

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YAŞLI BİREYLERDE DEPRESYON, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Nihal BAKAR

Danışman


Yrd. Doç. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

Erzincan 2012

Yrd. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR danışmanlığında, Nihal BAKAR tarafından hazırlanan bu çalışma 17.02.2012 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Yrd. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR 

Üye : Yrd. Doç. Dr. Dilek KILIÇ 

Üye : Yrd. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM 

Yukarıdaki sonucu onaylarım.


Doç. Dr. Ali SÜLÜN
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	III
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ	V
ÖZGEÇMİŞ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.2. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri	8
2.3. Yaşlılarda Depresyon	12
2.4. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi	12
2.5. Yaşlılarda Depresyon Etiyolojisi	12
2.6. Yaşlılarda Depresyon Tanısı	14
2.7. Yaşlılarda Depresyon Kliniği	15
2.8. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi	17
2.9. Depresyonda Hemşirenin Rolü	18
2.10. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Kavramsal Modeli	20
2.11. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	21

2.12. Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Arttırılması	24
2.13. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü	28
3.GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Türü	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	32
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	36
3.7. Verilerin Toplanması	36
3.8. Verilerin Analizi	36
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	80
EK I: Tanımlayıcı Form	
EK II: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	
EK III: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD)	
EK IV: Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS-QOL.8)-(WHOQOL-8.Tr)	
EK V: Resmi İzin Yazısı	
EK VI: Etik Kurul Onayı	

III

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde destek olan ve tezin tüm aşamalarında değerli önerileri ile bana yön veren, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a,

Tez çalışmamda değerli görüşleri ile önemli katkılarda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a,

Verilerin toplanması sırasında desteklerini gördüğüm Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere,

Bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma süresince de desteklerini esirgemeyen aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- GDÖ** : Geriatric Depression Scale (Geriatrik Depresyon Ölçeği)
- WHOQOL-OLD** : World Health Organization Quality of Life Questionnaire Old (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü)
- EUROHIS-QOL.8-(WHOQOL-8.Tr)** : Europe Health Impact Scale-Quality of Life.8-World Health Organization Quality of Life.8 Turkish Version (Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü)
- WHOQOL-BREF** : World Health Organization Quality of Life Questionnaire Bref (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürümü)
- SF-36** : Medical Outcomes Study Short Form-36 (Kısa Form 36)

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Şekil 1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Modeli	21
Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Depresyon Yaygınlıklarının Dağılımı	39
Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Geriatrik Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Tablo 4. Yaşlı Bireylerin WHOQOL-OLD Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Tablo 5. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 6. GDÖ, WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Ölçekleri Arasındaki İlişki ...	46

ARAŐTIRMACININ ÖZGEÇMİŐİ

AraŐtırmacı, 1985 yılında Erzincan'da doğmuŐtur. İlköğretim ve lise öğrenimini Erzincan'da tamamlamıŐtır. 2003 yılında Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksek Okulu'nda lisans eğitime başlamıŐtır. Lisans eğitimi 2007 yılında tamamlayan araŐtırmacı, 2009 yılında Erzincan Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başlamıŐtır. AraŐtırmacı 2009 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrenimine başlamıŐtır.

ÖZET

Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırma yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ekim 2010-Mart 2011 tarihleri arasında Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üstü 450 birey oluşturmuştur. Veriler tanımlayıcı form, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) ve Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS-QOL.8)–(WHOQOL-8.Tr) kullanılarak toplanmıştır.

Yaşlı bireylerin % 62.2'sinde (23.06±4.40) yüksek düzeyde, toplamında orta düzeyde (17.31±8.43) depresyon olduğu saptanmıştır. İleri yaşta olma, kadın olma, bekar ve dul olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama, sağlığı kötü algılama, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak olumsuz yönde etkilerken ($p<0.001$), sigara içmenin olumlu yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.001$).

Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, sağlığı kötü algılama ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olma WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin her alanını ve toplam puanı, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını olumsuz ($p<0.05$, $p<0.001$), sigara içmenin ise WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin tüm alanlarını, toplam puanı ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği ($p<0.05$, $p<0.001$) saptanmıştır. İleri yaşta olma, bekar ve dul olma, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin özerklik alanı dışındaki tüm alt alanları, toplam puan ortalamasını ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını olumsuz etkilediği belirlenmiştir ($p<0.001$).

WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçekleri puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda orta düzeyde negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlıların depresyonu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlere yönelik sağlık çalışanlarının ve toplumun farkındalığının artırılması ve bu yönde eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı bireyler, depresyon, yaşam kalitesi, hemşirelik.

ABSTRACT**Depression, Quality of Life, and Influential Factors in the Elderly**

This research was conducted as a descriptive study to determine depression, quality of life, and affecting factors in elderly individuals. The research sample included 450 individuals 65 years of age and over, who presented to Karaagac, Inonu, and Mimar Sinan Family Health Care Centers in the province of Erzincan, Turkey, for any reason, between October 2010 and March 2011. Data were collected using a descriptive form, Geriatric Depression Scale (GDS), World Health Organization Quality of Life Instrument for the Old (WHOQOL-OLD), and Europe Health Impact Scale- World Health Organization Quality of Life Scale (EUROHIS-QOL.8)–(WHOQOL- 8.Tr).

Depression level was determined to be high in 62.2% of the elderly individuals (23.06 ± 4.40) and medium in total (17.31 ± 8.43). Advanced age, being a woman, being single and/or being a widow, low education level, low income level, living in a rural area, living alone, lack of social support, poor perception of health, and presence of a chronic disease had a statistically significant negative effect on mean depression scores ($p < 0.001$), while smoking was found to have a positive effect ($p < 0.001$).

It was also determined that being a woman, low education level, poor perception of health, low income level, and presence of a chronic disease had a negative effect on all domains of WHOQOL-OLD quality of life and on the total score, as well as on the mean score of EUROHIS-QOL.8 quality of life ($p < 0.05$, $p < 0.001$); whereas, smoking had a positive effect all domains of WHOQOL-OLD quality of life and on the total score, as well as on the mean score of EUROHIS-QOL.8 quality of life ($p < 0.05$, $p < 0.001$). Advanced age, being a woman, being single and/or being a widow, living in a rural area, living alone, and lack of social support were found to have a negative effect on all subscales of WHOQOL-OLD quality of life, except for the autonomy subscale, and on the total score and mean score of EUROHIS-QOL.8 quality of life ($p < 0.001$).

As a result of the correlation analysis between mean scores of WHOQOL-Old and EUROHIS-QOL.8 scales and the mean GDS scores, a medium level of negative correlation was found ($p < 0.001$). In line with these results, it is suggested that education programs should be initiated to increase the awareness of healthcare professionals and the society about the factors affecting depression and quality of life in elderly people.

Keywords: Elderly individuals, depression, quality of life, nursing.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya ülkelerinde ve ülkemizde yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Bilimsel farklılıkların yanı sıra, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması, ortalama ömre olumlu yansiyarak, yaşam süresini arttırmıştır. Tüm bunlara paralel olarak 65 yaş üstü nüfusun oranı da artmıştır^{1,2}.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılı verilerine göre; dünyada yaşlı birey sayısının 612 milyon ve 65 yaş ve üzeri nüfus artış hızının % 2.7 olduğu ifade edilmektedir³. Yapılan çalışmalarda 2025 yılında 65 yaş ve üzeri kişi sayısının yaklaşık 800 milyon olacağı, önümüzdeki 30 yıl içinde yaşlı nüfusun başta Latin Amerika ve Asya'da % 300 dolayında artacağı belirtilmektedir. Günümüzde 600 milyon civarında olan yaşlı nüfusun 2050 yılında iki milyarı bulacağı tahmin edilmektedir⁴. Yaşlanma sürecinin hızla arttığı ülkelerden biri olan Türkiye'de 1990'lara kadar % 5'in altında kalan yaşlı nüfus oranı son on beş yılda ciddi bir artış eğilimi içerisine girmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) sonuçlarına göre toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzeri nüfus oranının % 6.8 olduğu⁵, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 nüfus sayımı sonuçlarına göre ise; ülke nüfusunun % 7.2'sinin 65 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı bildirilmiştir⁶. Bu nüfusun 2025 yılında % 10'a, 2050 yılında % 20'ye çıkacağı ve 65 yaş üzeri nüfusun 15 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir⁵.

Yaşlılık genel anlamda; bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaş, eş ve yakın ilişkilerin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması gibi pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir. Yaşın ilerlemesiyle fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik değişiklikler oluşmakta ve bu değişimlerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olmaktadır^{7,8}.

DSÖ verilerine göre depresyon fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır⁹. DSÖ 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir¹⁰. Depresyon yaşlı nüfusu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Yapılan araştırmalarda yaşlı nüfusun % 25'inde başta depresyon olmak üzere kayda değer düzeyde psikiyatrik belirtiler bulunmuş olup bunların başında ise depresyon gelmektedir. Yaşlılıkta gelişen depresyon tablosu, yaşlanma sürecinin getirdiği biyopsikososyal değişiklikler paralelinde gençlerden farklılık göstermektedir¹¹.

Yaşlılık dönemi depresyonu gelişiminde birçok faktörün etkisi vardır. Bu faktörlerden en önemlileri; fiziksel ve zihinsel yeti yitimi, yaşam tarzı değişiklikleri, ekonomik zorluklar, psikososyal etkenler, yaşlılık döneminde artan sıklıkta görülen bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve bedensel hastalıklar sonrasında ortaya çıkan nöroendokrin ve nörokimyasal değişikliklerdir¹². Yaşlıların yaşlılık dönemine kadar yaşam hedeflerine ulaşamamasına bağlı benlik doyumunun sağlanamayışı da depresyon riskini artırır¹³.

