T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE KIRILGANLIK VE GERİATRİK DEPRESYONUN AİLE FONKSİYONELLİĞİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Cemal KAYGISIZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2025

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Cemal KAYGISIZ	**Sınav tarihi:** 25/06/2025
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR-01/02/2024	
Tezin Konusu ve Başlığı : 65 Yaş Üstü Bireylerde Kırılganlık Ve Geriatrik Depresyonun Aile Fonksiyonelliği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi **Belirlenme Tarihi** : 01/02/2024	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç.Dr. Mustafa BAYRAKTAR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iv**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
ÖZET ..... **ix**
ABSTRACT ..... **xi**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Yaşlılık 3
2.1.1. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler 4
2.1.2. Dünyada Yaşlı Nüfus 5
2.1.3. Türkiye'de Yaşlı Nüfus 6
2.2. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü 8
2.2.1. Aile Kavramı 10
2.2.2. Aile Kurumunun İşlevleri 11
2.2.3. Ailenin Sağlığa Etkisi 12
2.2.4. Aile APGAR'ı 13
2.3. Kırılganlık Kavramı 14
2.3.1. Geriatri ve Kırılganlık 17
2.3.2. Kırılganlık Tipleri 18
2.3.3. Kırılganlık Risk Faktörleri 19
2.4. Depresyon 20
2.4.1. Depresyon Sıklığı ve Sınıflaması 20
2.4.2. Depresyon Etiyolojisi 22
2.4.3. Depresyon Semptomları 23
2.4.4. Depresyon Tanısı 24
2.5. Geriatrik Depresyon 24
2.5.1. Geriatrik Depresyon Epidemiyolojisi 26
2.5.2. Geriatrik Depresyon Etyolojisi 27

2.5.3. Geriatrik Depresyon Semptomları 28
3. GEREÇ VE YÖNTEM 30
3.1. Araştırma Projesi 30
3.2. Araştırmanın Tipi ve Süresi 30
3.3. Araştırmanın Yeri 30
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 30
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 31
3.6. Çalışmada Dışlanma Kriterleri 31
3.7. Etik Kurul ve İzinler 31
3.8. Veri Toplama Süreci 31
3.9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 32
3.9.1. Veri Toplama Formu 32
3.9.2. Aile APGAR Ölçeği 32
3.9.3. FRAİL Ölçeği 33
3.9.4. Geriatrik Kısa Depresyon Ölçeği 34
3.10. İstatistiksel Analiz 35
3.11. Çalışmanın Kısıtlılıkları 36
4. BULGULAR 37
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular 37
4.2. Katılımcıların Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular 40
4.3. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 43
4.3.1. Aile İşlevselliği 43
4.3.2. Kırılganlık 45
4.3.3. Geriatrik Depresyon 48
4.4. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorları İle Günlük İlaç Kullanımı, Acil Servis Başvurusu ve Aile Hekimi Başvurusu Arasındaki İlişkiler 51
4.5. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 52
4.5.1. Aile İşlevselliği 52
4.5.2. Kırılganlık 54

4.5.3. Geriatrik Depresyon 57
4.6. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Arasındaki İlişkiler 59
4.7. Aile İşlevselliğinin, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkileri . 60
4.7.1. Aile İşlevselliğinin Kırılganlık Üzerindeki Etkisi 60
4.7.2. Aile İşlevselliğinin Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisi 62
4.8. Aile İşlevselliğinin, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkilerine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları 63
5. TARTIŞMA 65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 75
KAYNAKLAR 78
EKLER 85
EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU 85
EK 2. APGAR ÖLÇEĞİ 86
EK 3. FARAİL ÖLÇEĞİ 87
EK 4. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU 88

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri 36
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 37
Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Durumu, Sigara Kullanımı ve Tek Başına İş Yapabilme Durumlarına İlişkin Bulgular 39
Tablo 4. Günlük İlaç Kullanımı ile Acil Servis ve Aile Hekimi Başvurusuna İlişkin Bulgular 40
Tablo 5. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 41
Tablo 6. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Düzeylerine Göre Dağılım 42
Tablo 7. Aile İşlevselliği (APGAR) Skorunun Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 43
Tablo 8. Kırılganlık Skorunun Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 46
Tablo 9. Geriatrik Depresyon Skorunun Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 49
Tablo 10. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorları İle Günlük İlaç Kullanımı, Acil Servis Başvurusu ve Aile Hekimi Başvurusu Arasındaki İlişkiler 51
Tablo 11. Aile İşlevselliği (APGAR) Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 53
Tablo 12. Kırılganlık Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 55
Tablo 13. Geriatrik Depresyon Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 58
Tablo 14. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorları Arasındaki İlişkiler 59
Tablo 15. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Kırılganlık Üzerindeki Etkisi 60
Tablo 16. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisi 62
Tablo 17. Aile İşlevselliğinin Kırılganlık Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları 63

Tablo 18. Aile İşlevselliğinin Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları 64

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye için Nüfus Projeksiyonu 7
Şekil 2. Türkiye Nüfus Piramidi 8
Şekil 3. Kırılganlık Patofizyolojisi 15
Şekil 4. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Kırılganlık Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Doğrusu 61
Şekil 5. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Doğrusu 63

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HTTLPR : Serotonin Taşıyıcı Geninin Serotonin Taşıyıcı Bağlantılı Promotör Bölgesi
AÜTF : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
BDNF : Brain Derived Neurotrophic Factor
BM : Birleşmiş Milletler
COVID-19 : Corona Virüs Disease 19
DPT : Devlet Planlama Teşkilatı
DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
EASM : Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi
GDÖ : Geriatrik Depresyon Ölçeği
KGT : Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
KOAH : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MDB : Major Depresif Bozukluk
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
TDK : Türk Dil Kurumu
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
WONCA : World Organization of Family Doctors

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimimiz boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bize yol gösteren, akademik açıdan gelişimimize katkı sağlayan, tez hazırlık sürecimde kıymetli fikir ve önerileriyle beni destekleyen Ana Bilim Dalı başkanımız, danışmanım Sayın Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini her zaman bizimle paylaşan, üzerimde emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Kenan TAŞTAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN'a, Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR'a, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL'a, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif NAS'a

Uzmanlık eğitimime başlamam için beni motive eden değerli arkadaşım Uzm. Dr. Mustafa ÖZCAN'a

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, koşulsuz sevgi, destek ve güvenleriyle her zaman yanımda olan fedakar annem ve babam; Satı KAYGISIZ ve Kadir KAYGISIZ'a

Hayatıma girdiği günden beri her zaman yanımda olan, beni destekleyen sevgili eşim Merve KAYGISIZ'a, en büyük mutluluk kaynaklarım oğlum Ahmet Tuna KAYGISIZ, kızlarım Sevde Hüma KAYGISIZ ve Gülce Hifa KAYGISIZ'a

İçtenlikle ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Cemal KAYGISIZ

ÖZET

65 Yaş Üstü Bireylerde Kırılganlık ve Geriatrik Depresyonun Aile Fonksiyonelliği ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Dünya ile birlikte Türkiye nüfusunun da yaşlanması, yaşlılara ait sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Artan sağlık sorunları yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığın ve refahın sağlanmasında aileyi birincil sosyal etmen olarak tanımlamıştır. Aile fonksiyonelliği ise yaşlı bireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkmasında belirleyici bir role sahiptir. Yaşlılıkla beraber organ sistemlerindeki fizyolojik gerilemenin bir sonucu olarak stres kaynaklarına karşı artan duyarlılık kırılganlık kavramıyla ifade edilmekte olup, artmış mortalite ve morbidite oranları ile kendini göstermektedir. Depresyon yaşlılık dönemi duygu-durum bozukluklarından en sık görülenidir. Aile hekimliği bakış açısıyla ele alındığında, kırılganlık ve geriatrik depresyonun aile dinamikleriyle birlikte değerlendirilmesi, yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmesini ve etkinliğinin artırılmasını sağlayabilir. Çalışmamızda 65 üstü bireylerde kırılganlık ve geriatrik depresyonun aile fonksiyonelliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Araştırma Mayıs-Aralık 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 203 katılmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan katılımcılara yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak sosyodemografik verileri (yaş, eğitim, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, kronik hastalık varlığı, sigara gibi) alındıktan sonra, Aile APGAR Ölçeği, 65 Yaş Üzeri Bireylerde Uluslararası Kırılganlık Ölçeği (FRAİL Ölçeği) ve Geriatrik Kısa Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 27 istatistik yazılımıyla gerçekleştirildi ve tüm değerlendirmelerde %95 güven aralığı ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyi esas alındı. Aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının farklı gruplara göre incelenmesinde bağımsız 2 grup için bağımsız gruplar t-Testi kullanıldı. Gruplar ikiden fazla olduğunda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tercih edildi. ANOVA sonuçlarında anlamlı bir fark bulunduğunda, bu farkın hangi gruplar arasında yer aldığını

belirlemek için Hochberg GT2 çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi uygulandı. Bu test, grup büyüklüklerindeki belirgin farklılıklar ve varyansların homojen dağılım göstermesi nedeniyle uygun görüldü. Elde edilen farklılıkların büyüklüğünü değerlendirmek için ise Cohen d ve Eta kare (η^2) hesaplandı. Cohen d için 0,2 küçük, 0,5 orta düzey etki büyüklüğünü; Eta kare için 0,01 küçük, 0,06 ise orta düzey etki büyüklüğünü ifade etti.

Bulgular: Çalışmamız, toplam 203 bireyin katılımı ile gerçekleştirildi. Katılımcıların yaşları 65 ile 91 arasında, yaş ortalaması ise 70,98±4,82 idi. Çalışmaya katılanların APGAR skor ortalaması 7,62±1,94 olarak bulundu. Aile işlevselliği düzeyine göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %1'inin (n=2) şiddetli disfonksiyonel, %26,6'sının (n=54) orta derece disfonksiyonel, %72,4'ünün (n=147) ise yüksek fonksiyonel düzeyde olduğu belirlendi. Kırılganlık düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %33'ünün (n=67) kırılganlık göstermediği, %50,7'sinin (n=103) ön kırılganlık düzeyinde olduğu ve %16,3'ünün (n=33) kırılgan düzeyde olduğu belirlendi. Geriatrik depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde ise katılımcıların %58,6'sının (n=119) normal düzeyde olduğu, %34,5'inin (n=70) hafif depresyon, %4,9'unun (n=10) orta derece depresyon ve %2'sinin (n=4) şiddetli depresyon düzeyinde olduğu belirlendi. Aile işlevselliği (APGAR) skoru ile kırılganlık skoru arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ancak anlamlı bir ilişki bulundu. Aile işlevselliği (APGAR) skoru ile geriatrik depresyon skoru arasında ise negatif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ayrıca kırılganlık skoru ile geriatrik depresyon skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki tespit edildi.

Sonuç: Sonuçlar aile işlevselliği arttıkça bireylerin kırılganlık düzeylerinin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aile işlevselliği ile aile içi desteğin güçlü olduğu bireylerde depresyon seviyelerinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Kırılganlık düzeyinin artması depresyon seviyelerinin de arttığını göstermektedir. Sonuç olarak, yüksek aile işlevselliği hem kırılganlık hem de depresyon düzeylerini iyileştirici bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı hasta, aile APGAR ölçeği, kırılganlık, geriatrik depresyon, FRAİL ölçeği, geriatrik depresyon ölçeği

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship between Frailty and Geriatric Depression with Family Functionality in Individuals Over the Age of 65

Introduction and Aim: The aging of Türkiye's population, along with the rest of the world, brings with it health problems for the elderly. Increasing health problems negatively affect the quality of life of elderly individuals. The World Health Organization has defined the family as the primary social factor in ensuring health and well-being. Family functionality has a decisive role in helping older individuals cope with health problems. Increased sensitivity to stress sources as a result of physiological decline in organ systems with aging is expressed by the concept of fragility and manifests itself with increased mortality and morbidity rates. Depression is the most common mood disorder in old age. When considered from a family medicine perspective, evaluating frailty and geriatric depression together with family dynamics can help personalize and increase the effectiveness of health services for elderly individuals. Our study aimed to evaluate the relationship between frailty and geriatric depression and family functionality in individuals over 65.

Method: The research was designed as cross-sectional and descriptive. The research was conducted between May and December 2024 at the Family Health Center, which operates under the Department of Family Medicine at Atatürk University Faculty of Medicine. 203 people who met the inclusion criteria participated in the study. After collecting sociodemographic data (such as age, education, marital status, educational status, employment status, income perception, presence of chronic disease, smoking) using a face-to-face survey technique, the Family APGAR Scale, International Frailty in Individuals Over 65 Years of Age were collected from the participants who met the inclusion criteria. Scale (FRAIL Scale) and Geriatric Brief Depression Scale were administered. Data analysis was performed with SPSS 27 statistical software, and all evaluations were based on a 95% confidence interval and a significance level of $p<0.05$. Independent samples t-Test was used for 2 independent groups to examine family functionality, frailty and geriatric depression scores according to different groups. When there were more than two groups, one-way analysis of variance (ANOVA) was preferred.

When a significant difference was found in the ANOVA results, the Hochberg GT2 multiple comparison (post-hoc) test was applied to determine which groups this difference was located between. This test was deemed appropriate due to the significant differences in group sizes and the homogeneous distribution of variances. To evaluate the magnitude of the differences obtained, Cohen's d and Eta square (η^2) were calculated. For Cohen's d, 0.2 is a small effect size and 0.5 is a medium effect size; For eta squared, 0.01 indicated a small effect size and 0.06 indicated a medium effect size.

Findings: Our study was carried out with the participation of a total of 203 individuals. The ages of the participants were between 65 and 91, and the average age was 70.98±4.82. The average APGAR score of the study participants was found to be 7.62±1.94. When the distributions according to family functionality level were examined, 1% (n=2) of the participants had severe dysfunction, 26.6% (n=54) had moderate dysfunction, and 72.4% (n=147) had high functional level. It was determined that . When frailty levels were examined, it was determined that 33% (n = 67) of the participants did not show frailty, 50.7% (n = 103) were at the pre-frail level, and 16.3% (n = 33) were at the frail level. When geriatric depression levels were evaluated, 58.6% (n=119) of the participants were at a normal level, 34.5% (n=70) had mild depression, 4.9% (n=10) had moderate depression and depression. It was determined that 2% (n=4) was at the level of severe depression. A negative and low-level but significant relationship was found between the family functioning (APGAR) score and the frailty score. It was determined that there was a negative, moderate and significant relationship between the family functionality (APGAR) score and the geriatric depression score. Additionally, a positive, moderate and significant relationship was detected between the frailty score and the geriatric depression score.

Conclusion: Results It shows that as family functionality increases, individuals fragility levels tend to decrease. Additionally, it has been revealed that depression levels are lower in individuals with strong family functionality and family support. The increase in the level of fragility indicates that the levels of depression also increase. As a result, high family functionality stands out as a factor that improves both fragility and depression levels.

Keywords: elderly patient, family APGAR scale, frailty, geriatric depression, FRAIL scale, geriatric depression scale

1. GİRİŞ

Teknoloji, bilim, tıp alanındaki gelişmeler ve doğum oranlarının düşmesi toplumların yaş ortalamasının yükselmesindeki temel etkenlerdendir. Dünya nüfusunun yaşlanması, yaşlı hastalara ait sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaşlı nüfusa ait sağlık sorunlarının artması bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bugün Dünya üzerindeki toplam nüfusun %10'u 65 ve üstü yaşlardan oluştururken 2050'de bu oranın %16'nın üzerine çıkması beklenmektedir. Türkiye'de ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun verilerine göre yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,3, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,2 olacağı öngörülmektedir [1]. 2050 yılında Türkiye'de 65 yaş ve üzeri birey sayısının 16 milyon civarı olması beklenmektedir.

Aile, toplumun çekirdeği ve temel taşı konumundadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre aile, sağlığın ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmendir[2]. Yapısı ve fonksiyonelliği hızlı toplumsal değişiklerden etkilense de aile, bireylere en temel ihtiyaçları sağlayan en önemli birim olmayı sürdürmektedir. Genellikle, sağlıkla ilgili davranış, inanış, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağı ailedir. Bu nedenle hasta birey sağlık hizmetlerinde her zaman birinci odak olsa da aile sağlık hizmeti sunumunda göz önünde bulundurulması gereken önemli bir sosyal etkendir. Yapılan çalışmalar sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu, sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte sosyal destek bireylerde meydana gelen olumsuz olayların etkisini azaltarak ruh sağlığını da korumaktadır[3]. Bireyleri biyopsikososyal açıdan ele alması beklenen aile hekimlerinin kayıtlı hastalarının aile fonksiyonelliği hakkında bilgi sahibi olması önemlidir.

Yaşın ilerlemesiyle beraber, insan vücudunda fizyolojik rezervler kaçınılmaz olarak azalır ve komorbiditeler daha yaygın hale gelir[4]. Yaşın ilerlemesine bağlı fizyolojik rezervler, nöromusküler, metabolik ve immün sistem fonksiyonlarında kayıplarla beraber dış streslere karşı daha hassas hale gelmek kırılganlık olarak tarif edilmektedir[5]. Kırılgan hastalar, kırılgan olmayan akranlarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek morbidite ve mortaliteyle karşı karşıya kalırlar[6]. Kırılganlığın yaşlılık

döneminin kaçınılmaz bir sonucu olmadığı, uygun müdahalelerle değiştirilebilir bir durum olduğuna dair kanıtlar erken tanı ve tedavi açısından önem arz etmektedir.

Depresyon yaşlılarda sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olmakla beraber yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sebeptir. Bu hastalık her yaşta görülse de geriatrik depresyon kognitif bozukluk, kendini ihmal etme, düşme, uyku bozukluğu, hastalık sayısında artma ve ölüm riski ile ilişkili olabilir[7] . Ayrıca, zihin süreçlerinde yavaşlama, kısa süreli bellek, dikkat, öğrenme ve amaca yönelik yüksek bilişsel aktivitelerde geri dönüşümlü bozukluklara yol açmaktadır[8]. Psikososyal risk faktörleri, tıbbi hastalıklar, bazı ilaçlar depresif sendromların gelişmesinde rol oynamaktadır. Depresyon ileri yaşlarda diğer hastalıkların ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilmektedir. Hem depresyonda hem de kırılganlıkta aile fonksiyonelliğinin durumu önemli olabilir. Literatürde yaşlı sağlığını etkileyebilecek bu durumların birbirleri ile olan ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma biyolojik açıdan ele alındığında çok çeşitli moleküler ve hücresel hasarın yaşam boyu birikmesi sonucunda meydana gelir. Hasarın birikmesi bireylerde fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir düşüşle beraber hastalık riskinde artışa ve ölüme sebep olur[9].

DSÖ'nün tanımına göre 65 yaş üstü bireyler 'yaşlı' olarak kabul edilmiştir. Yaşlılık ise çevreye karşı adaptasyon yeteneğinin zamanla azalması olarak tanımlanmıştır[10]. Yaşlanma ile birlikte hücre, organ ve sistemlerdeki değişiklikler fizyolojik rezervlerde geri dönüşü olmayan kayıplara yol açar. Yaşın ilerlemesiyle fizyolojik rezervler kademeli bir şekilde düşer[11]. Bununla birlikte yaşlılığın psikolojik, ekonomik, sosyokültürel, toplumsal ve kronolojik yönleri de mevcuttur[12].

Kronolojik yaşlanma doğum ile başlayan ve yaşın ilerlemesiyle geçen zamanı ifade eder. DSÖ 65 yaş ve üzeri bireyleri kronolojik olarak yaşlı kabul etmektedir. Bu tanıma göre 65-74 yaş genç-yaşlılık, 75-84 yaş ileri-yaşlılık, 85 yaş ve üzeri ise çok-ileri-yaşlılık olarak ifade edilmektedir[12].

Biyolojik yaşlanma yaşam boyu ilerleyen ve kademeli bir şekilde gerçekleşen moleküler ve hücresel hasar sonucu vücut fonksiyonlarında yaygın bozulma, değişen çevre koşullarına karşı dayanıklılığın azalması, hastalık ve ölüm riskinde artışla karakterize bir durumdur[13]. Yaşlanma ile birlikte solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, endokrin sistem, bağışıklık sistemi, kas-iskelet sistemi, boşaltım sistemi, deri, görme, işitme, tat ve koku gibi duyularda fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılığa bağlı gerçekleşen fizyolojik değişiklikler bireyin günlük yaşam aktivitesini, çalışma hayatını, bağımlılık durumunu ve çevresi ile iletişimini etkilemektedir[11].

Toplumsal yaşlanma bireylerin doğumda beklenen yaşam süreleri ve toplumun ortalama yaşı açısından değerlendirilir. Toplumlar için genç, olgun ve yaşlı

tanımlamaları o toplum içinde 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus içerisindeki oranına göre yapılır. 65 yaş ve üzeri bireyler toplum içinde %4' ten az ise genç nüfus, %4- %6,9 arasında ise olgun nüfus, %7- %10 arasında ise yaşlı nüfus, %10'nun üzeri ise çok yaşlı nüfus olarak tanımlanır[12].

2.1.1. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler

İnsanlar yaşlandıkça genellikle refahlarını ve yaşam kalitelerini etkileyebilecek çeşitli biyolojik ve fizyolojik değişiklikler yaşarlar.

Yaşlanma ile birlikte solunum sisteminde göğüs kafesi ve akciğer parankimindeki yapısal değişiklikler, akciğer fonksiyon test sonuçlarında bozulmalar, egzersiz kapasitesi azalması ve solunum kaslarında zayıflama meydana gelir[14]. Yaşlı bireylerde solunum sistemindeki fizyolojik değişiklikler solunum sistemi enfeksiyonlarını artırır. Dünyada 65 yaş ve üzeri bireylerde pnömoni önemli bir ölüm sebebidir. Pnömoniler tedavilerinin zor ve pahalı olması yönünden de önemlidir[15].

Kardiyovasküler hastalıklar 65 yaş ve üstü bireylerde ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alır. Ayrıca bu yaş grubunda görülen ölümlerin %80'i kardiyovasküler hastalık sebeplidir. Yaşlandıkça kardiyak debi ve stroke volümün azalmasıyla postural hipotansiyon riskinde artış meydana gelir. Damar duvarları kalınlaşmakta ve elastikiyeti azalmaktadır. Yaşlanmayla ilişkili olarak fiziksel egzersiz kapasitesinde ciddi oranda düşüş, kalp yetmezliği, hipertansiyon, ateroskleroz, kalp krizi ve venöz tromboz gibi hastalıklarda artış görülür[11].

Yaşın ilerlemesi ile sindirim sistemi ve metabolik aktivitenin yavaşlaması, diş problemlerinin artması sindirimde zorluk, mide yanması ve yutmada güçlük gibi fonksiyonel sindirim bozukluklarına sebep olur[12]. Yaşlı bireylerin sindirimde rol alan enzimlerin yaşa bağlı olarak azalması B12, demir, kalsiyum gibi vitamin, mineral ve besinlerin yetersiz sindirim ve emilimlerine neden olur[16]. Bununla birlikte konstipasyon yaşlılarda yaygın ve kronik bir sorun olarak görülür.

Kadınlarda menopozla birlikte östrojen hormonu zamanla azalır buna bağlı olarak vazomotor belirtiler, depresyon, kas kütlesi azalması, vücut yağlanması artması ve osteoporoz gibi bulgular ortaya çıkar. Erkeklerde testosteron hormonunun azalmasıyla cinsel yaşam geriler, sperm sayısı ve semen volümü azalır[17].

Yaşlı bireylerin tamamında kas kütlesi ve gücünde azalma görülür. 20 ve 30'lu yaşlarda maksimum düzeye ulaşan kas kütlesi ve gücü zamanla azalarak 80 yaş civarı kas kaybı artar ve kas kütlesi yarıya iner. Merkezi sinir sisteminde nöron kaybı, testosteron ve östrojenin zamanla azalması, katabolik olayların artması, iskelet kası protein sentezinin azalması, fiziksel aktivitenin azalması, hareketsizliğin artması yaşlılarda sarkopeni gelişmesine neden olur. Kas iskelet sistemi için önemli sorunlardan biri de kemik kütlesinin azalmasıyla, kemiklerin kırılgan hale geldiği osteoporozdur. Osteoporoz hastalarının yaklaşık yüzde 80'i kadındır[11].

Yaşın ilerlemesi bireylerde psikolojik açıdan da değişikliklere neden olur. Bireyler yaşlandıkça kronik hastalıkların artması, evde uzun süre kalınması, eş ve yakınların kaybı, uzun süre hastanede yatış gibi nedenler nörolojik ve psikolojik bozukluklara yol açmaktadır. Emeklilikle birlikle bireylerde statünün kaybedilmesi kendini işe yaramaz ve değersiz hissetmesine neden olabilir. Yaşlanan bireyle yeni nesiller arasındaki açılan mesafe, değişen dünyaya ayak uyduramamaya neden olur. Tüm bu nedenler yaşlı bireylerde depresyon, demans, deliryum, ölüm korkusu, uykusuzluk ve anksiyete gibi pek çok psikolojik sorunların görülmesine neden olur[12].

Yaşlanma süreci, yaşlı yetişkinlerin sağlığı ve refahı üzerinde önemli etkileri olabilecek psikososyal, biyolojik ve fizyolojik değişikliklerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Bu değişiklikleri çok yönlü yaklaşımlarla anlamak ve ele almak, başarılı yaşlanmayı teşvik etmek için çok önemlidir.

2.1.2. Dünyada Yaşlı Nüfus

21. yüzyılda tüm dünyada ön plana çıkan en önemli olgulardan biri nüfusun yaşlanmasıdır. İnsanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta bundan dolayı da yaşlı nüfusun sayısı ve oranı artmaktadır. Nüfusun yaşlanması sağlık, eğitim,

sosyal güvenlik, sosyal-kültürel faaliyetler, aile hayatı gibi tüm toplumsal alanları etkilemektedir.

