T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

GERİATRİ VE GENEL DAHİLİYE SERVİSLERİNDE YATMAKTA OLAN GERİATRİK HASTALARIN DEPRESYON VE UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ferit TEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2025

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

GERİATRİ VE GENEL DAHİLİYE SERVİSLERİNDE YATMAKTA OLAN GERİATRİK HASTALARIN DEPRESYON VE UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tez Danışmanları

Doç. Dr. Selma PEKGÖR

Doç. Dr. Muhammet Cemal KIZILARSLANOĞLU

Dr. Ferit TEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim süreci ve tez hazırlama sürecimde emeği ve katkılarından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Selma PEKGÖR'e ve aile hekimliğinde bilgi, tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ'a teşekkür ederim.

Tezimin için bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Muhammet Cemal KIZILARSLANOĞLU'NA saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yanımda olup desteklerini esirgemeyen eşim ve aileme çok teşekkür edirim.

Dr. Ferit TEKİN

2025/Konya

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iii
TABLOLAR DİZİNİ iv
ŞEKİLLER DİZİNİ v
ÖZET vi
ABSRACT 8
1. GİRİŞ VE AMAÇ 10
2. GENEL BİLGİLER 11
2.1. YAŞLANMA 11
2.2. DEPRESYON 17
2.3. UYKU 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. ETİK KURUL İZNİ 29
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ 29
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 30
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN TOPLANMASI 30
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 32
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 69
7. KAYNAKLAR 71
8. EKLER 81

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

GDS-SF: Geriatrik Depresyon Skalası - Kısa Form

YGDS: Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası

JSS: Jenkins Uyku Ölçeği

RAS : Reticular Activating System (Retiküler Aktivasyon Sistemi)

BSR : Bulbar Synchoronizing Region (Bulbar Senkronize Edici Sistem)

NonREM : Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri)

REM : Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)

p: Lineer regresyon analizi,

B: Regresyon katsayısı,

CI (Confidence Interval): Güven aralığı,

t: Serbestlik derecesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı 34
Tablo 2. Katılımcıların YGDS-15 ölçeğine verdikleri yanıtlar 37
Tablo 3. Katılımcıların JSS ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar 38
Tablo 4. YGDS ile JSS ölçeklerinin iç tutarlılık durumları 39
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin cinsiyete göre karşılaştırılması 40
Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin medeni durumuna göre karşılaştırılması 42
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin eğitim durumuna göre karşılaştırılması 43
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin ekonomik duruma göre karşılaştırılması 45
Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması 47
Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerinin fiziksel bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması 48
Tablo 11. YGDS-15 ölçeğinden alınan toplam puanların depresyon riski yok (0-4 puan) ve var (5-15 puan) şeklinde grublamasının sosyodemorafik ve diğer verilere göre değerlendirilmesi 50
Tablo 12. JSS ölçeğinden alınan toplam puanların hafif uyku bozukluğu (<11) ve ağır uyku bozukluğu (12≤) şeklinde grublamasının sosyodemorafik ve diğer verilere göre değerlendirilmesi 51
Tablo 13. YGDS-15 ve JSS ölçeklerine göre yaş, ruhsal hastalığın varlığı, uyku problemi yaşama sorularına verilen cevapların analizi 53
Tablo 14. YGDS-15 toplam puan ve Jenkins uyku ölçeği toplam puan değişkenleri arasındaki Korelasyon analizi 53
Tablo 15. YGDS-15 toplam puanın JSS toplam puanını yordamasına ilişkin regresyon analizi 55
Tablo 16. JSS toplam puanın YGDS-15 toplam puanını yordamasına ilişkin regresyon analizi 56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşları arasındaki ilişki 35
Şekil 2. Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim durumları arasındaki ilişki..... 35
Şekil 3. YGDS-15 toplam puanı ile JSS toplam puanı değişkenleri arasındaki ilişkinin dağılım grafiğinde gösterimi 54

ÖZET

GERİATRİ VE GENEL DAHİLİYE SERVİSLERİNDE YATMAKTA OLAN GERİATRİK HASTALARIN DEPRESYON VE UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmada **y**aşlı bireylerde depresyon ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelemesi ve bu iki durum üzerinde tesir eden unsurların belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01.01.2025 ve 31.03.2025 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Geriatri ve Genel Dahiliye servislerinde yatan geriatrik hastalarından çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerle yüz yüze görüşülerek yapıldı. Katılımcılara 12 sorudan oluşan sosyodemografik anketin yanında 15 soruluk Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği kısa formu ve 4 soruluk Jenkins Uyku Ölçeği uygulandı. Veri girişi ve istatistiksel analiz SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 27.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan yaşlıların çoğunun 75-84 yaş aralığında yer aldığı ve katılımcılardan erkeklerin oranı %47,6(50) iken kadınların oranı %52,4(55) olarak bulundu. Katılımcılar arasında depresyon durumunun varlığı ekonomik durumu yüksek olanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,021**). Yaşlı katılımcılardan uyku problemi olduğunu beyan edenler arasında depresyon durumu olanların oranı %78 olup anlamlı olarak bulundu (**p=0,044**). Katılımcıların uyku bozukluğu için hafif/ağır sorgulamasına göre yapılan değerlendirmeyle eşi veya çocuklarıyla yaşayıp ağır uyku bozukluğu geçirme oranının yüksekliği anlamlı bulundu (**p=0,009).** Çalışmada yer alan yaşlıların YGDS-15 toplam puanının "Ruhsal hastalığınız var mı?" sorusuna verilen yanıta göre yapılan incelemede "evet" yanıtını veren yaşlıların oranının yüksek oluşu anlamlı bulundu (**p=0,023**). Katılımcıların YGDS-15 toplam puanı ile JSS toplam puanının "Uyku problemi yaşıyor musunuz?" sorusuna verilen "evet" yanıta göre yapılan değerlendirmesinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.(**p=0,004,**

p=0,002). Çalışmada kullandığımız güvenirlilikleri (iç tutarlılıkları) yeterli bulunan YGDS-15 ile JSS ölçekler arasında gerçekleştirdiğimiz korelasyon ve regresyon analizinde, ölçeklerden birinde olan puan artışının diğer ölçekte de pozitif yönde istatiksel olarak anlamlı (**p<0,001**) bir artışa neden olduğu bulundu.

Sonuç: Yaptığımız çalışmada yaşlı bireylerde depresyon ve uyku kalitesinin birçok değişken tarafından farklı oranlarda etkilendiği tespit edildi. Yaşlılarda depresyon ile uyku bozukluğunun birlikte bulunabilmesinin yanında birbirlerini de pozitif yönde etkileyebildikleri sonucuna ulaşıldı.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, depresyon, uyku kalitesi

ABSRACT

EVALUATION OF DEPRESSION AND SLEEP QUALITY IN GERIATRIC PATIENTS HOSPITALIZED IN GERIATRIC AND GENERAL INTERNAL MEDICINE WARDS

Objective: This study aimed to examine the relationship between depression and sleep quality in elderly individuals and to identify factors influencing these two conditions.

Materials and Methods: The study was conducted face-to-face with voluntary geriatric patients hospitalized in the Geriatric and General Internal Medicine wards of Konya City Hospital between January 1, 2025, and March 31, 2025. Participants were administered a 12-question sociodemographic questionnaire, along with the 15-question Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-15) and the 4-question Jenkins Sleep Scale (JSS). Data entry and statistical analysis were performed using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 software.

Results: Most of the elderly participants were in the 75-84 age group, with males accounting for 47.6% (50) and females for 52.4% (55). The presence of depression was significantly higher among those with a high economic status (**p=0.021**). Among elderly participants who reported sleep problems, 78% also had depression, which was statistically significant (**p=0.044**). When evaluating sleep disturbances as mild/severe, the rate of severe sleep disturbances was significantly higher among those living with a spouse or children (**p=0.009**). Analysis of the total GDS-15 scores based on the response to the question "Do you have a psychiatric illness?" revealed that the proportion of elderly individuals answering "yes" was significantly higher (**p=0.023**). Significant differences were found in both GDS-15 and JSS total scores based on the response "yes" to the question "Do you experience sleep problems?" (**p=0.004, p=0.002**). Correlation and regression analyses between the GDS-15 and JSS scales, both of which demonstrated sufficient reliability (internal consistency), showed that

an increase in scores on one scale led to a statistically significant (**p<0.001**) positive increase in the other scale.

Conclusion: Our study found that depression and sleep quality in elderly individuals are influenced by multiple variables at varying rates. It was concluded that depression and sleep disturbances can coexist in the elderly and may also positively influence each other.

Keywords: Aging, depression, sleep quality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, birçok faktörün etkileşimiyle şekillenip zamanla ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin bir arada gözlendiği insan yaşamının geri dönüşümü olmayan bir sürecidir (1). Yaşlılıkta süreç içerisinde hafıza ve öğrenme kabiliyetlerinde bazı kısıtlılıklar gözlense de bu doğal yaşam evresi aynı zamanda bilgelik ve deneyimlerin kemale erdiği dönemdir (2). Yaşamın olgunluk dönemi olan bu sürecin içinde yer alan yaşlı bireyler, uygun bakım yaklaşımları sayesinde özgürlüklerini koruyarak hayatlarını derin bir anlam yüküyle sürdürme imkanı bulabilirler (3).

Yaşlılık sürecinde görülen emeklilik, alışkanlıklardan uzaklaşma, aile dinamiklerinde değişiklikler ve arkadaş-eş kaybıyla birlikte oluşan yalnızlık hissi gibi durumlardan dolayı ortaya çıkan depresyon; yaşam kalitesini düşüren önemli bir psikiyatrik bozukluktur (4). Yaşlılardaki depresyonda genç bireylerin aksine daha çok somatik yakınmalar ve bilişsel işlev bozuklukları ön planda görülmektedir. Yapılan çalışmalarla yaşlılarda görülen depresyon kilo kaybı, fiziksel hastalıklarda artış ve mortalite oranlarında yükselme gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (5).

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan uykuya dalma süresinin uzaması, gece boyunca sık uyanmalar ve sabah erken saatlerde uyanıp tekrar uyuyamama gibi sorunlar yaşlı bireylerdeki uyku bozukluğunu temelini oluştururlar. Bu durum sadece fizyolojik değişiklerden kaynaklanmaz; solunum hastalıkları, kronik ağrılar, ilaç yan etkileri, nörolojik hastalıklar ve depresyon-anksiyete gibi psikolojik hastalıklardan dolayıda gözlemlenebilinir (6). Yetersiz ve kalitesiz uyku bilişsel işlevlerde azalma, dikkat dağınıklığı, düşme riskinde artış ve genel sağlık durumunun bozulması gibi birçok olumsuz sonuçlara sebep olduğundan dolayı yaşlılarda uyku bozuklukluğunun doğru teşhis ve tedavisi büyük önem taşımaktadır (7).

Literatürde yaşlılarda depresyon ve uyku kalitesi arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde bazı araştırmalar depresyonun uyku bozukluklarına yol açtığını savunurken (8), diğerleri uyku problemlerinin depresyon için bir risk faktörü olduğunu öne sürmektedir (9). Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerde depresyon ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi mevcut literatür ışığında değerlendirmek ve bu ilişkiyi etkileyen faktörleri birlikte analiz etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLANMA

İnsan yaşamının anne karnında başlayıp ölüme kadar süren doğal evresinin bir parçası olan kronolojik yaşlanmayla birlikte fizyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal performasının da azalması şeklinde değişimlerin belirginleştiği bir süreç olan yaşlılık; geri dönüşümü olmayan zaman akışı içindeki insan ömrünün son dönemi olarak algılanır (10). Yaşlılık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin, yaşamsal fonksiyonların ve tüm organizmanın verimliliğinin azalması" olarak tanımlanmaktadır (11). Yaşlanma süreci; genetik, kişilik özellikler, çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, yaşam koşulları ve hastalıklar gibi birçok değişkenden dolayı tek yumurta ikizlerinde dahi farklı seyretmektedir (12).

Yaşlanma esasında hücresel düzeyden başlayıp doku, organ ve zamanla tüm bedeni etkisi altına alan işlevlerde azalmayla seyreden doğal bir süreçtir (13). Ökaryotik hücre kromozom DNA uçlarının aşınmasını önleyerek genetik kararlılığı korumada önemli rol alan ve tekrarlayan DNA dizileri ile koruyucu proteinlerden oluşan telomerler; her hücre bölünmesinde kısalarak zamanla hücre yaşlanmasının moleküler temelini oluşturur (14). Telomer uzunluğu kritik bir eşiğin altına düştüğünde hücre yaşlanmaya veya programlı hücre ölümüne (apoptoz) yönelir (15). Ancak sürekli çoğalan hücrelerin (kan, deri, endotel vs) sahip olduğu telomeraz enzimi sayesinde telomerlerini uzatarak ömürlerini uzatabilir (16). Ayrıca normal hücrelerin aksine, kanser hücreleri telomer bakım mekanizması aracılığıyla telomer stabilitesini koruyarak kendi yaşam sürelerini uzatabilirler. Telomer biyolojisinin anlaşılması, yaşlanma sürecini yavaşlatma, sağlıklı ömrü uzatma ve kanser tedavisi konusunda umut vaat etmektedir (17).

Yaşlanma sürecinde vücut fonksiyonlarının yavaşlaması ve kronik hastalık riskinin artması doğal olsa da, ne yazık ki birçok toplumda yaşlı bireyler "üretken olmayan", "bağımlı" veya "yük" olarak damgalanabilmektedir. Oysa yaşlılık, yalnızca

fizyolojik değişimlerin değil, aynı zamanda deneyim, bilgelik ve hayat perspektifinin derinleştiği değerli bir evredir (2). Yaş ayrımcılığı (ageism), bu olumsuz önyargıları pekiştirerek yaşlıların toplumsal katılımını engellemektedir. Yalnız unutulmamalıdır ki yaşlılar toplumun kültürel hafızasının taşıyıcıları, aile birliğinin temel direkleri, tecrübe ve bilgeliğin kaynaklığını yaparlar (18). Toplumsal denge ve süreklilik için yaşlıların bu değerli katkılarını tanımak ve onları hayatın aktif birer parçası olarak görmek esas olmalıdır. Topluluk içinde sağlıklı yaşlanma düzenli fiziksel aktivite, zihinsel uyarım, güçlü sosyal bağlar ve uygun sağlık politikalarıyla desteklenerek mümkün kılınabilir (11).

2.1.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi

DSÖ'nün 2022 yılı verilerine göre küresel 65 Yaş ve üzeri kişi sayısının 2020'de 1 milyar (dünya nüfusunun yaklaşık %13'ü) iken 2030'da 1,4 milyar, 2050'de ise 2,1 milyar olması bekleniyor (dünya nüfusunun yaklşık %22'si). 80 yaş ve üzeri ileri yaşlı populasyonu 2020'de 143 milyon iken 2050'de 426 milyon olacağı tahmin ediliyor (yaklaşık 3 kat artış). Bu artışların en hızlı düşük ve orta gelirli ülkelerde olucağı öngörülmektedir (19).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2024 yılında yapılan 65 yaş ve üzeri için nüfus analizinde; 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olan yaşlı sayısı 2024 yılına kadar %20,7'lik önemli bir artış göstererek 9 milyon 112 bin 298 kişiye ulaştığı bulunmuştur. Bu dönemde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise %9,1'den %10,6'ya yükselmiştir. Bu veriler ışığında TÜİK yaptığı gelecek nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5'e ulaşması beklenirken 2040'ta %17,9, 2060'ta %27,0, 2080'de %33,4 ve 2100 yılında %33,6 olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'nin yaşlanma hızının ne kadar yüksek olduğunu açıkça gösteren bu çalışma, şimdiden yaşlı dostu politikaların hazırlanıp geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (20).

Bu küresel çapta demografik dönüşüm nedeniyle sağlık sistemleri, sosyal güvenlik ve bakım hizmetleri üzerinde kritik baskılar oluşturmaktadır Nitekim WHO'nun güncel "Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2023-2030)" raporu, özellikle bakım altyapısı yetersiz ülkelerde (Türkiye dahil) politika reformlarının aciliyetini vurgulamaktadır. (21).

2.1.2. Yaşlanmanın Sınıflandırılması

Yaşlanma süreciyle ortaya çıkan bedensel ve ruhsal bazı degişiklikler nedeniyle yaşlı olarak adlandırılan bireyler; daha önce başarıyla yerine getirebildiği pek çok farklı eylem ve aktiviteyi zamanla eskisi gibi yerine getiremez hale gelmektedir (3). Bu yaşlanma durumu 7 kısımda sınıflandırılır:

2.1.2.1. Kronolojik Yaşlanma: Kişinin doğumundan başlayıp yaşadığı sürece devam eden süreci kapsayan durumdur. Ancak kronolojik yaşlanma, bireylerin fiziksel sağlık durumları, mental kapasiteleri ve sosyal durumları hakkında her zaman net bir bilgi sunmaz. Bu nedenle, yaşlanma sürecini değerlendirirken yalnızca kronolojik yaşı dikkate almak yeterli olmayabileceği için bireyin genel yaşam deneyimleri, sağlık durumu ve sosyal etkileşimleri gibi diğer faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır (22). DSÖ 1963 yılında yaşlıları zamansal olarak; orta yaşlılar (44-59 yaş), yaşlılık (60-74 yaş arası dönem), ileri yaşlılık (75 ve üstü dönem) şeklinde sınıflamışken bunun yerine günümüzde DSÖ 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul edip yaşlılığı genç yaşlılık dönemi (65-74 yaş arası dönem), orta yaşlılık dönemi (75-84 yaş arası dönem), ileri yaşlılık dönemi (85 yaş ve üstü dönem) şeklinde 3 kategoriye göre sınıflamaktadır (23).

2.1.2.2. Fizyolojik Yaşlanma: Kromozomal telomer kısalması, oksidatif stres ve mitokondriyal disfonksiyon gibi mekanizmalar sonucunda hücresel düzeyden başlayıp tüm vücudu etkileyen yapısal ve fonksiyonel değişimleri kapsayan bir durumdur (15). Bu değişimler arasında, metabolizmada yavaşlama, organlarda rezerv kapasitelerinin azalması, duyu organlarında zayıflama (görme, işitme vb.), hareket kapasitesinde azalma, kas kütlesi ile kemik yoğunluğunda azalma, bağışıklık sisteminde zayıflama, çevresel koşullara uyumu sağlayan homeostatik kontrolün zayıflaması (pozisyonel hipotansiyon veya sıcaklık değişimlerine adaptasyonda güçlük vb), stres cevabının bozulması (konsantrasyon problemleri ve zihinsel yorgunluk vb), ciltte kırışıklıkların oluşması ve kronik hastalıkların görülme sıklığında artış gibi durumlar bulunmaktadır (12,19).

2.1.2.3. Psikolojik Yaşlanma: Temelde bireyin ruhsal durumunda ortaya çıkan hassasiyeti tanımlayan bu süreç; duygu durumda dalgalanmalar, bellek fonksiyonlarında zayıflama, yeni beceriler öğrenmede yavaşlama, uyku düzeninde

değişiklikler, ölüm korkusu, varoluşsal sorgulamalar gibi bireyin kendisini ve çevresini anlamlandırmasında ortaya çıkan duygusal ve ruhsal değişimleridir (24).

2.1.2.4. Fonksiyonel Yaşlanma: Bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitesi ile bireysel bağımsızlık düzeyini değerlendirilen bir süreçtir. Bu tür yaşlanmada, yaşlı bireyin fiziksel yeteneklerinin ve psikolojik durumunun ne ölçüde bağımsız yaşamlarına etki ettiği göz önünde bulundurulur (23).

2.1.2.5. Patolojik Yaşlanma: Bireyin zaman içinde beklenen yaşlanma sürecinin hastalık gibi durumlardan dolayı hızlanmış olduğu yaşlanma sürecini ifade eder. Alzheimer, kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşa bağlı patolojileri içeren bu durumun normal yaşlanmadan ayırt edilmesi önemlidir (25).

2.1.2.6. Sosyal Yaşlanma: Kişinin yaşı ilerledikçe bulunduğu toplumdaki rolünün, statüsünün ve ilişkilerinin dönüşümünü kapsayan bir süreçtir (2). İnsanların zaman içerisinde sahip oldukları amca, hala, baba, anne, dede, nene, emekli vb sosyal roller ve kişilerin günlük yaşam içerisinde kendilerini konumlandırdıkları sosyal statüler; bireylerin hayatları boyunca sorumluluklarının ve yaşadıkları olayların sonucunda aldıkları ünvanlardır (26). Geleneksel yaklaşımlara göre yaşlı bireylerin zamanla toplumdan duygusal olarak uzaklaştığı ve ölüme bir tür psikolojik hazırlık olarak sosyal bağlarını zayıflattığı düşünülür. Ama günümüzde yaşlı bireylerin aktif toplumsal konumlamalarını ve sosyal bağlarını koruyan yaşlılık modelleri daha uygun değerlendirilmektedir (26, 27).

2.1.2.7. Ekonomik Yaşlanma: Emeklilik dönemine geçişle birlikte bireylerin gelir düzeyinin düşmesi sonucu yaşam tarzlarında ve koşullarında meydana gelen değişiklikleri içeren süreçtir. Yaşlı çalışanlar, gençlerin sahip olduğu iş gücüne kıyasla genellikle yeterince esnek veya yeterli iş gücüne sahip olmadıkları için işverenler tarafından çoğunlukla kabul edilmemekte ya da daha düşük maaşlarla istihdam çalıştırılmaktadırlar. Bu durum, yaşlı bireylerin ekonomik durumunu ve dolayısıyla yaşam standartlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (28).

2.1.3. Yaşlılık Sürecinde Görülen Değişiklikler

Zamanla biyolojik sistemlerde geri dönüşü olmayan değişimlerle ortaya çıkan ve fizyolojik kapasitede gerileme ile birlikte fonksiyonel kayıpların yaşandığı bir

dönem olan yaşlanma süreci; genetik yatkınlıklar, yaşam tarzı seçimleri (beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi), çevresel faktörler (maruz kalınan toksinler, sosyoekonomik koşullar) gibi unsurlardan dolayı her bireyde aynı şekilde ve hızda ilerlemez (29). Bu nedenle yaşlanma, evrensel bir biyolojik gerçeklik olsa da, bireysel farklılıklarla şekillenen heterojen bir süreçtir (30).

2.1.3.1. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler: Yaşlanma, organizmanın tüm fizyolojik sistemlerinde progresif değişimlere yol açan kompleks bir süreçtir. Ciltte melanosit azalması, termoregülasyon bozuklukları ve yara iyileşmesinin yavaşlaması görülürken, endokrin sistemde büyüme hormonu ve gonadotropinlerde azalma, kortizolde ise artış gözlenir (31). Santral sinir sisteminde beyin hacmi küçülmesi, nöron kaybı ve nörotransmitter dengesizlikleri bilişsel gerilemeye zemin hazırlar (25). Kardiyovasküler sistemde yaşlılık ortaya çıkan arteriyel sertleşme, kalp debisinde düşüş ve baroreseptör disfonksiyonu gibi durumlar hipertansiyon ve kalp yetmezliği riskini artırır (32). Solunum sisteminde alveoler genişleme, solunum kas zayıflığı gözlemlenirken silier aktivitenin etkilenmesi enfeksiyonlara yatkınlığı tetikler (33). Kas-iskelet sisteminde sarkopeni, osteoporoz ve eklem dejenerasyonu mobilite kaybına neden olurken, sindirim sisteminde tükürük azalması, motilite bozuklukları ve emilim sorunları malnütrisyon riskini yükseltir. İmmün sistemde ise timik involüsyon, inflam-aging ve azalmış aşı yanıtı enfeksiyon ve otoimmüniteye eğilimi artırır (30).