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü 65 yaş üstü yaşlılarda görülen depresyonu önemli bir halk sorunu olarak belirlemiştir. Depresyon başarılı bir şekilde tedavi edilme şansı yüksek olan bir hastalık olup tedavi edilmediğinde erken ölüm, intihar riskinin artması, işlev azalması ve genel sağlık durumunun bozulması gibi olumsuz sonuçlar oluşturmakta olup¹¹, depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırmakta ve erken ölümleri önlemektedir⁹.

Toplumların yaşlanması ve yaşlılığın erken ölümler dışında kaçınılmaz olması, yaşlılıkta yaşam kalitesi ifadesini ortaya çıkarmaktadır¹⁴. Yaşlı popölasyon artmaya devam ederken, ileri yaşlarda yüksek bir yaşam kalitesi seviyesinin sağlanıp sağlanamayacağı konusu da büyüyen bir genel sağlık endişesi haline gelmektedir. Yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesinin önemli derecede azalma potansiyeli taşıdığı bilinmektedir¹⁵. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini; fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılım, boş zaman aktivitelerine katılım, bazı sosyal rollerin ve özerkliğin kaybı, psikolojik durum, emosyonel durum, aile ve arkadaşlar arasındaki ilişkiler, politik faktörler, ekonomik faktörler gibi birçok faktör etkilemektedir^{16,17}. Yapılan bir çalışmada fiziksel sağlık ve ruhsal durumun kötü olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiledięi¹⁸, depresyon puanları ve kronik hastalık sayısı arttıkça, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlenmiştir^{19,20}.

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbiriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır. Bunlar; fiziksel, psikolojik ve sosyal

boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir^{21,22}.

Hemşireliğin amacı yaşamın her döneminde bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Yaşlı bireylere sunulan hizmetlerin hedefi, yaşam kalitelerini korumak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamaktır²³. Hemşireler; yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine, yaşlının duygusal sorunları ile baş edebilmesine, kendi kendine yetebilmesine ve yetersizlikleri ile yaşayabilmesine, kendini değerli görmesine yardım eder^{24,25}. Hemşire yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun ve yaşam kalitelerinin artması için ruh sağlığını koruyacak ve yaşam kalitesini güçlendirecek sosyal destek kaynaklarını değerlendirerek, bireylerin gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yerine getirilmesinde önemli bir rol oynar²⁶.

Yaşlılarda depresyon ve yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin bilinmesi yaşlıların sağlığını koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin sağlanması ve yaşlıların sağlıklarının yükseltilmesi yönünden önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile sorunları olan bir süreçtir²⁷. Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılığı kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin yavaş yavaş azalması olarak tanımlamaktadır²⁸.

DSÖ; yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak görmekte ve bu yaş sınırını demografik açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçiş dönemi olarak kabul etmektedir²⁹. Genel olarak kronolojik bir kavram olarak kullanılan yaşlılık sınırı, DSÖ tarafından 65 yaş olarak bildirilmekle birlikte, kişinin bağımlı durumuna geçişinin çoğunlukla 75 yaş dolaylarında olduğu da vurgulanmıştır²¹.

Birçok yazar tarafından yaşlılık, farklı yönlerden ele alınıp tanımlanmıştır. Bu tanımları 7 başlık altında toplayabiliriz:

Normal yaşlılık: Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlem değişikliği olarak tanımlanmaktadır.

Patolojik yaşlılık: Sağlık sorunları ile etkileşen patolojik olayların tümü ifade edilir.

Sosyal yaşlılık: Kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen sosyal yaşlanma, zaman akışı içinde edinilen sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanır.

Psikolojik yaşlılık: Bireyin davranışsal yeteneğindeki değişimler olarak tanımlanmaktadır.

Ekonomik yaşlılık: Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi, kişinin çalışma yaşamını sonlandırdıktan sonraki yaşam sürecini belirtir.

Kronolojik yaşlılık: Geçen zamana göre, bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır.

Biyolojik yaşlılık: Yumurtanın döllenmesinden başlayan, tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimler olarak da tanımlanır³⁰⁻³².

DSÖ'nün 1983 yılında yapmış olduğu sınıflamaya göre;

- ✓ 45-59 yaşları "orta yaş"
- ✓ 60-74 yaşları "yaşlılık"
- ✓ 75-89 yaşları "ihtiyarlık"
- ✓ 90 ve üzeri yaşları "ileri ihtiyarlık" dönemi olarak kabul etmektedir^{33,34}.

WHO ve Bilim İnsanlarının kabul ettiği gerçek yaşı bulmamıza yardımcı olacak yaşlılığın bilimsel anlamda sınıflandırılması;

- ✓ 65-74 yaş arası erken yaşlılık evresi
- ✓ 75-84 yaş arası orta yaşlılık evresi
- ✓ 85 yaş ve üzeri ileri yaşlılık evresi şeklindedir^{35,36}.

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından 4 gruba ayrılmaktadır;

Genç Toplumlar: Bu toplumlarda nüfusun % 4'ünden azı 64 yaşın üzerindedir. Az gelişmiş ülkelerin çoğunda nüfus genç toplum özelliğindedir.

Erişkin Toplumlar: Altmış dört yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır. Çin dahil Batı Asya ve ılıman Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptadır.

Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı % 7-10 aralığında olan toplumlardır. Kanada, Avustralya, Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.

Çok Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı % 10'un üzerindedir. Bu toplumlarda fertilitite çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Norveç ve İsveç gibi gelişmiş Avrupa ülkeleri genellikle bu gruptadır^{33,37}.

Genel olarak yaşlanma süreci 5 aşamada incelenmektedir:

Moleküler yaşlanma: Kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra intermoleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastikiyetinde azalmaya yol açması ile olmaktadır.

Hücresel yaşlanma: Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir.

Doku ve organ yaşlanması: Birçok organda, yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır.

Bireysel yaşlanma: Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte, giderek ölümlle sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının bozulmasıdır.

Toplumsal yaşlanma: Bir toplumdaki 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir³⁸.

2.2. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıkla meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişiklikler bireyde fonksiyonel bozukluklara da neden olmaktadır³⁹. Yaşlılıkta görülen fizyolojik, anatomik ve psikososyal değişiklikleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri: Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar ve her bir kasılmada pompalanan kan miktarı da azalır. Yaşlanmayla beraber kardiyak fonksiyonda yani kalp debisinde, kalp atım hacminde, kalp atım sayısında ve maksimal oksijen tüketiminde düşüşlerin yanında, kalp kapakları da sertleşip endokard kalınlaşır. Kan damarları, yapısındaki elastik liflerin kaybından dolayı daha az esnek olurlar ve kan basıncı artar. Bu da sonuçta hipertansiyona sebep olur⁴⁰.

2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmayla akciğer dokularının elastikiyetini kaybetmesi, göğüs duvarının sertleşmesi ve solunum kaslarında kuvvet azalması oksijen taşınmasıyla ilişkili solunum fonksiyonlarında azalmalara neden olur. Göğüs kafesinin elastikiyetindeki azalma nedeniyle, toraks hareketleri zorlaşır, solunum sisteminde verim düşüklüğü ortaya çıkar ve toraks solunumunun yerini karın solunumu alır. Ayrıca rezidüel akciğer hacmi artarken vital kapasite de azalmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı olarak solunum sayısında artma, akciğer ekspansiyonunda azalmaya yol açar. Buna bağlı olarak yaşlılarda nefes alma ve öksürme gücü gelişebilmektedir⁴¹.

3. İskelet Sistemi Değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte kemiklerde kalsiyum ve diğer minerallerin kaybıyla beraber kemik kütlesinde azalma olur. Omurgada omurlar arasındaki diskler zamanla su kaybeder ve incelik, boy kısalmır. Omurlar osteoporoza bağılı olarak incelik, çöker ve çökme kırıkları oluşur. Buna bağılı olarak sırtta kamburluk gelişir. Kol ve bacaklardaki uzun kemikler yaşla beraber daha kırılğan hale gelir. Eklemler sertleşir ve esnekliklerini kaybeder. Kalça ve diz gibi yük taşıyan eklemlerde dejeneratif değişiklikler gelişir. Kaslarda belirgin zayıflama olur. Bu değişikliklerin etkileri ise; kemikler daha kırılğan hale gelir ve kolaylıkla kırılırlar. Boy kısalmır, hareketler yavaşlar ve kısıtlanırlar. Yürüyüş yavaşlar ve adımlar kısalmır. Yürüyüş şekli değişir ve kişi daha çabuk yorulmaya başlar. Eklemler deforme olur. Kişi giderek çevresindekilere daha bağımlı bir hale gelir ve üretken bir yaşamdan uzaklaşır⁴².

4. Kas Sistemi Değişiklikleri: Otuz ile yetmiş beş yaş arasında ortalama yağsız vücut kitlesi azalmır. Bunun en büyük nedeni iskelet kas kütlesinin kaybıdır. Bu duruma sarkopeni denir. Sarkopeninin oluşumunda yaşa bağılı fiziksel aktivitede azalma, santral ve periferik sinir sistemindeki değişiklikler ile iskelet kası protein sentez hızındaki azalma önemli yer tutar. Sağlıklı bir insanın vücut ağırlığının % 30'u adale, % 20'si yağ dokusu, % 10'u kemiktir. Yetmiş beş yaş üzerinde ise vücut ağırlığının % 15'i kas dokusu, % 40'ı yağ, % 8'i kemiktir. Yaşın ilerlemesiyle iskelet kas kitlesinde görülen azalmanın yanında kas kuvvetinde de bir azalma görülür. Kas kuvvetindeki azalma sadece kas küçülmesiyle açıklanmıyor ayrıca yaşlanmayla iskelet kası içindeki bağ dokusunda bir artış olması ve yine yaşlanmaya bağılı olarak kasları uyaran sinirlerde, kasların temas halinde olduğu nöromusküler kavşaktaki sinaptik bağlantılarda bozulmanın oluşu kas kuvvetindeki azalmanın sebebi olduğu açıklanıyor. Yaşlıların, yaşlarına uygun egzersiz ve yürüyüş yapmaları, kas aktivitelerini sağlayarak, kasların

küçülmesinin önlenmesi ve kas kasılma kuvvetlerinin korunması açısından yararlı davranışlardır⁴³.