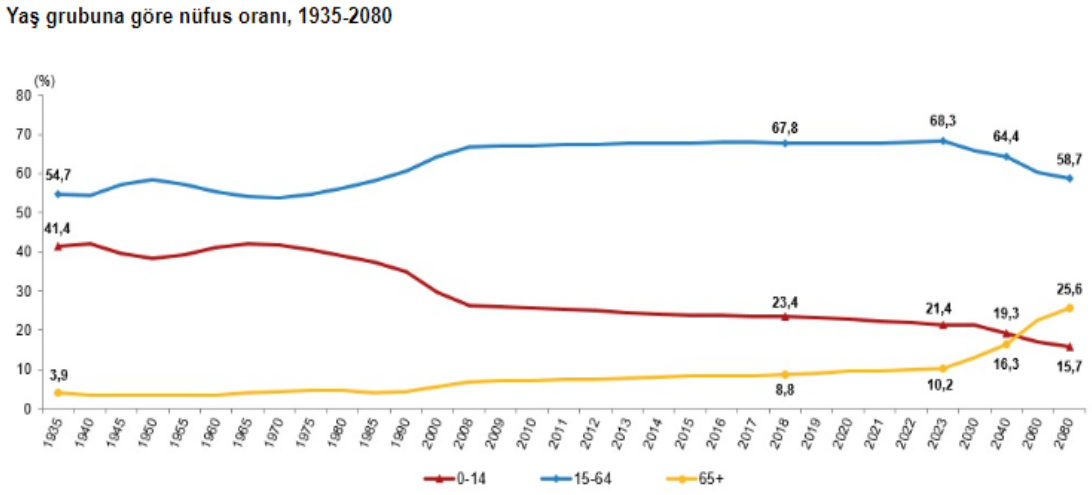
Birleşmiş milletler (BM)'in 2023 raporuna göre tüm dünyada 65 yaş ve üstü insan sayısı önümüzdeki otuz yılda ikiye katlanarak 2050 yılında 1,6 milyara ulaşarak, yaşlıların dünya nüfusunun yüzde 16'sından fazlasını oluşturması beklenmektedir. 80 yaş ve üzeri insanların sayısı daha hızlı artış göstermektedir. Nüfusun yaşlanması geri dönüşü olmayan küresel bir süreçtir. Bu demografik geçiş görece genç nüfusa sahip ülkelerde de kaçınılmaz olarak gerçekleşecektir. 2021 yılında dünya üzerindeki her 10 kişiden 1'i 65 yaş üzeri iken 2050 yılında her 6 kişiden 1'inin 65 yaş üzeri olacağı öngörülmektedir. Kadınların ortalama yaşam süresi erkeklerden daha fazladır bu sebeple yaşlıların çoğunu kadınlar oluşturmaktadır. Önümüzdeki yıllarda erkeklerin ortalama yaşam süresi kademeli olarak artarak kadınlarınkine yaklaşacağı öngörülmektedir[18].

Daha uzun yaşamlara ve daha küçük ailelere doğru kademeli geçiş olan demografik geçiş, 1800'ler gibi erken bir dönemde ilk olarak Avrupa ve Kuzey Amerika'da başladı. 20. yüzyılın ortalarında ise küresel olarak görülmeye başlandı. Demografik geçişte nüfus artışı tipik olarak önce hızlanır, sonra yavaşlar; yaş dağılımı önce gençleşir daha sonra ileri yaşlara doğru kayar. Nüfusun yaşlanmasına sebep olan üç temel mekanizma vardır. Birincisi, doğurganlık oranı azaldıkça yaşlıların oranı artar, gençlerin oranı azalır. İkincisi, insan ömrü sürekli olarak uzadıkça yaşlı insanların sayısı artıyor. Üçüncüsü, yaşlılığa girmek üzere olan insan sayısı öncekilerle kıyaslandığında daha fazla olmasından kaynaklı yaşlı nüfusu artırmaktadır[18].

2.1.3. Türkiye'de Yaşlı Nüfus

Türkiye yaşlı nüfusunda hızlı bir artış yaşıyor. TÜİK verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus 2018 yılında 7 milyon 186 bin kişi iken son beş yılda yüzde 21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin kişi olmuştur. Toplam nüfus içindeki oranı 2018 yılında yüzde 8,8 olan yaşlıların oranı, 2023 yılında yüzde 10,2 ye yükselmiştir. 2023 verileriyle yaşlı nüfusun yüzde 44,5'ini erkek nüfus, yüzde 55,5'ini kadın nüfus oluşturmaktadır. Türkiye için yapılan nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı

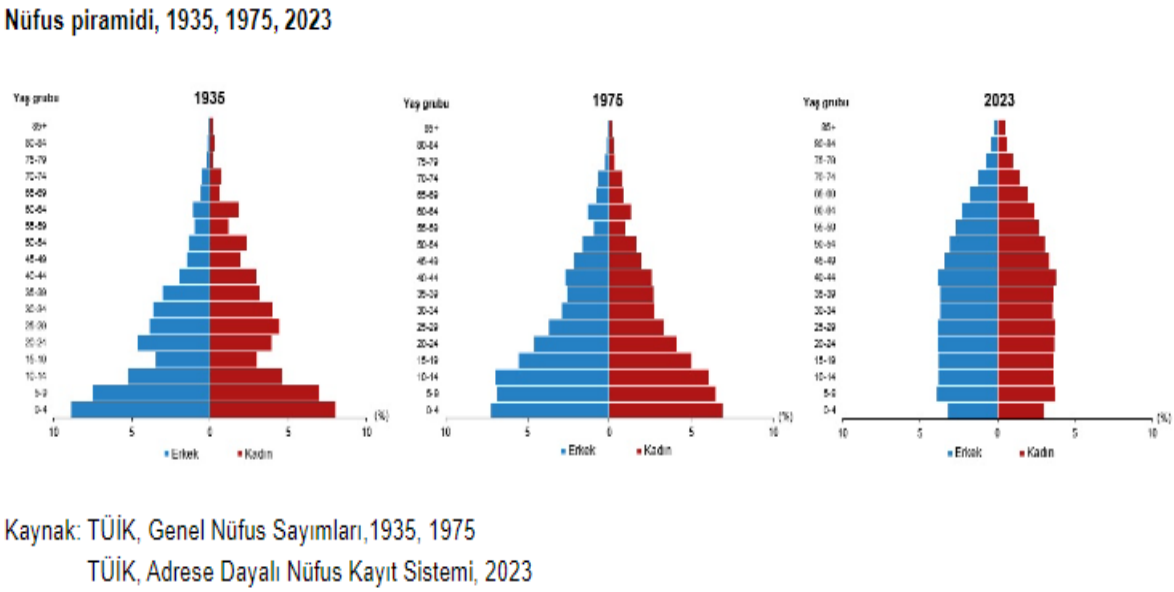
nüfus oranının 2023 yılında yüzde 12,9, 2040 yılında yüzde 16,3, 2060 yılında yüzde 22,6 ve 2080 yılında yüzde 25,6' ya yükseleceği öngörülmektedir[19].



Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2023
TÜİK, 2018 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2080

Şekil 1. Türkiye için Nüfus Projeksiyonu[19]

Türkiye'de 2023 yılında yaşlı nüfus oranı yüzde 10'u geçerek çok yaşlı toplumlar arasına girmiştir. Yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir hızla artış göstermektedir. Demografik geçiş sürecinde olan Türkiye'de, doğurganlık ve ölüm hızlarındaki azalma, sağlık alanında tanı ve tedavide gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile nüfus yaş yapısı şekil değiştirmiştir. Yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artarken çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki oranı azalmıştır[19].



Şekil 2. Türkiye Nüfus Piramidi[19]

Türkiye'de dünyadaki yaşlanmaya benzer süreçlerden geçecek ve toplum yaşlanmasının getirdiği sorunlarla mücadele edecektir. Halk sağlığı açısından bakıldığında bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren, sakat bırakan ve ekonomik kayıplara neden olan sorunlar önemli halk sağlığı sorunlarıdır. İnsanların daha uzun yaşamasıyla birlikte bulaşıcı hastalıklar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Özellikle multimorbiditenin artışı yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak için önem arz etmektedir[13].

2.2. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü

Aile hekiminin özellikleri World Organization of Family Doctors (WONCA)'ın tanımına göre şöyledir[20]:

1. Sağlık sistemi içerisinde ilk tıbbi temas noktasıdır. Hastalar arasında yaş, cinsiyet, sosyal statü, ırk veya dini durumunu gözetmeden bireylere açık ve sınırsız erişim sağlar, tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
2. Sağlık bakımını koordine eder, birinci basamak ortamında diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışır, ihtiyaç duyulduğunda hasta için

savunuculuk rolü üstlenir, hasta ve diğer uzmanlıklar arasındaki ilişkiyi yöneterek kaynakların verimli kullanımını sağlar.

3. Bireye, ailesine ve içinde bulunduğu topluma yönelik, kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4. Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder.
5. Doktor ve hasta arasında etkili iletişim yoluyla zaman içinde gerçekleşen benzersiz bir danışma sürecine sahiptir.
6. Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımın sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.
7. Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar alma sürecine sahiptir.
8. Hastaların hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
9. Gelişiminin erken bir aşamasında farklılaşmadan ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilecek hastalıkları yönetir.
10. Hem uygun hem de etkili müdahalelerle hastaların ve içinde yaşadıkları ekosistemlerin sağlık ve refahını destekler.
11. Toplumun ve çevrenin sağlığı konusunda özel bir sorumluluğa sahiptir.
12. Sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

Aile hekimi ilk tıbbi temas noktasını oluşturması, kapsamlı ve bütüncül bir sağlık anlayışı içinde olması nedeniyle yaşlı kişilerin tüm sağlık sorunları ile ilgilenir. Yaşlı hastalara tanı ve tedavinin verilmesi dışında ilaçlarının düzenlenmesi, doğru uzmanlık alanlarına yönlendirilmesini sistematik bir şekilde sağlar.

Aile hekimi birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yaşlı hastaların yakın takibini yapar. Kronik hastalıkların ve fonksiyonel yetersizliklerin arttığı yaşlılık döneminde hastalar sağlık hizmetinin bütün basamaklarını diğer yaş gruplarına göre daha fazla kullanır. Bu nedenler yaşlıların çoklu ilaç kullanımı, hastane ziyaretlerinin artması, sosyal ve ekonomik yükte artış gibi sorunlara neden olur. Aile hekiminin hastayı ihtiyacına göre uygun uzmanlık alanlarına yönlendirmesi büyük önem taşımaktadır.

2.2.1. Aile Kavramı

Aile, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi olan ve toplumsal yapıyı oluşturan en temel ve en küçük birimdir. Yapısı ve ilişkileri bakımından toplumdan topluma farklılık gösterse de aile, bütün toplumlarda görülmektedir. Sosyal örgütlenmenin çekirdeği ve varlık sebebi olarak değerlendirilir. Aile kavramının tek bir tanımını yapmak mümkün değildir, içinde bulunduğu kültüre, topluma ve zamana göre birçok tanımı yapılabilir[21]. Aile, Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre ''evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik'' olarak tanımlanmıştır[22]. Aile toplumsal ve sosyal hayatı şekillendiren ana unsurlardan biridir.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nın Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tarafından yapılan tanımı ise ailenin işlevlerini de kapsayacak şekildedir: Kan bağlılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel bir toplumsal birimdir[23].

Aile kurumunun en temel özelliklerini şu şekilde belirlemek mümkündür[23]:

1. Aile evrenseldir: Aile her toplumda ve sosyal gelişimin her devresinde kendini göstermektedir.
2. Aile duygusal bir temele dayanır: Nesli devam ettirme arzusu, annelik, arkadaşlık, ebeveynlik bu duygulardandır.
3. Aile, bireyleri şekillendirme özelliğine sahiptir: Çocuğun kişilik yapısı ilk olarak aile içinde şekillenmektedir. Aile üyeleri bireyin fiziksel ve zihinsel alışkanlıklar kazanmasında rol oynamaktadır.
4. Ailenin kapsamı sınırlıdır: Aile biyolojik koşullar nedeniyle sınırlı bir büyüklüğe ulaşabilir.
5. Aile sosyal yapıda çekirdek özelliği taşır: Aile, toplumun en küçük yapıtaşı niteliğindedir. Bu aile birimleri sosyal yapıyı oluşturur.

6. Aile üyelerinin sorumlulukları vardır: Aile, üyelerinden diğer toplumsal yapılarda görülmeyen yaşam boyu devam eden çok sayıda isteklerde bulunur.
7. Aile sosyal kurallarla çevrilidir: Aile, sosyal tabuların ve kanuni yasaların çerçevesini belirlediği bir sosyal düzendir.
8. Aile, sürekli ve aynı zamanda geçici bir tabiata sahiptir: Aile kurumunun devamlılık ve evrensellik özelliği vardır. İki kişinin kurduğu bir birlik olarak toplumdaki diğer yapılar içinde en geçici ve değişken özelliğe sahiptir.

Aile, özellikle yaşlı bireyler arasında destek, koruma ve aidiyet açısından toplumda önemli bir rol oynamaktadır. Aralarında karmaşık bir etkileşimin olduğu benzersiz bir oluşum ve bir üyesinin tutum ve davranışlarının tüm grubu etkilediği bir ilişki ağıdır. Toplumsal değişimler nedeniyle aile kavramı da sürekli dönüşümlere uğramış ve yeni örgütlenme, yapı, kültür, din ve ilişki biçimleri ortaya çıkmıştır. Kadınların iş gücüne daha fazla katılımı, düşük doğurganlık oranları ve nüfusun yaşlanması aile yapısının değişimine katkıda bulunmuştur. Böylece, aile bireylerinin katkı ve görevlerinde değişimler meydana gelmiştir[24].

2.2.2. Aile Kurumunun İşlevleri

Aile kurumunda tarihsel süreç içerisinde toplumda yaşanan değişimlerle birlikte ailenin işlevleri de değişim yaşamış olsa da bazı özellikleri ortak olarak devem etmektedir. Ailenin işlevsel özelliklerini şu şekilde özetlemek mümkündür[23]:

1. Neslin devamı: Aile, özel olarak kendi varlığını genel olarak ise toplumun varlığını sürdürebilmesi için yeni bireylerin oluşmasına imkân sağlar.
2. Koruma: Diğer canlılardan farklı olarak yenidoğan insan oldukça uzun süren bir bakım ve ekonomik güvenliğe ihtiyaç duyar. Bebek ve çocukların tüm ihtiyaçları aileleri tarafından karşılanır. Aile bütün toplumlarda bu ihtiyaçlardan sorumlu temel birimdir.
3. Toplumsallaşma: Öncelikle ebeveynler olmak üzere ailenin yetişkin tüm üyeleri çocukları korur ve uyulması gereken kuralları, kültürel değerleri

aktarırlar. Böylece toplumsal yapı içinde bağımsız bir birey olarak daha rahat bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerini sağlarlar.

4. Cinsel davranışın düzenlenmesi: Cinsellikle ilişkili değerler toplumdan topluma değişebileceği gibi aynı toplum içinde de zamanla değişebilir. Tüm toplumlarda aile, nikah sözleşmesi ile cinsel davranışların sosyal ve yasal açıdan meşru bir zemin oluşturmasını sağlar.
5. Sevgi ve arkadaşlık: İdeal bir aile mensuplarına sıcak ve şefkatli bir ortam sağlar. Bireyler aile içinde güvende ve mutlu hissederler. Zor zamanlarında yardımcılarını ve sığınaklarını, mutlu anlarında duygularını paylaşacakları bireyleri ailede bulurlar. Çünkü sevgi ve arkadaşlıkta aile bireyleri koşulsuz ve sürekli olarak desteklerini gösterir.
6. Toplumsal statü sağlama: Ailenin geçmişinden gelen belirli sosyal statüleri bireylere miras olarak aktarılır. Ailenin imkânları, bireyin daha sonra alacağı eğitim de dâhil birçok konuda belirleyici rol oynar.
7. Kişilik/kimlik inşası: Birey kişiliğinin ana özelliklerini ailesinde kazanır. Aile bireyleri, aile ortamında birbirlerinin kişiliklerinin oluşmasına ve gelişmesine yardımcı olur.

2.2.3. Ailenin Sağlığa Etkisi

Aile sağlığı, üyelerinin gelişimini sağlamak, ihtiyaçlarını karşılamak ve aileyi etkileyen sorunları çözmek için ailenin sistematik işleyişi olarak tanımlanır. Aile sağlığı çok boyutlu bir kavramdır. Sistem Teorisine göre ailenin biyolojik, psikolojik, ruhsal, sosyolojik ve kültürel faktörleri de dahil olmak üzere optimal büyümesini, işleyişini ve refahını destekleyen dinamik bir süreç olarak tanımlanmıştır. Bu dinamik süreç, aile sisteminin sürekli olarak değişmesini ve gelişmesini, kriz durumlarına uyum sağlamasını ve stresli yaşam olaylarıyla karşılaştığında dengeyi korumasını sağlar[25].

DSÖ'nün tanımına göre insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve geliştiği koşullar ile ekonomik politikalar, sosyal normlar ve politik sistemler de dahil olmak üzere birçok etken sağlığın sosyal belirleyicileri arasında gösterilmiştir. Bu etkenler günlük yaşam koşullarını şekillendirir ve sağlık sonuçlarını etkiler[26].

Biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak tanımlanan insanın sağlığını sadece biyolojik açıdan değil psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirilmesi gerekmektedir. DSÖ de sağlığı "Sadece sakatlık ya da hastalık durumunun olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlamıştır. Bu ifadelerden de anlaşılacağı üzere sağlığın sadece medikal/tıbbi boyuttan ibaret olmadığı, bunun yanında sosyal yönden de iyilik halini içerdiği görülmektedir[27].

Sosyal destek, doğumla birlikte annenin bebeğin ihtiyaçlarını karşılamasıyla başlamaktadır. Sosyal yaşam alanı akrabalar, arkadaşlar, iş arkadaşları, sosyal ve sağlık alanında çalışan profesyoneller ve toplumla ilişkilerle genişledikçe sosyal desteğin sınırları da doğru orantılı olarak artmaktadır. Hayatın son döneminde ise bireylere sunulan sosyal destek yine aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle ailenin sosyal açıdan iyilik hali bireysel ve toplumsal refaha katkı sağlamaktadır[27].

2.2.4. Aile APGAR'ı

Aile kaynaklı streslerden hastalarda birçok fiziksel semptom ve sağlık problemleri oluşmakta veya var olan semptom ve hastalıklar şiddetlenmektedir. Aile hekimleri bütüncül yaklaşım ve biyo-psiko-sosyal yaklaşımı kullanarak sağlığı etkileyen ailesel stresleri belirleme açısından en uygun konumda bulunmaktadır. Aile hekimleri hasta görüşmelerinde ailenin işlevselliğini değerlendirebilir, sorunları belirleyebilir ve uygun yönlendirmeleri yapabilir. Ancak, aile hekimlerinin iş yükü bu değerlendirmenin rutin olarak yapılmasının önünde bir engel olarak durmaktadır[28].

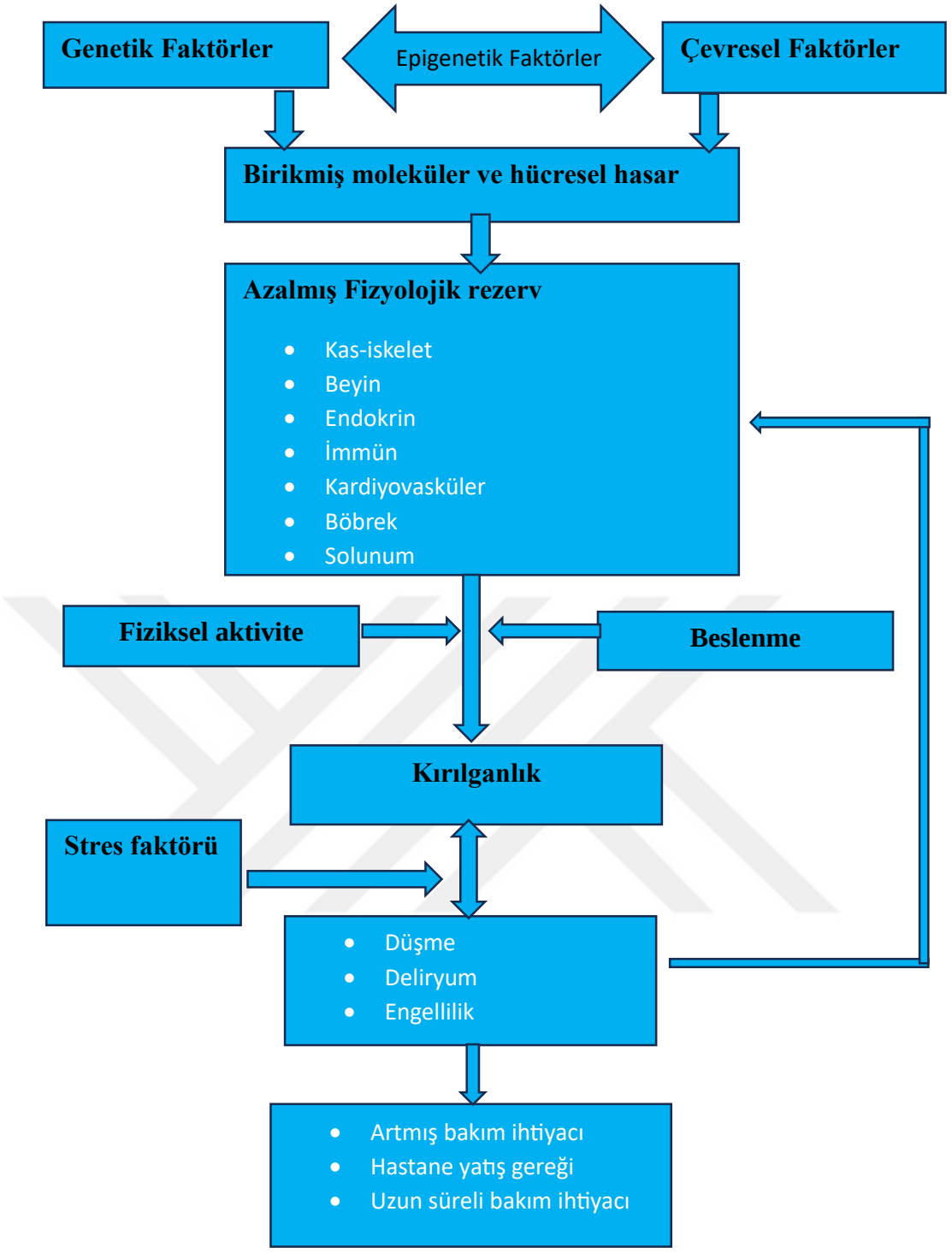
Ailenin işlevselliğini değerlendirmek için pek çok araç olsa da bunların uzun olması ve kullanım zorlukları nedeniyle uygulanabilirliği kısıtlıdır. Aile işlevi hakkında hekimin hızlı fikir edinmesini sağlayan Aile APGAR'ı beş sorudan oluşan bir tarama testidir. Aile APGAR'ı Smilkstein tarafından 1978'de geliştirilmiştir. Aile APGAR'ı aile üyelerinin kendi ailelerinin işlevselliğine ilişkin algılarını kısa sürede değerlendirerek hekimin aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemesine ve kritik problemlere odaklanmasını sağlamaktadır[28].

Fonksiyonel aile, üyeleri kritik ve çatışmalı durumlarda duygusal olarak istikrarlı ve uyum içinde yaşayan gruptur. Aile bir bütün olarak aile sisteminin ve parçalarının işlevsel özerkliğini koruyabildiği, sorunlara karşı yeterli çözümleri hedefleyen bir gruptur. Fonksiyonel olmayan ailede sistem dinamikleri ve bakımı ile alakalı hiçbir uzlaşma yoktur. Aile üyelerinin grubun zararına belirli çıkarlara öncelik verdiği ve rollerini üstlenmediği, aile sisteminin uyumsuzluğuna neden olan bir durum mevcuttur[29].

2.3. Kırılganlık Kavramı

Kırılganlık birden fazla organ sistemindeki fizyolojik gerilemenin bir sonucu olarak iç veya dış stres kaynaklarına karşı artan duyarlılık olarak tanımlanmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve işlevsel bağımsızlığı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Kırılgan bireylerin hastalık ve yaralanma gibi durumlara karşı dayanıklılığı daha azdır ve mortalite ve morbidite oranları daha yüksektir[30].

Kırılganlık kavramı, altta yatan mekanizmaları ve sonuçlarını anlamak için önerilen çeşitli modellerle yıllar içinde gelişmiştir. En yaygın kabul gören tanımlardan biri, Fried ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve kırılganlığı beş klinik kriter aracılığıyla tanımlayan kırılganlık fenotipidir. Bunlar istemsiz kilo kaybı, bitkinlik, düşük fiziksel aktivite, yavaş yürüme hızı ve güçsüzlüktür[31]. Bu model, genellikle yaşlı yetişkinlerin sağlık durumunu daha da karmaşık hale getiren bilişsel ve psikososyal faktörlerin eşlik ettiği kırılganlığın fiziksel yönlerini vurgulamaktadır. Kırılganlığa katkıda bulunan faktörler arasında yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, beslenme durumu ve sağlığın sosyal belirleyicileri yer alır[32].



Şekil 3. Kırılganlık Patofizyolojisi[33]

Toplumda yaşlı bireylerin yüzde 12 kadarı kırılganlıkla yaşamaktadır, bu oran uzun süre bakım gören hastalarda yüzde 40'ların üzerine çıkmaktadır. Yaşlanan nüfusla birlikte dünya çapında, kırılganlık bir halk sağlığı sorunu olarak daha fazla kabul görmektedir[30].

