aydın’da 756 bireyle yapılan çalışmalarda da evli olmayanlarda ihmal riskinin fazla olduğu tespit edilmiştir (İlhan, 2006; Aslan, 2012; Ergin vd., 2012). Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlar görülmüştür (Mardan et al., 2014; Yu et al., 2020). Yaşlılık dönemi birçok sorunun yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde yalnız kalmanın bireyin kendine ihmalini artırdığı bilinmektedir (Abrams et al., 2002). Bu dönemi hayat arkadaşı olmadan yaşamak bu riski artırıyor olabilir. Yalnızlık ve depresyon hayatın son döneminde insanların umutsuzluk ve

karamsarlığını artırdığı eş kaybının bu durumu daha da kötüleştirdiği düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre çocuğu olmayan yaşlıların 2 ve üzerinde çocuk sahibi olan yaşlılara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Dyer ve arkadaşları (2007) tarafından kendine ihmalin etiyolojik modellerinin geliştirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada yaşlıların sosyal ilişkilerinin zayıf olduğu ve çocuk sahibi olmamanın kendini ihmal riskini artırdığı tespit edildi. Bir başka çalışmada Yu ve arkadaşları (2020) bir meta-analiz çalışmada, çocuk sayısının az olmasının kendine ihmal riskini artırdığı ifade edilmiştir. Yaşamın son döneminde yakınların kaybı ya da çocuğun olmaması yaşlı bireyin yalnızlaşp kendini ihmal olasılığını artırıyor olabilir. Bu dönemde sosyal ilişkiler sınırlı olup toplumumuzda daha çok başta aile, akraba ve komşular ile kurulmaktadır. Çocuklar Türk toplumunda yaşlı büyüğü ile ilgilenen, bakım veren görevini sorumluluk bilmektedir. Bu bağlamda çocuk sahibi olmanın yaşlı birey için önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlar görülmektedir (Oh et al., 2006; Dong et al., 2010; Yu et al., 2020). Bunun aksine Kendirli (2016). Yaşlılarda ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenleri araştırdığı çalışmasında, 253 yaşlıya ulaşmış, katılımcıların %2.4'ü fiziksel, %22.1'i duygusal, %5.1', ekonomik, %0.4'ü cinsel istismara, %26.1'i ise herhangi bir istismara uğradığını belirlemiştir. Yaşlıların kendini ihmal oranı %7.9 olarak tespit edilmiştir. Yalnız yaşayanlarda, sosyal aktiviteye katılmayanlarda, doktora son 6 aydır gitmeyenlerde kendini ihmalin fazla olduğunu tespit etmiştir. Yaşlının sosyal kaynaklarının azalması kendini ihmal risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yalnız yaşayanlarda kendine ihmal riskinin fazla olması beklenmektedir ancak çalışmada bu farklılaşmanın olmamasının sebebi çalışmaya katılan grubun genel sağlık durumunun iyi olmasından ve yalnız yaşayan grubun eğitim düzeyi ve iş hayatına devam ediyor olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda kendini ihmal düzeyinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre geliri giderine eşit olan yaşlıların geliri giderinden fazla olan yaşlı katılımcılara göre kendini ihmal düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Choi ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları bir çalışmada yaşlılarda ihmal türlerini incelemişler ve elde ettikleri bulgular doğrultusunda yaşlıların kendini ihmalinin büyük ölçüde yaşlıların güçsüz kalıklarında, ailelerinin ekonomik problemler yaşadıklarında ve yaşlılar için yetersiz sağlık ve diğer resmi programların yetersizliği ile ilişkili olduğu bulgulanmışlardır. Bir başka çalışmada İlhan ve arkadaşları (2018) geriatri kliniğine başvuran katılımcıların %16.8'inin kendini ihmal ettiğini tespit etmiştir. Kendini ihmal eden katılımcıların, kendini ihmal etmeyen katılımcılara göre daha düşük işlevselliğe, daha kötü gelir düzeyine ve depresyona sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durumu destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (Jason et al., 2006; Dyer et al., 2007; Mardan et al., 2014; Kibar, 2015; Yu et al., 2020). Gelir düzeyinin yüksek olması yaşlı bireyin yaşam kalitesini daha iyi hale getirdiği düşünülmektedir. Bu durum yaşlı bireyin sosyal aktivitelerinde artışa aynı zamanda özellikle ilerleyen zamanda bakıma ihtiyaç duyabileceği gibi olumsuz durumlarda kendini güvende hissetmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucuna göre yaşlı bireylerin kendini ihmal düzeyleri kronik hastalığa sahip olma durumu ve bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Kronik hastalıklar bireylerin bağımsız yaşam becerilerini olumsuz yönde etkiler. Alan yazın incelendiğinde kronik hastalıkta farklılaşmamış çalışmaların yanında daha çok kronik hastalığın kendine ihmal riskini arttırdığı yönünde sonuçlara rastlanmaktadır (Abrams et al., 2002; Oh et al., 2006; Dyer et al., 2007; İlhan vd., 2018). Bu farklılığın nedeni bu çalışmaya katılan yaşlıların kronik hastalıklarının çeşitliliği ile ilişkili olabilir. Pandemi sürecinde yürütülen çalışma, yaşlıların sağlık tesislerine başvurularını kısıtlamaktadır. Nörolojik ve psikolojik tanılanmış yaşlıların çalışmaya dâhil edilmemesi de bu durumu açıklayabilir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlıların kendini ihmal düzeyinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Daşbaşı (2014) 65 yaş üstü bireylerin aile içi yaşlı istismarı konusundaki değerlendirmeleri incelediği

çalışmada yaşlıların %70,9'unun herhangi bir türde istismara maruz kaldığını; %4.2'si fiziksel, %0.3'ü cinsel, %64,1'i duygusal, %12,6'sı ekonomik, %29.9'u ihmal şeklinde saptamış ve yaşanan yerin ihmal durumunda bir farklılık göstermediğini tespit etmiştir. Alan yazın incelendiğinde yaşadıkları yere göre bir farklılaşma bulgulanmamış benzer çalışmalara rastlanmaktadır (Oh et al., 2006; Dong et al., 2010; Mardan et al., 2014).

Yaşam döngüsü içerisinde yaşlılık dönemi, hayatı boyunca çalışan bireyin emeklilik sonrası kendisini işe yaramaz biri olarak görmesi, ölüme yakın hissetmesi yaşlı bireyi yalnızlaşmaya sürüklemektedir (Yaşar, 2007). Geçmiş doya doya yaşayan, işlerini tamamlamış, ilişkilerinden doyum alan, kendini gerçekleştirmeye çabalayan yaşlı sağlıklı ve mutlu bir yaşlılık geçirirken, ölüm duygusunun yoğun hissedildiği, hayattan memnun olmayan yaşlı bireyler bu süreci mutsuz ve yalnız geçirirler (Öz, 2010).

Yapılan analiz sonucunda çalışmamıza katılan yaşlıların %26.4'ü yalnızlık hissetmiyor, %63.9'u kabul edilebilir yalnızlık düzeyinde, %5.8'i çok yalnız, %3.9'u ise çok yoğun yalnızlık hissetmektedir. Bu çalışmada çalışmaya dâhil olan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin kabul edilebilir ölçüde olduğu söylenebilir. Sosyal yalnızlık, yaşlı bireyin algıladığı sosyal etkileşimdeki yetersizlik ve kişinin çevre ile etkinlik paylaşmada kendisini bu durumun bir parçası olarak hissetmemesidir (Çam vd., 2018). Ölçeğin alt boyutlarından sosyal yalnızlık alt boyutu puan ortalaması 2.65 ± 2.51 , bu sonuca göre yaşlıların hafif düzeyde yalnızlık hissettikleri söylenebilir. Duygusal Yalnızlık, kişisel olarak başka birine karşı kendini uzak görmesi kabul görmediğini hissetmesidir (Çam vd., 2018). Duygusal yalnızlık alt boyutu puan ortalaması 5.59 ± 3.06 'dır ve yaşlıların orta düzeyde yalnızlık hissettikleri söylenebilir. Katılımcıların duygusal yalnızlık düzeyleri sosyal yalnızlık düzeyinden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Sosyal yalnızlık, bireylerin toplum tarafından dışlanarak ya da toplumdaki belirli rollerini kaybetmesine bağlı olarak ortaya çıkarken duygusal yalnızlık ise, bireylerin sevmek sevilme gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanamamasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Mullins et al., 1989). Yaşlılar çevrelerinde birileri olmalarına rağmen kendilerini yalnız hissetmektedirler. Polat ve Geçici (2020) tarafından yaşlı bireylerin algıladıkları yalnızlık düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapmış oldukları bir araştırmayı 65 yaş üstü 519 yaşlı birey oluşturmuştur. Çalışmada yalnızlık puan ortalaması