5. Sinir Sistemi Değişiklikleri: Yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olur. Reseptörlerdeki duyarlılığın azalmasına bağlı olarak sıcak, soğuk, basınç, ağrı ve hissetme duygusu özellikle el ve ayaklarda azalmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda özellikle yanıkların görülme sıklığı artmaktadır^{7,43}.

6. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler: Beyin yapısında glukoz kullanımında kayıplar, yaşlanmayla duyuşal kavrayışta düşüşlere neden olur. Gözler daha gri görünür ve katarakt gelişebilir. Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir. Tat ve koklama duyularındaki az bir kayıp iştahı ve beslenmeyi etkiler. Sinir uçlarındaki duyarlılığın azalması ve beyindeki sentez sürecinin uzaması sonucu sıcak, soğuk, basınç ve ağrıyı algılamaları güçleşir. Yanık, donma ve ezilmeyi geç fark ederler. Yaşlanma sürecinde cilt elastikiyetini kaybeder, kurur, elastik kollejen doku artar ve cilt kırışır. Yağ dokusu bacak ve kollarda azalırken, karın ve bacaklarda artar⁴⁴.

⁴⁶.

7. Metabolik Değişiklikler: Yaşlanmayla birlikte, kan glukozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır. Bu da tip 2 diyabete neden olur. İnsülin etkisindeki ve glukoz toleransındaki azalmada, yaşlanma sürecinde etkili, ikincil olayların da etkisi olabilir. Diyabet vücudun bütün kısımlarını etkileyebilir ve vasküler hasar, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, katarakt, retinopati, doku ülseri gibi bir çok ciddi komplikasyonlara neden olabilir^{38,39}.

8. İmmün Sistem Değişiklikleri: İmmün sistem fonksiyonları yaşlanmayla genel olarak baskılanır. Bu değişiklikler enfeksiyon riskinde ve sonuç olarak da morbidite ve mortalite oranında artışa yol açar. Düzenli fiziksel aktivite, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltabilmektedir³³.

9. Üriner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte böbrek büyüklüğünde, glomerül sayısında ve böbrek kan akımında, glomerül filtrasyon hızı ve tübüller fonksiyonda azalma olur. Böbreklere gelen kan miktarının azalması sonucunda metabolik artıkların vücuttan atılımında gecikme başlar. Bu değişiklikler sonucunda üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık, sıvı elektrolit dengesinde bozulmalar ve ilaçların vücuttan atılımında gecikmeler ve entoksikasyon riski artmaktadır^{45,47}.

10. Psikososyal Değişiklikler: Yaşlılık döneminde görülebilen bazı sosyal ve fizyolojik değişiklikler beraberinde psikolojik sorunlar getirmektedir. Yaşlılarda bir ya da daha fazla kronik hastalık olması nedeniyle yaşam biçimi değişiklikleri, kronik hastalıkların neden olduğu psikolojik sorunlar hem yaşlı bireyi hem de yaşlıya bakım veren bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlanma ile birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında azalma görülebilir. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya hareketlerdeki yavaşlama da eşlik edebilir⁴⁸. Yaşlıda mutsuzluk, depresyon, öz güven kaybı, endişe, öfke, suçluluk duygusu, paranoid davranışlar ve egoizm görülebilir³⁸.

2.3. Yaşlılarda Depresyon

Depresyon üzüntülü bir duygu durum içinde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur⁴⁹.

Depresyonun, yaşlılarda görülen en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olduğu bilinmektedir. Yaşam beklentisindeki istikrarlı artış yaşlanan bir topluma yol açmıştır; bu nedenle ömrün ileri dönemindeki depresyon önemli bir halk sağlığı konusu haline gelmektedir⁵⁰. Yaşlılardaki sağlık sorunlarının yalnızca fiziksel değil, sosyal, emosyonel ve yaşam kalitesi yönleri ile de değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlıda depresyon yaşam kalitesi ve üretkenliği olumsuz etkilemekle birlikte var olan kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur⁵¹.

2.4. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi

Yapılan çalışmalarda evde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon sıklığı % 3.8-61.1 olarak bildirilmiştir⁵²⁻⁵⁶. Yaşlılardaki depresyon oranı yaşlının yaşadığı yere göre değişmektedir. Toplumda saptanan oranlar % 1-5 arasındadır. Tıbbi ve cerrahi nedenlerle hastaneye yatmış yaşlılar arasında bu oran % 12 civarındadır. Yaşlı bakım evlerinde kalan, bilişsel açıdan sağlam, kronik beden hastalığı olan yaşlılar arasında ise bu oran % 20-25'e kadar çıkmaktadır⁹.

2.5. Yaşlılarda Depresyon Etiyolojisi

Yaşlılarda depresyonun ortaya çıkışında birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; beden hastalıkları, kullanılan ilaçlar, nörobiyolojik etkenler, psikososyal etkenler ve

diğer psikiyatrik bozukluklardır. Yaşlı depresyonlarında genetik etkenlerin rolü daha az görülmektedir^{9,57,58}. Yaşlılarda depresyon etiyolojisini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

Beden hastalıkları: Yaşlanmayla birlikte kanser, kalp hastalıkları, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, serebrovasküler ve artrit gibi hastalıkların sıklığında artış olur⁹. Beden hastalığının varlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak depresif bozukluk nedenidir. Yeni bir hastalığın teşhisi sıklıkla depresif bir atağı başlatabilir. Kronik hastalıklarda ağrı, başkalarına bağımlı hale gelme, günlük yaşam kısıtlılıkları ve yaşam kalitesinde düşme gibi nedenler depresyona yol açar. Yaşlılarda uykusuzluk ve kronik ağrı da sıklıkla depresyonu tetikler⁵⁷.

Kullanılan ilaçlar: Yaşlılarda en yaygın sağlık sorunu kaynaklarından biri de çok sayıda ilaç kullanımınıdır. Çoklu ilaç kullanımı yan etkilerde, ilaç etkileşimlerinde ve tedavi uyumsuzluğunda artmaya neden olup huy değişikliği yapabilmektedir. Bunlar bir yandan da mizacı olumsuz etkilerler. Ancak genellikle birçok beden hastalığının bir arada bulunduğu yaşlılarda her zaman çoklu ilaç kullanımı engellenemez. Temel ilke olası en düşük dozların uygulanmasıdır^{9,57}.

Nörobiyolojik etkenler: Yaşlanan beyinde depresyona yatkınlığın arttığı bildirilmektedir. Bilişsel işlevlerde azalma depresyona yol açmakta ve iyileşme sürecini geciktirmektedir⁵⁷.

Damarsal bozuklukların yaşlılarda depresyon oluşumunda önemli katkıları vardır. İnme sonrası değerlendirmede hastaların yaklaşık % 30'unda depresyon görülmektedir. İskemi ve hipertansiyon da depresyon için risk faktörlerindedir^{9,58}.

Psikososyal etkenler: Yapılan değişik çalışmalarda kadın olma, ileri yaş, günlük yaşam uğraşlarında başkalarına bağımlı ve yalnız yaşıyor olma, dul ve/veya boşanmış olma, emeklilik, toplum desteği azlığı, aile ilişkilerinde bozukluk, düşük gelir ve eğitim düzeyi, bilişsel bozukluğu olma, kötü sağlık durumu, daha önce depresyon atağı geçirme, daha önce intihar girişimlerinin varlığı ile aile öyküsünün olması yaşlılık dönemi depresyonları için önemli risklerdir^{9,13,57}.

Depresyona yatkınlığı artıran bir diğer etken, sevilen kişilerin kaybı ve buna bağlı yaşanan yastır. Özellikle eşin yitirilmesi durumlarında depresif belirtiler sıklıkla gelişebilmektedir^{9,13}. Emeklilik yaşantısı da bireyde sarsıntılı bir yaşantıya dönüşmekte ve psikososyal kimliğini olumsuz etkilemektedir. Emeklilik sonucu ortaya çıkan üretkenlikte azalma, işe yaramazlık, değersizlik duyguları ve gelir azalması depresyon nedenleri arasındadır. Başka bir yaşlıya (rneğin eşine, kardeşine) bakıcılık yapmak da yaşlılarda depresyon riskini artırır⁵⁸.

Diğer psikiyatrik bozukluklar: Yaşlıda mevcut diğer psikiyatrik bozukluklar depresyona zemin hazırlayabilir. Bunlar; demans, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile uyku bozukluklarıdır⁹.

2.6. Yaşlılarda Depresyon Tanısı

Yaşlılık dönemi depresyonlarında ortaya çıkan önemli sorunlardan birisi de tanı sürecinde yaşanan sorunlardır. Genç ve yetişkinlik dönemi depresyonlarına göre yaşlılardaki depresyonda tanı koymak daha zordur. Çünkü yaşlılık döneminde, hem hastalar hem doktorlar ortaya çıkan depresif belirtileri yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olarak grebilirler⁹.

Yaşlılardaki depresyonun tanınması için dikkat edilmesi gereken bazı temel noktalar bulunmaktadır. Öncelikle, hastanın öyküsü hem kendisinden hem de onu bilen bir yakınından ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır. Özellikle hastanın son dönemdeki işlevselliği önemlidir. Öyküsünde hastanın önceki psikiyatrik hikayesi, ailenin ruhsal öyküsü, kişilik özellikleri, kronik bedensel hastalıkları, hastalık belirtilerinin gelişim süreci sorgulanmalıdır. Fizik muayenesi yapılmalı, depresyona neden olabilecek olası bedensel hastalıklar araştırılmalıdır. Tam kan sayımı, elektrolit değerleri, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları, elektrokardiyografi, bilgisayarlı beyin tomografisi, vitamin B12, folat düzeyleri gibi laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Hastanın bilişsel işlevleri Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) ile değerlendirilmelidir. Böylece hastanın demans açısından ayırıcı tanısı yapılmış olur. Yine bu test, depresyon tedavisi sırasında ve sonrasında, hastanın bilişsel işlevlerini değerlendirmede bize yardımcı olur^{9,13,57}.