Yaşlı bireylerde kırılganlığın belirlenmesinin çeşitli avantajları mevcuttur. Klinik uygulamada, kırılganlığın değerlendirilmesi bireyin sağlık durumunu ve risklerini tahmin etmeye, kanıta dayalı müdahalelerin hedeflenmesine, tedavi kararının alınmasına yardımcı olur. Kırılganlık değerlendirilmesinin amacı etkili ve uygun tedavileri engellemek değil, hasta merkezli bakımı kolaylaştıracak bir araç olarak kullanmak olmalıdır. Bireyin sağlamlık ve dayanaklılığını artırmak, stres faktörlerini önlemek veya azaltmak için fizyolojik rezervleri artırmayı hedeflemektedir. Ancak klinik çalışmalarda etkili olduğu kanıtlanan egzersiz, besin takviyesi ve kapsamlı geriatrik değerlendirme gibi müdahaleler rutin bakımda benzer etkinlik göstermemiştir; bu da uygulama zorluklarına işaret etmektedir. Rutin kırılganlık taramasının faydası yüksek riskli klinik durumlarda gösterilmiştir; ancak birincil bakımdaki faydası henüz belirlenememiştir[34].

Kırılganlığın sonuçları bireysel sağlığın ötesine geçerek yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesini ve bağımsızlığını etkilemektedir. Kırılganlık, daha yüksek düşme riski, işlevsellik kaybı ve hastaneye yatmayla bağlantılıdır; bu da, kısır bir döngüye ve sağlığın daha da bozulmasına yol açabilir[32]. Kırılganlığı önlemeyi veya hafifletmeyi amaçlayan müdahaleler genellikle fiziksel aktiviteyi teşvik etmeye, beslenmeyi iyileştirmeye ve sosyal katılımı artırmaya odaklanır. Örneğin, zayıf yaşlı yetişkinlerin ihtiyaçlarına göre hazırlanmış egzersiz programlarının gücü, dengeyi ve genel fiziksel işlevi iyileştirdiği, böylece düşme riskini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir[35].

Sonuç olarak kırılganlık, tanımlarının, yaygınlığının, risk faktörlerinin ve yaşlı yetişkinlere yönelik etkilerinin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektiren kritik bir halk sağlığı sorunudur. Küresel nüfus yaşlandıkça, kırılganlığın tanınması ve yönetilmesi, sağlıklı yaşlanmanın teşvik edilmesi ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından giderek daha önemli hale gelecektir. Gelecekteki araştırmalar, kırılganlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal belirleyicilerinin yanı sıra bu karmaşık sendromu önlemek ve yönetmek için etkili müdahaleleri keşfetmeye devam etmelidir[36].

2.3.1. Geriatri ve Kırılganlık

Geriatri, yaşlı yetişkinlerin sağlık bakımına odaklanan, bireyler yaşlandıkça ortaya çıkan karmaşık tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları ele alan uzmanlaşmış bir tıp alanıdır. Bu disiplin, artan yaşam beklentisi ve dünya çapında artan yaşlı yetişkin nüfusu göz önüne alındığında özellikle önemlidir. Geriatrik tıp, yaşlı yetişkinlerin tıbbi, psikolojik ve fonksiyonel yeteneklerini değerlendiren çok boyutlu bir tanı süreci olan Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD)'yi içeren hasta bakımına bütünsel bir yaklaşımı vurgular[37]. KGD, fizyolojik rezervin azalması ve stres etkenlerine karşı artan hassasiyet ile karakterize edilen ve sakatlık, hastaneye kaldırılma ve ölüm gibi olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilen yaygın bir geriatrik sendrom olan kırılganlığın tanımlanmasında çok önemlidir.

Kırılganlık, özellikle yaşlı yetişkinler arasında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir; prevalans oranları, çalışılan popülasyona ve değerlendirme için kullanılan kriterlere bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir. Tahminler, kırılganlığın toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %10-15'ini etkilediğini, oranların ise hastaneye yatırılan veya kurumlarda yatan popülasyonlarda %50'ye kadar çıkabileceğini göstermektedir[38].

Kırılganlık ile diğer geriatrik sendromlar arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür. Kırılganlık genellikle bilişsel bozukluk, depresyon ve düşme gibi durumlarla ilişkilidir ve sağlık durumundaki düşüşü şiddetlendiren bir kısır döngü yaratır. Örneğin depresyon fiziksel aktivitenin ve sosyal katılımın azalmasına neden olabilir. Bu da kırılganlığın gelişmesine katkıda bulunabilir. Tersine, kırılganlık, depresyon ve diğer zihinsel sağlık sorunlarının gelişme riskini artırabilir; bu da yaşlı yetişkinlerde sağlığın hem fiziksel hem de psikolojik yönlerini ele alan entegre bakım yaklaşımlarına olan ihtiyacı öne çıkarır[39].

Geriatri ve kırılganlık, yaşlı yetişkinlerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasının önemini vurgulayan birbiriyle ilişkili kavramlardır. Kırılganlığın geriatrik bir sendrom olarak tanınması, yaşlı bireylerin sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kapsamlı değerlendirmelere ve özel müdahalelere olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

2.3.2. Kırılganlık Tipleri

Kırılganlık, yaşlı yetişkinlerde çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal hassasiyetleri kapsayan kritik bir geriatrik sendrom olarak giderek daha fazla tanınmaktadır. Kırılganlık kavramı, ağırlıklı olarak fiziksel bir perspektiften, sağlık ve refahın çeşitli alanlarını kapsayan çok boyutlu bir anlayışa doğru gelişmiştir. Kırılganlığın çok boyutlu doğasını ve onu değerlendirmek için geliştirilen çeşitli değerlendirme araçları ve farklı kırılganlık türleri bulunmaktadır.

Tarihsel olarak, kırılganlık genellikle tek boyutlu modellerle değerlendirilmiş ve öncelikle güç, hareketlilik ve dayanıklılık gibi fiziksel yönlere odaklanılmıştır. Fiziksel kırılganlığa odaklanmak, kırılganlığın kapsamlı bir şekilde anlaşılması için gerekli olan bilişsel ve duygusal sağlık gibi diğer kritik bileşenleri gözden kaçırabilir. Çok boyutlu kırılganlık değerlendirmeleri psikolojik, sosyal ve çevresel etkiler de dahil olmak üzere daha geniş bir yelpazedeki faktörleri dikkate alır[40].

Fiziksel kırılganlık, genellikle sendromun en görünür ve ölçülebilir yönü olduğundan, kırılganlık araştırmalarında önemli bir odak noktası olmaya devam etmektedir. Güç, dayanıklılık ve fizyolojik işlevlerin azalmasıyla karakterize olup olumsuz sağlık sonuçlarına karşı hassasiyetin artmasına neden olur[41]. Yürüyüş hızı ölçümleri ve kavrama kuvveti testleri gibi değerlendirme araçları, fiziksel kırılganlığı değerlendirmek için yaygın olarak kullanılır. Araştırmalar, fiziksel kırılganlığın daha yüksek hastaneye yatış, sakatlık ve ölüm oranlarıyla ilişkili olduğunu göstererek erken teşhis ve müdahalenin önemini vurguluyor[42].

Bilişsel kırılganlık, eş zamanlı demans olmadan fiziksel zayıflık ve bilişsel bozukluğun bir arada bulunmasını ifade eder. Bu tür kırılganlık, fiziksel ve bilişsel sağlık arasındaki etkileşimi öne çıkarır; çünkü her iki alan da bireyin genel refahını ve işlevsel kapasitesini önemli ölçüde etkileyebilir[43].

Psikolojik kırılganlık, depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon gibi duygusal ve zihinsel sağlık alanlarını kapsar. Psikolojik faktörlerin fiziksel zayıflığı artırabileceği ve bunun tersinin de mümkün olduğu giderek daha fazla kabul

edilmektedir. Örneğin, depresyon yaşayan bireylerin fiziksel aktivite motivasyonları azalabilir ve bu da fiziksel sağlıklarının daha da kötüleşmesine neden olabilir[44]. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) gibi psikolojik durumu değerlendiren değerlendirme araçları, psikolojik zayıflığın belirlenmesi ve uygun müdahalelerin geliştirilmesi için gereklidir.

Sosyal kırılganlık, sosyal izolasyon, destek ağlarının eksikliği ve topluluk faaliyetlerine sınırlı katılım dahil olmak üzere sosyal faktörlerin bireyin sağlığı ve refahı üzerindeki etkisini ifade eder[45]. Sosyal kırılganlığın sağlık sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebileceğini, sosyal olarak izole bireylerin hastane yatışı ve ölüm dahil olmak üzere olumsuz olaylar açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir. Sosyal bağlantıları ve destek ağlarını güçlendirmeyi amaçlayan müdahalelerin kırılganlığın etkilerini hafiflettiği, yaşlı yetişkinler arasında dayanıklılığın desteklenmesinde topluluk katılımının öneminin vurgulandığı gösterilmiştir[46,47].

2.3.3. Kırılganlık Risk Faktörleri

Kırılganlığın risk faktörlerinin doğru ve sağlam bir şekilde anlaşılması, kırılganlığın önlenmesinde ön koşullardandır. Yaşlı yetişkinlerde kırılganlığın başlamasına neden olabilen birçok etken bulunmaktadır. Fizyolojik rezervlerin azalması, komorbidite veya multi-morbitide ve ileri yaş kırılganlık riskini artıran nedenlerdendir. Sosyodemografik özellikler, yaşam tarzı, yaşam seyrini etkileyen çevre faktörleri ve yaşam olayları kırılganlığı doğrudan etkileyebileceği gibi, kırılganlığa neden olan hastalıkların başlangıcını etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum, obezite, alkol kullanımı ve sigara kırılganlıkla ilişkili faktörler olarak bulunmuştur. Kanser, tip 2 diyabet, depresyon, multiple skleroz, kronik halsizlik sendromu, bağ dokusu hastalığı, KOAH gibi kronik hastalıklar veya bunların birlikte ortaya çıkmasının, kırılganlık riskini artırdığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada malnütrisyon ve bilişsel işlev bozukluğu ile kırılganlık arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur[48–50].

2.4. Depresyon

Depresyon, kalıcı üzüntü, umutsuzluk duyguları ve daha önce keyif alınan aktivitelere karşı ilgi veya zevk eksikliği ile karakterize, yaygın bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon hakkındaki araştırmalar çok eski zamanlara dayanmaktadır. Bergamalı Galen milattan sonra 170'li yıllarda melankoliyi depresyon ve korku, diğer insanlardan nefret etmek, kişinin hayatından memnun olmaması olarak tanımlamıştır[51].

DSÖ ayrıca depresyonu, günlük işlevsellikte ve yaşam kalitesinde önemli bozulmalara yol açabilen yaygın bir zihinsel bozukluk olarak kabul etmektedir[52].

2.4.1. Depresyon Sıklığı ve Sınıflaması

Depresyonun küresel yaygınlığı farklı bölgeler ve toplumlar arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Majör depresif bozukluğun (MDB) yaşam boyu yaygınlığının, coğrafi ve kültürel bağlamlara bağlı olarak değişmekle birlikte, dünya çapında %5 civarında olduğu tahmin edilmektedir[53]. Epidemiyolojik çalışmalar herhangi bir yılda erkeklerin %8'nin, kadınların %13'ünün depresyonda olduğunu göstermektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmaları'nda yıllık depresif nöbet yaygınlığı erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4, tüm nüfusta %4 olarak raporlanmıştır. Verilerde görüldüğü üzere depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda iki kat daha fazladır[51].

DSÖ verilerine göre 2015 yılında depresyonlu küresel nüfusun oranının %4,4 olduğu tahmin edilmektedir. Depresyon kadınlarda (%5,1) erkeklere (%3,6) göre daha yaygındır. Yaygınlık DSÖ Bölgesine göre değişmektedir; Batı Pasifik Bölgesi'ndeki erkekler arasında %2,6 gibi düşük bir seviyeden, Afrika Bölgesi'ndeki kadınlar arasında %5,9'a kadar düşmektedir. Prevalans oranları yaşa göre değişiklik gösterir ve ileri yetişkinlik döneminde zirveye ulaşır. Depresyon yaygınlığı 55-74 yaş arası kadınlarda %7,5'in üzerinde ve erkeklerde %5,5'in üzerinde görülür. Depresyon 15 yaşın altındaki çocuk ve ergenlerde de görülür, ancak daha büyük yaş gruplarına göre daha düşük düzeydedir. Dünyada depresyonla yaşayan toplam insan sayısı 322 milyondur. Depresyonla yaşayan tahmini toplam insan sayısı 2005 ile 2015 yılları

arasında %18,4 arttı; bu, küresel nüfusun genel büyümesinin yanı sıra depresyonun daha yaygın olduğu yaş gruplarında da orantılı bir artışı yansıtıyor[54].

Corona Virus Disease 19 (COVID-19)'un hızla yayılmasıyla ortaya çıkması, küresel olarak popülasyonlarda kaygıyı şiddetlendirdi ve bireylerde ruh sağlığı bozukluklarına yol açtı. Kanıtlar, bireylerin psikoz, kaygı, travma, intihar düşünceleri ve panik atak semptomları yaşayabileceğini göstermektedir. Çalışmalar benzer şekilde COVID-19'un kaygı, depresyon ve travma sonrası stres semptomları gibi ruh sağlığı sonuçlarını etkilediğini göstermiştir[55].

Kronik hastalıkları olanlar veya düşük sosyo-ekonomik koşullardakiler gibi belirli popülasyonlarda prevalans önemli ölçüde daha yüksektir.

Demografik faktörler depresyonun yaygınlığında kritik bir rol oynamaktadır. Cinsiyet farklılıkları özellikle dikkat çekicidir; kadınların depresyon yaşama olasılığı erkeklere göre daha fazladır. Araştırmalar, kadınların erkeklere kıyasla depresyon tanısı alma olasılığının yaklaşık iki kat daha fazla olduğunu gösteriyor; bu eğilim onlarca yıldır tutarlıdır[56]. Bu eşitsizlik, hormonal dalgalanmalar, toplumsal beklentiler ve stres etkenlerine daha fazla maruz kalma gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonuna bağlanabilir.

Yaş, depresyon prevalansını etkileyen bir diğer önemli faktördür. Yaşlı yetişkinler genellikle sosyal izolasyon, kronik hastalık ve sevdiklerinin kaybı gibi faktörler nedeniyle daha yüksek depresyon oranları sergiliyor. Çalışmalar, yaşlı yetişkinlerde depresyon prevalansının toplumsal ortamlardan %1 ila %5 arasında daha fazla olabileceğini göstermiştir[54].

Psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılmasında çeşitli yöntemler kullanılsa da en yaygın kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) depresyon alt grupları sınıflaması aşağıdaki gibidir.

1. Yıkıcı duygu-durum düzensizliği bozukluğu,
2. Majör depresif bozukluk

3. Kalıcı depresif bozukluk (distimi),
4. Premenstrüel disforik bozukluk,
5. Madde/ilacın yol açtığı depresif bozukluk,
6. Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk,
7. Diğer tanımlanmış depresif bozukluk, ve
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk[57].

2.4.2. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon, sürekli üzüntü, umutsuzluk duyguları ve günlük aktivitelere karşı ilgi veya zevk eksikliği ile karakterize çok yönlü bir zihinsel sağlık bozukluğudur. Depresyonun etiyolojisini anlamak, etkili önleme ve tedavi stratejileri geliştirmek için çok önemlidir. Depresyon etiyolojisinde biyolojik, genetik, çevresel ve psikososyal faktörler etkilidir.

Depresyonun etiyolojisinde biyolojik faktörler önemli rol oynamaktadır. Genetik yatkınlık, en iyi belgelenmiş depresyon gelişimine katkıda bulunan faktörlerden biridir; araştırmalar, ailesinde depresyon öyküsü olan bireylerin bu bozukluğa yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. İkiz çalışmaları, MDB için kalıtım tahminlerinin %37 ile %50 arasında değiştiğini göstermiştir; bu da önemli bir genetik bileşen olduğunu düşündürmektedir. Serotonin taşıyıcı gendeki (5-HTTLPR) ve beyinden türetilen nörotrofik faktördeki (BDNF) varyasyonlar gibi spesifik genetik belirteçlerin, depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığı gösterilmiştir[58].

Psikolojik faktörler, özellikle de kişilik özellikleri ve bilişsel yöntemler, depresyon gelişme riskini önemli ölçüde etkilemektedir. Olumsuz duygusal durumlara yönelik bir eğilim ile karakterize edilen nevrotiklik, depresyon gelişimine katkıda bulunan önemli bir etken olarak tanımlanmıştır. Yüksek düzeyde nevrotikliğe sahip bireylerin, çoğunlukla uyumsuz başa çıkma stratejileri ve olumsuz düşünce kalıpları nedeniyle kaygı ve depresif belirtiler yaşama olasılığı daha yüksektir[59].

Bilişsel depresyon teorileri, depresyonun başlangıcında ve sürmesinde olumsuz düşünme kalıplarının rolünü vurgulamaktadır. Bu modele göre depresyonlu bireyler sıklıkla kendileri, deneyimleri ve gelecekleri hakkında olumsuz inançlar sergilerler ve bu da bir umutsuzluk ve umutsuzluk döngüsüne yol açar[59].

Depresyonun etiyolojisinde sosyal faktörler de önemli rol oynamaktadır. Sosyal destek ruh sağlığının önemli bir belirleyicisidir. Güçlü sosyal ağlara sahip kişiler genellikle strese karşı daha dayanıklıdır ve sosyal olarak izole olanlarla karşılaştırıldığında depresyon oranları daha düşüktür[60]. Sevilen birinin kaybı, boşanma veya maddi zorluklar gibi olumsuz yaşam olayları, özellikle önceden sosyal olarak zayıf yönleri olan bireylerde depresif dönemleri tetikleyebilir.

Komorbid durumların varlığı depresyonun etiyolojisini ve tedavisini zorlaştırabilir. Örneğin, diyabet veya kalp-damar hastalığı gibi kronik hastalıkları olan bireylerin depresyona yakalanma riski daha yüksektir. Fiziksel sağlık ile zihinsel sağlık arasındaki etkileşim karmaşıktır; Depresyon kronik rahatsızlıkları şiddetlendirebilir ve sağlık sonuçlarının kötüleştiği bir döngüye yol açabilir. Bunun yanında, kronik hastalıklar depresif semptomların başlamasına katkıda bulunabilir[61]

2.4.3. Depresyon Semptomları

MDB'nin tanı kriteri olan semptomların, kilo değişimi ve intihar düşüncesi dışındaki kriterlerinin neredeyse her gün bulunması gerekir. Depresif ruh halinin her gün mevcut olmasının yanı sıra, günün büyük bir bölümünde de mevcut olması gerekir. Vakaların büyük bir kısmında yorgunluk ve uyku bozukluğu mevcuttur; psikomotor bozukluklar çok daha az görülür. Majör depresif dönemin temel özelliği, en az 2 haftalık bir süre boyunca ya depresif duygudurumun ya da hemen hemen tüm etkinliklere karşı ilgi ya da zevk kaybının olmasıdır. Kişinin ayrıca iştah veya kiloda değişiklik, uyku ve psikomotor aktivitedeki değişik, enerji azalması, değersizlik veya suçluluk duyguları, düşünme, konsantre olma veya karar vermede zorluk, tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesinden en az dört ek semptomu da deneyimlemesi gerekir[57].

Bazı bireylerde cinsel ilgi veya istekte önceki dönemlere göre önemli bir azalma olur. İştah değişikliği, azalma veya artış şeklinde olabilir. Uyku bozukluğu, uyku güçlüğü ya da aşırı uyuma şeklinde olabilir. Psikomotor ajitasyon veya gerileme başkaları tarafından gözlemlenebilecek kadar şiddetli olmalı ve yalnızca kişinin subjektif duygularını temsil etmemelidir. Hastalarda enerji azalması, yorgunluk ve bitkinlik yaygın görülür. Görevlerin yerine getirilmesinde verimlilik azalabilir[57].

2.4.4. Depresyon Tanısı

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan ve dünya genelinde en sık kullanılan aşağıda listelenen DSM-V kriterlerine göre, belirlenen 9 kriterden 5'inin bulunması gerekir. Belirtiler en az iki hafta boyunca devam etmeli ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini ciddi derecede etkilemelidir. Semptomlardan birinin, depresif bir ruh hali ya da ilgi, istek veya zevk kaybı olması gerekir[57].

1. Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde depresif ruh hali.
2. Etkinliklerin tümüne ya da hemen tümüne karşı ilginin ya da zevkin belirgin biçimde azalması.
3. Diyet yapılmadan belirgin kilo kaybı, kilo alımı veya iştahta azalma/artma.
4. Uykusuzluk veya aşırı uyuma.
5. Psikomotor ajitasyon veya gerilik.
6. Yorgunluk veya enerji kaybı.
7. Değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları.
8. Düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık.
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesi

2.5. Geriatrik Depresyon

Geriatrik depresyon terimi, ilk kez ileri yaşlarda ortaya çıkan depresif bozukluğun yanında erken yaşlarda ortaya çıkıp yaşlanan hastaları da içine alır. Yaşlı nüfusta görülen depresif bozukluk işlevselliğin bozulması, sağlık kaynaklarının aşırı kullanımı, eş zamanlı görülen diğer hastalıklar ve intiharı da içeren ölüm oraları ile ilişkili yaygın ve ciddi bir sağlık sorunudur[62].

Depresyon yaşlılık dönemi duygu-durum bozukluklarından en sık görülenidir. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklar, bilişsel ve fiziksel düşüş, yakınların vefatı, geçmişe duyulan özlem, ekonomik kayıplar, yaşam kalitesinde düşüş, yaşamın sonlarında olmanın vermiş olduğu endişe gibi sebepler depresyon belirtilerini ortaya çıkarır[63].

Yaşlı bireyler arasında depresyon yüksek prevalansına rağmen fiziksel komorbiditeler ve bilişsel işlev bozukluğu nedeniyle genellikle yetersiz teşhis edilir. Yayınlanan istatistikler geriatrik depresyon yükü konusunda eksik kalıyor olabilir. Ayrıca, yaşlı bireylerde görülen depresyon yeterince tedavi edilemiyor. Tedavi maliyeti, depresyonla damgalanma korkusu, tedavilerin etkinliğine ilişkin endişeler, depresyonun yaşlılığın normal bir parçası gibi algılanması gibi sebepler teşhis ve tedavinin hastalar tarafından aranmamasına neden olmaktadır. Depresyon yaşlılık döneminde birçok hastalığın durumunu kötüleştirebilir, sakatlık, düşme ve mortalite gibi birçok olumsuz sonuca yol açabilir[64].

Yaşlı yetişkinlerde depresyonun tedaviye yanıt verdiğine dair güçlü kanıtlar bulunmasına rağmen, toplumda yaşayan majör depresyonlu yetişkinlerin %30'undan fazlası tedavi alamıyor. Yetersiz tedavinin maliyeti hem yetersiz tedavi gören yaşlı birey hem de toplum için çok büyüktür. Depresyondaki yaşlı yetişkinler, depresyonu olmayan yaşıtlarına göre çok daha fazla sağlık kaynağı kullanımına neden oluyor. Yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan derin etkisinin ötesinde, yaşlı yetişkinlerde depresyon işlevsel engellilik için bir risk faktörü olmasının yanında erken ölümlere de neden olabilir[65].

Yaşlı bireyler, genç nüfusa oranla daha sık görülen hastalıklardan olan diyabet, artrit, hipertansiyon gibi hastalıklara bakış açısının aksine, depresyona sahip olma konusunda ciddi bir damgalanma korkusu yaşıyor. Bunun yanında, depresif kişilerin bu durumu bir hastalık olarak tanımadıkları öne sürülmüştür. Toplumsal ve tıbbi damgalanma, depresyonun yaşlılığın normal bir parçası olduğu düşüncesi başta olmak üzere birçok neden geriatrik depresyonun tanı ve tedavisinin önünde güçlü bir engel oluşturmaktadır[65].

Yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılıkta da ruh sağlığı ve refahının iyi olması önemlidir. Türkiye'deki yaşlı nüfus artışı ile yaşlılık dönemi depresyonunu önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

2.5.1. Geriatrik Depresyon Epidemiyolojisi

Kültürel faktörler ve ölçüm yöntemlerindeki farklılıklar yapılan çalışmalarda bildirilen yaşlılık dönemi depresyon yaygınlığında önemli farklılıklara yol açmaktadır. Depresyon oranları, eşlik eden tıbbi hastalığı olan yaşlı yetişkinlerde genel tıbbi ortamlara göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada hastanede yatarak tedavi alan geriatrik popülasyonda major depresyon yaygınlığı %10 ile %21 arasında bulunmuştur[66].

Depresyon dünya çapında yaklaşık 322 milyon insanı etkileyen yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Dünya çapında toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin %7,2'sinin majör depresyona sahip olduğu ve %17,1'inin yaşamları boyunca depresyon geçirdiği tahmin edilmektedir[67].

Ülkeler arasında depresyon yaygınlık oranları farklılık göstermektedir. Yapılan bir araştırmada Etiyopya'da yaşlıların %41,8'inin, Güney Afrika'da %40,0'ının ve Hindistan'da %42,7'sinin depresif belirtileri olduğunu ortaya koymuştur. Dünya çapında, her sekiz yaşlı bireyden birinde klinik açıdan anlamlı depresif belirtiler bulunmaktadır. Huzurevi ve yataklı tedavi merkezlerinde kalan yaşlı bireylerde depresyon oranı daha yüksektir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin %68,9'unun, evde yaşayanların ise %27,9'un da depresyon saptanmıştır[68].

Yaşlı bireyin biyolojik yapısı, yaşam deneyimleri ve sorunlarla başa çıkma biçimi, fiziksel sağlık koşulları, ekonomik koşulları, toplumdaki statüsü ve yalnız yaşaması psikolojik sağlık durumunu etkilemekte ve bu nedenle yaşlılarda depresyon daha sık ortaya çıkabilmektedir. DSÖ, yaşlı erişkinlerde en sık görülen ruhsal bozukluğun, dünya yaşlı nüfusunun yaklaşık %7'sini etkileyen depresyon olduğunu ve

yaşlı erişkinlerin %15'inde klinik olarak anlamlı depresif belirtilerin görüldüğünü bildirmiştir[68].