2.1.3.2. Yaşlılıkta Görülen Psikolojik Değişiklikler: Yaşlılık döneminde fiziksel kayıplar ve davranışsal uyum yeteneğindeki değişimler, bireylerde stres kaynağı oluşturarak psikolojik yaşlanma sürecini tetiklemektedir (24). Yaşlı bireylerde yetersizlik ve değersizlik hissi gibi olumsuz duygusal durumlar, bilişsel işlevlerdeki (öğrenme, dikkat, bellek, akıl yürütme) yavaşlama ve duygu durum değişiklikleriyle birleşerek psikolojik sağlığı etkilemektedir (34). Emeklilik, sosyal rol kaybı ve kronik hastalıklar gibi yaşam değişiklikleri, bireyin deneyimleri ve kişilik özelliklerine bağlı olarak farklı uyum stratejileri geliştirmesine yol açar; olumlu başa çıkma becerileri

gösteren bireylerde psikolojik sağlamlık korunurken, uyum sağlayamayanlarda depresyon, anksiyete ve demans gibi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (27, 35, 36). Sinir iletimindeki yavaşlama, algılamada azalma ve düşünme hızındaki düşüş, değişen durumlara uyumu zorlaştırarak ruhsal çöküntü riskini artırmaktadır (25). Ancak, sosyal destek, yaşam boyu öğrenme ve bilişsel rezerv gibi faktörler, bu süreçte koruyucu bir rol oynayabilmektedir (37, 38).

2.1.4. Yaşlılıkla Ortaya Çıkan Sorunlar

Yaşlılık dönemi, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda birbiriyle bağlantılı kompleks sorunları beraberinde getirir. Sağlık sorunları açısından kardiyovasküler hastalıklar (%60-70 hipertansiyon), nörodejeneratif bozukluklar (Alzheimer %10), sarkopeni (%30-50) ve polifarmasi (%40) öne çıkarken, psikolojik zorluklar arasında depresyon (%15-20), anksiyete (%10-15) ve sosyal izolasyon (%25-30) yer alır (34, 36, 39, 40, 41). Bakım ihtiyacı, geleneksel aile yapısının değişmesiyle kritik bir sorun haline gelmiş olup, bakım verenlerde tükenmişlik (%45-60) ve kurumsal hizmetlerin yetersizliği (%85 doluluk) dikkati çekmektedir (30, 42). Özellikle ekonomik sömürü (%48) ve fiziksel şiddet (%20) yaşlı bireylerde istismar ve ihmal nedeni olabilirken, sosyal ayrımcılık (ageism) sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere yol açabilmektedir (43, 44).

Beslenme yetersizlikleri (protein-enerji malnütrisyonu %35-40) ve ekonomik zorluklar (yoksulluk %28) yaşlıların yaşam kalitesini doğrudan etkiler. (45). Polifarmasi (%40-60) ve düşmeler (yıllık %35 prevalans) iatrojenik komplikasyon riskini arttırmaktadır (46, 47). Günümüzde toplum içinde yaygın olan tütün kullanımı biyolojik yaşlanmayı hızlandırarak yaşlı popülasyonda ortaya çıkan patolojik bulguları arttrır (48). Yas süreçleri ise özellikle eş kaybı sonrası mortaliteyi (%40) ve psikiyatrik morbiditeyi artırmaktadır. (49).

2.2. DEPRESYON

İnsanın hem zihinsel hem de bedensel sağlığını ciddi şekilde etkileyen depresyon; sürekli üzüntü ve çökkünlük haliyle karakterize olan, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarına derinden tesir eden bir duygu-durum bozukluğudur (50). Bu bozukluk uyku düzensizlikleri, iştah değişimleri, sosyal ilişkilerde bozulma ve günlük işlevselliğin azalması gibi belirtilerle kendini gösterir. Ayrıca bireylerde suçluluk duygusu, değersizlik hissi, ölüm düşüncesi ve yaşamdan zevk alamama gibi psikolojik sıkıntılar da ortaya çıkarabildiği gibi fiziksel sağlığı olumsuz etkileyerek obezite, diyabet ve bilişsel gerileme gibi sorunlarla ilişkilendirildiğinden dolayı ölüm riskini artırabilir (51). Bunun yanı sıra kapsamlı bir ruhsal bozukluk olan depresyon, tıbbi hastalıklarla bağlantılı olarak ortaya çıkabilir ve biyolojik yaşlanmayı hızlandırabilir. (52).

İnsanlık tarihi kadar eski olan depresyon, antik dönemlerden günümüze kalan kaynaklar incelendiğinde tıp tarihinde ilk kez Hipokrat tarafından "melaine chole" (kara safra fazlalığı) olarak tanımlanmış ve diğer bir tıp üstadı olan Gallen tarafından korku, hayattan zevk alamama ve insanlardan nefret etme gibi belirtilerle karakterize edilmiştir (53). 11. Yüzyılda gelen büyük İslam alimi İbn-i Sina ruhsal çökkünlük olarak değerlendirdiği bu hastalık, 19. yüzyılın sonlarında Karl Kahlbaum adlı bilim insanı mani ile melankoli arasındaki döngüsel ilişkiyi inceleyerek bu tabloyu "manik-depresif hastalık" adı altında sınıflandırmış ve sonrasında Karl Leonhard manik-depresif bozuklukları ilk kez gruplara ayırmıştır. (53). 20. yüzyılda ise Adolf Meyer, zihin-beden ilişkisini vurgulayan "psikobiyoloji" kavramını geliştirerek depresyonun psikososyal faktörlerle bağlantısına dikkat çekmiş ve biyolojik çağrışımları nedeniyle "melankoli" yerine Latince kökenli "depressus" (pressed down, aşağı bastırılmış) kelimesinden ilham alarak "depresyon" ifadesini tıp literatürüne kazandırmıştır (54).

2.2.1. Depresyon Epidemiyolojisi

DSÖ tarafından depresyon; toplumsal yaşamı, ekonomiyi, fiziksel sağlığı ve psikolojik dengeyi derinden etkileyerek dünya çapında hastalık yükü sıralamasında dördüncü sırada yer alan küresel bir halk sağlığı krizi olarak tanımlanmaktadır. Küresel olarak yaklaşık 280 milyon kişiyi etkileyen ve yaşam boyu prevalansı %15-

20 olan depresif bozukluk; özellikle 18-25 yaş aralığında daha yaygın olarak görülmektedir (55). Toplumun tüm kesimlerini etkileyebilme potansiyeliyle evrensel bir sağlık sorun olan depresyon, özellikle istismar, ağır kayıplar veya yoğun stres yaşayan bireylerde görülme riski artmaktadır (56). Cinsiyetler arasındaki dağılıma bakıldığında, kadınlarda depresif bozuklukların yaşam boyu görülme olasılığının erkeklerin neredeyse iki katı olduğu dikkat çekmektedir. Kadınlardaki bu yüksek oran; uzun yaşam beklentisi ve buna bağlı sağlık sorunları, ruhsal semptomları daha yoğun yaşama eğilimi, hormonal dalgalanmalar, doğum sonrası dönem ve sosyoekonomik eşitsizlikler gibi faktörlerle açıklanmaktadır (57). COVID-19 pandemisi sonrasında depresyon prevalansında %25-30'luk bir artış gözlenmiş, bu artışın en belirgin olduğu gruplar genç yetişkinler, kronik hastalığı olanlar ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler olmuştur (58).

Ülkemiz için 2020 yılında Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tarafından toplumdaki depresyonun oranı %3-5.8 arasında olduğu belirtilirken TÜİK 2023 verilerine göre depresyon görülme sıklığı %6.9 olarak verilmiş ve ayrıca bu oran erkeklerde %4.5 iken kadınlarda %9.2 alacak şekilde belirtilmiştir (59, 60). DSÖ, depresyonun görülme insidansının artarak devam edeceğini ve 2030 yılına doğru hastalık yükünün %13'lere kadar yükseleceğini öngörmektedir (62).

2.2.2. Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri

Bu hastalık tek bir nedene bağlı olmayıp daha ziyade genetik yatkınlık, nörobiyolojik değişiklikler, bilişsel çarpıtmalar ve sosyo-çevresel stresörlerin dinamik etkileşimiyle ortaya çıkan bir durumdur. (51,61). Biyolojik açıdan genetik yatkınlık ve nörotransmitter dengesizlikler (serotonin, norepinefrin, dopamin vb) önemli rol oynarken, hormonal değişimler de duygu durumunu derinden etkileyebilmektedir. (63). Sosyal bağlamda, bireyin içinde bulunduğu çevresel koşullar (ekonomik krizler, afetler, sosyal destek eksikliği vb) ve travmatik yaşam olayları (kayıplar, işsizlik vb) depresyon için tetikleyici olabilmekteyken özellikle stresli yaşam olaylarına maruziyet, bireyin savunma mekanizmalarını zorlayarak depresif semptomlar için risk oluşturur (61,64).

Psikolojik faktörler bağlamında, erken çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar (ihmal, istismar, kayıp) ve Beck'in bilişsel üçlüsü olarak tanımlanan olumsuz benlik, gelecek ve dünya şemaları depresyon için risk oluşturmaktadır (65). Sürekli negatif düşünce kalıpları, öğrenilmiş çaresizlik ve düşük öz-değer gibi psikolojik özellikler, depresyonun sürdürücü faktörleri arasında yer alırken ayrıca kronik hastalıklar (diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar vb), hormonal bozukluklar ve bazı ilaçlar gibi tıbbi durumlar da duygu durumu olumsuz etkileyebilen risk faktörleri arasındadır (66). Özellikle postpartum dönem, menopoz ve tiroid disfonksiyonları gibi hormonal değişimlerin önemli rol oynadığı kadın cinsiyet olmanın dışında her iki cins için; madde kullanımı (alkol, sigara), birinci derece akrabalarda depresyon varlığı, 25-44 yaş, düşük sosyoekonomik durum, işsizlik, boşanmış/dul olma, sedanter yaşam tarzı, uyku bozuklukları, kronik ağrı sendromları, bazı ilaç kullanımı (steroid-interferon gibi) ve mevsimsel değişimler depresyon riskini artırdığı bilinmektedir (51, 57).

Depresyon oluşumu açısından nörotransmitter değişiklikleri arasında özellikle serotonin, norepinefrin ve dopamin sistemlerindeki dengesizliklerle önem arz etmektedir (67). Serotonerjik sistemdeki bozukluklar duygu durum regülasyonu, iştah ve uykuda değişikliklere yol açarken, norepinefrin sistemindeki azalma enerji kaybı ve konsantrasyon güçlüklerine neden olur (68). Dopaminerjik sistemdeki işlev bozuklukları ise anhedoni ve psikomotor retardasyonla ilişkilidir. Monoamin hipotezine ek olarak, son çalışmalar glutamaterjik sistemdeki NMDA reseptör disfonksiyonu, GABAerjik aktivitede azalma ve nöroinflamasyonun da depresyon patofizyolojisinde rol oynadığını göstermektedir (69). Bu nörokimyasal değişiklikler, antidepresan tedavilerin hedef mekanizmalarını oluşturmakta olup, özellikle ketamin gibi NMDA antagonistlerinin hızlı antidepresan etkisi yeni tedavi perspektifleri sunmaktadır (70). Ancak, depresyonun nörobiyolojisinin yalnızca nörotransmitter dengesizliklerinden ibaret olmadığı, nörotrofik faktörlerdeki değişimler ve epigenetik mekanizmalarla da yakından ilişkili olduğu unutulmamalıdır (51).

2.2.3. Depresyon Belirtileri ve Klinik Özellikleri

American Psychiatric Association (APA) tarafından 2022 yılında, bireylerde çeşitli duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerle kendini gösteren karmaşık bir ruhsal bozukluk olarak tarif edilen depresyonda; duygusal belirtiler arasında sürekli üzüntü, boşluk hissi, umutsuzluk (çocuk ve ergenlerde irritabilite şeklinde görülebilir) ve yoğun suçluluk duygusu yer alır. Bilişsel düzeyde ise karar verme güçlüğü, konsantrasyon problemleri, olumsuz benlik algısı ve tekrarlayan ölüm düşünceleri dikkat çeker (51). Davranışsal ve fizyolojik olarak psikomotor ajitasyon veya retardasyon, daha önce zevk alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı, sosyal izolasyon, iştahta belirgin artış veya azalma (buna bağlı kilo değişiklikleri), uykusuzluk (insomnia) veya aşırı uyuma (hipersomni) şeklinde ortaya çıkabilir. Ayrıca depresyonun fizyolojik etkileri arasında enerji kaybı, kronik yorgunluk, açıklanamayan ağrılar ve somatik şikayetler de bulunmaktadır (71). Tanı koyarken bu belirtilerin madde kullanımı, yas süreci veya başka bir tıbbi durumla açıklanamaması gerektiği de dikkate alınmalıdır (51).

2.2.4. Depresyon Sınıflandırılması

Psikiyatrik hastalıklar için farklı birçok sınıflama var olsa da en sık kullanılan; Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından ilki 1952 yılında yayınlanıp 2013 yılında son hali verilen ve ruh sağlığı bozukluklarının tanı kriterlerini standartize ederek klinik bir rehber kabul edilen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) sınıflamasıdır. Bu sınıflamaya göre depresyon 6 gruba ayrılır (51):

2.3.4.1. Majör Depresif Bozukluk (Unipolar Depresyon): Kişide belirgin bir şekilde düşük ruh halinin, ilgi kaybının ve günlük işlevsellikte bozulmanın ortaya çıktığı ciddi bir durumdur. Uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ve yorgunluk gibi fiziksel belirtiler de görülebilir. En az 2 hafta süren çökkün duygu durum veya anhedoni + 4 ek semptom (iştah/uyku değişiklikleri, enerji azlığı, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik hissi, ölüm düşünceleri) varlığıyla tanı konur.

2.3.4.2. Distimi (Persistan Depresif Bozukluk): Daha hafif ama kronik bir depresyon şeklidir. Belirtiler genellikle en az iki yıl boyunca devam eder ve kişinin

yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Duygusal dalgalanmalar, yorgunluk ve özsaygıda eksiklik gibi belirtiler vardır.

2.3.4.3. Disforik Bozukluk (Premenstrüel Disforik Bozukluk, PMDD):

Kadınlarda adet döngüsü ile ilişkili olarak ortaya çıkan, ciddi ruhsal değişikliklerle karakterize edilen bir durumdur. Fiziksel belirtiler ile birlikte depresyon, anksiyete ve irritabilite gibi ruh hali değişiklikleri gösterebilir.

2.3.4.4. Madde/İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk: Alkol, esrar ve opioid gibi alışkanlıkların veya kortikosteroid gibi ilaç olarak kullanılan maddelerin tetiklediği durumlarda görülür.

2.3.4.5. Başka Tıbbi Duruma Bağlı Depresyon: Hipotiroidi, Parkinson, MS, inme gibi hastalıklarla ilişkilidir.

2.3.4.6. Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluklar:

a. Kısa Süreli Depresif Epizod: 4-13 gün süren semptomları içerir.

b. Minör Depresyon: Klinik düzeydedir ancak tam kriterleri karşılamayan semptomlar vardır.

2.3.5. Yaşlılıkta Depresyon

Yaşlılık döneminde depresyon, giderek artan küresel bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (55). Ne yazık ki bu durum sıklıkla yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algılanmakta ve bu yanlış kanı yüzünden tanı ile tedavi süreçleri olumsuz etkilemektedir. Yaşlı bireylerde yas süreçleri, demans ve kronik hastalıkların varlığı, depresyon tanısını daha da zorlaştırmaktadır (50). Depresyonun diğer kronik hastalıklara kıyasla işlevsellikte daha belirgin bozulmaya ve yaşam kalitesinde daha fazla düşüşe neden olduğu bilinmesinin yanında özellikle çoklu kronik hastalığı olan yaşlı bireyler, depresyonun olumsuz etkilerine karşı daha savunmasız durumdadırlar (72). Yaşlı hastalarda depresyon genellikle gençlere göre daha kronik seyirli olma eğilimindedir ve bu durum önemli bir duygusal acı kaynağı oluşturmaktadır (53).

Depresyon, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini derinden etkileyen bir durum olup bazen tek başına ortaya çıkarken bazen de diğer hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Tedavi edilmeyen depresyon yaşlılarda erken ölüm riskini artırmakta ve genel sağlık durumunda ise ciddi bozulmalara yol açabilmektedir (64). Bu yüzden yaşlı depresyon hastaları için uygun tedavi yaklaşımları ile yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler sağlanabilmektedir (73).

DSÖ'nün 2022 yılı verilerine göre, 60 yaş üstü bireylerde majör depresyon prevalansı %5.7-13.5 arasında değişmekte olup, cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar gözlenmektedir (kadınlarda %8.5-16.2, erkeklerde %3.8-11.1) (74). COVID-19 pandemisinin etkisiyle bu oranlar daha da artmış, özellikle sosyal izolasyon yaşayan yaşlılarda depresif semptom prevalansı %34.6'ya ulaşmıştır (75). Bölgesel dağılıma bakıldığında, Avrupa'da %8.9-14.7 (76), Kuzey Amerika'da %10.2 (77), Asya-Pasifik bölgesinde ise %15.8 gibi yüksek oranlar bildirilmiştir (78). Bakım kuruluşlarında yaşayan yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığı normal populasyona göre oldukça yüksek bir orana ulaşmakta ve bu depresyon hastalığından muzdarip yaşlıların birçoğu tanı almadığı için tedavi edillmemekte ve bu ise ciddi bir durum arz etmektedir(79).

Ülkemizde yaşlı nüfusta depresyon prevalansı Sağlık Bakanlığı 2022 verilerine göre %8.2 olarak bildirilmiş olup, bu oran kadınlarda (%10.6) erkeklerin (%5.1) yaklaşık iki katıdır (80). Türkiye Geriatri Derneği'nin 2023 yılında çok merkezli çalışmasında yaşla birlikte artan prevalans dikkat çekmekte (65-74 yaş %9.1, 75-84 yaş %12.8, 85 yaş ve üstü %18.3) ve kronik hastalığı olanlarda riskin 2.3 kat arttığı belirtilmektedir . Ayrıca TÜİK 2023 yılı verileri sosyal desteği zayıf olan yaşlılarda depresyon riskinin 3.2 kat daha yüksek olduğunu göstermekte, ancak tedavi alma oranlarının sadece %18.6 düzeyinde kaldığı görülmektedir. (81).

Yaşlılık depresyonunun etyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler kompleks bir etkileşim içindedir. Yaşlanmayla birlikte beyin yapısındaki değişiklikler, kronik hastalıklar ve beyin kimyasallarında (noradrenalin, serotonin, GABA, dopamin) görülen azalmalar gibi değişiklikler, biyolojik risk faktörlerini oluştururken; emeklilik, eş kaybı, sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar ise psikososyal risk faktörleri arasında yer almaktadır (67, 70). Aile yapısının bozulması, sosyal desteğin

kaybı, düşük sosyoekonomik durum, kronik hastalıklar, işlevsellikte azalma ve huzurevinde yaşamak gibi faktörler depresyon riskini önemli ölçüde artırmaktadır (82).

Yaşlılarda depresyonun klinik tablosu genç erişkinlerden farklılık gösterebilmektedir. Yaşlılarda yaşadığı bazı kronik hastalıkların varlığından ve yetişkinlikte gündelik hayatta bazı normal olmayan durumların varlığının yaşlılıkta normal gibi algılanmasından dolayı bu durum depresyon tanısını koymakta güçlüklere sebeb olmaktadır (68, 83). Depresif ruh halinde halsizlik, kilo kaybı, fiziksel ağrılar, unutkanlık gibi somatik şikayetler ön planda olabilmekteyken bazı yaşlılarda ise psikotik özellikler de görülebilmektedir. Bu durum ise yaşlıda artmış intihar riski taşıdığından dolayı tüm depresyon hastalarında kendine zarar verme ve intihar düşünceleri mutlaka sorgulanmalıdır (84). Yaşlılık dönemi depresyonları tedavi edilmediğinde fiziksel hastalıkların gelişimine, işlevsellik kaybına, yaşam kalitesinde düşüşe ve gereksiz sağlık harcamalarına yol açabilmektedir (78). Yaşlı bireylerde depresyon tanısı koyarken DSM-5 tanı kriterleri temel alınmakla birlikte kapsamlı bir fiziksel muayene büyük önem taşımakta ve ayrıca tanı sürecinde diğer tıbbi durumların ayırıcı tanısının yapılması ve laboratuvar testlerinin (hemogram, elektrolitler, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, vitamin B12-folat düzeyleri) değerlendirilmesi gerekmektedir (51, 85).

Tedavi yaklaşımı multidisipliner bir perspektifle ele alınıp psikoterapi, farmakoterapi ve yaşam tarzı düzenlemeleri tedavinin temel bileşenlerini oluşturmalıdır (68, 73). Yaşlı depresyon tedavisinde özellikle yan etkisi az ve yaşlı ile uyumu iyi olan SSRI'lar ilk tercih olarak öne çıkmaktayken bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapi de etkili bulunmuştur (51). Bazı tedaviye dirençli vakalarda EKT gibi yöntemler de kullanılmaktadır (86). Egzersiz ve sosyalleşme gibi yaşam tarzı değişiklikleri de yaşlı depresyon tedavisinde çok önemli yer tutmakta olup özellikle aile desteği ve sosyal bağların güçlendirilmesi tedavi başarısını arttırmada çok önemli yer tutar (87).

2.3. UYKU

2.3.1. Uykunun Tanımı

Dolaşım, solunum, boşaltım gibi hayati fonksiyonlar arasında yer alan ve biyolojik ritmin bilinçsiz bir hali olan uyku; fizyolojik açıdan çevreyle etkileşimin geçici olarak azaldığı, kas aktivitesinin minimuma indiği ve dış uyaranlarla uyandırılabilen bir süreçtir (88). Ayrıca uyku, enerji dengesinin korunup dokuların yenilenmesinin yapıldığı biyolojik bir dinlenme olmasının yanında hafıza, öğrenme kapasitesi ve duygusal düzenleme gibi bilişsel fonksiyonları güçlendirerek bireyi yeni bir güne hazırlayan aktif bir yenilenme sürecidir (89).

2.3.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ile uyanıklık ikili döngüsünün düzenlenmesi, beyindeki çoklu yapıların koordineli çalışmasını gerektiren karmaşık bir işlev olup Borbély'in ikili süreç modeline göre bu döngü, vücudun iç dengesini koruyan hormonal mekanizmalarla ilişkili olan homeostatik faktörler ve ışık-zaman gibi dış uyaranlara bağlı olarak işleyen sirkadiyen faktörlerin etkileşimiyle şekillenir (90). Bu süreçte kritik rol oynayan beyin sapının spinal kordunda ve serebral kortekste bulunan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) uyanıklığı sağlarken, medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchoronizing Region-BSR) uykuyu tetikler. Uykuya geçiş, kortikal aktivitenin azalması ve RAS'ın duyusal girdilerindeki düşüşle başlar ve çevresel koşullar uygun olduğunda BSR'nin etkisinin artmasıyla uyku süreci başlarken uyanma ise RAS'ın yeniden aktive olmasıyla gerçekleşir (88). Uykunun nörolojik etkileşimine bakıldığında; uyanıklık, kolinerjik ve monoaminerjik nöronlarla sağlanırken uyku ise GABA'erjik nöronlar aracılığıyla oluşur ve ayrıca özellikle rafe çekirdeğinden salınan serotonin uykuyu başlatmada, asetilkolin uykuyu sürdürmede, norepinefrin ve dopamin ise uyanıklığı sağlamada etkilidir. Bu kimyasal dengedeki değişimler, uyku kalitesi ve süresi üzerinde doğrudan etkiye sahiptir (89).