10.84±5.58 Duygusal yalnızlık 6.62±3.36, sosyal yalnızlık 4.22±3.37 olarak tespit edilmiştir. Alan yazın incelendiğinde yaşlılarda yalnızlık düzeyinin düşük olduğu çalışmaların yanında (Akgün, 2001; Liu and Rock, 2013); yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (Günaydın, 1996; Aylaz vd., 2012; Genç ve Dalkılıç, 2013; Ağırman ve Gençer 2017).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre yaşlılarda yalnızlık düzeyleri cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır. Kapıkıran (2016) yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması adlı çalışmasında yaşlılarda yalnızlığın cinsiyete göre farklılaşmadığını tespit etmiştir. Alan yazın incelendiğinde bu farklılaşmanın olmadığı (Luo et al., 2012; Arslantaş ve vd., 2015) çalışmaların yanında Ceyhan'ın (2005) yapmış olduğu bir araştırmada 225 yaşlı birey üzerinde yaşlılarda yalnızlık düzeylerini etkileyen etmenleri incelemiş, araştırma sonucunda kadınların erkeklere oranla daha fazla yalnızlık duygusu hissettikleri tespit edilmiştir. Bunun yanında Korkmaz-Hoşoğlu ve Ümmet (2021) yaşlı bireylerin yalnızlık algılarının yaşam kaliteleriyle ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin cinsiyet durumuna göre değiştiği erkek katılımcıların kadınlara göre daha yalnız hissettiği tespit edilmiştir. Cinsiyet değişkenine göre literatürdeki farklı bulgular, yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyinde cinsiyet değişkeninin tek başına bir değişken olmadığını huzurevinde yaşamak, hastalık gibi başka değişkenler devreye girdiğinde anlam kazandığını düşündürmektedir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Çevik ve arkadaşlarının (2018) huzurevinde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki Alan yazın incelendikleri bir çalışmada yalnızlık düzeyinin medeni duruma göre farklılaşmadığını belirtmişlerdir. Piquart (2003) yapmış olduğu bir araştırmada 4130 yaşlı katılımcıdan veri toplamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında hiç evlenmemiş yaşlılarda evlenmiş yaşlı bireylere göre yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu, evliliği devam eden ve eşi hayatta olan yaşlıların, dul ve boşanmış olan yaşlılara göre yalnızlık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada Liu ve Rock (2013) yaşlılardaki duygusal ve sosyal değişimlerin yalnızlık ile ilişkisini araştırdıkları bir araştırmada; eşinden ayrılan yaşlıların sosyal iletişim ağı güçlü

olanların yalnızlık düzeylerinin düşük olduğu, sosyal iletişim ağı düşük ise yalnızlık duygusunun yükseldiği, yeniden evlenme durumunda ise yalnızlık duygusunu etkileyen faktörler sağlık ve gelir düzeyi olduğu, sağlık ve gelir düzeyi olumlu olan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ceyhan (2005) yalnızlık ile ilgili çalışmada dul olmanın, Babacan ve Duman (2017) eş kaybının yaşlılarda yalnızlık düzeyini etkileyen değişkenler olduklarını bulgulamışlardır. Çalışmada bir farklılaşmanın olmamasının nedeni çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu evlilerin oluşturması olabilir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin sahip oldukları çocuk durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre 1 çocuğu olan yaşlıların çocuğu olmayan, 3 çocuk, 4 ve üzeri çocukları olanlara göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Alan yazın incelendiğinde Ceyhan (2005) çocuğu olmayan yaşlı bireylerin kendilerini daha yalnız hissettiklerini belirtmiştir. Erbatu (2017) huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin karşılaştırdığı çalışmasında çocuk sahibi ve evli olanların yalnızlık düzeylerinin daha az olduğunu belirlemiştir. Çocuk sahibi olma durumunun yalnızlığı azalttığına ilişkin pek çok çalışma olmakla birlikte (Tel ve Sabancıoğulları, 2006; Arslantaş ve Ergin, 2011; Bilgili vd., 2012) bir fark bulunmadığını tespit eden çalışma da bulunmaktadır (Khorshid et al., 2004). Bu farklı sonuçlar yaşlı birey ile çocuk arasındaki ilişkinin niteliği, sosyal desteğin nasıl ve ne şekilde yapıldığı ile açıklanabilir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin birlikte yaşadıkları kişi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre yalnız çocuklarıyla yaşayan yaşlıların eşiyile yaşayan yaşlılara göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Polat ve Geçici (2020) Yaşlı bireylerin algıladığı yalnızlık düzeyi ile depresyon arasındaki ilişkisini incelediği çalışmada bekar, okur-yazar olmayan ve tek başına yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaşamın son dönemi olan yaşlılıkta hayat arkadaşının varlığı yaşlı bireyin kendini daha güvende hissetmesine neden oluyor olabilir. Yaşlı bireylerde sevdiği yakını kaybettiği zaman ve çoğunlukla uzun yıllar evli kaldıktan sonra eşin kaybına bağlı olarak yalnızlık duygusu gelişir (Charles, 2015). Alan yazın incelendiğinde çalışma sonuçlarına benzer bulgulara rastlanmaktadır (Pinquart, 2003; Akyüz, 2004; Luo et al., 2012; Ağırman ve Genç

2017; Babacan ve Duman, 2017). Yaşlıların hayatlarının son dönemlerini eşleri ile geçirdiklerinde yalnızlık hissetmiyor olmaları beklenen bir durum olduğuna göre araştırmadan elde edilen sonuç şaşırtıcı olmamaktadır.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre geliri giderinden az olan yaşlıların geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden fazla olan yaşlılardan yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Geliri giderine eşit olan yaşlıların geliri giderinden fazla olan yaşlı katılımcılardan yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Aközer ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan Türkiye’de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması kapsamında görüşülen yaşlı kişilerin %52.2’si alt gelir, %33.5’i orta gelir, %14.2’si üst gelir grubunda olduğu ve gelir durumunun düşük olmasının yalnızlığı artırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Alan yazın incelendiğinde Aylaz ve arkadaşları (2012) tarafından yaşlılarda yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılan bir çalışma 913 yaşlı kişiden oluşmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre depresyon ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal güvencesi olanların ve yüksek gelir düzeyinin düşük yalnızlık ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Liu ve Rock (2013) yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyi olumlu olan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin düşük olduğu bulgulanmıştır. Ekonomik imkanların yüksek oluşu yaşlıların yaşam kalitesini artıracığı tahmin edilmektedir.

Yapılan analiz sonucuna göre yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri kronik hastalığa sahip olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kronik hastalığı olan yaşlı katılımcıların kronik hastalığı olmayan yaşlı katılımcılara göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıkla birlikte zamanla yaşlı bireyin sosyal aktivitelerinde azalma, sonraki hayatına dönemeyeceği kaygısı, yetersizlik duygusu ve yalnızlık ortaya çıkar (Polat ve Kahraman, 2013). Alan yazın incelendiğinde bu sonuçlara benzer çalışmalar görülmüştür (Greenfield and Russell 2011; Akyüz, 2004; Ceyhan, 2005; Ağırman ve Gençer 2017; Babacan ve Durmaz, 2017). Kronik hastalık yaşlının hayatını önemli ölçüde sınırlar, hastalığın türüne göre değişmekle birlikte yaşlı zamanla bir başkasına daha bağımlı hale gelebilir. Bu durum yaşlının daha duygusal ve hassas olmasına aynı zamanda sosyal aktivitelerinin kısıtlanmasına ve dolayısıyla yalnız hissetmesine katkı sağlıyor olabilir.

Yapılan analiz sonucuna göre yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri bakımına destek olan biri olma durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bakımına destek olan birinin olduğu durumda yaşlı katılımcıların bakımına destek olunmayan duruma göre yalnızlık düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Pinquart, 2003; Gallacher et al., 2011; Genç ve Dalkılıç, 2013; Polat ve Geçici 2020). Yaşlının beden işlevselliğinde azalma ve buna eşlik eden kronik hastalığın varlığı yaşlının duygusal ve sosyal yönden başkalarına daha çok ihtiyaç duymasına sebep olmaktadır (Kislaya vd., 2013). Bu süreçte yanında ihtiyaçlarını karşılayabilecek birinin varlığı yalnızlık duygusunu hafifletebilecektir.

Yapılan analiz sonucunda yaşlılarda yalnızlık düzeyinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Yaşam şartlarındaki değişim yaşlıları yalnızlaştırmakta; köyden kente göçün fazla olduğu bölgelerde bu durum daha fazla hissedilir boyuttadır. Kırsal kesimde geleneksel aile içinde, aile, akraba, komşu ve diğerleri ile iletişim halinde hayatını sürdüren yaşlılar büyük şehirlerde bu destekten yoksundurlar (Turla ve Yılmaz, 2007). Erol ve arkadaşları (2016) yapmış oldukları çalışmada kentte yaşayan yaşlı bireylerin kırsalda yaşayanlardan yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanında Burholt ve Scharf (2014) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda kırsal alanda yaşamanın yalnızlığı arttırdığını tespit etmişlerdir. Alan yazın incelendiğinde herhangi anlamlı bir farklılığın olmadığı çalışmamıza benzer sonuç olan çalışmalara da rastlanmıştır (Pinquart, 2003; Gallacher et al., 2011; Saltan vd., 2018). Bu farklılık göstermektedir ki ikamet edilen yerden ziyade yaşanılan yerde ki sosyal ilişkinin daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlılara yönelik, iş, aile, çalışma yaşamı, sosyal yaşam, sağlık bakım gibi pek çok alanda basmakalıp tutumlar karşımıza çıkar. Yaşlılardan belirli davranışları sergilemesi beklenmektedir. Yaşlılara yönelik genel tutum, onların kendileri için yetersiz oldukları, yeniliklere uyum gösteremedikleri, huysuz ve aksi oldukları yönündedir ve zamanla yaşlı da bu durumu benimser ve uygun davranmaya başlarlar. Yaşamdaki değişime paralel olarak yaşlı sayısının artması, yaşlılarla ilgili psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutlarda çözümlenmesi gereken birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Yaşlıların yalnızlık sorunu günümüzde daha da derinleşmektedir. Toplumdaki hızlı değişime yaşlılar ayak uydurmakta

zorlanmaktadırlar. Böylece yoğun şekilde izolasyona maruz kalmakta ve yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Yalnızlık yaşlı bireyin depresyon ve kendini ihmal riskini artırabilmektedir. Dünyada kısmen ülkemizde çok az çalışılan sorunlardan olan kendini ihmal, yaşlıların yetersizliklerinden veya isteksizliklerinden dolayı sağlık ve hijyenlerine dikkat etmeme olarak tanımlanan bir sendromdur. Kendini ihmal eden yaşlı birey kronik hastalık ve fiziksel yetersizlik ile karşı karşıya kalmaktadır.