2.5.2. Geriatrik Depresyon Etyolojisi

Geriatrik depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen karmaşık bir durumdur. Kapsamlı değerlendirme, erken müdahale ve kişiye özel tedavi yaklaşımları, yaşlılar arasındaki bu önemli halk sağlığı sorununu ele almak için çok önemlidir.

Diyabet, hipertansiyon ve kronik ağrı gibi kronik hastalıkları olan yaşlı yetişkinlerde depresyon gelişme riski daha yüksektir. Günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmalar ve fiziksel zayıflık, yaşlılarda depresif belirtilerle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kadın cinsiyet, bekar olma, psikiyatrik hastalık öyküsü risk faktörleri arasında tanımlanmaktadır. Medikal nedenlerin dışında yoksulluk, sosyal destek eksikliği, yalnız yaşamak ve sosyal izolasyon geriatrik depresyon için önemli risk faktörleridir[69].

Yaşlılarda depresyonun ortaya çıkmasında huzurevinde yaşamak, düşük sosyoekonomik durum, yalnız yaşamak, kronik hastalığın varlığı, fiziksel, sözel ve ekonomik istismar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duymak başta olmak üzere birçok faktör rol oynamaktadır[68].

Yaşlılıkla birlikte tanıdıkların kayıpları artmakta, sosyal hayatta kopukluklar oluşmakta, fiziksel beceriler azalmakta, hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır. Bu belirtilerin depresif semptomların ortaya çıkması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir[70].

Uykusuzluk depresyon gelişimi için bir risk faktörüdür. Uykusuzluk yaşlı yetişkinlerde depresyon gelişimi için bir risk faktörü olmasının yanında uykusuzluğun devam etmesi depresyonun remisyonda olmadığının göstergesi olarak değerlendirilmiştir[71].

Huzurevi sakinlerinde yapılan bir çalışmada %50'si kadarında depresyon saptanmıştır. 65 yaş ve üzeri 634.060 huzurevi sakini üzerinde yapılan bir araştırma, ilk yıllarında %54'ünün doktor tarafından teşhis edilen depresyona sahip olduğunu bulunmuştur[72].

Kadınlarda tüm yaş gruplarında depresyon yaygınlığı daha yüksektir. Yaşlı kadınlarda depresyonun daha yaygın olmasının nedenleri arasında depresyona daha fazla duyarlılık, depresyonun daha uzun sürmesi, ölüm oranlarının düşük olması söylenebilir. Erkeklerde depresyon belirtileri öfke, sinirlilik, anhedoni, geri çekilme, ilgisizlik ve alkol kötüye kullanımı ile ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Ayrıca erkeklerin üzüntü ve psikolojik semptomları kabul etme olasılıkları daha düşüktür. Yaşın ilerlemesiyle depresyon yaygınlığı cinsiyetler arasında birbirine yaklaşır[73,74].

Serebrovasküler hastalıklar çeşitli nörobiyolojik mekanizmalar aracılığıyla yaşlı yetişkinlerde depresyon riskini artırır. Akut bir serebrovasküler hastalıktan sonra beyinde iskemik değişiklerle birlikte depresyon gelişebilir. Bu durum vasküler depresyon olarak tanımlanır[75].

2.5.3. Geriatrik Depresyon Semptomları

Mevcut tanı sistemleri arasında yaşlılara özgü bir depresif bozukluk tanı kriteri bulunmamaktadır. Ancak pratik olarak gözlemlenen ve araştırmalarla desteklenen bulgulara göre yaşlılarda gözlenen depresyon ile erken yaşlarda görülen depresyonun klinik özellikleri farklı olabilmektedir. Ayrıca yaşlı bireylere özgü bazı özellikler depresyonun tanı ve tedavisini zorlaştırabilmektedir. En önemli etkenlerden biri yaşlıların depresif duygu durumlarını ifade etmekte zorluk çekmeleridir. Depresif duygu durumları, ilgi kaybı ve anhedoni yaşlılığın bir özelliği olarak görülebilmektedir. Bu nedenle bir şikayet olarak ifade edilmemektedir[76].

Yaşlı bireyler uykusuzluk, iştahsızlık, kabızlık, ağrı gibi somatik belirtileri daha kolay ifade eder. Yaş ilerledikçe tıbbi hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. İleri yaşlarda depresyon belirtileri tıbbi hastalık belirtileri ile karışabilmektedir. Yaşlılarda depresyon tanısı konulmasının önünde bazı engeller

vardır. Yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaşlılığa bağlanması ve normal kabul edilmesi; iştah kaybı, yorgunluk ve uyku bozukluklarının tıbbi hastalıkların belirtileri olarak düşünülmesi, bilişsel sorunların gizlenmeye çalışılması tanı konulmasını olumsuz yönde etkilemektedir[76].

MDB'de dikkat ve konsantrasyon kaybının yanında hatırlama ve kısa süreli bellek fonksiyonlarında da bozulmalar görülebilir. İleri yaş depresyonun da ise yürütücü işlevler, bellek ve dikkat gibi bilişsel işlevlerde bozulmalar görülür[77,78]. Yaşlı bireylerde görülen depresyonda asıl sorun işlem hızının etkilenmesi ve bunun sonucunda yürütücü işlevler, çalışma belleği, bellek ve dilde bozulmaların görülmesidir[79].

Yaşlı depresif bireylerde değersizlik hissi, umutsuzluk duyguları ve üzgün görünüm ön plandadır. Geçmişteki hata, başarısızlık, düşüncesizlik duygularından kendilerini suçlarlar. Yeme içme reddi, çevreden çekinme, ağır hastalarda yataktan çıkmama ve inkontinans görülebilir. Bu bireylerde tedaviden fayda sağlamayacağı ve umutsuzluk durumu mevcuttur. Yaşamalarının gereksiz olduğu ve tedaviyi hak etmedikleri düşüncesini dile getirirler[80].

Yaşlı depresiflerde uykusuzluk, ajitasyon, hipokondria, letarji, irritabilite, daha sık görülürken depresif mizaç, depersonalizasyon ve aşikar intihar fikirleri daha az görülür. Yaşlılıkta ilk kez ortaya çıkan depresyonda ise kognitif yıkım olasılığı daha fazla, nöropsikolojik testlerde daha fazla yıkım, demans gelişmesine yatkınlık ve mortalite daha fazla görülür. Yaşlı bireylerde depresyonda ileri derece lokalize ve yaygın ağrı görülebilir. Bu tip geçmeyen, tedaviye cevap vermeyen yüz, pelvis ve siyatik ağrılarının depresyon nedeniyle olabileceği akılda tutulmalıdır[80].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Projesi

Bu çalışmada 65 yaş üstü bireylerde kırılganlık ve geriatrik depresyonun aile fonksiyonelliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Süresi

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Araştırma Mayıs-Aralık 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı EASM'ye kayıtlı 65 yaş üstündeki kişiler oluşturmuştur. EASM'lere kayıtlı 65 yaş üstünde toplam 644 birey bulunmaktadır. Bu EASM' lerden üç Aile Hekimliği Birimi üniversite yerleşkesinde; iki AHB ise merkez ilçe olan Aziziye'dedir.

Yapılan örneklem hesabında bir meta-analizde 65 yaş üstü bireylerde kırılganlık oranı %26 verildiğinden %95 güven aralığında %5 hata payı ile çalışmamıza en az 203 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan katılımcılara yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak sosyodemografik verileri (yaş, eğitim, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, kronik hastalık varlığı, sigara gibi) alındıktan sonra, Aile APGAR

Ölçeği, 65 Yaş Üzeri Bireylerde Uluslararası Kırılganlık Ölçeği (FRAİL Ölçeği) ve Geriatrik Kısa Depresyon Ölçeği (GDÖ) uygulanmıştır.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 65 yaş üstü olma
- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.6. Çalışmada Dışlanma Kriterleri

- Görme bozukluğu olmak
- Demans tanısı olmak
- Oryantasyon-kooperasyon bozukluğu olmak
- Aktif kanser hastası olmak
- Fiziksel engelli olmak
- Akut bir hastalığı olmak (enfeksiyon, miyokard enfarktüsü, KOAH atağı, dekompanse kalp yetmezliği)
- Son bir ay içinde hastanede yatmış olmak

3.7. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışma için AÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.02.2024 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/256 sayılı izin alındı.

3.8. Veri Toplama Süreci

Çalışma AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet EASM'ne kayıtlı 65 yaş üstü hastalara Mayıs-Aralık 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 65 yaş üstü bireyler bilgilendirilmiş, onam formu imzalatılmıştır. Çalışmayı yürüten araştırma

görevlisi tarafından Veri Toplama Formu, Aile APGAR Ölçeği, 65 Yaş Üzeri Bireylerde Uluslararası Kırılganlık Ölçeği (FRAİL Ölçeği) ve Geriatrik Kısa Depresyon Ölçeği (GDÖ) sırasıyla uygulanmıştır. Toplanan formlar daha sonra değerlendirmek içim saklanmıştır. Çalışmaya toplam 203 kişi katılmıştır.

3.9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada sosyodemografik özellikleri içeren Veri Toplama Formu, Aile APGAR Ölçeği, 65 Yaş Üzeri Bireylerde Uluslararası Kırılganlık Ölçeği (FRAİL Ölçeği) ve Geriatrik Kısa Depresyon Ölçeği (GDÖ) aynı görüşmede sırasıyla uygulanmıştır.

3.9.1. Veri Toplama Formu

Çalışmada sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu, sosyodemografik verileri belirlemeye yönelik 16 sorudan (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı ortam, günlük kullandığı ilaç sayısı, spor yapma durumu, hastane yatış durumu, sağlık kuruluşlarına ne sıklıkta başvurduğu, sigara gibi) oluşmaktaydı.

3.9.2. Aile APGAR Ölçeği

Aile APGAR'ı ailenin fonksiyonelliğini değerlendirmek için kullanılan araçlardan biridir. Test rutin hasta görüşmesinin bir parçası olarak veya kapsamlı sağlık değerlendirmesinde tarama amacıyla kullanılabilir. Hekimlerin aile fonksiyonu hakkında hızlı fikir edinmesini sağlayan test, kişilerin kendileri tarafından da doldurulabilir. Beş kapalı uçlu sorudan oluşan ölçek, aile üyelerinin kendi ailelerinin işlevselliğine ilişkin algılarını değerlendirir. Hekimin kısa sürede aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemesini ve kritik problemlere odaklanmasını sağlamaktadır. Aile APGAR'ı aile işlevselliğinin beş parametresini ölçmektedir[28]:

Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz sırasında ailenin dengesi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımını değerlendirir.

Partnership (Ortaklık): Kararların ve sorumlulukların paylaşılmasını değerlendirir.

Growth (Gelişme): Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşmayı değerlendirir.

Affection (Duygulanım): Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılmasını değerlendirir.

Resolve (Karar verme): Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireylerine zaman ayırma kararı; zamanın, malın, paranın nasıl paylaşıldığı kararını değerlendirir.

Parametrelerin ilk harfleri kullanılarak APGAR akronimi oluşturulmuştur. Ölçek farklı aile tiplerine, ailenin her bir bireyine veya bireysel olarak uygulanabilir. Ölçekte yer alan beş parametrenin her birinden memnuniyet duygusunun sıklığını belirlemek için üç seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Ölçekte, her bir sorudan alınan puanlar toplanır ve alınabilecek puanlar 0-10 arasında değişmektedir. Aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet algısı alınan puanla doğru orantılıdır. Değerlendirme 0-3 puan şiddetli disfonksiyonel, 4-6 puan orta derecede disfonksiyonel, 7-10 puan yüksek fonksiyonel şeklinde yapılmaktadır[28].

3.9.3. FRAİL Ölçeği

Yaşlı bireylerde kırılganlığa sebep olan birçok faktör vardır. Çok faktörlü klinik bir durum olan kırılganlığın ölçülmesi de zordur. Kırılganlığın belirlenmesi için kliniklerde kolay uygulanabilir ve güvenilir yöntemler geliştirilmiştir. Morley ve arkadaşları tarafından geliştirilen FRAİL Ölçeği de geçerliliği kanıtlanmış ve kırılganlığı belirlemede etkili bir yöntem olduğu gösterilmiştir. FRAIL Ölçeği Yorgunluk, Direnç, Yürüme Yeteneği, Hastalıklar ve Kilo Kaybını sorgulayan beş maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hymabaccus ve ark. tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda FRAİL ölçeğinin

Türkçe' sinin yüksek iç tutarlılık, test-tekrar test ve bağımsız uygulayıcılar arası güvenirlik gösterdiği bulunmuştur[81].

Hastanın yorgunluk durumunu değerlendiren ''Son dört haftanın ne kadarında kendinizi yorgun hissettiniz?'' sorusu hastaya yöneltilir. Hasta 1=Her zaman, 2=Çoğu zaman, 3=Bazı zaman, 4=Biraz zaman ve 5=Hiçbir zaman seçeneklerinden birini seçer; Hastanın cevabı 1 veya 2 ise 1 puan, diğerleri 0 puan olarak değerlendirilir. Hastanın direnç durumunu değerlendiren '' Tek başına ve herhangi bir alet kullanmadan, 10 basamağı dinlenmeden çıkmakta zorluk çekiyor musun?" sorusu hastaya yöneltilir. Hasta evet derse 1 puan hayır derse 0 puan olarak değerlendirilir. Hastanın yürüme yeteneğini değerlendiren '' Tek başına ve yardımcı alet kullanmadan birkaç yüz metre yürümekte zorluk yaşıyor musun?" sorusuna evet derse 1 puan hayır derse 0 puan olarak değerlendirilir. Hastanın hastalıklarını değerlendirmek için '' Bir doktor size hiç şu hastalıklarınızın olduğunu söyledi mi? (Diyabet, Hipertansiyon, Kronik Akciğer Hastalığı, Kalp Krizi, Konjestif Kalp Yetmezliği, Angina, Astım, Artrit, İnme, Böbrek hastalığı, Kanser)'' sorusu yöneltilir. Hastanın 0-4 arası hastalığı varsa 0 puan, 5-11 hastalığı varsa 1 puan olarak değerlendirilir. Hastanın kilo kaybını değerlendirmek için '' Son bir yıl için de vücut ağırlığınızın %5'den fazlasını kaybettiniz mi? (Bir yıl önceki kilonuz ne kadar……Şu anki kilonuz ne kadar ……) sorusu yöneltilir ve kilo değişim yüzdesi hesaplanır. %5 ve üzerinde değişim 1 puan, %5 altında ise 0 puan olarak değerlendirilir. FRAİL Ölçeği'nden alınan 0 puan kırılganlığın olmadığını; 1-2 puan ön-kırılganlığı; >2 puan kırılganlığı gösterir[81].

3.9.4. Geriatrik Kısa Depresyon Ölçeği

Geriatrik Depresyon Ölçeği' nin 30 sorudan oluşan başlangıç formu Yesavage ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup, Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği 1997 yılında Ertan ve ark. tarafından yapılmıştır. Ancak GDÖ' nün 30 soruluk formu, GDÖ' nün 15 soruluk formuna göre hekimler ve hastalar açısından uzun zaman alan bir tarama testidir. GDÖ' nün 15 soruluk formu daha basit ve kısa zamanda uygulanabilmektedir. GDÖ-15 hastanın son bir haftadaki ruh halini sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır. Yaşlılar için kolay cevaplanabilen sorular evet ve hayır yanıtlarını içermektedir. Depresyonu düşündüren evet veya hayır yanıtına 1

puan diğer yanıta 0 puan olarak değerlendirilir. Tüm puanlar toplanarak depresyon puanı hesaplanır. Toplam puana göre 0-4 puan depresyonun olmadığı, 5-8 hafif depresyon, 9-11 orta düzey depresyon, 12-15 şiddetli depresyon olarak değerlendirilir[7].

3.10. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri, araştırmanın temel amaçları doğrultusunda nicel yaklaşımlara dayandırıldı. Verilerin analizi SPSS 27 istatistik yazılımıyla gerçekleştirildi ve tüm değerlendirmelerde %95 güven aralığı ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyi esas alındı.

Katılımcıların demografik özelliklerini ve çalışmada yer alan değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerini belirlemek amacıyla frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi yöntemler uygulandı. Aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının farklı gruplara göre incelenmesinde bağımsız 2 grup için bağımsız gruplar t-Testi kullanıldı. Gruplar ikiden fazla olduğunda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tercih edildi. ANOVA sonuçlarında anlamlı bir fark bulunduğunda, bu farkın hangi gruplar arasında yer aldığını belirlemek için Hochberg GT2 çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi uygulandı. Bu test, grup büyüklüklerindeki belirgin farklılıklar ve varyansların homojen dağılım göstermesi nedeniyle uygun görüldü[82]. Elde edilen farklılıkların büyüklüğünü değerlendirmek için ise Cohen d ve Eta kare (η^2) hesaplandı. Cohen d için 0,2 küçük, 0,5 orta düzey etki büyüklüğünü; Eta kare için 0,01 küçük, 0,06 ise orta düzey etki büyüklüğünü ifade etti[82,83].

Aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının günlük ilaç kullanımı, acil servis başvuruları ve aile hekimi ziyaretleriyle ilişkisini belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Aile işlevselliği düzeyinin belirli değişkenlerle ilişkisini incelemek için ki-kare testi kullanıldı. Ayrıca, aile işlevselliğinin kırılganlık ve geriatrik depresyon üzerindeki etkisi basit doğrusal (lineer) regresyon analizi ile değerlendirildi. Bunun yanı sıra aile işlevselliğinin, kırılganlık ve geriatrik depresyon üzerindeki etkilerine ilişkin ayrıca lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Parametrik testlerin kullanılabilmesi için, verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını test etmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelendi. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±2,00 sınırları içinde olduğu görülerek[84], verilerin normal dağılım gösterdiği ve parametrik analizlerin kullanılmasının uygun olduğu sonucuna varıldı (Tablo 3.1).

Tablo 1. Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Puanlar	**n**	**Çarpıklık**		**Basıklık**	
		İstatistik	**S. H.**	**İstatistik**	**S. H.**
Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	203	-0,484	0,171	-0,750	0,340
Kırılganlık (Frail) Skoru	203	0,587	0,171	-0,439	0,340
Geriatrik Depresyon (GDS-15) Skoru	203	0,840	0,171	0,876	0,340

3.11. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın verilerinin tek merkezli olarak toplanmış olması nedeniyle sonuçların geneli yansıtması açısından kısıtlılıkları bulunmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular

65 yaş üstü bireylerde kırılganlık ve geriatrik depresyonun aile fonksiyonelliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu çalışma, toplam 203 bireyin katılımı ile gerçekleştirildi. Tablo 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	**n**	**%**
Cinsiyet		
Erkek	108	53,2
Kadın	95	46,8
Yaş		
$\bar{x}$±s [Min.-Maks.] Medyan	70,98±4,82 [65-91] 70	
Yaş Grubu		
65-74	159	78,3
75-84	42	20,7
85 ve üzeri	2	1,0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	64	31,5
8 yıl altında eğitim almış	124	61,1
8-12 yıl eğitim almış	7	3,4
12 yıldan fazla eğitim almış	8	3,9
Yaşadığı Ortam		
İlk eşi ile	155	76,4
Çocuğu ile	33	16,3
Yalnız	10	4,9
Sonraki eşi ile	5	2,5
Toplam	**203**	**100**

Buna göre, katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, %53,2'sinin (n=108) erkek, %46,8'inin (n=95) kadın olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, erkek katılımcıların kadınlara oranla daha fazla temsil edildiğini ortaya koymakla birlikte oldukça homojen bir dağılım olduğunu göstermektedir.

Yaş özellikleri bakımından, katılımcıların yaşlarının 65 ile 91 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 70,98±4,82 olduğu ve medyan (ortanca) yaşın 70 olduğu belirlendi. Ayrıca katılımcıların %78,3'ünün (n=159) 65-74 yaş grubunda, %20,7'sinin (n=42) 75-84 yaş grubunda ve %1'inin (n=2) 85 yaş ve üzerinde yer aldığı görüldü. Yaş gruplarına ilişkin bu bulgular, 65-74 yaş grubunun çalışma örnekleminde ağırlıklı olduğunu göstermektedir.

Eğitim durumları incelendiğinde, katılımcıların %61,1'inin (n=124) 8 yıldan daha az eğitim aldığı, %31,5'inin (n=64) okur-yazar olmadığı, %3,4'ünün (n=7) 8-12 yıl eğitim aldığı ve %3,9'unun (n=8) 12 yıldan fazla eğitim aldığı belirlendi. Bu dağılım, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin örneklemde yoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların yaşam ortamı incelendiğinde ise %76,4'ünün (n=155) ilk eşi ile birlikte yaşadığı, %16,3'ünün (n=33) çocuğu ile yaşadığı, %4,9'unun (n=10) yalnız yaşadığı ve %2,5'inin (n=5) sonraki eşi ile birlikte yaşadığı tespit edildi. Yaşam ortamına ilişkin bu bulgular, katılımcıların çoğunluğunun eşleri ile birlikte yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Öte yandan, araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumu, sigara kullanımı ve tek başına iş yapabilme durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Buna göre katılımcıların %95,1'inin (n=193) aktif olarak çalışmadığı, %4,9'unun (n=10) ise halen çalıştığı belirlendi. Bu bulgu, çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun aktif iş hayatında yer almadığını ortaya koymaktadır.

Sigara kullanımı incelendiğinde, %51,7'sinin (n=105) sigara kullanmadığı, %28,1'inin (n=57) sigarayı bıraktığı ve %20,2'sinin (n=41) aktif olarak sigara

kullandığı görüldü. Bu sonuç, sigara kullanımının belirli bir grup için hala devam eden bir alışkanlık olduğunu göstermektedir.

Ev işleri ve alışverişi tek başına yapabilme durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %34'ünün (n=69) ara sıra kendisinin yaptığı, %33'ünün (n=67) çoğunlukla kendisinin yaptığı, %25,1'inin (n=51) her zaman kendisinin yaptığı ve %7,9'unun (n=16) hiç yapmadığı belirlendi. Bu dağılım, katılımcıların çoğunun ev işlerini ve alışverişi belirli bir düzeyde üstlendiğini göstermektedir.

Evde annesi ve babası olmadan torun bakma durumuna bakıldığında, %95,6'sının (n=194) ara sıra torun baktığı, %4,4'ünün (n=9) ise çoğunlukla torun baktığı görüldü. Bu bulgu, katılımcıların büyük bir kısmının torun bakımında ara sıra destek sağladığını ortaya koymaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Durumu, Sigara Kullanımı ve Tek Başına İş Yapabilme Durumlarına İlişkin Bulgular

Değişken	**n**	**%**
Aktif Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	193	95,1
Çalışıyor	10	4,9
Sigara Kullanımı		
Hiç kullanmamış	105	51,7
Bırakmış	57	28,1
Aktif kullanıyor	41	20,2
Ev işlerini/alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?		
Ara sıra ben yaparım	69	34,0
Çoğunlukla ben yaparım	67	33,0
Her zaman kendim yaparım	51	25,1
Hiç yapmam	16	7,9
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?		
Ara sıra ben yaparım	194	95,6
Çoğunlukla ben yaparım	9	4,4
Toplam	**203**	**100**

Ayrıca katılımcıların günlük ilaç kullanımı ile son bir yılda acil servis ve aile hekimine başvuru durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4. Günlük İlaç Kullanımı ile Acil Servis ve Aile Hekimi Başvurusuna İlişkin Bulgular

Değişken	n	Min.	Maks.	x̄	s	Medyan	Mod
Kullanılan Günlük İlaç Sayısı	203	0	17	4,02	2,55	4	4
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	203	0	24	1,65	2,67	1	0
Son bir yılda aile hekiminize kaç defa başvurdunuz?	203	0	50	7,55	5,56	6	5

Buna göre, katılımcıların günlük kullanılan ilaç sayısına bakıldığında, minimum 0, maksimum 17 ilaç kullanıldığı, ortalama ilaç sayısının 4,02±2,55 olduğu, medyan değerin 4, mod değerin ise yine 4 olduğu belirlendi. Bu bulgular, katılımcıların günlük olarak çoğunlukla 4 ilaç kullandığını göstermiştir.

Son bir yılda acil servise başvuru sayıları incelendiğinde, minimum başvuru sayısının 0, maksimum başvuru sayısının 24 olduğu, ortalama başvuru sayısının 1,65±2,67 olduğu, medyan değerin 1 ve mod değerin ise 0 olduğu görüldü. Bu sonuç, katılımcıların çoğunun acil servise başvurmadığını ya da nadiren başvurduğunu ortaya koymaktadır. Ancak ortalama olarak 2'ye yakın acil servis başvurusu bulunmaktadır.

Aile hekimine başvuru sayısı açısından, yıllık olarak minimum 0, maksimum 50 başvuru olduğu, ortalama başvuru sayısının 7,55±5,56, medyan değerin 6 ve mod değerin 5 olduğu belirlendi. Bu bulgu, katılımcıların aile hekimine başvurularının acil servise göre daha sık olduğunu ve çoğunlukla yılda 5-7 defa olduğunu gösterdi.

4.2. Katılımcıların Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların aile işlevselliği (APGAR), kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4'te gösterilen aile işlevselliği (APGAR) skorları incelendiğinde, katılımcıların skorlarının minimum 3 ile maksimum 10 arasında değiştiği ve ortalama skorun 7,62±1,94 olduğu belirlendi. Bu ortalama, APGAR ölçeğinden alınabilecek toplam skorun %76,2'sine karşılık gelmektedir. Bu sonuç, katılımcıların genel olarak aile işlevselliği açısından iyi düzeyde olduğunu göstermiştir.