Uyku ile uyanıklık döngüsünde nörotranmitterler etkileşiminin yanında birbirleriyle etkileşim halinde olan çok sayıda hormon görev alır. Bu hormonlardan

epifiz bezinden salgılanan melatonin, sirkadiyen ritmin ana düzenleyicisi olarak karanlıkta artış göstererek uykuya geçişi kolaylaştırır ve NREM uykusunun başlangıç evrelerini destekler (89, 91). Özellikle yaşla birlikte melatonin miktarında azalma durumu yaşlılarda uyku bölünmelerine neden olabilirken, jet lag ve vardiyalı çalışma gibi durumlarda haricen ilaç şeklinde takviye olarak kullanılabilir. Melatonin sağlıklı uyku düzeninin korunmasına olan desteğinin yanında antioksidan özellikleriyle nörodejeneratif hastalıklarda koruyucu rol oynayabilir (92).

Sağlıklı uyku sirkadyen ritminde görev olan ve adrenal bezlerden salınan kortizol sabah saatlerinde yükselerek uyanıklığı sağlarken hipofiz bezinden salgılanan büyüme hormonu ise derin NREM uykusu sırasında artarak büyümeyi ve vücudun doku onarımını destekler (88). Sağlıklı uyku ile uyanıklık sirkadyen ritminde beyin dokusunda biriken adenozin uyanıklık süresi boyunca artan uyku baskısını oluştururken, hipotalamustan salgılanan orexin(hipokretin) ise uyanıklığı sürdürür. Prolaktin uyku sırasında özellikle REM evresinde artış gösterirken, leptin ve ghrelin hormonları ise iştah dengesini düzenleyerek uyku kalitesine katkı sağlarlar (93). Yine uyku esnasında salgılanan vazopressin gece idrar üretimini azaltarak uyku bütünlüğünü korurken tiroid hormonları vücut için ideal metabolizma hızını ayarlar. Serotonin ise hem melatonin sentezinde öncül madde olarak görev yapar hem de ruh halini düzenleyerek uyku kalitesini etkiler (88, 94). Bu hormonların koordineli çalışması, sağlıklı bir uyku-uyanıklık döngüsünün sürdürülmesi için kritik öneme sahiptir ve herhangi birindeki dengesizlik uyku bozukluklarına yol açabilir (89).

2.3.3. Normal Uyku ve Evreleri

Uyku; gece boyunca döngüsel olarak birbirini takip eden ve birbirlerini dengeleyerek uykunun sürekliliğini sağlayan NonREM (Non-Rapid Eye Movement-Hızlı Olmayan Göz Hareketleri) ve REM (Rapid Eye Movement-Hızlı Göz Hareketleri) uyku evrelerinden oluşur. Bir uyku döngüsü, gece uykusunun ilk yarısında baskın olan NonREM ile başlayıp gecenin ikinci yarısında baskın olan REM ile sonlanır (94).

Uyku periyodunun yaklaşık %75-80"lik bölümünü oluşturup periferik damar tonüsü, solunum hızı, kan basıncı ve bazal metabolizmayı %10-30 oranında azaltılarak

vücutta dinlenme halinin tetiklendiği Non-REM uyku evresi 4 kısımdan oluşur (88). Uykuya geçiş olan Evre 1; Non-REM uykunun %2-5'lik kısmı uyanıklık ile uyku arasındaki bir dönemi olup EEG'de düşük voltajlı ve 2-7 Hz arasında karışık frekanslı dalga aktivitesi görülürken verteks keskin dalgalar sıkça gözlemlendiği evredir. Non-REM uykunun %45-55"ini oluşturan Evre 2'de uyku Evre 1 göre daha da derinleşir ve hafif uykunun olduğu dönem olup EEG'de düşük voltajlı karışık frekanslı dalgalar ile uyku iğcikleri (12-14 Hz frekansındaki kısa dalgalar) ve K kompleksleri görülebilir. Derin uykunun hakim olduğu toplam Non-REM uykunun %15-20'sini oluşturan Evre 3 ve Non-REM uykunun %15-20'sini oluşturan Evre 4 uyku evrelerinde ise daha çok EEG'de delta dalgası gözlemlenir. Uyuyanı uyandırmanın zor olduğu bu derin uyku evrelerinde esas dinlenme gerçekleşir ve somatotropin, büyüme hormonu da yoğunluklu olarak bu evrelerde salgılanır (95).

Genellikle toplam uyku süresinin %20-25'ini oluşturan ve hızlı göz hareketlerinin olduğu REM uyku evresinde canlı rüyalar ve beyin aktivitesinde %20'ye varan artış görülürken, kas tonusu azalır (95). Uyku başlangıcından 90 dakika sonra ortaya çıkan REM uyku evresi, gece boyunca 4-6 kez tekrarlanan 90-120 dakikalık döngüler halinde görülür (88). REM uykusu tonik ve fazik olmak üzere iki bileşenden oluşur: tonik fazda göz kasları ve diyafram hariç tüm iskelet kaslarında koruyucu atoni görülürken, fazik fazda ise hızlı göz hareketleri, yüz kası seyirmeleri ve kardiyovasküler parametrelerde dalgalanmalar bulunur ve ayrıca elektrofizyolojik olarak tüm REM'de uyanıklığa benzer desenkronize EEG paterni (düşük voltajlı hızlı aktivite, 3-7 Hz teta dalgaları ve testere dişi dalgaları) gözlemlenir (95). Bu karakteristik özellikler pons bölgesindeki kolinerjik nöronların aktivasyonu ile noradrenerjik ve serotonerjik nöronlardaki aktivite azalmasıyla birlikte ortaya çıkar (94).

Yaş ilerledikçe uyku yapısı değişir; çocuklar ve yetişkinler ortalama bir gece boyunca 90-110 dakikalık döngülerden 4-5 tam uyku döngüsü yaşarken, yaşlılarda derin uyku azalır ve uyanmalar sıklaşır (96). Bu evrelerin düzenli işleyişi, fiziksel ve zihinsel sağlık için kritik öneme sahiptir. Kaliteli uyku için gereken uyku süreleri bebeklik döneminde 12-15 saat/gün, 1-5 yaş okul öncesi çocuklarda 10-13 saat/gün, 6-17 yaş okul çağındaki çocuk ve gençlerde 8-10 saat/gün, 18-64 yaş için 7-9 saat/gün ve 65 yaş ve üstü yaşlılarda 7-8 saat şeklinde olmaktadır (97).

2.3.4. Uyku Kalitesi

Bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını doğrudan etkileyen önemli faktörlerden biri olan uyku kalitesi birçok değişkenden etkilenir. Bunlar uyku latansı (uykuya dalma süresi), uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerinin yanında uykunun derinliği, uykunun dinlendiriciliği gibi daha öznel yönlerini içerir (98). İyi bir uyku, vücudun yenilenmesini, hafızanın güçlenmesini ve bağışıklık sisteminin düzenlenmesini sağlar. Ancak günümüzde birçok insanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen uyku problemlerinin pek çok sebebi bulunmaktadır. Bunların başında stres, düzensiz beslenme alışkanlıkları, elektronik cihaz kullanımı, yatmadan hemen önce yapılan yoğun fiziksel aktiviteler ve uygun olmayan uyku ortamı gelmektedir. Özellikle geç saatlerde tüketilen kafeinli içecekler ve ağır yemekler uykuya dalma süresini uzatmakta, alkol ise uyku döngüsünü bozmaktadır (99). Her iki cinsinde de kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar uyku üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilirken, kadınlarda hormonal değişimlerden dolayı erkeklere göre daha fazla uyku problemi görülmektedir (100). Yapılan çalışmalar, toplumda erişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklar bulunduğunu göstermektedir. Bu sorunlar sadece birincil uyku bozukluklarının göstergesi olmayıp, aynı zamanda altta yatan çeşitli sistemik hastalıkların da erken belirtisi olabilmektedir (97).

Uyku kalitesini artırmak için düzenli bir uyku rutini oluşturmak, uyku öncesi rahatlatıcı aktiviteler yapmak, yatak odasını uykuya uygun ses, ışık ve ısıya getirmek ve doğru yatak ile yastık seçimi önemli olduğu kadar elektronik cihazlardan uzak durmak, kafein ve alkol tüketimini sınırlandırmak da uyku kalitesini iyileştirmede çok önemlidir (93). Düzenli egzersiz yapmak uykuya dalma süresini kısaltırken, stres yönetimi tekniklerini öğrenmek ve uygulamak da uyku kalitesine katkı sağlayacaktır. Unutulmamalıdır ki kaliteli bir uyku, gün boyu sürecek enerji ve verimlilik için vazgeçilmez bir ihtiyaç olduğundan dolayı uyku düzenine gereken önem verilmeli ve uyku kalitesini bozan faktörlerden kaçınılmalıdır (98).

2.3.5. Yaşlılık Döneminde Uyku Durumundaki Değişimler

Yaşlı bireylerde yaşlanma süreciyle ortaya çıkan uyku süresi ve kalitesinde belirgin farklılıkların uyku yapısında önemli değişikliklere neden olmasından dolayı günlük yaşam kalitesini olumsuz etkilenmektedir (91). Non-REM uykusunun derin evrelerinde kısalma ve REM uykusunda bozulmalar nedeniyle toplam uyku süresinin azalmasının yanında akşam erken yatma eğilimi, sabah erken uyanma, uykuya dalma süresinin uzaması ve gece sık uyanma gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir (101).

Epidemiyolojik çalışmalar, yaşlı popülasyonda uyku problemlerinin %40-70 gibi yüksek oranlarda görülmekteyken özellikle yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan uyku bozukluğu insomnia olup prevalansı %30-60 arasında değişmektedir. Farklı coğrafyalarda yaşayan yaşlı bireylerle yapılmış çalışmalarda bu oranların %10 ile %70 arasında farklılık göstermektedir (102). Uyku kalitesindeki bozulma, bilişsel fonksiyonlarda azalma, düşme riskinde artış, fiziksel aktivitede kısıtlılık ve yaşam kalitesinde düşüş gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir.

Kişilerin yaşadığı uyku sorunlarının tedavisinde ayrıntılı anamnez ile birlikte farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar birlikte ele değerlendirilmelidir. Yaşlılarda ilaç etkileşimleri ve yan etki riskine dikkat ederek ilaç tedavisi özellikle hipnotik ajanlarla sınırlı tutulmalı (103). Non-farmakolojik yaklaşımlar içerisinde uyku ortamının optimize edilmesi, düzenli fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinin yanında uyku hijyeni eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, gevşeme teknikleri ve tamamlayıcı tıp uygulamaları gibi önemli bileşenler yer almaktadır (93). Yaşlı bireylerde uyku kalitesinin iyileştirilmesi, genel sağlık durumunun korunması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşıdığından dolayı uyku problemine yaklaşım multidisipliner bireyselleştirilmiş tedavi planlarıyla yönetilmelidir (104). Gerek yaşlı gerek ise varsa yaşlı bireye bakım verenlerin uyku hijyeni konusunda bilinçlendirilmesi, yaşlı popülasyonda uyku bozukluklarının yönetilmesinde kritik rol önemi vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan 13.01.2025 tarihinde 2025/1 sayılı toplantıda, 2025/6 sayılı karar ile izin alınmıştır. Araştırma için Konya Şehir Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan 02.01.2025 tarihinde 01-63 No'lu karar ile izin alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olan çalışmamız verileri; Konya Şehir Hastanesi geriatri ve genel dahiliye servislerinde yatan hasta olarak takip edilen 65 yaş ve üstü bireylerle görüşülerek toplanmıştır.

Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power) Konya Şehir Hastanesi geriatri servisinde aylık takip edilen 65 yaş üstü bireylerin sayısı esas alınarak örneklem büyüklüğü OpenEpi v3.01 programı kullanarak hesaplanmıştır. Çalışmanın yapılacağı dönem içerisinde Geriatri ve Genel Dahiliye servislerine yatışı yapılan ortalama hasta sayısı dikkate alınarak yapılan öngörü ile üç aylık dönem içerisinde çalışma için uygun kriterleri sağlayabilecek yaklaşık 90 yeni hasta yatışı olabilecektir. Bu hasta grubunda depresyon sıklığının yaklaşık %80 civarında olabileceği bildirilmektedir (J Palliat Care . 2022 Oct;37(4):503-509). Bu hasta sayıları ve oran göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü analizi yapıldı. %95 güç ve güven aralığı %5 hata payı ile ulaşılması gereken minimum hasta sayısı 67 olarak hesaplanmıştır. Yapılan bu çalışmada toplamda 105 yatan hastayla 01 Ocak 2025 ile 31 Mart 2025 tarihleri arasında yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil etme kriterleri şunlardır;

1. Katılımcıların 65 yaş ve üstü olması
2. Katılımcının Geriatri veya Genel Dahiliye servislerinde yatıyor olması
3. Katılımcıdan sözlü ve yazılı onam alınmış olması
4. Katılımcının ölçekleri doldurabilecek bilişsel seviyede olması

Çalışmanın hariç tutma kriterleri şunlardır;

1. Türkçe anlamamak ve iletişim kuramamak
2. Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği olmamak
3. Formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğa (zihinsel engellilik, psikotik bozukluk) sahip olmak

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılanlara veri toplama amacıyla sosyodemografik form ve 2 adet ölçek uygulanmıştır. Ölçek olarak Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası - Kısa Form(15 soru) ve Jenkins uyku skalası (4 soru) kullanılmıştır. Uygulanması toplam yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik formda; sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu, kiminle yaşadığı, fiziksel bağımlılık, varsa ruhsal hastalığı, varsa uyku problemi, bilinen hastalıkları, sürekli kullandığı ilaçlar durumu sorgulanmıştır.

3.4.2. Geriatrik Depresyon Skalası - Kısa Form(GDS-SF)

Depresyon düzeyini ölçmek amacıyla Yesavage tarafından geliştirilen ölçek, sorulan sorulara cevap olarak “evet” veya “hayır” şıkları ile depresyon durumunu

belirleyen 15 sorudan oluşan bir ölçektir. 1, 5, 7, 11 ve 13. sorular için “evet” 0 puan; “hayır” ise 1 puan iken diğer sorularda “evet” 1 puan; “hayır” ise 0 puandır. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir (105). 30 sorudan oluşan YGDS ölçeği Burke ve ark. tarafından 1991 yılında kullanım kolaylığı olsun diye geliştirilen 15 maddelik versiyonu olan kısa testin güvenirlik ve geçerlik çalışmalarını yaparak YGDS-15 bilim literatürüne kazandırmışlardır. DSM-5 için yapılan değerlendirmede, Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (GDS-15) için belirlenen ≥5 puan kesme noktasında ölçeğin duyarlılığı %92, yani depresyonu olan bireylerin %92'sini doğru şekilde tanımlayabildiği görülmüştür. Aynı zamanda özgünlüğü %91 olarak bulunmuş, bu da depresyonu olmayan bireylerin %91'ini doğru olarak belirleyebildiğini ortaya koymuştur (106). YGDS-15 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini ülkemizde uygunluğunu için 2018 yılında Durmaz ve arkadaşları tarafından 329 yaşlı katılımcı ile yapılan çalışmada testin Türkiye’de yapılacak depresyon taramasında da uygun bir ölçek olduğunu saptanmış ve Cronbach’s alfa değeri 0,920 olarak tespit edilmiştir (107).

3.4.3. Jenkins Uyku Skalası

Bu ölçek hastaların önceki 4 hafta boyunca yaşadığı uyku problemlerini dört maddeyle sorgular. Her öğe 6 noktalı Likert ölçeği ile derecelendirilirip hiç değil = 0, 1–3 gün = 1, 4–7 günler = 2, 8–14 günler = 3, 15–21 günler = 4, 22–28 günler = 5 şeklinde puanlanır. Katılımcıların aldığı puanlar toplanır ve toplam puan 0 ile 20 arasında değişir. 0-5 puan: Normal uyku (minimal problem), 6-10 puan: Hafif-Orta uyku problemi, 11-15 puan: Ciddi uyku problemi, 16-20 puan: Çok ciddi uyku bozukluğu olarak değerlendirilir (108). Eğer katılımcılar yukarıdaki uyku rahatsızlıklarından herhangi birinin önceki 4 haftada 15 veya daha fazla gece meydana geldiğini bildirmişlerse 1, değilse 0 olarak hesaplanmış ve kodlanmıştır. Diğer çalışmalarda da uyku bozukluğu için benzer bir kesim noktası kullanılmıştır (109). Jenkins Uyku Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik testlerini Duruöz ve arkadaşları 2018 yılında yaptığı araştırmayla ortaya koymuş ve Cronbach’ın Alpha (α) değerini 0,86 olarak hesaplamıştır (110).

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler Statistical Packet for The Social Science (SPSS) 27.0 bilgisayar programında yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden frekans (n), yüzde (%), ortalama ± standart hata, ortanca, min (minimum) – maks (maksimum) kullanılmıştır. Verilerin normalliği Kolmogorov-Smirnov normallik testi, histogram ve çarpıklık basıklık ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılıklar için; niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare (X2) testi, verilerin sürekli değişkenlere göre karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Etkileyen faktörleri tahmin etmek için ise lineer regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığında yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p<0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

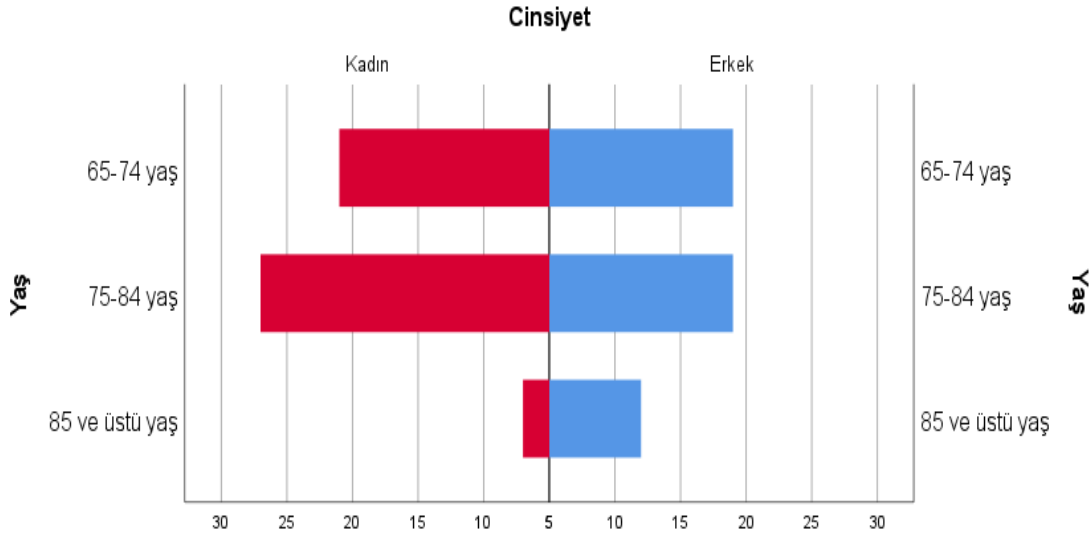
4. BULGULAR

Çalışma Konya Şehir Hastanesi Geriatri ve Genel dahiliye servisinde yatışı olan toplam 105 kişiyle yapıldı. Katılımcıların cinsiyete göre değerlendirildiğinde hastaların %47,6'sı (n=50) erkek, %52,4'ü (n=55) kadın olarak ve yaşları ise 65-74 yaş %38,1 (n=40), 75-84 yaş %43,8 (n=46) ve 85 ve üstü yaş %18,1 (n=19) olarak belirlendi ve katılımcıların cinsiyet ile yaş kategorileri arasındaki dağılım Şekil 1'de görselleştirildi. Evli bireyler tüm katılımcıların %54,3'nü (n=57), bekar bireyler %1'ini (n=1) ve dul bireyler ise %44,8'ini (n=47) oluşturmaktaydı. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %34,3'ü (n=36) okuryazar değil, %52,4'ü (n=55) ilkokul mezunu, %7,6'sı (n=8) ortaokul mezunu, %2,9'u (n=3) lise mezunu ve %2,9'u (n=3) üniversite mezunu olduğu görüldü ve katılımcıların eğitim durumları ile cinsiyet arasındaki dağılım Şekil 2'de görselleştirildi. Ekonomik durumları incelendiğinde hastaların %23,8'i (n=25) düşük, %59'u (n=62) orta ve %17,1'i (n=18) yüksek olarak beyan ettiği tespit edilmiştir. "Kiminle yaşıyorsunuz?" sorusunu %19'u (n=20) yalnız, %53,3'ü (n=56) eşiyle, %26,7'si (n=28) çocuklarıyla, %1'i (n=1) akrabasıyla ve bakımevinde hiçbirisi olucak şekilde yanıtladılar. Fiziki bağımlılık düzeyi için yapılan değerlendirmede %21'i (n=22) tam bağımlı, %21'i (n=22) yarı bağımlı ve %58'i (n=61) tam bağımsız olarak belirlendi. Ruhsal hastalık varlığı için %13,3'ü (n=14) evet ve %86,7'si (n=91) hayır cevaplarken, uyku problemi yaşamaya ise %34,3'ü (n=36) evet ve %65,7'si (n=69) hayır cevabını vermiştir. Bilinen bir hastalığın varlığı sorgulandığında %96,2'si (n=101) evet ve %3,8'i (n=4) hayır olarak belirlenmiş ve "sürekli kullandığınız ilaç var mı?" sorusu için %91,4 (n=96) evet ve %8,6'sı (n=9) ise hayır cevapları alınmıştır.

