



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**DARÜLACEZE'DE KALAN DEPRESYON TANILI HASTALARIN DEPRESYON
ORANLARININ VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammed DEMİR

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN

İSTANBUL, 2015

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**DARÜLACEZE'DE KALAN DEPRESYON TANILI HASTALARIN DEPRESYON
ORANLARININ VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammed DEMİR

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN

İSTANBUL, 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102084
Öğrenci Adı Soyadı	: Muhammed DEMİR
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. OĞUZ TAN
Tezin Başlığı	: Darılaceze'de Kadın Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Önleniminin ve Yaşam Kalitesi ilişkisinin incelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 05.10.2015	Saati	: 09:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU

Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.

Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)

Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDEDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDEDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Feriye Tan	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Burcuhan Ural	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Darülaceze’de Kalan Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Oranlarının ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

05/10/2015

Muhammed DEMİR



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Bilimsel Etik Kurul Onayı	iii
Tez Kabul Formu	iv
Teşekkür	v
Özet	vi
Summary	viii
Kısaltmalar	ix
Tablolar Listesi	x
Ekler Listesi	xv
GİRİŞ ve AMAÇ	1
1. KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR	3
1.1. Yaşlılık	3
1.1.1. Yaşlılığın Tanımı	3
1.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi	4
1.1.3. Yaşlanma Süreci ve Yaşlılıkta Meydana Gelen	5
Değişiklikler	
1.1.4. Yaşlılık Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar	8
1.2. Depresyon	8
1.2.1. Depresyonun Tanımı	9
1.2.2. Depresyon Tanısı	9
1.2.3. Yaşlılarda Depresyon Prevalansı	10
1.2.4. Yaşlılarda Depresyon İçin Risk Faktörleri ve Etyoloji	12
1.2.5. Yaşlılık Depresyonunun Prognozu ve Tedavisi	12
1.3. Yaşam Kalitesi	14
1.3.1. Yaşam Kalitesi Tanımı	14
1.3.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	15
1.3.3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	16

2. AMAÇ ve YÖNTEM	17
2.1. Amaç	17
2.2. Yöntem	17
2.2.1. Yöntem, Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
2.2.2. Örneklem	18
2.2.3. Veri Toplama Araçları	19
2.2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	19
2.2.3.2. Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği- Uzun Form	19
2.2.3.3. Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği	20
2.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3. BULGULAR	21
4. TARTIŞMA	63
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	71
6. EKLER	74
Ek.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	74
Ek.2 Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği-Uzun Form	75
Ek.3 Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği	76
7. KAYNAKÇA	80



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksay Sk. No:14 PK:34462 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 84

13 Nisan 15

Sayın Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan
(Muhammed Demir)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10 Nisan 2015 tarihinde, 04 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Darülaceze'de Kalan Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Oranlarının ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

TEŐEKÜRLER

Öncelikle tez çalışmamın yürütölmesi ve planlanmasında büyük emeği ve katkısı olan, tez danışmanım sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN'a ,

Tezin tüm aşamalarında bana tecrübe ve değerli görüşleriyle katkıda bulunan aynı kurumda çalıştığım mesai arkadaşım, Uzm. Dr. şeyda GÖK'e

Çalışmam boyunca desteği ile motivasyonumu arttıran sevgili arkadaşım Uzm.Dr. Can PAHALI'ya

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatım boyunca sürekli yanımda olan, sevgi ve desteklerini her daim yakından hissettiğim canım anneme ve babama sonsuz kez teşekkür ederim.

Muhammed DEMİR

İstanbul-2015

(DEMİR, Muhammed, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

“Darülaceze’de Kalan Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Oranlarının ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi”

Özet: Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, 2020 yılında dünyada, getirdiği hastalık yükü, yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olan olumsuz etkileri açısından başta gelen sağlık sorunu olacaktır. Yaşlı popülasyonda en sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında gelen depresyon, toplum içinde yaşlılardaki prevalansı %12’sinde düzeyinde saptanırken, huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinde kalan yaşlılarda ise bu oran %68’lere kadar yükselmektedir. Bireyin kendini nasıl hissettiği, günlük aktivitelerini nasıl ve ne kadar yapabildiği ve kişinin sağlık durumunu açıklamak için kullanılan bir terim olan Yaşam Kalitesi, yaşlılık döneminde çeşitli nedenlerden dolayı etkilenmektedir. Depresyon ise başlı başına yaşam kalitesi azaltır. Yaşlanmayla birlikte bireyde genel yaşam kalitesi, bedensel sağlık, psikolojik durum, sosyal durum ve çevresel durumda değişiklik, gerileme ve kayıplar oluşur. Huzurevi ve bakım merkezlerinde kalan yaşlıların daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri için depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve araştırılması gerekmektedir. Bu tez çalışmasının amacı, İstanbul Darülaceze Müdürlüğü’nde kalan sakinlerin depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Çalışmanın örneklemini, Darülaceze Müdürlüğü’nde kalan depresif tanılı 65-81 yaşları arasında 31’i (%60) erkek ve 21’i (%40) kadın cins olmak üzere 52 hasta oluşturmuştur. Bu çalışmada değerlendirmeler, araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu, geriatric popülasyonlarda depresyonu belirlemek için kullanılan Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçları ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ölçeği sonuçları karşılaştırılmıştır.

Veriler SPSS programı aracılığıyla Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi uygulandıktan sonra normal dağılım gösteren verilere Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Analizi ve Tukey Testi, normal dağılım göstermeyen verilere ise Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis T Testi uygulanmıştır. Ayrıca Bağımsız Örneklem Çok Faktörlü Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda; Geriatrik depresyon ile Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında negatif yönde korelasyon olduğu gözlenmiştir. Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puanları arasında kuvvetli, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,75;p=0,00$) olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, depresyon, yaşam kalitesi, huzurevi, bakım merkezi



“Examining the relationship between the levels of depression and life quality of patients who are diagnosed with depression”

Summary: According to reports of World Health Organization, in 2020, depression will be the first health problem in terms of its negative influences on life quality and health. Depression, as one of the most observed psychological disease in elderly population, is seen in society with a prevalence of 12 %; and this prevalence increases to 68 % among elderly who live in nursing or rest homes. Life Quality, which is affected by several reasons in old age, is a term which is used to explain how individuals feel, how and to what degree they can perform the daily activities, and the person’s health conditions. Depression itself reduce the quality of life. Overall quality of life in individuals with age, physical health, psychological status and environmental condition changes, decline and losses occur. To live a healthier life, it is vital to study and evaluate the depression of elderly who live in nursing or rest homes. The purpose of this dissertation is to examine the relationship between depression and life quality of the residents who live in Istanbul Directorate of Almshouse. The sample of the study consists of 52 residents whose age varies between 65-81 and diagnosed with depression; besides, 31 of them are men (60 %), 21 are women (40 %). In the research, the results of Socio-demographic Information Form, Yesavege Geriatric Depression scale which is used to determine the depression level in geriatric populations, and Whoqol-Bref-Tr life quality scale which is used to evaluate the life quality are evaluated and compared to each other by the researcher.

The data is evaluated via SPSS 21.0 after Kolmogorov-Smirnov Normality Test was carried out. For normally distributed data Independent Samples T-test, Independent Samples One-Way ANOVA and Tukey test is used; for the data which is not normal distributed Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis T Test is carried out. Besides Independent Samples MANOVA and Pearson Correlation test is used. Statistical Significance level is accepted as $p < 0.05$.

As a result of the research, it was observed that there was a negative correlation between Geriatric Depression and Whoqol-Bref-Tr life quality and its sub-dimensions. There was strong, negative and significant correlation among the sub-dimensions of Whoqol-Bref-Tr life quality total points ($r = -0.75$, $p = 0.00$).

Key Words: old, depression, life quality, rest home, nursing home

KISALTMALAR

BM	Birleşmiş Milletler
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM	Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YY	Yüzyıl



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Cinsiyet, Yaş Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Mesleklere Göre Dağılımlar

Tablo 2: Kurumda Kalma Süreleri, Kronik Hastalık Olup Olmama Durumları, Destek Şekli, Personelden Bakım Destek Alma Durumu ve Günlük Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Dağılımlar

Tablo 3: Günlük Meşguliyetlere Göre Dağılımlar

Tablo 4: Yatılı Ziyarete Bulunma, Kurum İç-Dış Etkinliklere Katılma, Ziyaretçi Gelme Durumları, Ziyaretçi Sıklığı ve Zararlı Alışkanlıklarının Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımlar

Tablo 5: Ziyarete Kimin Geldiği ve Zararlı Alışkanlıkların Neler Olduğuna Yönelik Dağılımlar

Tablo 6: Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Normallik Testi

Tablo 7: Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 8: Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanlarına Arasındaki İlişki Durumları

Tablo 9: Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanları İle Geriatrik Depresyon Puanları Arasındaki İlişki Durumları

Tablo 10: Cinsiyete Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 11: Medeni Duruma Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 12: Eğitim Durumuna Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 13: Mesleklere Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 14: Mesleklere Göre Psikolojik Durum Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tukey Testi

Tablo 15: Kurumda Kalma Sürelerine Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo16:Kronik Hastalık Olup Olmama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 17: Cinsiyete Bağlı Olarak Kronik Hastalık Olup Olmama Durumlarına Göre Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 18: Sakinin Destek Şekillerine Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 19: Sakinin Destek Şekillerine Göre Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Sosyal Durum, Çevresel Durum, Genel Sağlık, Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Geriatrik Depresyon Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tukey Testi

Tablo 20: Cinsiyete Bağlı Olarak Sakinin Destek Şekillerine Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Sosyal Durum, Çevresel Durum ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 21: Personelden Bakım Desteği Alma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 22: Günlük Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 23: Yakınlarının Yanına Yatılı Ziyaret Etme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 24: Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 25: Cinsiyete bağlı olarak Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Çevresel Durum, Genel Yaşam Kalite ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 26: Ziyaretçi Gelme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 27: Zararlı Alışkanlık Olup Olmama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 28: İbadet Yapma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 29: Cinsiyete Bağlı Olarak İbadet Yapma Durumlarına Göre Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Psikolojik Durum Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 30: El Beceri İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 31: Bahçe İŖi İle İlgilenme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 32: Cinsiyete Bağlı Olarak Bahçe İŖi İle İlgilenme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Psikolojik Durum, Genel YaŖam Kalite ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 33: TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 34: Cinsiyete Bağlı Olarak TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları ve Sosyal Durum Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 35: Kitap, Gazete Okuma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 36: ArkadaŖ İle Sohbet Etme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 37: Cinsiyete Bağlı Olarak ArkadaŖ İle Sohbet Etme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Sosyal Durum, Genel YaŖam Kalite ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 38: Tavlâ, Satranç vb. Oyun Oynama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 39: Spor Yapma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr YaŖam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 40: Cinsiyete Bağlı Olarak Spor Yapma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Fizyolojik Durum ve Sosyal Durum Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 41: Resim, Şekil Boyama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 42: Yaşlara Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 43: Yaşlara Göre Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Mann-Whitney U Testi

Tablo 44: Ziyaret Sıklıklarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

EKLER LİSTESİ

Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Ek 2: Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği - Uzun Form

Ek 3: Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği



GİRİŞ ve AMAÇ

21. yy'ın en önemli sorunlarından biri yaşlanmadır. Kaçınılmaz her bireyde görülen yaşlanma bireyin fiziksel ve ruhsal yönden değişime uğramasıdır. Bu durum bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Yaşlılık bu nedenle biyopsikososyal bir olaydır (Bilgili, 2000).

Günümüz dünyasında gelişme seviyesine bağlı olarak, ülkelerin refah düzeyinin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyonun nüfusu hiç olmadığı kadar artmıştır. Yapılan tahminlere göre yaşlı nüfus daha da artacak ve 2025-2050 yılları arasında gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %40'ı bulacaktır (Kesioğlu vd., 2003).

Ülkemizin öncelikli sorunlarından biri yaşlanan toplumdur. Yaşlanan toplumla birlikte kurumsal bakıma (huzurevi, bakım merkezleri) olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre 2020 yılına kadar başkalarının bakımı ve yardımına muhtaç yaşlı nüfusu %300 oranında artacaktır (Kesioğlu vd., 2003). Bakıma muhtaç olan yaşlı nüfusunun yaratacağı sosyoekonomik sorunların yanında çeşitli nedenlerden ötürü, isteyerek ya da istemeyerek huzurevi veya bakım merkezlerinde yaşayan yaşlılar psikolojik ve sosyolojik problemler yaşamaktadır.

Yaşlanan insanoğlu çağımızda daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmuştur ancak uzun bir ömrün yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı unutulmamalıdır. Aristo'nun söylediği gibi "Yaşam kalitesi yaşamın aktiveleri ile belirlenir" yaşlı bireyin hayatının son demlerinde mutlu ve aktif olması için hedef daima yaşlıların yaşam kalitesinin korunması olmalıdır.

DSÖ verilerine göre 2020 yılında depresyon dünyada, getirdiği hastalık yükü, yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olan olumsuz etkileri açısından başta gelen sağlık sorunu olacaktır. İleri yaşlarda depresyon, hem bireyin yaşam kalitesini azaltmakta hem de fiziksel hastalıklara yakalanmasına neden olmaktadır (Lecrubier, 2001).

Duygu durumunun çökkün olması anlamına gelen depresyonun yaygınlığı yaşlılarda siktir. Yaşlılarda en sık görülen ruhsal hastalık olan depresyonun yaygınlığı

yaşlıların yaşadığı ortama göre artmaktadır. Öyle ki huzurevi ve bakımevlerinde depresyon prevalansı %68'a kadar çıkmaktadır (Eliopoulos, 2005). Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel yeteneklerde azalma, kognitif işlev ve gündelik aktivitelerde gerileme, finansal durumun kötüleşmesi, bireyin yalnız yaşaması, algılanan sosyal desteklerin zayıf olması, yaşlanmayla birlikte artan bedensel hastalıklar, kullanılan çeşitli ilaçlar ve yaşlılığa bağlı fizyolojik, nörokimyasal değişiklikler yaşlılarda depresyonu tetiklemektedir (Anthony and Petronis, 1991; Swindle et al.,1998). Ayrıca huzurevi ve bakımevinde yaşayan bazı yaşlılar, zamanla yakın çevresinden ve toplumdan kendilerini izole etmektedir. Çevreyi tanıma ve denetleyebilme imkanları azalan yaşlı bireyin zamanla bağımsızlığı, üretkenliği ve yaşama sevinci azalmaktadır (Eisses et al., 2004). Yaşlılarda depresyon bu nedenle bireyi birçok yönden olumsuz etkilemektedir. Depresyon yaşlılarda yaşamdan alınan zevki azaltmakta ve bireyi daha yoğun kronik hastalıklarla boğuşturur. Depresyon nedeniyle yaşam kalitesi düşen yaşlı birey yaşamın son demlerinde mutsuz, bitkin ve yorgun şekilde yaşamaktadır (Bahar vd., 2005). Yaşlanmayla birlikte artan birçok psikolojik sorununun tespit edilip hızlı ve etkin bir şekilde rehabilite edilmesi amaçlanmalı ve bireyin yaşlılık dönemini aktif, bağımsız, mutlu ve huzurlu bir şekilde sürdürülmesi planlanmalıdır.

Huzurevi ve bakım merkezlerinde kalan yaşlıların daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri için depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve araştırılması gerekmektedir. Bu tez çalışmasının amacı; İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nde kalan depresyon tanılı yaşlıların depresyon oranlarını ve olası bu oranların yaşam kalitesi ile ilişkisinin tespit edilerek, yaşlı depresif hastaların yaşam kalitesini yükseltecek hizmetlerin planlanmasının sağlanmasında katkıda bulunmaktır.

1. KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR

1.1. YAŞLILIK

Yaşlanma, dünyaya gelen her canlı organizması için doğumla başlayıp ölüme devam eden, her canlının zaman içerisinde aldığı kaçınılmaz ve geri dönülemez fizyolojik bir süreçtir. Bu süreçte zamanla birlikte başta hücre, doku ve sistemler seviyesinde değişimler olmakta ve bu değişimler canlı organizmada işlevsel ve yapısal değişikliklere neden olmaktadır (Turaman, 2001).

Yaşlılık, sözlük anlamı olarak yaşlı olma ve yaştın artmasıyla bazı fonksiyonlarda olan değişim, gerileme şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çerçevede DSÖ “yaşlılığı” çevresel etkenlere uyum sağlayabilme kapasitesinin azalması” olarak tanımlamıştır. Yaşlılık takvim yaştının ilerlemesiyle biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik değişmelerin birlikte ortaya çıktığı devamlı değişimlerin olduğu bir süreçtir (Arpacı, 2005). Yaşlılık ile eş anlamlı kullanılan “ihtiyarlık” ise toplumsal ve kültürel ilişkilerde ortaya çıkan daha çok ileri yaştın getirdiği yetersizlik, güçsüzlük ve zayıflık gibi durumları ifade edilmektedir. Yaşlılığı temel alan çalışmaların çoğunda yaşlılık tanımı ve sınıflamasında yaşlılığın fizyolojik boyutu ele alınmaktadır. Genellikle kronolojik bir kavram olarak kullanılan yaşlılık sınırı, DSÖ tarafından 65 yaş ve üstü olarak kabul edilmiştir (Erdal, 1989).

1.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi

21. yy’ın en büyük problemlerinden biri toplumların yaşlanmasıdır. Günümüzde, tüm dünyada doğum oranındaki düşüşle birlikte insan ömrünün uzamasıyla yaşlı nüfusu da giderek artmaktadır. Başta sağlık ve bilim alanındaki gelişmeler ve yeniliklere paralel olarak, birçok ülkenin bilinçli nüfus artış politikalarının izlenmesi, doğum oranlarındaki azalma, eğitim ve ekonomik seviyenin yükselmesi gibi nedenler bu süreçte temel yapı taşı oluşturmuştur. Zamanla yaşlı nüfus tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmakta ve gelecekte beraberinde getirdiği olası problemler ile önemi giderek artan bir durum haline gelmektedir (Bilir, 2007).

BM'in 2000 yılı raporlarına göre, 2000 yılında 6.1 milyar olan dünya nüfusunun 2100 yılında tahmini olarak 9.1 milyara ulaşacağı ve sonra azalmaya başlayacağı öngörülmüştür. Bu süreçte kıtalar arasında özellikle Avrupa kıtasının nüfusunun giderek azalacağı, Hindistan ve Çin gibi ülkeleri barındıran Asya kıtasının ise nüfusunun giderek artacağı tahmin edilmekte, Türkiye'nin ise 2050 yılında Avrupa kıtasının en kalabalık ülkesi olacağı öngörülmektedir (United Nation Population Division, 2002). DSÖ'ün 2000 yılı verilerine göre, dünyada yaşlı insan sayısının 612 milyon ve 65 yaş ve üzeri nüfus artış hızının %2.7 olduğu açıklanmıştır. Yine DSÖ'ün 1970-2025 yılları arasındaki tüm dünya nüfusunu kapsayan tahminlerine göre, beklenen yaşlı insan oranı %22,3 ile 624 milyon olarak öngörülmüş; 2025 yılında ise dünya nüfusunun yaklaşık olarak 1,2 milyar insanın 65 yaş ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılındaysa 2 milyona ulaşacak olan yaşlı nüfusun %80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı ifade edilmektedir. 2002 yılındaki verilere göre gelişmekte olan ülkelerdeki 65 yaş üzeri insan sayısı 400 milyon olduğu bilinirken, 2025 yılında 840 milyona ulaşacak yaşlıların %70'inin Türkiye ve Brezilya gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (WHO, 2002). Günümüzde dünya yaşlı nüfusunun yaklaşık 2/3'i halen gelişmekte olan ülkelerde olup, 2025 yıllarında ise yaklaşık olarak 3/4'nün bu ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (United Nation Population Division, 2002).

Ülkemiz gelişmekte olan ülkeler arasında yaşlanma sürecinin hızlı arttığı ülkeler arasındadır. Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'nin 1955 yılında yapılan nüfus sayımında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %3,4 oranında tespit edilirken, 2013 yılında son yapılan nüfus sayımında ise yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %7,7'ye yükselmiştir. 2023 yılında Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının %10,2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013).

BM'e göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8 - %10 arasında olması o ülke nüfusunun "yaşlı" olduğu, %10'un üzerinde olması ise "çok yaşlı" ülke olduğu anlamına gelmektedir. Ortaya çıkan nüfus projeksiyonlarına göre, ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfuslara göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir (Steffens et al., 2000). Bu ve bunun gibi veriler, 21 yy'nın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de "yaşlı yüzyılı" olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş dağılımlarıyla birlikte, artan yaşlı nüfusun, fizyolojik,

psikolojik, sosyolojik, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması tahmin edilmektedir (TÜİK, 2014).