Tablo 5. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	**n**	**Min.**	**Maks.**	**x̄**	**s**
Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	203	3,00	10,00	7,62	1,94
Kırılganlık Skoru	203	0,00	5,00	1,26	1,15
Geriatrik Depresyon Skoru	203	0,00	15,00	4,31	2,92

Kırılganlık skorları değerlendirildiğinde, skorların minimum 0 ile maksimum 5 arasında değiştiği ve ortalama skorun 1,26±1,15 olduğu görüldü. Bu ortalama, alınabilecek toplam skorun %25,2'sine karşılık gelmektedir. Elde edilen bu bulgular, katılımcıların kırılganlık seviyelerinin genel olarak düşük düzeyde olduğunu göstermiştir.

Geriatrik depresyon skorları incelendiğinde ise minimum 0 ile maksimum 15 arasında skorlar olduğu görüldü ve ortalama skorun 4,31±2,92 olduğu belirlendi. Bu ortalama, alınabilecek toplam puanın %28,7'sine karşılık gelmektedir ve katılımcıların geriatrik depresyon seviyelerinin ortanın altında olduğunu göstermiştir.

Ayrıca Tablo 4.5'te ölçeklerin kesme puanlarına göre belirlenen aile işlevselliği (APGAR), kırılganlık ve geriatrik depresyon düzeylerine ilişkin dağılımlar verilmiştir.

Buna göre, aile işlevselliği düzeyine göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %1'inin (n=2) şiddetli disfonksiyonel, %26,6'sının (n=54) orta derece disfonksiyonel, %72,4'ünün (n=147) ise yüksek fonksiyonel düzeyde olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, katılımcıların büyük bir kısmının aile işlevselliği açısından

yüksek düzeyde fonksiyonel olduğunu göstermiştir ve ölçeğin ortalama puanını doğrulamıştır.

Kırılganlık düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %33'ünün (n=67) kırılganlık göstermediği, %50,7'sinin (n=103) ön kırılganlık düzeyinde olduğu ve %16,3'ünün (n=33) kırılgan düzeyde olduğu belirlendi. Elde edilen bulgular, katılımcıların çoğunun kırılganlık açısından risk grubunda yer aldığını ancak bu riskin büyük oranda ön kırılganlık düzeyinde olduğunu ortaya koymuştur.

Geriatrik depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde ise katılımcıların %58,6'sının (n=119) normal düzeyde olduğu, %34,5'inin (n=70) hafif depresyon, %4,9'unun (n=10) orta derece depresyon ve %2'sinin (n=4) şiddetli depresyon düzeyinde olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, katılımcıların çoğunun geriatrik depresyon açısından normal ya da hafif düzeylerde olduğunu, şiddetli depresyon oranının ise oldukça düşük olduğunu göstermiştir.

Tablo 6. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Düzeylerine Göre Dağılım

Değişken	**n**	**%**
Aile İşlevselliği (APGAR) Düzeyi		
Şiddetli disfonksiyonel	2	1,0
Orta derece disfonksiyonel	54	26,6
Yüksek fonksiyonel	147	72,4
Kırılganlık Düzeyi		
Kırılganlık yok	67	33,0
Ön kırılganlık	103	50,7
Kırılgan	33	16,3
Geriatrik Depresyon Düzeyi		
Normal	119	58,6
Hafif depresyon	70	34,5
Orta derece depresyon	10	4,9
Şiddetli depresyon	4	2,0

4.3. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

4.3.1. Aile İşlevselliği

Katılımcıların aile işlevselliği (APGAR) skorlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.6'da sunulmuştur. Bu karşılaştırmalar, bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, tespit edilen grup farklarının büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen de ve eta kare (η^2) değerleri hesaplanmıştır.

Tablo 7. Aile İşlevselliği (APGAR) Skorunun Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	$\bar{x}$	s	t/F	Sd	p	d/η^2	Fark
Cinsiyet	Kadın	7,59	1,98	-0,215	201	0,830	-	-
	Erkek	7,65	1,91					
Yaş Grubu	65-74	7,60	1,92	-0,324	201	0,746	-	-
	75 ve üzeri	7,70	2,02					
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7,72	2,04	1,193	2-200	0,306	-	-
	8 yıl altında eğitim almış	7,49	1,91					
	8 yıl ve üzerinde eğitim almış	8,27	1,62					
Yaşadığı Ortam	Yalnız / Sonraki eşi ile[a]	5,60	2,10	10,923	2-200	**<0,001**	0,10	b,c>a
	İlk eşi ile[b]	7,68	1,78					
	Çocuğu ile[c]	8,24	2,05					
Aktif Çalışma Durumu	Çalışıyor	7,40	2,32	-0,369	201	0,713	-	-
	Çalışmıyor	7,63	1,92					
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmamış	7,58	1,99	0,516	2-200	0,598	-	-
	Bırakmış	7,82	1,84					
	Aktif kullanıyor	7,44	1,94					
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım	7,76	2,09	0,210	3-199	0,889	-	-
	Çoğunlukla ben yaparım	7,64	1,78					
	Ara sıra ben yaparım	7,55	1,94					
	Hiç yapmam	7,38	2,19					
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet	8,67	1,58	1,665	201	0,098	-	-
	Hayır	7,57	1,94					

Tablo 4.6'da görüldüğü üzere, cinsiyete göre APGAR skorları incelendiğinde, kadınların ortalama skoru 7,59 ± 1,98, erkeklerin ise 7,65 ± 1,91 olarak belirlendi. Bağımsız gruplar t-testi sonuçları, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($t(201) = -0,215$, $p = 0,830$).

Yaş gruplarına göre yapılan analizde, 65-74 yaş grubundaki katılımcıların ortalama APGAR skorunun 7,60 ± 1,92, 75 yaş ve üzeri grubun ise 7,70 ± 2,02 olduğu belirlendi. Analiz sonucunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($t(201) = -0,324$, $p = 0,746$).

Eğitim durumuna göre APGAR skorları incelendiğinde, okur-yazar olmayan katılımcıların ortalama skorunun 7,72 ± 2,04, 8 yılın altında eğitim almış olanların 7,49 ± 1,91 ve 8 yıl ve üzeri eğitim almış olanların 8,27 ± 1,62 olduğu görüldü. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($F(2, 200) = 1,193$, $p = 0,306$).

Yaşadığı ortam değişkenine göre yapılan karşılaştırmada, yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan katılımcıların APGAR skorlarının ortalama 5,60 ± 2,10, ilk eşiyle yaşayanların 7,68 ± 1,78 ve çocuğuyla yaşayanların 8,24 ± 2,05 olduğu belirledi. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koydu ($F(2, 200) = 10,923$, $p < 0,001$). Yapılan çoklu karşılaştırma (post-hoc) analiz sonuçlarına göre, ilk eşiyle ya da çocuğuyla yaşayan katılımcıların APGAR skorlarının, yalnız ya da sonraki eşiyle yaşayanlara göre daha yüksek olduğu (b,c > a) saptandı. Ayrıca, eta kare değeri ($\eta^2 = 0,10$), bu farkın orta düzeyde olduğunu gösterdi.

Aktif çalışma durumuna göre yapılan analizde, çalışmayan katılımcıların APGAR skorları ortalama 7,63 ± 1,92, çalışanların ise 7,40 ± 2,32 olarak hesaplandı Gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($t(201) = -0,369$, $p = 0,713$).

Sigara kullanım durumu ile aile işlevselliği arasındaki ilişki analiz edildiğinde, hiç sigara kullanmamış katılımcıların APGAR skorlarının ortalama 7,58 ± 1,99, sigarayı bırakmış olanların 7,82 ± 1,84 ve aktif olarak sigara kullananların 7,44 ± 1,94 olduğu görüldü. Analiz sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($F(2, 200) = 0,516$, $p = 0,598$).

Ev işlerini veya alışverişi tek başına yapabilme durumuna göre yapılan analizde, "her zaman kendim yaparım" diyen katılımcıların APGAR skorlarının ortalama 7,76 ± 2,09, "çoğunlukla ben yaparım" diyenlerin 7,64 ± 1,78, "ara sıra ben yaparım" diyenlerin 7,55 ± 1,94 ve "hiç yapmam" diyenlerin 7,38 ± 2,19 olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($F(3,199) = 0,210$, $p = 0,889$).

Son olarak, evde annesi ve babası olmadan torun bakma durumuna göre yapılan analizde, "evet" diyen katılımcıların APGAR skorlarının ortalama 8,67 ± 1,58, "hayır" diyenlerin ise 7,57 ± 1,94 olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t(201) = 1,665$, $p = 0,098$).

Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, yaşadığı ortam değişkeninin aile işlevselliği üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu, diğer değişkenlerin ise anlamlı etkilerinin bulunmadığı görülmüştür.

4.3.2. Kırılganlık

Kırılganlık skorunun çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7'de görüldüğü üzere, cinsiyete göre kırılganlık skorları incelendiğinde, kadınların ortalama skoru 1,46 ± 1,19, erkeklerin ise 1,08 ± 1,09 olarak belirlendi. Bağımsız gruplar t-testi sonuçları, kadınların kırılganlık skorlarının erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu gösterdi ($t(201) = 2,366$, $p = 0,019$). Hesaplanan Cohen d etki büyüklüğü değeri ise ($d = 0,33$) bu farkın orta düzeyde olduğunu gösterdi.

Yaş gruplarına göre yapılan analizde, 65-74 yaş grubundaki katılımcıların ortalama kırılganlık skorunun 1,17 ± 1,16, 75 yaş ve üzeri grubun ise 1,59 ± 1,09 olduğu belirlendi. Bağımsız gruplar t-testi sonuçları, 75 yaş ve üzeri grubun kırılganlık skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koydu ($t(201) = -2,161$, $p = 0,032$). Hesaplanan Cohen d etki büyüklüğü değeri ise ($d = 0,37$) bu farkın orta düzeyde olduğunu gösterdi.

Eğitim durumuna göre kırılganlık skorları incelendiğinde, okur-yazar olmayan katılımcıların ortalama skorunun 1,50 ± 1,10, 8 yılın altında eğitim almış olanların 1,24 ± 1,18 ve 8 yıl ve üzeri eğitim almış olanların 0,40 ± 0,74 olduğu görüldü. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterdi ($F(2, 200) = 5,827$, $p = 0,003$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, okur-yazar olmayan ve 8 yılın altında eğitim almış katılımcıların kırılganlık skorlarının, 8 yıl ve üzerinde eğitim almış olanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu (a, b > c) saptandı. Eta kare değeri ise ($\eta^2 = 0,06$), bu farkın orta düzeyde olduğunu gösterdi.

Tablo 8. Kırılganlık Skorunun Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	$\bar{x}$	s	t/F	Sd	p	d/η^2	Fark
Cinsiyet	Kadın[a]	1,46	1,19	2,366	201	**0,019**	0,33	a>b
	Erkek[b]	1,08	1,09					
Yaş Grubu	65-74[a]	1,17	1,16	-2,161	201	**0,032**	0,37	b>a
	75 ve üzeri[b]	1,59	1,09					
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil[a]	1,50	1,10	5,827	2-200	**0,003**	0,06	a,b>c
	8 yıl altında eğitim almış[b]	1,24	1,18					
	8 yıl ve üzerinde eğitim almış[c]	0,40	0,74					
Yaşadığı Ortam	Yalnız / Sonraki eşi ile[a]	1,60	1,12	4,503	2-200	**0,012**	0,04	c>b
	İlk eşi ile[b]	1,13	1,13					
	Çocuğu ile[c]	1,73	1,18					
Aktif Çalışma Durumu	Çalışıyor	0,90	0,88	-1,015	201	0,312	-	-
	Çalışmıyor	1,28	1,17					
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmamış[a]	1,40	1,18	3,424	2-200	**0,035**	0,03	a>c
	Bırakmış[b]	1,30	1,16					
	Aktif kullanıyor[c]	0,85	0,99					
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım[a]	1,18	1,16	5,853	3-199	**<0,001**	0,08	d>a,b,c
	Çoğunlukla ben yaparım[b]	0,99	1,04					
	Ara sıra ben yaparım[c]	1,36	1,11					
	Hiç yapmam[d]	2,25	1,29					
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet	1,11	0,78	-0,398	201	0,691	-	-
	Hayır	1,27	1,17					

Yaşadığı ortam değişkenine göre yapılan analizde, yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan katılımcıların kırılganlık skorlarının ortalama 1,60 ± 1,12, ilk eşiyle yaşayanların 1,13 ± 1,13 ve çocuğuyla yaşayanların 1,73 ± 1,18 olduğu belirlendi. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koydu ($F(2, 200) = 4,503$, $p = 0,012$). Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, çocuğuyla yaşayan katılımcıların kırılganlık skorlarının, ilk eşiyle yaşayanlara göre daha yüksek olduğu (c > b) saptandı. Eta kare değeri ($\eta^2 = 0,04$), bu farkın orta düzeyde olduğunu gösterdi.

Aktif çalışma durumuna göre yapılan analizde, çalışmayan katılımcıların kırılganlık skorları ortalama 1,28 ± 1,17, çalışanların ise 0,90 ± 0,88 olarak hesaplandı. Gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($t(201) = -1,015$, $p = 0,312$).

Sigara kullanım durumu ile kırılganlık skorları arasındaki ilişki analiz edildiğinde, hiç sigara kullanmamış katılımcıların ortalama skoru 1,40 ± 1,18, sigarayı bırakmış olanların 1,30 ± 1,16 ve aktif olarak sigara kullananların 0,85 ± 0,99 olduğu görüldü. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterdi ($F(2, 200) = 3,424$, $p = 0,035$). Çoklu karşılaştırma analizine göre, hiç sigara kullanmamış katılımcıların skorlarının, aktif sigara kullananlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu (a > c) belirlendi. Eta kare değeri ($\eta^2 = 0,03$), bu farkın küçük düzeyde olduğunu gösterdi.

Ev işlerini veya alışverişi tek başına yapabilme durumuna göre yapılan analizde, “her zaman kendim yaparım” diyen katılımcıların kırılganlık skorlarının ortalama 1,18 ± 1,16, “çoğunlukla ben yaparım” diyenlerin 0,99 ± 1,04, “ara sıra ben yaparım” diyenlerin 1,36 ± 1,11 ve “hiç yapmam” diyenlerin 2,25 ± 1,29 olduğu tespit edildi. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koydu ($F(3, 199) = 5,853$, $p < 0,001$). Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, “hiç yapmam” diyen katılımcıların skorlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu (d > a, b, c) saptandı. Eta kare değeri ($\eta^2 = 0,08$), bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Son olarak, evde annesi ve babası olmadan torun bakma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, “evet” diyen katılımcıların kırılganlık skorlarının ortalama

1,11 ± 0,78, “hayır” diyenlerin ise 1,27 ± 1,17 olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (t(201) = -0,398, p = 0,691).

Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, yaşanılan ortam, sigara kullanımı ve ev işlerini yapma durumu değişkenlerinin kırılganlık üzerinde anlamlı etkiler gösterdiği, diğer değişkenlerin ise anlamlı etkilerinin bulunmadığı görülmektedir.

4.3.3. Geriatrik Depresyon

Geriatrik depresyon skorlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere, cinsiyete göre geriatrik depresyon skorları incelendiğinde, kadınların ortalama skoru 4,63 ± 2,79, erkeklerin ise 4,02 ± 3,00 olarak hesaplandı. Bağımsız gruplar t-testi sonuçlarına göre cinsiyet değişkeninin geriatrik depresyon skorları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlendi (t(201) = 1,500, p = 0,135).

Yaş gruplarına göre yapılan analizde, 65-74 yaş grubundaki katılımcıların ortalama geriatrik depresyon skoru 4,05 ± 2,72, 75 yaş ve üzeri grubun ise 5,23 ± 3,42 olarak belirlendi. Bağımsız gruplar t-testi sonuçları, 75 yaş ve üzeri grubun skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koydu (t(201) = -2,398, p = 0,017). Hesaplanan Cohen d etki büyüklüğü (d = 0,41), bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Eğitim durumu değişkenine göre geriatrik depresyon skorları incelendiğinde, okur-yazar olmayan katılımcıların ortalama skoru 4,48 ± 2,40, 8 yılın altında eğitim almış olanların 4,49 ± 3,06 ve 8 yıl ve üzeri eğitim almış olanların 2,00 ± 2,85 olduğu belirlendi. ANOVA sonuçlarına göre, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (F(2, 200) = 5,278, p = 0,006). Post-hoc analiz sonuçları, okur-yazar olmayan ve 8 yılın altında eğitim almış katılımcıların skorlarının, 8 yıl ve üzerinde eğitim almış

olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu (a, b > c) gösterdi. Eta kare değeri ($\eta^2 = 0,05$), bu farkın orta düzeyde olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 9. Geriatrik Depresyon Skorunun Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	**Grup**	**x̄**	**s**	**t/F**	**Sd**	**p**	**d/η^2**	**Fark**
Cinsiyet	Kadın[a]	4,63	2,79	1,500	201	0,135	-	-
	Erkek[b]	4,02	3,00					
Yaş Grubu	65-74[a]	4,05	2,72	-2,398	201	**0,017**	0,41	b>a
	75 ve üzeri[b]	5,23	3,42					
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil[a]	4,48	2,40	5,278	2-200	**0,006**	0,05	a,b>c
	8 yıl altında eğitim almış[b]	4,49	3,06					
	8 yıl ve üzerinde eğitim almış[c]	2,00	2,85					
Yaşadığı Ortam	Yalnız / Sonraki eşi ile[a]	6,20	3,38	6,049	2-200	**0,003**	0,06	a>b
	İlk eşi ile[b]	3,94	2,82					
	Çocuğu ile[c]	5,15	2,72					
Aktif Çalışma Durumu	Çalışıyor	3,90	2,88	-0,450	201	0,653	-	-
	Çalışmıyor	4,33	2,92					
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmamış[a]	4,50	2,79	0,542	2-200	0,582	-	-
	Bırakmış[b]	4,00	2,92					
	Aktif kullanıyor[c]	4,24	3,24					
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım[a]	4,16	3,26	2,296	3-199	0,079	-	-
	Çoğunlukla ben yaparım[b]	3,79	2,59					
	Ara sıra ben yaparım[c]	4,58	2,64					
	Hiç yapmam[d]	5,75	3,75					
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet	3,22	2,68	-1,141	201	0,255	-	-
	Hayır	4,36	2,92					

Ayrıca, yaşadığı ortam değişkenine göre yapılan analizde, yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan katılımcıların ortalama geriatrik depresyon skoru 6,20 ± 3,38, ilk eşiyle yaşayanların 3,94 ± 2,82 ve çocuğuyla yaşayanların 5,15 ± 2,72 olarak hesaplandı.

ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koydu ($F(2, 200) = 6,049$, $p = 0,003$). Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan katılımcıların skorlarının, ilk eşiyle yaşayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu ($a > b$) belirlendi. Eta kare değeri ($\eta^2 = 0,06$), bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Aktif çalışma durumuna göre yapılan analizde, çalışmayan katılımcıların ortalama geriatrik depresyon skoru 4,33 ± 2,92, çalışanların ise 3,90 ± 2,88 olarak tespit edildi. Gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t(201) = -0,450$, $p = 0,653$).

Sigara kullanım durumu değişkenine göre yapılan analizde, hiç sigara kullanmamış katılımcıların ortalama skoru 4,50 ± 2,79, sigarayı bırakmış olanların 4,00 ± 2,92 ve aktif olarak sigara kullananların 4,24 ± 3,24 olarak hesaplandı. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($F(2, 200) = 0,542$, $p = 0,582$).

Ev işlerini veya alışverişi tek başına yapabilme durumuna göre geriatrik depresyon skorları incelendiğinde, “her zaman kendim yaparım” diyen katılımcıların ortalama skoru 4,16 ± 3,26, “çoğunlukla ben yaparım” diyenlerin 3,79 ± 2,59, “ara sıra ben yaparım” diyenlerin 4,58 ± 2,64 ve “hiç yapmam” diyenlerin 5,75 ± 3,75 olarak hesaplandı. ANOVA sonuçları, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koydu ($F(3, 199) = 2,296$, $p = 0,079$).

Son olarak, evde annesi ve babası olmadan torun bakma durumuna göre yapılan analizde, “evet” diyen katılımcıların ortalama skoru 3,22 ± 2,68, “hayır” diyenlerin ise 4,36 ± 2,92 olarak belirlendi. Gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($t(201) = -1,141$, $p = 0,255$).

Sonuçlar değerlendirildiğinde, yaş, eğitim durumu ve yaşanılan ortam değişkenlerinin geriatrik depresyon üzerinde anlamlı etkiler gösterdiği; cinsiyet, aktif çalışma durumu, sigara kullanımı, ev işlerini yapma durumu ve torun bakma durumu değişkenlerinin ise anlamlı etkiler göstermediği görülmektedir.

4.4. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorları İle Günlük İlaç Kullanımı, Acil Servis Başvurusu ve Aile Hekimi Başvurusu Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.9'da aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının günlük ilaç kullanımı, acil servis başvuruları ve aile hekimi başvuruları ile ilişkileri sunulmuştur. Bunun için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 10. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorları İle Günlük İlaç Kullanımı, Acil Servis Başvurusu ve Aile Hekimi Başvurusu Arasındaki İlişkiler

		Kullanılan Günlük İlaç Sayısı	**Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?**	**Son bir yılda Aile Hekiminize kaç defa başvurdunuz?**
Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	Pearson r	0,117	0,065	0,002
	p	0,097	0,359	0,979
Kırılganlık Skoru	Pearson r	0,148*	0,229**	0,152*
	p	**0,035**	**0,001**	**0,031**
Geriatrik Depresyon Skoru	Pearson r	0,169*	0,270**	0,182**
	p	**0,016**	**0,000**	**0,009**

* p<0,05; ** p<0,01.

Buna göre, aile işlevselliği (APGAR) skoru ile incelenen değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p > 0,05). Aile işlevselliği skoru, kullanılan günlük ilaç sayısı ile pozitif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki gösterdi (r = 0,117, p = 0,097). Benzer şekilde, acil servis başvurusu (r = 0,065, p = 0,359) ve aile hekimi başvurusu (r = 0,002, p = 0,979) ile de anlamlı ilişkiler bulunamadı.

Kırılganlık skorunun, günlük ilaç kullanımı (r = 0,148, p = 0,035), acil servis başvuru sıklığı (r = 0,229, p = 0,001) ve aile hekimi başvuru sıklığı (r = 0,152, p = 0,031) ile zayıf düzeyde pozitif ancak anlamlı ilişkiler gösterdiği tespit edildi. Kırılganlık arttıkça, bu değişkenlerde de bir artış gözlendi. Acil servis başvuru sıklığı ile olan ilişki, diğer değişkenlere kıyasla daha güçlü bulundu.

Geriatrik depresyon skorunun, günlük ilaç kullanımı ($r = 0,169$, $p = 0,016$), acil servis başvuru sıklığı ($r = 0,270$, $p = 0,000$) ve aile hekimi başvuru sıklığı ($r = 0,182$, $p = 0,009$) ile zayıf düzeyde pozitif ancak anlamlı ilişkiler gösterdiği belirlendi. Geriatrik depresyon skoru arttıkça, bu değişkenlerin değerlerinde de anlamlı artışlar gözlendi. Acil servis başvuru sıklığı ile geriatrik depresyon skoru arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu görüldü.

Genel olarak değerlendirildiğinde; kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının günlük ilaç kullanımı, acil servis ve aile hekimi başvuruları ile pozitif ve anlamlı ilişkiler sergilediği, ancak aile işlevselliği skorunun bu değişkenlerle anlamlı bir ilişki göstermediği tespit edilmiştir.

4.5. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

4.5.1. Aile İşlevselliği

Katılımcıların aile işlevselliği düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.10'da sunulmuştur. Bu karşılaştırmalar, ki-kare testi yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.10'da görüldüğü üzere aile işlevselliği düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($\chi^2 = 6,044$, $p = 0,049$). Erkeklerde yüksek fonksiyonel düzey oranı (%77,8), kadınlara kıyasla (%66,3) daha yüksekti.

Yaş gruplarına göre aile işlevselliği düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmadı ($\chi^2 = 0,564$, $p = 0,754$). Her iki yaş grubunda da yüksek fonksiyonel düzey oranı benzer şekilde yüksek bulundu (65-74 yaş grubu: %72,3; 75 ve üzeri: %72,7).

Eğitim düzeyi ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($\chi^2 = 3,356$, $p = 0,500$). Ancak, 8 yıl ve üzeri eğitim alanların yüksek fonksiyonel düzey oranı (%86,7), diğer gruplara göre daha yüksekti.

Yaşanılan ortam, aile işlevselliği üzerinde anlamlı bir etkiye sahipti (χ^2 = 19,888, p < 0,001). Yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan bireylerde orta derece disfonksiyonel düzey oranı daha yüksekti (%66,7), ilk eşiyle yaşayanlarda (%76,1) ve çocuğu ile yaşayanlarda (%75,8) ise yüksek fonksiyonel düzey oranı daha baskındı.