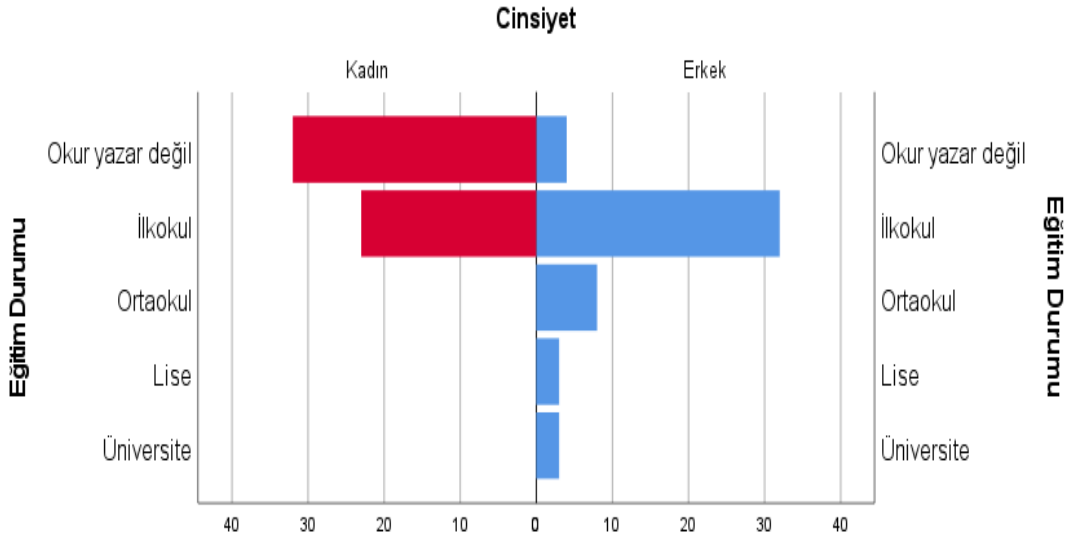
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı

Parametreler (n=105)		% (n)
Cinsiyet	Erkek	47,6 (50)
	Kadın	52,4 (55)
Yaş	65-74 yaş	38,1 (40)
	75-84 yaş	43,8 (46)
	85 ve üstü yaş	18,1 (19)
Medeni Durumunuz Nedir?	Evli	54,3 (57)
	Bekar	1,0 (1)
	Dul	44,8 (47)
Eğitim Durumunuz Nedir?	Okur yazar değil	34,3 (36)
	İlkokul	52,4 (55)
	Ortaokul	7,6 (8)
	Lise	2,9 (3)
	Üniversite	2,9 (3)
Ekonomik Durumunuz Nasıl?	Düşük	23,8 (25)
	Orta	59,0 (62)
	Yüksek	17,1 (18)
Kiminle Yaşıyorsunuz?	Yalnız	19,0 (20)
	Eşi	53,3 (56)
	Çocuklarıyla	26,7 (28)
	Akraba	1,0 (1)
	Bakımevi	0 (0)
Fiziki Bağımlılık Düzeyi?	Tam Bağımlı	21,0 (22)
	Yarı Bağımlı	21,0 (22)
	Tam Bağımsız	58,1 (61)
Ruhsal Hastalığınız Var mı?	Evet	13,3 (14)
	Hayır	86,7 (91)
Uyku Problemi Yaşıyor musunuz?	Evet	34,3 (36)
	Hayır	65,7 (69)
Bilinen Bir Hastalığınız Var mı?	Evet	96,2 (101)
	Hayır	3,8 (4)
Sürekli Kullandığınız İlaç Var mı?	Evet	91,4 (96)
	Hayır	8,6 (9)

%: Frekans



Şekil 1. Katılımcıların cinsiyetleri ile yaşları arasındaki ilişki



Şekil 2. Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim durumları arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan bireylerin Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeğine (YGDS) verdiği yanıtlar incelendiğinde yatan hastaların "Yaşamınızdan temel olarak memnun musunuz?" sorusuna %86,7'si (n=91) evet ve %13,3'ü (n=14) hayır yanıtını verdi. "Şahsi etkinlik ve ilgi duyduğunuz alanların çoğundan uzaklaştınız mı?" sorusuna ise %91,4'ü (n=96) oranında evet derken %8,62'sı (n=9) hayır cevabını verdi. Katılımcıların "Yaşamınızın boş ve anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna %21,9'u (n=23) evet ve %78,1'i (n=82) hayır yanıtını verirken, "Genelde canınız sıkılır mı?" sorusuna %52,4'ü (n=55) evet ve %47,6'sı (n=50) ise hayır yanıtını verdi. Anket sorularından "Çoğu zaman keyfiniz yerinde olur mu?" sorusuna katılımcıların %63,8'i (n=67) evet derken %36.2 'si (n=38) ise hayır olarak cevapladı. Hastaların "Sizin başınıza kötü bir şey olacağından korkuyor musunuz?" sorusuna %26,7'si (n=28) evet derken %73,3'ü (n=77) hayır olarak yanıtladı. Çalışmaya katılan bireylerin "Genel olarak kendinizi mutlu hissediyor musunuz?" sorusunu %72,4'ü (n=76) evet ve %27,6'sı (n=29) hayır olarak cevaplarken, "Sık sık kendinizi çaresiz ve yardıma muhtaç hissediyor musunuz?" sorusuna ise %37,1'i (n=39) evet ve %62,9'u (n=66) hayır yanıtını verdi. Devam eden ölçek sorularından "Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?" sorusuna hastaların %41'i (n=43) evet cevabını ve %59'si (n=62) ise hayır cevabını verdi. Hastalar "Çoğu kişiden daha zayıf hafızaya sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusuna yanıt olarak %48,6'sı (n=51) evet derken %51,4'ü (n=54) hayır şeklinde cevap verdi. "Şu anda hayatta olmak siz mutlu ediyor mu?" sorusuna hastaların %75,2'si (n=79) evet ve %24,8'i (n=26) hayır cevabını verdi. "Bu aralar kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?" sorusuna bireylerin %41,9'u (n=44) evet ve %58,1'i (n=61) hayır derken, "Kendinizi enerji dolu olarak hissediyor musunuz?" sorusuna ise %18,1'i (n=19) evet ve %81,9'u (n=86) hayır diye yanıt verdi. Hastalara uygulanan ölçeğin son soruları olan "Bulunduğunuz durumu ümitsiz olarak değerlendiriyor musunuz?" sorusuna %21,9'u (n=23) evet ve %78,1'i (n=82) hayır cevabını verirken, "Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna ise %72,4'ü (n=76) evet ve %27,6'sı (n=29) hayır cevabını verdi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların YGDS-15 ölçeğine verdikleri yanıtlar

YGDS-15 ölçeği		% (n)
1. Yaşamınızdan temel olarak memnun musunuz?	Evet	86,7 (91)
	Hayır	13,3 (14)
2. Şahsi etkinlik ve ilgi duyduğunuz alanların çoğundan uzaklaştınız mı?	Hayır	8,6 (9)
	Evet	91,4 (96)
3. Yaşamınızın boş ve anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	78,1 (82)
	Evet	21,9 (23)
4. Genelde canınız sıkılır mı?	Hayır	47,6 (50)
	Evet	52,4 (55)
5. Çoğu zaman keyfiniz yerinde olur mu?	Evet	63,8 (67)
	Hayır	36,2 (38)
6. Sizin başınıza kötü bir şey olacağından korkuyor musunuz?	Hayır	73,3 (77)
	Evet	26,7 (28)
7. Genel olarak kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Evet	72,4 (76)
	Hayır	27,6 (29)
8. Sık sık kendinizi çaresiz ve yardıma muhtaç hissediyor musunuz?	Hayır	62,9 (66)
	Evet	37,1 (39)
9. Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	Hayır	59,0 (62)
	Evet	41,0 (43)
10. Çoğu kişiden daha zayıf hafızaya sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hayır	51,4 (54)
	Evet	48,6 (51)
11. Şu anda hayatta olmak siz mutlu ediyor mu?	Evet	75,2 (79)
	Hayır	24,8 (26)
12. Bu aralar kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?	Hayır	58,1 (61)
	Evet	41,9 (44)
13. Kendinizi enerji dolu olarak hissediyor musunuz?	Evet	18,1 (19)
	Hayır	81,9 (86)
14. Bulunduğunuz durumu ümitsiz olarak değerlendiriyor musunuz?	Hayır	78,1 (82)
	Evet	21,9 (23)
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	27,6 (29)
	Evet	72,4 (76)

%: Frekans, YGDS-15: Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Form

Yapılan çalışmada hastaların Jenkins Uyku Ölçeğine verdiği yanıtlar incelendiğinde sorulan "Uykuya dalmakta zorluk çektiğiniz oldu mu? sorusuna %9,5'i (10) hemen hemen hiç, %10,5'i (11) 1-3 gün, %11,4'ü (12) 4-7 gün, %21,0'i (22) 8-14 gün, %21,0'i (22) 15-21 gün ve 26,7 (28) 22-31 gün olarak yanıt verdi. Katılımcılar sorulan "Gece birden fazla kez uyandığınız oldu mu?" sorusunu %0'ı hemen hemen hiç, %3,8 (4) 1-3 gün, %7,6 (8) 4-7 gün, %6,7 (7) 8-14 gün, %11,4 (12) 15-21 gün ve %70,5 (74) 22-31 gün şeklinde cevapladı. Çalışmaya katılan hastalara sorulan "Uykuda kalmakta sorun yaşadığınız oldu mu? (çok erken uyanmak dahil)" ölçek sorusuna %1,0'i (1)hemen hemen hiç, %10,5'i (11) 1-3 gün, %13,3'ü (14) 4-7 gün, %6,7'si (7) 8-14 gün, %11,4'ü (12) 15-21 gün ve %57,1'i (60) 22-31 gün olucak şekilde katılımcılar cevap verirken, "Normal sürede uyku uyuduktan sonra yorgun ve yıpranmış hissederek uyandınız mı? sorusunu ise %1,0'i (1)hemen hemen hiç, %14,3'ü (15) 1-3 gün, %18,1'i (19) 4-7 gün, %21,0'i (22) 8-14 gün, %21,9'u (23) 15-21 gün ve %23,8'i (25) 22-31 gün şeklinde cevapladılar (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların JSS ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar

Jenkins Uyku Ölçeği	**% (n)**					
	0 (Hemen hemen hiç)	1 (1-3 gün)	2 (4-7 gün)	3 (8-14 gün)	4 (15-21 gün)	5 (22-31 gün)
1.Uykuya dalmakta zorluk çektiğiniz oldu mu?	%9,5 (10)	%10,5 (11)	%11,4 (12)	%21,0 (22)	%21,0 (22)	26,7 (28)
2.Gece birden fazla kez uyandığınız oldu mu?	0	%3,8 (4)	%7,6 (8)	%6,7 (7)	%11,4 (12)	%70,5 (74)
3.Uykuda kalmakta sorun yaşadığınız oldu mu? (çok erken uyanmak dahil)	%1,0 (1)	%10,5 (11)	%13,3 (14)	%6,7 (7)	%11,4 (12)	%57,1 (60)
4.Normal sürede uyku uyuduktan sonra yorgun ve yıpranmış hissederek uyandınız mı?	%1,0 (1)	%14,3 (15)	%18,1 (19)	%21,0 (22)	%21,9 (23)	%23,8 (25)

%: Frekans, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Yaptığımız çalışmada kullanılan YGDS için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,756 olarak bulundu ve bulunan değer 2000 yılında Ertan ve Eker'in Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlılarında güvenilirliği için yaptığı çalışmada buldukları alfa değeri olan 0,910 ile uyumludur (111). Ayrıca kullandığımız diğer ölçeğimiz olan JSS için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,466 olarak tespit edildi. JSS testinin iç tutarlılığı için Juhola ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları çalışmada alfa değerini 0,80 olarak tespit etmişlerdir (112). Ülkemizde JSS testinin Türk halkında güvenirliliğini araştırmak için yapılan çalışmalar arasında Duruöz ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada alfa değerini 0,80 olarak bulmuşlardır (110) (Tablo 4).

Tablo 4. YGDS ile JSS ölçeklerinin iç tutarlılık durumları

	Madde Sayısı	**Cronbach's Alfa**
YGDS	15	0,756
JSS	4	0,466

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş, kiminle birlikte yaşadıkları, fiziksel bağımlılık düzeyleri, ruhsal hastalıklarının varlığı, uyku problemlerinin varlığı, bilinen bir hastalıklarının varlığı, sürekli kullandıkları ilaç varlığı değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 5).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumları incelendiğinde cinsiyete göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Medeni durum sorgusunda evli olma oranı erkeler için %72,0 (36) ve kadın için % 38,2 (21) olarak bulunmuş ve erkeklerin evli olma oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (**$p<0,001$**). Okuryazarlık oranı erkeklerde %92,0 (46) ve kadınlarda %41,8 (23) bulunmuş ve erkelerdeki yüksek oran anlamlı tespit edilmiştir (**$p<0,001$**). Ekonomik durum için yapılan değerlendirmede erkeklerde yüksek diyenlerin oranı %86,0 (43) ve kadınlar içinse bu oran %67,3 (37) olarak bulunmuş ve erkelerin yüksek oranı anlamlı bulunmuştur (**$p=0,024$**) (Tablo 5).

Cinsiyete göre YGDS-15 ve JSS ölçeklerinde alınan puanlar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin cinsiyete göre karşılaştırılması

n=105		Cinsiyet		p
		Erkek	Kadın	
		% (n)		
Yaş	75 yaş altı	38,0 (19)	38,2 (21)	0,985*
	75 yaş ve üstü	62,0 (31)	61,8 (34)	
Medeni Durumu	Evli	72,0 (36)	38,2 (21)	**<0,001***
	Bekar	28,0 (14)	61,8 (34)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	92,0 (46)	41,8 (23)	**<0,001***
	Okuryazar değil	8,0 (4)	58,2 (32)	
Ekonomik Durumu	Düşük	14,0 (7)	32,7 (18)	**0,024***
	Yüksek	86,0 (43)	67,3 (37)	
Kiminle Yaşadığı	Eşi veya çocuklarıyla	84,0 (42)	76,4 (42)	0,329*
	Diğer	16,0 (8)	23,6 (13)	
Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/yarı bağımlı	50,0 (25)	34,5 (19)	0,109*
	Tam bağımsız	50,0 (25)	65,5 (36)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	18,0 (9)	9,1 (5)	0,180*
	Hayır	82,0 (41)	90,9 (50)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	40,0 (20)	29,1 (16)	0,240*
	Hayır	60,0 (30)	70,9 (39)	
Bilinen Bir Hastalığın Varlığı	Evet	96,0 (48)	96,4 (53)	1,000**
	Hayır	4,0 (2)	3,6 (2)	
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	94,0 (47)	89,1 (49)	0,493**
	Hayır	6,0 (3)	10,9 (6)	
YGDS-15 Toplam Puan	Ortanca(min-max)	5 (2-13)	6 (0-14)	0,409***
JSS Toplam Puan		14,5 (7-20)	15 (5-20)	0,588***

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, *** Mann-Whitney U testi, Min: minimum, Max:maksimum, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler medeni durumlarına göre fiziksel bağımlılık düzeyleri, ruhsal hastalıklarının varlığı, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 6).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durumu, kiminle yaşadığı**,** uyku problemlerinin varlığı incelendiğinde medeni duruma göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Cinsiyet dikkate alındığında evli olma oranı erkeler için %63,2 (36), kadınlar için %36,8 (21) ve bekar olma oranları ise erkekler için %29,2 (14), kadınlar için ise %70,8 (34) olarak bulunmuş olup erkeklerdeki evli olma oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (**p<0,001**). Okuryazarlık oranı evlilerde %77,2 (44) ve bekarlarda %52,1 (25) bulunmuş ve evlilerdeki yüksek oran anlamlı tespit edilmiştir (**p=0,007**). Ekonomik durum için yapılan değerlendirmede evlilerde yüksek diyenlerin oranı %87,7 (50) ve bekarlarda bu oran %62,5 (30) olarak bulunmuş ve evlilerin yüksek oranı anlamlı bulunmuştur (**p=0,003**). "Kiminle yaşıyorsunuz?" sorusuna eşi ve çocuklarıyla yaşadığı cevabını evli olanlar %100,0 (57) oranında verirken bekarlar %56,3 (27) oranında cevap vermiş olup evlilerin eşi ve çocuklarıyla yaşıyor olması durumunun yüksek oranı anlamlı bulunmuştur (**p<0,001**). Uyku problemi yaşaması sorulduğunda evet diyen evli katılımcıların oranı %43,9 (25) iken bekarların oranı %22,9 (11) bulunmuş olup evlilerdeki yüksek oran anlamlı bulunmuştur (**p=0,024**) (Tablo 6).

Katıllımcıların medeni durumlarına göre YGDS-15 ve JSS ölçeklerinde alınan puanlar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin medeni durumuna göre karşılaştırılması

n=105		Medeni Durum		p
		Evli	Bekar / Dul	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	63,2 (36)	29,2 (14)	**<0,001***
	Kadın	36,8 (21)	70,8 (34)	
Yaş	75 yaş altı	45,6 (26)	29,2 (14)	0,084*
	75 yaş ve üstü	54,4 (31)	70,8 (34)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	77,2 (44)	52,1 (25)	**0,007***
	Okuryazar değil	22,8 (13)	47,9 (23)	
Ekonomik Durumu	Düşük	12,3 (7)	37,5 (18)	**0,003***
	Yüksek	87,7 (50)	62,5 (30)	
Kiminle Yaşadığı	Eşi veya çocuklarıla	100,0 (57)	56,3 (27)	**<0,001***
	Diğer	0,0 (0)	43,8 (21)	
Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/yarı bağımlı	47,4 (27)	35,4 (17)	0,216*
	Tam bağımsız	52,6 (30)	64,6 (31)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	12,3 (7)	14,6 (7)	0,730*
	Hayır	87,7 (50)	85,4 (41)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	43,9 (25)	22,9 (11)	**0,024***
	Hayır	56,1 (32)	77,1 (37)	
Bilinen Bir HastalığınVarlığı	Evet	96,5 (55)	95,8 (46)	1,000**
	Hayır	3,5 (2)	4,2 (2)	
Sürekli Kullandığınız İlaç Varlığı	Evet	93,0 (53)	89,6 (43)	0,729**
	Hayır	7,0 (4)	10,4 (5)	
YGDS-15 Toplam Puan	Ortanca (min-max)	5 (2-13)	6 (0-14)	0,214***
JSS Toplam Puan		15 (7-20)	15 (5-20)	0,190***

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, *** Mann-Whitney U testi, Min: minimum, Max:maksimum, YGDS: Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Katılımcı yaşlı bireyler eğitim durumlarına göre yaş, kiminle yaşadığı, fiziksel bağımlılık düzeyleri, ruhsal hastalıklarının varlığı, uyku problemi yaşama, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 7).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durumu, ekonomik durumu incelendiğinde eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Cinsiyet dikkate alındığında okuryazar olma oranı erkeler için %66,7 (46), kadınlar için %33,3 (23) olarak bulunmuş olup erkeklerdeki okuyazar olma oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (**p<0,001**). Evlilerde okuryazarlık oranı %63,8 (44) ve okuryazar olmama oranı %36,1 (13) bulunmuş ve evlilerdeki yüksek oran anlamlı tespit edilmiştir (**p=0,007**). Ekonomik durum için yapılan değerlendirmede yüksek ekonomik durum oranı okuryazar olanlar için %87,7 (50) okuryazar olmayanlar için bu oran %61,1 (22) olarak bulunmuş ve okuryazar olanların yüksek oranı anlamlı bulunmuştur (**p=0,009**) (Tablo 7).

Çalışmaya katılan yaşlıların eğitim durumlarına göre Yesavage GDS-15 ve Jenkins uyku ölçeklerinde aldıkları puanlar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

n=105		Eğitim Durumu		p
		Okuryazar	Okuryazar değil	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	66,7 (46)	11,1 (4)	**<0,001***
	Kadın	33,3 (23)	88,9 (32)	
Yaş	75 yaş altı	44,9 (31)	25,0 (9)	0,046*
	75 yaş ve üstü	55,1 (38)	75 (27)	
Medeni Durumu	Evli	63,8 (44)	36,1 (13)	**0,007***
	Bekar	36,2 (25)	63,9 (23)	
Ekonomik Durumu	Düşük	15,9 (11)	38,9 (14)	**0,009***
	Yüksek	84,1 (58)	61,1 (22)	

Tablo 7. Devamı

Kiminle Yaşadığı	Eşi veya çocukları	81,2 (56)	77,8 (28)	0,681*
	Diğer	18,8 (13)	22,2 (8)	
Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/yarı bağımlı	43,5 (30)	38,9 (14)	0,651*
	Tam bağımsız	56,5 (39)	61,1 (22)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	15,9 (11)	8,3 (3)	0,371**
	Hayır	84,1 (58)	91,7 (33)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	36,2 (25)	30,6 (11)	0,561*
	Hayır	63,8 (44)	69,4 (25)	
Bilinen Bir Hastalığın Varlığı	Evet	95,7 (66)	97,2 (35)	1,000**
	Hayır	4,3 (3)	2,8 (1)	
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	91,3 (63)	91,7 (33)	1,000**
	Hayır	8,7 (6)	8,3 (3)	
YGDS-15 Toplam Puan	Ortanca(min-max)	5 (0-13)	7 (2-14)	0,084***
JSS Toplam Puan		14 (5-20)	15 (5-20)	0,216***

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, *** Mann-Whitney U testi, Min:minimum, Max:maksimum, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler ekonomik durumlarına göre yaş, kiminle yaşadığı, fiziksel bağımlılık düzeyleri, ruhsal hastalıklarının varlığı, uyku problemi yaşaması, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Tablo 8)

Çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu incelendiğinde ekonomik duruma göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Cinsiyet dikkate alındığında yüksek ekonomik durum oranı erkeler için %53,8 (43), kadınlar için %46,3 (37) ve düşük ekonomik durum oranı ise erkekler için 28,0 (7), kadınlar için ise %72,0 (18) olarak bulunmuş olup erkek ve kadınların yüksek ekonomik durum oranları anlamlı yüksek bulunmuştur (**p=0,024**). Medeni durum için yapılan değerlendirmede evlilerde ekonomik durumunun yüksek olduğunu diyenlerin oranı %62,5 (50) ve düşük diyenlerin bu oranı %28,0 (7) olarak bulunmuş ve ekonomik

durumunu yüksek diyenlerin oranlarının yüksekliği anlamlı bulunmuştur (**p=0,003**). Okuryazar olanlardan ekonomik durumunun yüksek olduğunu söyleyenlerin oranı %72,5 (58) iken ekonomik durumunun düşük olduğunu söyleyenlerin oranı %44,0 (11) bulunmuş olup ekonomik durumunu yüksek diyenlerin oranlarının yüksekliği anlamlı tespit edilmiştir (**p=0,009**) (Tablo 8)

Katıllımcıların ekonomik durumlarına göre JSS ölçeğinde alınan puanlar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). YGDS-15 ölçeğinde aldıkları puanların ortancaları yüksek ekonik durum için 5 (0-13) iken düşük ekonomik durum içinse 8 (3-14) olarak belirlendi ve bu değerler incelendiğinde YGDS-15 ölçeğinin ekonomik durum açısından anlamlı farkı tespit edildi (**p=0,006**) (Tablo 8)

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin ekonomik duruma göre karşılaştırılması

n=105		Ekonomik Durum		p
		Düşük	Yüksek	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	28,0 (7)	53,8 (43)	**0,024***
	Kadın	72,0 (18)	46,3 (37)	
Yaş	75 yaş altı	24,0 (6)	42,5 (34)	0,096*
	75 yaş ve üstü	76,0 (19)	57,5 (46)	
Medeni Durumu	Evli	28,0 (7)	62,5 (50)	**0,003***
	Bekar	72,0 (18)	37,5 (30)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	44,0 (11)	72,5 (58)	**0,009***
	Okuryazar değil	56,0 (14)	27,5 (22)	
Kiminle Yaşadığı	Eşiyle veya çocuklarıyla	72,0 (18)	82,5 (66)	0,252*
	Diğer	28,0 (7)	17,5 (14)	
Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/yarı bağımlı	56,0 (14)	37,5 (30)	0,102*
	Tam bağımsız	44,0 (11)	62,5 (50)	
Ruhsal Hastalığınız Varlığı	Evet	20,0 (5)	11,3 (9)	0,313**
	Hayır	80,0 (20)	88,8 (71)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	40,0 (10)	32,5 (26)	0,490*
	Hayır	60,0 (15)	67,5 (54)	

Tablo 8. Devamı

Bilinen Bir Hastalığınız Varlığı	Evet	100,0 (25)	95,0 (76)	0,570**
	Hayır	0,0 (0)	5,0 (4)	
Sürekli Kullandığınız İlaç Varlığı	Evet	92,0 (23)	91,3 (73)	1,000**
	Hayır	8,0 (2)	8,8 (7)	
YGDS-15 Toplam Puan	Ortanca (min-max)	8 (3-14)	5 (0-13)	**0,006****
JSS Toplam Puan		16 (10-20)	15 (5-20)	0,754***

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, *** Mann-Whitney U testi, Min: minimum, Max:maksimum, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler kiminle yaşadığına göre cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durumu, fiziksel bağımlılık düzeyleri, ruhsal hastalıklarının varlığı, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 9)

Yapılan çalışmaya dahil edilen bireylerin medeni durumu ve uyku problemi yaşama durumu kiminle yaşadığına göre incelendiğinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Medeni durum için yapılan değerlendirmede evli yaşlıların eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanların oranı %67,9 (57) iken diğer(yalnız/akraba/bakımevi) ile yaşadığını beyan edenlerin oranı 0,0 (0) olarak bulunmuş (**p<0,001**). Uyku problemi yaşaması sorulduğunda evet diyen eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanların oranı %39,3 (33) iken diğer(yalnız/akraba/bakımevi) ile yaşadığını beyan edenlerin oranı %14,3 (3) bulunmuş olup eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanların yüksek oranı anlamlı bulunmuştur (**p=0,031**) (Tablo 9).