2.7. Yaşlılarda Depresyon Kliniği

Yaşlılık depresyonları gençlerdeki depresyona benzemekle birlikte, bazı özellikleri ile farklılık gösterir. Yaşlılarda depresif duygu durumuna az rastlanırken, bilişsel belirtiler daha sık görülür. Aile öyküsü fazla değildir. Yaşlıların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri yetersizdir. Kilo kaybı, beden yakınmaları ve beden hastalık birlikteliği fazladır ve ölüm oranı yüksektir. Yaşlılarda görülen depresyon bazı bedensel hastalıklarının öncü belirtisi olabilir. Serabral atrofi ve derin beyaz madde değişiklikleri siktir. Demansa benzer durumlar görülür. Depresyonun tipik işareti olan depresif duygu durumu yaşlılarda daha az görülür. İştah kaybı, uyku şikayetleri, ilgi ve enerji kaybı gibi belirtiler ise daha siktir. Beden yakınmaları ve uğraşları artar⁹. Yaşlı hastaların depresyonunda duygu durumundaki değişikliklerden kaynaklanan yakınmalar

bedensel yakınmalarla yer değiştirmiştir^{9,13}. Somatik yakınmalar yaşlılarda gençlere göre daha sık olarak depresyon dışı nedenlere bağlı olabilir. Somatik yakınmaların bu yaş grubunda depresyon tanısı açısından daha az değer taşıdığı bilinmelidir⁹.

Anksiyete ve ajitasyonun eşlik ettiği depresif tablolar sıktır. Aşırı huzursuzluk, yerinde duramama, sürekli ellerini ovuşturma ve ajite depresyonu düşündürmelidir. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtileri depresyona eşlik edebilir⁵⁷. Depresyondaki yaşlı umutsuzluk duyguları, değersizlik fikirleri taşır. Geçmişteki gerçek ve hayal ürünü başarısızlıklardan, hatalardan ya da dşncesizliklerinden dolayı kendini suçlar. Kendilerine göre, şu anki durumları ve gelecekleri umutsuzdur⁹.

Yaşlılık depresyonu psikotik özellikler gösterebilir. Hastanede yatmakta olan yaşlı depresif hastalarda psikotik depresyon sıklığı % 30-45 arasında bildirilmektedir. Bu hastalarda daha çok hezeyanlar bulunur. Halüsinasyonlar ise daha az görülmektedir. Suçluluk, bedensel ve nihilistlik hezeyanlar, hipokondriyak yakınmalar olabilir. Bazen kötülük görme ve kıskançlık hezeyanları da tabloya eklenebilir. İşitme halüsinasyonları olabilir. Bu hastalarda intihar riski daha yksektir^{9,57}. Yaşlılıkta grlen depresyon ile intihar arasında önemli bir ilişki vardır ve intihar oranları yüksektir. Depresyon, yaşlılarda intihar için birincil etkendir. Yaşlı depresyonlarında gençlerdeki depresyonlara göre eşlik eden madde kullanım bozukluğu veya kişilik bozukluğu olmaksızın daha fazla intihara bağlı ölümler görülür. Yaşlı intiharlarının % 76'sında teşhis edilebilir bir psikopatoloji olduğu ve bunların % 54'nde majör depresyon, % 11'inde ise minör depresyon bulunduğu bildirilmektedir⁹.

2.8. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi

Yaşlılardaki depresyon tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi, toplum desteği sağlama, Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) uygulanır. Yaşlılara ilaç başlanırken yaşla birlikte meydana gelen ilaçların dağılım, metabolizma ve eliminasyonlarındaki değişiklikler göz önüne alınarak tedavi yapılmalıdır. Yaşlılarda gençlerle karşılaştırıldığında ilaç yan etki riskleri daha fazladır. Yan etkileri tolere edebilmeleri daha zordur. Yaşlılar diğer tıbbi hastalıkları için tedavi aldıklarından ilaç etkileşimi daha siktir⁹. İlaç tedavisi olarak Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü (SSRI), Trisiklik Antidepresanlar (TSAD) ve diğer antidepresanlar verilebilir. Yaşlıda vitamin B12 ve folik asit eksikliği tespit edilmesi durumunda tedavi edilmesi gerekir. Vitamin replasmanı yapılmayan hastalarda verilen antidepresif tedaviden tam sonuç alınamayacağı bildirilmektedir⁵⁸.

Yaşlılardaki depresyonun gelişmesinde biyolojik riskler önemli olmasına rağmen psikoterapötik tedavi uygulamaları da göz önünde tutulmalıdır. Psikoterapinin yaşlı depresyonlarında etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle, bilişsel davranışçı ve kişiler arası terapi etkilidir. Bilişsel davranışçı ve kişiler arası terapi yaşa bağlı gelişen bilişsel değişikliklere göre düzenlendiğinde daha iyi sonuçlar alınabilir. Hastaya sosyal destek sağlanması tedaviyi olumlu yönde etkiler. Aileler genellikle depresif hastaya çok önemli bir destektir. Aile üyeleri hastanın tedaviye uyması konusunda yardımcı olmalıdır⁹.

2.9. Depresyonda Hemşirenin Rolü

Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönem olduğundan, bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımdan farklı olması gerekmektedir. Hemşire, bütüncül bir anlayış içinde yaşlı bireylerin sorunlarını ele almalı, etkin baş etme ve destek kaynakları oluşturmalarına katkıda bulunmalıdır^{13,55}.

Yaşlı bireylerin sosyal destek faktörlerini artırmaya yönelik hemşirelik müdahaleleri;

Aile ilişkilerinin güçlendirilmesi; Aile bireyin yaşamındaki en önemli destek kaynağıdır. Hemşire birey ve aile üyelerinin birbirlerine karşı duygularını paylaşmaları ve olumlu yaklaşımları için ortam hazırlamalıdır. Yaşlı bireyler kendilerini değerli hissettikleri, yakınları için önemli olduklarını bildiklerinde kişilerarası ilişkilerinde daha olumlu olacaktırlar⁵⁹. Yaşlı bireyin destek kaynaklarını fark etmesi ve kullanması sağlanmalı, bunun için birey ve aileye eğitim verilmelidir. Eğitim, birey ve destekleyen kişilerin kendi kaynaklarını, yeteneklerini kullanmasına, duygusal sıkıntıların üstesinden gelmesine ve strese uyum sağlamasına katkı sağlar^{60,61}. Yaşlı bireyler sosyal etkinliklere katılmaları için teşvik edilmelidir. Bu ortamlarda sosyal ve duygusal uyaranların artması ile yaşlı bireyin kendine güveni ve sosyal destek algısı da artacaktır. Yaşlılar için kurs/eğitim programları (el sanatları ve benzeri), egzersiz ve eğlence programları (dans, tiyatro ve benzeri) gibi çeşitli etkinlikler gerçekleştirilebilir. Bireylerin yaşlılık sürecini daha sağlıklı ve nitelikli geçirmeleri için gerekli durumlarda

hizmet ya da danışmanlık veren, manevi ya da ekonomik yardım sağlayan kuruluşlar belirlenerek bireylerin bu hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır^{60,62}.

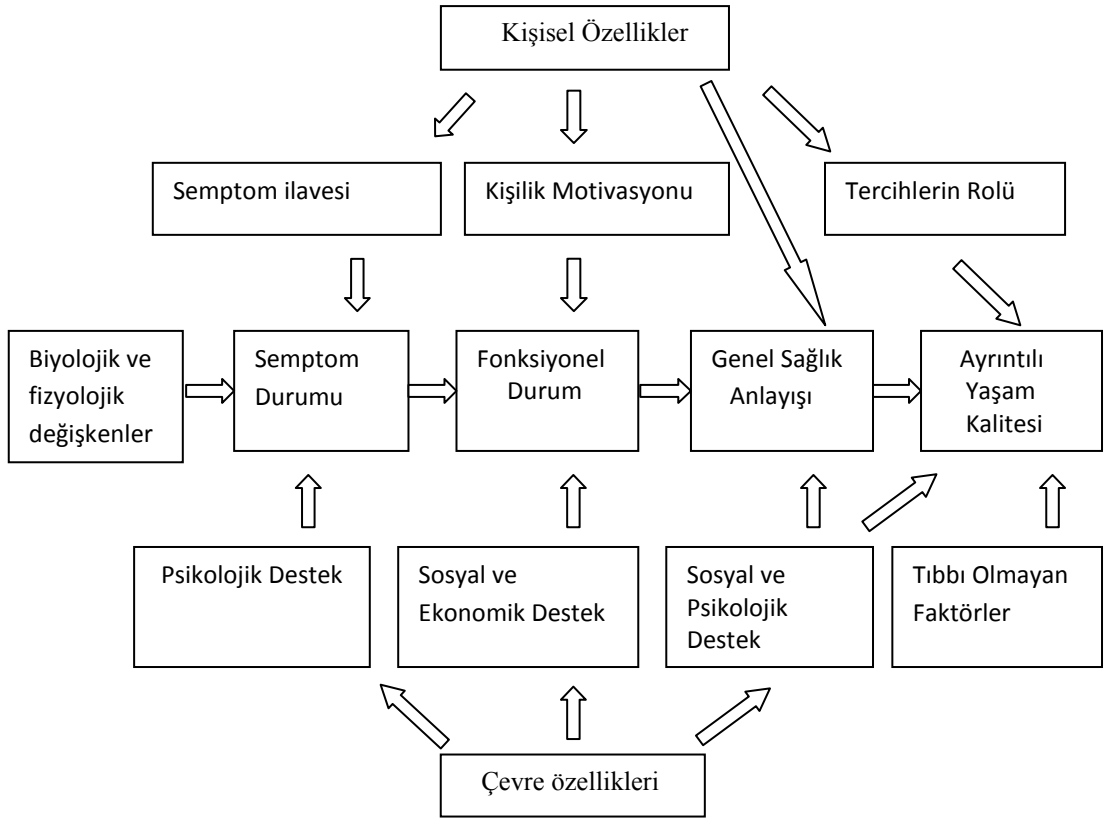
Yaşlı bireylerin sosyalleşmelerini artırmak için çevre düzenlemesi yapılmalıdır. Çünkü yaşanılan yerin fiziki yapısı ve özellikleri sosyalleşmeyi ve bireyin ruh sağlığını etkiler. Bu nedenle aydınlatma, zemin özelliği, yaşanılan yerde hareket kısıtlılığına neden olan faktörler (merdiven ve benzeri) saptanarak uygun hale getirilmesi sağlanmalıdır⁶¹. Yaşlı bireyler anıları ve geçmiş deneyimlerini anlatmaları yönünde teşvik edilmelidir. Çünkü geçmişte kazanılmış başarılar, yeterlilikler, yaşam deneyimlerini hatırlama yoluyla bireyin geçmişin pozitif ve mutlu olaylarına yoğunlaşması değerlilik duygusunu artırarak benlik bütünlüğünü güçlendirecektir. Benlik bütünlüğü, ümitsizlik ve depresyon ile baş etmede güçlü bir etkendir. Yaşlı bireyler hobi edinmeleri, yeni ilgi alanları geliştirmeleri için teşvik edilmelidir. Yeni ilgi alanları geliştirmek üretkenlik, işe yarama ve yararlılık duygusunu artırarak benlik imajını olumlu etkiler⁶³.