Çalışmanın yürütüldüğü dönem dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını sürecinde yapılmıştır. Bu dönem toplumun tüm kesimini etkilemiş zaman zaman belirli kısıtlamalara gidilmiştir. Yaşamı tehdit eden Covid-19 virüsü kişilerin sadece iç dünyasını değil aynı zamanda sosyal davranışlarını ve neticesinde toplumsal yapıyı da derinden etkilemektedir. Bu süreçten en fazla etkilenen grupların başında yaşlılar gelmektedir. Hem ölüm yüzdelerinin yüksek olması hem de katı kısıtlama tedbirlerine maruz kalmaları yaşlıların daha yoğun kaygı ve stres yaşamalarına neden olduğu söylenebilir. Bu durum ulaşılabilen yaşlı popülasyonunu ve çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında uygulayıcılara ve araştırmacılara daha sonra yapılabilecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Yapılan istatistiksel analizlere göre araştırma kapsamında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Yaşlı bireylerde depresyon düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyi ve kendini ihmal düzeyi de artmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde yalnızlık düzeyi arttıkça kendine ihmal düzeyi de yükselmektedir.

Yaşlı bireylerde depresyon; medeni durum, birlikte yaşadıkları kişi durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu, bakımına destek olma durumu, yaşamakta olunan yer değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Depresyon düzeyi eşi vefat etmiş, yalnız çocuklarıyla yaşayan, geliri giderinden az olan, kronik hastalığı olan, bakımına destek olan biri olmadığı durumda ve ilçede ikamet eden yaşlılarda anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir. Bunun aksine, çocuk sahibi olup olmamaları ve cinsiyet değişkenine göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Yaşlı bireylerde kendine ihmal, medeni durum, çocuk sahibi olup olmamaları, gelir durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kendini ihmal

düzeıı bekar-boşanmış olan, çocuğu olmayan, geliri giderinden az olan yaşlılarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun aksine, cinsiyet, birlikte yaşadıkları kişi durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, bakımına destek olan biri olma durumu, yaşadıkları yer değişkenlerine göre farklılaşmadığı grlmştir.

Yaşlı bireylerde yalnızlık, ocuk sahibi olup olmamaları, birlikte yaşadıkları kişi durumu, gelir durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, bakımına destek olan biri olma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yalnızlık düzeyi bir ocuk sahibi olan, yalnız çocuklarıyla yaşayan, geliri giderinden az olan, kronik hastalığı bulunan, bakımına destek olan biri olmadığı durumdaki yaşlılarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun aksine, cinsiyet, medeni durum, yaşadıkları yer değişkenlerine göre farklılaşmadığı grlmştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında uygulayıcılara yönelik önerilerde bulunulmuş ve daha sonra yapılacak çalışmalar için araştırmacılara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

5.2.1. Uygulayıcıya Yönelik neriler

- Bu çalışmada yaşlılarda depresyon ve yalnızlığın kendine ihmal ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçla kendini ihmal riskini önlemek için yaşlıların depresif duygudurumlarını ve yalnızlıklarını azaltabilecek kolay ulaşılabilir sosyal aktivitelerin arttırılması önerilir.
- Çalışmada ayrıca yaşlı bireylerdeki kendini ihmal ve depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda dezavantajlı bir grup olan yaşlıların yaşamış oldukları sorunlar, alanda çalışan psikolojik danışman ve sağlık çalışanları tarafından daha detaylı incelenmeli, bireylerin kendini ihmal için olan risk faktörleri (eşi vefat etmiş, çocuğu olmayan, gelir durumu düşük) hakkında dikkatli olunması, yaşlıları birey merkezli bütüncül bir yaklaşım kullanarak değerlendirmesi ve farkındalığın artması konusunda eğitimler planlaması önerilmektedir. Aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılara belirli aralıklarla psikolojik taramalar yapılması erken tanılama ihtimalini arttırabilir.
- Yaşlı yakınlarına ve topluma yönelik yaşlılarda depresyon belirtilerini tanıyabilmeleri ve kendini ihmal konusunda farkındalığın arttırılmasına yönelik eğitimler planlanması önerilir.

5.2.2. Araştırmacıya Yönelik Öneriler

- Bu araştırmanın örneklemini Giresun ilinde yaşayan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Bu çalışmadan sonra yapılacak olan çalışmalarda örneklemin farklı illerde yapılarak genişletilmesi önerilmektedir.
- Bu çalışma Giresun Aile Sağlığı Merkezlerine ayaktan başvuran yaşlılar ile yapılmıştır. Huzurevi ya da bakım evinde ikamet eden yaşlılarla çalışılması önerilir.
- Çalışma Covid-19 salgını sürecinde gerçekteşmiştir. Salgın sürecindeki değişiklikler bireylerin tutumlarını değiştirebilir bu nedenle farklı bir zamanda tekrarlanması önerilir.
- Bu araştırmada Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak Kendini İhmal Ölçeği alt boyutları olan sosyal ağ, fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve ruhsal sağlık ile depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişki incelenmemiştir. İleride yapılacak çalışmalarda alt boyutların da ele alınarak yapılması önerilir.
- Ayrıca çalışma sonucunda elde edilen veriler incelenerek bu sonuçların nedenleri üzerinde çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abduşoğlu, A., (2012). Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif yaşlanma Sempozyumu Bildirileri Kitapçığı*, Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Abrams, R. C., Lachs, M., McAvay, G., Keohane, D. J., & Bruce, M. L. (2002). Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *American Journal of Psychiatry*, 159 (10). 1724-1730.
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal Public Health*, 100. 292–297.
- Adams, K. B., Sanders S., and Auth E. A., (2004). “Loneliness And Depression In Independent Living Retirement Communities: Risk And Resilience Factors”. *Aging & Mental Health*, 8 (6), 475-485.
- Age UK. (2019). Later life in the United Kingdom. p:11.
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3 (3). 347-354.
- Ağırman, E. ve Gençer, M. (2017). Huzurevinde, Evde Ailesiyle ve Yalnız Yaşayan Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yalnızlık Hissi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi* , 7 (3). 234-240.
- Akçay, C. (2011). *Yaşlılık: Kavramlar, Kuramlar, Yaşlılığa Hazırlık*. İstanbul: Kriter Yayınları.
- Akçiçek, F. (2009). İleri yaş Sağlık sorunları ve yaşam kalitesi. *Türkiye klinikleri*. 29. 108-109.
- Akdemir, N., Görgülü, Ü. ve Çınar, D. (2008). Yaşlı istismarı ve İhmali. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 68-75.
- Akdeniz, M., Kavukcu, E. ve Teksan, A. (2019). Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbırak G, Editör. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

- Akgül, H., ve Yeşilyaprak, B. (2015). Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. (1). 34-45.
- Akgün, E., (2001). *Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkileri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Aközer, M., Nuhurat, C. ve Say, Ş. (2011). Türkiye' de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*. 12 (7). 103-27.
- Akyüz, A., (2004). *Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların, Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Altay, B. ve Aydın-Avcı, İ. (2009). Samsun Alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8 (2). 139-146.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. Press Arlington 2013.
- Anetzberger, G. J. (2005). The reality of elder abuse. *Clinical Gerontologist*, 28. 1-25.
- Ardahan, M., (2010). Yaşlılık ve Huzurevi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, Ocak-Şubat-Mart-11, 5 (20), 25-32.
- Arıcı-Özcan, N. (2019). Psikolojik yaşlanma teorileri. *Gerentecknoloji*, 1. 103-112
- Arslantaş, H. ve Ergin, F. (2011). 50-65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 14 (2). 135-144.
- Arslantas, D. A., and Ünsal, O. D. (2014). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. *Geriatrics & Gerontology International*, 14 (1). 100-108.
- Arslantaş, H., Adana, F., Abacigil Ergin, F., Kayar, D. and Acar, G. (2015). Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: a field study from western turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 44 (1). 43-50.
- Artan, T. (2016). Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı istismarının bir türü olarak ekonomik istismar. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3. 48-56.