Katıllımcıların kiminle yaşadığına göre YGDS-15 ölçeğinin alınan puanlar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). JSS ölçeğinde aldıkları puanların ortancaları eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanların için 16 (5-20) iken diğer(yalnız/akraba/bakımevi) ile yaşadığını beyan edenler içinse 12 (5-18) olarak belirlendi ve bu değerler incelendiğinde JSS ölçeğinin "kiminle yaşadığı" sorusu açısından anlamlı farkı tespit edildi (**p=0,001**) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerin kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

n=105		Kiminle Yaşıyor		p
		Eşiyle veya çocuklarıyla	Diğer	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	50,0 (42)	38,1 (8)	0,329*
	Kadın	50,0 (42)	61,9 (13)	
Yaş	75 yaş altı	34,5 (29)	52,4 (11)	0,132*
	75 yaş ve üstü	65,5 (55)	47,6 (10)	
Medeni Durumu	Evli	67,9 (57)	0,0 (0)	**<0,001***
	Bekar	32,1 (27)	100,0 (21)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	66,7 (56)	61,9 (13)	0,681*
	Okuryazar değil	33,3 (28)	38,1 (8)	
Ekonomik Durumu	Düşük	21,4 (18)	33,3 (7)	0,252*
	Yüksek	78,6 (66)	66,7 (14)	
Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/yarı bağımlı	46,4 (39)	23,8 (5)	0,060*
	Tam bağımsız	53,6 (45)	76,2 (16)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	15,5 (13)	4,8 (1)	0,292*
	Hayır	84,5 (71)	95,2 (20)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	39,3 (33)	14,3 (3)	**0,031***
	Hayır	60,7 (51)	85,7 (18)	
Bilinen Bir Hastalığın Varlığı	Evet	96,4 (81)	95,2 (20)	1,000**
	Hayır	3,6 (3)	4,8 (1)	
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	92,9 (78)	85,7 (18)	0,379**
	Hayır	7,1 (6)	14,3 (3)	
YGDS-15 Toplam Puan	Ortanca(min-max)	6 (2-14)	5 (0-13)	0,164***
JSS Toplam Puan		16 (5-20)	12 (5-18)	**0,001*****

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, *** Mann-Whitney U testi, Min:minimum, Max:maksimum, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Katılımcı yaşlı bireyler fiziksel bağımlılık durumlarına göre cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu, kiminle yaşadığı, ruhsal hastalıklarının varlığı, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 10).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin fiziksel bağımlılığa göre incelendiğinde sadece uyku problemi yaşama analizinde anlamlı farklılık tespit edildi. Uyku problemi yaşayan tam/yarı bağımlıların oranı %45,5 (20) iken tam bağımsızların oranı %26,2 (16) olup yapılan değerlendirmede tam/yarı bağımlıların uyku problemi yaşama oranın yüksek oluşu anlamlı bulundu (**p=0,041**) (Tablo 10).

Çalışmaya katılan yaşlıların fiziksel bağımlılıklarına göre YGDS-15 ve JSS ölçeklerinde aldıkları puanlar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik veri ve diğer faktörlerinin fiziksel bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması

n=105		Fiziksel Bağımlılık		p
		Tam/Yarı Bağımlı	Tam Bağımsız	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	56,8 (25)	41,0 (25)	0,109*
	Kadın	43,2 (19)	59,0 (36)	
Yaş	75 yaş altı	31,8 (14)	42,6 (26)	0,261*
	75 yaş ve üstü	68,2 (30)	57,4 (35)	
Medeni Durumu	Evli	61,4 (27)	49,2 (30)	0,216*
	Bekar	38,6 (17)	50,8 (31)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	68,2 (30)	63,9 (39)	0,651*
	Okuryazar değil	31,8 (14)	36,1 (22)	
Ekonomik Durumu	Düşük	31,8 (14)	18,0 (11)	0,102*
	Yüksek	68,2 (30)	82,0 (50)	
Kiminle Yaşadığı	Eşiyle veya çocuklarıyla	88,6 (39)	73,8 (45)	0,060*
	Diğer	11,4 (5)	26,2 (16)	

Tablo 10. Devamı

Ruhsal Hastalığınız Varlığı	Evet	20,5 (9)	8,2 (5)	0,068*
	Hayır	79,5 (35)	91,8 (56)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	45,5 (20)	26,2 (16)	**0,041***
	Hayır	54,5 (24)	73,8 (45)	
Bilinen Bir Hastalığınız Varlığı	Evet	95,5 (42)	96,7 (59)	1,000**
	Hayır	4,5 (2)	3,3 (2)	
Sürekli Kullandığınız İlaç Varlığı	Evet	93,2 (41)	90,2 (55)	0,731**
	Hayır	6,8 (3)	9,8 (6)	
YGDS-15 Toplam Puan	Ortanca(min-max)	6,5 (0-13)	5 (2-14)	0,251***
JSS Toplam Puan		14 (5-20)	15 (5-20)	0,597***

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, *** Mann-Whitney U testi, Min: minimum, Max: maksimum, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası

Katılımcı yaşlı bireyler depreyon var/yok sorgulamasına göre cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, fiziki bağımlılık düzeyi, ruhsal hastalıklarının varlığı, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Tablo 11).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin depresyon var/yok sorgulamasına göre incelendiğinde ekonomik durumu ve uyku problemi yaşama analizinde anlamlı farklılık tespit edildi. Ekonomik durumu yüksek olup depresyon durumu olmayanların oranı %41 (33) iken ekonomik durumu yüksek olup depresyon durumu olanların oranı ise %59 (47) olarak bulundu. Yapılan değerlendirmede ekonomik durumu yüksek olup depresyon durumu olma oranının yüksek oluşu anlamlı bulundu (**p=0,021**) (Tablo 10). Ayrıca yaşlı katılımcılardan uyku problemi olmadığını beyan edenlerden depresyon durumu olamayanların oranı %78,4 (29) iken uyku problemi olmadığını beyan edenlerden depresyon durumu olanların oranı %58,8 (40) olarak tespit edildi. Bu değerler göz önünde bulundurulduğunda uyku problemi olmayıp depresyon durumu olmama oranının yüksekliği anlamlı bulundu (**p=0,044**) (Tablo 11).

Tablo 11. YGDS-15 ölçeğinden alınan toplam puanların depresyon yok (0-4 puan) ve var (5-15 puan) şeklinde grublamasının sosyodemorafik ve diğer verilere göre değerlendirilmesi

n=105		Depresyon Durumu		p
		Yok	Var	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	51,4 (19)	45,6 (31)	0,572*
	Kadın	48,6 (18)	54,4 (37)	
Yaş	75 yaş altı	48,6 (18)	32,4 (22)	0,100*
	75 yaş ve üstü	51,4 (19)	67,6 (46)	
Medeni Durumu	Evli	59,5 (22)	51,5 (35)	0,432*
	Bekar	40,5 (15)	48,5 (33)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	73,0 (27)	61,8 (42)	0,248*
	Okuryazar Değil	27,0 (10)	38,2 (26)	
Ekonomik Durumu	Düşük	10,8 (4)	30,9 (21)	**0,021***
	Yüksek	89,2 (33)	69,1 (47)	
Kiminle Yaşadığı	Eşi veya Çocuklarıyla	75,7 (28)	82,4 (56)	0,414*
	Diğer	24,3 (9)	17,6 (12)	
Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/Yarı Bağımlı	35,1 (13)	45,6 (31)	0,300*
	Tam Bağımsız	64,9 (24)	54,4 (37)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	5,4 (2)	17,6 (12)	0,067**
	Hayır	94,6 (35)	82,4 (56)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	21,6 (8)	41,2 (28)	**0,044***
	Hayır	78,4 (29)	58,8 (40)	
Bilinen Bir Hastalığın Varlığı	Evet	91,9 (34)	98,5 (67)	0,124**
	Hayır	8,1 (3)	1,5 (1)	
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	86,5 (32)	94,1 (64)	0,166**
	Hayır	13,5 (5)	5,9 (4)	

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, GDS: Geriatrik Depresyon Skalası

Jenkins uyku ölçeğiyle elde edilen veriler uyku bozukluğu yok (0-5 puan) ve var (6-20 puan) diye gruplandırarak yaptığımız analizde; sadece 2 yatan hasta uyku bozukluğu yok ve geri kalan 103 yatan hasta uyku bozukluğu var olarak cevapladığından yapılan sosyodemografik veri ve sorulan 4 soruya verdiği cevablara göre yapılan tüm analizler anlamsız çıktı. Bu yüzden Juhola ve arkadaşlarının 2020

yılında yaptığı çalışmadaki gibi Jenkins uyku ölçeğine hastaların verdiği cevaplar bu çalışmada 11 değerini cut-off point (kesim noktası) olucak şekilde uyguladık ve <11 için hafif uyku bozukluğu, 12≤ için ağır uyku bozukluğu biçiminde grublama yaptık (j1) Çalışmamızı bu grublamayla analiz ettiğimizde; katılımcı yaşlı hastalar uyku bozukluğu hafif/ağır sorgulamasına göre cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durum, fiziki bağımlılık düzeyi, ruhsal hastalıklarının varlığı, uyku problemi yaşama, bilinen bir hastalıklarının varlığı ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Tablo 12).

Katılımcıların uyku bozukluğu hafif/ağır sorgulamasına göre incelendiğinde kiminle yaşadığı analizi için anlamlı farklılık tespit edildi. Eşi veya çocuklarıyla yaşayıp hafif uyku bozukluğu geçirenlerin oranı %59,1 (13) iken eşi veya çocuklarıyla yaşayıp ağır uyku bozukluğu geçirenlerin oranı %85,5 (71) olarak tespit edildi. Yapılan değerlendirmeyle eşi veya çocuklarıyla yaşayıp ağır uyku bozukluğu geçirme oranının yüksekliği anlamlı bulundu (**p=0,009)** (Tablo 12)

Tablo 12. JSS ölçeğinden alınan toplam puanların hafif uyku bozukluğu (<11) ve ağır uyku bozukluğu (12≤) şeklinde grublamasının sosyodemorafik ve diğer verilere göre değerlendirilmesi

n=105		Uyku Bozukluğu		p
		Hafif	Ağır	
		% (n)		
Cinsiyet	Erkek	54,5 (12)	45,8 (38)	0,464*
	Kadın	45,5 (10)	54,2 (45)	
Yaş	75 yaş altı	45,5 (10)	36,1 (30)	0,424*
	75 yaş ve üstü	54,5 (12)	63,9 (53)	
Medeni Durumu	Evli	36,4 (8)	59,0 (49)	0,058*
	Bekar	63,6 (14)	41,0 (34)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	77,3 (17)	62,7 (52)	0,199*
	Okuryazar değil	22,7 (5)	37,3 (31)	
Ekonomik Durumu	Düşük	27,3 (6)	22,9 (19)	0,668*
	Yüksek	72,7 (16)	77,1 (64)	
Kiminle Yaşadığı	Eşi veya Çocuklarıyla	59,1 (13)	85,5 (71)	**0,009****
	Diğer	40,9 (9)	14,5 (12)	

Tablo 12. Devamı

Fiziki Bağımlılık Düzeyi	Tam/Yarı Bağımlı	50,0 (11)	39,8 (33)	0,387*
	Tam Bağımsız	50,0 (11)	60,2 (50)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	9,1 (2)	14,5 (12)	0,400**
	Hayır	90,9 (20)	85,5 (71)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	18,2 (4)	38,6 (32)	0,073*
	Hayır	81,8 (18)	61,4 (51)	
Bilinen Bir Hastalığın Varlığı	Evet	90,9 (20)	97,6 (81)	0,193**
	Hayır	9,1 (2)	2,4 (2)	
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	86,4 (19)	92,8 (77)	0,283**
	Hayır	13,6 (3)	7,2 (6)	

%: Frekans, *Ki-Kare testi, **Fisher's Exact testi, JSS: Jenkins Uyku Ölçeği

Yapılan çalışmaya katılan yaşlı bireylerin YGDS-15 toplam puanı ile Jenkins uyku ölçeğinin toplam puanının yaşa göre yapılan değerlendirilmesinde anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.005). Katılımcılara sorulan "Ruhsal hastalığınız var mı?" sorusuyla Jenkin uyku ölçeğinin toplam puanı değerlendirilmesinde de yine anlamlı bir fark tespit edilemedi (p>0.005) (Tablo13).

Çalışmada yer alan yaşlıların YGDS-15 toplam puanının "Ruhsal hastalığınız var mı?" sorusuna verilen yanıta göre yapılan incelemede "evet" yanıtnın oranı 8(3-14) olup bu oranın yüksek oluşu anlamlı bulundu (**p=0,023**) (Tablo 13).

Katılımcıların YGDS-15 toplam puanı ve JSS toplam puanının "Uyku Problemi Yaşıyor musunuz?" sorusuna verilen yanıta göre yapılan değerlendirmesinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sorulan soruya "evet" yanıtı verenlerin YGDS-15 toplam puanı oranı 7 (2-14) orlarak bulunmuş ve bu oranın yüksekliği anlamlı olarak tespit edildi (**p=0,004).** Ayrıca sorulan aynı soruya verilen "evet" cevabının Jenkins uyku ölçeği toplam puanı oranı 17 (10-20) olup bu yüksek değer de anlamlı olarak değerlendirildi (**p=0,002**) (Tablo 13).

Tablo 13. YGDS-15 ve JSS ölçeklerine göre yaş, ruhsal hastalığın varlığı, uyku problemi yaşama sorularına verilen cevapların analizi

		YGDS-15 Toplam Puanı		JSS Toplam Puanı	
		Ortanca (min-max)	--- p değeri		
Yaş	75 yaş altı	5 (0-12)	0,275*	14 (5-20)	0,624*
	75 yaş ve üstü	6 (2-14)		15 (5-20)	
Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	8 (3-14)	**0,023***	16,5 (7-20)	0,184*
	Hayır	5 (0-13)		15 (5-20)	
Uyku Problemi Yaşama	Evet	7 (2-14)	**0,004***	17 (10-20)	**0,002***
	Hayır	5 (0-13)		14 (5-20)	

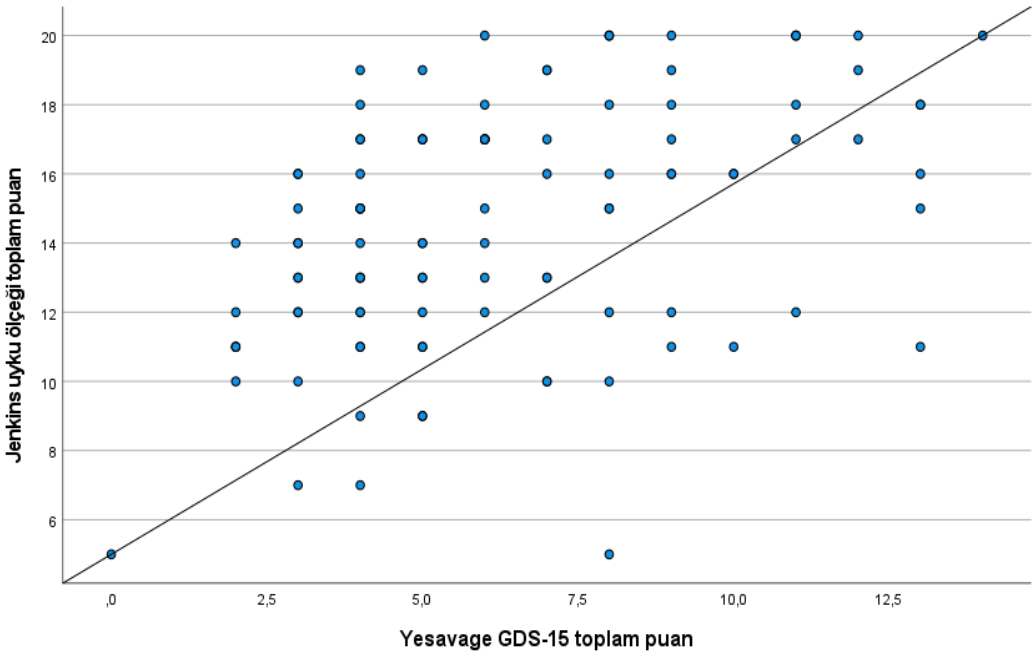
Min: minimum, Max: maksimum, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası, * Mann-Whitney U testi

YGDS-15 toplam puan ile JSS ölçeği toplam puan değişkenleri arasındaki doğrusal ilişkinin yönünü ve derecesini test etmek amacı ile yaptığımız korelasyon analizi için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Bu analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre YGDS-15 toplam puan ile JSS toplam puan değişkenleri arasında pozitif yönde olucak şekilde orta düzeyde (**r=0,458**) bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır (**p<0,001**). Ayrıca değişkenler arasındaki ilişki Şekil 1'de grafiksel olarak gösterilmiştir (Tablo14).

Tablo 14. YGDS-15 toplam puan ve Jenkins uyku ölçeği toplam puan değişkenleri arasındaki Korelasyon analizi

		JSS Toplam Puanı
YGDS-15 Toplam Puanı	Spearman (r)	0,458
	Sig. (p)	**<0,001**
	n	105

r değeri 0-0.30 → Zayıf ilişki, 0.30-0.70 → Orta düzey ilişki, 0.70-1.00 → Güçlü ilişki, p<0,05, YGDS: Geriatrik Depresyon Skalası, JSS: Jenkins Uyku Skalası



Şekil 3. YGDS-15 toplam puanı ile JSS toplam puanı değişkenleri arasındaki ilişkinin dağılım grafiğinde gösterimi

Değişkenlerimiz arasında yer alan YGDS-15 toplam puanı ile JSS toplam puanı arasındaki ilişkinin gösterilmesi için yapılan kolerasyon analizinden sonra, bu ilişkinin varsa neden-sonuç durumu için lineer regresyon analizi yapıldı. Bağımsız değişken olarak YGDS-15 toplam puanı ve bağımlı değişken olarak JSS toplam puanı kullanılarak yapılan modellemede, modelin gücü olarak ifade edilen ve değişkenlerin birbirleri üzerinde değişimini açılayan determinasyon katsayısı (açıklanan varyans) değeri r^2=0,2016 olarak hesaplandı (r=0,449). YGDS-15 toplam puanının JSS toplam puanına pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı (**p<0,001**) olarak %20,16 düzeyde yordadığı bulundu. YGDS-15 toplam puanın 1 birim artması JSS toplam puanını 0,505 birim arttırdığı belirlendi (y = 11,363 + 0,505*x). Bu sonuçlara göre YGDS-15 toplam puanındaki artma anlamlı bir şekilde JSS toplam puanında artışa sebep olabileceği sonucuna varıldı (Tablo 15).

Yaptığımız daha önceki istatistik analiz sonucunda kiminle yaşadığı değişkeni ile JSS toplam puanı arasında Mann-Whitney U testine göre anlamlı (**p=0,001**) sonucundan dolayı YGDS toplam puanı ve kiminle yaşadığı değişkenlerinin JSS toplam puanı üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, YGDS toplan puanın (β=0.412, **p<0.001**) ve aynı zamanda kiminle

yaşadığı değişkeninin de JSS toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu (β=0.242, **p=0.006**) bulunmuştur. Modelin açıklayıcılık gücü (Adjusted r^2=0.244) orta düzeyde olup, bağımsız değişkenler JSS toplam puanında varyansın yaklaşık %24.4'ünü açıklamaktadır. Durbin-Watson testi (0.782) pozitif otokorelasyon olduğunu göstermekle birlikte, VIF değerleri (1.024) çoklu bağlantı sorunu olmadığını desteklemektedir. Bu veriler ışığında YGDS ile JSS toplam puanı arasındaki ilişki kiminle yaşadığından bağımsız olarak da anlamlılığını sağladığı bulundu.

Tablo 15. YGDS-15 toplam puanın JSS toplam puanını yordamasına ilişkin regresyon analizi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken**	**B**	**Std. Hata**	**t**	**%95 CI**		**p**
					min	**max**	
YGDS-15 Toplam Puanı	JSS Toplam Puanı	0,505	0,099	5,098	0,309	0,702	**<0,001**

p: Lineer regresyon analizi, B: Regresyon katsayısı, CI (Confidence Interval): Güven aralığı, t: Serbestlik derecesi, Durbin-Watson: 0,782

Bağımsız değişken olarak JSS toplam puanı ve bağımlı değişken olaraksa YGDS-15 toplam puanı belirlenerek yapılan lineer regresyon analiz sonuçlarına göre; yapılan modelin gücü olarak ifade edilen ve değişkenlerin birbirleri üzerinde değişimini açılakyan determinasyon katsayısı (açıklanan varyans) değeri r^2 = 0,2016 olarak hesaplandı (r = 0,449) ve JSS toplam puanının YGDS-15 toplam puanına pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı (**p<0,001**) olarak %20,16 oranında yordadığı bulundu. Regresyon denklemine (y = 0,569 + 0,399*x) göre JSS toplam puanındaki her 1 birimlik artış, YGDS-15 toplam puanında 0,399 birimlik bir artışa karşılık geldiği bulundu. Elde edilen sonuçlara göre JSS toplam puanındaki artma anlamlı bir şekilde YGDS-15 toplam puanında artışa sebep olabileceği sonucuna varıldı (Tablo 15).

Daha önce yaptığımız istatistik analiz sonucunda ekonomik durum değişkeni ile YGDS toplam puanı arasında Mann-Whitney U testine göre anlamlı (**p=0,006**) sonucundan dolayı JSS toplam puanı ve ekonomik durum değişkenlerinin YGDS toplam puanı üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, toplan JSS puanın (β=0.436, **p<0.001**) ve aynı zamanda ekonomik durum değişkeninin de YGDS toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu (β=0.249, **p=0.004**) bulunmuştur. Modelin açıklayıcılık gücü (Adjusted r^2=0.249) orta düzeyde olup, bağımsız değişkenler YGDS toplam puanında varyansın yaklaşık %24.9'unu açıklamaktadır. Durbin-Watson testi (1,911) pozitif otokorelasyon olduğunu göstermekle birlikte, VIF değerleri (1.003) çoklu bağlantı sorunu olmadığını desteklemektedir. Bu veriler ışığında YGDS ile JSS toplam puanı arasındaki ilişki kiminle yaşadığından bağımsız olarak da anlamlılığını sağladığı bulundu.