Tablo 11. Aile İşlevselliği (APGAR) Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	**Grup**	**Şiddetli disfonk.**		**Orta derece disfonksiyonel**		**Yüksek fonksiyonel**		***X*²**	**Sd**	**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**			
Cinsiyet	Kadın	0	0,0	32	33,7	63	66,3	6,044	2	**0,049**
	Erkek	2	1,9	22	20,4	84	77,8			
Yaş Grubu	65-74	2	1,3	42	26,4	115	72,3	0564	2	0,754
	75 ve üzeri	0	0,0	12	27,3	32	72,7			
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	0	0,0	20	31,3	44	68,8	3,356	4	0,500
	8 yıl altında eğitim almış	2	1,6	32	25,8	90	72,6			
	8 yıl ve üzerinde eğitim almış	0	0,0	2	13,3	13	86,7			
Yaşadığı Ortam	Yalnız / Sonraki eşi ile	1	6,7	10	66,7	4	26,7	19,888	4	**<0,001**
	İlk eşi ile	1	0,6	36	23,2	118	76,1			
	Çocuğu ile	0	0,0	8	24,2	25	75,8			
Aktif Çalışma Durumu	Çalışıyor	1	10,0	2	20,0	7	70,0	8,857	2	**0,012**
	Çalışmıyor	1	0,5	52	26,9	140	72,5			
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmamış	0	0,0	36	34,3	69	65,7	9,796	4	**0,044**
	Bırakmış	1	1,8	8	14,0	48	84,2			
	Aktif kullanıyor	1	2,4	10	24,4	30	73,2			
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım	2	3,9	11	21,6	38	74,5	9,979	6	0,126
	Çoğunlukla ben yaparım	0	0,0	15	22,4	52	77,6			
	Ara sıra ben yaparım	0	0,0	21	30,4	48	69,6			
	Hiç yapmam	0	0,0	7	43,8	9	56,3			
Evde torun bakıyor musunuz?	Evet	0	0,0	1	11,1	8	88,9	1,295	2	0,523
	Hayır	2	1,0	53	27,3	139	71,6			

Ayrıca aktif çalışma durumu, aile işlevselliği düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmuştu (χ^2 = 8,857, p = 0,012). Çalışmayan bireylerde yüksek fonksiyonel düzey oranı (%72,5) daha yüksek bulundu. Orta derece fonksiyonel de daha yüksekti (%26,9).

Sigara kullanım durumu ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (χ^2 = 9,796, p = 0,044). Sigarayı bırakmış bireylerin yüksek fonksiyonel düzey oranı (%84,2), hiç kullanmayan (%65,7) ve aktif kullanan (%73,2) bireylerden daha yüksekti.

Ev işlerini / alışverişi yapma durumu değişkeni ile aile işlevselliği düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (χ^2 = 9,979, p = 0,126). Ancak, ev işlerini ve alışverişi "hiç yapmayan" bireylerin orta derece disfonksiyonel düzey oranı (%43,8), diğer gruplara göre daha yüksekti.

Son olarak, evde torun bakma durumunun aile işlevselliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamadı (χ^2 = 1,295, p = 0,523). Torun bakan bireylerde yüksek fonksiyonel düzey oranı (%88,9), torun bakmayanlardan (%71,6) daha yüksekti.

Sonuç olarak, cinsiyet, yaşanılan ortam, aktif çalışma durumu ve sigara kullanımı aile işlevselliğini etkileyen faktörler arasında yer almıştır. Özellikle yalnız yaşamayanlar, çalışmayanlar ve sigara bırakmış bireyler, daha yüksek aile işlevselliği düzeyine sahip olma eğilimindedir.

4.5.2. Kırılganlık

Katılımcıların kırılganlık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin ki-kare testi bulguları Tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4.11'de görüldüğü üzere, kırılganlık düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (χ^2 = 8,671, p = 0,013). Kadınlarda ön kırılganlık oranı (%55,8) ve kırılganlık oranı (%21,1), erkeklere göre daha yüksekti (%46,3 ve %12,0). Erkeklerde ise kırılganlık bulunmayanların oranı (%41,7), kadınlara kıyasla (%23,2) daha fazlaydı.

Tablo 12. Kırılganlık Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Kırılganlık yok		Ön kırılganlık		Kırılgan		X^2	Sd	p
		n	%	n	%	n	%			
Cinsiyet	Kadın	22	23,2	53	55,8	20	21,1	8,671	2	**0,013**
	Erkek	45	41,7	50	46,3	13	12,0			
Yaş Grubu	65-74	58	36,5	77	48,4	24	15,1	4,062	2	0,131
	75 ve üzeri	9	20,5	26	59,1	9	20,5			
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	13	20,3	38	59,4	13	20,3	16,240	4	**0,003**
	8 yıl altında eğitim almış	43	34,7	61	49,2	20	16,1			
	8 yıl ve üzerinde eğitim almış	11	73,3	4	26,7	0	0,0			
Yaşadığı Ortam	Yalnız / Sonraki eşi ile	2	13,3	10	66,7	3	20,0	13,549	4	**0,009**
	İlk eşi ile	59	38,1	77	49,7	19	12,3			
	Çocuğu ile	6	18,2	16	48,5	11	33,3			
Aktif Çalışma Durumu	Çalışıyor	4	40,0	6	60,0	0	0,0	2,044	2	0,360
	Çalışmıyor	63	32,6	97	50,3	33	17,1			
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmamış	27	25,7	58	55,2	20	19,0	8,358	4	0,079
	Bırakmış	20	35,1	27	47,4	10	17,5			
	Aktif kullanıyor	20	48,8	18	43,9	3	7,3			
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım	20	39,2	23	45,1	8	15,7	14,242	6	**0,027**
	Çoğunlukla ben yaparım	26	38,8	33	49,3	8	11,9			
	Ara sıra ben yaparım	20	29,0	39	56,5	10	14,5			
	Hiç yapmam	1	6,3	8	50,0	7	43,8			
Evde torun bakıyor musunuz?	Evet	2	22,2	7	77,8	0	0,0	3,220	2	0,200
	Hayır	65	33,5	96	49,5	33	17,0			

Yaş gruplarına göre kırılganlık düzeyinde anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2 = 4,062$, $p = 0,131$). Ancak 75 yaş ve üzeri grupta ön kırılganlık oranı (%59,1), 65-74 yaş grubuna (%48,4) kıyasla daha yüksekti.

Eğitim durumu ile kırılganlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (χ^2 = 16,240, p = 0,003). 8 yıl ve üzerinde eğitim alanlarda kırılganlık bulunmayan oranı (%73,3), diğer gruplardan belirgin şekilde daha yüksekti.

Yaşanılan ortam, kırılganlık düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahipti (χ^2 = 13,549, p = 0,009). Yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan bireylerde ön kırılganlık oranı (%66,7), diğer gruplara kıyasla daha yüksekti. İlk eşiyle yaşayanlarda ise kırılganlık bulunmayan oranı (%38,1) daha fazla gözlendi.

Aktif çalışma durumu ile kırılganlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (χ^2 = 2,044, p = 0,360). Ancak çalışmayan bireylerde ön kırılganlık oranı (%50,3), çalışan bireylerden (%60) düşüktü. Ayrıca çalışan bireylerde kırılgan hiç yoktu.

Sigara kullanımı ile kırılganlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (χ^2 = 8,358, p = 0,079). Ancak aktif sigara kullanan bireylerde kırılganlık bulunmayan oranı (%48,8), diğer gruplardan daha yüksek gözlendi.

Ev işlerini veya alışverişi tek başına yapabilme durumunun kırılganlık düzeyi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlendi (χ^2 = 14,242, p = 0,027). "Hiç yapmam" diyen bireylerde kırılganlık oranı (%43,8), diğer gruplara göre daha yüksekti.

Evde torun bakma durumu ile kırılganlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (χ^2 = 3,220, p = 0,200). Ancak evde torun bakan bireylerde ön kırılganlık oranı (%77,8), torun bakmayan bireylere göre (%49,5) daha yüksekti.

Sonuç olarak, cinsiyet, yaşanılan ortam, eğitim durumu ve ev işlerini tek başına yapabilme durumu kırılganlık düzeyini etkileyen faktörler arasında yer almıştır. Özellikle çocuğu ile yaşayanlar, düşük eğitim düzeyine sahip olanlar ve ev işlerini tek başına yapamayan bireyler, daha yüksek kırılganlık düzeyine sahip olma eğilimindedir.

4.5.3. Geriatrik Depresyon

Katılımcıların geriatrik depresyon düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin ki-kare testi bulguları Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Cinsiyete göre geriatrik depresyon düzeyinde anlamlı bir fark bulunmadı (χ^2 = 3,258, p = 0,354). Ancak erkeklerde orta derece depresyon oranı (%6,5), kadınlara kıyasla (%3,2) daha yüksekti.

Yaş gruplarına göre geriatrik depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (χ^2 = 5,193, p = 0,158). Bununla birlikte, 75 yaş ve üzeri bireylerde hafif depresyon (%43,2) ve şiddetli depresyon (%6,8) oranları, 65-74 yaş grubundakilere (%32,1 ve %4,4) göre daha yüksekti.

Eğitim durumu ile geriatrik depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (χ^2 = 7,270, p = 0,297). Ancak 8 yıl ve üzerinde eğitim almış bireylerde depresyon bulunmayan oranı (%80,0), diğer eğitim düzeylerinden daha yüksekti.

Yaşanılan ortam, geriatrik depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahipti (χ^2 = 13,963, p = 0,030). Yalnız veya sonraki eşiyle yaşayan bireylerde şiddetli depresyon oranı (%6,7), diğer gruplara kıyasla daha yüksekti. İlk eşiyle yaşayan bireylerde ise depresyon bulunmayan oranı (%63,9) daha yüksekti.

Aktif çalışma durumu ile geriatrik depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (χ^2 = 0,822, p = 0,844). Ancak çalışmayan bireylerde orta derece depresyon oranı (%5,2), çalışan bireylerde bu oranın olmamasına göre daha yüksekti.

Sigara kullanımı ile geriatrik depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (χ^2 = 6,369, p = 0,383). Bununla birlikte, aktif sigara kullanan bireylerde orta derece depresyon oranı (%9,8), özellikle hiç sigara kullanmamış bireylere (%2,9) göre daha yüksekti.

Ev işlerini veya alışverişi tek başına yapabilme durumunun geriatrik depresyon düzeyi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği tespit edilmedi ($\chi^2 = 14{,}618$, $p = 0{,}102$). Ancak "hiç yapmam" diyen bireylerde şiddetli depresyon oranı (%6,3), diğer gruplara kıyasla daha yüksek gözlendi.

Tablo 13. Geriatrik Depresyon Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Normal		Hafif depresyon		Orta derece depresyon		Şiddetli depresyon		X^2	Sd	p
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Cinsiyet	Kadın	53	55,8	36	37,9	3	3,2	3	3,2	3,258	3	0,354
	Erkek	66	61,1	34	31,5	7	6,5	1	0,9			
Yaş Grubu	65-74	99	62,3	51	32,1	7	4,4	2	1,3	5,193	3	0,158
	75 ve üzeri	20	45,5	19	43,2	3	6,8	2	4,5			
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	34	53,1	27	42,2	3	4,7	0	0,0	7,270	6	0,297
	8 yıl altında eğitim almış	73	58,9	41	33,1	6	4,8	4	3,2			
	8 yıl ve üzerinde eğitim almış	12	80,0	2	13,3	1	6,7	0	0,0			
Yaşadığı Ortam	Yalnız / Sonraki eşi ile	3	20,0	9	60,0	2	13,3	1	6,7	13,963	6	**0,030**
	İlk eşi ile	99	63,9	47	30,3	6	3,9	3	1,9			
	Çocuğu ile	17	51,5	14	42,4	2	6,1	0	0,0			
Aktif Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0,822	3	0,844
	Çalışmıyor	113	58,5	66	34,2	10	5,2	4	2,1			
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmamış	58	55,2	41	39,0	3	2,9	3	2,9	6,369	6	0,383
	Bırakmış	36	63,2	18	31,6	3	5,3	0	0,0			
	Aktif kullanıyor	25	61,0	11	26,8	4	9,8	1	2,4			
Ev işlerini / alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım	33	64,7	14	27,5	2	3,9	2	3,9	14,618	9	0,102
	Çoğunlukla ben yaparım	46	68,7	17	25,4	3	4,5	1	1,5			
	Ara sıra ben yaparım	35	50,7	30	43,5	4	5,8	0	0,0			
	Hiç yapmam	5	31,3	9	56,3	1	6,3	1	6,3			
Evde torun bakıyor musunuz?	Evet	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0,757	3	0,860
	Hayır	113	58,2	67	34,5	10	5,2	4	2,1			

Evde torun bakma durumu ile geriatrik depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 0,757$, $p = 0,860$). Ancak evde torun bakan bireylerde depresyon bulunmayan oranı (%66,7), torun bakmayan bireylere göre (%58,2) daha yüksekti.

Sonuç olarak, yaşanılan ortam geriatrik depresyon düzeyini etkileyen önemli bir faktör olarak belirlenmiştir. Yalnız yaşayan bireyler daha yüksek depresyon düzeylerine sahip olma eğilimi göstermiştir. Diğer değişkenler arasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen, alt gruplar arasında dikkat çeken dağılımlar gözlenmiştir.

4.6. Aile İşlevselliği, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Arasındaki İlişkiler

Aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon arasındaki ilişkileri tespit etmek için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Tablo 14. Aile İşlevselliği (APGAR), Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Skorları Arasındaki İlişkiler

		Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	**Kırılganlık Skoru**	**Geriatrik Depresyon Skoru**
Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	Pearson r	1	-0,241**	-0,306**
	p		**<0,001**	**<0,001**
Kırılganlık Skoru	Pearson r		1	0,528**
	p			**<0,001**
Geriatrik Depresyon Skoru	Pearson r			1
	p			

** p<0,01.

Buna göre, aile işlevselliği (APGAR) skoru ile kırılganlık skoru arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ancak anlamlı bir ilişki bulundu ($r = -0,241$, $p < 0,001$). Bu durum, aile işlevselliği arttıkça kırılganlık düzeyinin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Aile işlevselliği (APGAR) skoru ile geriatrik depresyon skoru arasında ise negatif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r = -0,306$, $p < 0,001$). Bu bulgu, aile işlevselliği yüksek bireylerde geriatrik depresyon düzeylerinin daha düşük olabileceğini göstermektedir.

Ayrıca kırılganlık skoru ile geriatrik depresyon skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki tespit edildi ($r = 0,528$, $p < 0,001$). Bu sonuç, kırılganlık düzeyi arttıkça geriatrik depresyon skorunun da artma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, aile işlevselliği ile hem kırılganlık hem de geriatrik depresyon arasında negatif ilişkiler bulunurken, kırılganlık ile geriatrik depresyon arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir. Aile işlevselliği, hem kırılganlık hem de geriatrik depresyon düzeyleri üzerinde belirleyici bir faktör olarak değerlendirilebilir.

4.7. Aile İşlevselliğinin, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkileri

4.7.1. Aile İşlevselliğinin Kırılganlık Üzerindeki Etkisi

Aile işlevselliğinin kırılganlık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve ulaşılan bulgular Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 15. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Kırılganlık Üzerindeki Etkisi

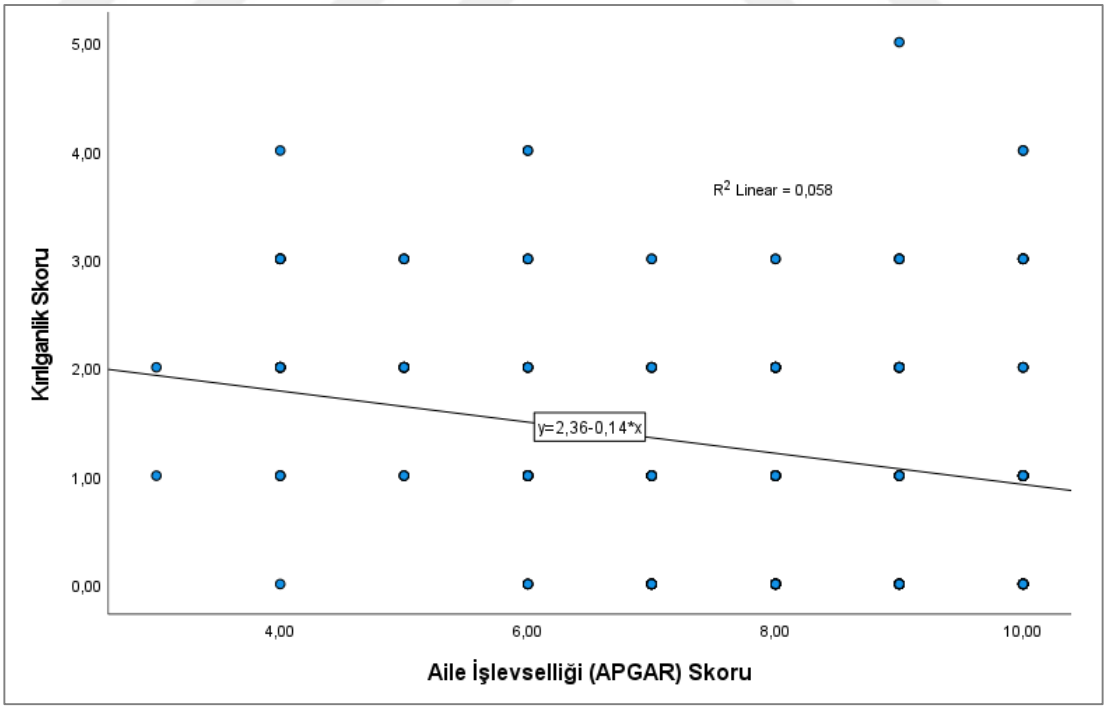
Bağımlı Değişken	**Bağımsız Değişkenler**	**Std. Olmayan Katsayılar**		**Std. Katsayılar**	**t**	**p**
		b	**S. H.**	**β**		
Kırılganlık Skoru	(Sabit)	2,356	0,321		7,346	**<0,001**
	Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	-0,144	0,041	-0,241	-3,522	**<0,001**

* $F(1\text{-}201)=12,407$; $p<0,001$; $R^2=0,058$; Durbin-Watson=1,705; Maks. Cook's=0,048.

Analiz sırasında modelde herhangi bir uç değer olup olmadığı Cook's aralığı ile kontrol edilmiştir. Yapılan değerlendirmede, maksimum Cook's aralığı değerinin 0,048 olduğu belirlenmiş ve bu değerin model üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, Durbin-Watson katsayısı 1,705 olarak hesaplanmış olup, bu değer 1 ile 3 arasında olduğu için otokorelasyon sorununa rastlanmadığı değerlendirilmiştir[82].

Elde edilen bulgular, aile işlevselliğinin kırılganlık üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir ($F(1\text{-}201) = 12{,}407$; $p < 0{,}001$). Regresyon modeli, aile işlevselliğinin kırılganlık düzeyindeki değişimin %5,8'ini açıkladığını ortaya koymuştur ($R^2 = 0{,}058$).

Aile işlevselliği skorundaki bir birimlik artışın, kırılganlık skorunda 0,144 birimlik bir azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ($b = -0{,}144$; $p < 0{,}001$). Bu bulgular, aile işlevselliğinin, bireylerin kırılganlık düzeylerini azaltmada önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Bu ilişki Şekil 4.1'de de gösterilmiştir.



Şekil 4. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Kırılganlık Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Doğrusu

4.7.2. Aile İşlevselliğinin Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisi

Aile işlevselliğinin geriatrik depresyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve ulaşılan bulgular Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Tablo 16. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisi

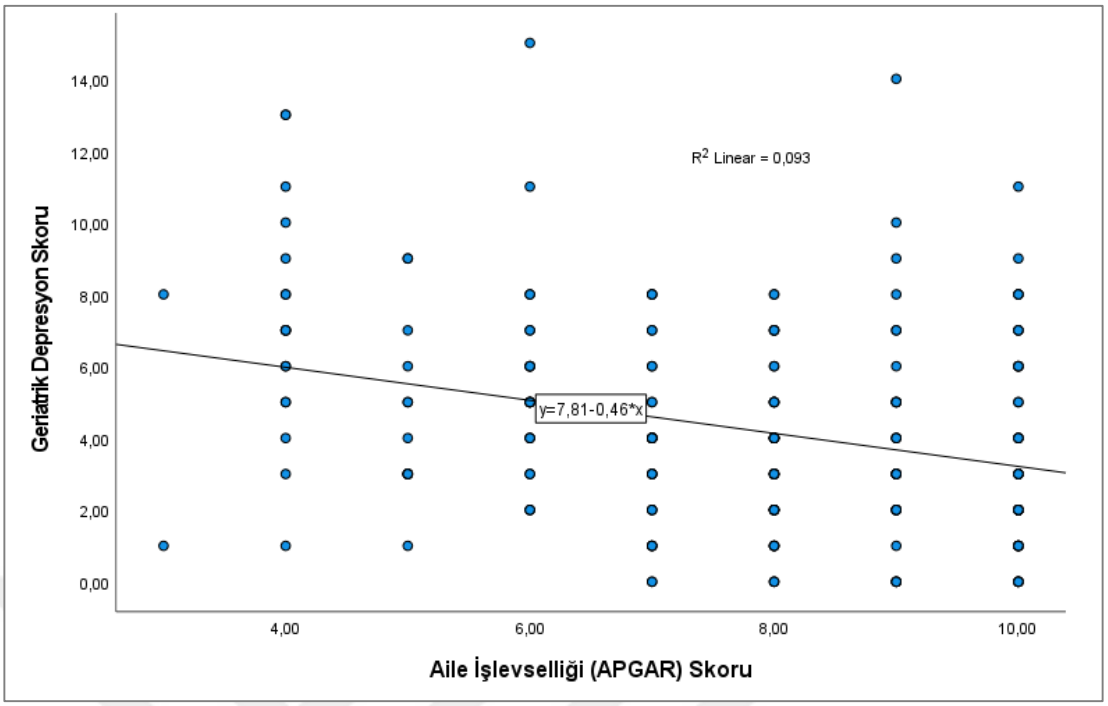
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S. H.	β		
Geriatrik Depresyon	(Sabit)	7,810	0,795		9,826	**<0,001**
	Aile İşlevselliği (APGAR) Skoru	-0,460	0,101	-0,306	-4,549	**<0,001**

* F(1-201)=20,691; p<0,001; R^2=0,093; Durbin-Watson=1,934; Maks. Cook's=0,074.

Analizde öncelikle, modelde uç değer bulunup bulunmadığı Cook's aralığı kullanılarak kontrol edilmiştir. İnceleme sonucunda maksimum Cook's değeri 0,074 olarak tespit edilmiş ve bu değerin model üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı değerlendirilmiştir. Ayrıca, Durbin-Watson katsayısı 1,934 olarak hesaplanmış ve bu değer, otokorelasyon sorununun bulunmadığını göstermektedir[82].

Bulgular, aile işlevselliğinin geriatrik depresyon üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur ($F(1-201) = 20,691$; $p < 0,001$). Regresyon modeli, aile işlevselliğinin geriatrik depresyon skorundaki değişimin %9,3'ünü açıkladığını göstermiştir ($R^2 = 0,093$).

Ayrıca, aile işlevselliği skorundaki bir birimlik artışın, geriatrik depresyon skorunda 0,460 birimlik bir azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ($b = -0,460$; $p < 0,001$). Bu sonuçlar, aile işlevselliğinin, yaşlı bireylerin depresyon düzeylerini azaltmada önemli bir role sahip olabileceğini göstermektedir. Bu ilişki Şekil 4.2'de de gösterilmiştir.



Şekil 5. Aile İşlevselliğinin (APGAR) Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Doğrusu

4.8. Aile İşlevselliğinin, Kırılganlık ve Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkilerine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

Aile işlevselliğinin, kırılganlık ve geriatrik depresyon üzerindeki etkilerine ilişkin ayrıca lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 4.16'da aile işlevselliğinin kırılganlık üzerindeki etkisine ilişkin lojistik regresyon bulguları sunulmuştur.

Tablo 17. Aile İşlevselliğinin Kırılganlık Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

Değer	b	**S. Hata**	**Wald**	**Sd**	**p**	**Odds Oranı (B)**	**%95 Güven Aralığı**	
							Min.	**Maks.**
Aile İşlevselliği	2,007	0,497	16,273	1	**<0,001**	7,440	2,806	19,726
Sabit	1,319	0,249	28,115	1	**<0,001**	3,740		

* Bağımsız Değişken: Aile İşlevselliği (Referans kategorisi: Fonksiyonel Aile İşlevselliği), Bağımlı Değişken: Kırılganlık (0=Kırılganlık yok; 1=Kırılganlık var).

Buna göre, aile işlevselliğinin kırılganlık üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001). Regresyon katsayısı (b=2,007) ve buna karşılık gelen

Odds Oranı (7,440), aile işlevselliğinin kırılganlık üzerindeki etkisini güçlü bir şekilde yansıttı. Bu sonuçlar, disfonksiyonel aile işlevselliği düzeyinde bulunan bireylerin kırılganlık riskinin; fonksiyonel düzeyde bulunanların 7,44 katı olduğunu gösterdi. Diğer bir anlatımla, aile işlevlerinin disfonksiyonel düzeyde olması kırılganlığı 6,44 kat arttırmaktadır. %95 güven aralığı (2,806 ile 19,726) ise bu artışın 1,81 ile 18,73 kat arasında değişebileceğini, ancak her durumda anlamlı bir risk artışı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.17'de ise aile işlevselliğinin geriatrik depresyon üzerindeki etkisine ilişkin lojistik regresyon bulguları sunulmuştur.

Tablo 18. Aile İşlevselliğinin Geriatrik Depresyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

Değer	b	**S. Hata**	**Wald**	**Sd**	**p**	**Odds Oranı (B)**	**%95 Güven Aralığı**	
							Min.	**Maks.**
Aile İşlevselliği	1,422	0,333	18,215	1	**<0,001**	4,143	2,157	7,959
Sabit	-0,044	0,167	0,071	1	0,790	0,957		

* Bağımsız Değişken: Aile İşlevselliği (Referans kategorisi: Fonksiyonel Aile İşlevselliği), Bağımlı Değişken: Geriatrik Depresyon (0=Depresyon yok; 1=Depresyon var).