Yaşlı bireye destek kaynağı olan bireyler desteklenmelidir. Yaşlı bireylerin bakımını sağlayan bireyler zaman zaman tükenme, kısıtlanma, baş etmelerde zorlanma yaşayabilir. Bakım ve desteğin olumsuz etkilenmesini önlemek için destekleyen bireylere yardım alabilecekleri kaynak ve hizmetler konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Bu yaklaşım bakım veren bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir⁶¹.

2.10. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Kavramsal Modeli

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi 21. yüzyılda ekonomik ve askeri güç ile değil “Yaşam Kalitesi” ile ifade edilmektedir⁶⁴. DSÖ’ne göre yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır⁶⁵⁻⁶⁷. Başka bir tanımda yaşam kalitesi bireylerin yaşamındaki beklentileri ile gerçekte yaşadıkları arasındaki dengeyi gösteren bir durum olarak belirtilmektedir⁶⁸.

Yaşam kalitesinin kavramsal modeli: Wilson ve arkadaşları 1995 yılında geliştirdikleri sağlık ile ilişkili yaşam kalitesinin kavramsal modeli doğrultusunda, hasta sonuçlarının beş seviyede olduğunu saptamışlardır. Bu seviyeler incelendiğinde; fizyolojik faktörler, semptomların varlığı, fonksiyonel durum, genel sağlık algısı ve ayrıntılı yaşam kalitesinin olduğu saptanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Modeli

(Fadıloğlu Ç. İleri Geriatri Hemşireliği. Fadıloğlu Ç. (Editör). Meta Basım Matbaacılık. İzmir. 2006: Sayfa: 15).

2.11. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Toplumun yaşlanması ve yaşlı nüfusun giderek artması dikkate alındığında, yaşlılık hem kişisel hem de toplumsal anlamda yaşam kalitesini etkileyen başlıca bir olgudur¹⁴. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri kronik hastalıklardır. Ülkemizde 65 yaş üzerindeki kişilerin % 90'ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu, bunların % 35'inde 2, % 23'ünde 3 ve % 14'ünde 4 veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu görülmüştür. Yaşlı ölümleri genellikle bu hastalıklara ve komplikasyonlarına bağlı olarak gerçekleşmektedir^{21,69,70}.

Yaşlılarda hareket yeteneği ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Yaşlanma ile birlikte sakatlıklarda bir artış meydana gelmekte ve bu durum yaşlıların yaklaşık yarısını etkilemekte olup kadınlarda daha belirgin olduğu ortaya konulmuştur. Hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme sorunlarının, hatta düşme korkusunun dahi yaşam kalitesi üzerinde direkt ve olumsuz etkisinin bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca duyma kayıpları ve uyku problemleri de yaşam kalitesini etkilemektedir. Sakatlıklar bireyin yaşamını farklı alanlarda etkiler ancak en çok etkilenen alan öz bakım alanıdır^{64,71}.

Yaşlı bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, beslenme bozuklukları, duyu ve fiziksel yetilerde azalmaya bağlı ulaşım zorlukları, eşin ölümü ve aile bireylerinin evden ayrılmasına bağlı yalnızlık, öz bakım gücünde azalma ve izolasyon nedeniyle sosyal ağda daralma ve kişiler arası ilişkilerde bozulma da yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca yaşlı bireyin duygusal, fiziksel ve ekonomik istismarı da yaşlıyı etkileyen diğer bir sosyal faktördür. Kadın olmak, emekli, ileri yaşta ve boşanmış olmak, düşük gelir düzeyine ve zayıf sağlık durumu algısına sahip olmak yaşam kalitesini etkilemektedir^{64,71}.

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği de yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir⁷². Yaşlılarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen durumlardan biri de bilişsel problemlerdir. İleri yaşta ve kadınlarda daha fazla görülen depresyon, anksiyete, bilişsel bozukluklar gibi sorunların görülme sıklığı; günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve yalnızlık ile ilişkili olarak artmaktadır⁶⁴.

Sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Sosyal destek sistemleri arttıkça fiziksel ve mental hastalık riski ve mortalite azalmaktadır⁶⁴. Yaşlılıkta önemli olan işe yaramaz olduğunun hiçbir zaman düşünülmemesidir. Bu düşünceden kurtulmanın en iyi yolu, mutluluk veren işlerle uğraşmak ve üretken olmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olup çalışan ve üreten yaşlıların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Sorunun çözümünde yaşlıların aktif hale getirilmesi önem taşımaktadır^{64,72}.

Yaşlılık nedeni ile ortaya çıkan bir çok kronik hastalık ve sonucu olarak gelişen fonksiyonel problemler, rehabilitasyon girişimlerini gerektirmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik rehabilitasyon programları, interdisipliner bir yaklaşım ile yaşlı bireyin görebileceği en iyi noktaya ulaşmasına olanak sağlamaktadır. Hedef: yaşlılığa ilişkin pozitif ve gerçekçi bir imaj oluşturmaktır. Yaşlı bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde birçok faktörün etkisi olmaktadır³².

Yaşlı Bireyin Yaşam Kalitesi Göstergeleri:

- ✓ Ekonomik ve sosyal güvencenin olması
- ✓ Güven içinde yaşaması
- ✓ Belirli konfora sahip olması
- ✓ Anlamlı bir yaşamın olması
- ✓ Aktif bir yaşantısının olması
- ✓ Olumlu ilişkiler içinde olması
- ✓ Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması
- ✓ İtibar görmesi

- ✓ Otonomisinin olması
- ✓ Mahremiyetine saygı gösterilmesi
- ✓ Bireyselliğine saygı gösterilmesi
- ✓ Huzur içinde olması, dini değer ve inançlarına değer verilmesi
- ✓ Evde bakım ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi
- ✓ Bireysel bakım eğitimi alması
- ✓ Bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi
- ✓ Öğrenme ve üretme hakkının karşılanması
- ✓ Fonksiyonel yeterliliğinin artırılması gibi konuların dikkate alınması ve uygulanması gerekir³².

2.12. Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Arttırılması

Avrupa Sağlık 21. Yüzyıl Hedeflerinin beşincisi olan “Sağlıklı Yaşlanma” da; 2020 yılında 65 yaş ve üzeri kişiler potansiyel sağlıklarının zirvesinde ve sosyal olarak aktif olacaklar denilmektedir⁷³. DSÖ'nün Avrupa Bölgesi, bölgedeki yaşam beklentisinin 75 yıl olmasını ve 65 yaş üzeri kişilerin sağlıklarının sürekli geliştirilmesini hedeflemiştir⁷⁴. Yaşam beklentisi, toplumların sağlık durumlarının belirlenmesinde bir ölçüt olarak kullanılmaktadır ancak yaşlı nüfus için değerlendirilmesi gereken asıl ölçüt hastalık ya da sakatlığın olmadığı, sağlıklı ve aktif yaşam beklentisi olmalıdır. Yaşam beklentisi yerine sağlık beklentisi olarak kullanılacak bu gösterge; hastalıktan arınmış yaşam beklentisi, demanssız yaşam beklentisi, maluliyetten arınmış yaşam beklentisi, aktivite kısıtlaması olmayan yaşam beklentisi ölçütlerini tanımlamaktadır²¹. Yaşlıların temel hakkı olan periyodik aralıklarla sağlık muayenesinden geçirilmesi ile bazı sağlık sorunlarına gecikmeden tanı

koyularak tedavi altına alınmalarına olanak sağlanabilir. Yaşlı bireylerin alması gereken hizmetlerin büyük bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Sağlık kuruluşlarına ulaşamayan yaşlılara hizmet evine gidilerek verilmektedir.

Konuya halk sağlığı bakış açısıyla yaklaşıldığında, yaşlıların gereksinimleri değerlendirilerek öncelikler belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik, maliyet etkili müdahaleler yapılmalı, izlenmeli ve etkileri değerlendirilmelidir. Yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül koruma prensipleri temel alınarak verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir²¹.