- Aslan H. (2012). *Yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği. Malatya
- Aslan, M. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *DÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7 (1). 53-62.
- Assil, S. M. ve Zeidan, Z. A. (2013). Prevalence of depression and associated factors among elderly Sudanese: a household survey in Khartoum State. *Eastern Mediterranean Health Journal.*, 19 (5). 435-440.
- Atila, S. (2006). *Toplumsal Değişmenin Aile ve Yaşlılar Üzerine Etkisi (İstanbul'daki Beş Huzurevinde İnceleme)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Aydemir, Ö. (2011). Majör depresif bozuklukta tedavi hedefleri ve tedavinin izlenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 21. 51-59.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H. and Aslan H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 55 (3). 548-554.
- Babacan, G. A. ve Duman, M. (2017). Ülkemizde yaşlı bireylerde yalnızlık: Sistematik derleme. *10. İleri Yaş Sempozyumu*, s. 114. İzmir.
- Ballantyne, A., Trenwith L., Zubrinich S. and Corlis, M., (2010). "I Feel Less Lonely': What Older People Say About Participating in A Social Networking Website". *Quality in Ageing and Older Adults*, 11 (3). 25-35.
- Beal, C., (2006). "Loneliness In Olderwomen: A Review Of The Literature". *Issues in Mental Health Nursing*, 27. 795-813.
- Beck, A. T. (1970). *Depression: causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi*. Nesrin Hisli Şahin (çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beşer, A. ve Kıssal A. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmal, V. Kalıncara (ed.), *Yaşlılık: Disiplinlerarası yaklaşım, sorunlar, çözümler*, Ankara: Nobel.
- Bentley, S. M., Pagalilauan, G. L. and Simpson, S. A. (2014). Major Depression. *Medical Clinics of North America*. 98 (5). 981-1005.
- Bıyıklı, G. (2020). Yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalama ve sosyal desteğin iyilik durumu ve depresyon ile ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

- Bilgici, A., Kuru, Ö., Gündüz, Ö. ve Alaylı, G., (2000). Osteoartritli Yaşlı Hastalarda Ağrı İle Fiziksel ve Psikososyal Disabilite Arasındaki İlişki. *Geriatry*, 3 (1), 22- 25.
- Bilgili, N., Kitiş, Y. ve Ayaz, S. (2012). Yaşlılarda yalnızlık ve uyku kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15 (1): 81-88.
- Bilir, N. ve Paksoy-Erbaydar N. (2012) Yaşlılık sorunları. Güler Ç, Akın L, (ed). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler III. Cilt. 2. Basım.* (s: 1528-1540). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Bingöl, G., Demir, A., Karabek, R., Kepenek, B., Yıldırım, N. ve Kaytaç, E. G. (2010). Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 25 (4): 169-176.
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the oldest old. *American Journal of Psychiatry*. 157 (12), 1915-1924.
- Bowlby, J. (1977). "The Making And Breaking Of Affectional Bonds: Aetiology And Psychopathology In The Light Of Attachment Theory". *British Journal of Psychiatry*, (130), 201-210.
- Brandl, B., Dyer, C. B., Heisler, C. J., Otto, M. J., Stiegel, L. A. and Thomas, R. W. (2007). *Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach*. Newyork: Springer.
- Brimelow, R. E. and Wollin, J. A. (2017). Loneliness in old age: Interventions to curb loneliness in long-term care facilities. *Activities, Adaptation & Aging*. 41 (4). 301-5.
- Brinda, E. M., Rajkumar, A. P., Attermann, J., Gerdtham, U. G. et al., (2016). Health, social, and economic variables associated with depression among older people in low and middle income countries: World Health Organization study on global ageing and adult health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (12). 1196-1208.
- Bulut, Ü. ve Özçakar, N. (2012). Nasıl yaşıyoruz? *Turkish Family Physician*. 3 (1). 1-5.
- Burholt, V. ve Scharf, T. (2014). Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69 (2). 311-324.
- Buturak, V. A., Basterzi, A. D., Yazıcı, A., Yazıcı, K. ve Acar, S. T. (2011). Comorbid disorders in outpatients with major depressive disorder and their sociodemographical aspects. *Journal of Mood Disorders*. 1 (1). 7-13.

- Campbell, K. E., Dennerstein, L., Tacey, M., Fujise, N. (2017). Comparison of geriatric depression scale scores in older Australian and Japanese women. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26 (1). 70-78.
- Campos, A. C., e Ferreira, E. F., Vargas, A. M. and Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality Of Life Outcomes*, 12 (1). 166.
- Can, M. İ. ve Aslan, A. (2014). Yaşlanmanın moleküler temelleri. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 30 (2). 107-12.
- Caron, C. M. (2005). *A Conceptual Framework for Community Interventions in Successful Aging*. Ontario: Ottawa Üniversitesi Press.
- Ceyhan, S. (2005). *Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D. et. al., (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*, 39. 23-30.
- Charles, Z. (2015). *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre II*, 1.baskı. Ankara: Nika Yayınevi.
- Charlson, F., Van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H. and Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 394 (10194). 240-248.
- Choe, C. J., Emslie, G. J. and Mayes, T. L. (2012). Depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21 (4): 807-829.
- Choi, N. G., Kim, J and Asseff, J. (2009). Self-neglect and neglect of vulnerable older adults: reexamination of etiology. *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (2). 171-187.
- Cimete, G. (2002). *Yaşam Sonu Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y. et. al., (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*.;391 (10128). 1357-1366.
- Clark, A. N. G., Mankikar, G. D., and Gray, I. (1975). Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *The Lancet*, 305 (7903). 366-368.

- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A.G. et al., (2012). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 11:CD008324
- Çalışır, M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 1 (3). 240–55.
- Çam, C., Atay, E. ve Işıklı, B. (2018). Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Sağlığı Dergisi*, 3 (2). 50-67.
- Çelik, A., Kardaş-Kin, Ö. ve Karadakovan, A. (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Katip Çelebi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (3). 17-23.
- Çevik, A. R., Adıbelli, D., Erdem, N., Kıracı, N., Aktaş, B. ve Karadakovan, A. (2018). Huzurevinde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (1). 33-41.
- Çınar, I. O. and Kartal, A. (2008). Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. *TAF Preventive Medical Bulletin*, 7 (5). 399-404.
- Daşbaşı, S. (2014). *65 yaş üstü bireylerin aile içi yaşlı istismarı konusundaki değerlendirmeleri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Day, M. R., and Leahy-Warren, P. (2008). Self-neglect 2: Nursing assessment and management. *Nursing Times*, 104 (25). 28-29.
- Dereli, F., Koca, B., Demircan, S. ve Tor, N. (2010). Bir Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 93-97.
- De Jong Gierveld, J. and Raadschelders J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (105-122). New York: Wiley.
- Dikmenoğlu, N. (2007). Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişiklikler. Aslan S., (ed.) *Geriatri. 1. Baskı*, (s. 27-37). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Dinçer, G. ve Gönül, A. S. (2016). Majör depresif bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 9 (1). 44-49.

- Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., et. al., (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302 (5). 517-526.
- Dong, X. and Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older person, *JAMA Internal Medicine*, 173. 911-917.
- Dong, X., Wilson, R. S., De Leon, C. F. M. and Evans, D. A. (2010). Self-neglect and cognitive function among community-dwelling older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (8). 798–806.
- Dong, X. (2014). Self-neglect in an elderly community-dwelling US Chinese population: findings from the population study of Chinese elderly in Chicago study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62 (12). 2391-2397.
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63. 1214-1238.
- Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J., and Kelly, P. A. (2007). Self-neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97 (9). 1671-1676.
- Dykstra, P.,A., van Tilburg T. G. and de Jong Gierveld, J., (2005). Changes In Older Adult Loneliness Results From A Seven-Year Longitudinal Study. *Research On Aging*, 27 (6). 725-747.
- Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H. and Isik, A. T. (2018). Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *Northern clinics of Istanbul*. 5 (3). 216-220.
- Egede, L. E., Paul J. N. and Deyi Z. (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*, 28 (6). 1339-1345
- Elder Justice Act. (2010). Patient protection and affordable care act. Public Law 111-148. Washington, DC: United States Government.
- Er, D. (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (11). 131-144.
- Erbatu, B. (2017). *Huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırklareli.
- Ergin, F., Evcı, K. E. D., Saruhan, G., Benli C., Okyay, P. and Beşer E. (2012). Prevalence and risk factors of elder abuse and neglect in western city of Turkey: A community

- based study. *Bulletin of the Transylvania University of Braşov Series VI: Medical Sciences*, 5, 33-50.
- Erikson, E. H., (1982). *The Life Cycle Completed*. New York: Norton.
- Erkal, S. (2008). Aile içi şiddet ve yaşlılar, *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E Dergisi*, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/yaslivesiddet.pdf>
- Erlingsson, C. L., Saveman, B. I. and Berg, A. C. (2005). Perceptions of elder abuse in Sweden: Voices of older persons. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 213–227.
- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F.N. ve Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *GÜSBD*. 5 (3). 60-9.
- Ertan, T., Eker, E. and Sar, V. (1997). Reliability and validity of the geriatric depression scale in Turkish elderly population. *Archives of Neuropsychiatry*, 34 (2). 62-71.
- Ertin, H. ve Özkaya, H. (2016). Etik açıdan yaşlıya kötü muamele/istismar ve Toronto Bildirgesi, *Türkiye Klinikleri Yaşlanma Özel Sayısı*, 2, 77-84.
- Eryılmaz, A. (2013). Bir yaşam dönemi olarak yetişkinlik: Tanımı, ölçütleri ve kuramları. Bacanlı, H., Terzi, Ş. (ed.). *Yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi*. İstanbul: Açılım Kitap
- European Commission. (2017). The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies., p:1-25.
- Eyüboğlu, C., Şişli, Z. ve Kartal, M. (2012). Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. *Turkish Family Physician*. 3 (1). 18-22.
- Fadıloğlu, Ç. ve Şenuzun-Aykar, F. (2012). Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, 51, 69-77
- Ferreira, M., Lindgren, P. (2008). Elder abuse and neglect in South Africa: A case of marginalization, disrespect, exploitation and violence. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20, 91–107.
- Finberg, J. (2003). Financial abuse of the elderly in California, *36 Loy LAL Reviews*, 36, 667.
- Fiske, A., Wetherell, J. L. and Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-89.
- Fromm, E. (2006). *Özgürlükten Kaçış* (Çev. Ş. Yeğin). İstanbul: Panel Yayınevi.