Tablo 16. JSS toplam puanın YGDS-15 toplam puanını yordamasına ilişkin regresyon analizi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken**	**B**	**Std. Hata**	**t**	**%95 CI**		**p**
					min	**max**	
JSS Toplam Puanı	YGDS-15 Toplam Puanı	0,399	0,078	5,098	0,244	0,554	**<0,001**

p: Lineer regresyon analizi, B: Regresyon katsayısı, CI (Confidence Interval): Güven aralığı, t: serbestlik derecesi, Dubin-Watson: 1,911

5. TARTIŞMA

Günümüzde insanlık; bir yandan kronik hastalıklardaki artış, diğer yandan ortalama yaşam süresinin uzamasından dolayı özellikle gelişmekte olan ülkelerde görülen yaşlı nüfus artışı gibi çok yönlü bir problemlerle yüz yüze gelmiştir. Bu süreç, sadece demografik yaşlanmayla sınırlı olmayıp, değişen tüketim alışkanlıkları, kentleşmenin etkileri ve sosyoekonomik eşitsizliklerle de yakından ilişkilidir (113).

Yapılan bu çalışmayla yaşlı bireylerin depresyon ile uyku kaltesinin tespiti ve bu durumların birbiriyle olan ilişkileri değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışma kapsamında Geriatri ve Genel dahiliye servislerinde yatan 105 hasta değerlendirilmeye alınarak; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumu, kiminle beraber yaşadığı, fiziksel bağımlılık düzeyi, ruhsal hastalığının varlığı, uyku problemi yaşama, bilinen bir hastalığınız varlığı ve sürekli kullandığı ilaçlar gibi sosyodemografik ve hastalık durumu özelliklerine göre Yesavage GDS-15 ve Jenkins uyku ölçeklerinden aldıkları puanlar kıyaslandı.

Yaşlı bireylerdeki depresyon, uyku kalitesi gibi epidemiyolojik özellikleri inceleyen araştırmaların karşılaştığı çeşitli metodolojik zorluklar arasında çalışmalarda kullanılan yaşlılık tanımı, yaş sınırının net olmaması, yaşlı bireyin sorulan soruları ne kadar anlayabildiği gibi durumular önem arz etmektedir. Ayrıca, incelenen örneklemlerin farklı toplumsal gruplardan seçilmesi, klinik tanıya yönelik veya tarama amaçlı kullanılan değerlendirme yöntemlerinin çeşitlilik göstermesi de karşılaştırma yapmayı güçleştiren diğer faktörlerdir (114).

Küresel olarak yaşlı bireylerde depresyon analizi için Abdoli ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan meta-analizde yaşlı yetişkinlerde depresyon %28 oranında bulunduğu gibi, Hu ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı meta analiz sonucunda da yaşlı bireylerde depresyon oranı yaklaşık %28 olarak tespit edilmiştir (114, 115). DSÖ ise 2023 yılında dünya genelinde yaşlılarda depresyon oranını, toplumda yaşayan yaşlıların %10 ila %15'i arasında olarak tespit etmiştir (74). Çin'de yapılan bir meta analiz çalışmasına göre kentte yaşayanlarda yaşlılarda depresyon kırsalda yaşayan yaşlılara göre daha sık gözlenmekte ve bu durum daha çok gelişmiş ülkelerde gözlenmekteyken gelişmişte olan ülkelerde ise bu ilişki gözlenmemiştir

(117). Ayrıca 2021 yılında Zenebe ve arkadaşları tarafından yürütülen bir meta-analiz sonucuna göre; yaşlılarda depresyon yaygınlığı gelişmekte olan ülkelerde %40,78 olarak bulunmuş ve gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (118).

ABD'de Hustey ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma ile 70 yaş ve üzerindeki 267 yaşlı bireyle yapılan çalışma sonucunda depresyon prevalansının %16,5 olarak tespit edilmiştir (119). Chong ve arkadaşlarının Çin'de 65 yaş ve üzerindeki 1500 katılımcıyla gerçekleştirdikleri ve PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) ölçeğini ile yaptıkları çalışmalarında yaşlı bireylerde depresyon %15, majör depresyonun ise %6 oranında bulunmuştur (120). Lieberman ve meslektaşlarının 1999 yılında fizik tedavi ve rehabilitasyonu servisinde yatmakta olan geriatrik hastalarla yaptığı bir çalışmada depresyon oranını % 45 olarak tespit etmiştir (121). Cho ve arkadaşları 2021 yılında Myanmar'da 655 yaşlı ile yaptıkları çalışmaya sonucunda yaşlıların %35,5 'inde depresyon hastalığı olduğunu tespit etmişlerdir. (122). Almanya'da 2023 yılında Niemöller ve arkadaşları hastanede yatan 1092 geriatrik hasta ile yapılan bir çalışmada depresyon oranı %33 bulmuştur (123).

Ülkemizde Bekaroğlu ve arkadaşlarının 65 yaş ve üstü bireylerde yaptığı bir çalışmaya göre, depresyon hastalığının toplumdaki yaşlı bireylerde görülme sıklığı toplamda %35 (yaşlı erkeklerde için %33, yaşlı kadınlarda %37), bakımevi kurumda ikamet edenlerde %41 (yaşlı erkeklerde %40, yaşlı kadınlarda %42) ve evde yakınları veya yanlız yaşayanlarda %29 (yaşlı erkeklerde %24, yaşlı kadınlarda %33) olarak tespit edilmiştir(124). Dişçigil ve meslektaşlarının 2005 yılında 90 yaş ve üzerindeki yaşlı insanlarla yaptığı bir çalışmada, katılımcılardaki depresyon oranını %41 olarak belirlemiştir (125). 2008 yılında Çınar ve Kartal tarafından Denizli ili 4 No'lu Sağlık Ocağı bölgesine kayıtlı 126 yaşlı birey üzerinde gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgulara göre, katılımcıların %53,2'sinde kullanılan Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresif bozukluk tespit edilmiştir (126). Unsar ve arkadaşları 2010 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahiliye servisin yatan 100 yaşlı hasta ile yürütmüş oldukları çalışmada depresyon oranını %64 olduğunu belirtmişlerdir (127).

Bu çalışmada ise YGDS-15 ölçeğine göre depresyon yok puanı (0-4 puan) alanlar % 35, hafif düzeyde depresyon puanı (5-8 puan) alanlar % 40, orta düzeyde depresyon puanı (9-11 puan) alanlar % 16 iken ağır düzeyde depresyon puanı (12-15

puan) alanlar ise % 9 olarak belirlendi. Almieda ve arkadaşlarının 1999 yılında YGDS-15 için yaptığı analizler sonucunda 4/5 puanı kesme puanı (cut-off points) olarak belirlemiş ve bu kesme noktasına göre yaptığımız değerlendrimede; depresyon yok puanı (0-4 puan) alanlar % 35 iken depresyon var puanı (5-15 puan) alanlar yani çalışmamıza katılan yaşlı bireylerimizde depresyon varlığı % 65 olarak tespit edildi (128).

Yaşlı bireylerde depresyon bozukluğu tespiti için yapılan tüm çalışmalarda farklı sonuçların elde ediliyor olmasının sebebi; coğrafi, kültürel ve sosyodemografik özelliklerdeki farlılıklar ile çalışmanın yapılacağı örneklemin bulunduğu ortam (ev, bakımevi, hastanede vb) gibi değişkenlerden etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca tüm araştırmaların birbiriyle olan kıyaslamaların anlamlı olmamasının başka bir nedeni ise çalışmalarda kullanılan yaş grupları, ölçüm araçları veya tanı kriterleri gibi değişkenlerin farklı olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada depresyon varlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, literatürlede yer alan birçok çalışmada olduğu gibi depresyon varlığı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek oranda olduğu ve kadın katılımcılarda %67 iken erkek katılımcılar %62'i olarak bulundu. Licht-Strunk ve meslektaşlarının Hollanda'da 2005 yılında 5686 yaşlı katılımcı ile yaptığı araştırmada, çoğunluğunu kadınlarından oluşturduğu majör depresyon oranını %13.7 olarak tespit etmiştir (129). Yanardağ ve Şahin'in 2019 yılında Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki 404 yaşlı katılımcıyla yaptığı çalışmada ve Polat ve Geçici'nin 2020 yılında Osmaniye ilinde tüm ASM'lere kayıtlı 65 yaş ve üstü 519 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada depresyon durumu kadınlarda anlamlı yüksek çıkmıştır (130, 131).

Bu araştırma sonuçlarının hepsi göz önünde bulundurulduğunda kadın cinsiyetinde depresyon daha sık görülmesi esasında nörobiyolojik, duygusal, hormonal ve sosyokültürel faktörler gibi birçok etkenlerin kadınlarda erkeklerden farklı tezahür etmesinden dolayı olabilir. Bu yüzden kadın cinsiyetinde olmak, genç erişkinlikten geriatrik döneme kadar depresyon için bir risk faktörü olarak gözlemlenmektedir (132).

Bu çalışmada depresyon oranlarını 65-74 yaş için %55, 75-84 yaş için %74 ve 85 yaş ve üstü için ise %63 olarak tespit ettik. Çalışmamızda kulladığımız 75 yaş kesim noktası için belirlediğimizde depresyon oranları 75 yaş altı için %55 iken 75 yaş ve üzeri için ise %71 şeklinde tespit ettik. Licht-Strunk ve arkadaşları 2005 yılında Hollanda'da yaptığı araştırmada, yaş ilerlemesiyle depresyon görülme durumunun anlamlı bir şekilde daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (129). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınalan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Araştırması raporuna göre, 75 yaş ve üzerindeki yaşlı populasyonda depresyon görülme prevelansının arttığı belirtilmiştir (133). Keskinoğlu ve arkdaşları tarafından İzmir il merkezinde yapılan araştırmada, herne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasa da 80 yaş ve üzerindeki yaşlı katılımcılarda depresyon puanlarını daha yüksek tespit etmiştirler (134). Zubaroğlu ve Say tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada 65-74 yaş arasındaki yaşlı katılımcıların depresyon puan ortalamasının, 75 ve üzeri yaşlı katılımcıların depresyon puan ortalamasına mukayese edildiğinde daha düşük olduğu bulunmuştur (135).

Bu araştırmada, 75 yaş ve üzeri yaş grubunun depresyon sıklığı, 75 yaş altı yaş grubuna göre daha fazla olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuş ve diğer birçok çalışmaya uyumlu olarak yaşlı bireylerde yaş arttıkça depresyon oranlarında artış tespit edilmiştir. Bu durum yaş ilerledikçe yaşlı bireylerde fiziksel yetersizliğin artması, çevresel değişimlere uyum sağlamada zorlanma ve giderek daha fazla değer verdiği şey veya kişilerin kaybı gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Yaşlılarda medeni durumun depresyon ile olan ilişkisini araştıran birçok çalışmada olduğu gibi yaptığımız çalımada da %69 ile bekar ve dul olma durumunun depresyon görülme sıklığı evli olma durumuna göre yülsek bulunmuştur. Karpha ve arkadaşlarının Doğu Hindistan'da 2022 yılında yaptığı çalışmada bekar ve dul olanların depresyon puan ortalamaları evli olan yaşlılara kıyasla daha yüksek olduğu tespi edilmiştir (136). Idris ve Hasri'nin Endonezya'nın kentsel bölgelerindeki 28.570 yaşlıyla yaptıkları geniş çaplı bir araştırmada dul veya bekar yaşlı katılımcılarda depresyon yaşama ihtimali evli yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur (137). Özen ve Çınar 2008 yılında Denizli il merkez 4 No'lu Sağlık Ocağına kayıtlı 1100 tane 65 yaş ve üstü yaşlı bireyle yaptığı çalışmada dul ve bekar olan

katılımcılarda depresyon düzeyinin, evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit etmişleridir (138).

Bu araştırma ile literatürde dul ve bekar yaşlı bireyler arsında depresif bozukluğun daha fazla görülmesi durumu esasen evli olma halinin, destek ve paylaşım açısından depresyondan koruyucu bir rol oynadığı şeklinde ifade edilebilir. Yaş ilerledikçe fiziksel kısıtlamaların ve ortaya çıkan kronik hastalıkların artmasıyla birlikte kişi bağımlı hale gelebilir. Bu gibi olumsuz durumlarda dul ve bekar yaşlı bireyler en çok eşinden destek beklediğinden dolayı eşlerden birinin ölümü durumunda geride kalan eş için sosyal yaşam şartları daralabilir ve bu ise depresyona yatkınlık oluşturabilir.

Yapılan bu çalışmada okuryazar olmayanlarda depreyon durumu %72 iken okuryazar olan yaşlı katılımcılarda bu oran %61 olarak tepit edildi. Karpha ve meslektaşalrının 2022 yılında yaptıkları çalışmada, ileri seviye eğitime sahip olmanın depresyon varlığını 0,168 kat azalttığını bularak eğitimli olma durumu ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (136). Hatay Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisinde 2019 yılında Kaya tarafından 150 yaşlı katılımcıyla yapılan çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça katılımcılar arasında ortalama depresyon puanlarının arttığını bulmuştur (139).

Bu durum eğitim almış olmanın bireylerin sosyal ilişkilerini geliştirme ve özgüvenli bir şekilde kendini ifade edebilme becerisi kazanmasına yardımcı olduğu gibi iletişim becerilerinin güçlenmesini sağlayarak, ruh sağlığı açısından iyilik hali oluşmasına yardımcı olabilir.

Yapılan bu çalışmada ekonomik durumu düşük olanların depresyon durumu %84 iken ekonomik durumu yüksek olanların %59 olarak bulundu ve istaktiksel olarak da anlamlı olarak değerlendirildi. Idris ve Hasri'nin 2023 yılında Endonezya'da yaşayan yaşlılarla yaptıkları araştırmada katılımcılarda ekonomik durumu düşük olanların arasında depresyon sıklığını yüksek tespit etmiştir (137). Yıldız ve meslektaşlarının 2023 yılında Ağrı il merkezinde yaşayan 319 yaşlı ile yaptıkları çalışmada ekonomik duırumu düşük olan katılımcılarda depresyon puan ortalamalarını ekonomik durumu yüksek olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (140).

Maddi imkanların kısıtlı olması durumu bireyin temel ihtiyaçlarını karşılama, sosyal ilişkilerini sürdürme ve geleceğe yönelik planlar yapma gibi yaşamsal alanlarda ciddi kısıtlamalara yol açarak bireyin benlik saygısının azalmasının yanında umutsuzluk ve sosyal izolasyon gibi psikososyal mekanizmalar yoluyla depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Katımlıcıların kiminle yaşadığına göre yaptığımız değerlendirmede, eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanlar (n=84) için depresyon görülme durumu %67 iken diğer (yalnız/akraba yanında/bakımevi) için bu oran %57 olarak değerlendirildi. Literatür taraması yapdığımızda temelde ailesi ile yaşayanların depresyon oranın düşük olması gözlemlenirken bu çalışmada yüksek çıkmasının sebebi için; çalışmamızdaki katılımcı sayısının nisbeten düşük (n=105) olması ve diğer (yalnız/akraba yanında/bakımevi) durumundakilerin katılımcılardan birkaçının bile farklı cevap vermesi yüzdeliği değiştirebileceği dikkate alınmalıdır. Ancak bu durum, aileyle yaşamanın getirdiği ek sorumlulukların oluşturduğu stres yükü, kuşaklar arası çatışmalar veya aile içi ilişki kalitesinin düşük olması gibi faktörlerle açıklanabilir. Maier ve arkadaşlarının 2021 yılında yapış oldukları bir sistematik derlemede yaşlı bireylerde depresyon için koruyucu etkenler arasında aile desteğinin önemli yer tuttuğunu ortaya koymuşlardır (141). Šare ve arkadaşlarının 2021 yılında Hırvatistan'ın Zadar ilinde 150 kontrol grubu içeren toplamda 300 yaşlıyla yaptığı bir çalımada huzurevinde kalanlarda depresyon oranını daha yüksek tespit etmişlerdir. (142). Aylaz ve Yıldırım tarafından 2021 yılında Şırnak'ta yapılan bir çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan yaşlı katılımcılarda depresyon görülme oranının daha düşük bulunmuştur (143). Bilecik Huzurevinde kalan 33 yaşlı bireyle Yılmaz'ın 2018 'de yaptığı çalışmada katılımcılardan %70'inin depresyon belirtisi gösterdiğini bulmuştur (144).

Yaşlı bireylere ailenin sağladığı sevgi, ilgi ve pratik yardımlar yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere uyum sağlayarak bu süreci daha kolay kabullenmesine ve yalnızlık hissinden uzaklaşmasına yardımcı olur. Ancak aile bağları zayıf olan ya da yalnız yaşayan yaşlılar zamanla kendilerini daha çaresiz ve mutsuz hissedebileceğinden dolayı bu durum depresyon gibi ruhsal problemlere yol açabilir.

Bu çalışmada tam ve yarı bağımlı yaşlılarda buluğumuz depresyon oranı %70 iken tam bağımsız yaşlılarda bu oran %61'di. Bezerra ve arkadaşlarının 2020 yılında

Brezilya'nın kuzeydoğusundaki Ceará eyaletindeki 10 adet uzun süreli bakımın yapıldığı merkezde 237 yatağa bağımlı hastayla yaptıkları çalışmada major depresyon sıklığını %45 olarak bulmuşlardır (145). Maier ve arkadaşlarının 2021 yılında yapış oldukları bir meta analizde yaşlı bireylerde depresyon sıklığı tam bağımlı olan yaşlılarda yüksek bulunmuştur (141). Denizli'de 2020 yılında İmren tarafından yapılan bir çalışmada depresyon için günlük faliyetlerde dış desteğe bağımlı olmak risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (146).

Yaşlılık veya hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel bağımsızlıktaki ciddi azalma, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ile öz bakım becerilerini yerine getirememesinin yanında başkalarına bağımlı hale gelmesinden dolayı yaşlı bireylerde derin bir çaresizlik ve yetersizlik duygusuna yol açabilmektedir. Bu durum, özellikle yeterli sosyal destek alamayan yaşlılarda yalnızlık hissini pekiştirerek depresyona neden olabilmektedir.

Yapılan bu araştırmada, yaşlı katılımcılardan bilinen bir kronik hastalık yaşadıklarını beyan edenlerde depresyon oranı %66 olarak ve sürekli ilaç kullandığını beyan edenlerde depresyon oranı %67 şeklinde bulundu. Tinnirello ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları bir sistematik derlemede yaşlı bireylerde depresyon için kronik haslık varlığı önemli bir risk faktörü olarak görülmüştür (147) Palteki ve meslektaşlarının 2021 yılında İstanbul'da bir bakım evinde yaşayan 107 yaşlı katılımcıyla yaptığı bir çalışmada depresyon puan ortalamaları kronik hastalığı olan katılımcılarda kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek tespit etmişlerdir (148). Karpha ve meslektaşlarının 2022 yılında Doğu Hindistan'da 305 katılımcıyla yaptığı çalışmada düzenli insülin tedavisi alması gereken diyabet hastaları arasında depresyon sıklığını anlamlı yüksek bulmuş ve düzenli insülin kullanmanın depresyon riskini 3,5 kat artırdığı bulmuştur (136).

Yaşlı bireyde gözlemlenen kronik hastalıkların yol açtığı fizyolojik bozukluklar ve sürekli ağrılar, yaşlı bireylerde fiziksel yeteneklerin giderek azalmasına neden olmakta ve ilaç dahi olsa bir maddeye sürekli ihtiyaç duymak bireylerde yetersizlik duygusunu tetiklemektedir. Kendi ihtiyaçlarını karşılayamama ve devamlı ilaç alma durumu, bireylerde çaresizlik ve umutsuzluk gibi olumsuz duyguların

gelişmesine zemin hazırlandığından dolayı zamanla depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcılara sorulan "Ruhsal bir hastalığınız var mı?" sorusuyla depresyon varlığı analizinde soruya evet yanıtını veren 14 yaşlıda depresyon görülme durumu %86(12) ve soruya hayır yanıtını veren 91 yaşlıda depresyon görülme durumu %62(56) olarak bulundu. Görüleceği gibi ruhsal bir hastalığının olmadığını beyan eden yaşlı katılımcılar tüm yaşlılar içinde %87 gibi oldukça yüksek oranda olması yaşlıda düzenli ruhsal durumun değerlendirmesinin önemi ortaya koymaktadır. İçe kapanma, enerji kaybı, uyku ve iştah düzensizlikleri gibi ruhsal bir hastalıkların da belirtileri olabilecek durumlar yaşla ilişkilendirilip "yaşlılık hali" olarak yorumlayarak bu durum kanıksanabiliniyor.

Yapılan bu araştırmada uyku bozukluğu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen literatürle yeralan birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da ağır uyku bozukluğunun kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla oranda olduğunu ve çalışmamızda kadın katılımcılarda %82 iken erkek katılımcılar %76 olarak tespit ettik. Sagayadevan ve arkadaşlarının 2017 yılında Singapur'da 2565 yaşlıyla yaptıkları çalışmada kadın cinsiyette uyku bozukluğunu erkek cinsiyete göore daha yüksek bulmuşlardır (149). Fidancı ve İşcan'ın Ankara'da Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 361 yaşlı ile yaptığı çalışmada ve ayrıca Burdur ilinde Yanardağ ve Şahin'in 404 yaşlı ile yaptığı çalışmada kadın olmak uyku bozukluğu için risk faktörü olarak değerledirmişlerdir (150,131).

Uyku bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesinin temel nedeni olarak menstrüel döngü, gebelik ve menopoz gibi fizyolojik süreçlerde ortay çıkan östrojen ve progesteron hormonlarındaki dalgalanmaların yanında kadınlarda daha yaygın olan anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörler olabilir.

Yapılan bu çalışmada ağır uyku bozukluğu oranlarını 65-74 yaş için %75, 75-84 yaş için %83 ve 85 yaş ve üstü için ise %79 olarak tespit ettik. Ayrıca çalışmamızda kulladığımız 75 yaş kesim noktası olarak belirlediğimizde ağır uyku bozukluğu oranlarını 75 yaş altı için %75 ile 75 yaş ve üzeri için ise %82 şeklinde tespit ettik. Chen ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada yaşlılarda yaş ileridikçe uyku kalitesinin bozulduğunu bulmuşlardır (151). Aslan, C. Samsun'da 2017 yılında yaptığı

150 yaşlıyla yaptığı çalışmada yaşlanma sürecini uyku bozukluğu için risk faktörü olarak değerlendirmiştir (152).