1.1.3.Yaşlanma Süreci ve Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma homojen ve tek boyutlu bir süreç değildir. Çok faktörlü bir süreç olan yaşlanma sürecinde zamana bağlı olarak çeşitli kayıplar vardır. Yaşlanma, organizmadaki birçok sistemi etkiler. Yaşlanmayla meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler bireyde işlevsel bozukluklara neden olmaktadır. Yaşlılık bilimi uzmanı olan gerontolojistlere göre, yaşlanma süreci biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır (Güz ve Çolak, 2002).

Biyolojik Açıdan Yaşlanma Süreci

Birren, biyolojik olarak yaşlanmayı “Organizmanın canlı kalma olasılığını ve fizyolojik olarak kendini düzenleme, onarma, çevresine uyum sağlama yeteneğini zamanla azaltan bir değişim süreci şeklinde açıklamaktadır. Başta vücudun yapısal ve fonksiyonel değişimlerini vurgulayan Birren, yaşlılığı kronolojik yaşla birlikte görülen değişimler şeklinde belirtmiştir (Er, 2009). Biyolojik yaşlanmada zamanla bireyin anatomi ve fizyolojisinde değişimler meydana gelir. Çok hücreli organizmaların tümü zamana bağlı olarak farklı dejeneratif değişiklikler geçirirler. Biyolojik yaşlanma sürecinde fizyolojik ve fonksiyonel değişiklikler olmaktadır. Döllenme ile başlayan biyolojik gelişim ve yaşlanma süreci zamanla gittikçe hızlanıp artmakta ve orta yaş sonuna doğru çeşitli belirtiler ile tanımlanabilir duruma gelmektedir. Bu zaman içinde saçların beyazlaması ve dökülmesi, derinin kırıışması, kas gücünün azalması, belin bükülmesi ve motor hareketlerin yavaşlaması gibi dıştan görünen yaşlanma belirtileri ile kolayca tanımlanabilir hale gelmektedir. Yaşlanmayla birlikte bazı kronik hastalıkların sıklığında ve organlarda işlev kayıplarında artış olmaktadır. Ayrıca yaşlanmayla beraber fiziksel ve psikomotor işlevlerde belirgin yetersizliklerin ortaya çıkması nedeniyle zamanla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye durumu ortaya çıkmaktadır (Arpacı, 2005; Karadakovan, 2009).

Yapılan alışmalar neticesinde yaşlı nüfusun %18'inde önemli bir hareket kısıtlılığı bulunduğu tespit edilmiştir. Eklem romatizmaları, kalp hastalıkları ve görme sorunlarının bu kısıtlılıklara neden olan en önemli üç faktör olduğu saptanmıştır (Akandere, 2007). Yaşlılarda, yaşın ilerlemesi nedeniyle doku ve organlarda da yaşlanmalar olur. Kalp, Karaciğer, damarlar ve iç salgı bezlerinde bazı değişimler, beyinde canlı hücre miktarının azalması nedeniyle hafızanın zayıflaması, dolaşım, sindirim ve diğer sistemlerde fonksiyonel yetersizlikler görülür (Karsh, 1982). Yaşlanmayla beraber sık rastlanılan sorunlar genel olarak fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser ve kalp-damar hastalıklarıdır. Yaşlanmanın en belirgin hissedildiği duyu görmedir. Yaşlı bireyler, zamanla daha yakın nesnelere görmede zorlanmaya başlar ve görme kaliteleri bozulur. Yaşla birlikte işitme duyarlılığının kaybedilmesi nedeniyle duyma kalitesinde belirgin azalma olur. Zamanla konuşma ve sesleri ayırt etmede, soruları anlayamama ve cevap verememe ve yüksek frekans sesleri duyamama gibi sorunlar ortaya çıkar. Tat duyusunun azalması ile birlikte karmaşık tatlar tam olarak algılanamaz. Ağrı ve sıcaklık duyularının eşik değerleri düşen yaşlı bireylerin derileri zamanla, daha kuru, ince ve kırışık bir hal halini alır. Zamanla kemik yoğunluğun azalmasıyla kemikler daha zayıf ve kırılganlaşır. Büyüme hormonunun ve fiziksel aktivitenin azalması nedeniyle kas kitlesinin azalmasını daha da artar (Gz ve olak, 2002).

Sosyo-Kültürel Açıdan Yaşlanma Süreci

Sosyo-kültürel açıdan yaşlılık, kişinin toplum içinde değişen rolü, pozisyonu ve beklentilerinin değişmesidir. Yaşlanmayla birlikte bireyde rol değişikliği ve rol kaybı meydana gelir, bireyin aile ve sosyal yaşantısında önemli değişimler olur. Yaşlanmayla bireyde g, saygınlık ve ekonomik yönden bağımsızlık ve işlevsellik azalır. Yaşlılık döneminde çocukların büyümesi ve zamanla bağımsız olup evden ayrılmaları, arkadaş, akraba ve eşlerinin ölümü nedeniyle yalnız kalan yaşlıların ihtiyaç duydukları sosyal temasın da giderek azalmasına yol açar. Aldığı sosyal destek azalan birey zamanla kendini yalnız ve desteksiz hissedebilir. Yeterli düzeyde yaşaması zorlaşan yaşlı birey, zamanla etken durumdan edilgen bir duruma girerek, tüketen ve yardıma muhtaç pozisyona düşebilir. Yaşlılıkta en büyük ve en önemli sosyal değişikliklerden birisi de

emeklilik. Emeklilik; gelirden azalma, toplumsal konum kaybı ve zamanla bakıma muhtaç hale gelme şeklinde yorumlanabilir (Kara vd., 2009). Emekli olan yaşlı, bu dönemde kendisinin planladığı ve beklediği zamanda emekliliği gerçekleştirmiş, yaşının yeterli oranda birikimi var ve kendisine yeni bir meşguliyet edinmiş ise emekliliğe kısa sürede uyum sağlar ve bu dönemde daha az stres yaşayabilir. Kendisine uğraş edinemeyen, yeni sürece uyum sağlamayan güvenli ve yakın ilişkiler kuramayan, sosyal destek kaynakları azalan yaşlı birey, zamanla kendini iyi hissetmez ve ruh sağlığında bozulmalar olur. Zamanla yaşamdan daha az keyif alan, yaşlılarda tükenmişlik ve değersizlik duyguları artmakta olup, bu durum depresyona ve diğer psikolojik rahatsızlıklara sebep olmaktadır (Güz ve Çolak, 2002).

Psikolojik Açıdan Yaşlanma Süreci

Genel olarak psikolojik açıdan yaşlanma süreci, davranışsal ve sosyal etkileşimlerle açığa çıkan bireyin kognitif ve ruhsal durumlarının değişimleriyle ilgilidir. Yaşlılıkta beyindeki sinir hücreleri sayısının azalması ve sinir iletim hızında azalma kognitif fonksiyondaki bozulmanın temelini oluşturmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle beyindeki sinir iletimindeki yavaşlama ve sinir hücrelerindeki kayıplardan dolayı bireyin algılama, öğrenme, problem çözme, hafıza, dikkat, dil, görsel-uzamsal yetiler, akıl yürütme ve kognitif esneklik gibi birçok bilişsel becerilerde değişim, bozulma ve gerileme söz konusudur (Karadakovan,2009). Ruhsal yapının temel dinamiğini oluşturan biyolojik ve sosyal güdüler yaşlanmayla birlikte azalmakta ve güdülenmeden kaynaklanan duygulanımda azalma sonucu çökkün duygu durumu ortaya çıkabilmektedir (Şahin ve Yalçın, 2003). Yaşlanmayla beyin yapısının bozulması nedeniyle bilgiyi işleme ve bilgiye yanıt verme hızı azalır, düşünce içeriğinde bozulma, düşünce hızında yavaşlama ortaya çıkar. Yaşlanmayla birlikte bilişsel bozukluk görülme olasılığı da artmaktadır. Yaşam boyunca bilişsel düzeyde değişim yaşanmaktadır; yalnız yaşlılıkta bilişsel kayıplar daha fazla olmaktadır (DSM-5, 2013). Yaşlanmayla beraber kişilerin temel kişilik özellikleri değişmese bile kişilerin ruhsal süreçlerinde bazı değişiklikler ortaya çıkabilir. Yetenek ve kişilik kazanımlarındaki değişiklikler yaşlı bireyin kendisini yaşlanma olayına hazırlayamamasına ve uyum sağlama kapasitesinden kaynaklanan sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Arpacı, 2005). Sözü edilen değişimler neticesinde, üretkenlik vasfından uzaklaşıp kendini işe

yaramaz ve değersiz hissedene, zihinsel işlevleri gerileyene, kısa süreli belleği zayıflayan yaşlı birey, zamanla benmerkezci, alıngan, şüpheli tutuma sahip olur. Giderek çevreye olan ilgisi azalan ve kendisini çevreden soyutlanan birey, günlük yaşamını sürdürebilmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duyabilir. Ailesi ve çevresindekileri çeşitli nedenlerden ötürü kaybedip yalnız kalma, yaşlıların depresyon ve anksiyete yaşamasına sebep olabilmektedir (Tamam ve Öner, 2001; Göktaş ve Özkan, 2006).

Yaşlılık Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar

Yaşlanmayla birlikte her türlü tıbbi, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler ileriki yıllarda artarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılık döneminde sık görülen psikolojik problemleri tanımak bu nedenle önemlidir.

Yaşlılık döneminde sık rastlanan ruhsal bozukluklar, depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları, somatizasyon bozuklukları, kişilik bozuklukları, uyku bozukluklarıdır (Er, 2009).

1.2. DEPRESYON

Sözlük anlamı olarak duygu durumunun çökkün olması durumuna depresyon denir. Depresyon, anlık ruh hali, sendrom ya da hastalık olarak karşımıza çıkabilir. Tanımdan anlaşılacağı üzere depresyon, anlık bir ruh hali yani yaşanan gündelik olaylara karşı bir tepkiden çok, septom halini alan ve zamanla hastalık belirtisi gösteren duygu durumudur. Depresyon, üzüntülü duygu durumu içinde bireyin kendisini değersiz, yetersiz ve çaresiz hissetmesi, duygu ve düşünce ve davranışlarda değişimin görüldüğü bir sendrom şeklinde tanımlanmaktadır (Aşkın, 1994). Depresyon başlığı altında tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesinden söz edilir. Psikiyatrik bozukluklar değişik sınıflandırma sistemleriyle sınırlandırılırlar. Dünyada en fazla kabul görmüş sınıflandırma sistemi olan, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi, DSM -5' göre (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) depresyon farklı alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir(DSM-5, 2013). Depresyon deyince ilk akla gelen major depresyondur. Diğer alt gruplar daha az ilgi odağı olmaktadır.

DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısının konulabilmesi için aşağıdaki kriterlerin karşılanmış olması gerekmektedir:

A. İki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme veya zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder, umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görünür).

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışırken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir, yalnızca özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik, içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir, yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkiye bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı duygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (DSM-5, 2013).

1.2.3. Yaşlılarda Depresyon Prevalansı

Depresyon dünya çapında önemi gittikçe artan bir sağlık sorunudur. Günümüzde biyopsikososyal bir sendrom olarak tanımlanan depresyon, 2001 yılında DSÖ tarafından; bedensel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almıştır. Depresyon bireyin yaşam kalitesini azaltan ve kişinin diğerlerine bağımlılığını arttırmışından ötürü günümüzün en önemli psikolojik rahatsızlıklardan birisidir. DSÖ'ne göre depresyon 2020 yılında, getirdiği hastalık yükü, yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olumsuz etkileri açısından kalp hastalıklarından sonra başta gelen en önemli sağlık sorunu olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve fiziksel hastalıklarla yakından ilişkili olup yaşlılarda işlevsellik, kişiler arası ilişki ve morbidite gibi değişmelere neden olur (Lecrubier, 2001). Tekrarlayıcı olan ve uzun süre tedavi gerektiren depresyonun sıklığı ve süresi yaşla birlikte artmaktadır. Depresif yaşlıların depresif olmayan yaşlılara göre hekime başvuru oranı 2-3 kat daha fazladır (Wada et al., 2004). Depresyonun başlama yaşı ortalama 40 yaş olmasına rağmen genellikle depresyon vakalarının başlangıç yaşı 20-50 yaş grubu arasında olmaktadır. Yapılan araştırmalarda çocuk ve yaşlılarda depresyon görülme ihtimalinin az olduğu ancak sosyokültürel yapıdaki değişimlere paralel olarak yaşlı bireylerde depresyon sıklığının giderek artmakta olduğu edilmiştir (Charney and Weissman, 1988).

Yaşlı depresiflerin şikayetleri yakınları tarafından ileri yaşta oldukları için önemsenmeyebilir, yakınları bu durumu yaşlılığın doğal bir süreci şeklinde yorumlayabilir ve şikayeti bulunan yaşlı bireyi hekime götürmezler. Depresif yaşlı

bireylerle yaşayan aile üyeleri, çok büyük bir sorun yaşanmadıkça yaşlıyı hekime götürmezler böylece tanı ve tedavi gecikir (Alexopoulos, 2000).

Yaşlılık çağı depresyonunun sıklığı, yapılan bilimsel çalışmalarda çeşitli yöntemsel problemlere karşın, alınan grubun özelliği, yapılan çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemi göre %1-60 arasında değişmektedir (Bekaroğlu vd., 1991). Yaşlılıkta depresyon çoğu zaman bedensel veya nörolojik bir hastalığın komorbid etmesi nedeniyle belirtilerin ayırt edilmesinde sorun oluşabilir. Bundan başka yaşlılıkta ciddi ve kişiyi kısıtlayan ancak geçici depresif durumlar sıktır. Normal erişkin bireyleri değerlendirmede kullanılan araştırma ve değerlendirme araçları yaşlılıktaki depresif belirtilerden bazılarını değerlendirmede yetersiz kalabilir. Yaşlı bireylerde sevilen bir objenin kaybı sık karşılaşılan bir durum olduğu için bu yaş grubundaki yas oranı normal bireylere göre 3 kat daha fazla olabilir. Yaşlı bireylerde, depresyon ile yas arasındaki ayırımı yapmak zordur. Bu ve bunun gibi nedenlerden ötürü yaşlılık çağı depresyonun yaygınlığı gerçek değerinden farklı oranlarda bulunabilir (DSM-IV, 1994).

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan major depresif bozukluk olmuştur. Depresyon sıklığı cinsiyete göre değişmektedir. Major depresif bozukluk için yaşam boyu görünme riski erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 oranında bulunmuştur (Evans and Katona,1993). Kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri ve kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, sosyokültürel konumu kadın cinsi depresyona daha yatkın kılmaktadır (Ünal ve Özcan, 2000).

Dünya ile paralel Türkiye’de de ortalama yaşam süresinin artmasıyla, ülke içindeki yaşlı nüfus oranı da giderek artmaktadır ve önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusu artışı daha da artması tahmin edilmektedir (Steffens et al., 2000). Türkiye’de yaşlılık depresyonunun prevalansını belirlemek için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (Örnek vd., 1992). Yaşlının, yaşadığı ortama göre depresyona yakalanma sıklığı da değişmektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda normal yaşlı nüfusa göre huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Yurt dışında yapılan yaşlılık çağı depresyonunu belirlemek için yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon

sıklığı % 12 - 68 oranında, Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise yaşlılık çağı depresyon sıklığı % 10-80 oranında depresif hasta varlığı bildirilmiştir (Eliopoulos, 2005). Kronik komorbid hastalıklar yaşlılarda depresyon sıklığını etkilemektedir, kronik hastalığı olan hastane veya bakımevlerinde kalan yaşlılarda depresyon oranı % 45 oranında bulunmuştur (Beck et al., 1998).

1.2.4. Yaşlılarda Depresyon İçin Risk Faktörleri ve Etyolojisi

Depresyonun etyolojisini belirme maksatlı yapılan araştırmalarda depresyonun ortaya çıkmasında temelde birçok faktörün rol oynadığı tespit edilmiştir. Günümüzde biyopsikososyal bir hastalık olarak tanımlanan depresyonda genetik yapı ve çevreyle olumsuz etkileşim önemlidir. Yaşlılık çağı depresyonu için hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı olası risk faktörleri arasında bireyde ya da ailede daha önce görülmüş depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü, depresif kişilik özelliği, kadın cinsiyet, yalnız yaşama, bekar olma, düşük eğitim seviyesi ve düşük sosyoekonomik durum, emeklilik ve işsizlik, eş ve çocuk kaybı, yakınların kaybı, terk edilme ve boşanma gibi olumsuz yaşam olayları, huzur evi-bakım evi veya hastanede kalma gibi yaşam şeklinin değişikliği, yetersiz sosyal destek, yoksunluk, uyku bozuklukları, yeti yitimi, bedensel ve kronik hastalıkların depresyonu tetiklediği belirlenmiştir (Anthony and Petronis, 1991; Swindle et al.,1998). Ayrıca yaşamda istenilen hedeflerin gerçekleştirmediğini düşünen yaşlılarda depresyon riskinin yüksek olduğu çalışmalarla tespit edilmiştir (Lapid and Rummans, 2003). Bazı hastalık ve ilaçların depresyonu tetiklediği belirlenmiştir. Depresif yaşlı hastaların depresif olmayanlara göre daha fazla bedensel hastalıkları olduğu tespit edilmiştir (Murphy, 1983).

1.2.5. Yaşlılarda Depresyona Karşı Koruyucu Faktörler

Depresyona karşı koruyucu etkenler genel anlamda risk faktörlerinin olumsuz sonuçlarını azaltmaya çalışan etkenlerdir.

Bunlar; zeka düzeyi, kişilik yapısı, yüksek eğitim düzeyi, dindar olma ve sosyal beceriler gibi kişiye has nitelikler haricinde, güvenli bağlanılan ebeveyn ilişkisi, aile üyeleri ve çevreyle sağlıklı ilişki içinde olma, aileyi koruyan yasalar/kurumlar gibi sağlıklı çevresel faktörlerdir (Sadowski et al., 1999). Koruyucu faktörlerin olması

işlevselliği doğrudan artırarak, hastalığa neden olmasını sağlayacak muhtemel risk faktörü etkisinin önüne geçilmesine sağlayabilmektedir.

1.2.6. Yaşlılık depresyonunu Prognozu ve Tedavisi

Yaşlılık çağı depresyonunda, depresif duygu durumuna daha az rastlanılmasına rağmen, bilişsel belirtiler daha fazla görülür. Yaşlılar duygu ve düşüncüyü ifade etmede yetersizlik yaşayabilir. Depresyonun kliniğinde, fiziksel güçlükler, somatik şikayetler, kilo kaybı, bedensel hastalık varlığı ve mortaliteyi artırma gibi etkileri bulunmaktadır. Ayrıca yaşlılarda depresyonun şiddetinin artmasına paralel olarak, bilişsel bozulma sıklığı da artar. Psiko-motor özelliklerde yavaşlama ve ajitasyon görülebilir (Yüksel, 1998). Yaşlılarda depresyon, diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebilir. Yaşlılık çağı depresyonuna çoğunlukla anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu eşlik edebilir. Eşlik eden bu ve bunun gibi psikiyatrik bozuklukların varlığı depresyonun seyrini olumsuz etkileyebilir (Devanand, 2002).

Yaşlılık depresyonunun kendiliğinden iyileşme oranı düşük, özkıyım riski ise yüksektir. Ayrıca depresyonun tipi ve şiddeti, fiziksel hastalığın varlığı, bilişsel durum, maddi durum, sosyal destekler ve sosyal ilişkiler depresyonun seyrini etkilemektedir (Koenig and Blazer, 1994). Yaşlılık depresyonu ile ilgili yapılan izleme çalışmalarında tamamen iyileşen hasta oranının 1/3 olduğu, diğer 1/3'ün kısmen iyileştiği ve nüks yaşadığı, diğer 1/3'ün ise iyileşmediği görülmüştür. Tedaviye rağmen yaşlı depresyon hastalarının %7-30'unda kronikleşme görülür (Montgomery, 2002; Baldwin et al., 2003).