Yaşlılara sağlanacak hizmetler şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi

- ✓ Temel sağlık hizmetleri
- ✓ Bağışıklama
- ✓ Taramalar
- ✓ Ağız ve diş sağlığı hizmetleri

2. Kamu hizmetleri

- ✓ Semt bakım evleri
- ✓ Ev ziyaretleri
- ✓ Evde bakım

3. Sosyal hizmetler

- ✓ Huzurevleri-Kalıcı bakımevleri
- ✓ Gündüz bakım evleri
- ✓ Seyyar ahevleri
- ✓ Geçici bakımlar
- ✓ Komşu desteği
- ✓ Başkasının bakımı altına girme
- ✓ Tatil aktiviteleri
- ✓ Mesleki tedavi

4. Sağlık Hizmetleri

- ✓ Acil tıbbi bakım
- ✓ Acil psikiyatrik bakım
- ✓ Erken taburculuk programları
- ✓ Özel birimler: inme, ortogeriatrı.....
- ✓ Rehabilitasyon
- ✓ Evde bakım hizmeti
- ✓ Gündüz poliklinikleri

Sağlığın Geliştirilmesi; günümüzde yaşlıları, daha önce hep gençleri ele alan sağlığı geliştirme programlarına dahil etme yönünde bir çaba vardır. Bağışıklama özellikle influenzaya karşı olmak üzere, bu alanda etkinliği gösterilmiş bir uygulamadır. İngiltere’de 75 yaşın üzerindeki herkes influenzaya karşı aşılanmakta ve yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanının da aşılanmasının etkili olduğu bildirilmektedir.

Günümüzde sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak genellikle hastalığa özel programlar (kanser, kalp hastalıkları) düzenlenmektedir ve bu tip programlar genellikle çoklu risk faktörlerine (beslenme, sigarayı bırakma, egzersiz) yönelmektedirler. Bunların yanında, yalnız yaşamının yükünü hafifleterek aktif bir hayat sağlamayı amaçlayan kaliteli yaşlanma programları düzenlenmektedir. Bazı çevresel düzenlemelerin de yaşlıların yaşamlarını kolaylaştıracağı düşünölmekle birlikte bu gibi uygulamaların etkililikleri henüz deđerlendirilmemiştir⁷⁵.

Taramalar; sağlığın geliştirilmesinde, ikincil koruma kapsamında önem taşımaktadır. Yaşlılar sağlık kuruluşlarına sık başvuran kişiler olduklarından, bu başvurular taramalar için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. İngiltere'de 1990'dan beri yaşlılara yönelik olarak birinci basamakta; kas iskelet sistemi, mental durum, görme ve işitme ve fiziksel fonksiyonellik alanlarında çeşitli taramalar uygulanmaktadır. Yaşlılar birinci basamak sağlık hizmetlerini sık kullanmaktadırlar ancak, birinci basamak sağlık çalışanlarının geriatrik bilgileri, mezuniyet öncesi eğitiminde geriatriğin yerinin az olmasından dolayı yeterli deđerdir⁷⁵.

Kamu ve Sosyal Hizmetler; bu hizmetlerin varlığı, yaşlıların evlerinde bakımlarının sağlanması ve gereksiz hastane kullanımlarının engellenmesi için önemlidir. Gelişmiş ölkelerde bu tür hizmetler yaygın olmakla beraber: gelişmekte olan ölkelerde çoğunlukla yüksek gelir seviyesine sahip kişiler bu tür hizmetlerden faydalanabilmektedir. Ayrıca, gelişmiş ölkelerde bu hizmetlere büyük kaynaklar harcanmakla birlikte, etkililikleri henüz deđerlendirilmemiştir⁷⁵.

2.13. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü

Yaşlı bireyler için oluşturulan sosyal ve sağlık politikalarının temel amacı, yaşlıların mümkün olduğu kadar aktif faaliyetlerini sürdürmelerine imkan sağlamaktır. Artan yaşam süresi, artan yaşam kalitesini de beraberinde getirebilmesini hedeflemektir. Yaşam kalitesi, yaşlı bireylerin, fiziksel, toplumsal ve ruhsal esenliklerini, hastalık ve özürlülük düzeylerinden ne ölçüde uzak kalarak koruyup, sürdürebildikleriyle ölçülebilir^{34,76}. Bunun için yaşlıların yaşam standartlarının yükseltilmesi, yaşlıların çalışmalarının ve kaliteli yaşamalarının sağlanması, sağlık, ekonomik ve sosyal imkanlarının artırılması, yaşlılara karşı her türlü şiddet ve ayırımın ortadan kaldırılması yaşlı refahında büyük önem taşımaktadır^{77,78}. Toplumların yaşlıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla yapacakları her tür yatırım, yaşlıların refahının sağlanmasıyla beraber, genç nüfusa, geleceğe yönelik güven duygusunun kazandırılmasında büyük önem taşıyacaktır²⁶.

Yaşlıları yaşam kalitesinin iyileştirilmesi çalışmalarında halk sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanları, beslenme uzmanları, sosyologlar, psikologlar, halk sağlığı uzmanları, ev ekonomistleri, her tür ürün ve hizmet tasarımcıları gibi farklı çalışma alanlarından uzmanların koordineli çalışmaları ile olumlu sonuçlar alınabilmesi mümkündür⁷⁶. Geriatri hemşireliğinde istenen düzeye ulaşılması ve geriatri hemşiresi ünvanını almış hemşire sayısının yeterli olması ile toplumda sağlıklı yaşlıların artacağı düşünülmektedir. Değişik sorunları olan yaşlıların ise tüm korunma önlemleri, bakım ve tedavi ile aktif bir yaşam sürmelerine olanak sağlanacak ve yaşam kaliteleri arttırılacaktır. Ayrıca disiplinler arası yaklaşım ile yaşlılar için uygun yaşam ortamlarının sağlanması, planlanması, fiziksel aktivite olanakları, sağlıklı konut ve

yaşlıların kullanmasına uygun yaşamı kolaylaştırıcı araç ve gerecin yaygınlaştırılmasına gereksinim bulunmaktadır³². Halk sağlığı hemşiresinin yaşlı bireylere yönelik hizmet planlayıp, uygulamaya koyması sonucu, bireylerin yaşam kalitesinin artması sağlanacaktır.

Halk sağlığı hemşiresinin yaşlı bireyleri düzenli izlemeleri sonucu;

- ✓ Yaşlı bireyin düzenli olarak hemşire ile görüşmesi ve izlenmesiyle birincil koruma kapsamında koruyucu önlemler alınması ve yaşlı sağlığının geliştirilmesi,
- ✓ İkincil koruma kapsamında olası semptomların erken teşhisi ve hastalıkların ilerlemesinin önlenmesi,
- ✓ Kronik hastalığı olanların (ilaç-diyet-egzersiz yönünden) takip edilmesi ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi,
- ✓ Yaşlının sürekli ve düzenli ziyaret edilerek manevi destek alması ile fiziksel ve ruhsal sağlıklarının geliştirilmesi sağlanmış olacaktır.^{26,77-79}.

Yaşlı bireylerin toplum içerisinde yaşamalarını desteklemek, bağımsızlıklarının en üst düzeyde tutulması ve kaliteli bir yaşam düzeylerine ulaşmaları için götürülen hizmet anlayışı, toplum temelli hizmet anlayışı olmalıdır. Burada götürülen hizmetler bütünsel yaklaşımı temel almakta sektörler arası (sağlık ve sosyal hizmetler) ve disiplinler arası işbirliğini gerektirmektedir⁸⁰. Yaşlı bireyin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik konular için resmi ve özel kurumlara üniversitelere, yerel yönetimlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu konuda yaşlılara yönelik politikaların yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Kısa vadede çözümler yerine yeni stratejiler saptanmalı ve uygulamaya geçirilmelidir. Ayrıca sağlık, eğitim ve

istihdam politikaları da bu stratejilere uyum sağlamalıdır. Mevcut sağlık sistemimiz içerisinde tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler arasındaki entegrasyonun kuvvetlendirilmesi gerekmektedir. Bu durum ülkemizde hem Halk Sağlığı Hemşireliğinin aktive edilmesini sağlayacak hem de Aile Hemşireliği'nin kurumsallaşmasını sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir sebeple başvuran yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Eylül 2010-Kasım 2010 tarihleri arasında planlanan araştırmanın verileri, Ekim 2010-Mart 2011 tarihleri arasında Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerinde toplanmış olup, Ekim 2010-Şubat 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; belirtilen ASM'lerine Ekim 2010-Mart 2011 tarihleri arasında başvuran ve aşağıda belirtilen örneklem seçim kriterlerini karşılayan 450 birey oluşturmuştur.

Çalışma grubuna alınacak bireylerde aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır:

- ✓ 65 yaş ve üstü olan,

- ✓ İşitme engeli, iletişim problemi olmayan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler.