Buna göre aile işlevselliğinin geriatrik depresyon üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Regresyon katsayısı ($b=1,422$) ve buna karşılık gelen Odds Oranı (4,143), aile işlevselliğinin geriatrik depresyon üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, disfonksiyonel aile işlevselliği düzeyinde bulunan bireylerin geriatrik depresyon riskinin, fonksiyonel düzeyde bulunanların 4,14 katı olduğunu göstermektedir. Diğer bir anlatımla, aile işlevlerinin disfonksiyonel düzeyde olması geriatrik depresyonu 3,14 kat artırmaktadır. Ayrıca %95 güven aralığı (2,157 ile 7,959), bu artışın 1,16 ile 6,96 kat arasında değişebileceğini, ancak her durumda anlamlı bir risk artışı olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerde aile işlevselliği düzeyinin hem kırılganlık hem de geriatrik depresyon ile ters yönlü bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bulgular, aile işlevselliği düzeyi azaldıkça bireylerin kırılganlık ve geriatrik depresyon düzeylerinin anlamlı şekilde arttığını göstermiştir. Bu durum, yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesinde aile yapısının ve aile içi ilişkilerin önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Kırılganlık, geriatrik depresyon ve aile fonksiyonelliği, yaşlı bireylerin biyopsikososyal sağlık durumlarını anlamada temel öneme sahip üç kritik boyut olarak karşımıza çıkmaktadır. Kırılganlık, yaşlanma sürecinde bireylerde artan fiziksel zayıflık, azalan fizyolojik rezerv ve stres etmenlerine karşı kırılgan bir yanıt geliştirme ile ilişkilidir. Bu durum, düşme, enfeksiyon, hastaneye yatış ve ölüm gibi olumsuz sağlık sonuçlarına duyarlılığı artırmaktadır. Yaşlı bireylerde fiziksel kırılganlık kadar önemli bir diğer boyut olan psikolojik kırılganlık ise sıklıkla geriatrik depresyon ile kendini göstermektedir. Geriatrik depresyon, yaşlı bireylerde sık görülen bir duygudurum bozukluğu olup, yalnızca psikolojik iyilik halini değil, aynı zamanda fiziksel sağlığı, sosyal ilişkileri ve genel yaşam kalitesini de derinden etkileyen bir sorundur. Bu durum, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıklarını azaltarak sağlık hizmeti kullanımını artıran bir risk faktörü haline gelmektedir[51,85].

Aile fonksiyonelliği ise yaşlı bireylerin bu sağlık zorluklarıyla başa çıkmasında belirleyici bir role sahiptir. Özellikle yaşlı bireylerde aile desteği, hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerinde koruyucu bir etki yaratmaktadır. Aile, yaşlı bireylerin günlük ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal bağlarının güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması açısından kritik bir destek sistemi sunmaktadır. Bununla birlikte, aile fonksiyonelliğinde yaşanan aksaklıkların, bireylerin yalnızlık hissini artırarak geriatrik depresyonu tetikleyebileceği ve kırılganlık düzeylerini olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir[25].

Aile hekimliği bakış açısıyla ele alındığında, kırılganlık ve geriatrik depresyonun aile dinamikleriyle birlikte değerlendirilmesi, yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmesini ve etkinliğinin artırılmasını sağlayabilir. Bu bağlamda, sağlık değerlendirmelerinde yalnızca bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı

değil, aynı zamanda aile içi ilişkilerin niteliği ve desteğin sürekliliği de dikkate alınmalıdır. Ayrıca, kırılgan bireylerin ve geriatrik depresyon belirtileri gösteren yaşlıların erken tanısı, multidisipliner bir yaklaşımla tedavi ve bakım süreçlerinin entegre edilmesini gerektirmektedir. Aile fonksiyonelliği ekseninde yapılacak bir değerlendirme, bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmenin yanı sıra, aile üyelerinin yükünü hafifletme ve onların sağlık sistemine daha etkin katılımını teşvik etme açısından da önemli bir fırsat sunmaktadır.

Bu çalışma kapsamındaki katılımcılar, cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyi, yaşam ortamı ve sağlık davranışları açısından geniş bir dağılım sergilemiş, bu durum araştırmanın çok yönlü değerlendirme kapasitesini önemli ölçüde artırmıştır. Örneklemdeki bireylerin yaşlarının 65 ile 91 arasında değişmesi ve yaş ortalamasının 70,98±4,82 olarak belirlenmesi, grubun geriatri literatüründe sıklıkla ele alınan ileri yaş popülasyonunu temsil ettiğini göstermiştir. Eğitim düzeyi incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının 8 yıldan daha az eğitim almış olduğu (%61,1) ve %31,5'inin okur-yazar olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, düşük eğitim düzeyinin yaşlı popülasyonda yaygın bir özellik olduğunu ortaya koymuş ve aynı zamanda çalışmanın evreni temsil etme gücüne önemli bir katkı sağlamıştır. Özellikle düşük eğitim düzeyinin, yaşlı bireylerin sağlık davranışları ve hizmetlere erişimi üzerindeki etkilerini anlamak açısından değerli bir veri kaynağı sunduğu düşünülmüştür. Bu özellikler, çalışmanın kırılganlık, geriatrik depresyon ve aile fonksiyonelliği gibi karmaşık ve çok boyutlu kavramları değerlendirmek için uygun bir temel sağladığını göstermektedir. Örneklemin çeşitliliği, bulguların yalnızca bu grup için değil, benzer özellikler taşıyan daha geniş yaşlı popülasyonlar için de genellenebilir olduğunu düşündürmektedir. Tüm bu veriler, yaşlı bireylerin biyolojik, psikososyal ve sağlık hizmetleri kullanım özelliklerini anlamaya yönelik önemli bir bilimsel zemin sunmaktadır.

Elde edilen bulgular, katılımcıların sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine erişim alışkanlıklarına dair önemli ipuçları sunmuştur. Günlük ilaç kullanımı açısından, katılımcıların çoğunlukla dört ilaç ve üzeri kullandığı tespit edilmiştir. Bu durum, yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) yaygın olduğunu ve birden fazla kronik sağlık sorununun varlığını düşündürmektedir. Sağlık hizmetlerine

başvuru sıklığı değerlendirildiğinde, katılımcıların acil servis başvuru sayısının yılda ortalama en az bir olduğu, buna karşın aile hekimine başvuru sıklığının yılda ortalama 7 ve daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların büyük bir kısmının yılda 5 ila 7 kez aile hekimine başvurduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını büyük ölçüde birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla karşıladığını ve düzenli olarak aile hekimliği sistemine entegre olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, bu veriler, yaşlı bireylerin sağlık sorunlarının yönetiminde birinci basamak hizmetlerin önemini ve çoklu ilaç kullanımının dikkatle ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Aile hekimine yapılan düzenli başvurular, hem önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hem de kronik hastalıkların yönetimi açısından kritik bir rol oynamaktadır.

Araştırmada elde edilen bulgular, yaşlı bireylerin aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon düzeylerine ilişkin önemli veriler ortaya koymuştur. Aile işlevselliği (APGAR) skorlarının büyük oranda yüksek fonksiyonel düzeyde olduğu görülmüştür. Ortalama skorun (%76,2) oldukça yüksek bir düzeyde olması ve yüksek fonksiyonel düzeyde bulunanların oranının %72,4 olması, katılımcıların genellikle aile içinde destekleyici bir ortamda yaşadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, katılımcıların %26,6'sının orta derecede disfonksiyonel düzeyde bulunması, belirli bir grubun aile desteği açısından görece zayıf bir durumda olduğunu göstermektedir. Bu grubun aile desteği açısından zayıf bir yapıda olması, sosyal izolasyon, artan kırılganlık ve psikolojik sorunların daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Daha önce kliniğimizde 65 yaş üstü 200 katılımcı ile yapılan bir tez çalışmasında APGAR skoru ortalama 7,5±2,5 olarak bulunmuştu. APGAR düzeylerine göre katılımcıların %56'sı fonksiyonel, %44'ü ise disfonksiyonel olarak tespit edilmişti[86]. 60-79 yaş aralığında, yaşlı yetişkinlerde yapılan aile fonksiyonelliğinin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %89,7'sinin yüksek fonksiyonel, %6,6'sının orta derece disfonksiyonel ve %3,6'sının şiddetli disfonksiyonel olduğu bulunmuştur[87]. Brezilya'da yaşlı yetişkinlerde yapılan bir çalışmada aile işlevselliği %67,48' sinde yüksek fonksiyonel, %32,52'sinde orta ve şiddetli disfonksiyonel olarak bulunmuştur[88]. Huzurevinde kalan yaşlılar arasında yapılan bir başka çalışmada ise aile fonksiyonelliği katılımcıların çoğunda (%57) şiddetli disfonksiyonel, %21'inde

orta derece disfonksiyonel, % 22'sinde ise yüksek fonksiyonel bulunmuştur[89]. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğine APGAR skor ortalamalarının geniş bir aralıkta seyrettiği görülmektedir. Bu durum aile fonksiyonelliğinin sosyo-ekonomik özelliklerden, farklı kültürel özelliklerden, yaşanılan ortamdan etkilendiğini düşündürmektedir. Aile içi iletişimin ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, yaşlı bireylerin sağlık ve yaşam kalitesinin artırılması adına kritik bir gereklilik olarak değerlendirilebilir.

Kırılganlık düzeylerine ilişkin analizlerde ise, katılımcıların ortalama puanlarının alınabilecek toplam skorun %25,2'sine karşılık geldiği belirlenmiştir. Bu sonuç, genel olarak katılımcıların kırılganlık seviyelerinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak, kesim puanları dikkate alındığında, katılımcıların %50,7'sinin ön kırılganlık düzeyinde ve %16,3'ünün kırılganlık düzeyinde yer aldığı tespit edilmiştir. Bu durum, her iki grubun da dikkatle izlenmesi gerektiğini ve erken müdahale gereksinimini açıkça ortaya koymaktadır. Dünya genelinde 62 ülkede kırılganlığın yaygınlığını inceleyen bir meta-analizde, tüm ölçekler dahil edilerek incelenen verilere göre genel tahmini kırılganlık prevalansı %17, ön kırılganlık prevalansı % 45 olarak değerlendirilmiştir[90]. Daha önce kliniğimizde 65 yaş üstü 210 kişi ile yapılan bir tez çalışmasında katılımcıların %53,8'inin kırılgan değil, %38,6'sının prefrail, %7,1'inin ise kırılgan olarak saptanmıştır[91]. Çalışmamızda kırılganlık düzeyleri daha önce yapılan çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Bu durumu her iki çalışmada katılımcıların farklı sosyoekonomik düzeydeki bölgelerden olmasına bağlayabiliriz. Elde edilen bu bulgular, yaşlı bireylerde kırılganlık riskine yönelik sağlık hizmetlerinin proaktif önlemlerle güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle ön kırılganlık düzeyindeki bireyler için önleyici sağlık hizmetlerinin uygulanması, kırılganlık durumuna ilerlemeyi engellemede kritik bir role sahip olabilir. Ayrıca, kırılganlık düzeyindeki bireyler için multidisipliner yaklaşımlarla bakım ve tedavi süreçlerinin entegre edilmesi, sağlık durumlarının stabilize edilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Bu bulgular, sağlık politikalarının kırılganlık riskini azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmesi gerektiğini göstermektedir.

Geriatrik depresyon düzeylerine ilişkin analizlerde ise, katılımcıların ortalama puanlarının alınabilecek toplam skorun %28,7'sine karşılık geldiği belirlenmiştir. Bu sonuç, katılımcıların geriatrik depresyon seviyelerinin genel olarak ortanın altında olduğunu göstermektedir. Kesim puanları incelendiğinde, katılımcıların %58,6'sının depresyon açısından normal düzeyde olduğu, ancak %34,5'inin hafif depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Orta ve şiddetli depresyon oranlarının toplamı %6,9 olarak bulunmuştur. GDÖ-15'in depresyon prevalansının değerlendirildiği 14 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde GDS-15 puanı 5 ve üzeri olan katılımcıların yüzdesi %14,1 ile % 63,7 arasında bulunmuş olup, havuzlanmış prevalans % 34,2 olarak tespit edilmiştir[92]. Almanya'da birinci basamağa başvuran yaşlı hastalarda üç farklı ölçekle yapılan depresyon çalışmasında ise GDS-15 puanı 5 ve üzeri olan yaşlı oranı %21.8 bulunmuştur[93]. Mevcut çalışmamızda ise GDS-15 puanı 5 ve üzeri olan katılımcı yüzdesi 41,4 olarak bulunmuştur. Çalışmaların sonuçları yapıldığı ülke ve popülasyona göre geniş bir prevalans aralığına işaret etmektedir. Bununla birlikte, hafif düzeyde depresyon belirtilerinin yaygınlığı, yaşlı bireylerin ruh sağlığı açısından önemli bir durumu işaret etmektedir. Hafif depresyonun yaygınlığı, ilerleyici bir psikolojik bozulmanın erken göstergesi olabileceği için dikkatle ele alınmalıdır. Bu bağlamda, yaşlı bireyler için psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve toplumsal farkındalığın artırılması gerekmektedir. Hafif depresyon belirtileri gösteren bireylerin erken dönemde desteklenmesi, hem psikolojik iyilik halinin korunması hem de daha ciddi depresyon düzeylerine ilerleme riskinin azaltılması açısından kritik bir öneme sahiptir.

Ayrıca aile işlevselliği, kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının çeşitli demografik ve sosyal değişkenlere göre karşılaştırılması önemli bulgular ortaya koymuştur. İlk eşiyle veya çocuğuyla yaşayan katılımcıların aile işlevselliği skorlarının, yalnız yaşayan ya da sonraki eşiyle birlikte yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eta kare değerine göre, bu farkın orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir, bu da aile dinamiklerinin yaşlı bireylerin algıladığı işlevselliği anlamlı şekilde etkilediğini göstermektedir. Brezilya'da yapılan aile işlevselliği ile ilişkili sosyoekonomik koşulları inceleyen bir çalışmada evli olmak ve 3-4 çocuk sahibi

olmak iyi aile fonksiyonu ile ilişkilendirilirken, bekar veya dul olmak, çocuk sahibi olmamak orta ve yüksek aile disfonksiyonu ile ilişkilendirilmiştir[94]. Bu durum, yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları aile üyeleriyle kurdukları duygusal bağların sosyal destek algısını güçlendirdiğini ve bu algının aile işlevselliğini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerde duygusal yakınlık ve aile içi etkileşimin yüksek olduğu durumlarda, bireylerin aidiyet, değerli hissetme ve güven duyguları arttığından, aile daha işlevsel olarak algılanmaktadır. Bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermekte ve yaşlılıkta aile kompozisyonunun işlevsellik algısı üzerindeki belirleyici rolünü desteklemektedir.

Kırılganlık skorları incelendiğinde, cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, yaşanılan ortam, sigara kullanımı ve ev işlerini / alışverişi yapma durumu değişkenlerinin kırılganlık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Özellikle kadınlar, 75 yaş ve üzeri olanlar, okur-yazar olmayanlar ve 8 yılın altında eğitim almış bireyler, çocuğuyla yaşayanlar, hiç sigara kullanmamış olanlar ve ev işleri veya alışveriş yapmadığını belirten katılımcılar, diğer gruplara göre daha yüksek kırılganlık skorlarına sahiptir. Literatürde ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, hareketsiz yaşam tarzı, düşük fiziksel aktivite, sigara kullanmak, alkol kullanmak kırılganlık risk faktörleri olarak tespit edilmiştir[95]. Çalışmamızda hiç sigara kullanmamış olanların kırılganlık skorlarının yüksek çıkması, hiç sigara kullanmayan katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın olması, kadın katılımcıların kırılganlık skorlarının daha yüksek olması nedeniyle böyle bir sonucun ortaya çıktığını düşündürmüştür. Bu sonuçlar, kırılganlık üzerinde biyolojik, sosyal ve yaşam tarzı ile ilgili faktörlerin bir arada etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Geriatrik depresyon skorlarına ilişkin analizlerde ise yaş, eğitim durumu ve yaşanılan ortam değişkenlerinin anlamlı etkiler gösterdiği bulunmuştur. 75 yaş ve üzeri bireylerin, okur-yazar olmayanların ve 8 yılın altında eğitim almış olanların, ayrıca yalnız yaşayan ya da sonraki eşiyle birlikte yaşayan katılımcıların geriatrik depresyon skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, düşük eğitim düzeyi ve sosyal yalnızlık gibi faktörlerin yaşlı bireylerde depresyon riskini artırabileceğini göstermektedir. Tayvan'da toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon düzeyinin tahmin edilmesine yönelik yapılan bir çalışmada, düşük eğitim düzeyi, daha

kötü günlük yaşam fonksiyonu, sosyal desteğin az olması, daha fazla kronik hastalık bulunması ve yalnızlık depresyon düzeyini etkileyen faktörler arasında bulunmuştur[96]. Güney Kaliforniya'da birinci basamakta, yaşlı yetişkinlerde depresyonun tanımlanması amacıyla yapılan çalışmada GDS-15 puanı 5 ve üzeri olanların %66,6'sının kadın olduğu tespit edilmiştir[97]. Çalışma kadınlarda depresyonun anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda GDS-15 skoru kadınlarda daha yüksek çıkmasına rağmen cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması genel literatür bilgisiyle karşılaştırıldığında ayrışmaktadır. Bu farklılığın nedenleri, çalışmanın yürütüldüğü toplumun sosyokültürel yapısı, örneklemin nispeten dengeli cinsiyet dağılımı ve yaşlılık dönemine özgü biyopsikososyal etkenlerle açıklanabilir. Türkiye'de yaşlı kadınların geçmişte sosyal roller gereği daha fazla aile içi sorumluluk üstlenmiş olmaları, sosyal destek ağlarının daha güçlü olmasına katkı sağlayabilirken, bu durum depresyon semptomlarının daha az hissedilmesine ya da ifade edilmesine neden olmuş olabilir. Ayrıca yaşlılık döneminde depresyonun tanınmasında cinsiyete özgü belirtilerin farklı yorumlanması ya da kadınların ruhsal sorunları daha kolay dile getirme eğilimi gibi faktörlerin, epidemiyolojik verilerle bireysel çalışmalarda elde edilen sonuçlar arasında farklara yol açtığı bildirilmektedir[98]. Bu nedenle, çalışmamızdaki sonuçların, yerel kültürel dinamikler ve toplumsal cinsiyet rollerinin yaşlılık dönemine yansımaları çerçevesinde değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Bunlara ek olarak kırılganlık ve geriatrik depresyon skorlarının günlük ilaç kullanımı, acil servis ve aile hekimi başvuruları ile pozitif ve anlamlı ilişkiler sergilediği, ancak aile işlevselliği skorunun bu değişkenlerle anlamlı bir ilişki göstermediği tespit edilmiştir. Günlük ilaç kullanım sayısı fazla olan, acil servis ve aile hekimliği başvurusu fazla olan katılımcıların daha fazla kronik hastalığa sahip olduğunu düşündürmüştür. Yapılan çalışmalar kronik hastalık sayısı ile kırılganlık ve geriatrik depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir[96,99].

Öte yandan düzeylere göre yapılan karşılaştırmalarda aile işlevselliğini etkileyen faktörler arasında cinsiyet, yaşanılan ortam, aktif çalışma durumu ve sigara kullanımı öne çıkmıştır. Özellikle ilk eşi ile veya çocuğu ile yaşayan, çalışmayan ve sigara bırakmış bireylerin, daha yüksek aile işlevselliği düzeylerine sahip olma

eğiliminde olduğu görülmüştür. Brezilya'da aile fonksiyonelliği ve yaşam kalitesi arsındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma çocuk sahibi olmanın ve çocuğuyla beraber yaşamamanın, çocuğu olmayanlara göre daha işlevsel bir aileye sahip olmakla ilişkilendirmiştir[100]. Bu durum, kültürel faktörlerin, yalnız olmama ve çalışma durumu gibi faktörlerin, aile içindeki ilişkilerin gücünü artırabileceğini ve sosyal desteğin aile işlevselliğini güçlendirebileceğini düşündürmektedir.

Bununla birlikte, kırılganlık düzeyini etkileyen faktörler arasında cinsiyet, yaşanılan ortam, eğitim durumu ve ev işlerini / alışverişi tek başına yapabilme durumu yer almıştır. Özellikle çocuğuyla yaşayan, düşük eğitim düzeyine sahip olan ve ev işlerini tek başına yapamayan bireylerin daha yüksek kırılganlık düzeylerine sahip olma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Bu bulgular, aile içi desteğin ve eğitim seviyesinin, kırılganlık üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Yaşlı insanlarda kırılganlık ile ilişkili faktörleri inceleyen 44 çalışmanın dahil edildiği bir araştırmada yaşlılık ve kadın cinsiyet yaşlı popülasyonda kırılganlık için en sık tanımlanan risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Ayrıca düşük eğitim seviyesi, anlamlı olmayan ilişkiler bildirilmiş olsa da genellikle kırılganlıkla ilişkilendirilmiştir[101]. Kırılganlık yönetimi konusunda yapılan çalışmalar egzersizin kırılganlığı önlemek için en önemli müdahale olduğunu, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini artırdığını desteklemektedir[85].

Son olarak, yaşanılan ortamın geriatrik depresyon düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Yalnız veya sonraki eşi ile yaşayan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuç, yaşlı bireylerin sosyal destek ağlarının ve aile ilişkilerinin depresyon üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

Araştırma sonucunda ayrıca aile işlevselliği skoru ile kırılganlık skoru arasında negatif yönde düşük düzeyde ancak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu, aile işlevselliği arttıkça bireylerin kırılganlık düzeylerinin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aile işlevselliği ile geriatrik depresyon skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, aile içi destekle güçlü bir yapıya sahip bireylerin depresyon seviyelerinin daha düşük olduğunu ortaya

koymaktadır. Kırılganlık skoru ile geriatrik depresyon skoru arasındaki ilişki ise pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bulunmuştur. Bu, kırılganlık düzeyinin artmasıyla depresyon seviyelerinin de arttığını göstermektedir. Sonuç olarak, güçlü aile işlevselliği hem kırılganlık hem de depresyon düzeylerini iyileştirici bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Brezilya'da kırılganlık ve aile işlevselliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma, mevcut çalışmamızla benzer şekilde, kırılgan bireylerin, kırılgan olmayanlara göre daha işlevsiz bir aile yapısına sahip olduğunu göstermiştir. Aile işlevselliğinin, kırılganlık üzerine koruyucu bir faktör olduğu tespiti yapılmıştır[102]. Yaşlı erişkinlerde kırılganlık sendromu ile ilişkili faktörleri inceleyen bir başka çalışmada kırılgan yaşlı erişkinlerde, kırılgan olmayanlara göre daha yüksek bir aile işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur. Yüksek derecede aile disfonksiyonelliği olanlarda kırılganlık riskinin 5,9 kat daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir[103].

Yaşlılarda depresif belirtiler ve aile işlevselliğini araştıran bir çalışmada depresif belirtiler gösteren yaşlıların daha az ailesel işlevsellik gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışmada depresif semptomları olan yaşlılarda orta ve yüksek aile disfonksiyonelliği (%57,9) baskın bulunurken, depresif semptomları olmayan yaşlılarla karşılaştırıldığında aksine iyi aile işlevselliği (%71,5) baskın bulunmuştur[104]. Yaşlılarda aile fonksiyonelliği ile depresif semptomları inceleyen bir başka çalışmada katılımcıların % 23,8'inde aile disfonksiyonelliği tespit edilmiş olup, aile disfonksiyonelliği olan yaşlılarda depresif belirtilerin görülme olasılığı, iyi fonksiyonel aileye sahip olanlara kıyasla 5,36 kat daha fazla tespit edilmiştir[105].

Çalışmamızdaki bulgular, regresyon analizleriyle desteklenmiş ve aile işlevselliğinin hem kırılganlık hem de geriatrik depresyon üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğu ortaya konmuştur. Aile işlevselliği skorundaki bir birimlik artışın, kırılganlık skorunu 0,144 birim, geriatrik depresyon skorunu ise 0,460 birim azalttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, güçlü bir aile işlevselliğinin, yaşlı bireylerin kırılganlık ve depresyon düzeylerini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Ayrıca araştırma bulguları, disfonksiyonel aile işlevselliğinin hem kırılganlık hem de geriatrik depresyon riskini anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir. Disfonksiyonel aile yapısına sahip bireylerin, fonksiyonel aile yapısına sahip olanlara kıyasla kırılganlık riskinin yaklaşık 7,4 kat daha yüksek olduğu; diğer bir ifadeyle, bu durumun kırılganlığı yaklaşık 6,4 kat artırdığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, disfonksiyonel aile işlevselliğinin geriatrik depresyon riskini 4,1 kat artırdığı, bu etkinin geriatrik depresyon riskini yaklaşık 3,1 kat daha yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak, kırılganlık, geriatrik depresyon ve aile fonksiyonelliği, yaşlı bireylerin biyopsikososyal sağlık durumlarını anlamada temel bir öneme sahiptir. Bu üç boyutun birlikte değerlendirilmesi, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmesi ve etkinliğinin artırılması açısından kritik bir rol oynamaktadır. Aile fonksiyonelliği, yaşlıların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıkları üzerinde koruyucu bir etki sağlarken, aile desteği eksiklikleri geriatrik depresyonu tetikleyebilir ve kırılganlık düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu bağlamda, sağlık değerlendirmelerinde yalnızca bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları değil, aynı zamanda aile içi ilişkilerin niteliği ve desteğin sürekliliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Kırılganlık ve geriatrik depresyon belirtileri gösteren bireylerin erken tanısı, multidisipliner bir yaklaşımla tedavi ve bakım süreçlerinin entegre edilmesini gerektirmektedir. Ayrıca, aile fonksiyonelliği ekseninde yapılacak bir değerlendirme, yalnızca bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmenin yanı sıra, aile üyelerinin yükünü hafifletme ve onların sağlık sistemine daha etkin katılımını teşvik etme açısından da önemli fırsatlar sunmaktadır.