İleri yaş depresyonu olan yaşlılarda yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi düşer. Bedensel hastalık gelişimi ve özkıyım riski artar. Bunun için, yaşlılarda klinik olarak depresyon tanısının konulması ile hemen tedaviye başlanması gerekmektedir (Kaya, 1999). Yaşlılık depresyonunda uygulanan tedavi yöntemleri; ilaç tedavisi, psikoterapi ve elektrokonvulsif (EKT) tedavilerdir. Tedavinin amacı bulguların iyileşmesini sağlamak, alevlenme ve nüksü engellemek, işlevselliği ve yaşam kalitesini artırmaktır (Mathews et al., 2003).

1.3. YAŞAM KALİTESİ

DSÖ sağlığı, "sadece hastalığın bulunmayışı olarak değil, fizyolojik, zihinsel ve sosyal olarak tam iyilik hali" şeklinde tanımlamıştır (Arpacı, 2005). Tanımdan anlaşılacağı üzere sağlıklı olmak için, kişinin sağlık sorununun olmaması yeterli değildir, zira bireyin sağlığının "tam iyilik" halinde olması gerekmektedir. Tam iyilik için ise insanın temel ihtiyaçlarını gidermesi gerekmektedir. İnsanın temel ihtiyaçları; birinci derecede: biyolojik ihtiyaçlar, ikinci derecede ise psikososyal ihtiyaçlardır.

Biyolojik ihtiyaçlar: yeme-içme, cinsellik, dinlenme, güvenlik, ısınma gibi gereksinimlerdir. Psikososyal ihtiyaçlar ise insanın tüm soyut-somut istek ve arzularını kapsar niteliktedir. Bunlar, yeni deneyimlere açık olma, kendiliğin gelişmesi, üretkenlik, ilgi, yakınlık kurma, deneyimlerin paylaşımı, sosyal kabul görme, takdir edilme, diğerleriyle yardımlaşma ve bunları yapacak zamana ve niteliğe sahip olma, yaşamı güzel ve anlamlı hale getirmedir (Fidaner vd., 1999).

Genel anlamıyla Yaşam kalitesi; iyilik halinin derecelendirmesi şeklinde tanımlanabilir. Yaşam kalitesi, "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın bedensel, psişik ve sosyal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram şeklinde tanımlanabilmektedir (Oktik, 2004). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile ilişkili olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır (Akdeniz ve Aydemir, 1999). Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımı, bedensel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, toplumsal ilişkiler, çevresel özellikler ve ruhsal özellikler olmak üzere altı alanı içermektedir (Muldoon et al, 1998).

Yaşam kalitesi kavramının içerdiği boyutlar:

- A. Sağlık durumu: Biyolojik, fizyolojik ya da fonksiyonel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik halidir (Moody et al., 1990).

- B. İşlevsel durum: Bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürebilmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (Wilson and Cleraly, 1995).
- C. Ruhsal durum: Uzun ve kısa süreli streslere verilen duygusal tepkidir. Bireyin dış dünyaya karşı gösterdiği yüzü şeklinde tanımlanabilir (Flanagan, 1978).
- D. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi: Bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğu şeklinde tanımlanabilir (Toprak, 2002).

1.3.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşlanma, her bireyde görülen tüm işlevlerde azalmaya neden olan, kaçınılmaz ve evrensel bir süreçtir. Yaşam kalitesi bireyin tüm yönlerden iyi olma durumudur. Yaşlanmayla birlikte bireylerin bedensel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarında kayıplar meydana gelir ve bu kayıplar yaşlıların yaşam kalitesinin giderek azalmasına yol açar (Bayraktar, 2009). Yaşlanma ile birlikte organizmada biyolojik ve fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler kişinin bağımsızlığı için gerekli işlevselliğini sınırlandırmakta ve zamanla yetmezliğe neden olmaktadır (Bilir, 1995). Ayrıca olumsuz sağlık davranışları ve birtakım çevre faktörleri, bu fizyolojik değişikliklerin etkisini daha da olumsuz hale getirmektedir (Aydın, 2009). Yaşlanma ile birlikte başta görme, işitme, iskelet sistemi olmak üzere, beyin ve prostatta oluşan değişimler ile menopoz ve andropoz dönemlerini de içeren fizyolojik değişiklikler olmakta ve bu değişiklikler yaşlı bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (Arslantaş vd., 2006).

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler insan yaşamına hastalıklarla mücadelede kolaylık sağlamış ve ölüm oranlarını azaltarak yaşam kalitesini uzatmıştır. Yaşlılarda yaşam kalitesi, bireyin etkin başa çıkma stratejileriyle farklı alanlarda yaşanan kayıpları kabullenmeleri ve bunları telafi edebilmeleriyle ilişkilidir (Kaya vd., 2008). Yaşam kalitesi ağrı, bulantı, kusma, bitkinlik, defekasyon, anksiyete, beslenememe, güvensizlik, geleceğin belirsizliği ve toplumsal ilişkilerde bozulma gibi birçok faktörün etkisi altındadır. Yaşlılık döneminde sık yaşanan bu ve buna benzer sorunlar yaşlıların yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemektedir. Ayrıca yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri ise kaçınılmaz olan kronik hastalıklar ve kalıcı

hasarlı sakatlıklardır (Günaydın, 2010). Yaşlılarda sedanter yaşam tarzının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Yaşlanan ve emekli olan bireyde rol değişikliği ve rol kaybı ortaya çıkar. Etken pozisyondan edilgen pozisyona geçen yaşlı birey kendini işe yaramaz hissedebilir ve zamanla hayattan daha az doyum alabilir (Yıldırım, 2005).

1.3.3. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi birçok faktörden etkilenen bir kavramdır. Kişinin değer ve inançları, yaşamı, yaşadığı mekan, yakın aile üyeleri ile olan ilişkileri, kendi sağlığını algılayış biçimi yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir (Süt, 2009).

Yaşlılık döneminde bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörler şunlardır:

Yaşlı Bireyin Bireysel Özellikleri: Cinsiyet, yaş, doğuştan olan birtakım kalıtsal hastalıklar yaşam kalitesini etkilemektedir (Urcuioli et al., 1998).

Fiziksel Özellikler: Yardımcı araç kullanımı, görme ve işitme yardımcısı, sürekli ilaç kullanımı, kronik hastalık ve sakatlık varlığı gibi özelliklerdir (Urcuioli et al., 1998).

Psikolojik Değişkenler: Yaşlı bireyin yaşamdan doyum sağlama duygularını sağlayan niceliklerdir. Yaşlı bireyin kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyet ve çevresi ile olan iyi ilişkilerinden aldığı doyum, bireyin psikolojik durumunu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (Urcuioli et al., 1998).

Sosyo-Demografik ve Ekonomik Değişkenler: Eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence varlığı, ihtiyaçların karşılanması için gerekli olan mali durum gibi değişkenler yaşam kalitesini etkilemektedir (Urcuioli et al., 1998).

Yaşlılığın yaşadığı çevresel Değişkenler: Yaşlı bireyin yaşadığı fiziksel çevre, onun sağlığını ve işlevselliğini etkilemektedir (Urcuioli et al., 1998).

Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar:

Yaşamak için gerekli olan temel ihtiyaçların karşılanamaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin kendi başına yapabilmeye olan yetersizlik, kronik yorgunluk, cinsel fonksiyonlarda bozulma, geçmiş ve gelecek ile

ilgili kaygılar, akut ve kronik şekilde olan sağlık sorunları gibi durumlar yaşlı bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Robinson and Elkan, 1996).

Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar:

Yaşlı bireyin ihtiyaçlarını sürekli bir şekilde karşılayacak düzeyde ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, güvenli, huzurlu ve rahat bir şekilde yaşaması, aktif ve işlevsel olarak yeterli olması, özgür ve özgün bir birey olarak inanç ve değerlerine saygı duyulması, kendini iyi şekilde ifade edebilmesi gibi faktörler yaşlı bireyin hayatını olumlu şekilde etkilemektedir (Robinson and Elkan, 1996).

2. AMAÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nde kalan depresyon tanılı yaşlıların depresyon oranlarını ve olası bu oranların yaşam kalitesi ile ilişkisinin tespit edilerek, yaşlı depresif hastaların yaşam kalitesini yükseltecek hizmetlerin planlanmasının sağlanmasında katkıda bulunmaktır.

2.2. Yöntem

2.2.1. Yöntem, Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki bu analitik çalışmada, veri toplama aşaması İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nde 04 Mayıs 2015 – 30 Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.2.2. Örneklem

Araştırmanın örneklemini İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nde kalan 65 yaş ve üzeri depresyon tanılı sakinler oluşturmuştur.

İstanbul Darülaceze Müdürlüğü Hakkında Kısa Bilgiler

1895'te kurulan Okmeydanı Darülaceze Müessesinin zamanla sürekli artan yaşlı ihtiyaçlarına karşılık veremez duruma gelmesinden dolayı, 1999 yılında İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'ne bağlı olarak 151.000 m2 alan üzerine 1000 yatak kapasiteli Kayışdağı Darülaceze Müdürlüğü açılmıştır. Kapasite ve alan büyüklüğü olarak hali hazırda Türkiye'nin en büyük bakım evi ve huzurevlerinden biri olan Kayışdağı Darülaceze Müdürlüğü kampüsünde şuanda 863 sakine hizmet verilmektedir. Darülaceze Müdürlüğü'nde kalan yaşlı acazeler, fiziksel ve psikolojik durumlarına göre gruplandırılıp, kendileri için en uygun yaşam sitelerinde kalmaktadır. Darülaceze Müdürlüğü iç ve dış birimler olarak ikiye ayrılmıştır.

Çalışmaya 65-81 yaşları arasında 31'i (%60) erkek ve 21'i (%40) kadın olmak üzere 52 depresyon tanılı sakin dahil edilmiş olup örnekleme ilişkin veriler aşağıda verilmiştir

Çalışmayla ilgili olarak İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nden 05.03.2015 tarihinde, Üsküdar Üniversitesi Etik kurulundan 13.04.2015 tarihinde onay alınmıştır. Katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çalışma grubuna dahil edilme kriterleri:

1. İstanbul Darülaceze Müdürlüğü bünyesinde sakin olmak,
2. 65 yaş ve üzeri depresyon tanısı ile takip ediliyor olmak,
3. İletişim ve algı problemi yaşıyor olmamak,
4. Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak.

Çalışma grubu dışlama kriterleri:

- 1- Yaşı 65'ten küçük olan,
- 2- Depresyon tanısı olmayan, akli ve kavli tasarrufa ehli olmasını engelleyecek psikiyatrik probleme sahip olan,
- 3- Anket sorularını cevaplamayı engelleyecek düzeyde işitsel, görsel veya bilişsel fonksiyon bozukluğu nedeniyle iletişim ve algı problemi yaşıyor olmak,
- 4- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

2.2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla depresyon tanılı hastalara aşağıdaki testler uygulanmıştır:

Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek 1), Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği-Uzun Form (Ek 2) ve Whoqol- Bref-Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 3).

Anket ve ölçek uygulaması için gerekli yasal izinler alındıktan sonra gönüllülük ve iletişim kurabilme özelliği dikkate alınarak yüz yüze ve bire bir görüşme yöntemi ile hastaların uygun oldukları zamanlarında gerçekleştirilmiştir.

2.2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu :

Sosyodemografik Bilgi Formu, araştırmacı tarafından oluşturulan ve çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durumu ve meslek gibi sosyodemografik özelliklerle birlikte tanıları, kronik hastalıkların varlığı, hastanın mobilite düzeyi, madde kullanımının olup olmadığı ve günlük meşguliyetin varlığı ve kurum iç ve dış programlara katılım durumu gibi durumlarla ilgili kişisel soruları içeren bir bilgi formudur.

2.2.3.2. Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği:

Yesevage ve arkadaşları (1983) tarafından yaşlılarda depresyonu tespit etmek için geliştirilmiş olan ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sağduyu ve arkadaşları tarafından (1997) yılında yapılmıştır (test-tekrar test tutarlılığı, $r=0.77$; iç tutarlılık $a=0.92$) yapılmıştır (Sağduyu, 1997).

Ölçek, öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği, “evet” ya da “hayır” olarak yanıtlanabileceği biçimde hazırlanmıştır. Ölçeğin puanlamasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak edilmektedir. Ölçekte; 1,5,7,9,15,19,21,28,29,30’ncü sorulara verilen evet yanıtları için :0 hayır yanıtları için: 1 olarak kodlanır. Diğer sorularda ise kodlama ters anlatım içermektedir; evet yanıtları için 1, hayır yanıtları için 0 kodlanır. Ölçek skoru yükseldikçe depresif duygudurum artmaktadır. Ölçeğin puanlaması; 0-10 puan “depresyon yok”, 11 -13 puan “olası depresyon”, 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” şeklinde yapılmıştır. Ölçekten

alınabilecek minumu puan : 1 maksimum : 30'dur. Ayrıca puanın yükselmesi depresyon şiddetinin arttığına da göstergesidir. Geriatrik Depresyon Ölçeği için kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığının 0,90, özgüllüğünün 0,97 olduğu hesaplanmıştır (Sağduyu, 1997).

2.2.3.3. Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği :

DSÖ tarafından geliştirilen Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD-); WHOQOL-OLD uzun form algılanan yaşam kalitesi ölçeğinin yaşlılar için geliştirilmiş kısa spesifik versiyonudur. Orjinal ölçekteki (whoqol-100) genel fasetten iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş 26 soruluk bir ölçektir. Ölçeğe Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında eklenmiş bir ulusal soru ile Whoqol-Bref-Tr versiyonu 27 sorudan oluşmaktadır. Sorulara verilen cevaplar 5 şıklıdır. Türkçe versiyonu Esener ve arkadaşları (1999) tarafından uyarlanmıştır (Eser vd., 1999).

Whoqol-Bref-Tr ölçeği 5 alandan oluşmuş olup alanlar aşağıda sunulmuştur: Bedensel sağlık alanı, Ruhsal sağlık alanı, Sosyal alan, Çevre alanı ve Ulusal çevre alanı (Sosyal baskı). Whoqol-Bref-Tr ölçeğinde toplam puanı minimum 27, maksimum 135 arasında değişebilir. Her bir alanda, ölçek skorları yükseldikçe algılanan yaşam kalitesi de yükselmektedir. Esener ve ark. (1999) tarafından çalışmada ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur (Eser vd., 1999).

2.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler SPSS 15.00 Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilere Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi uygulandıktan sonra normal dağılım gösteren verilere Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Analizi (ANOVA) ve Tukey Testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilere ise Mann-Whitney U Tesi, Kruskal-Wallis T Testi uygulanmıştır. Ayrıca Bağımsız Örneklem Çok Faktörlü Varyans Analizi ve değişkenler arasındaki ilişkilerin şiddet derecelerini ölçmek için ise Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

3. BULGULAR

Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımlar

Tablo1. Cinsiyet, Yaş Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Mesleklere Göre Dağılımlar

		n	%
Cinsiyet	Erkek	31	60
	Kadın	21	40
	Toplam	52	100
Yaş	65-70 Yaş	20	38
	71-75 Yaş	11	21
	76-80 Yaş	11	21
	81 Yaş ve Üstü	10	19
	Toplam	52	100
Medeni Durum	Evli	2	4
	Bekâr	24	46
	Boşanmış	9	17
	Dul	17	33
	Toplam	52	100
Eğitim Durumu	Okur Yazar veya Değil	15	29
	İlkokul	23	44
	Lise ve Üstü	14	27
	Toplam	104	200
Meslek	Serbest Meslek	16	31
	İşçi	16	31
	Memur	0	0
	Emekli	13	25
	Ev Hanımı	7	13
	Toplam	52	100

52 kişiden; 31'i (%60) erkek ve 21'i (%40) kadındır. 65-70 yaş arasında olan 20 kişi (%38), 71-75 yaş arasında olan 11 kişi (%21), 76-80 yaş arasında olan 11 kişi (%21), 81 yaş ve üzerinde olan 10 kişi (%19) vardır. Evli olan 2 kişi (%4), bekâr olan 24 kişi (%46), boşanmış olan 9 kişi (%17) ve dul olan 17 kişi (%33) vardır. Okur-yazar veya olmayan 15 kişi (%29), ilkokul mezunu olan 23 kişi (%44), lise ve üstünde eğitimi olan 14 kişi (%27) vardır. Serbest mesleği olan 16 kişi (%31), işçi olan 16 kişi (%31), emekli olan 13 kişi (%25), ve ev hanımı olan 7 kişi (%13) olduğu gözlenmiştir.

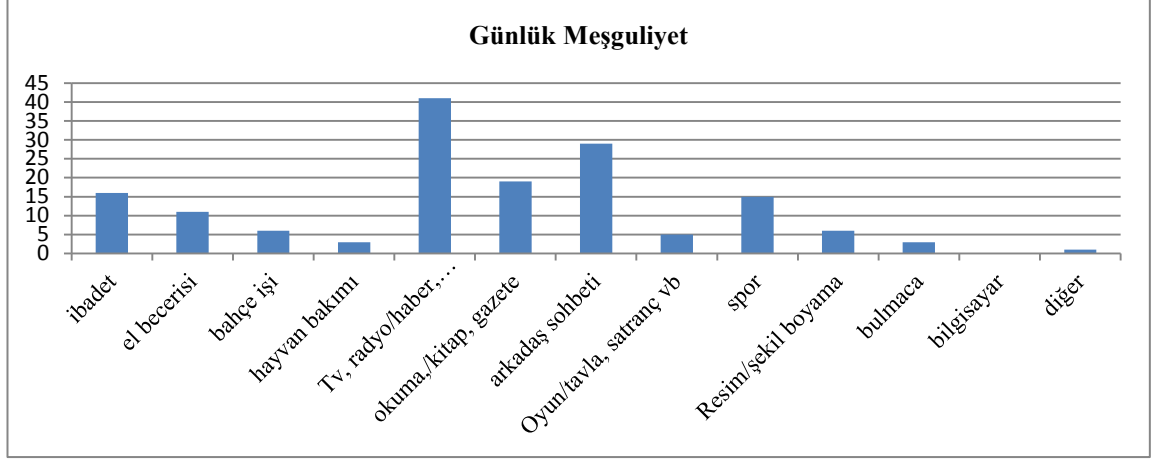
Tablo2. Kurumda Kalma Süreleri, Kronik Hastalık Olup Olmama Durumları, Destek Şekli, Personelden Bakım Destek Alma Durumu ve Günlük Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Dağılımlar

		n	%
Kurumda Kalma Süresi	0-6 Ay	0	0
	6 Ay-2 Yıl	13	25
	2-5 Yıl	14	27
	5 Yıl ve Üzeri	25	48
	Toplam	52	100
Kronik Hastalık	Var	37	71
	Yok	15	29
	Toplam	52	100
Sakinin Destek Şekli	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	77
	Tekerlekli Sandalye	9	17
	Yürüteç	1	2
	Yatağa Bağımlı	2	4
	Toplam	52	100
Personelden Bakım Destek Alma Durumu	Evet	20	38
	Hayır	32	62
	Toplam	52	100
Günlük Etkinliklere Katılma Durumu	Evet	33	63
	Hayır	19	37
	Toplam	52	100

52 kişiden; kurumda 6 ay-2 yıl arasında kalan 13 kişi (%25), 2-5 yıl arasında kalan 14 kişi (%27), 5 yıl ve üstünde kalan 25 kişi (%48) vardır. Kronik hastalığı olan 37 kişi (%71) ve olmayan 15 kişi (%29) vardır. Herhangi bir destek almayan 40 kişi (%77), tekerlekli sandalye kullanan 9 kişi (%17), yürüteç kullanan 1 kişi (%2) ve yatağa bağımlı olan 2 kişi (%4) vardır. Personelden bakım desteği alan 20 kişi (%38) ve almayan 32 kişi (%62) vardır. Günlük etkinliklere katılan 33 kişi (%63) ve katılmayan 19 kişi (%37) olduğu gözlenmiştir.