Yaşlanma sürecinde uyku bozukluklarının görülme sıklığı artış göstermesinin temel nedenleri arasında; fizyolojik değişiklikler ve kronik hastalıklarda artış, uyku yapısının değişmesi ve zaman içinde artan ruhsal hassiyet ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada medeni durumun uyku bozukluğu ile olan ilişkisini analiz ettiğimizde ağır uyku bozukluğu evli olanlarda %86 iken bekar ve dul olma durumunun ağır uyku bozukluğu görülme sıklığı %71 olarak bulunmuştur. Wang ve Zeng 2023 yılında Çin'de yaptıkları çalışmada evli olan katılımcıların bekar ve dul olanlara göre daha iyi uyku kalitesine sahip olup uyku bozukluğunun daha az görüldüğünü belirtmişlerdir (153). Yaşlı bireylerin evli olanların daha az uyku bozunluğundan muzdarip olması farklı çalışmalarlada gösterilmişken bizim yaptığımız çalışmada tam tersi bir sonucun çıkması çeşitli psikososyal ve fizyolojik faktörlerle açıklanabilir. Öncelikle, ortak uyku ortamının rahatsız edici olması (örneğin horlama, hareketlilik), eşler arası çatışmalar veya bakım yükümlülüğü sorumluluklarının artması uyku kalitesini bozabilir. Bu yüzden evlilik durumu ve uyku bozukluğu arasındaki ilişkinin eşin durumu, bireysel sağlık koşulları ve yaşam koşulları gibi değişkenlerle daha detaylı incelenmesi daha doğru sonuca ulaştırabilir.

Bu çalışmada okuryazar olmayanlarda ağır uyku bozukluğu durumu %86 iken okuryazar olan yaşlı katılımcılarda bu oran %75 olarak tepit edildi. Carvalho ve arkadaşları Portekiz'de 126 yaşlı ile 2023 yılında yaptıkları çalışmada eğitim düşük durumu olanlarda uyku bozukluğunun fazla görüldüğünü belitmişlerdir (154). Çalışmamızda düşük eğitim düzeyi ile ağır uyku bozukluğu arasındaki ilişkinin nedeni; düşük sağlık okuryazarlığı, stresli çalışma koşulları kaynaklı kötü uyku hijyeni alışkanlıkları gibi birçok farklı faktör kaynaklı olabilir.

Yapılan bu çalışmada ekonomik durumu düşük olanların ağır uyku bozukluğu durumu %76 iken ekonomik durumu yüksek olanların %80 olarak bulundu. Puto ve arkadaşlarının Polonya'da 2023 yılında 342 yaşlı ile yaptıkları araştırmada ekonomik durumu düşük olanlarda ağır uyku bozukuluğu görülme durumunun daha sık olduğunu tespit etmişlerdir (155). Beklenenin aksine bir sonuç olarak çalışmamızda ekonomik durumu düşük olan bireylerde uyku kalitesinin daha yüksek çıkmasının sebebi; yüksek

gelir grubundaki bireylerin yoğun iş temposuyla daha fazla kazanma hırsı ve artan sorumluluklar gibi faktörlerle açıklanabilir. Buna karşılık, düşük gelirli bireylerde daha düzenli yaşam ritmi, daha az teknoloji kullanımı ve sahip olduğuna şükredip daha fazla kanaat duygusuna sahip olma gibi faktörlerin uyku kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada katımlıcıların kiminle yaşadığına göre yaptığımız değerlendirmede, eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanlar için ağır uyku bozukluğu görülme durumu %85 iken diğer (yalnız/akraba yanında/bakımevi) için bu oran %57 olarak değerlendirildi ve yapılan istatiksel analizde anlamlı olarak bulundu. Chu ve meslektaşlarının Güney Kore'de 2022 yılında 4756 yaşlı katılımcıyl yaptıkları çalışmada eşi veya çocuklarıyla yaşayan yaşılarda ağır uyku bozukluğunu daha düşük bulmuşlardır (156).

Bu çalışmada eşi veya çocuklarıyla yaşayan bireylerin uyku kalitesinin diğer yaşam gruplarına göre daha düşük çıkması, ailevi sorumluluklar ve yaşam dinamikleriyle açıklanabilir. Aile ile birlikte yaşamanın getirdiği gece boyu süren bakım yükümlülükleri (özellikle küçük çocuk veya hasta eş bakımı), eşler arası uyku düzeni uyumsuzlukları ve artan gürültü faktörleri uyku bölünmelerine neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, aile içi çatışmalar ve günlük yaşam stresörlerinin daha yoğun yaşanması da uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir. Diğer taraftan, yalnız yaşayan bireylerin uyku rutinlerini daha kolay kontrol edebilmeleri ve akraba/bakımevinde yaşayanlarda ise belirli bir düzenin hakim olması, bu grupların uyku kalitesini görece iyileştirmiş olabilir. Bu bulgular, sosyal destek ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin her zaman doğrusal olmayabileceğini, aksine yaşam koşullarına bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini gösterebilir.

Yapılan bu araştırmada tam ve yarı bağımlı yaşlılarda buluğumuz ağır uyku bozukluğu oranı %75 iken tam bağımsız yaşlılarda bu oran %82'di. Puto ve meslektaşlarının 2025 yılında 219 kadın, 123 erkek toplamda 226 kişi yaşlı katılımcıyla Polonya'da yaptığı çalışmada tam ve yarı bağımlı yaşlılarda uyku kalitesinin tam bağımsız yaşlılara oranla daha kötü olduğunu bulunmuştur (157) Bu sonuç genel anlamda literatürle uyumludur. Bizim çalışmamızda tam tersi sonuç çıokmasının nedeni; fiziksel bağımlı yaşlıların düzenli bakım alması, rutin bir yaşam

sürmesi, sosyal destek mekanizmalarına daha fazla erişimi, uyku sorunlarını hemen değerlendirilme imkanı bulmaları gibi faktörler etkili olabilir. kısmen hafifletiyor olabilir. Bu bulgular, yaşlılıkta uyku sağlığının yalnızca fiziksel bağımlılık durumuyla değil, birçok karmaşık faktörlede ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yaşlılık döneminde sıkça karşılaşılan fizyolojik dengesizlikler ve kronik hastalıklar nedenli sürekli muzdarip olunan ağrı, hazımsızlık, denge bozukluğu gibi durumlar yaşlıyı günlük hayatında da kısıtlayan problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum ise yaşlı bireylerde sürekli olarak ilaç veya başka maddelere kullanmasını gerektirdiğinden dolayı yaşlının uyku kalitesini ister istemez etkiler. Çalışmamızda gözlemlediğimiz bu durum Wang ve arkadaşlarının 2022 yılında Çin'de 7025 katılımcıyla yaptıkları çalışmayla tespit edilmiştir (158).

Çalışmaya katılan yaşlılara sorulan "Uyku problemi yaşıyor msunuz?" sorusu ile ağır uyku bozukluğu varlığı birlikte değerlendirildiğinde, soruya evet yanıtını veren 36 yaşlıda ağır uyku bozukluğunun görülme sıklığı %89(32) ve soruya hayır yanıtını veren 69 yaşlıda ağır uyku bozukluğu görülme durumu %74(51) olarak bulundu. Bu sonuçlar, yaşlı bireylerin uyku sorunlarını fark etme veya ifade etme konusunda zorluk yaşayabileceğini göstermektedir. Özellikle hayır yanıtı veren grupta yüksek oranda uyku bozukluğu görülmesi, yaşlıların uyku kalitesindeki bozulmayı "normal bir yaşlanma süreci" olarak algılayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, bilişsel işlevlerdeki zayıflama veya depresyon gibi faktörler, bireylerin kendi uyku problemlerini değerlendirme yetisini etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada kullanılan YGDS ile JSS arasındaki kolerasyon analizinde ölçekler arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit ettik. Bu analizinden sonra neden-sonuç ilişkisi için yaptığımız depresyon durumunun uyku kalitesi üzerinde etkisini götermek için yaptığımız regresyon analizinde; YGDS-15 toplam puanındaki artma anlamlı bir şekilde JSS toplam puanında artışa sebep olabileceği sonucu elde edildi. Ayrıca tam tersi olarak uyku kalitesinin depresyon üzerinde ki etkisini gösteren regresyon analizinde JSS toplam puanındaki artma anlamlı bir şekilde YGDS-15 toplam puanında artışa sebep olabileceği sonucuna varıldı. Irwin ve arkadaşalarının 2023 yılında Amerika'da 160 yaşlıyla yaptığı

çalışmada uyku bozukluğunun depresyona neden olabileceğinin yanında depresyonunda uyku bozukluğuna neden olabileceğini tespit etmişlerdir (159).

Geriatri servisinde yatan yaşlı hastalarda depresyon ve uyku kalitesinin incelendiği bu çalışmanın başlıca kısıtlılıkları arasında; tek merkezli olması nedeniyle örneklemin sınırlı kalması, hastane ortamının uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, gerek sürekli kullandığı gerekse hastanede order edilen ilaçların hastanın anlık algıladığı duygusal ve bilişsel durumunu etkileyebilme ihtimali ve hastaya okunarak yapılmaya çalışılan ölçümlerin büyük ölçüde hasta beyanına dayanması yer almaktadır. Ayrıca ağır depresyonlu hastalarda veri toplamanın pratik güçlükleri de çalışmanın diğer önemli sınırlılıkları olarak tespit edildi.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerde depresyon ve uyku kaliteisinin birçok değişken tarafından farklı oranlarda etkilendiğini tespit edildi. Yaşlılarda depresyon ile uyku bozukluğunun birlikte bulunabilmesinin yanında birbirlerini de pozitif yönde etkileyebildikleri sonucuna ulaşıldı. Sorulan sorulara yaşlı bireylerin ruhsal hastalığının olmadığını beyan etmesine rağmen YGDS ölçeğinde depresyon %62 çıkması ve ayrıca uyku bozukluğu yaşamadığını söyleyen yaşlılarda JSS ölçeğinde ağır uyku bozukluğunun %74 çıkması gerçeği, yaşlı bireylerin fiziksel muanesi yapılırken ruhsal vb. durumlarının değerlendirilmesinde daha dikkatli olunması gerektiğini ortaya koyuyor.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız 01 Ocak 2025 ile 31 Mart 2025 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Geriatri ve Genel dahiliye servislerinde yatan, katılımcı olmaya gönüllü 65 yaş ve üstü 105 yaşlı hasta ile yüzüyüze görüşülerek gerçeklerştirildi. Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Jenkins Uyku Ölçeği'ne verdikleri cevaplara göre değerlendirme yapılmış ve aşağıdaki veriler elde edilmiştir;

1. Çalışmaya katılan yaşlıların çoğunun 75-84 yaş aralığında yer aldığı bulundu.
2. Yaşlı katılımcıların çoğunun okuryazar olduğu, genelde orta düzeyde ekonomik düzeye sahip oldukları ve % 53,3'nün eşi ile yaşadığı görüldü.
3. Katılımcılarda depresyon varlığı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek oranda ve %67 olarak bulundu.
4. Çalışmaya dahil olan yaşlılarda yaş ilerledikçe, eğitim seviyesi düştükçe, ekonomik durum arttıkça depresyon sıklığının arttığı bulundu.
5. Yaptığımız çalışmada dul veya bekar yaşlı bireyler arasında depresif bozukluğun evli olanlara nazaran daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşıldı.
6. Çalışmamıza katılan yaşlılar arasında yaptığımız değerlendirmede, eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanlar için depresyon görülme durumunu %67 olarak ve diğer (yalnız/akraba yanında/bakımevi) yaşlılardan yüksek tespit ettik.
7. Çalışmamızda tam ve yarı bağımlı yaşlılarda buluğumuz depresyon oranı %70 iken tam bağımsız yaşlılarda bu oran %61'di.
8. Yaptığımız araştırmada, yaşlı katılımcılardan bilinen bir kronik hastalık yaşadıklarını beyan edenlerde depresyon oranı %66 olarak ve sürekli ilaç kullandığını beyan edenlerde depresyon oranı %67 şeklinde tespit edildi.
9. Katılımcılara sorulan "Ruhsal bir hastalığınız var mı?" sorusuna hayır yanıtını veren 91 yaşlıda depresyon görülme durumu %62 olarak bulundu.
10. Çalışmamızda ağır uyku bozukluğunun kadınlarda %82 olucak şekilde erkeklere nazaran daha fazla oranda olduğu sonucuna ulaşıldı.
11. Yaşlı katılımcılar arasında yaş ilerledikçe, eğitim durumu düşdükçe ve ekonomik durum arttıkça uyku bozukluklarının görülme sıklığı artış görüldü.

12. Yaptığımız çalışmada ağır uyku bozukluğu evli olanlarda %86 iken bekar veya dul olma durumunun görülme sıklığı %71 olarak tespit edilmiştir.
13. Katılımıclar arasında eşiyle veya çocuklarıyla yaşayanlar için ağır uyku bozukluğu görülme durumu %85 iken diğer (yalnız/akraba yanında/bakımevi) için bu oran %57 olarak tespit edildi.
14. Çalışmamızda tam ve yarı bağımlı yaşlılarda buluğumuz ağır uyku bozukluğu oranı %75 iken tam bağımsız yaşlılarda bu oran %82 şeklinde bulundu.
15. Çalışmaya katılan yaşlılara sorulan "Uyku problemi yaşıyor msunuz?" sorusuna hayır yanıtını veren 69 yaşlı katılımcıda ağır uyku bozukluğu görülme durumu %74 olarak bulundu.
16. Kullandığımız ölçekler arasında gerçekleştirdiğimiz korelasyon ve regresyon analizinde, YGDS-15 toplam puanındaki artışın anlamlı bir şekilde JSS toplam puanında artışa ve tam tersi olarak JSS toplam puanındaki artış anlamlı bir şekilde YGDS-15 toplam puanında artışa sebep olabileceği sonucuna varıldı.

Aile hekimliği sistemi, bireylerin yaşam boyu sağlık ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşımla karşılayıp hasta-hekim ilişkisini sürekli kılan yapısı sayesinde bireylerin sağlık geçmişini takip ederek daha doğru tanı ve tedavilere olanak tanıyan birincil basamak sağlık hizmetidir. Aile hekimleri takip ettikleri nüfusu fiziksel, psikososyal ve çevresel faktörlerle birlikte değerlendirerek kişiye özgü tedavi stratejileri geliştirebilmesi durumu, hastalık yönetiminden koruyucu sağlık hizmetlerine, aşı takibinden yaşlı ve çocuk sağlığına kadar geniş bir yelpazede sağlık sistemine katkıda bulunur. Bu yüzden yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesinde aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir.. Genellikle fiziksel sağlık sorunları nedeniyle doktora başvuran yaşlıların yaşadıkları duygusal sıkıntılar ve uyku problemleri gibi durumları aile hekimlerinin erken tanıma ve müdahale edilebilme imkanı sayesinde yaşlı bireylerin psikolojik destek ve sosyal hizmetlere erişiminde doğru yönlendirmeler sağlayıp, hastalarının ruhsal sağlığını önemli katkıda bulunabilir. Sonuç olarak birinci basamakta sunulan bu gibi hizmetler, yaşlıların yaşam kalitesinin korunmasının yanında hastaneye yatış oranlarının da azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Hill M, Třískala Z, Honců P, Krejčí M, Kajzar J, Bičíková M, Ondřejíková L, Jandová D, Sterzl I. Aging, hormones and receptors. Physiol Res. 2020;69(Suppl 2):S255-S272. https://doi.org/10.33549/physiolres.934523

2. Glück J. Wisdom and aging. Curr Opin Psychol. 2024;55:101742. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101742

3. Tessier AJ, Wang F, Korat AA, Eliassen AH, Chavarro J, Grodstein F, Li J, Liang L, Willett WC, Sun Q, Stampfer MJ, Hu FB, Guasch-Ferré M. Optimal dietary patterns for healthy aging. Nat Med. 2025;31(5):1644-1652. https://doi.org/10.1038/s41591-025-03570-5

4. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, Del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Semergen. 2021;47(2):114-121. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.009

5. Sirigu S, Tomas JM, Enrique S, Georgieva S, Sancho P. Un modelo de panel de las relaciones entre soledad y depresión en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2025;60(3):101572. https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101572

6. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. Sleep in Normal Aging. Sleep Med Clin. 2022;17(2):161-171. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.02.007

7. Berkley AS. Sleep, Aging, and Daily Functioning. Nurs Clin North Am. 2021;56(2):287-298. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.02.007

8. Subramanian S, Oughli HA, Gebara MA, Palanca BJA, Lenze EJ. Treatment-Resistant Late-Life Depression: A Review of Clinical Features, Neuropsychology, Neurobiology, and Treatment. Psychiatr Clin North Am. 2023;46(2):371-389. https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.02.008

9. Crouse JJ, Carpenter JS, Song YJC, Hockey SJ, Naismith SL, Grunstein RR, Scott EM, Merikangas KR, Scott J, Hickie IB. Circadian rhythm sleep-wake disturbances and depression in young people: implications for prevention and early intervention. Lancet Psychiatry. 2021;8(9):813-823. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00034-1

10. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. Hallmarks of aging: An expanding universe. Cell. 2023;186(2):243-278. https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.11.001

11. World Health Organization. Decade of healthy ageing: Baseline report. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

12. Luxton JJ, Bailey SM. Twins, Telomeres, and Aging-in Space! Plast Reconstr Surg. 2021;147(1S-2):7S-14S. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007616

13. de Magalhães JP. Distinguishing between driver and passenger mechanisms of aging. Nat Genet. 2024;56(2):204-211. https://doi.org/10.1038/s41588-023-01627-0

14. Chang Y, Zhou Y, Zhou J, Li W, Cao J, Jing Y, et al. Unraveling the causal genes and transcriptomic determinants of human telomere length. Nat Commun. 2023 Dec 21;14:8517. doi: 10.1038/s41467-023-44355-z.

15. Reimann M, Lee S, Schmitt CA. Cellular senescence: Neither irreversible nor reversible. J Exp Med. 2024 Apr 1;221(4):e20232136. doi: 10.1084/jem.20232136.

16. Zhou D, Sun Y, Dong C, Wang Z, Zhao J, Li Z, et al. Folic acid alleviated oxidative stress-induced telomere attrition and inhibited apoptosis of neurocytes in old rats. Eur J Nutr. 2024 Feb;63(1):291-302. doi: 10.1007/s00394-023-03266-x.

17. Cao X, Fang L, Jiang Y, Zeng T, Bai S, Li S, et al. Nanoscale octopus guiding telomere entanglement: An innovative strategy for inducing apoptosis in cancer cells. Biomaterials. 2025 Feb;313:122777. doi: 10.1016/j.biomaterials.2024.122777.

18. Graham MM, Touyz RM. Aging, Through Knowledge and Wisdom. Can J Cardiol. 2024;40(8):1375-6. doi: 10.1016/j.cjca.2024.06.013.

19. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

20. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2024 [Internet]. Ankara: TÜİK; 2024 [cited 2024]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Aktif-Yaslanma-Endeksi-2024-57937

21. OECD. Pensions at a glance: OECD and G20 indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2024]. Available from: https://www.oecd.org/pensions/oecd-pensions-at-a-glance-19991363.htm

22. Bölüktaş RP. Yaşlanma Teorileri ve Geriatrik Değerlendirme. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi; 2019.

23. Kuzu A, Aydın C, Yıldız M, Erik HE, Keskinkılıç HG, Aslan D, et al. Dünya sağlık örgütü Avrupa Bölgesi'nde yaşlanma ile ilgili seçilmiş bazı ölçütlerin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2019;28(1):17-27.

24. Rolison JJ, Freund AM. What is the psychology of aging? Curr Opin Psychol. 2024;58:101824. doi:10.1016/j.copsyc.2024.101824.

25. Melo Dos Santos LS, Trombetta-Lima M, Eggen B, Demaria M. Cellular senescence in brain aging and neurodegeneration. Ageing Res Rev. 2024;93:102141. doi:10.1016/j.arr.2023.102141.

26. Çubukcu AT, Çiçek A. Yaş Altmış İş Bitmemiş: Yaşlılık. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2023;7(2):491-503.

27. Charles ST, Carstensen LL. Social and Emotional Aging. Annu Rev Psychol. 2010;61:383-409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448.

28. Özütürker M. Yaşlı Ayrımcılığı. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021;17(35):3043-56.

29. Yeung SSY, Kwan M, Woo J. Healthy Diet for Healthy Aging. Nutrients. 2021;13(12):4310. doi:10.3390/nu13124310.

30. Türkiye Geriatri Derneği. Türkiye'de yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma politikaları raporu [Internet]. Ankara: Türkiye Geriatri Derneği; 2022 [cited 2024]. Available from: https://www.geriatri.org.tr/yayinlar/raporlar

31. da Silva PFL, Schumacher B. Principles of the Molecular and Cellular Mechanisms of Aging. J Invest Dermatol. 2021;141(4S):951-60. doi:10.1016/j.jid.2020.11.018.

32. Ladányi Z, Bálint T, Fábián A, et al. Non-invasive myocardial work as an independent predictor of postprocedural NT-proBNP in elderly patients undergoing transcatheter aortic valve replacement. Geroscience. 2025;47(3):3311-23. doi:10.1007/s11357-024-01302-0.

33. Wang T, Duan W, Jia X, et al. Associations of combined phenotypic ageing and genetic risk with incidence of chronic respiratory diseases in the UK Biobank: a prospective cohort study. Eur Respir J. 2024;63(2):2301720. doi:10.1183/13993003.01720-2023.

34. Sibbald RG, Ayello EA. Psychophysiology: Connecting Skin, Wounds, Aging, and Depression. Adv Skin Wound Care. 2021;34(8):399. doi:10.1097/01.ASW.0000758600.40793.89.

35. Sparrow EP, Swirsky LT, Kudus F, Spaniol J. Aging and altruism: A meta-analysis. Psychol Aging. 2021;36(1):49-56. doi:10.1037/pag0000447.

36. Zacher H. Enhancing the impact of psychological research on aging and adult lifespan development. Psychol Aging. 2025;40(1):1-5. doi:10.1037/pag0000874.

37. Lu S, Chui C, Lum T. Promoting Social Capital for Healthy Aging: Towards an Integrative Framework. Gerontologist. 2023;63(4):628-36. doi:10.1093/geront/gnac062.

38. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2015;70(4):593-6. doi:10.1093/geronb/gbv025.

39. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169.

40. Ungvari Z, Tarantini S, Donato AJ, Galvan V, Csiszar A. Mechanisms of vascular aging. Circ Res. 2018;123(7):849-67. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.311378.

41. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. Wien Med Wochenschr. 2022;172(5-6):109-13. doi:10.1007/s10354-021-00903-0.

42. Feng Z, Glinskaya E, Chen H, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. Lancet. 2020;396(10259):1362-72. doi:10.1016/S0140-6736(20)32136-X.

43. Coelho-Junior HJ, Calvani R, Picca A, Landi F, Marzetti E. The influence of ageism on the hallmarks of aging: Where age stigma and biology collide. Exp Gerontol. 2024;196:112575. doi:10.1016/j.exger.2024.112575.

44. Kolushev I, Punchik B, Digmi D, et al. Ageism, Aging Anxiety, and Death and Dying Anxiety Among Doctors and Nurses. Rejuvenation Res. 2021;24(5):366-74. doi:10.1089/rej.2020.2385.

45. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. Lancet. 2023;401(10380):951-66. doi:10.1016/S0140-6736(22)02612-5.

46. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc. 2021;69(1):22-9. doi:10.1111/jgs.16866.

47. American Geriatrics Society. Updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(2):205-24. doi:10.1111/jgs.18372.

48. Astuti Y, Wardhana A, Watkins J. Smoking and its association with telomere length: A systematic review. Ageing Res Rev. 2023;84:101818. doi:10.1016/j.arr.2022.101818.

49. Aiello AE, Mishra AA, Martin CL, et al. Familial Loss of a Loved One and Biological Aging: NIMHD Social Epigenomics Program. JAMA Netw Open. 2024;7(7):e2421869. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.21869.

50. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, Del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Semergen. 2021;47(2):114-21. doi:10.1016/j.semerg.2020.09.009.

51. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.

52. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, et al. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55(5):272-8. doi:10.1016/j.regg.2020.05.005.

53. Anber T, Akar T, Altun F. Depresyon ve toplum ruh sağlığı. Turkey Health Literacy Journal. 2021;2(2):99-103. doi:10.54247/SOYD.2021.30.

54. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 8:4-9.

55. World Health Organization. Depression fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

56. Park SY. Sex-Specific Factors Associated with Suicidal Ideation among Patients with Cancer in Korea: A Population-Based Study. Asian Pac J Cancer Prev. 2024;25(11):3987-96. doi:10.31557/APJCP.2024.25.11.3987

57. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2022;22(1):63. doi:10.1186/s12888-021-03684-3

58. Santomauro DF, Whiteford HA, Ferrari AJ. Depression and anxiety during COVID-19 - Authors' reply. Lancet. 2022;399(10324):518-9. doi:10.1016/S0140-6736(21)02800-2

59. Türkiye Psikiyatri Derneği. 56. Ulusal Psikiyatri Kongresi konuşma özetleri [Internet]. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2020 [cited 2024]. Available from: https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/56.UPK_Konusma_Ozetleri.pdf

60. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 [Internet]. Ankara: TÜİK; 2023 [cited 2024]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=TurkiyeSaglik-Arastirmasi-2022-49747

61. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Sources of parent-offspring resemblance for major depression in a national Swedish extended adoption study. JAMA Psychiatry. 2021;78(2):194-201. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3648

62. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx) [Internet]. Seattle: IHME; 2023 [cited 2024]. Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

63. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2

64. Baños-Chaparro J. Exploring risk factors for depression: a network analysis. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2024;53(3):347-54. doi:10.1016/j.rcpeng.2024.10.006

65. Beck AT, Alford BA. Depression: Causes and treatment. 2nd ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.

66. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. Lancet. 2021;397(10277):914-27. doi:10.1016/S0140-6736(21)00359-7

67. Sarno E, Moeser AJ, Robison AJ. Neuroimmunology of depression. Adv Pharmacol. 2021;91:259-92. doi:10.1016/bs.apha.2021.03.004

68. Kim JW, Suzuki K, Kavalali ET, Monteggia LM. Ketamine: Mechanisms and Relevance to Treatment of Depression. Annu Rev Med. 2024;75:129-43. doi:10.1146/annurev-med-051322-120608

69. Anderson G. Depression Pathophysiology: Astrocyte Mitochondrial Melatonergic Pathway as Crucial Hub. Int J Mol Sci. 2022;24(1):350. doi:10.3390/ijms24010350

70. Zanos P, Brown KA, Georgiou P, et al. NMDA Receptor Activation-Dependent Antidepressant-Relevant Behavioral and Synaptic Actions of Ketamine. J Neurosci. 2023;43(6):1038-50. doi:10.1523/JNEUROSCI.1316-22.2022

71. Alshaya DS. Physiological correlates of depression: A comprehensive review. J Affect Disord. 2022;300:102-15. doi:10.1016/j.jad.2021.10.045

72. Tan J, Ma C, Zhu C, et al. Prediction models for depression risk among older adults: systematic review and critical appraisal. Ageing Res Rev. 2023;83:101803. doi:10.1016/j.arr.2022.101803

73. Subramanian S, Oughli HA, Gebara MA, Palanca BJA, Lenze EJ. Treatment-Resistant Late-Life Depression: A Review of Clinical Features, Neuropsychology, Neurobiology, and Treatment. Psychiatr Clin North Am. 2023;46(2):371-89. doi:10.1016/j.psc.2023.02.008

74. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHS-22.1

75. Hu T, Zhao X, Wu M, et al. Prevalence of depression in older adults during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2023;320:175-84. doi:10.1016/j.jad.2022.09.057

76. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, et al. Depression among older adults in Europe: The EURODEP studies. World Psychiatry. 2022;21(1):143-53. doi:10.1002/wps.20938

77. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder in the United States. JAMA Psychiatry. 2021;78(1):48-55. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3762

78. Lei X, Sun X, Strauss J, Zhang P, Zhao Y. Depressive symptoms and SES among the mid-aged and elderly in China: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). J Affect Disord. 2022;310:477-83. doi:10.1016/j.jad.2022.05.044

79. Schweighart R, Klemmt M, Neuderth S, Teti A. Needs and Needs Communication of Nursing Home Residents with Depressive Symptoms: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):3678. doi:10.3390/ijerph19063678

80. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye ruh sağlığı profili raporu: Yaşlılık dönemi verileri [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2022 [cited 2024]. Available from: https://sbu.saglik.gov.tr

81. Türkiye İstatistik Kurumu. Yaşam memnuniyeti araştırması 2022 [Internet]. Ankara: TÜİK; 2023 [cited 2024]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Life-Satisfaction-Survey-2022-49678

82. Iovino P, Nolan A, De Maria M, et al. The influence of social support on self-care is mediated by self-efficacy and depression in chronic illness: key findings from the

'SODALITY' observational study. Aging Ment Health. 2023;27(4):820-8. doi:10.1080/13607863.2022.2056877

83. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. Psychother Psychosom. 2010;79(4):229-41. doi:10.1159/000313295

84. Anderson BM, Qasim M, Correa G, et al. Somatic Symptoms of Depression Lose Association with Mortality upon Adjustment for Frailty: Analysis from the Fitness Haemodialysis Cohort. Int J Nephrol. 2023;2023:4518843. doi:10.1155/2023/4518843

85. Bacigalupe A, Martín U, Triolo F, et al. Is the diagnosis and treatment of depression gender-biased? Evidence from a population-based aging cohort in Sweden. Int J Equity Health. 2024;23(1):252. doi:10.1186/s12939-024-02320-2

86. Rhee TG, Shim SR, Forester BP, et al. Efficacy and Safety of Ketamine vs Electroconvulsive Therapy Among Patients With Major Depressive Episode: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022;79(12):1162-72. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.3352

87. Zhu S, Kong X, Han F, et al. Association between social isolation and depression: Evidence from longitudinal and Mendelian randomization analyses. J Affect Disord. 2024;350:182-7. doi:10.1016/j.jad.2024.01.106

88. Baranwal N, Yu PK, Siegel NS. Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. Prog Cardiovasc Dis. 2023;77:59-69. doi:10.1016/j.pcad.2023.02.005

89. Holst SC, Landolt HP. Sleep-Wake Neurochemistry. Sleep Med Clin. 2022;17(2):151-60. doi:10.1016/j.jsmc.2022.03.002

90. Borbély A. The two-process model of sleep regulation: Beginnings and outlook. J Sleep Res. 2022;31(4):e13598. doi:10.1111/jsr.13598

91. Poza JJ, Pujol M, Ortega-Albás JJ, Romero O; Insomnia Study Group of the Spanish Sleep Society (SES). Melatonin in sleep disorders. Neurologia (Engl Ed). 2022;37(7):575-85. doi:10.1016/j.nrleng.2018.08.004.

92. Cardinali DP, Vigo DE, Olivar N, Vidal MF, Furio AM, Brusco LI. Therapeutic application of melatonin in mild cognitive impairment. Am J Neurodegener Dis. 2012;1(3):280-91.

93. Sun SY, Chen GH. Treatment of Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders. Curr Neuropharmacol. 2022;20(6):1022-34. doi:10.2174/1570159X19666210907122933.

94. McCarter SJ, Hagen PT, St Louis EK, Rieck TM, Haider CR, Holmes DR, et al. Physiological markers of sleep quality: A scoping review. Sleep Med Rev. 2022;64:101657. doi:10.1016/j.smrv.2022.101657.

95. Grandner MA, Fernandez FX. The translational neuroscience of sleep: A contextual framework. Science. 2021;374(6567):568-73. doi:10.1126/science.abj8188.

96. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: A review. J Clin Sleep Med. 2018;14(6):1017-24. doi:10.5664/jcsm.7172.

97. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. 2015;1(4):233-43. doi:10.1016/j.sleh.2015.10.004.

98. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. Nurs Forum. 2022;57(1):144-51. doi:10.1111/nuf.12659.

99. Chen TY, Hiyama A, Muramatsu M, Hinotsu A. The Effect of Lavender on Sleep Quality in Individuals Without Insomnia: A Systematic Review. Holist Nurs Pract. 2022;36(4):223-31. doi:10.1097/HNP.0000000000000528.

100. Ahmady F, Niknami M, Khalesi ZB. Quality of sleep in women with menopause and its related factors. Sleep Sci. 2022;15(Spec 1):209-14. doi:10.5935/1984-0063.20220021.

101. Tatineny P, Shafi F, Gohar A, Bhat A. Sleep in the Elderly. Mo Med. 2020;117(5):490-5.

102. Liao H, Liao S, Gao YJ, Mu JP, Wang X, Chen DS. Correlation between Sleep Time, Sleep Quality, and Emotional and Cognitive Function in the Elderly [retracted in: Biomed Res Int. 2023;2023:9843104]. Biomed Res Int. 2022;2022:9709536. doi:10.1155/2022/9709536.

103. Cheong MJ, Kim S, Kim JS, et al. A systematic literature review and meta-analysis of the clinical effects of aroma inhalation therapy on sleep problems. Medicine (Baltimore). 2021;100(9):e24652. doi:10.1097/MD.0000000000024652.

104. Jaqua EE, Hanna M, Labib W, Moore C, Matossian V. Common Sleep Disorders Affecting Older Adults. Perm J. 2023;27(1):122-32. doi:10.7812/TPP/22.114.

105. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17(1):37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4.

106. Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: A comparison with the 30-item form. J Geriatr Psychiatry Neurol. 1991;4(3):173-8. doi:10.1177/089198879100400310.

107. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. North Clin Istanb. 2018;5(3):216-20. doi:10.14744/nci.2017.85047.

108. Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ, Rose RM. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. J Clin Epidemiol. 1998;41(4):313-21. doi:10.1016/0895-4356(88)90138-5.

109. Lallukka T, Dregan A, Armstrong D. Comparison of a Sleep Item From the General Health Questionnaire-12 With the Jenkins Sleep Questionnaire as Measures of Sleep Disturbance. J Epidemiol. 2011;21(6):474-80. doi:10.2188/jea.JE20110023.

110. Duruöz MT, Çağrı Ü, Ulutatar F, Toprak CS, Gündüz OH. The validity and reliability of Turkish version of the Jenkins sleep evaluation scale in rheumatoid arthritis. Arch Rheumatol. 2018;33(2):160-7. doi:10.5606/ArchRheumatol.2018.6538.

111. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr. 2000;12(2):163-72. doi:10.1017/s1041610200006293.

112. Juhola J, Arokoski JPA, Ervasti J, et al. Internal consistency and factor structure of Jenkins Sleep Scale: cross-sectional cohort study among 80,000 adults. BMJ Open. 2021;11(1):e043276. doi:10.1136/bmjopen-2020-043276.

113. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(3):219-24.

114. Türk A, Işık A. Yaşlı bireylerin depresyon düzeyine etki eden faktörlerin incelenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi. 2023;13(4):2424-34. doi:10.1234/nhbvusbe.2023.13.4.2424.

115. Abdoli N, Salari N, Darvishi N, et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2022;132:1067-73. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.10.041.

116. Hu T, Zhao X, Wu M, et al. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2022;311:114511. doi:10.1016/j.psychres.2022.114511.

117. Purtle J, Nelson KL, Yang Y, et al. Urban-Rural Differences in Older Adult Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. Am J Prev Med. 2019;56(4):603-13. doi:10.1016/j.amepre.2018.11.008.

118. Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry. 2021;20:55. doi:10.1186/s12991-021-00375-x.

119. Hustey FM, Smith MD. A depression screen and intervention for older ED patients. Am J Emerg Med. 2007;25(2):133-7. doi:10.1016/j.ajem.2006.05.016.

120. Chong MY, Tsang HY, Chen CS, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001;178(1):29-35. doi:10.1192/bjp.178.1.29.

121. Lieberman D, Galinsky D, Fried V, et al. Geriatric Depression Screening Scale (GDS) in patients hospitalized for physical rehabilitation. Int J Geriatr Psychiatry. 1999;14(7):549-55. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199907)14:7<549::aid-gps960>3.0.co;2-4.

122. Cho SM, Saw YM, Saw TN, et al. Prevalence and risk factors of anxiety and depression among the community-dwelling elderly in Nay Pyi Taw Union Territory, Myanmar. Sci Rep. 2021;11:9763. doi:10.1038/s41598-021-88621-w.

123. Niemöller U, Arnold A, Stein T, et al. Comprehensive Geriatric Care in Older Hospitalized Patients with Depressive Symptoms. Geriatrics (Basel). 2023;8(2):37. doi:10.3390/geriatrics8020037.

124. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanriöver S, Kirpinar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand. 1991;84(2):174-8. doi:10.1111/j.1600-0447.1991.tb03126.x.

125. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, et al. Birinci Basamakta Geriyatrik Yaş Grubunda Depresyon. Turk J Geriatr. 2005;8(3):129-33.

126. Çınar İÖ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Prev Med Bull. 2008;7(5):399-404.

127. Unsar S, Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(1):6-10. doi:10.1016/j.archger.2008.12.011.

128. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry. 1999;14(10):858-65. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8.

129. Licht-Strunk E, van der Kooij KG, van Schaik DJ, et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20(11):1013-9. doi:10.1002/gps.1391.

130. Polat F, Karasu F. Yaşlı bireylerin algıladığı yalnızlık düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020;8(1):72-82. doi:10.33715/inonusaglik.70424.

131. Yanardağ ZM, Şahin SD. Yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine bir inceleme. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2019;30(1):37-55.

132. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. Lancet Psychiatry. 2016;3(10):973-82. doi:10.1016/S2215-0366(16)30284-X.

133. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: TCSB; 2023.

134. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, et al. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Derg. 2006;16(1):21-6.

135. Isik K, Başoğul C, Yildirim H. The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. Perspect Psychiatr Care. 2021;57(1):351-7. doi:10.1111/ppc.12572.

136. Karpha K, Biswas J, Nath S, et al. Factors affecting depression and anxiety in diabetic patients: A cross sectional study from a tertiary care hospital in Eastern India. Ann Med Surg (Lond). 2022;84:104945. doi:10.1016/j.amsu.2022.104945.

137. Idris H, Hasri SN. Factors associated with the symptom of depression among elderly in Indonesian urban areas. J Psikol. 2023;50(1):45-64. doi:10.22146/jpsi.72406.

138. Çınar İÖ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Prev Med Bull. 2008;7(5):399-404.

139. Kaya G. Total diz protezi olan yaşlı bireylerde uyku ve depresyon arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2019.

140. Yıldız M, Varol E, Elkoca A, et al. Determining the correlation between old age adaptation, aging in place and depression in older adults: A descriptive correlational study. Arch Psychiatr Nurs. 2023;43:153-61. doi:10.1016/j.apnu.2023.02.004.

141. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Luppa M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. PLoS One. 2021;16(5):e0251326. doi:10.1371/journal.pone.0251326.

142. Šare S, Ljubičić M, Gusar I, et al. Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. Healthcare (Basel). 2021;9(8):1035. doi:10.3390/healthcare9081035.

143. Aylaz R, Yıldırım H. Yaşlı Ruh Sağlığı Hastalıklarında Hemşirelik Yaklaşımları. In: Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2021. p. 201-4.

144. Yılmaz E. Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon ve benlik saygısı ilişkisi. Kalem Uluslararası Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi. 2018;8(2):553-78. doi:10.23863/kalem.2018.113.

145. Bezerra CB, Saintrain MVDL, Nobre MA, et al. Major depression and associated factors in institutionalized older adults. Psychol Health Med. 2020;25(8):909-16. doi:10.1080/13548506.2019.1710543.

146. İmren IG. Geriatrik hastalarda kırılganlık ile dermatolojik yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi [Uzmanlık tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2020.

147. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. Biomolecules. 2021;11(8):1256. doi:10.3390/biom11081256.

148. Palteki AS, Aykaç EF, Yükselen NH, et al. Yaşlı bakımevinde konaklayan yaşlılarda uyku kalitesi ve depresyon. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg. 2021;6(2):105-13. doi:10.35232/estudamhsd.875463.

149. Sagayadevan V, Abdin E, Binte Shafie S, et al. Prevalence and correlates of sleep problems among elderly Singaporeans. Psychogeriatrics. 2017;17(1):43-51. doi:10.1111/psyg.12190.

150. Fidancı İ, İşcan G. Aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılarda uyku kalitesinin, kronik hastalık ve ilaç kullanımı ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Derg. 2016;49(3):142-7.

151. Chen X, Wang R, Zee P, et al. Racial/ethnic differences in sleep disturbances: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). Sleep. 2015;38(6):877-88. doi:10.5665/sleep.4732.

152. Aslan C. Yaşlı popülasyonda düşme korkusu: Uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkisi [Uzmanlık tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2017.

153. Wang Z, Zeng Z. Association between personality characteristics and sleep quality among Chinese middle-aged and older adults: evidence from China family panel studies. BMC Public Health. 2023;23(1):2427. doi:10.1186/s12889-023-17352-6.

154. Carvalho KM, Figueiredo MDLF, Galindo Neto NM, et al. Comparison of the effectiveness of two educational interventions on sleep quality in older adults: a randomized clinical trial. Rev Esc Enferm USP. 2023;56:e20220326. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0326en.

155. Puto G, Cybulski M, Kędziora-Kornatowska K, et al. Sleep Quality in Older People: The Impact of Age, Professional Activity, Financial Situation, and Chronic Diseases During the SARS-CoV-2 Pandemic. Med Sci Monit. 2023;29:e941648. doi:10.12659/MSM.941648.

156. Chu HS, Oh J, Lee K. The Relationship between Living Arrangements and Sleep Quality in Older Adults: Gender Differences. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):3893. doi:10.3390/ijerph19073893.

157. Puto G, Kliś-Kalinowska A, Musiał A. Uzun süreli bakım tesisinde yaşayan yaşlı yetişkinlerde ağrı, uyku kalitesi ve bakıma bağımlılık arasındaki ilişki. BMC Geriatr. 2025;25:71. doi:10.1186/s12877-024-05665-z.

158. Wang Y, Jiang G, Hou N, et al. Effects and differences of sleep duration on the risk of new-onset chronic disease conditions in middle-aged and elderly populations. Eur J Intern Med. 2023;107:73-80. doi:10.1016/j.ejim.2022.11.005.

159. Irwin MR, Boyle CC, Cho JH, et al. Sleep and Healthy Aging Research on Depression (SHARE-D) randomized controlled trial: Protocol overview of an experimental model of depression with insomnia, inflammation, and affect mechanisms in older adults. Brain Behav Immun Health. 2023;28:100601. doi:10.1016/j.bbih.2023.100601

8. EKLER

EK-1. Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Konya Şehir Hastanesi Geriatri ve Genel Dahiliye Klinikleri tarafından yürütülen "Geriatri ve Genel Dahiliye Servislerinde Yatan Geriatri Hastalarının Depresyon Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu ankete dayalı bir tez çalışmasıdır.

Bu çalışmada Konya Şehir Hastanesi geriatri ve genel dahiliye kliniğinde yatan 65 yaş üstü bireylerin depresyon ve uyku kalitesi ölçmek hedeflenmiştir.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada size herhangi bir deneysel işlem ve tedavi yapılmayacaktır. Çalışma katılımcılar yönünden herhangi bir risk taşımamaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Anket uygumalası öncesi 12 soruluk sosyo-demografik form doldurulacaktır. Anket uygulamamız "Geriatrik Depresyon Skalası - Kısa Form (GDS-SF) Skalası" ve "Jenkins Uyku Skalası" içermektedir. Toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 15 dakikadır. Katılımcı sayısının en az 67 kişiden oluşması planlanmaktadır. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ya da paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz kayıt edilmeyecektir.

Eğer anlamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlere çekinmeden danışabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yardımcı Araştırmacı; Asist. Dr. Ferit TEKİN
İmza:
Tarih:

"Bilgilendirilmiş gönüllülük ve onay formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmaya kabul ediyorum."

Gönüllünün Adı SOYADI:
İmza:
Tarih:

Ayrıntılı bilgi ve sorularınız için: Asist. Dr. Ferit TEKİN

EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

1. **Ad Soyad:…… Tarih:**
2. **Cinsiyet:** E ( ) K ( )
3. **Yaş:** 65-74 ( ) 75-84 ( ) 85 ve üstü ( )
4. **Medeni durumunuz nedir?**
   -Evli ( ) -Bekar ( ) -Dul ( )
5. **Eğitim durumunuz nedir?**
   -Okuryazar değil ( ) -İlkokul ( ) -Ortaokul ( ) -Lise ( ) -Üniversite ( )
6. **Ekonomik durumunuz nasıl?**
   -Düşük ( ) -Orta ( ) -Yüksek ( )
7. **Kiminle yaşıyorsunuz?**
   -Yalnız ( ) -Eşi ( ) -Çocukları ( ) -Akraba ( ) -Bakımevi ( )
8. **Fiziksel bağımlılık düzeyi?**
   -Tam bağımlı ( ) -Yarı bağımlı ( ) -Tam bağımsız ( )
9. **Ruhsal hastalığınız var mı?**
   -Evet ( )…….
   -Hayır ( )
10. **Uyku problemi yaşıyor musunuz?**
    -Evet ( ) -Hayır ( )
11. **Bilinen bir hastalığınız var mı?**
    -Evet ( )…….
    -Hayır ( )
12. **Sürekli kullandığınız ilaç var mı?**
    -Evet ( ) ……..
    -Hayır ( )

EK-3. Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form (GDS-SF)

Lütfen yaşamınızın son 7 gün boyunca kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıda verilen soruları sizin için uygun olan "EVET" veya "HAYIR" cevabını işaretleyerek yanıtlayınız.

		EVET	HAYIR
1	Yaşamınızdan temel olarak memnun musunuz?		
2	Şahsi etkinlik ve ilgi duyduğunuz alanların çoğundan uzaklaştınız mı?		
3	Yaşamınızın boş ve anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?		
4	Genelde canınız sıkılır mı?		
5	Çoğu zaman keyfiniz yerinde olur mu?		
6	Sizin başınıza kötü bir şey olacağından korkuyor musunuz?		
7	Genel olarak kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
8	Sık sık kendinizi çaresiz ve yardıma muhtaç hissediyor musunuz?		
9	Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?		
10	Çoğu kişiden daha zayıf hafızaya sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
11	Şu anda hayatta olmak siz mutlu ediyor mu?		
12	Bu aralar kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?		
13	Kendinizi enerji dolu olarak hissediyor musunuz?		
14	Bulunduğunuz durumu ümitsiz olarak değerlendiriyor musunuz?		
15	Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		

EK-4. Jenkins Uyku Ölçeği (JSS)

4 maddeden oluşan bu ölçek hastaların son 4 hafta süresince yaşadığı uyku problemleri sorgulayan bir ölçektir.

0 (Hemen hemen hiç**) 1 (**1-3 Gün**) 2 (**4-7 Gün**) 3 (**8-14 Gün**) 4 (**15-21 Gün**) 5 (**22-31 Gün**)**

		0	1	2	3	4	5
1	Uykuya dalmakta zorluk çektiğiniz oldu mu?						
2	Gece birden fazla kez uyandığınız oldu mu?						
3	Uykuda kalmakta sorun yaşadığınız oldu mu? (çok erken uyanmak dahil)						
4	Normal sürede uyku uyuduktan sonra yorgun ve yıpranmış hissederek uyandınız mı?						