Erzincan il merkezinde 5 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'leri hasta yoğunluğu açısından diğer Aile Sağlığı Merkez'lerine göre daha yoğun olması ve farklı sosyo-ekonomik yapıyı içermesi nedeniyle çalışma bu Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışma kapsamındaki yaşlı bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişiler, yaşam koşulu, çevreden alınan sosyal destek, sağlığı algılama, kronik hastalık durumu ve sigara içme durumu araştırmada **bağımsız** değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Yaşlı bireylerin depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ise çalışmanın **bağımlı** değişkenlerini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında 65 yaş ve üzeri bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkları hakkında genel bilgileri içeren tanımlayıcı soru formu (EK I), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK II), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-Old) (EK III), Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS-QOL.8)-(WHOQOL-8.Tr) (EK IV) olmak üzere toplam 4 form kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Soru Formu (EK I): Benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan bu form bireylerin yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim durumunu, çocuk sayısını, gelir durumunu, yaşanılan yeri, kiminle yaşadığını, yaşam koşullarını, çevreden alınan sosyal destek varlığını, genel sağlık düzeyi algısını, kronik hastalık durumunu, sosyal güvencesini, sigara içme durumlarını içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK II): Yesavage ve arkadaşları (1983) tarafından oluşturulup, Ertan ve arkadaşları (1997) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan yaşlı nüfusa yönelik bir depresyon ölçeğidir. Kişinin yaşamının son bir haftasında kendisini nasıl hissettiğine ilişkin öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan ve evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenen bir ölçektir. Ölçekte 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 ve 28'inci sorular ters anlatım içermektedir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır: 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30'uncu sorulara verilen her "hayır" yanıtı için 1, "evet" yanıtı için 0 puan, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28'inci sorulara verilen her "evet" yanıtı için 1 "hayır" yanıtı için 0 puan verilmiştir^{81,82}. Ölçeğin puanlanması; 0-10 puan "depresyon yok", 11-13 puan "olası depresyon", 14 ve üzeri puan "kesin depresyon" şeklinde yapılmıştır. Ertan ve arkadaşlarının yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olup⁸², bu çalışmada 0.94 olarak saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) (EK III): Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılan WHOQOL-Old modülü beşli Likert ölçeği ile saptandığı 24 soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık başlığıyla yer almaktadır. “**Duyusal işlevler**” boyutu ile duyuşal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirilir. “**Özerklik**” boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini ifade eder. “**Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri**” boyutu yaşamdaki başarılarından elde edilen doyumunu ve geleceğe bakışı gösterir. “**Sosyal katılım**” boyutu özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır. “**Ölüm ve ölmek**” boyutu ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır. “**Yakınlık**” boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir. Her bir soru için olası en düşük puan 1.0, en yüksek puan 5.0’dır. Her alandan minimum 4 puan maksimum 20 puan alınabilir. Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek puan 5’tir. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla toplam puan da hesaplanabilir. Ölçekte alınabilecek en yüksek toplam puan 120, en düşük toplam puan ise 24’tür. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir⁸³.

Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada WHOQOL-OLD boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları sırası ile; Duyusal işlevler 0.88, Özerklik 0.68, Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri 0.73, Sosyal katılım 0.76, Ölüm ve ölmek 0.75, Yakınlık 0.82 olup⁸³, bu çalışmada Duyusal işlevler 0.94, Özerklik 0.66, Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri 0.88, Sosyal katılım 0.85, Ölüm ve ölmek 0.98, Yakınlık 0.97 olarak bulunmuştur.

Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği):

EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL-8.Tr) (EK IV): Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL-Bref) üretilmiş olan en kısa genel amaçlı indeks Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) ölçeğidir. WHOQOL'den belirli bir metodolojiye dayanarak seçilmiş olan 8 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan iki tanesi WHOQOL'ün genel sağlık ve genel yaşam kalitesi soruları, geri kalan 6 soru da bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlardan alınan sorulardır. Yanıt seçenekleri 5'li Likert tipindedir. Yanıt seçeneklerinin uç sözcükleri "hiç" ve "tamamen"dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100'e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Bu nedenle Türkçe sürümde bu iki sorunun hiçbirinin yanıtsız olmaması istenmektedir. Bu iki sorudan birisi cevapsız bırakılırsa skorun hesaplanması önerilmez. Ancak geri kalan 6 sorudan en çok birisinin cevapsız bırakılmasına izin verilebilir. Diğer soruların ortalaması cevapsız soru yerine konularak hesaplama yapılır. Bu 6 soru: enerji (s3), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak (s4), kendinden hoşnut olmak (s5), diğer kişilerle olan ilişkiden hoşnut olmak (s6), para (s7) ve yaşanan evin koşulları (s8) ile ilgili sorulardır⁸⁴. Eser ve arkadaşlarının EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri isimli çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.85 olup⁸⁴, bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan, tanımlayıcı form, GDÖ, WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütüldüğü aile sağlığı merkezleri dışında başka bir aile sağlığı merkezine başvuran 15 yaşlı bireye uygulanmış, veri toplama aracı ve yöntemi sınanarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerinde yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakikada tamamlanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde sayı, yüzdeler, ortalama hesapları, bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Yaşam Kaliteleri ve Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız gruplarda t testi ve ölçekler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 17.0 kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmanın yapılabilmesi için Erzincan İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin ve Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan etik onay alınmıştır.

(EK V, EK VI-A,B). Araştırma kapsamındaki bireylerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bireylere, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesine uyulmuştur. Bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiřtir⁸⁵⁻⁸⁷.

4. BULGULAR

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=450)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
65-69 yaş	180	40.0
70-74 yaş	120	26.7
75-79 yaş	73	16.2
80 yaş ve üstü	77	17.1
Cinsiyet		
Kadın	219	48.7
Erkek	231	51.3
Medeni Durum		
Bekar	6	1.3
Evli	30	66.9
Dul	143	31.8
Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil	200	44.4
Okur yazar - İlkokul mezunu	214	47.6
Ortaokul - Lise mezunu	30	6.7
Üniversite / yüksekokul mezunu	6	1.3
Çocuk Sayısı		
Yok	12	2.7
1	9	2.0
2	22	4.9
3 ve üzeri	407	90.4
Gelir Durumu*		
Geliri giderinden az	280	62.2
Geliri giderine eşit	170	37.8
Yaşanılan Yer		
İl	353	78.4
İlçe/ Belde/ Kasaba	34	7.6
Köy	63	14.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	87	19.3
Çocuklarının yanında	68	15.1
Eşi ile birlikte	216	48.0
Eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte	79	17.6
Yaşam Koşulu		
Aile desteği ile	80	17.8
Desteksiz	370	82.2
Çevreden Alınan Sosyal Destek		
Var	237	52.7
Yok	213	47.3
Sağlığı Algılama		
İyi	17	3.8
Orta	166	36.9
Kötü	267	59.3
Kronik Hastalık Durumu		
Var	389	86.4
Yok	61	13.6
Sigara İçme Durumu		
İçiyorum	15	3.3
İçiyordum bıraktım	180	40.0
Hiç içmedim	255	56.7

Bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde % 40'ının 65-69 yaş grubu, % 51.3'ünün erkek, % 66.9'unun evli, % 47.6'sının okur yazar-ilkokul mezunu, % 90.4'ünün üç ve üzeri çocuğu, % 62.2'sinin gelirinin giderinden az olduğu, % 78.4'ünün il merkezinde, % 48'inin eşi ile birlikte, % 82.2'sinin aile desteği almadan, % 52.7'sinin çevreden sosyal destek alarak yaşadığı, % 59.3'ünün sağlığını kötü algıladığı, % 86.4'ünün kronik hastalığa sahip olduğu, % 56.7'sinin hiç sigara içmediği (Tablo 1) ve araştırma kapsamına alınan tüm bireylerin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Depresyon Yaygınlıklarının Dağılımı (n=450)

Depresyon Görülme Durumu	Sayı	Yüzde (%)	X±SS
Yok	124	27.6	6.25±2.52
Olası	46	10.2	12.06±0.87
Var	280	62.2	23.06±4.40
Toplam	450	100.0	17.31±8.43

Yaşlı bireylerin depresyon yaygınlıkları incelendiğinde % 62.2'sinde (23.06±4.40) yüksek düzeyde, % 27.6'sında depresyon olmadığı ve % 10.2'sinde ise olası depresyon ve toplamında depresyon puan ortalamasının orta düzeyde (17.31±8.43) olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Geriatrik Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=450)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)	X±SS	Anlamlılık
Yaş				
65-69 yaş	180	40.0	14.67±8.57	F=10.994
70-74 yaş	120	26.7	18.37±8.49	p<0.001
75-79 yaş	73	16.2	19.82±7.51	
80 yaş ve üstü	77	17.1	19.44±7.6	
Cinsiyet				
Kadın	219	48.7	20.64±7.55	t= -8.835
Erkek	231	51.3	14.15±8.00	p<0.001
Medeni Durum				
Bekar	6	1.3	22.83±1.84	KW=59.102
Evli	30	66.9	19.11±8.39	p<0.001
Dul	143	31.8	21.69±6.70	
Eğitim Düzeyi				
Okur yazar değil	200	44.4	22.24±6.85	KW=133.882
Okur yazar - İlkokul mezunu	214	47.6	13.96±7.43	p<0.001
Ortaokul - Lise mezunu	30	6.7	10.63±6.71	
Üniversite / yüksekokul mezunu	6	1.3	5.83±4.44	
Çocuk Sayısı				
Yok	12	2.7	22.16±3.58	KW=4.416
1	9	2.0	13.22±9.53	p>0.05
2	22	4.9	16.81±8.71	
3 ve üzeri	407	90.4	17.28±8.45	
Gelir Durumu*				
Geliri giderinden az	280	62.2	21.27±6.79	t=16.013
Geliri giderine eşit	170	37.8	10.78±6.62	p<0.001
Yaşanılan Yer				
İl	353	78.4	16.11±8.35	F=17.843
İlçe/ Belde/ Kasaba	34	7.6	21.76±6.53	p<0.001
Köy	63	14.0	21.63±7.59	
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	87	19.3	22.79±6.47	F=25.411
Çocuklarının yanında	68	15.1	19.92±6.82	p<0.001
Eşi ile birlikte	216	48.0	15.49±8.41	
Eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte	79	17.6	14.00±8.24	
Yaşam Koşulu				
Aile desteği ile	80	17.8	16.81±8.61	t= -.583
Desteksiz	370	82.2	17.41±8.40	p>0.05
Çevreden Alman Sosyal Destek				
Var	237	52.7	13.44±7.61	t= -11.718
Yok	213	47.3	21.61±7.12	p<0.001
Sağlığı Algılama				
İyi	17	3.8	7.94±6.00	KW=204.772
Orta	166	36.9	10.60±6.03	p<0.001
Kötü	267	59.3	22.07±6.23	
Kronik Hastalık Durumu				
Var	389	86.4	18.42±8.10	t=7.492
Yok	61	13.6	10.21±6.93	p<0.001
Sigara İçme Durumu				
İçiyorum	15	3.3	10.80±5.87	KW=32.792
İçiyordum bıraktım	180	40.0	15.28±8.19	p<0.001
Hiç içmedim	255	56.7	19.12±8.23	