Tablo3. Günlük Meşguliyetlere Göre Dağılımlar

Günlük Meşguliyet	Evvet		Hayır	
	n	%	n	%
İbadet	16	31	36	69
El Becerisi	11	21	41	79
Bahçe İşi	6	12	46	88
Hayvan Bakımı	3	6	49	94
TV, Radyo/Haber, Sinema	41	79	11	21
Okuma/Kitap, Gazete	19	37	33	63
Arkadaş Sohbeti	29	56	23	44
Oyun/Tavla, Satranç vb	5	10	47	90
Spor	15	29	37	71
Resim/Şekil Boyama	6	12	46	88
Bulmaca	3	6	49	94
Bilgisayar	0	0	52	100
Diğer	1	2	51	98



52 kişiden; ibadet yapan 16 kişi (%31), yapmayan 36 kişi (%69) vardır. El becerisi ile uğraşan 11 kişi (%21), uğraşmayan 41 kişi (%79) vardır. Bahçe işi ile uğraşan 6 kişi (%12), uğraşmayan 46 kişi (%88) vardır. Hayvan bakımı ile ilgilenen 3 kişi (%6), ilgilenmeyen 49 kişi (%94) vardır. TV, radyo/haber, sinema izleyen 41 kişi (%79), izlemeyen 11 kişi (%21) vardır. Okuma/kitap, gazete okuyan 19 kişi (%37), okumayan 33 kişi (%63) vardır. Arkadaşlarıyla sohbet eden 29 kişi (%56), etmeyen 23 kişi (%44) vardır. Oyun (tavla, satranç, vb) oynayan 5 kişi (%10), oynamayan 47 kişi (%90) vardır. Spor yapan 15 kişi (%29), yapmayan 37 kişi (%71) vardır. Resim yapan 6 kişi (%12), yapmayan 46 kişi (%88) vardır. Bulmaca ile ilgilenen 3 kişi (%6), ilgilenmeyen 49 kişi (%94) vardır. Diğer meşguliyeti olan 1 kişi (%2), olmayan 51 kişi (%98) olduğu gözlenmiştir. Burada, grafikte de görüleceği gibi araştırma grubunun daha çok TV, radyo/haber, sinema izledikleri, sonra arkadaşlarıyla sohbet ettikleri ve kitap, gazete okuduklarını söyleyebiliriz.

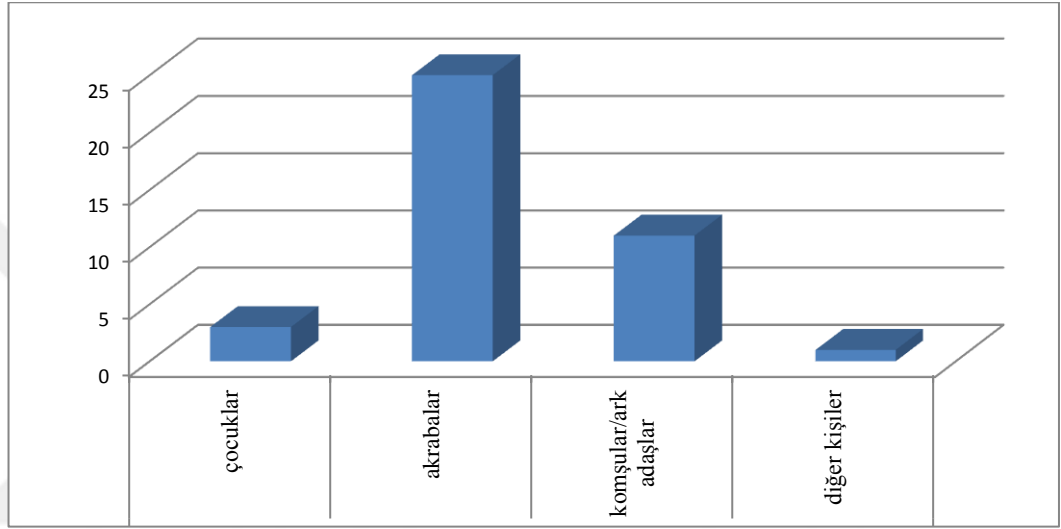
Tablo4. Yatılı Ziyarete Bulunma, Kurum İç-Dış Etkinliklere Katılma, Ziyaretçi Gelme Durumları, Ziyaretçi Sıklığı ve Zararlı Alışkanlıklarının Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımlar

		n	%
Yıl İçinde Yakınlarının Yanına Yatılı Ziyarete Bulunma Durumu	Evet	17	33
	Hayır	35	67
	Toplam	52	100
Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumu	Evet	25	48
	Hayır	27	52
	Toplam	52	100
Ziyaretçi Gelme Durumu	Evet	39	75
	Hayır	13	25
	Toplam	52	100
Ziyaret Sıklığı	Haftada 1-2 Kez	3	6
	Ayda Birkaç Kez	18	35
	Nadiren	18	35
	Hiç	13	25
	Toplam	52	100
Zararlı Alışkanlık Var Mı?	Evet	19	37
	Hayır	33	63
	Toplam	52	100

52 kişiden; yıl içinde yakınlarının yanına yatılı ziyaret eden 17 kişi (%33), etmeyen 35 kişi (%67) vardır. Kurum iç-dış etkinliklere katılan 25 kişi (%48), katılmayan 27 kişi (%52) vardır. Ziyaretçisi olan 39 kişi (%75), olmayan 13 kişi (%25) vardır. Haftada 1-2 kez ziyaretçisi olan 3 kişi (%6), ayda birkaç kez ziyaretçisi olan 18 kişi (%35), nadiren ziyaretçisi olan 18 kişi (%35) ve ziyaretçisi olmayan 13 kişi (%25) vardır. Zararlı alışkanlığı olan 19 kişi (%37) ve olmayan 33 kişi (%63) olduğu gözlenmiştir.

Tablo5. Ziyarete Kimin Geldiği ve Zararlı Alışkanlıkların Neler Olduğuna Yönelik Dağılımlar

		Evet		Hayır	
		n	%	n	%
Ziyarete Gelen Kişiler	Çocuklar	3	6	49	94
	Akrabalar	25	48	27	52
	Komşular, Arkadaşlar	11	21	41	79
	Diğer Kişiler	1	2	51	98
Zararlı Alışkanlıklar	Sigara	19	37	33	63
	Alkol	1	2	51	98
	Madde Kullanımı	0	0	52	100



52 kişiden; çocukları ziyaret eden 3 kişi (%6), etmeyen 49 kişi (%94) vardır. Akrabaları ziyaret eden 25 kişi (%48), etmeyen 27 kişi (%52) vardır. Komşuları/arkadaşları ziyaret eden 11 kişi (%21), etmeyen 41 kişi (%79) vardır. Diğer kişilerden ziyaret eden 1 kişi (%2), etmeyen 51 kişi (%98) olduğu gözlenmiştir. Burada, grafikte de görüleceği gibi sakinlerin yanlarına gelenler arasında en çok akrabalarının geldiği, sonra komşu/arkadaşlarının geldiğini söyleyebiliriz.

52 kişiden; sigara içen 19 kişi (%37), içmeyen 33 kişi (%63) vardır. Alkol kullanan 1 kişi (%2), kullanmayan 51 kişi (%98) olduğu gözlenmiştir.

Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi

Tablo6. Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Normallik Testi

Kolmogorov-Smirnov Testi	
	P Değeri
Fizyolojik Durum	0,20
Psikolojik Durum	0,08
Sosyal Durum	0,00
Çevresel Durum	0,048
Genel Yaşam Kalitesi	0,00
Genel Sağlık	0,00
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	0,20
Geriatrik Depresyon Puanı	0,20
*P>0,05	

P<0,05 olduğundan sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalitesi, genel sağlık puanlarının normal dağılım göstermediği, P>0,05 olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, yaşam kalitesi toplam puanı ve geriatrik depresyon puanlarının normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir.

Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo7. Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref Yaşam Kalitesi Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

N=52	Ort.	S. Sapma	Min	Max
Fizyolojik Durum	12,74	2,81	7	18
Psikolojik Durum	12,32	2,48	7	17
Sosyal Durum	10,15	3,77	4	19
Çevresel Durum	15,28	1,90	10	20
Genel Yaşam Kalitesi	3,27	0,77	1	5
Genel Sağlık	3,04	0,88	1	5
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	87,08	13,19	55	114
Geriatrik Depresyon Puanı	18,58	5,13	11	29

52 kişinin; fizyolojik durum puan ortalaması 12,74, standart sapması 2,81'dir. Psikolojik durum puan ortalaması 12,32, standart sapması 2,48'dir. Sosyal durum puan ortalaması 10,15, standart sapması 3,77'dir. Çevresel durum puan ortalaması 15,28, standart sapması 1,90'dir. Genel yaşam kalitesi puan ortalaması 3,27, standart sapması 0,77'dir. Genel sağlık puan ortalaması 3,04, standart sapması 0,88'dir. Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 87,08, standart sapması 13,19'dur. Geriatrik depresyon puan ortalaması 18,58 ve standart sapması 5,13 olduğu gözlenmiştir.

Korelasyon Analizi

Tablo8. Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanlarına Arasındaki İlişki Durumları

		Fizyolojik Durum	Psikolojik Durum	Sosyal Durum	Çevresel Durum	Genel Yaşam Kalitesi	Genel Sağlık	Yaşam Kalitesi Toplam Puanı
Fizyolojik Durum	R	1,00	0,62	0,44	0,41	0,49	0,65	0,83
	P		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Psikolojik Durum	R		1,00	0,57	0,37	0,64	0,54	0,82
	P			0,00	0,007	0,00	0,00	0,00
Sosyal Durum	R			1,00	0,48	0,48	0,54	0,72
	P				0,00	0,00	0,00	0,00
Çevresel Durum	R				1,00	0,41	0,32	0,72
	P					0,00	0,02	0,00
Genel Yaşam Kalitesi	R					1,00	0,59	0,70
	P						0,00	0,00
Genel Sağlık	R						1,00	0,70
	P							0,00
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	R							1,00
	P							

*P<0,05 ; **P<0,01

Yukarıdaki tabloda Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ile alt boyut puanları arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

➤ Fizyolojik durum ile psikolojik durum puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; sosyal durum puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; çevresel durum puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; genel yaşam kalite puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; genel sağlık puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

➤ Psikolojik durum ile sosyal durum puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; çevresel durum puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; genel yaşam kalite puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; genel sağlık puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

➤ Sosyal durum ile çevresel durum puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; genel yaşam kalite puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; genel sağlık puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

➤ Çevresel durum ile genel yaşam kalite puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; genel sağlık puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; yaşam kalitesi

toplam puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

➤ Genel yaşam kalite puanları ile genel sağlık puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki; yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki; yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

➤ Genel sağlık puanları ile yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

Tablo9. Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanları İle Geriatrik Depresyon Puanları Arasındaki İlişki Durumları

		Geriatrik Depresyon Puanı
Fizyolojik Durum	R	-0,67
	P	0,00
Psikolojik Durum	R	-0,80
	P	0,00
Sosyal Durum	R	-0,54
	P	0,00
Çevresel Durum	R	-0,37
	P	0,007
Genel Yaşam Kalitesi	R	-0,61
	P	0,00
Genel Sağlık	R	-0,57
	P	0,00
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	R	-0,75
	P	0,00
*P<0,01		

Yukarıdaki tabloda Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyut puanları ile geriatrik depresyon puanları arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Geriatrik depresyon puanları ile fizyolojik durum puanları arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki; psikolojik durum puanları arasında negatif yönde kuvvetli bir ilişki; sosyal durum puanları arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki; çevresel durum puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki; genel yaşam kalite puanları arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki; genel sağlık puanları arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki; yaşam kalitesi toplam puanları arasında negatif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyete Göre Farklılıklar

Tablo10. Cinsiyete Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Erkek	31	13,51	2,62	0,01
	Kadın	21	11,59	2,74	
Psikolojik Durum	Erkek	31	12,95	2,43	0,03
	Kadın	21	11,40	2,32	
Sosyal Durum	Erkek	31	11,16	3,67	0,02
	Kadın	21	8,67	3,48	
Çevresel Durum	Erkek	31	15,54	1,81	0,26
	Kadın	21	14,90	2,00	
Genel Yaşam Kalitesi	Erkek	31	3,35	0,80	0,28
	Kadın	21	3,14	0,73	
Genel Sağlık	Erkek	31	3,19	0,87	0,10
	Kadın	21	2,81	0,87	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Erkek	31	91,06	12,33	0,01
	Kadın	21	81,19	12,42	
Geriatrik Depresyon Puanları	Erkek	31	18,16	5,28	0,48
	Kadın	21	19,19	4,98	
*P<0,05					

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; erkeklerin kadınlara oranla, fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum ve yaşam kalitesi toplam puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiş ve P<0,05 olduğundan kadın ve erkeklerin puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. P>0,05 olduğundan kadın ve erkeklerin çevresel durum, genel yaşam kalitesi, genel sağlık ve geriatrik depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Medeni Duruma Göre Farklılıklar

Tablo11. Medeni Duruma Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Medeni Durum	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evli	2	13,14	5,66	0,97
	Bekâr	24	12,90	2,78	
	Boşanmış	9	12,70	3,22	
	Dul	17	12,47	2,58	
Psikolojik Durum	Evli	2	13,33	0,00	0,86
	Bekâr	24	12,53	2,84	
	Boşanmış	9	12,07	1,93	
	Dul	17	12,04	2,42	
Sosyal Durum	Evli	2	10,00	2,83	0,93
	Bekâr	24	10,42	4,44	
	Boşanmış	9	10,44	3,13	
	Dul	17	9,65	3,33	
Çevresel Durum	Evli	2	14,67	1,26	0,71
	Bekâr	24	15,30	1,75	
	Boşanmış	9	16,10	2,12	
	Dul	17	14,90	2,04	
Genel Yaşam Kalitesi	Evli	2	3,50	0,71	0,30
	Bekâr	24	3,29	0,91	
	Boşanmış	9	2,89	0,60	
	Dul	17	3,41	0,62	
Genel Sağlık	Evli	2	2,50	2,12	0,91
	Bekâr	24	3,00	0,88	
	Boşanmış	9	3,11	0,93	
	Dul	17	3,12	0,78	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evli	2	87,00	16,97	0,86
	Bekâr	24	88,38	14,72	
	Boşanmış	9	88,00	8,80	
	Dul	17	84,76	13,32	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evli	2	15,00	4,24	0,80
	Bekâr	24	18,83	5,66	
	Boşanmış	9	18,56	3,54	
	Dul	17	18,65	5,37	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum ve genel yaşam kalite puanları evli olan kişilerde daha yüksek; sosyal durum ve çevresel durum puanları boşanmış olan kişilerde daha yüksek; genel sağlık puanları dul olan kişilerde daha yüksek; yaşam kalitesi toplam puanları ve geratrik depresyon puanları ise bekâr olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P > 0,05$ olduğundan geriatric depresyon puanları, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyut puanları medeni durumlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Eğitim Durumuna Göre Farklılıklar

Tablo12. Eğitim Durumuna Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Okur Yazar veya Değil	15	12,76	2,17	0,97
	İlkokul	23	12,82	3,20	
	Lise ve st	14	12,57	2,91	
Psikolojik Durum	Okur Yazar veya Değil	15	12,98	2,15	0,39
	İlkokul	23	12,26	3,00	
	Lise ve st	14	11,71	1,75	
Sosyal Durum	Okur Yazar veya Değil	15	10,93	3,48	0,45
	İlkokul	23	9,48	4,07	
	Lise ve üstü	14	10,43	3,61	
Çevresel Durum	Okur Yazar veya Değil	15	15,35	1,51	0,81
	İlkokul	23	15,32	2,16	
	Lise ve st	14	15,14	1,94	
Genel Yaşam Kalitesi	Okur Yazar veya Değil	15	3,33	0,62	0,97
	İlkokul	23	3,22	0,95	
	Lise ve st	14	3,29	0,61	
Genel Sağlık	Okur Yazar veya Değil	15	3,20	0,68	0,74
	İlkokul	23	2,96	1,15	
	Lise ve st	14	3,00	0,55	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Okur Yazar veya Değil	15	88,93	9,07	0,75
	İlkokul	23	87,04	16,64	
	Lise ve st	14	85,14	10,80	
Geriatrik Depresyon Puanları	Okur Yazar veya Değil	15	18,40	4,94	0,83
	İlkokul	23	19,04	5,91	
	Lise ve st	14	18,00	4,15	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum ve geriatrik depresyon puanları ilkokul mezunu olan kişilerde daha yüksek; psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları okur-yazar/okur-yazar olmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P > 0,05$ olduğundan geriatrik depresyon puanları, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyut puanları eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Mesleklere Göre Farklılıklar

Tablo13. Mesleklere Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Meslek	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Serbest Meslek	16	13,18	3,03	0,32
	İşçi	16	13,36	2,65	
	Emekli	13	12,22	3,08	
	Ev Hanımı	7	11,27	1,67	
Psikolojik Durum	Serbest Meslek	16	13,25	2,82	0,03
	İşçi	16	12,25	2,16	
	Emekli	13	12,51	2,23	
	Ev Hanımı	7	10,00	1,49	
Sosyal Durum	Serbest Meslek	16	11,04	4,09	0,44
	İşçi	16	9,96	3,80	
	Emekli	13	10,15	3,87	
	Ev Hanımı	7	8,57	2,76	
Çevresel Durum	Serbest Meslek	16	15,81	1,57	0,49
	İşçi	16	14,81	2,18	
	Emekli	13	15,38	2,26	
	Ev Hanımı	7	14,98	0,91	
Genel Yaşam Kalitesi	Serbest Meslek	16	3,69	0,60	0,053
	İşçi	16	3,06	0,93	
	Emekli	13	3,23	0,60	
	Ev Hanımı	7	2,86	0,69	
Genel Sağlık	Serbest Meslek	16	3,19	1,05	0,33
	İşçi	16	3,06	0,68	
	Emekli	13	3,08	0,95	
	Ev Hanımı	7	2,57	0,79	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Serbest Meslek	16	92,19	14,13	0,13
	İşçi	16	86,50	13,61	
	Emekli	13	86,31	12,18	
	Ev Hanımı	7	78,14	7,31	
Geriatrik Depresyon Puanları	Serbest Meslek	16	18,44	6,32	0,13
	İşçi	16	17,31	4,66	
	Emekli	13	18,08	4,13	
	Ev Hanımı	7	22,71	3,30	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum puanları mesleği işçi olan kişilerde daha yüksek; psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları mesleği serbest meslek olan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise mesleği ev hanımı olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. P>0,05 olduğundan geriatrik depresyon puanları, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puanları, fizyolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite ve genel sağlık puanları mesleklere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat P<0,05 olduğundan psikolojik durum puanları

mesleklere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farklılıkların hangi meslekler arasında olduğuna dair test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo14. Mesleklere Göre Psikolojik Durum Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tukey Testi

Psikolojik Durum		
Meslek		P Değeri
Serbest Meslek	İşçi	0,62
	Emekli	0,83
	Ev Hanımı	0,02
İşçi	Serbest Meslek	0,62
	Emekli	0,99
	Ev Hanımı	0,16
Emekli	Serbest Meslek	0,83
	İşçi	0,99
	Ev Hanımı	0,11
Ev Hanımı	Serbest Meslek	0,02
	İşçi	0,16
	Emekli	0,11
*P<0,05		

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun psikolojik durum puanlarının hangi meslekler arasında farklılıklar olduğuna dair Tukey test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Mesleği serbest meslek ile işçi olan kişilerin; serbest meslek ile emekli olan kişilerin; işçi ile emekli olan kişilerin; işçi ile ev hanımı olan kişilerin; emekli ile ev hanımı olan kişilerin psikolojik durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P>0,05$). Fakat mesleği serbest meslek ile ev hanımı olan kişilerin psikolojik durum puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$). Dolayısıyla mesleği serbest meslek olan kişilerin, ev hanımı olan kişilere göre psikolojilerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Kurumda Kalma Sürelerine Göre Farklılıklar