- Frontera, W. R. (2017). Physiologic changes of the musculoskeletal system with aging: a brief review. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28 (4). 705-711.
- Gallacher, J., Mitchell, C., Rengifo, A. and Burton, P., (2011). The good life: from Socrates to Surbiton. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12 (1). 17-25,
- Gamble, N., (2011). *A Joint Project of the Centre for Addiction and Mental Health Dalla Lana School of Public Health*. University of Toronto and Toronto Public Health, Kanada: 2010 Centre for Addiction and Mental Health.
- Garbin, C. A. S., Joaquim, R. C., Rovida, T. A. S. and Garbin, A. J. J. (2016). Elderly victim of abuse: a five year document analysis. *Revista Brasilia de Geriatria e Gerontologia*, 19, 87-94.
- Geçtan, E., (2000). *İnsan Olmak* (20. Baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Genç, Y. ve Dalkılıç, P. (2013). Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6 (4). 461-482
- George, D. and Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Ghiasi, A. (2018). Prevalence of elder abuse and neglect in Iran: A systematic review and meta-analysis, *Shiraz E- Medical Journal*, 19 (11).
- Gil, A. P., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R. and Fernandes, A. A. (2015). Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse Neglect*, 27, 174–195.
- Gomes, J. P. and O'Brien. J. G. (2018). Medical perspectives of self-neglect: an issue for health and social care. Day, M. R., McCarty, G., Fitzpatrick, J. J., (eds.) *Self-Neglect in Older Adults: A Global, Evidence-Based Resource for Nurses and Other Healthcare Providers*. Springer Publishing Company p:147-162.
- Gökçe-Kutsal, Y. (2007). *Temel Geriatri*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi.
- Gönüllü-Taşkesen, C. (2017). Kırsal ve kentsel alanlarda yaşlanma, yaşlılık ve yaşlılar: Denizli ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 4 (1). 92-124.
- Greenfield, E. A. and Russell, D. (2011). Identifying Living Arrangements That Heighten Risk for Loneliness in Later Life: Evidence From the U.S. National Social Life, Health, and Aging Project. *Journal of Applied Gerontology*, 30 (4). 524–534.

- Grover, S., Avasthi, A., Sahoo, S., Lakdawala, B., Dan, A., Nebhinani, N., Dutt, A., Tiwari, S. C., Gania, A. M., Subramanyam, A. A., Kedare, J. and Suthar, N. (2018). Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly: A multicentric study under the aegis of Indian association for geriatric mental health, *Official Journal of Indian Association for Geriatric Mental Health*, 5 (2). 99-106.
- Gullich, I. S., Duro, M. and Cesar, J. A. (2016). Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19 (4). 691-701.
- Gül, H., Evcili, G., Karadaş, Ö. ve Gül, E. (2012). Geriatrik depresyon ve ilişkili risk etkenleri: huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi. *Journal of Clinical Anatolial Medicine*. 3 (3). 308-310.
- Gülekon, A. (2012). *Yaşlılarda sık karşılaşılan deri sorunları ve önlemleri. Birinci Basamaklar İçin Temel Geriatri*. Ankara: Algı Tanıtım.
- Gülen, M., Aktürk, A., Acehan, S., Seğmen, S. S., Açıkalın, A. ve Bilen, A. (2013). Yaşlı İstismarı ve İhmalı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 22 (3). 393-407.
- Gümüş, B. A., Keskin, G. ve Orgun, F. (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: Depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. *Turkish Journal of Geriatrics*. 15 (3). 299-305.
- Günaydın, N. (1996). *Yaşlı Bireylerde Yalnızlığın İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Güz, H., Ay-Yaman, M. ve Dilbaz, N. (2007). Fiziksel hastalığı olan yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9. 44-49.
- Hamarta, E. (2009). Examining the social anxiety of adolescents with regards to interpersonal problem solving and perfectionism. *Elementary Education Online*, 8 (3). 729-740.
- Hawkley, L. C. and Cacioppo, J. T., (2010). "Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms". *Annals of Behavioral Medicine*, 40 (2). 218-227.
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G. and Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors'. *Journal of Personality and Social Psychology*. 85 (1). 105-120.

- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C. and Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 147 (1-3). 17-28.
- Helvacı-Çelik, F. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Majör depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6 (1). 51-66.
- Holmen, K., Ericsson K., Andersson L. and Winblad B. (1992). Loneliness Among Elderly People Living In Stockholm: A Population Study. *Journal of Advanced Nursing*, 17. 43-51.
- Hopman-Rock, M. and Westhoff, M. H., (2002). Development and Evaluation of ‘Aging Well and Healthily’: A Health Education and Exercise Program For Community Living Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10. 363–80.
- Hornby-Turner, Y. C., Peel, M. N. and Hubbard, R. E. (2017). Health assets in older age: A systematic review. *BMJ Open*. 7 (013226). 1-13.
- Iris, M., Conrad, K. J. and Ridings, J. (2014). Observational measure of elder self-neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 26 (4). 365–397.
- İlhan F. (2006). *Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu mahallesinde aile içi yaşlı istismarının saptanması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- İlhan, M. N., Maral, I., Kitapçı, M., Aslan, S., Çakır, N. ve Bumin, M. A. (2006). Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. *Klinik Psikiyatri*. 9. 177-184.
- İlhan, B., Bahat, G., Saka, F., Kılıç, C., Ören, M. M. ve Karan, M. A. (2018). A new screening tool for self-neglect in community-dwelling older adults: IMSelf-neglect questionnaire. *The Aging Male*, 5. 1-8.
- İmamoğlu, S. (2008). *Genç Yetişkinlikte Kişilerarası İlişkilerin Cinsiyet, Cinsiyet Roller ve Yalnızlık Algısı Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- İnce, H., Aliustaoğlu, S., Yazıcı, Y. ve İnce, N. (2007). İstanbul’da adli tıp bakış açısı ile yaşlı ölümleri ve özellikleri, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 70. 34-38.
- Jackson, S. & Hafemeister, T. L. (2011). Financial abuse of elderly vs. other forms of elder abuse: Assessing their Dynamics, risk factors and society’s response, *National Institute of Justice Final Report*.

- Jamaluddin, S. Z. B., Chuan, G. C., and Taher, M. A. (2015). Strategies in the prevention or reduction of elder abuse in Bangladesh and Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 172. 42-48.
- Johnson, Y. (2018). Home care nurses and self-neglect. An issue for health and social care in: Day, M. R., McCarty, G., Fitzpatrick, J. J. (eds.) *Self-Neglect in Older Adults: A Global, Evidence-Based Resource for Nurses and Other Healthcare Providers*. Springer Publishing Company. p:147-162.
- Jones, C. M. and Boelaert, K. (2015). The endocrinology of ageing: a mini-review. *Gerontology*. 61. 291-300.
- Jong-Gierveld, J. and Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*. 9 (3). 289-99.
- Jong-Gierveld, J. and Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: VU University.
- Jongenelis, K., Pot, A., Eisses, A., Beekman, A., Kluiter, H. and Ribbe, M. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 135-142.
- Kalenderoğlu, A., Yumru, M., Selek, S., Cansel, N., Vırit, O. ve Savař, H. A. (2007). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakóltesi Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi'ne başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8. 179- 85.
- Kalınkara V. (2016). *Temel gerontoloji: Yaşlılık bilimi. 3. Basım*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık
- Kalınkara, V. (ed.) (2016). *Yaşlılık: Disiplinlerarası yaklaşım, sorunlar, çözümler*. Ankara: Nobel.
- Kapıkıran, ř. (2016). Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumunu arasındaki ilişki: sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9 (1). 13-25.
- Kaptan, G. (2016). *Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili tanımlar*. Kaptan G. Editör, Geriatriye Çok Yönlü Bakış. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi
- Karaca, F. (2010). Huzurevinde kalan yaşlıların hayata bakış açıları ve gelecekle ilgili beklentileri. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*. 11 (6). 50-72.
- Karagöz, M. (2010). Yaşlı ve adli tıp, *GeroFam*, 1. 97-110.

- Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics Geriatri*. 5 (4). 155-159.
- Karalar, F., Öztürk, I., Şahin, A., Çayköylü, A. ve Kırpınar, I. (2004). Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri populasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. *Ulusal Gero-psikiyatri Sempozyumu*. İstanbul s: 10-12.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel yayıncılık.
- Karataş, S., (2000). Sosyal Değişme ve Yaşlılık. G. Erkan, V. Işıkhani (Ed.). *Antropoloji ve Yaşlılık*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 006, Ankara.
- Karakaş-Asi, S. ve Durmaz, H. (2017). Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral., *Kocatepe Tıp Dergisi*. 18. 32-36.
- Karbeyaz, K. ve Balcı, Y. (2013). Yaşlılıkta cinsel saldırı: Eskişehir deneyimi. *Türk Geriatri Dergisi*, 16. 55-59.
- Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve depresyon tanı ve değerlendirme. *Geriatri Dergisi*, 2(2): 76-82.
- Kaya, B. (2007). Depresyon : Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatr*. 10. 11-20.
- Keitner, G. I. And Mansfield, A. K. (2012). Management of treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35 (1). 249-265.
- Kendirli, B. (2016). Yaşlılarda ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenler. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Keskin, G., Yıldırım, G. Ö., Aktekin, E. ve Gümüüşsoy, S. (2017). “Yaşlılarda yoğun yalnızlık hissi ve kognitif yıkım: Demans göstergesi olabilir mi?” *10. İleri Yaş Sempozyumu*, İzmir.
- Keskinoğlu, P., Giray, H., Pıçakçıefe, M., Bilgiç, N. ve Uçku, R. (2004). Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. *Türk Geriatri Dergisi*; 7 (2). 57-61.
- Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Bilgiç, N., Uçku, R. ve Tunca, Z. (2006). Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*. 16 (1). 21-6.
- Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Bilgiç, N., Giray, H., Karakus, N. and Uçku, R. (2007). Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *International Psychogeriatrics*, 16. 1-13.

- Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G. ve Çınar, Ş. (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Türk Geriatri. Dergisi*, 7 (1). 45-50.
- Kibar, E. (2015). *Ankara ili Pursaklar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendini ihmal etme durumları niceliksel ve niteliksel bir değerlendirme*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Kim, M. T., Kim, K. B., Han, H. R., Huh, B. et. al., (2015). Prevalence and predictors of depression in Korean American elderly: findings from the Memory and Aging Study of Koreans (MASK). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (7). 671-683.
- Kılıç, M., (2013). *Gerçek Yaşam Tadında: Gelişim Dönemleri 3 Yetişkinlik ve Yaşlılık*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Kılıç, Ü. ve Şelimen, D. (2017). Yaşlıları Huzurevi Yaşamını Seçmeye Zorlayan Nedenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi* 3 (2). 73-82
- Kılıçoğlu, A. (2006). Yaşlılık çağı depresyonun risk etkenleri ve etiyojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7. 49-54.
- Kıslaya, I. Santos, A. J. and Gil, A. P. (2013). Co-occurrence of different types of violence in Portuguese elder adults. *Comprehensive Psychiatry*, 49. 113-120.
- Kıssal, A. ve Beser A. (2009). Yaşlı istismar ve ihmalinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (4) 357-364.
- Klug, G., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Häfner, S., Ladwig, K. H. and Huber, D. (2014). Aging without depression: a cross-sectional study. *Psychodynamic psychiatry*, 42 (1) 5-22.
- Kocataş, S., Güler, G. ve Güler, N. (2004). 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7 (1). 11-18
- Koç, M., (2002). Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12. 287-304.
- Koo, J. H., Son, N. and Yoo, K. (2021). Relationship between the living-alone period and depressive symptoms among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 94, 104341
- Korkmaz, A. (2017). Yaşlı sağlığının geliştirilmesi. Ayaz Alkaya, S, (ed.) *Sağlığın Geliştirilmesi. 1. Basım*. Ankara: Hedef Yayıncılık ve Mühendislik.

- Korkmaz, T. ve Ümmet, D . (2021). Huzurevinde Bulunan Yaşlıların Yalnızlık Algısının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10 (1). 463-475
- Koştu, N. (2005). Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. *Özveri Dergisi*, 4.
- Köroğlu, E. (2015). *Klinik Psikiyatri. 2. Baskı*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Krause N. (1991). Stress And İsolation From Close Ties İn Later Life. *Jof Gerontology: Social Sciences*, 46 (4). 183-194.
- Krishnamurti, J. (2001). *Sevgi ve Yalnızlık Üzerine*. Çev: Elif Özbaş. İstanbul: Ayna Yayınevi.
- Kulaksızoğlu, I. B., Gürvit, H., Polat, A. et. al. (2005). Unrecognized depression incommunity-dwelling elderly persons in Istanbul. *Int Psychogeriatr*, 17 (2). 303-312.
- Kurt, G., Beyaztaş F. Y. ve Erkol Z. (2010). Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24 (2). 32-39.
- Kurtoğlu, D. ve Rezaki, S. M. (1999). Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.10 (3). 173-179.
- Küçükkaraca, N. (2000). Başarılı yaşlanma ve yaşlı istismarı. Erken, G. Işıkhani, V. (ed.), *Antropoloji ve yaşlılık* içinde. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın no:0006, Ankara.
- Lachs, M. S., William, C., O'Brien, S., Hurst, L. and Horwitz, R. (1997). Risk factors reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist*. 37. 469-474.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A. and Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280 (5). 428-432.
- Lecovich, E. (2005). Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants. *Family Relations*, 54. 436-447.
- Lee, H. Y., Gibson, P. and Chaisson, R. (2011). Elderly Korean immigrants' socially and culturally constructed definitions of elder neglect. *Journal of Aging Studies*, 25, 126-134.
- Lee, M., and Kim, K. (2014). Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78 (2). 115-131.

- Lee, S. H, Yim, S. J. and Kim, H. C. (2016). Aging of the respiratory system. *Kosin Medical Journal*, 31 (1). 11-18.
- Lien C., Rosen, T., Bloemen, E. M., Abrams, R. C., Pavlou, M. and Lachs M. S. (2016). Narratives of self neglect: Patterns of traumatic personal experiences and maladaptive behaviors in cognitively intact older adults. *Journal of American Geriatric Society*. 11, 195-200.
- Liu, B. S., Karen, S. and Rook, K. S., (2013). Emotional and Social Loneliness in Later Life: Associations With Positive Versus Negative Social Exchanges. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30, 813-832.
- Lou, V. W. Q. and Jimmy, W., (2012). Chinese Older Adults' Resilience to The Loneliness of Living Alone: A Qualitative Study. *Aging & Mental Health*, 16 (8). 1039–1046.
- Lowenstein, A., Eisikovitz, Z., Band-Winterstein, T. and Enish, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21, 253–277.
- Lue, B. H., Chen, L. J. and Wu, S. C. (2010). Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 50 (1). 34-38.
- Luo, Y., Hawkey, L. C. Waite, L. J. and Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74 (6). 907–914
- MacCourt, P. (2004). *Seniors Mental Health Policy Lens: An Instrument for Developing Policy, Legislation, Programs and Services That Promote and Support the Mental Health of Older Adults*. Vancouver: British Columbia Psychogeriatric Association. Available.
- Malhi, G. S. and Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet*. 392 (10161). 2299-2312.
- Mardan, H., Hamid, T. and Ma'rof Redzuan, R. I. (2014). Correlate of self-care and self-neglect among community-dwelling older adults. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19 (7). 71.
- Martin-Maria, N., Caballero, F. F., Lara, E., Abella, J. D., Haro, J. M., Olaya, B. and Mateos, J. L. (2021). Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *Geriatric Psychiatry*, 36 (1). 76-85.

- McGee, L. and Urban, K. (2020). *Adult Maltreatment Data Report 2019. Submitted to the Administration for Community Living*, U.S. Department of Health and Human Services.
- McIntosh, A. M., Sullivan, P. F. and Lewis, C. M. (2019). Uncovering the Genetic Architecture of Major Depression. *Neuron*. 102 (1) 91-103.
- McWhirter, B. T., (1990). Loneliness: A Review of Current Literature, With Implications For Counseling and Research. *Journal of Counseling & Development*, 68 (4). 417-422.
- McWilliams, N. (2017). *Psikanalitik Tanı. 6. baskı*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Miller, P. H. (2008). *Gelişim psikolojisi*. (çev. Bekir Onur) Ankara: İmge.
- Mitchell, S. and Black, M. J. (2012). *Freud ve Sonrası. 2. baskı*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Mitchell, P. B. and Harvey, S. B. (2014). Depression and the older medical patient—When and how to intervene. *Maturitas*, 79 (2). 153-159.
- Mohseni, M., Rashedi, V., Iranpour, A., Naghibzadeh, T. A. and Borhaninejad, V. (2019). Prevalence of elder abuse and associated factors among community-dwelling older adults in Iran. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31 (4-5). 363-372.
- Mokhtari, M., Arfken, C. and Boutros, N. (2013). The DEX/CRH test for major depression: A potentially useful diagnostic test. *Psychiatry Research*, 208 (2). 131–139.
- Morichi, V. G., Dell'Aquila, T. F., Belluigi, A. et. al., (2015). Diagnosing and treating depression in older and oldest old. *Current pharmaceutical design*, 21 (13). 1690-1698.
- Mysyuk, Y. Westendorp, R. G. J. and Linderberg, J., (2013). Added value of elder abuse definitions: A review, *Ageing Research Reviews*, 12, 50–57.
- Naik, A. D., Pickens, S., Burnett, J., Lai, J. M. and Dyer, C. B. (2006). Assessing capacity in the setting of self-neglect: Development of a novel screening tool for decision-making capacity. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18 (4). 79-91.
- Naja, S, El Din Makhlof, M. M. and Chehab, M. A. H. (2017). An ageing world of the 21st century: A literature review. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 4 (12). 4363-4369.
- Nikhra, V. (2017). The aging brain: recent research and concepts. *Gerontol & Geriatric study*. 1 (3). 1-11.

- Nyman, S. R., Gosney, M. A. and Victor, C. R. (2010). The psychosocial impact of vision loss on older people. *Generations Review*, 20 (2).
- Nutt, D. J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 69, 4-7.
- Oh, J., Kim, H. S., Martin, D. and Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea, *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.
- Oktan, V. (2005). Yalnızlık ve algılanan sosyal destek ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21, 183-192.
- Olçay, Y. (2001). Depresif Bozukluklarda Eş Tanı. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 89-96.
- Onur, B., (1999). *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm*. Ankara: İmge Kitapevi.
- Öz, F. (2002). Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*. 10 (2). 17-28.
- Öz, F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Ankara: Mattek Matbaacılık.
- Özdel, K. (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri*. 8 (2). 10-20.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Papaioannou, E. S. C., Räihä, I., and Kivelä, S. L. (2012). Self-neglect of the elderly. An overview. *The European Journal of General Practice*, 18 (3). 187-190.
- Park, C., Rosenblat, J. D., Brietzke, E., Pan, Z., Lee, Y., Cao, B., et. al., (2019). Stress, epigenetics and depression: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 102. 139-152.
- Payne, K. B. (2011). *Crime and elder abuse - an integrated perspective (third edition)* Illinois: Harles C Thomas.
- Pehlivan, S. ve Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2 (3). 385-395.
- Peplau, L. A. and Perlman, D., (1982). Perspective on Loneliness. In L. A. Peplau ve D. Perlman (Eds). *Loneliness: A sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Pinquart, M., (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (1). 31-53.