Çalışmamızın verileri tek merkezde toplanmış olup, bu durum elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ancak günümüzde yaşlı nüfusun hızla artması, yaşlı bireylerin biyopsikososyal açıdan kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini daha da önemli hale getirmektedir. Bu bağlamda çalışmamız, yaşlı bireylerde aile işlevselliği ile kırılganlık ve geriatrik depresyon arasındaki ilişkiyi bütüncül bir yaklaşımla ele alan ilk araştırmalardan biri olma özelliği taşımaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- **Aile işlevselliği düzeyi:**
  - Katılımcıların %72,4'ü yüksek fonksiyonel düzeyde,
  - %26,6'sı orta derece disfonksiyonel düzeyde,
  - %1'i ise şiddetli disfonksiyonel düzeyde aile yapısına sahiptir.
- **Kırılganlık düzeyi:**
  - Katılımcıların %33'ü kırılgan değil,
  - %50,7'si ön kırılganlık düzeyinde,
  - %16,3'ü ise kırılgan düzeydedir.
- **Geriatrik depresyon düzeyi:**
  - Katılımcıların %58,6'sı normal,
  - %34,5'i hafif depresyon,
  - %4,9'u orta derece depresyon,
  - %2'si ise şiddetli depresyon düzeyindedir.
- **Aile işlevselliği ve yaşanılan ortam:**
  - İlk eşiyle veya çocuğuyla yaşayan bireylerin APGAR (aile işlevselliği) skorları,

    yalnız yaşayanlara ve sonraki eşiyle yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- **Kırılganlık ile ilişkili değişkenler:**
  - Kadın cinsiyet,
  - 75 yaş ve üzeri olmak,
  - Düşük eğitim düzeyi,
  - Yalnız yaşamak veya sonraki eşiyle yaşamak,
  - Ev işlerini ve alışverişi yapamamak,
  - Çocuğuyla yaşamak gibi faktörlerle kırılganlık düzeyinin arttığı belirlenmiştir.
- **Geriatrik depresyon ile ilişkili değişkenler:**
  - 75 yaş ve üzeri olmak, düşük eğitim düzeyi ve yalnız ya da sonraki eşiyle yaşamak depresyon skorlarını anlamlı düzeyde artırmaktadır.
- **Sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkiler:**

- Kırılganlık ve geriatrik depresyon skorları, günlük ilaç kullanımı, acil servis ve aile hekimi başvuruları ile pozitif ve anlamlı ilişki göstermektedir.
- Aile işlevselliği skoru ise bu değişkenlerle anlamlı bir ilişki sergilememiştir.

- **Değişkenler arası ilişkiler:**
  - Aile işlevselliği ile kırılganlık arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
  - Aile işlevselliği ile geriatrik depresyon arasında da negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
  - Kırılganlık ile geriatrik depresyon arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
  - Bu bulgular, aile işlevselliğinin hem fiziksel (kırılganlık) hem de ruhsal (depresyon) sağlık üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda bazı öneriler sunulabilir. Öncelikle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde aile işlevselliğinin dikkate alınması önem arz etmektedir. Aile APGAR gibi pratik ve geçerli araçların kullanımı, aile dinamiklerinin yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerindeki etkisini daha iyi anlamaya katkı sağlayacaktır. Ayrıca, yalnız yaşayan bireyler başta olmak üzere sosyal desteği sınırlı olan yaşlılar için sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve toplum temelli programların geliştirilmesi, kırılganlık ve depresyon riskini azaltmada etkili olabilir.

Yaşlı bireylerde kırılganlık ve depresyon düzeylerinin erken saptanması amacıyla, birinci basamakta rutin taramaların yapılması önerilmektedir. FRAIL ve GDÖ gibi tarama araçları bu amaçla etkili ve kolay uygulanabilir yöntemler sunmaktadır. Bununla birlikte, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde sağlık okuryazarlığını artıracak eğitim programları oluşturulmalı ve bu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmalıdır. Özellikle ev işlerini yapamayan veya fonksiyonel bağımsızlığı azalmış bireyler için evde bakım ve destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin yaşlı sağlığı konusundaki bilgi ve becerilerinin artırılması da önemlidir. Kırılganlık ve geriatrik depresyon yönetimiyle ilgili farkındalıklarının artırılması, aile işlevselliğiyle ilişkili sorunlara daha bütüncül yaklaşmalarını

sağlayacaktır. Ayrıca, gelecekte yapılacak çalışmalarda çok merkezli ve daha geniş örneklemli araştırmaların planlanması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini artıracak ve ulusal sağlık politikalarına katkı sağlayacaktır.

Son olarak, yaşlı bireylerin yaşadığı ortam ve birlikte yaşadıkları kişiler dikkate alınarak bireyselleştirilmiş müdahale planlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Özellikle yalnız ve dul bireylerin daha yüksek depresyon ve kırılganlık riski taşıdığı dikkate alındığında, bu grubun öncelikli olarak izlenmesi uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Serin, K. & Görpelioğlu, S. Comparison of the results of life quality and geriatric depressıon scale results according to the environments of the elders. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* **23**, 150–156 (2019).
2. McDaniel SH, C. T. H. J. L. A. *Aile Yönelimli Birincil Bakım*. (2007).
3. Yıldız, R. & Erdurak, Y. Sosyal Sağlık Bileşeni Olarak Sosyal Destek ve Ailenin Rolü. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* **9**, 593–600 (2021).
4. McWhinney IR, F. T. *Textbook of Family Medicine*. (New York, Oxford University Press., 2009).
5. Arslan, M., Keskin Arslan, E., Koç, E. M., Sözmen, M. K. & Kaplan, Y. C. Relationship Between Frailty and Medicine Use and Polypharmacy in People Over Sixty-five Years of Age. *Medical Bulletin of Haseki* **58**, 33–41 (2020).
6. Crooms, R. C. & Gelfman, L. P. Palliative Care and End-of-Life Considerations for the Frail Patient. *Anesth Analg* **130**, 1504–1515 (2020).
7. Durmaz, B. Validity and Reliability of Geriatric Depression Scale - 15 (Short Form) in Turkish older adults. *North Clin Istanb* (2017) doi:10.14744/nci.2017.85047.
8. Serin, K. & Görpelioğlu, S. Comparison of the results of life quality and geriatric depressıon scale results according to the environments of the elders. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* **23**, 150–156 (2019).
9. WHO. Ageing and health. *https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health* (2022).
10. Güney, U. *et al. Araştırma-Research Adana Huzurevi'nde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi Evaluatıon Of The Medıcal And Socıal Characterıstıcs Of The Elderly Lıvıng At The Communıty Resıdence Of Adana And Those Applyıng To The Famıly Medıcıne Outpatıent Clınıc*. *Turkish Journal of Geriatrics* vol. 6 (2003).
11. AĞAR, A. Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* **3**, 347–354 (2020).
12. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Uluslararası Sos Araştırmalar Derg. 2017 Oct 25;10(52):1278–87. - Google'da Ara.
13. SAMANCI TEKİN, Ç. & KARA, F. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YAŞLILIK. *Journal of International Scientific Researches* **3**, 219–229 (2018).
14. Lee, S., Yim, S., Journal, H. K.-K. M. & 2016, undefined. Aging of the respiratory system. *synapse.koreamed.org* doi:10.7180/kmj.2016.31.1.11.
15. Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., Sağlık, S. E.-D. Ü. & 2012, undefined. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *dergipark.org.tr*.

16. Mercanlıgil, M. Yaşlı Diyabetli Bireylerde Beslenme Tedavisi. *J Nutr Diet* **47**, 60–66 (2019).

17. Akif Karan İÜ, M., Tıp Fakültesi, İ., Hastalıkları Anabilim Dalı, İ. & Bilm Dalı, G. Geriatri yaş grubunda endokrin ve immün sistemlerdeki fizyolojik değişiklikler. *tihud.org.trMA KaranUlusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya, 2003•tihud.org.tr*.

18. *Leaving No One Behind In An Ageing World, World Social Report*. (2023).

19. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. *https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710* (2023).

20. Wonca Europe 2023 Edition. *The European Definıtıon Of General Practıce / Famıly Medıcıne*. (2023).

21. Dr. Birsen Gökçe. Hacettepe Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergısı, Aile ve Aile Tipleri Uzerine Bir inceleme. **8**, (1976).

22. https://sozluk.gov.tr/ aile, 15 aralık 2024.

23. Cevat Özkaya. Türkiye'de Aile (Ailenin Yapısal Özellikleri, İşlevleri Ve Değişimİ). *SEKAM* 7–7 (2016).

24. Elias, H. C. *et al*. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **21**, 562–569 (2018).

25. Lima-Rodríguez, J. S., Domínguez-Sánchez, I. & Lima-Serrano, M. Family and Social Variables Associated with Family Health. *https://doi.org/10.1177/01939459211026384* **44**, 920–931 (2021).

26. Cotton, N. K. & Shim, R. S. Social Determinants of Health, Structural Racism, and the Impact on Child and Adolescent Mental Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **61**, 1385–1389 (2022).

27. Recep Yıldız, Y. E. Sosyal Sağlık Bileşeni Olarak Sosyal Destek ve Ailenin Rolü. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (2021).

28. *Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN, ** Prof. Dr. Veli DUYAN, *** Uzm. Dr. Yeşim İNCECİK. Aile Hekimliği'nde Aile APGAR Ölçeği'nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. *TURKISH FAMILY PHYSICIAN*.

29. Barreto Andrade, D. M., Montargil Rocha, R. & Santos Ribeiro, I. J. Depressive Symptoms and Family Functionality in the Elderly With Diabetes Mellitus. *Issues Ment Health Nurs* **41**, 54–58 (2020).

30. Dent, E. *et al*. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev* **91**, 102082 (2023).

31. Papathanasiou, I. V *et al*. Frailty and Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults. *Cureus* (2021) doi:10.7759/cureus.13049.

32. Norazman, C. W., Adznam, S. N. & Jamaluddin, R. Malnutrition as Key Predictor of Physical Frailty among Malaysian Older Adults. *Nutrients* **12**, 1713 (2020).

33. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O. & Rockwood, K. Frailty in elderly people. *The Lancet* **381**, 752–762 (2013).

34. Kim, D. H. & Rockwood, K. Frailty in Older Adults. *New England Journal of Medicine* **391**, 538–548 (2024).

35. Racey, M. *et al.* Effectiveness of physical activity interventions in older adults with frailty or prefrailty: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open* **9**, E728–E743 (2021).

36. Wang, X. & Wu, M. Research progress of gut microbiota and frailty syndrome. *Open Medicine* **16**, 1525–1536 (2021).

37. Ceylan, S. *et al.* Frailty in community-dwelling older adults: reliability and validity of the Turkish version of the Gérontopôle frailty screening tool. *Turk J Med Sci* **52**, 2004–2010 (2022).

38. van Loon, I. N. *et al.* Frailty Screening Tools for Elderly Patients Incident to Dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* **12**, 1480–1488 (2017).

39. Borges, M. K. *et al.* Could Frailty be an Explanatory Factor of the Association between Depression and Other Geriatric Syndromes in Later Life? *Clin Gerontol* **44**, 143–153 (2021).

40. Zhang, X., Van Der Schans, C. P., Liu, Y., Krijnen, W. & Hobbelen, J. S. M. Items analysis of the Frailty Index (FI-35): Insight in the contribution of each item to the level of frailty. *PLoS One* **16**, (2021).

41. Osadnik, C. R. *et al.* European Respiratory Society statement on frailty in adults with chronic lung disease. *European Respiratory Journal* **62**, 2300442 (2023).

42. Cella, A. *et al.* Multidimensional Frailty Predicts Mortality Better than Physical Frailty in Community-Dwelling Older People: A Five-Year Longitudinal Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* **18**, 12435 (2021).

43. Wang, H., Wang, J., Xie, B., Liu, B. & Wang, J. Multi-dimensional frailty and its risk factors among older residents in long-term care facilities in Shanghai, China. *Int J Nurs Sci* **8**, 298–303 (2021).

44. Tsujishita, S., Nagamatsu, M. & Sanada, K. Overlap of Physical, Cognitive, and Social Frailty Affects Ikigai in Community-Dwelling Japanese Older Adults. *Healthcare* **10**, 2216 (2022).

45. Takatori, K. & Matsumoto, D. Social factors associated with reversing frailty progression in community-dwelling late-stage elderly people: An observational study. *PLoS One* **16**, e0247296 (2021).

46. Ozsoy, G., Ates Bulut, E., Gurpinar, B., Ilcin, N. & Isik, A. T. Determination of an Optimal Frailty Cutoff Score of Tilburg Frailty Indicator and Frailty Associated Factors in Community-Dwelling Turkish Older Adults. *Ann Geriatr Med Res* **25**, 294–300 (2021).

47. Qi, X. *et al.* Analysis of the status of social frailty in Chinese older adults with cardiovascular and cerebrovascular diseases: a national cross-sectional study. *Front Public Health* **11**, (2023).

48. Bayraktar M, Gürsoy Güven P, Çayır Y. Evde bakım hastalarında kırılganlık. Çayır Y, Çubukçu M, editörler. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.70-3.

49. Boulos, C., Salameh, P. & Barberger-Gateau, P. Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. *Clinical Nutrition* **35**, 138–143 (2016).

50. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O. & Rockwood, K. Frailty in elderly people. *The Lancet* **381**, 752–762 (2013).

51. Kafes, A. Y. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective* **3**, 186–194 (2021).

52. Shaheen, S., El Beh, K., Abd Elhameed, N., AbdEl-Aziz, A. & Ali, N. Assessment of psychosocial functioning and quality of life among depressed patients. *Assiut Scientific Nursing Journal* **10**, 10–20 (2022).

53. Bromet, E. *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* **9**, 90 (2011).

54. WHO. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. (2017).

55. Salari, N. *et al.* Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* **16**, 57 (2020).

56. Jeong, H.-G. *et al.* Role of severity and gender in the association between late-life depression and all-cause mortality. *Int Psychogeriatr* **25**, 677–684 (2013).

57. Dıagnostıc And Statıstıcal Manual Of Mental Dısorders Fıfth Edıtıon DSM-5™. *American Psychiatric Association* (2013).

58. Lohoff, F. W. Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Curr Psychiatry Rep* **12**, 539–546 (2010).

59. Mohammadkhani, P., Abasi, I., Pourshahbaz, A., Mohammadi, A. & Fatehi, M. The Role of Neuroticism and Experiential Avoidance in Predicting Anxiety and Depression Symptoms: Mediating Effect of Emotion Regulation. *Iran J Psychiatry Behav Sci* **10**, (2016).

60. Gariépy, G., Honkaniemi, H. & Quesnel-Vallée, A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry* **209**, 284–293 (2016).

61. Sullivan, M. D. *et al.* Depression Predicts All-Cause Mortality. *Diabetes Care* **35**, 1708–1715 (2012).

62. Taylor, W. D. Depression in the Elderly. *New England Journal of Medicine* **371**, 1228–1236 (2014).

63. Morichi, V. *et al.* Diagnosing and Treating Depression in Older and Oldest Old. *Curr Pharm Des* **21**, 1690–1698 (2015).

64. Tan, J. *et al.* Prediction models for depression risk among older adults: systematic review and critical appraisal. *Ageing Res Rev* **83**, 101803 (2023).

65. Sarkisian, C. A., Lee-Henderson, M. H. & Mangione, C. M. Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med* **18**, 1001–1005 (2003).

66. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *American Journal of Psychiatry* **154**, 1376–1383 (1997).

67. Imaoka, M. *et al.* Associations between depressive symptoms and geriatric syndromes in community-dwelling older adults in Japan: A cross-sectional study. *Prev Med Rep* **22**, 101353 (2021).

68. Cengiz, B. Prevalence of Depression in the Elderly Population of Manisa and Related Risk Factors. *The Turkish Journal of Geriatrics* **21**, 579–587 (2018).

69. Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A. & Luppa, M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One* **16**, e0251326 (2021).

70. GORCİN KARAKETİR, S. *et al.* Frequency and Related Factors of Depressive Symptoms Among Elders Who Live in a Residential Home in Istanbul. *Clinical and Experimental Health Sciences* **9**, 112–116 (2019).

71. Pigeon, W. R. *et al.* Is Insomnia a Perpetuating Factor for Late-Life Depression in the IMPACT Cohort? *Sleep* **31**, 481–488 (2008).

72. Hoover, D. R. *et al.* Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A. *Int Psychogeriatr* **22**, 1161–1171 (2010).

73. Gallo, J. J., Rabins, P. V., Lyketsos, C. G., Tien, A. Y. & Anthony, J. C. Depression Without Sadness: Functional Outcomes of Nondysphoric Depression in Later Life. *J Am Geriatr Soc* **45**, 570–578 (1997).

74. Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L. & Gill, T. M. Higher Burden of Depression Among Older Women. *Arch Gen Psychiatry* **65**, 172 (2008).

75. Kales, H. C. Cerebrovascular Disease and Late-Life Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* **13**, 88–98 (2005).

76. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis.* **3**, 465–471 (2012).

77. Aıraksınen, E., Larsson, M., Lundberg, I. & Forsell, Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychol Med* **34**, 83–91 (2004).

78. Lockwood, K. A., Alexopoulos, G. S. & van Gorp, W. G. Executive Dysfunction in Geriatric Depression. *American Journal of Psychiatry* **159**, 1119–1126 (2002).

79. Sheline, Y. I. *et al.* Cognitive Function in Late Life Depression: Relationships to Depression Severity, Cerebrovascular Risk Factors and Processing Speed. *Biol Psychiatry* **60**, 58–65 (2006).

80. Prof. Dr. Engin EKER & Dr. Ayşın NOYAN. Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri* **7**, 75–83 (2004).

81. Hymabaccus, B. A. B. *et al.* An effective and practical tool to assess physical frailty in older adults: Turkish validation of the FRAIL Scale. *Marmara Medical Journal* **36**, 149–156 (2023).

82. Field A. Discovering statistics using SPSS. London: SAGE; 2009.

83. Tuna F. Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem Akademi; 2016.

84. George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference. 16th ed. New York: Routledge; 2020.

85. Dent, E. *et al.* Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev* **91**, 102082 (2023).

86. Dr. Beytullah İsmet Demirhan. 65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile Apgarı İle Değerlendirilmesi. (2017).

87. Silva, M. S. A., Silva, M. C. P. e & Sogame, L. C. M. Socioeconomic and health conditions associated with the family function of older adults. *Rev Gaucha Enferm* **43**, (2022).

88. Silva, A. L. de S. e *et al.* Social support perceived by elderly people in social vulnerability according to family functionality: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* **57**, (2023).

89. Oliveira, S. C. de, Santos, A. A. dos & Pavarini, S. C. I. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* **48**, 65–71 (2014).

90. O'Caoimh, R. *et al.* Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. *Age Ageing* **50**, 96–104 (2021).

91. Dr. İlker kağızmanlı. Aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş üstü bireylerde kırılganlık sıklığı ve kırılganlık ile düşme riski arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. (2025).

92. Parsons, M. *et al.* Depression prevalence of the Geriatric Depression Scale-15 was compared to Structured Clinical Interview for DSM using individual participant data meta-analysis. *Sci Rep* **14**, 17430 (2024).

93. Dorow, M. *et al.* Categorical and dimensional perspectives on depression in elderly primary care patients – Results of the AgeMooDe study. *Int J Methods Psychiatr Res* **27**, (2018).

94. Silva, M. S. A., Silva, M. C. P. e & Sogame, L. C. M. Socioeconomic and health conditions associated with the family function of older adults. *Rev Gaucha Enferm* **43**, (2022).

95. Dent, E. *et al.* Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev* **91**, 102082 (2023).

96. Liu, C.-C., Lin, Y.-T., Cheng, K.-C., Pan, H.-H. & Chiou, C.-P. Predictors of Depression Level among Community-Dwelling Elderly Persons. *Int J Environ Res Public Health* **19**, 9414 (2022).

97. Uomoto, K. E. Increasing Identification and Follow-Up of Older Adult Depression in Primary Care. *J Prim Care Community Health* **14**, (2023).

98. Djernes, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* **113**, 372–387 (2006).

99. Dent, E. *et al.* Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev* **91**, 102082 (2023).

100. Souza Júnior, E. V. de *et al.* Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Rev Bras Enferm* **75**, (2022).

101. Boucham, M. *et al.* Factors associated with frailty in older people: an umbrella review. *BMC Geriatr* **24**, 737 (2024).

102. Andrade, J. M., Drumond Andrade, F. C., de Oliveira Duarte, Y. A. & Bof de Andrade, F. Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in older adults. *Quality of Life Research* **29**, 1665–1674 (2020).

103. Barbosa da Silva, A., Queiroz de Souza, I., da Silva, I. K., Borges Lopes Tavares da Silva, M. & Oliveira dos Santos, A. C. Factors Associated with Frailty Syndrome in Older Adults. *J Nutr Health Aging* **24**, 218–222 (2020).

104. Barreto Andrade, D. M., Montargil Rocha, R. & Santos Ribeiro, I. J. Depressive Symptoms and Family Functionality in the Elderly With Diabetes Mellitus. *Issues Ment Health Nurs* **41**, 54–58 (2020).

105. Souza, R. A. *et al.* Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* **48**, 469–476 (2014).

EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

Yaş	
Cinsiyet	Kadın ( ) Erkek ( )
Medeni durum	Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( )
Eğitim durumu	Okur yazar değil ( ) 8 yıl altı ( ) 8-12 yıl arası ( ) 12 yıl üstü ( )
Sigara	Hiç kullanmamış ( ) Bırakmış ( ) Aktif kullanıyor ( )
Şu an aktif olarak bir yerde çalışıyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
Yaşadığı ortam	Yalnız ( ) İlk eşi ile ( ) Sonraki eşi ile ( ) Çocuğu ile ( ) Akraba ile ( ) Bakıcı ile ( ) Huzur evi ( )
Şu an günlük kullandığınız ilaç sayısı ne kadar?	
Haftada ne kadar yürüyüş yaparsınız?	
Ev işlerini/ alışverişi tek başınıza yapabilir misiniz?	Her zaman kendim yaparım ( ) Çoğunlukla ben yaparım ( ) Ara sıra ben yaparım ( ) Hiç yapmam ( )
Markete, pazara, arkadaşlar ile vakit geçirmeye ne kadar sıklık ile gidersiniz?	
Evde annesi ve babası olmadan torun bakıyor musunuz?	Evet bakıyorum ( ) Hayır bakmıyorum ( )
Son bir yılda hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	Evet ( ) Hayır ( )
Son bir yılda acil servise kaç defa başvurdunuz?	
Son bir yılda psikiyatri polikliniğine kaç defa başvurdunuz?	
Son bir yılda Aile Hekiminize kaç defa başvurdunuz?	

EK 2. APGAR ÖLÇEĞİ

SORULAR

1. BİR SORUNUM OLDUĞUNDA, AİLEMDEN YARDIM ALABİLİYOR OLMAMDAN MEMNUNUM.

   NERDEYSE HER ZAMAN ( ) BAZEN( ) NERDEYSE HİÇBİR ZAMAN ( )

2. AİLEMİN BENİMLE KONUŞMA VE PROBLEMLERİ PAYLAŞMA ŞEKLİNDEN MEMNUNUM.

   NERDEYSE HER ZAMAN ( ) BAZEN( ) NERDEYSE HİÇBİR ZAMAN( )

3. AİLEMİN YENİ ETKİNLİKLERE KATILMA VEYA YÖNELME İSTEKLERİMİ KABUL ETMESİ VE DESTEKLEMESİNDEN MEMNUNUM.

   NERDEYSE HER ZAMAN ( ) BAZEN( ) NERDEYSE HİÇBİR ZAMAN( )

4. AİLEMİN KIZGINLIK, ÜZÜNTÜ VE AŞK GİBİ DUYGULARIMA İLGİ VE TEPKİ GÖSTERME ŞEKLİNDEN MEMNUNUM.

   NERDEYSE HER ZAMAN ( ) BAZEN( ) NERDEYSE HİÇBİR ZAMAN( )

5. AİLEMLE BİRLİKTE VAKİT GEÇİRME ŞEKLİMİZDEN MEMNUNUM.

   NERDEYSE HER ZAMAN ( ) BAZEN( ) NERDEYSE HİÇBİR ZAMAN( )

EK 3. FARAİL ÖLÇEĞİ

NO	SORULAR	CEVAPLAR
1	SON 4 HAFTADA KENDİNİZİ NE KADAR YORGUN HİSSETTİNİZ?	HER ZAMAN ( ) ÇOĞU ZAMAN ( ) BAZI ZAMANLAR ( ) ÇOK AZ ZAMAN ( ) HİÇBİR ZAMAN ( )
2	DESTEKSİZ VE YARDIMSIZ OLARAK 10 BASAMAK MERDİVEN ÇIKARKEN ZORLUK YAŞIYOR MUSUNUZ?	EVET ( ) HAYIR ( )
3	200 METREYİ TEK BAŞINIZA VE YARDIMSIZ YÜRÜMEKTE ZORLUK YAŞIYOR MUSUNUZ?	EVET ( ) HAYIR ( )
4	BİR DOKTOR SİZE HİÇ ŞU HASTALIKLARINIZIN OLDUĞUNU SÖYLEDİ Mİ?	DİYABET ( )HİPERTANSİYON ( ) KRONİK AKCİĞER HASTALIĞI ( ) KALP KRİZİ ( ) KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ ( ) ANGİNA ( ) ASTIM ( ) ARTRİT ( ) İNME ( ) BÖBREK HASTALIĞI ( ) KANSER ( )
5	SON BİR YIL İÇİN DE VÜCUT AĞIRLIĞINIZIN %5'DEN FAZLASINI KAYBETTİNİZ Mİ?	EVET ( ) HAYIR ( ) BİR YIL ÖNCEKİ KİLONUZ NE KADAR ……. ŞU ANKİ KİLONUZ NE KADAR …….

EK 4. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU

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

0-4 Puan: Depresyon yok
5-8 Puan: Hafif Depresyon
9-11 Puan: Orta Düzey Depresyon
12-15 Puan: Şiddetli Depresyon

TOPLAM PUAN (0-15): ……..