Tablo15. Kurumda Kalma Sürelerine Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Kurumda Kalma Süresi	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	6 Ay-2 Yıl	13	12,18	2,77	0,65
	2-5 Yıl	14	13,18	2,90	
	5 Yıl ve Üzeri	25	12,78	2,84	
Psikolojik Durum	6 Ay-2 Yıl	13	11,69	2,69	0,15
	2-5 Yıl	14	11,67	2,48	
	5 Yıl ve Üzeri	25	13,01	2,28	
Sosyal Durum	6 Ay-2 Yıl	13	9,23	4,04	0,32
	2-5 Yıl	14	9,48	3,70	
	5 Yıl ve Üzeri	25	11,01	3,62	
Çevresel Durum	6 Ay-2 Yıl	13	14,94	2,73	0,67
	2-5 Yıl	14	15,27	1,83	
	5 Yıl ve Üzeri	25	15,47	1,42	
Genel Yaşam Kalitesi	6 Ay-2 Yıl	13	3,23	0,73	0,51
	2-5 Yıl	14	3,07	0,83	
	5 Yıl ve Üzeri	25	3,40	0,76	
Genel Sağlık	6 Ay-2 Yıl	13	2,85	0,90	0,52
	2-5 Yıl	14	3,00	0,78	
	5 Yıl ve Üzeri	25	3,16	0,94	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	6 Ay-2 Yıl	13	83,46	14,68	0,39
	2-5 Yıl	14	86,07	14,58	
	5 Yıl ve Üzeri	25	89,52	11,52	
Geriatrik Depresyon Puanları	6 Ay-2 Yıl	13	20,15	5,34	0,24
	2-5 Yıl	14	19,29	5,36	
	5 Yıl ve Üzeri	25	17,36	4,80	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum puanları kurumda 2-5 yıl arasında kalan kişilerde daha yüksek; psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları kurumda 5 yıl ve üstünde kalan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise kurumda 6 ay-2 yıl arasında kalan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan geriatrik depresyon puanları, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyut puanları kurumda kalma sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Kronik Hastalık Olup Olmama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo16. Kronik Hastalık Olup Olmama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Kronik Hastalık	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Var	37	12,06	2,60	0,01
	Yok	15	14,40	2,67	
Psikolojik Durum	Var	37	11,95	2,56	0,09
	Yok	15	13,24	2,06	
Sosyal Durum	Var	37	9,96	4,12	0,55
	Yok	15	10,62	2,80	
Çevresel Durum	Var	37	15,18	2,02	0,56
	Yok	15	15,53	1,61	
Genel Yaşam Kalitesi	Var	37	3,16	0,76	0,14
	Yok	15	3,53	0,74	
Genel Sağlık	Var	37	2,81	0,88	0,00
	Yok	15	3,60	0,63	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Var	37	84,62	12,67	0,03
	Yok	15	93,13	12,87	
Geriatrik Depresyon Puanları	Var	37	19,38	5,42	0,08
	Yok	15	16,60	3,83	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları kronik hastalığı olmayan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise kronik hastalığı olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan geriatrik depresyon puanları, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite puanları kronik hastalık olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan fizyolojik durum, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları kronik hastalık olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Cinsiyete Bağlı Olarak Kronik Hastalık Olup Olmama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo17. Cinsiyete Bağlı Olarak Kronik Hastalık Olup Olmama Durumlarına Göre Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Kronik Hastalık	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Fizyolojik Durum	Var	23	13,02	2,51	23	10,49	1,95	0,36
	Yok	8	14,93	2,56	8	13,80	2,87	
Genel Sağlık	Var	23	3,00	0,85	23	2,50	0,85	0,72
	Yok	8	3,75	0,71	8	3,43	0,53	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Var	23	89,35	11,41	23	76,86	10,93	0,39
	Yok	8	96,00	14,32	8	89,86	11,13	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; kronik hastalığı olan ve olmayan erkeklerin fizyolojik durum, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanlarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. P>0,05 olduğundan fizyolojik durum, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak kronik hastalık olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir

Sakinin Destek Şekillerine Göre Farklılıklar

Tablo18. Sakinin Destek Şekillerine Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Sakinin Destek Şekli	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	13,74	2,31	0,00
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	9,37	1,38	
	Yatağa Bağımlı	2	9,43	1,21	
Psikolojik Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	12,83	2,33	0,02
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	10,73	2,42	
	Yatağa Bağımlı	2	10,00	1,89	
Sosyal Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	10,72	3,50	0,01
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	7,13	3,41	
	Yatağa Bağımlı	2	14,00	2,83	
Çevresel Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	15,57	1,64	0,03
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	13,73	1,93	
	Yatağa Bağımlı	2	17,33	3,14	
Genel Yaşam Kalitesi	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	3,38	0,77	0,13
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	2,90	0,74	
	Yatağa Bağımlı	2	3,00	0,00	
Genel Sağlık	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	3,20	0,85	0,03
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	2,40	0,84	
	Yatağa Bağımlı	2	3,00	0,00	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	90,88	11,53	0,00
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	72,60	10,42	
	Yatağa Bağımlı	2	83,50	3,54	
Geriatrik Depresyon Puanları	Herhangi Bir Destek Almıyor	40	17,50	5,16	0,02
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	10	22,30	3,33	
	Yatağa Bağımlı	2	21,50	2,12	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları herhangi bir destek almayan kişilerde daha yüksek; sosyal durum, çevresel durum puanları yatağa bağımlı olan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan genel yaşam kalite puanları sakinin destek şekillerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan geriatrik depresyon puanları, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puanları, fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum ve genel sağlık puanları sakinin destek şekillerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farklılıkların hangi destek şekilleri arasında olduğuna dair test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo19. Sakinin Destek Şekillerine Göre Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Sosyal Durum, Çevresel Durum, Genel Sağlık, Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Geriatrik Depresyon Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Tukey Testi

Sakinin Destek Şekli		Tukey Testi P Değeri				Mann-Whitney U Testi P Değeri		
		Fizyolojik Durum	Psikolojik Durum	Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Geriatrik Depresyon Puanları	Sosyal Durum	Çevresel Durum	Genel Sağlık
Herhangi Bir Destek Almıyor	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç Yatağa Bağımlı	0,00	0,04	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01
		0,02	0,23	0,64	0,49	0,18	0,37	0,56
Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	Herhangi Bir Destek Almıyor Yatağa Bağımlı	0,00	0,04	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01
		1,00	0,91	0,43	0,98	0,06	0,13	0,25
Yatağa Bağımlı	Herhangi Bir Destek Almıyor Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	0,02	0,23	0,64	0,49	0,18	0,37	0,56
		1,00	0,91	0,43	0,98	0,06	0,13	0,25

*P<0,05

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun fizyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel durum, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanlarının hangi destek şekilleri arasında farklılıklar olduğuna dair test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Fizyolojik durum puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin; herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin fizyolojik durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (P<0,05). Fakat tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı olan kişilerin fizyolojik durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (P>0,05).

Psikolojik durum puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin psikolojik durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (P<0,05). Fakat herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin; tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı olan kişilerin psikolojik durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (P>0,05).

Yaşam kalitesi toplam puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin yaşam kalitesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (P<0,05). Fakat herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin; tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı

olan kişilerin yaşam kalitesi toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P>0,05$).

Geriatrik depresyon puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin geriatrik depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P<0,05$). Fakat herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin; tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı olan kişilerin geriatrik depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P>0,05$).

Sosyal durum puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin sosyal durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P<0,05$). Fakat herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin; tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı olan kişilerin sosyal durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P>0,05$).

Çevresel durum puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin çevresel durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P<0,05$). Fakat herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin; tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı olan kişilerin çevresel durum puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P>0,05$).

Genel sağlık puanlarına göre baktığımızda; herhangi bir destek almayan ile tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kişilerin genel sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P<0,05$). Fakat herhangi bir destek almayan ile yatağa bağımlı olan kişilerin; tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan ile yatağa bağımlı olan kişilerin genel sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P>0,05$).

Cinsiyete Bağlı Olarak Sakinin Destek Şekillerine Göre Farklılıklar

Tablo20. Cinsiyete Bağlı Olarak Sakinin Destek Şekillerine Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Sosyal Durum, Çevresel Durum ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Sakinin Destek Şekli	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Fizyolojik Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	13,70	2,45	10	13,89	1,91	0,59
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	8,00	-	9	9,52	1,37	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	9,43	1,21	
Psikolojik Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	12,89	2,45	10	12,67	2,04	0,11
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	14,67	-	9	10,30	2,11	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	10,00	1,89	
Sosyal Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	11,09	3,71	10	9,60	2,63	0,16
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	13,33	-	9	6,44	2,79	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	14,00	2,83	
Çevresel Durum	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	15,54	1,84	10	15,64	0,83	0,28
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	15,56	-	9	13,53	1,93	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	17,33	3,14	
Genel Sağlık	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	3,20	0,89	10	3,20	0,79	0,49
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	3,00	-	9	2,33	0,87	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	3,00	0,00	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	91,17	12,53	10	90,00	8,29	0,21
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	88,00	-	9	70,89	9,44	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	83,50	3,54	
Geriatrik Depresyon Puanları	Herhangi Bir Destek Almıyor	30	18,03	5,32	10	15,90	4,51	0,65
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	1	22,00	-	9	22,33	3,54	
	Yatağa Bağımlı	0	0,00	-	2	21,50	2,12	

Erkek sakinlere göre baktığımızda; fizyolojik durum, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları herhangi bir destek almayan erkeklerde daha yüksek; psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum puanları ve geriatrik depresyon puanları tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan erkeklerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Kadın sakinlere göre baktığımızda; fizyolojik durum, psikolojik durum, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları herhangi bir destek almayan kadınlarda daha yüksek; sosyal durum ve çevresel durum puanları yatağa bağımlı olan kadınlarda daha yüksek; geriatrik depresyon puanları tekerlekli sandalye/yürüteç kullanan kadınlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre $P > 0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve

geriatrik depresyon puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak sakinin destek şekillerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Personelden Bakım Desteği Alma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo21. Personelden Bakım Desteği Alma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Personelden Bakım Desteği Alma Durumu	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	20	10,86	2,15	0,00
	Hayır	32	13,91	2,53	
Psikolojik Durum	Evet	20	11,27	2,55	0,01
	Hayır	32	12,98	2,23	
Sosyal Durum	Evet	20	8,67	4,33	0,02
	Hayır	32	11,08	3,09	
Çevresel Durum	Evet	20	14,89	2,18	0,32
	Hayır	32	15,53	1,69	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	20	3,10	0,72	0,16
	Hayır	32	3,38	0,79	
Genel Sağlık	Evet	20	2,60	0,88	0,00
	Hayır	32	3,31	0,78	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	20	79,65	11,66	0,00
	Hayır	32	91,72	12,04	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	20	20,40	4,75	0,04
	Hayır	32	17,44	5,10	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları personelden bakım desteği almayan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise personelden bakım desteği alan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. P>0,05 olduğundan çevresel durum ve genel yaşam kalite puanları personelden bakım desteği alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat P<0,05 olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları personelden bakım desteği alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Dolayısıyla personelden alınan fiziksel desteğin önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Günlük Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo22. Günlük Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Günlük Etkinliklere Katılma Durumu	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	33	13,37	2,61	0,03
	Hayır	19	11,64	2,86	
Psikolojik Durum	Evet	33	12,71	2,53	0,14
	Hayır	19	11,65	2,30	
Sosyal Durum	Evet	33	10,89	3,78	0,08
	Hayır	19	8,88	3,49	
Çevresel Durum	Evet	33	15,52	1,84	0,08
	Hayır	19	14,88	1,97	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	33	3,33	0,82	0,18
	Hayır	19	3,16	0,69	
Genel Sağlık	Evet	33	3,24	0,71	0,03
	Hayır	19	2,68	1,06	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	33	89,79	12,67	0,049
	Hayır	19	82,37	13,05	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	33	17,03	4,95	0,00
	Hayır	19	21,26	4,37	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları günlük etkinliklere katılan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise günlük etkinliklere katılmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum ve genel yaşam kalite puanları günlük etkinliklere katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan fizyolojik durum, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları günlük etkinliklere katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Dolayısıyla günlük etkinliklere katılmak, kişilere fiziksel, genel sağlık, yaşam kalitesi ve geriatrik depresyon olarak fayda sağlamasına rağmen psikolojik olarak, sosyal, çevresel durumları ve genel yaşam kaliteleri bakımından herhangi bir değişiklik yaratmadığı söylenebilir.

Yakınlarının Yanına Yatılı Ziyaret Etme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo23. Yakınlarının Yanına Yatılı Ziyaret Etme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Yakınlarının Yanına Yatılı Ziyaret Etme Durumu	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	17	13,28	2,81	0,34
	Hayır	35	12,47	2,81	
Psikolojik Durum	Evet	17	13,61	1,83	0,01
	Hayır	35	11,70	2,54	
Sosyal Durum	Evet	17	10,39	4,32	0,94
	Hayır	35	10,04	3,53	
Çevresel Durum	Evet	17	15,37	1,92	0,97
	Hayır	35	15,24	1,91	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	17	3,53	0,62	0,07
	Hayır	35	3,14	0,81	
Genel Sağlık	Evet	17	3,12	0,99	0,39
	Hayır	35	3,00	0,84	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	17	90,94	13,23	0,14
	Hayır	35	85,20	12,94	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	17	16,12	4,20	0,01
	Hayır	35	19,77	5,17	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları yakınlarının yanına yatılı ziyaret eden kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise yakınlarının yanına yatılı ziyaret etmeyen kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları yakınlarının yanına yatılı ziyaret etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan psikolojik durum ve geriatrik depresyon puanları yakınlarının yanına yatılı ziyaret etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo24. Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumu	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	25	14,06	2,71	0,00
	Hayır	27	11,51	2,33	
Psikolojik Durum	Evet	25	13,39	2,24	0,00
	Hayır	27	11,33	2,31	
Sosyal Durum	Evet	25	10,91	3,75	0,13
	Hayır	27	9,46	3,72	
Çevresel Durum	Evet	25	15,72	1,90	0,03
	Hayır	27	14,88	1,84	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	25	3,52	0,71	0,01
	Hayır	27	3,04	0,76	
Genel Sağlık	Evet	25	3,28	0,89	0,02
	Hayır	27	2,81	0,83	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	25	92,84	13,92	0,00
	Hayır	27	81,74	10,03	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	25	15,56	4,05	0,00
	Hayır	27	21,37	4,44	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan sosyal durum puanları kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Cinsiyete Bağlı Olarak Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo25. Cinsiyete bağlı olarak Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Çevresel Durum, Genel Yaşam Kalite ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Kurum İç-Dış Gezi ve Etkinliklere Katılma Durumu	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Fizyolojik Durum	Evet	15	15,12	1,74	10	12,46	3,18	0,27
	Hayır	16	12,00	2,42	11	10,81	2,10	
Psikolojik Durum	Evet	15	14,36	1,20	10	11,93	2,69	0,17
	Hayır	16	11,63	2,56	11	10,91	1,92	
Çevresel Durum	Evet	15	16,27	1,54	10	14,89	2,17	0,18
	Hayır	16	14,86	1,83	11	14,91	1,94	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	15	3,67	0,62	10	3,30	0,82	0,47
	Hayır	16	3,06	0,85	11	3,00	0,63	
Genel Sağlık	Evet	15	3,53	0,64	10	2,90	1,10	0,32
	Hayır	16	2,88	0,96	11	2,73	0,65	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	15	98,87	8,76	10	83,80	15,69	0,11
	Hayır	16	83,75	10,71	11	78,82	8,60	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	15	14,73	2,63	10	16,80	5,49	0,40
	Hayır	16	21,38	5,15	11	21,36	3,38	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılan ve katılmayan erkeklerin fizyolojik durum, psikolojik durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanlarının kadınlara oranla daha yüksek; etkinliklere katılan erkeklerin çevresel durum puanlarının kadınlara oranla daha yüksek ve katılmayan erkeklerin ise daha düşük; etkinliklere katılan erkeklerin geriatrik depresyon puanlarının kadınlara oranla daha düşük ve katılmayan erkeklerin ise daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P > 0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Ziyaretçi Gelme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo26. Ziyaretçi Gelme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Ziyaretçi Gelme Durumu	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	39	13,05	2,82	0,16
	Hayır	13	11,78	2,63	
Psikolojik Durum	Evet	39	12,67	2,46	0,08
	Hayır	13	11,28	2,33	
Sosyal Durum	Evet	39	10,63	3,68	0,17
	Hayır	13	8,72	3,81	
Çevresel Durum	Evet	39	15,48	1,75	0,25
	Hayır	13	14,70	2,26	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	39	3,38	0,78	0,03
	Hayır	13	2,92	0,64	
Genel Sağlık	Evet	39	3,13	0,89	0,18
	Hayır	13	2,77	0,83	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	39	89,05	12,58	0,06
	Hayır	13	81,15	13,69	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	39	17,54	4,89	0,01
	Hayır	13	21,69	4,71	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları ziyaretçisi olan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise ziyaretçisi olmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları ziyaretçi gelme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan genel yaşam kalite puanları ve geriatrik depresyon puanları ziyaretçi gelme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Dolayısıyla ziyaretçisi olan kişilerin genel yaşam kalite ve geriatrik depresyonlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Zararlı Alışkanlık Olup Olmama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo27. Zararlı Alışkanlık Olup Olmama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Zararlı Alışkanlık	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Var	19	13,32	2,99	0,26
	Yok	33	12,40	2,68	
Psikolojik Durum	Var	19	12,07	3,05	0,59
	Yok	33	12,46	2,13	
Sosyal Durum	Var	19	9,93	3,67	0,98
	Yok	33	10,28	3,87	
Çevresel Durum	Var	19	15,44	2,27	0,38
	Yok	33	15,19	1,68	
Genel Yaşam Kalitesi	Var	19	3,32	0,95	0,58
	Yok	33	3,24	0,66	
Genel Sağlık	Var	19	3,16	1,01	0,45
	Yok	33	2,97	0,81	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Var	19	88,47	16,29	0,57
	Yok	33	86,27	11,23	
Geriatrik Depresyon Puanları	Var	19	19,32	5,60	0,44
	Yok	33	18,15	4,89	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları zararlı alışkanlığı olan kişilerde daha yüksek; psikolojik durum ve sosyal durum puanları ise zararlı alışkanlığı olmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan geriatrik depresyon puanları, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalite ve alt boyut puanları zararlı alışkanlık olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

İbadet Yapma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo28. İbadet Yapma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	İbadet	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	16	13,82	2,38	0,06
	Hayır	36	12,25	2,88	
Psikolojik Durum	Evet	16	13,42	1,75	0,03
	Hayır	36	11,83	2,62	
Sosyal Durum	Evet	16	11,88	3,67	0,051
	Hayır	36	9,39	3,60	
Çevresel Durum	Evet	16	15,75	1,25	0,13
	Hayır	36	15,07	2,11	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	16	3,31	0,60	0,91
	Hayır	36	3,25	0,84	
Genel Sağlık	Evet	16	3,25	0,86	0,16
	Hayır	36	2,94	0,89	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	16	92,75	9,37	0,04
	Hayır	36	84,56	13,95	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	16	16,94	4,57	0,13
	Hayır	36	19,31	5,26	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları ibadet yapan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise ibadet yapmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve geriatrik depresyon puanları ibadet yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan psikolojik durum puanları ve yaşam kalitesi toplam puanları ibadet yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Dolayısıyla ibadet yapan kişilerin, psikolojileri ve Whoqol-Bref-Tr yaşam kaliteleri olumlu yönde etkilendiği söylenebilir.