- Pinquart, M. and Sorensen, S., (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Metaanalysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 245-267.
- Polat, Ü. ve Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18 (4). 213-218.
- Polat, F. ve Geçici, F. (2020). Yaşlı bireylerin algıladığı yalnızlık düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki . *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8 (1). 72-82.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., and Thomas, A., (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: The Gospel Oaks Project VI'. *Psychological Medicine*, 27. 323-332.
- Rinaldi, Patrizia, et al., (2003). Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (5). 694-698.
- Rokach, A., (2004). Loneliness Then and Now: Reflections on Social and Emotional Alienation in Everyday Life. *Current Psychology*, 23 (1). 24-40.
- Rosen, C. E. and Rosen, S., (1982). Evaluating An İntervention Program For The Elderly. *Community Mental Health Journal*, 18 (1). 21-33.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. and Pitkala, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people: A population-based study. *Gerontology*, 52. 181-187.
- Quinn, M. J. & Tomita, S. K. (1997). *Elder abuse and neglect: causes, diagnosis and intervention strategies*. New York: Springer.
- Quinodoz, J. M. (2017). *Freud'u okumak. 2. baskı*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saltan, A., Küçük, K. M. ve Boğa, M. S. (2018). Yaşlı bireylerde yaşanan yer ile yalnızlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2 (4). 191-198.
- Santrock, J. W. (2011). *Yaşam Boyu Gelişim*. Yüksel G. (çev). Ankara: Nobel yayın.
- Sarı, D., Baysal, E., Taşkıran, N., Acar, E. ve Çevik-Akyıl, R. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere yönelik tutumları ve empatik yaklaşım becerileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10 (2). 80-87.

- Saveanu, R. V. and Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatry of Clinical North America*, 35 (1). 51-71.
- Sayan, A. ve Durat, G. Yaşlı istismarı ve ihmali: önleyici girişimler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7. 97-106.
- Saygılı, S. (2011). *Yaşlılık Psikolojisi*. İstanbul: Türdav Yayın Grubu.
- Semkovska, M. and McLoughlin, D. M. (2010). Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biological psychiatry*, 68 (6). 568-577.
- Scott-Warren, V. and Maguire, S. (2016). Physiology of ageing. *Anaesthesia And Intensive Care Medicine*. 18 (1). 52-54.
- Sinan, Ö. ve Bilgili, N. (2019). Yaşlılıkla ilgili yaygın inanç, tutum ve sağlık hizmetlerine yansımaları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte eğitim ve Araştırma Dergisi*. 16 (3). 246-251.
- Sivertsen, H., Selbæk, G. H., Engedal, K., Selbæk, G. et. al., (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40 (5-6). 311-339.
- Spar, J. E. ve La Rue, A. (2007). *Geriatrik Psikiyatri. Klinik El Kitabı*. İstanbul: Sigma Publishing.
- Spensley, C. (2008). The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco Adult Protective Services. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20 (1). 43-61.
- Sorkin, D., Rook, K. and Lu, J., (2002). Loneliness, Lack of Emotional Support, Lack of Companionship and The Likelihood of Having A Heart Condition in An Elderly Sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24. 290-298.
- Söylemez, F. (2020). *Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler*. Yayınlanmamış doktora tezi. İnönü Üniversitesi Malatya
- Stephoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R. and Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29 (5). 593-611.
- Steven, N., and Van Tilburg, T. G., (2000). Stimulating Friendship in Later Life: A Strategy For Reducing Loneliness Among Older Women. *Educational Gerontology*, 26 (1). 15-35.

- Stone, J., Evandrou, M. and Falkingham, J., (2013). "The Transition To Living Alone and Psychological Distress in Later Life". *Age and Ageing*. 42 (3). 366-372.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A. et. al., (2016). Prevalence of depression among older adults--results from the Well-being of the Singapore Elderly study. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 45. 123-133.
- Sudak, D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics*, 35 (1). 99-110.
- Sullivan, H. S., (1953). *Interpersonal Theory of Personality*. New York: Norton Company Inc.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Luchetti, M. and Terracciano, A. (2018). Loneliness and risk of dementia. *The Journal of Gerontology*. 75 (7). 1414-1422.
- Tasçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. 1. 175-202.
- Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Türk Geriatri Dergisi*, 9 (1). 34-40.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development*, 13 (1). 1-16.
- Tıktık A. (2007). *Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaslanma Ulusal Eylem Planı*, Devlet Planlama Teskilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ankara.
- TÜİK (2016). İstatistiklerle Aile. Erişim: 23 Aralık 2020 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2018-30726>
- TÜİK (2019). İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim: 25 Aralık 2020 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2019-33712>
- Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 1 (1). 7-14.
- Türkseven, E., Öner, C. ve Şimşek, E. (2020). Yaşlılarda algılanan sosyal desteğin geriatrik depresyon ile ilişkisi: bir saha çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 14 (2). 203-209.

- Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*. 19 (1). 24-39.
- Tufan, İ. (2016). *Antik Çağ'dan günümüze yaşlılık ve yaşlanma*, Ankara: Nobel.
- Turaman, C. (2001). Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Turkish Journal of Geriatrics*. 4 (1). 22-27.
- Turla, A. ve Yılmaz, E. M. (2007). Yaşlılıkta istismar ve ihmal., *Adli Psikiyatri Dergisi*. 4 (4). 27-35.
- United Nations (2015). World Population Prospects The 2015 Revision: Key Findings and Advance Tables. p:1-11.
- United Nations (2019). World Population Ageing 2019. United Nations New York,
- United Nations (2019). World Population Prospects 2019 Highlights. p:3-37.
- Uribe, A. C. R. (2015). Perceptions of successful aging among mexican older adults. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 7(2):9-17.
- Uysal, A. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. *Aile ve Toplum Eğitim, Kültür ve Arastırma Dergisi*, 2(5): 41-50.
- Üçbilek, E., Oğuz, D. ve Sezgin, O. (2015). Yaşlılarda gastrointestinal sorunlar. *Güncel Gastroenteroloji*. 19 (1). 11-19.
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 1 (1). 41-48.
- Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partners death in later life. *The Journals of Gerontology*, 157. 533-542.
- Victor, C. R., Scameler, S., and Bond, J., (2012). *The Social World Order of Older People*, New York: Springer Publishing Company, LLC. E-book ISBN: 978-0-8261- 0800-5 Bilkent Üniversitesi
- Wadensten, B. (2006). An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20. 347-354.
- Wang, J. J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42. 307-318.
- Ward, D. (2000). Ageism and the abuse of older people in health and social care. *British Journal of Nursing*, 9. 560-563.

- Weiss, R., (1973). *Loneliness: the Experience of Social and Emotional Loneliness*. USA: MIT Press.
- World Health Organization (WHO) (2002). The Toronto Declaration: The global prevention of elder abuse.
- World Health Organization (WHO) (2020). Elder Abuse. Erişim: 13 Aralık 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Wiese, B. S. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BC Medical Journal*, 53 (7). 341-347.
- Williams, M. D., Harris, R., Dayan, C. M., Evans, J., Gallacher, J. and Ben-Shlomo, Y. (2009). Thyroid function and the natural history of depression: findings from the Caerphilly Prospective Study (CaPS) and a meta-analysis. *Clinical Endocrinology*. 70 (3). 484-92.
- Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G. and Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59 (1). 150-154.
- Yalçın-Gürsoy, M. (2020). İhmal edilen bir sorun: Yaşlının kendini ihmal ve halk sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (3). 223-231.
- Yan, E., Tang, C. and Yeung, D. (2002). No safe haven: A review on elder abuse in Chinese families. *Trauma, Violence and Abuse*, 3, 167-180.
- Yaşar, M. R. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 17 (1). 237-256.
- Yazıcı, O., Oral, E. T. ve Vahip, S. (2008). *Depresyon Sağaltım Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 10 (52). 1278-1287
- Yeşil, P., Taşçı, S. ve Öztunç, G. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmal. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6, 128-134.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2 (2). 19-23.
- Yoon, H. E. and Choi, B. S. (2014). The renin-angiotensin system and aging in the kidney. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 29. 291-295.

- Yönder-Ertem, M. (2021). Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Psikososyal ve Fiziksel İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6 (1). 113-120 .
- Yu, M., Gu, L., Shi, Y. and Wang, W. (2020). A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 1-12.
- Yumurtacı, A. (2013). Demografik değişim: Psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik boyutları ile yaşlılık. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 6. 9-31.



EKLER

Ek-1 Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı;

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

Ayırdığınız zaman ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Özkan Göksu

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. **Cinsiyeti** : Kadın () Erkek ()

2. **Yaş**

3. **Eğitim Durumu**: Okuma yazma bilmiyor () Okuryazar () İlkokul ()
Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans ve üstü ()

4. **Medeni Durumu**: Evli () Bekar () Eşi vefat etmiş () Boşanmış ()

5. **Sahip olduğu çocuk sayısı** :

Çocuk yok () 1 çocuk () 2 çocuk () 3 çocuk () 4 ve üzeri çocuk ()

6. **Çalışıyor musunuz**: Evet () Hayır ()

7. **Gelir Durumu**: Geliri giderinden az () Geliri giderine eşit ()
Geliri giderinden fazla ()

8. **Yaşamakta olduğunuz yer**: Köy () İlçe () İl () Büyükşehir ()

9. **Kiminle yaşıyorsunuz**: Tek başına () Eşiyle () Çocuklarıyla ()

Eş ve çocuklarıyla () huzurevi () Akraba () Diğer.....

10. **Sizin bakımınıza destek olan var mı**: Evet () Hayır ()

11. **Kronik bir hastalığınız var mı**: Evet () Hayır ()

Ek-2 Geriatrik Depresyon Ölçeği

(GDÖ)

Geçtiğimiz 7 gün boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan **EVET** ya da **HAYIR** cevabını veriniz.