Cinsiyete Bağlı Olarak İbadet Yapma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo29. Cinsiyete Bağlı Olarak İbadet Yapma Durumlarına Göre Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Psikolojik Durum Puanları Arasındaki Farklılıklar

	İbadet	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Psikolojik Durum	Evet	9	13,70	1,80	7	13,05	1,76	0,31
	Hayır	22	12,64	2,61	14	10,57	2,15	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	9	96,11	8,31	7	88,43	9,41	0,61
	Hayır	22	89,00	13,25	14	77,57	12,41	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; ibadet yapan ve yapmayan erkeklerin psikolojik durum ve yaşam kalitesi toplam puanlarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan psikolojik durum ve yaşam kalitesi toplam puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak ibadet yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

El Beceri İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo30. El Beceri İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	El Beceri İşi İle İlgilenme	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	11	13,92	2,92	0,12
	Hayır	41	12,42	2,73	
Psikolojik Durum	Evet	11	12,91	2,57	0,38
	Hayır	41	12,16	2,47	
Sosyal Durum	Evet	11	11,70	3,89	0,17
	Hayır	41	9,74	3,67	
Çevresel Durum	Evet	11	16,28	1,35	0,03
	Hayır	41	15,01	1,95	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	11	3,45	0,69	0,33
	Hayır	41	3,22	0,79	
Genel Sağlık	Evet	11	3,55	0,69	0,02
	Hayır	41	2,90	0,89	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	11	93,64	10,83	0,06
	Hayır	41	85,32	13,32	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	11	16,09	4,28	0,07
	Hayır	41	19,24	5,19	

* $P<0,05$

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları el beceri işi ile ilgilenen kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise el beceri işi ile ilgilenmeyen kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları el beceri işi ile ilgilenme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan çevresel durum puanları ve genel sağlık puanları el beceri işi ile ilgilenme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bahçe İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo31. Bahçe İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Bahçe İşi İle İlgilenme	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	6	13,90	1,60	0,28
	Hayır	46	12,58	2,90	
Psikolojik Durum	Evet	6	14,22	1,72	0,04
	Hayır	46	12,07	2,47	
Sosyal Durum	Evet	6	14,11	3,94	0,01
	Hayır	46	9,64	3,46	
Çevresel Durum	Evet	6	15,56	1,49	0,66
	Hayır	46	15,25	1,96	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	6	3,83	0,41	0,03
	Hayır	46	3,20	0,78	
Genel Sağlık	Evet	6	3,67	0,52	0,04
	Hayır	46	2,96	0,89	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	6	96,00	9,03	0,08
	Hayır	46	85,91	13,27	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	6	12,67	1,63	0,00
	Hayır	46	19,35	4,93	
* $P<0,05$					

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları bahçe işi ile ilgilenen kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise bahçe işi ile ilgilenmeyen kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, çevresel durum ve yaşam kalitesi toplam puanları bahçe

işi ile ilgilenme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P < 0,05$ olduğundan psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık puanları ve geriatrik depresyon puanları bahçe işi ile ilgilenme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Cinsiyete Bağlı Olarak Bahçe İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo32. Cinsiyete Bağlı Olarak Bahçe İşi İle İlgilenme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Psikolojik Durum, Genel Yaşam Kalite ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Bahçe İşi İle İlgilenme	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Psikolojik Durum	Evet	4	15,00	1,15	2	12,67	1,89	0,66
	Hayır	27	12,64	2,43	19	11,26	2,36	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	4	3,75	0,50	2	4,00	0,00	0,48
	Hayır	27	3,30	0,82	19	3,05	0,71	
Genel Sağlık	Evet	4	3,75	0,50	2	3,50	0,71	0,88
	Hayır	27	3,11	0,89	19	2,74	0,87	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	4	12,75	1,71	2	12,50	2,12	0,79
	Hayır	27	18,96	5,16	19	19,89	4,67	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; bahçe işi ile ilgilenen ve ilgilenmeyen erkeklerin psikolojik durum ve genel sağlık puanlarının kadınlara oranla daha yüksek; bahçe işi ile ilgilenen erkeklerin genel yaşam kalite puanlarının kadınlara oranla daha düşük ve ilgilenmeyen erkeklerin ise daha yüksek; bahçe işi ile ilgilenen erkeklerin geriatrik depresyon puanlarının kadınlara oranla daha yüksek ve ilgilenmeyen erkeklerin ise daha düşük olduğu gözlenmiştir. $P > 0,05$ olduğundan psikolojik durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve geriatrik depresyon puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak bahçe işi ile ilgilenme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo33. TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	41	12,85	2,66	0,58
	Hayır	11	12,31	3,41	
Psikolojik Durum	Evet	41	12,62	2,36	0,10
	Hayır	11	11,21	2,71	
Sosyal Durum	Evet	41	10,86	3,55	0,01
	Hayır	11	7,52	3,49	
Çevresel Durum	Evet	41	15,21	1,62	0,77
	Hayır	11	15,56	2,80	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	41	3,32	0,79	0,32
	Hayır	11	3,09	0,70	
Genel Sağlık	Evet	41	3,15	0,85	0,09
	Hayır	11	2,64	0,92	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	41	88,02	11,66	0,32
	Hayır	11	83,55	18,04	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	41	17,73	4,78	0,02
	Hayır	11	21,73	5,42	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları TV, radyo/haber sinema izleyen kişilerde daha yüksek; çevresel durum ve geriatrik depresyon puanları ise TV, radyo/haber sinema izlemeyen kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları TV, radyo/haber sinema izleme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan sosyal durum ve geriatrik depresyon puanları TV, radyo/haber sinema izleme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Cinsiyete Bağlı Olarak TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo34. Cinsiyete Bağlı Olarak TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları ve Sosyal Durum Puanları Arasındaki Farklılıklar

	TV, Radyo/Haber, Sinema İzleme	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Sosyal Durum	Evet	25	11,81	3,27	16	9,38	3,56	0,87
	Hayır	6	8,44	4,27	5	6,40	2,19	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	25	17,60	4,91	16	17,94	4,71	0,49
	Hayır	6	20,50	6,60	5	23,20	3,77	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; TV, radyo/haber, sinema izleyen ve izlemeyen erkeklerin sosyal durum puanlarının kadınlara oranla daha yüksek; TV, radyo/haber, sinema izleyen ve izlemeyen erkeklerin geriatrik depresyon puanlarının kadınlara oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan sosyal durum ve geriatrik depresyon puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak TV, radyo/haber, sinema izleme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Kitap, Gazete Okuma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo35. Kitap, Gazete Okuma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Kitap, Gazete Okuma	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	19	13,62	3,13	0,08
	Hayır	33	12,23	2,52	
Psikolojik Durum	Evet	19	12,88	2,42	0,22
	Hayır	33	12,00	2,49	
Sosyal Durum	Evet	19	11,23	3,65	0,17
	Hayır	33	9,54	3,75	
Çevresel Durum	Evet	19	15,27	1,62	0,89
	Hayır	33	15,29	2,06	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	19	3,53	0,77	0,06
	Hayır	33	3,12	0,74	
Genel Sağlık	Evet	19	3,37	0,90	0,03
	Hayır	33	2,85	0,83	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	19	90,47	13,18	0,16
	Hayır	33	85,12	12,99	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	19	16,47	4,34	0,02
	Hayır	33	19,79	5,22	

* $P<0,05$

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları kitap, gazete okuyan kişilerde daha yüksek; çevresel durum ve geriatrik depresyon puanları ise kitap, gazete okumayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite ve yaşam kalitesi toplam puanları kitap, gazete okuma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan genel sağlık puanları ve geriatrik depresyon puanları kitap, gazete okuma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Arkadaş İle Sohbet Etme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo36. Arkadaş İle Sohbet Etme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Arkadaş İle Sohbet Etme	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	29	13,71	2,72	0,00
	Hayır	23	11,50	2,45	
Psikolojik Durum	Evet	29	13,17	2,26	0,00
	Hayır	23	11,25	2,37	
Sosyal Durum	Evet	29	11,26	3,72	0,02
	Hayır	23	8,75	3,41	
Çevresel Durum	Evet	29	15,54	2,06	0,24
	Hayır	23	14,96	1,67	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	29	3,45	0,69	0,04
	Hayır	23	3,04	0,82	
Genel Sağlık	Evet	29	3,24	0,79	0,04
	Hayır	23	2,78	0,95	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	29	91,41	13,10	0,01
	Hayır	23	81,61	11,34	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	29	16,10	4,23	0,00
	Hayır	23	21,70	4,49	
* $P<0,05$					

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları arkadaşlarıyla sohbet eden kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise arkadaşlarıyla sohbet etmeyen kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan çevresel durum puanları arkadaşla ile sohbet etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları

ve geriatrik depresyon puanları arkadaşla ile sohbet etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Cinsiyete Bağlı Olarak Arkadaş İle Sohbet Etme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo37. Cinsiyete Bağlı Olarak Arkadaş İle Sohbet Etme Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı, Fizyolojik Durum, Psikolojik Durum, Sosyal Durum, Genel Yaşam Kalite ve Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Arkadaş İle Sohbet Etme	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Fizyolojik Durum	Evet	16	14,86	1,87	13	12,31	3,00	0,52
	Hayır	15	12,08	2,59	8	10,43	1,85	
Psikolojik Durum	Evet	16	14,17	1,30	13	11,95	2,62	0,39
	Hayır	15	11,64	2,70	8	10,50	1,46	
Sosyal Durum	Evet	16	12,67	3,14	13	9,54	3,76	0,67
	Hayır	15	9,56	3,60	8	7,25	2,60	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	16	3,56	0,63	13	3,31	0,75	0,99
	Hayır	15	3,13	0,92	8	2,88	0,64	
Genel Sağlık	Evet	16	3,50	0,52	13	2,92	0,95	0,50
	Hayır	15	2,87	1,06	8	2,63	0,74	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	16	96,94	9,89	13	84,62	13,69	0,63
	Hayır	15	84,80	11,82	8	75,63	7,89	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	16	14,81	2,56	13	17,69	5,34	0,23
	Hayır	15	21,73	5,12	8	21,63	3,29	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; arkadaşlarıyla sohbet eden ve etmeyen erkeklerin fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanlarının kadınlara oranla daha yüksek; arkadaşlarıyla sohbet eden erkeklerin geriatrik depresyon puanlarının kadınlara oranla daha düşük ve sohbet etmeyen erkeklerin ise daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak arkadaş ile sohbet etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tavla, Satranç vb. Oyun Oynama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo38. Tavla, Satranç vb. Oyun Oynama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Tavla, Satranç vb. Oyun Oynama	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	5	15,20	2,99	0,04
	Hayır	47	12,47	2,69	
Psikolojik Durum	Evet	5	13,73	3,04	0,18
	Hayır	47	12,17	2,41	
Sosyal Durum	Evet	5	12,67	5,42	0,11
	Hayır	47	9,89	3,53	
Çevresel Durum	Evet	5	16,53	0,73	0,04
	Hayır	47	15,15	1,94	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	5	4,00	0,71	0,03
	Hayır	47	3,19	0,74	
Genel Sağlık	Evet	5	3,60	1,52	0,08
	Hayır	47	2,98	0,79	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	5	100,80	13,41	0,01
	Hayır	47	85,62	12,43	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	5	17,40	7,09	0,59
	Hayır	47	18,70	4,97	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları tavla, satranç vb. oyun oynayan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise tavla, satranç vb. oyun oynamayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan psikolojik durum, sosyal durum, genel sağlık ve geriatrik depresyon puanları tavla, satranç vb. oyun oynama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan fizyolojik durum, çevresel durum, genel yaşam kalite puanları ve yaşam kalitesi toplam puanları tavla, satranç vb. oyun oynama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Spor Yapma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo39. Spor Yapma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Spor	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	15	14,21	3,08	0,01
	Hayır	37	12,14	2,49	
Psikolojik Durum	Evet	15	12,62	2,91	0,58
	Hayır	37	12,20	2,32	
Sosyal Durum	Evet	15	11,91	3,74	0,04
	Hayır	37	9,44	3,58	
Çevresel Durum	Evet	15	15,79	2,34	0,08
	Hayır	37	15,08	1,68	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	15	3,53	0,64	0,09
	Hayır	37	3,16	0,80	
Genel Sağlık	Evet	15	3,27	0,80	0,22
	Hayır	37	2,95	0,91	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	15	92,40	15,29	0,06
	Hayır	37	84,92	11,78	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	15	15,87	5,11	0,01
	Hayır	37	19,68	4,78	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları spor yapan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise spor yapmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan psikolojik durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık puanları ve yaşam kalitesi toplam puanları spor yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan fizyolojik durum, sosyal durum puanları ve geriatrik depresyon puanları spor yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Cinsiyete Bağlı Olarak Spor Yapma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo40. Cinsiyete Bağlı Olarak Spor Yapma Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Fizyolojik Durum ve Sosyal Durum Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Spor	Cinsiyet						P
		Erkek			Kadın			
		n	Ort.	S. Sapma	n	Ort.	S. Sapma	
Fizyolojik Durum	Evet	7	15,43	2,21	8	13,14	3,46	0,98
	Hayır	24	12,95	2,50	13	10,64	1,71	
Sosyal Durum	Evet	7	13,24	3,41	8	10,75	3,85	0,75
	Hayır	24	10,56	3,58	13	7,38	2,63	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	7	14,86	4,67	8	16,75	5,63	0,92
	Hayır	24	19,13	5,14	13	20,69	4,05	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; spor yapan ve yapmayan erkeklerin fizyolojik durum ve sosyal durum puanlarının kadınlara oranla daha yüksek; spor yapan ve yapmayan erkeklerin geriatrik depresyon puanlarının kadınlara oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, sosyal durum puanları ve geriatrik depresyon puanları kişilerin cinsiyetlerine bağlı olarak spor yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Resim, Şekil Boyama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo41. Resim, Şekil Boyama Durumlarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Resim/Şekil Boyama	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Evet	6	13,62	2,95	0,42
	Hayır	46	12,62	2,80	
Psikolojik Durum	Evet	6	12,33	2,56	0,99
	Hayır	46	12,32	2,50	
Sosyal Durum	Evet	6	12,78	5,60	0,09
	Hayır	46	9,81	3,40	
Çevresel Durum	Evet	6	16,74	1,61	0,04
	Hayır	46	15,09	1,86	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	6	3,00	0,63	0,28
	Hayır	46	3,30	0,79	
Genel Sağlık	Evet	6	3,00	0,89	0,85
	Hayır	46	3,04	0,89	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Evet	6	93,17	11,37	0,23
	Hayır	46	86,28	13,31	
Geriatrik Depresyon Puanları	Evet	6	18,17	4,07	0,84
	Hayır	46	18,63	5,29	

* $P<0,05$

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum ve yaşam kalitesi toplam puanları resim, şekil boyayan kişilerde daha yüksek; genel yaşam kalite, genel sağlık puanları ve geriatrik depresyon puanları ise resim, şekil boyamayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon resim, şekil boyama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat $P<0,05$ olduğundan çevresel durum puanları resim, şekil boyama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.



Yaşlara Göre Farklılıklar

Tablo42. Yaşlara Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Yaş	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	65-70 Yaş	20	12,54	2,70	0,18
	71-75 Yaş	11	14,29	2,99	
	76-80 Yaş	11	12,47	2,75	
	81 Yaş ve Üstü	10	11,71	2,59	
Psikolojik Durum	65-70 Yaş	20	12,43	2,47	0,51
	71-75 Yaş	11	13,15	2,33	
	76-80 Yaş	11	11,94	2,94	
	81 Yaş ve Üstü	10	11,60	2,18	
Sosyal Durum	65-70 Yaş	20	11,00	4,46	0,09
	71-75 Yaş	11	11,27	3,02	
	76-80 Yaş	11	9,45	3,45	
	81 Yaş ve Üstü	10	8,00	2,49	
Çevresel Durum	65-70 Yaş	20	15,22	2,03	0,12
	71-75 Yaş	11	16,36	1,42	
	76-80 Yaş	11	14,26	2,14	
	81 Yaş ve Üstü	10	15,33	1,31	
Genel Yaşam Kalitesi	65-70 Yaş	20	3,30	0,66	0,06
	71-75 Yaş	11	3,64	0,50	
	76-80 Yaş	11	3,27	1,10	
	81 Yaş ve Üstü	10	2,80	0,63	
Genel Sağlık	65-70 Yaş	20	3,15	0,88	0,048
	71-75 Yaş	11	3,45	0,69	
	76-80 Yaş	11	2,91	1,04	
	81 Yaş ve Üstü	10	2,50	0,71	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	65-70 Yaş	20	87,45	12,40	0,08
	71-75 Yaş	11	95,00	12,48	
	76-80 Yaş	11	83,36	15,29	
	81 Yaş ve Üstü	10	81,70	10,10	
Geriatrik Depresyon Puanları	65-70 Yaş	20	17,75	4,80	0,74
	71-75 Yaş	11	18,27	6,56	
	76-80 Yaş	11	19,73	5,39	
	81 Yaş ve Üstü	10	19,30	4,11	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları 71-75 yaş arasında olan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise 76-80 yaş arasında olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. P>0,05 olduğundan fizyolojik durum, psikolojik durum, sosyal durum, çevresel durum, genel yaşam kalite, yaşam kalitesi toplam puanları ve geriatrik depresyon puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat P<0,05 olduğundan genel sağlık puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farklılıkların hangi yaşlar arasında olduğuna dair test sonucu aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo43. Yaşlara Göre Genel Sağlık Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Mann-Whitney U Testi

Genel Sağlık		
	Yaş	P Değeri
65-70 Yaş	71-75 Yaş	0,36
	76-80 Yaş	0,37
	81 Yaş ve Üstü	0,04
71-75 Yaş	65-70 Yaş	0,36
	76-80 Yaş	0,11
	81 Yaş ve Üstü	0,01
76-80 Yaş	65-70 Yaş	0,37
	71-75 Yaş	0,11
	81 Yaş ve Üstü	0,33
81 Yaş ve Üstü	65-70 Yaş	0,04
	71-75 Yaş	0,01
	76-80 Yaş	0,33
*P<0,05		

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun genel sağlık puanlarının hangi yaşlar arasında farklılıklar olduğuna dair test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

65-70 yaş ile 71-75 yaş arasında olan kişilerin; 65-70 yaş ile 76-80 yaş arasında olan kişilerin; 71-75 yaş ile 76-80 yaş arasında olan kişilerin; 76-80 yaş ile 81 yaş ve üzerinde olan kişilerin genel sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$). Fakat 65-70 yaş ile 81 yaş ve üzerinde olan kişilerin; 71-75 yaş ile 81 yaş ve üzerinde olan kişilerin genel sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$). Dolayısıyla 81 yaş ve üzerinde olan kişilerin genel sağlıklarının, 65-70 ve 71-75 yaş arasında olan kişilere oranla daha iyi olduğu söylenebilir.

Ziyaret Sıklıklarına Göre Farklılıklar

Tablo44. Ziyaret Sıklıklarına Göre Geriatrik Depresyon Puanları, Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

	Ziyaret Sıklığı	n	Ort.	S. Sapma	P
Fizyolojik Durum	Haftada 1-2 Kez	3	12,19	3,15	0,44
	Ayda Birkaç Kez	18	13,43	2,69	
	Nadiren	18	12,83	3,01	
	Hiç	13	11,78	2,63	
Psikolojik Durum	Haftada 1-2 Kez	3	14,22	1,68	0,23
	Ayda Birkaç Kez	18	12,52	2,16	
	Nadiren	18	12,56	2,84	
	Hiç	13	11,28	2,33	
Sosyal Durum	Haftada 1-2 Kez	3	11,56	6,16	0,80
	Ayda Birkaç Kez	18	10,15	3,89	
	Nadiren	18	10,96	3,19	
	Hiç	13	8,72	3,81	
Çevresel Durum	Haftada 1-2 Kez	3	14,52	1,56	0,60
	Ayda Birkaç Kez	18	15,58	1,43	
	Nadiren	18	15,53	2,08	
	Hiç	13	14,70	2,26	
Genel Yaşam Kalitesi	Haftada 1-2 Kez	3	3,67	0,58	0,63
	Ayda Birkaç Kez	18	3,28	0,75	
	Nadiren	18	3,44	0,86	
	Hiç	13	2,92	0,64	
Genel Sağlık	Haftada 1-2 Kez	3	3,67	0,58	0,50
	Ayda Birkaç Kez	18	3,00	1,08	
	Nadiren	18	3,17	0,71	
	Hiç	13	2,77	0,83	
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	Haftada 1-2 Kez	3	90,00	17,69	0,33
	Ayda Birkaç Kez	18	89,11	11,86	
	Nadiren	18	88,83	13,27	
	Hiç	13	81,15	13,69	
Geriatrik Depresyon Puanları	Haftada 1-2 Kez	3	15,00	3,61	0,06
	Ayda Birkaç Kez	18	17,83	4,84	
	Nadiren	18	17,67	5,22	
	Hiç	13	21,69	4,71	

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; psikolojik durum, sosyal durum, genel yaşam kalite, genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları haftada 1-2 kez ziyaretçisi olan kişilerde daha yüksek; fizyolojik durum, çevresel durum puanları ayda birkaç kez ziyaretçisi olan kişilerde daha yüksek; geriatrik depresyon puanları ise hiç ziyaretçisi olmayan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. $P>0,05$ olduğundan geriatrik depresyon, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puanları ve alt boyut puanları ziyaret sıklıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4. TARTIŞMA

İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'nde kalan tanı kriterleri ve belirti düzeyinde uzman psikiyatristler tarafından tanı konulmuş 65 yaş üstü, 52 depresif tanılı hasta grubunun alındığı tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki bu analitik çalışmada, yaşlılarda depresyonun yaşam kalitesini nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla yaşlıların sosyodemografik verileri GDÖ ile Whoqol-Bref-Tr Yaşam Kalitesi ölçeği ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmada; işlevselliği etkileyecek düzeyde kronik hastalık varlığı, diğerlerine bağımlılık ve bakım desteği, günlük etkinliklere katılım, algılanan sosyal destek ile depresyon şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca cinsiyet, işlevselliği etkileyecek düzeyde kronik hastalık varlığı, diğerlerine bağımlılık ve bakım desteği, günlük etkinliklere katılım ile algılanan yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunların haricinde bahçe işi ile ilgilenme, spor, kitap-gazete okuma, tv izleme ve kurum içinde yapılan arkadaş sohbetlerinin depresyonun şiddetini etkilediği, ibadet etme, oyun oynama ve kurum içinde yapılan arkadaş sohbetleri ile algılanan yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır.

Bu çalışmanın bulguları ile ilgili literatür bilgileri incelendiğinde;

Yaşlı popülasyonda septomlara dayanarak yapılan çalışmalarda en sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir (Özer vd., 2002). Yaşlılarla ilgili yapılan çalışmalarda depresyon oranı çalışmanın amacı ve yeri, çalışmaya alınan grubun özelliği ve çalışmada kullanılan yöntemlere göre farklılıklar gösterebilir. Toplum içinde yaşlı erişkinlerin %12'sinde tanı koyulabilecek düzeyde ruhsal rahatsızlık bulunmaktayken, tıbbi hastalıklar nedeniyle hastane, yaşlı bakım merkezleri ve huzurevlerinde kalanlarda ise bu oran %68'lere kadar yükselmektedir (Eliopoulos, 2005). Huzurevi ve bakım merkezlerinde depresyon prevalansının daha yüksek olmasının nedenleri arasında; yalnızlık, yetersiz sosyal destek alımı, iletişim eksikliği, emeklilik, terk edilme ve istenmeme, tek başına kalamayacak derecede maddi zorluklara sahip olma ve bakım gerektiren bedensel ve kronik hastalıklara sahip olmak gibi faktörler başlıca rol oynayabilir.

Çalışmada GDÖ puanlarının 76-80 yaş arasında olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde yaşın ilerlemesi bireylerin kayıplar yaşamasına, kronik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olduğu ve depresyon riskini attıracağına dair çalışmalar mevcuttur. Pennis ve arkadaşları (2000), Çınar ve arkadaşları (2008) yapmış oldukları çalışmalarda yaşın artmasıyla depresyon puan ortalamasının önemli düzeyde arttığını bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmada literatüre uygun olarak, kadınların GDÖ puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Depresyon bütün toplumlarda her yaş grubunda kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadının biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma stili, kadının sosyokültürel konumu kadın cinsi depresyona daha yatkın kılmaktadır (Ünal ve Özcan, 2000). Dişçigil ve arkadaşları (2005), Hacıhasanoğlu ve arkadaşları (2009) yapmış oldukları çalışmalarda kadınlarda görülen depresyon oranının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek şiddette olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada medeni durumlara göre GDÖ puan ortalamalarının bekar olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bireyin medeni durumu depresyon için risk faktörü oluşturmaktadır. Dul, boşanmış ve bekar olan kişilerde depresyon daha sık görülmektedir (Bingöl vd., 2010). Bekar ve yalnız olma, terk edilmişlik, hüznün, istenmeme gibi durumlara yol açması nedeniyle kişileri depresyona itmekte olduğu literatürde geçmektedir. Evli olmanın, her yaş grubunda destek ve paylaşım bakımından depresyonda koruyucu rol oynadığı söylenebilir (Dişçigil vd., 2005). Dişçigil ve arkadaşları (2005), Hacıhasanoğlu ve arkadaşları (2008), Bingöl ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmalarda bireyin medeni durumunun depresyon üzerine olan etkisini bildirmişlerdir.

Çalışmada literatürle paralel şekilde GDÖ puanları mesleği ev hanımı olan kişilerde daha yüksek oranda olduğu gözlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Meslek grupları bireylerin ruh sağlığını doğrudan ve dolaylı yönden etkilemektedir. Özellikle emeklilik sonrası üretkenliğin azalması, maddi kazancın düşmesi, rol ve statülerin değişmesi yaşlı bireylerin depresyonlarını artırdığı bilinmektedir. Huzurevi ve bakımevinde kalan yaşlılarda düşük seviyede eğitimle

birlikte gelir düzeyinin düşüklüğü depresyon sıklığını artıran etkenlerden biri olarak bildirilmiştir. Karadağ ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında meslek grupları ve devam eden maddi gelir kaynağı ile depresyon arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptamışlardır. Emeklilik sonrası, sürekli gelir düzeyine sahip olmanın, yaşlılarda sağlık ve sosyal açıdan bir takım kaygıları gidermek ve yaşam kalitelerini artırmak suretiyle depresyonu azalttığı söylenebilir (Tamam ve Öner, 2001).

Çalışmada okur-yazar olmayan kişilerde ve ilkokul mezunu kişilerde GDÖ puanının daha yüksek olduğu bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Eğitim seviyesi ile depresyon arasında doğrudan bir ilişki vardır. Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça GDÖ puanlarının anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Eğitimin yaşam tarzı üzerine olan pozitif etkilerinin bireylerin ruhsal yapılarını da olumlu şekilde etkilediği söylenebilir. Eğitim seviyesi yüksek olan yaşlıların hastalığı hakkında daha çok okuyarak ve araştırarak bilgilenme fırsatlarının olması ya da doktor veya hemşireden bilgi almaya daha istekli olmalarının stresle baş etme ya da depresyonla mücadele konusunda şanslı olduklarını düşündürebilir. Ekinci ve arkadaşları (2004), Karalar ve arkadaşları (2004), Bingöl ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmalarda eğitim seviyesinin depresyon üzerine olan etkisini bildirmişlerdir.

Çalışmada kurumda kalma sürelerinin depresyona etkisini araştırdığımızda; GDÖ puan ortalaması en yüksek kurumda 6 ay-2 yıl arasında kalan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yakınlarından çeşitli nedenlerle ayrılan yaşlıların huzurevi ve bakım merkezlerinde kalması bireyi tek başına depresyona itebilecek düzeyde önemli bir risk faktörüdür. Depresyonun şiddetinin 6 ay-2 yıl arasında kalan kişilerde yüksek çıkmasının nedeni, aile ve çevresinden uzaklaşan, alışkanlıklarını ve rutinini terk edip tanımadığı insanlarla hayatı paylaşan yaşlıların bu duruma henüz uyum sağlayamadıklarını düşündürmektedir. McSweeney ve O'Connor'ın (2008) yapmış oldukları araştırmada da benzer sonuçlar çıkmıştır. Avustralya'da yapılan bu çalışmada (huzurevine yatıştan sonra yapılan değerlendirmeler sonucunda 1. ayda % 24, 3. ve 6. aylarda % 15 oranında Major Depresyon saptanmıştır (McSweeney and O'Connor, 2008).

Yapılan araştırmada çevreden alınan sosyal desteğin boyunu saptanmak için yaşlıların ziyaretçi gelme durumuna ve yaşlıların yakınlarının yanına yatılı ziyaret etme durumuna bakılmıştır. Ziyaretçisi gelen ve yakınlarının yanına yatılı ziyarete giden hastaların GDÖ ortalamaları diğerlerine göre daha düşüktür ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlanmayla birlikte kişinin algıladığı sosyal destek değişmektedir. Çevreden (aile, akraba, arkadaş) alınan sosyal destek kişinin ruh sağlığını etkilemektedir. Huzurevleri ve bakım merkezlerinde kalan yaşlıların ziyaretçilerinin gelmesi ve kendilerinin bir yakının yanına ziyarete gitmeleri psikolojik yönden önemlidir. Huzurevi ve bakımevleri ortamı bireylerin evlerinden, yakınlarından ve sosyal çevresinden ayrıldığı ortamdır. Yaşlılar bu ayrılıktan dolayı kendilerini yalnız hissedebilirler. Bu nedenle bu ortamlarda kalan yaşlıların yakınlarının desteği oldukça önemlidir. Bu sonuç literatüre baktığımızda Keskinoglu'nun (2006) alışmasıyla benzerdir. Yaşlılık döneminde alınan sosyal ve psikolojik destek birçok risk etkenlerinin zararlı etkisine karşı engel olucu olup, depresyonun gelişmesini azalmaktadır (Kılıçoğlu, 2006). Sosyal destek yeni ve olumsuz durumlara karşı bir başa çıkma yöntemi olarak işlev görmekte, bireyin kısa ve uzun süreli stres ve krizlerinde bireyin bilişsel sürecini etkilemektedir. Zihinsel yapısı, sosyal ve psikolojik olarak desteklenen yaşlılar düşünce ve davranışlarını daha kolay etki edebilir ve yetersizliklerine daha hızlı uyum sağlayabilir.

Araştırmada boş zamanlarını farklı uğraş ve hobilerle değerlendiren yaşlıların GDÖ puan ortalamalarının daha düşük oranda olduğu gözlenmiştir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmada ayrıca kurum içinde diğer sakinler ile sohbet eden, spor yapan, gezi katılımlarına iştirak eden, tv izleyen, kitap-gazete okuyan, bahçe işi, el beceri işi ile ilgilen hastalarda GDÖ puan ortalamaları daha düşük ıkmiş olmakla beraber bu sonuç anlamlıdır. En yüksek düzeyde katılım televizyon izleme, radyo dinleme, sohbet etme ve gezi gibi aktiviteler grubunda olmuştur. Bu sonuçlar, yaşlıların boş zamanlarını aktif ve üretken olarak değerlendirip farklı uğraşlarla meşgul olmalarının, bedensel, ruhsal ve sosyal durumlarını pozitif yönde etkilediğini göstermesi bakımından önemlidir. Huzurevi ve bakım merkezlerinde kalan yaşlılar için devam eden uğraşlar ve hobiler günlük etkinlikler mutlu ve sağlıklı yaşamayı sağlaması açısından önemlidir. Ayrıca yaşlıların daha aktif ve üretken bir yaşam sürmeleri depresyon riskini azaltmaktadır. Sütoluk ve arkadaşları (2004), Bahar ve arkadaşlarının (2005) yapmış

oldukları çalışmalarda da günlük etkinliklerin ve hobilerin varlığını ile ortalama depresyon puanları arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirilmiştir.

Çalışmada kronik hastalığı olan, personelden bakım desteği alan ve işlevselliği kısıtlayacak şekilde hareket kabiliyetinde sorun olan hastaların (tekerlekli sandalye/yürüteç ve yatalak olma) GDÖ puan ortalamalarının daha yüksek oranda olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. Yaşın artmasıyla birlikte bireylerde uzun süreli kronik hastalıklar artmakta olup zamanla çeşitli fonksiyonlarını kaybetmeye başlayan bireyler, diğerlerine bağımlı olmaya başlamaktadır. Kronik hastalıklar ve oluşan engel durumu bireyin yaşam kalitesini düşürmekte, işlevselliği kısıtlanan bireyler ise depresyona girmektedir (Kılıçoğlu, 2006). İlerleyen yaşla birlikte bilişsel ve fiziksel yönlerde oluşan gerileme ve kayıplar, üretkenlik rolünün azalması, toplumsal rolün değişmesi, kişiler arası desteğin sınırlı olması gibi döneme özgü problemler nedeniyle başkalarının yardımına ihtiyaç duyan yaşlılar, zamanla çevreden kendini soyutlayıp depresyona girebilir (Göktaş ve Özkan, 2006). İşlevselliği kısıtlayacak düzeyde olan süreğen hastalıklar yaşam kalitesini etkileyerek, var olan hastalıkların olumsuz etkilerini daha da artırmaktadır. Kronik hastalıklar nedeniyle aktivitesi azalan ve diğerlerine bağımlı olan yaşlılar, psikolojik sorunlar yaşamaya başlar ve hayatın sonuna yaklaştığını düşünen birey kendisini ve sağlığını kötü algılayabilir. Süreğen hastalıklar depresyonun nedeni olabileceği gibi, depresyonun da kronik hastalıkları olumsuz etkileyebileceği bilinmektedir (Birtane vd., 2000). Maral ve arkadaşları (2001), Teletar ve Özcebe (2004), Keskinçioğlu ve arkadaşları (2006), Hacıhasanoğlu ve arkadaşları (2008) yapmış oldukları çalışmalarda kronik hastalığa ve fonksiyonelliği etkileyen engel durumuna sahip olma ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptamıştır.

Çalışmada zararlı alışkanlığı (sigara ve alkol kullanım) olan kişiler ile depresyon arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmıştır. Zararlı alışkanlığı olan kişilerde GDÖ puan ortalamaları daha yüksek oranda olmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşlıların zararlı alışkanlıkları bireylerin sağlığını ve psikolojisini etkilemektedir. Bu çalışmadaki hastalardan 19 kişi (%37) sigara içmekte 1 kişi (%2) ise alkol kullanmaktadır. Çalışmada alkol kullanımını ile ilgili sayının az olmasının nedeninin bildirim eksikliğinden kaynaklandığı sanılmaktadır. Literatürde sigara içenlerde yaşam boyu depresyon öyküsü içmeyenlere göre iki kat daha fazla bulunmuştur (Aubin et al.,1996). Depresif yaşlıların sigara içmesinin nedenleri, erken

çocukluk ve gençlik döneminde sigaraya başlama, sigaranın içinde olan maddeler nedeniyle oluşan psikolojik rahatlama hissi ve zamanla oluşan bağımlılık ile açıklanabilir. Zararlı alışkanlıklar ve depresyon arasındaki ilişki ile ilgili bulgular konu ile ilgili yapılan Aubin ve arkadaşları (1996) ve Almeida ve Pfaff (2005) yapmış oldukları çalışmalarla benzerdir.

Yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği, günlük aktivitelerini nasıl ve ne kadar yapabildiği ve kişinin sağlık durumunu açıklamak için kullanılan bir terimdir. Yaşlanma ve yaşlılık başı başına yaşam kalitesinin azaltmaktadır. Yaşlanmayla birlikte yaşam kalitesi, bedensel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve ruhsal özellikler olmak üzere altı alanda değişiklik, gerileme ve kayıplar geçirir (Muldoon et al, 1998).

Bu araştırmada Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları 71-75 yaş arasında olan kişilerde daha yüksek olduğu gözlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Ancak yaşam kalitesi alt boyutlarından Genel Sağlık puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Diğer yaş gruplarına göre 71-75 yaş arasında olan yaşlıların genel sağlık algılamalarının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. Bu çalışmada yaşam kalitesini etkileyen alt boyutlardan genel sağlık bölümünün 75 yaşından sonra azaldığı görülmüştür. DSÖ tarafından 75 yaş ve sonrası orta yaşlılık evresi olarak gruplandırılmıştır (WHO, 1972). 75 yaş ve üstü olan kişilerde yaşlanmayla birlikte özellikle fiziksel ve ruhsal alanlarda değişim ve kayıplar olduğu gözlenmiştir. Canbaz ve arkadaşları (2001), Ulusel ve arkadaşları (2004), Çalıştır ve arkadaşları (2006), Özyurt ve arkadaşları (2007), Aslantaş ve arkadaşları (2008), Ercan ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmalarda yaşın artmasıyla yaşam kalitesinin önemli düzeyde azaldığını tespit etmiştir.

Yapılan çalışmada Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları cinsiyet ile karşılaştırıldığında erkeklerde yaşam kalitesi toplam puanı daha yüksek olmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir. Ayrıca yaşam kalitesi alt boyutlarından fizyolojik, psikolojik ve sosyal durum cinsiyet ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kadın cinsinin statüsü genelde kadının gelir düzeyi ve bununla paralel ekonomik bağımsızlığı, aile ve toplum içindeki rolü,

eğitim d¼zeyi gibi etkenlere bağlıdır (Akın, 2004). Toplumun kadını algılayış biçimi ve ona verdiği değerler de önemlidir. Gelişmekte olan ya da az gelişmiş ÷lkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kadın ve erkek eşitsizliği gör÷lmektedir. Bu gibi olumsuz faktörler, kadın cinsinin yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olmasına neden olabilir. Ulusel ve arkadaşları (2004), Turgul ve arkadaşları (2004), Akal (2005), Özyurt ve arkadaşları (2007), Aslantaş ve arkadaşları (2008), Ercan ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmalarda yaşlılarda kadın cinsiyetin erkeklere göre daha bağımlı olduğu ve bunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

Çalışmada Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu, medeni durum ve meslekler karşılaştırılmış, Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyut toplam puanları daha yüksek olmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Mesleklere göre Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyutlarından psikolojik durum, en yüksek toplam puan ortalaması serbest meslek sahibi olan kişilerde bulunmakla beraber sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Yerli ve yabancı birçok çalışmada eğitim seviyesi ve mesleklerin yaşam kalitesi için önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir. Tseng Su-Zu ve arkadaşları (2001), Akal (2005), Arslantaş ve arkadaşları (2006) yapmış oldukları çalışmalarda yaşlılarda eğitim seviyesi ve mesleğin yaşam kalitesi puanlarını olumlu etkilediğini bildirseler de bu çalışmada literatüre paralel şekilde bir sonuç çıkmamıştır.

Araştırmada Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile kurumda kalma süreleri ve zararlı alışkanlık olup olmama durumlarına baktığımızda; Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ortalama puanları, kurumda kalma sürelerine göre; 5 yıl ve üstünde kalan kişilerde daha yüksek, zararlı alışkanlığı olan kişilerde daha yüksek oranda olmakla birlikte, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermemektedir. Kurumda kalma süresi artıka bakım ve uyumun arttığı düşün÷lebilir. Kurumda kalma süresine baktığımızda yaşlıların yarısından fazlasının 27 kişi (%52) son 5 yıldır huzurevinde kalıyor olmaları, son yıllarda huzurevi ve bakımevine olan talebin arttığına bir göstergesi sayılabilir. Bu çalışma, kurumda kalış süresinin artmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirten Gülseren ve arkadaşlarının (2000) çalışmaları ile uyumlu değildir. Sigara içme yaşlılık döneminde gelişen pek çok sağlık sorununda atırıcı rol oynamakla birlikte yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür (McClave

et al., 2009). Sigara kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon ve kanser gibi birçok kronik hastalığın ortaya çıkmasında rol oynayarak kişinin sağlığının bozulmasına ve dolayısıyla yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Bilir, 2011). Bu çalışma geriatric popülasyonda sigara kullanımının yaşam kalitesini önemli düzeyde azalttığını bildiren diğer literatür çalışmaları ile Tay ve arkadaşları (2004), Kaya ve arkadaşları (2008), Bilir (2011) ile uyumlu değildir.

Araştırmada Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile alınan sosyal desteğin boyunu saptanmak için yaşlıların ziyaretçi gelme durumuna ve kurumda kalan sakinlerin yakınlarının yanına yatılı ziyaret etme durumları karşılaştırılmıştır. Whoqol-Bref-T yaşam kalitesi ortalama puanları, ziyaretçisi gelen kişilerde ve yakınlarının yanına yatılı ziyarete giden kişilerde daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Çalışmada ayrıca ziyaretçisi gelen kişilerde, yaşam kalitesi ve alt boyutlarından genel yaşam kalitesi, yakınlarının yanına yatılı ziyarete giden kişilerde ise yaşam kalitesi ve alt boyutlarından psikolojik durumun yüksek olduğu gözlenmekle beraber bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlardan gördüğümüz üzere alınan sosyal destek, yaşam kalitesini olumlu etkilemiş, sosyal desteğin varlığının genel sağlık durumu ve psikolojik durumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Huzurevi ve bakım evlerinde kalan yaşlıların sosyal destek alma durumlarının yaşam kalitesini olumlu etkilediği, sosyal destek varlığının ise bireylerin genel sağlığını ve işlevselliğini etkilediği tespit edilmiştir (Zincir vd., 2008). Bu çalışma, Zincir ve arkadaşlarının çalışması (2008) ile tutarlıdır.

Çalışmada kronik hastalığı olan, personelden bakım desteği alan ve işlevselliği kısıtlı olup diğerlerine bağımlı olan kişilerde (tekerlekli sandalye/yürüteç ve yataklık olma) Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesi alt boyutlarından fizyolojik durum puan ortalamalarının daha düşük olduğu gözlenmiş ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada işlevselliği etkileyecek düzeyde kronik hastalığa sahip olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu çalışma, literatürdeki diğer çalışmalar; Canbaz ve arkadaşları (2003), Azak ve arkadaşları (2004), Akal (2005), Çalıştır ve arkadaşları (2006), Özyurt ve arkadaşları (2007), Aslantaş ve arkadaşları (2008) ile tutarlıdır.