	Evet	Hayır
1.Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?		
2.Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı?		
3.		
4.Çoğunlukla canınız sıkılır mı?		
5.Çoğu zaman moraliniz iyi midir?		
6.Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
7.Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
8.Sıklıkla kendinizi çaresiz/yardıma muhtaç hissediyor musunuz?		
9.Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde oturmayı tercih ediyor musunuz?		
10.Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden fazla probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?		
11.		
12.Son zamanlarda kendinizi değersiz hissediyor musunuz?		
13.Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
14.Durumunuzun umutsuz olduğunu düşünüyor musunuz?		
15.Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		

Ek-3 Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

(YİYÖ)

Açıklama: Lütfen aşağıdaki 11 ifadeyi okuyunuz ve o duruma ilişkin olarak şu anda ne hissettiğinizi değerlendiriniz. Şu an hissettiğiniz duruma uygun olan cevabın karşısındaki parantezin içine çarpı işareti koyunuz.

	Evet	Olabilir	Hayır
1- Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	()	()	()
2- Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özledim.	()	()	()
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	()	()	()
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	()	()	()
5-	()	()	()
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğumu düşünüyorum.	()	()	()
7- Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	()	()	()
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	()	()	()
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özledim.	()	()	()
10-	()	()	()
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	()	()	()

Ek-4 Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği

(YKİÖ)

SOSYAL AĞ	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
1. Yaşlı birey izole edilmişse, izolasyon onu riske sokuyor mu?*					
2. Yaşlı birey, acil bir durumda yardım isteyebileceği birisine sahip mi?					
3. Yaşlı birey geçen hafta kimse ile konuştu mu?					
4. Geçen ay evinde yaşlı bireyden başkası kaldı mı?					
FİZİKSEL SAĞLIK	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
5. Yaşlı bireyde yetersiz beslenme, sıvı kaybı, ciltte döküntü, bit olduğuna dair işaretler var mı?*					
6.					
7. Yaşlı bireyin vücudunda açık ya da sızan yaralar var mı?*					
8. Yaşlı birey tıbbi cihazlar kullanmakta başarısız mı?(katater ya da ostomi çantası, şeker cihazı, tansiyon aleti gibi)*					
9. Yaşlı bireyin kişisel hijyeninde, fark edilir bir koku, uzun ve kirli tırnaklar gibi, bir eksiklik var mı?*					
10. Yaşlı birey kirli elbiseler giyiyor mu, hijyeni az mı, ve/ya da bakımı kötü mü?*					
11. Yaşlı bireyin ihmal edilmiş ayak sorunları var mı?*					
12. Yaşlı birey mevsime uygun elbiseler giymekte mi?					
13. Yaşlı birey yeterli sıklıkta doktora gitmekte mi?					
14. Yaşlı birey hastalık belirtilerini ve işaretlerini inkâr ediyor mu?*					
15.					
16. Yaşlı birey ilaç biriktiriyor mu (istifliyor mu)?*					
17. Yaşlı bireyin sağlık koşulları ile ilgili tanı ya da önleyici teste devam etmeme durumu var mı?*					
18. Yaşlı bireyin duyuusal bozuklukları var mı?*					
19. Yaşlı bireyin yürümesinde sıkıntı var mı?*					
20. Yaşlı bireyin görünür bir fiziksel engeli var mı?*					
21. Yaşlı birey yeterli önleyici uygulamalar (diyet, egzersiz, sigarayı bırakma) yapmada başarısız mı?*					
ÇEVRESEL SAĞLIK	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
Fiziksel Yaşam Koşulları					
22. Zemin ya da duvarlarda insan ya da hayvan					

dışkısı/idrarı var mı?*					
23. Ev/apartmanın durumu güvensiz görünüyor mu?*					
24. Ev/apartmanda haşarat olduğuna dair bir iz var mı?*					
25. Banyodaki araçlar(aletler) çalışır vaziyette mi?					
26. Tuvaletler çalışıyor mu?					
27.					
28. Banyodaki araç gereçler- eşyalar erişilebilir mi?					
29. Sular kesik mi?*					
30. Yaşlı bireyler evin gerekli alanlarına erişebiliyorlar mı (kület, lavabo, yatak)?					
31. Evde rahatsızlık yaratabilen kokular var mı (idrara, dışkı, çöp)?*					
32. Buzdolabı çalışıyor mu?					
33. Işıklar çalışıyor mu?					
34. Mutfak aletleri düzenli olarak çalışıyor mu?					
35. Ev uygun bir şekilde havalandırılmış mı/soğutulmuş mu?					
36. Yerel konuma göre kış mevsiminde ev sıcak mı?					
37. Telefon çalışıyor mu?					
38. Ev/apartman/bahçenin bakıma ihtiyacı var mı?*					
ÇEVRESEL SAĞLIK	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
Finansal Konular					
39. Yaşlı bireyin yaşam tarzındaki kusurlar kendisinden başka kimseye güvenlik tehlikesi yarattı mı?*					
40. Önemli faturaların vadesi geçmiş ya da ödenmemiş mi (kira/ipotek, kredi gibi)?*					
41. Onları ödeyecek yeterli geliri olmasına rağmen, faturalar ödenmemiş mi?*					
42. Kredi kartı borcu olduğuna dair bir kanıt var mı?*					
ÇEVRESEL SAĞLIK	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
Kişisel Yaşam Koşulları					
43. Yaşlı bireyin bozulmuş yiyecek yediğine dair bir iz var mı?*					
44. Yaşlı bireyin yemek yapmasının ya da temin etmesinin bir yolu var mı?					
45.					
46. Banyo yapmak için seçenekleri var mı?					
47. İstifçiliğe (eşya biriktirme) dair bir iz var mı?*					
48. Evde açılmamış mektup yığını var mı?*					
RUHSAL SAĞLIK	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
Kişisel Risk					
49. Yaşlı birey gerekli yardımı kabul etmeye istekli mi?					
50. Yaşlı birey ev/apartmanından ayrılabilecek bir aydan					

daha fazla oldu mu? *					
51. Yaşlı birey gerginlik belirtileri (işaretleri) gösteriyor mu?*					
52. Yaşlı birey işbirlikçi mi?					
53. Yaşlı birey kaba konuşuyor gibi görünüyor mu?*					
RUHSAL SAĞLIK Zihinsel Sağlık	Çok Fazla 1	2	3	4	Hiç Yok 5
54. Yaşlı bireyin davranışlarında kendine fiziksel zarar verme ihtimali var mı?*					
55. Yaşlı bireyin davranışlarında başkalarına fiziksel zarar verme ihtimali var mı?*					
56. Yaşlı birey zihni karışmış görünüyor mu?*					
57. Yaşlı birey dalgın (sersem) görünüyor mu?*					
58. Yaşlı birey madde kullanıyor mu?*					
59. Yaşlı birey hiç akıl hastalığı belirtileri gösteriyor mu?*					
60. Yaşlı birey görünür bir gelişimsel bozukluğa sahip mi?*					



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
21.07.2020	6	2020/443

KARAR NO: 2020/443
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Özkan GÖKSU' nun Doç. Dr. Hatice KUMCAĞIZ danışmanlığında "Yaşlı Bireylerin Kendini İhmal, Yalnızlık ve Depresif Düzeyleri Arasındaki İlişki" isimli Yüksek Lisans Tezine ilişkin Anket çalışmasını içeren 21211 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Özkan GÖKSU' nun Doç. Dr. Hatice KUMCAĞIZ danışmanlığında "Yaşlı Bireylerin Kendini İhmal, Yalnızlık Ve Depresif Düzeyleri Arasındaki İlişki" isimli Yüksek Lisans Tezine ilişkin Anket çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek-6 Uygulama İzni

T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KOMİSYON KARARI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün 03.09.2020 tarihli ve E.14697 sayılı yazısına istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Özkan GÖKSU'nun Doç.Dr. Hatice KUMCAĞIZ danışmanlığında "Yaşlı Bireylerin Kendini İhmal, Yalnızlık ve Depresif Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu çalışmasını 2020 – 2021 Eğitim Öğretim Yılı Güz döneminde Müdürlüğümüze bağlı Teyyaredüzü, Şehit Jandarma Üsteğmen Adnan Bahat ve Kumyalı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

BAŞKAN
Op.Dr. Ahmet BAL
İl Sağlık Müdürü

ÜYELER

Mehmet ŞAHİN
Destek Hizmetleri Başkanı

Dr. Muhammet AKSU
Kamu Hastaneleri Başkanı

Dr. Öğr.Üyesi Tuncer ÖZTÜRK
Sağlık Hizmetleri Başkanı

- İZİNLI -
Uzm.Dr. Elif Nur GÜLEN
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.

Ahmet AYDIN
Şube Müdürü

Ek-6 Uygulama İzni Devamı



T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 41544352-799
Konu : Araştırma İzni Özkan GÖKSU

DAĞITIM YERLERİNE

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Özkan GÖKSU'nun Doç.Dr. Hatice KUMCAĞIZ danışmanlığında "Yaşlı Bireylerin Kendini İhmal, Yalnızlık ve Depresif Düzeyleri Arasındaki İlişki" adlı araştırmasını yapabilmesi için alınan komisyon kararı ekte gönderilmiş olup, yapılan çalışmanın sonucunun ve sonrasında yapılan yayının bir nüshasının Müdürlüğümüze verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Opr. Dr. Ahmet BAL
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Dağıtım:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü (Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

Grü Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi

Telefon: Faks No:

e-Posta: pembe.yildiz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.giresunkhb.gov.tr

Bilgi için: PEMBE DEGE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 454) 260 20 00