Araştırmada Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyut puanları günlük etkinliklere katılma durumu ile karşılaştırılmış ve boş zamanlarını farklı uğraş ve hobilerle değerlendiren yaşlıların Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca günlük etkinliklere katılımın yaşam kalitesi alt boyutlarından fizyolojik ve genel sağlığı anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, boş zamanlarını aktif olarak değerlendiren yaşlıların bedensel olarak daha sağlıklı olduklarını göstermesi açısından önemlidir. Bu çalışma, huzurevi ve bakım merkezlerinde kalan yaşlıların günlük etkinliklere katılımın olumlu etkisini bildiren diğer çalışmalar; Yazgan ve arkadaşlarının (2006), Kurtuluş ve arkadaşları (2006) ile uyumludur.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda; geriatrik depresyon ile Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında negatif yönde korelasyon olduğu gözlenmiştir. Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi toplam puanları arasında kuvvetli, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,75;p=0,00$) olduğu saptanmıştır.

Geriatrik depresyon puanları ile Whoqol-Bref-Tr yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile arasındaki ilişki incelendiğinde; fizyolojik durum puanları arasında orta derecede, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,67;p=0,00$), psikolojik durum puanları arasında kuvvetli, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,80;P=0,00$), sosyal durum puanları arasında orta derecede, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,54;p=0,00$), çevresel durum puanları arasında zayıf, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,37;p=0,007$), genel yaşam kalite puanları arasında orta derecede, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,61;p=0,00$), genel sağlık puanları arasında orta derecede, negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon ($r=-0,57;p=0,00$).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler:

- 65 yaş üstü bireylerin öncelikli risk grubu olarak kabul edilmesi ve yaşlı bireylere yönelik rutin genel sağlık ve depresyon taramalarının yapılması, riskli bireylerin ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ilgili uzmanlara yönlendirilmesi.
- Depresyonu olduğu saptanan yaşlı hastaların ilgili uzmanlarca düzenli olarak izlenmesi, tedavi ve bakım programlarının oluşturularak bu dönemin daha verimli ve mutlu geçirilebilmesinin sağlanması.
- Orta yaş ve üzerindeki bireylere ve ilgili sağlık personeline yaşlılığa hazırlık ve uyum konulu psikoeğitim hizmetinin verilerek; bilgi, beceri ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik programlarının düzenlenmesi.
- Huzurevi veya bakımevinde çalışan ekibin multidisipliner şekilde yaşlıya bütüncül hizmet vermesi.
- Kurumlarda yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan olumsuz değişim ve kayıpların mümkün olduğunca önüne geçmek ve yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak için günlük etkinlik ve hobi çeşitlerinin sayısını ve niteliğini arttırma.
- Yaşlı bireyleri depresyona iten yalnızlık, yetersizlik, istenmeme gibi olumsuz durum ve duygulardan uzaklaştırmaya yönelik sosyal etkinlik ve üretkenlik içerikli programların pratik edilebileceği yatılı ve gündüzlü sosyal merkezlerin kurulması.
- Toplumda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında depresyona zemin hazırlayan psikolojik, sosyal ve ekonomik unsurları iyileştirecek politikalar belirlenmeli.
- Ruhsal sorunları iyileştirme ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik evde bakım projelerinin geliştirilmesi.
- Psikolojik, tıbbi ve sosyoekonomik sorunlar dikkate alınarak yalnız yaşayan yaşlılar için sağlık politikaları içerisinde düzenlemeler yapılması.

EKLER

Ek 1.

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyet : E K
Yaşı :

Tarih :/...../2015

Medeni Durumu : Evli Bekar Boşanmış Dul

Eğitim Durumu: Okur-Yazar Değil Okur-Yazar İlkokul Lise Önlisans ve üzeri

Mesleği : Serbest Meslek İşçi Memur Emekli Ev Hanımı Diğer

Kurumda kalma süresi : 0-6 ay 6 ay – 2 sene 2-5 yıl 5 yıl ve üstü

Kronik hastalık : Var Yok

Sakinin destek şekli : Herhangi bir destek almıyor Tekerlekli sandalye Yürüteç Yatağa bağımlı

Personelden bakım desteği alıyor mu? Evet Hayır

Günlük etkinliklere katılıyor mu? Evet Hayır

Günlük meşguliyet

<input type="checkbox"/> İbadet	<input type="checkbox"/> El becerisi	<input type="checkbox"/> Bahçe işi	<input type="checkbox"/> Hayvan bakımı
<input type="checkbox"/> Tv,radyo/haber, sinema	<input type="checkbox"/> Okuma/kitap, gazete	<input type="checkbox"/> Arkadaş sohbeti	<input type="checkbox"/> Oyun/tavla, satranç vb
<input type="checkbox"/> Spor	<input type="checkbox"/> Resim/şekil boyama	<input type="checkbox"/> Bulmaca	<input type="checkbox"/> Bilgisayar
<input type="checkbox"/> Diğer			

Yıl içinde yakınlarının yanına yatılı ziyarette bulunuyor mu?

Evet Hayır

Kurum iç-dış gezi ve etkinliklere katılıyor mu?

Evet Hayır

Kimler ziyarete gelir?

Hiç kimse Çocukları Akrabaları Komşular, arkadaşlar Diğer

Ne sıklıkla ziyaret edilir?

Hergün Haftada 1-2 kez Ayda birkaç kez Nadiren Hiç

Zararlı alışkanlıklar :

Yok Sigara Alkol Madde Kullanımı

Ek 2.

Yaş :**Toplam Puan:**

Cinsiyet : EK

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorulara,(geçen hafta boyunca hissettiklerinizi belirtir) EVET veya HAYIR yanıtı veriniz			
1	Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	Evet	Hayır
2	Günlük uğraşı ve ilgilerinizin büyük bölümünü terk ettiniz mi?	Evet	Hayır
3	Yaşantınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
4	Sık sık canınız sıkılır mı?	Evet	Hayır
5	Genellikle keyfiniz yerinde midir?	Evet	Hayır
6	Başınıza kötü bir şey geleceğinden endişe ediyor musunuz?	Evet	Hayır
7	Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
8	Kendinizi sık sık çaresiz hisseder misiniz?	Evet	Hayır
9	Dışarı çıkıp değişik yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı mı tercih edersiniz?	Evet	Hayır
10	Hafıza ile ilgili sorunlarınızın çoğu kişiden daha fazla olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
11	Şu an hayatta olmanın harika bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
12	Kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
13	Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
14	Durumunuzu çözümsüz görüyor musunuz?	Evet	Hayır
15	Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduklarını düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
16	Gelecekte ümitli misiniz?	Evet	Hayır

17	Kafanızdan uzaklaştıramadığınız düşünceler nedeniyle endişeli misiniz?	Evet	Hayır
18	Kendinizi sık sık huzursuz ve yerinde duramaz hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
19	Sık sık gelecekte kaygı duyuyor musunuz?	Evet	Hayır
20	Kendinizi sık sık hüzünlü ve kederli hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
21	Geçmiş üzerine çok mu kaygılanıyorsunuz?	Evet	Hayır
22	Hayatı heyecan verici buluyor musunuz?	Evet	Hayır
23	Yeni bir şeylere kalkışmak size güç geliyor mu?	Evet	Hayır
24	Küçük şeyler sizi kolaylıkla küstürüyor mu?	Evet	Hayır
25	Sık sık ağlama hissi duyuyor musunuz ?	Evet	Hayır
26	Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	Evet	Hayır
27	Sabahları uyanmaktan zevk alıyor musunuz?	Evet	Hayır
28	İnsanlarla birlikte olmaktan kaçınır mısınız?	Evet	Hayır
29	Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Evet	Hayır
30	Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	Evet	Hayır
<input type="checkbox"/> 0-10 normal <input type="checkbox"/> 11-13 olası depresyon <input type="checkbox"/> ≥14 kesin depresyon		Toplam Puan :	

Ek 3.

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor

ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

7. KAYNAKÇA

Akal, Ç., 2005, "Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Akandere, M., 2007, " Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Fiziksel Aktivitelerin Yaşam Doyumu Düzeylerine Etkisi", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18: p. 1-9.

Akdeniz, C. ve Aydemir, Ö., 1999, "Sağlık düzeyi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması ve güvenilirliği", Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9(2):104-108.

Akın, A., 2004, "Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri", Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Aksüllü, N. ve Doğan, S., 2004, "Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki", Anadolu Psikiyatri Dergisi ,5:76-84.

Alexopoulos, G.S., 2000, Mood disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, BJ Saddock, VA Saddock (Ed), 7. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s.3060-3067.

Ambo, H. et al., 2001, "Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population", the Tajiri Project Int J Geriatr Psychiatry, 16: 780-788.

Anthony, J.C. and Petronis, K.R., 1991, "Suspected risk factors for depression among adults 18 -44 years old. Epidemiology", 2:1 23-132.

Arpacı, F., 2005, Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara.

Arslantaş, D. vd., 2006, "Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi", 28 (2) : p. 81-89.

Aşkın, R., 1994, Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya.

Aubin, H.J. et al.,1996, "Depression and smoking", Encephale, 22:17-22.

- Aydemir, C., 1999, "Türkiye'de yaşlı intiharları", *Kriz Dergisi*, 7: 21-25.
- Aydın, S., 2009, "Gaziantep İli Şehitkâmil Ve Şahinbey Merkez İlçelerinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Popülasyonda Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler", Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Azak, A. vd., 2004, "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- Bahar, A. vd., 2005, "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi* ,6:227-239.
- Bahar, A. vd., 2005, "Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 227-39.
- Baldwin, R.C. et al., 2003, "Guideline for the management of late life depression in primary care", *Int J Geriatr Psychiatry*, 18: 829-38.
- Bayraktar, R., 2009, "Yaşlılıkta Biyolojik Ve Psiko-sosyal Belirleyiciler", *Türk Geriatri Vakfı Geriatri Ve Gerontoloji Derneği*, 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı, Fethiye.
- Beck, D.A. et al., 1998, "Depression. *Clin Geriatr Med*", 14:765-86.
- Bekaroğlu, M. vd., 1991, "Depression in an elderly population in Turkey", *Acta Psychiatr Scand*, 84:174-8.
- Bilgili, N., 2000, "Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi", Doktora Tezi, Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bilir, N., 1995, *Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Güneş Kitapevi, Ankara, 1995.
- Bilir, N., 2007, *Yaşlanan Toplum, Yaşlılıkta kaliteli yaşam*, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri basım evi, Ankara.
- Bilir, N., 2011, "Sağlığın Korunması, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam", Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, (Çevrimiçi) www.gebam.hacettepe.edu.tr.

Bingöl, G. vd., 2010, "Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi", *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(4): 169-176.

Birtane, M. vd., 2000, "Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitelerine etki eden etmenlerin incelenmesi", *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4): 141-145.

Borglin, G. et al., 2005, "The experience of quality of life among older people", *Journal of Aging Studies*, 19: 201-220.

Canbaz, S. vd., 2001, "Samsun il merkezindeki yaşlıların yaşam kalitesi", 7.Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir s.2. 2001.

Canbaz, S. vd., 2003, "The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun", *Turk J Med Sci*, 33: 335-340.

Charney, E. and Weissman, M., 1988, *Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes*. In *depression and Mania*, Georgotas A, Cancro R(editors), Elseiver, New York.

Chiu, E. et al., 1999, "Depressive disorders in the elderly: a review. In: Maj M, Sartorius N; eds. *Depressive Disorders*", Chichester: Wiley:313-363.

Çalıştır, B. vd., 2006, "Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi", *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1): 30-33.

Çınar, Ö.G. ve Kartal, A., 2008, "Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5): 399-404.

Devanand, D.P., 2002, "Comorbid psychiatric disorders in late life depression", *Biol Psychiatry*, 52Ç: 236-242.

Dişçigil, G. vd., 2005, "Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon", *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(3): 129-133.

DSM-5, 2013, Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

DSM-IV, 1994, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Eisses, A.M. et al., 2004, "Risk indicators of depression in residential homes", Int J Geriatric Psychiatry, 19:634-40.

Ekinci, M. vd., 2004, "The prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey: Erzurum", International Journal of Human Sciences, 1303-5134.

Eliopoulos, C., 2005, Gerontological nursing, 6th edition, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 239-48.

Er, D., 2009, "Psiko-sosyal Açıdan Yaşlılık", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (11):132-143.

Ercan, N., 2010, "Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Erdal, R., 1989, Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık, Ayhanlar Matbaası, Ankara.

Eser, E. vd., 1999, "WHOQOL-100 ve Whoqol-Bref-Tr'in psikometrik özellikleri", 3P dergisi, 23-40.

Evans, S. and Katona C.L.E., 1993, Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders, Dementia, 4:327-333.

Fidaner, H. vd., 1999, "Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF", 3P Dergisi (Ek 2):3-66.

Flanagan, J.C., 1978, A research approach to improving our quality of Life, Am Psychocol, 33:138.

Göktaş, K. ve Özkan, İ., 2006, "Yaşlılarda Depresyon", Psychiatry in Turkey, 8:30-37..

Gülseren, Ş. v.d., 2000, "Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi", Türk Geriatri Dergisi, 3(4),133-140.

Günaydın, R., 2010, "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi - Değerlendirme ve Ölçekler", 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM, İzmir.

Güz, H. ve Çolak, E.G, 2002, "Yaşlılıkta Görülen Psikiyatrik Rahatsızlıklar", T. Klinik Psikiyatri, 3:63-74.

Hacıhasanoğlu, R. ve Türkleş, S., 2008, "Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2): 55-60.

Hacıhasanoğlu, R. ve Yıldırım, A., 2009, "Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler", Turkish Journal of Geriatrics, 12(1): 25-30.

Kara, B. vd., 2009, "Geriatriklerde ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile 1. ilişkisinin incelenmesi", Fizyoterapi Rehabilitasyon, 20(3):190.

Karadağ, M. vd., 2008, "Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler", Toplum Hekimliği Bülteni, 27:17-23.

Karadakovan, A., 2009, "Yaşlılık ve Bakım", Türk Geriatri Vakfı Geriatri Ve Gerontoloji Derneği 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı, Fethiye, 29 Ekim-01 Kasım 2009; p. 98-99.

Karalar, F. vd., 2004, "Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler", 5. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu, İstanbul.

Karsh, O., 1982, "Yaşlılık ve Türkiye'de Yaşlılık Sorunları", T.C. S.S.Y.B. Hıfzısıhha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü, Ankara.

Kaya, M. vd., 2008, "Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler", Türk Geriatri Dergisi, 11(1): 12-17.

Kaya, B., 1999, "Yaşlılık ve depresyon-I: Tanı ve değerlendirme", Türk Geriatri Dergisi, 2:76-82.

Kaya, M.D. ve Aydın, N., 2003, "Yaşlılıkta Bilişsel Yıkım ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.", 2. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, 316-320.tesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler", Turkish Journal of Geriatrics,11(1): p. 12-17.

Kerem, M. vd., 2001, "Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi", Türk Geriatri Dergisi, 4: 106 -112.

Kesioğlu, P. vd., 2003,"İzmir Camdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarda Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı", Turkish Journal of Geriatrics,6 (1): 27-30.

Keskinoğlu, P. vd., 2006, "Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri", Genel Tıp Dergisi, 16(1): 21-26.

Kılıçoğlu, A., 2006, "Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiyojisine yönelik bir gözden geçirme", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7: 49-54.

Koenig, H.G. and Blazer D.G., 1994, Geriatrik afektif bozuklukların epidemiyolojisi. İleri yaşlarda görülen psikiyatrik bozukluklarda, İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, s.1-24.

Kurtuluş, Z. vd., 2006, "Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Geriatriye Kullanımı", Celal Bayar Üniversitesi Yayınları, Manisa, 21-26.

Lapid, M.U. and Rummans, T.A., 2003, "Evaluation and management of late life depression in primary care", Mayo Clin Proceed, 78: 1423-9.

Lecrubier, Y., 2001, "The burden of depression and anxiety in general medicine", J Clinical Psychiatry, 4-9.

Maral, I. vd., 2001, "Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma", Türk Psikiyatri Dergisi, 12: 251-259.

Mathews, M. et al., 2003, "Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder", JAMA,290: 1033 -1041.

McClave, A.K. et al., 2009, "Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of US adults", Preventive Medicine, 48: 173-179.

- McSweeney, K. and O'Connor, D.W., 2008, "Depression among newly admitted Australian nursing home residents", *Int Psychogeriatr*, 20:724-37.
- Montgomery, S.A., 2002, "Late life depression, rationalizing pharmacological treatment options", *Gerontology*, 48: 392-400.
- Moody, L. et al., 1990, "Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem", *J Behav Med*.13: 297.
- Muldoon, M.F. et al, 1998, What are Quality of Life measurements measuring?, *BMJ*, 316:542.
- Murphy, E., 1983, "The prognosis of depression in old age", *Brit J Psychiatr*, 142:111-119.
- Nalbant, S. vd., 2008, *Evde Bakım Hizmetleri, Geriatri*. 1.Basım. Ankara, s.213-221.
- Oktik, N., 2004, *Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi-Muğla Örneği*, Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla,113 -117.
- Örnek, T. vd., 1992, *Geriatrik Psikiyatri*, Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.
- Özer, S. vd., 2002, "İleri Yaşta Depresyon", *Geriatri 2002*, İstanbul, pp: 107-113.
- Özyurt, B.C. vd., 2007, "Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi", *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(3), 117-123.
- Pennix, B.W. et al., 2000, "Changes in depression and physical decline in older. A. Longitudinal perspective", *J Affect Disord*, 61: 1-12.
- Robinson, J. and Elkan, R., 1996, *Health Needs Assessment* Pearson Professional Limited, New York.
- Sadowski, H. et al., 1999, "Early life family disadvantages and major depression in adulthood", *Br J Psychiatry*, 174:112 -120.
- Sağduyu, A., 1997, "Yaşlılar için Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 :3-8.

Steffens, D.C. et al., 2000, "Prevalence of depression and its threatment in an elderly population: the Cache Count study", Arch Geb Psychiatry, 57:601-607.

Süt, H.K., 2009, "Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması", Yüksek Lisans Tezi, Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği.

Sütoluk, Z. vd., 2004, "Adana huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri", Türk Geriatri Dergisi,7 :148 -151.

Swindle, R.W. et al., 1998, "Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up" J Nerv Ment Dis. 186: 462 -469.

Şahin, E.M. ve Yalçın, B.M., 2003, "Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması", Turkish Journal of Geriatrics, 6:10-13.

Tamam, L. ve Öner, S., 2001, "Yaşlılık çağı depresyonları", Demans Dergisi,1:50-60.

Tay, B.J. et al., 2004, "Influence of Sociodemographic and Neighbourhood Factors on Self Rated Health and Quality of Life in Rural Communities: Findings From The Agriproject in The Republic Of Ireland", JECH, 58,904-911.

Teletar, T.G. ve Özcebe, H., 2004, "Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi", Türk Geriatri Dergisi, 7(3): 162-165.

Toprak, H., 2002, Yaşlı Sağlığı, TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.

Tseng, ZS., Wang, R H. (2001). Quality of Life and Releated Factors Among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. Public Health Nursing, 18(5), 304-311.

Turaman, C., 2001, "Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması", Türk Geriatri Dergisi, 4: 22-27.

TÜİK, 2014, İstatistiklerle Yaşlılar, Ankara.

TÜİK, 2013, İstatistiklerle Yaşlılar, Ankara.

Ulusel, B. vd., 2004, "Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Risk Etmenleri", Türk Geriatri Dergisi, 7:199-205.

United Nation Population Division, 2002, World Population Prospects: The 2002 Revision Data Base.

Urcuioli, O. et al., 1998, "Assesment of Quality of Life In The Oldest-Olds Living In Nursing Homes and at Home", Arch. Gerontoloji, Geriatr. Suppl., (6): p. 507-514.

Ünal, S. ve Özcan, E., 2000, "Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1:41-7.

Ünal, S. ve Özcan, E., 2000, "Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1): 41-45.

Ünal, S. ve Özcan, E., 2000, "Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler", Anadolu Psikiyatri Dergisi,1:41-7.

Wada, T. et al., 2004, "Depression in Japanese community-dwelling elderly prevalence and association with ADL and QOL", Arch Gerontol Geriatr, 39: 15–23.

WHO, 1972, " Psychogeriatric, report of a WHO Scientific Group, Technical Reports Series 507, Cited in Davise AM. Epidemiology, Geneva, 185; 14(1):9-21.

WHO, 2002, Definition of an Older or Elderly, Geneva.

Wilson, I.B. and Cleraly, P.D., 1995, Linking clinical variables with health related quality of life, JAMA.

Yazgan, Ç. vd., 2006, "Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörle", Türk Geriatri Dergisi, 9(3), 143-149.

Yıldırım, Y.K., 2005, "Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi", Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1) : p. 47-61.

Yüksel, N., 1998, "Yaşlılık çağı depresyonları", Türk Geriatri Dergisi, 1: 19 -23.

Zincir, H. vd., 2008, "Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler", Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3): 168-174.