*Geliri giderinden fazla olan yaşlı birey olmadığı için gelir durumu iki grup olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

İleri yaşta olma, kadın olma, bekar ve dul olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama, sağlığı kötü algılama, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak olumsuz yönde etkilerken ($p<0.001$), sigara içmenin depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak olumlu yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.001$). Çocuk sayısı ve yaşam koşulunun ise depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak önemli düzeyde etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin WHOQOL-OLD Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=450)

Alanlar	Minimum Puan	Maximum Puan	X±SS
Duyusal işlevler	6	20	11.08±2.47
Özerklik	5	20	12.97±4.09
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	6	19	10.89±2.77
Sosyal katılım	5	19	11.00±2.90
Ölüm ve ölmek	4	17	10.06±3.53
Yakınlık	4	19	13.10±3.15
Toplam puan	18.75	83.33	47.00±15.46

Tablo 4’de yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları dağılımı gösterilmiştir. Yakınlık alanının 13.10±3.15 ile en yüksek, ölüm ve ölmek alanının 10.06±3.53 ile en düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer alan puan ortalamaları ise, duysal işlevler 11.08±2.47; özerklik 12.97±4.09; geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri 10.89±2.77; sosyal katılım 11.00±2.90 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. (A) Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=450)

Tanıtıcı özellikler	Duyusal işlevler X±SS	Özerklik X±SS	Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri X ±SS	Sosyal katılım X±SS	Ölüm ve ölmek X±SS	Yakınlık X±SS	Toplam Puan X±SS	EUROHIS-QOL.8 X±SS
Yaş								
65-69 yaş	11.86±2.64	13.07±4.06	11.81±2.92	12.12±2.96	11.51±3.58	14.07±2.84	52.58±16.08	49.28±17.75
70-74 yaş	10.72±2.28	13.12±4.17	10.63±2.73	10.59±2.89	9.51±3.48	12.63±3.27	45.02±15.25	39.06±17.57
75-79 yaş	10.34±2.28	12.53±4.18	9.98±2.20	10.02±2.46	8.82±2.79	12.04±3.14	41.40±12.68	36.25±16.53
80 yaş ve üstü	10.53±1.99	12.93±3.99	10.00±2.32	9.94±2.28	8.70±2.87	12.57±3.08	42.38±12.44	35.67±16.14
F	11.008	.374	13.218	17.553	20.264	10.771	15.264	18.017
p	0.000*	.771***	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Cinsiyet								
Kadın	11.98±2.34	12.07±3.95	10.12±2.54	10.22±2.86	9.05±3.35	12.44±3.25	41.73±14.27	36.84±17.13
Erkek	10.13±2.46	13.83±4.04	11.62±2.80	11.73±2.75	11.01±3.43	13.73±2.92	52.00±14.89	47.11±17.80
T	8.545	4.645	5.938	5.685	6.113	4.422	7.457	6.232
p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Medeni Durum								
Bekar	11.16±2.56	11.50±3.56	9.66±1.50	9.83±1.72	8.33±1.36	12.00±0.63	40.10±8.68	29.16±9.81
Evli	11.54±2.55	13.21±4.09	11.46±2.85	11.63±2.87	10.86±3.50	13.72±2.91	50.47±15.57	46.38±17.66
Dul	10.11±1.98	12.54±4.08	9.74±2.24	9.71±2.55	8.44±3.04	11.83±3.32	39.99±12.80	33.67±16.34
KW	34.139	5.740	36.456	34.139	48.318	34.134	45.440	49.839
p	0.000*	.057***	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Eğitim Düzeyi								
Okur yazar değil	9.90±1.92	12.15±4.00	9.58±2.31	9.42±2.56	8.14±2.90	11.43±3.09	38.15±12.79	32.39±15.83
Okur yazar-İlkokul mezunu	11.81±2.29	13.47±3.96	11.78±2.60	12.11±2.54	11.41±3.23	14.32±2.60	53.05±13.54	48.59±15.94
Ortaokul-Lise mezunu	13.23±2.26	14.66±4.55	12.76±2.82	12.90±2.32	12.26±2.87	14.96±1.71	59.16±13.06	55.72±15.63
Üniversite / yüksekokul mezunu	13.83±2.40	14.16±4.75	13.66±3.14	14.50±1.22	15.16±1.60	16.00±0.00	65.97±11.17	67.18±8.55
KW	104.102	27.267	88.486	115.661	123.363	105.814	128.965	113.710
p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

*p<0.001, **p<0.05, ***p>0.05

Tablo 5. (B) Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=450)

Tanıtıcı özellikler	Duyusal işlevler X±SS	Özerklik X±SS	Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri X±SS	Sosyal katılım X±SS	Ölüm ve ölmek X±SS	Yakınlık X±SS	Toplam Puan X±SS	EUROHIS-QOL.8 X±SS
Çocuk Sayısı								
Yok	10.91±1.92	11.41±3.52	10.16±1.89	10.66±2.77	8.91±2.42	12.25±2.73	42.01±9.42	34.11±11.18
1	10.88±1.96	12.11±3.85	11.22±2.77	11.44±2.55	10.33±3.35	13.44±3.28	47.33±15.05	41.31±18.00
2	11.22±2.74	12.54±3.66	10.68±2.81	11.27±2.45	10.59±3.44	13.40±3.04	47.63±15.09	46.87±14.49
3 ve üzeri	11.08±2.48	13.06±4.13	10.91±2.80	10.98±2.94	10.06±3.56	13.10±3.17	47.11±15.65	42.11±18.50
KW	.141	3.754	.837	.891	1.504	1.652	1.142	3.987
p	.986***	.289***	.841***	.828***	.681***	.648***	.767***	.263***
Gelir Durumu								
Geliri giderinden az	10.17±1.95	12.67±4.15	9.81±2.27	9.66±2.43	8.51±2.85	11.78±3.11	40.22±12.92	32.25±13.91
Geliri giderine eşit	12.59±2.50	13.47±3.95	12.67±2.60	13.21±2.18	12.62±3.01	15.28±1.64	58.18±12.54	58.36±11.57
T	-11.441	-1.997	-12.239	-15.576	-14.509	-13.537	-14.451	20.530
p	0.000*	0.046**	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Yaşanılan Yer								
İl	11.32±2.53	13.12±4.17	11.29±2.77	11.42±2.87	10.53±3.48	13.62±2.97	49.30±15.30	44.98±17.58
İlçe/ Belde/ Kasaba	10.00±1.87	11.91±3.44	9.38±2.01	9.85±2.42	8.38±3.15	12.00±3.08	39.09±13.11	35.66±16.39
Köy	10.31±2.06	12.71±3.92	9.44±2.39	9.26±2.52	8.34±3.19	10.76±3.00	38.39±13.05	29.56±16.47
F	8.280	1.523	18.689	18.911	15.314	27.196	19.649	23.660
p	0.000*	.219***	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Birlikte Yaşadığı Kişiler								
Yalnız	10.19±2.00	12.60±4.16	9.58±2.37	9.36±2.58	8.02±3.03	10.94±3.23	38.25±13.16	29.56±16.35
Çocuklarının yanında	10.25±2.06	12.48±3.92	10.14±2.20	10.41±2.66	9.20±3.08	13.14±3.02	43.38±12.96	39.56±15.19
Eşi ile birlikte	11.52±2.49	13.10±4.10	11.30±2.81	11.49±2.86	10.69±3.53	13.47±2.98	49.59±15.55	46.02±17.58
Eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte	11.58±2.78	13.45±4.12	11.84±2.90	11.96±2.78	11.31±3.31	14.43±2.43	52.70±15.02	47.46±17.57
F	10.315	.993	13.839	16.602	18.638	22.007	17.954	22.709
p	0.000*	.396***	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

*p<0.001, **p<0.05, ***p>0.05

Tablo 5. (C) Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=450)

Tanıtıcı özellikler	Duyusal işlevler X±SS	Özerklik X±SS	Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri X±SS	Sosyal katılım X±SS	Ölüm ve ölmek X±SS	Yakınlık X±SS	Toplam Puan X±SS	EUROHIS-QOL.8 X±SS
Yaşam Koşulu								
Aile desteği ile	11.16±2.83	12.97±3.90	11.07±2.91	11.22±2.79	10.23±3.36	13.86±2.56	48.47±14.86	43.55±17.86
Desteksiz	11.07±2.39	12.97±4.13	10.85±2.75	10.95±2.93	10.02±3.56	12.94±3.24	46.69±15.59	41.80±18.28
T	.302	-.007	.644	.755	.483	2.384	.936	.778
P	.763***	.995***	.520***	.450***	.629***	.018**	.350***	.437***
Çevreden Alınan Sosyal Destek								
Var	11.82±2.54	13.27±4.09	11.87±2.71	12.39±2.47	11.62±3.20	14.81±2.15	53.97±13.70	50.98±15.52
Yok	10.26±2.11	12.64±4.07	9.80±2.42	9.45±2.55	8.32±3.02	11.19±2.99	39.26±13.51	32.24±15.72
T	7.009	1.647	8.495	12.378	11.205	14.840	11.444	12.705
P	0.000*	.100***	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Sağlığı Algılama								
İyi	14.35±1.96	14.52±4.41	14.11±2.52	14.52±1.77	14.76±2.56	15.47±2.21	66.42±12.04	68.01±8.80
Orta	12.99±2.12	14.10±3.90	12.86±2.36	13.23±2.16	12.86±2.62	15.13±1.88	59.58±10.66	56.72±12.26
Kötü	9.69±1.54	12.17±4.00	9.46±2.01	9.38±2.15	8.02±2.42	11.69±3.05	37.95±10.92	31.39±13.03
KW	212.125	34.322	172±996	199.223	218.702	136.623	223.454	231.546
P	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Kronik Hastalık Durumu								
Var	10.71±2.28	12.82±4.10	10.53±2.69	10.61±2.80	9.55±3.32	12.82±3.18	44.86±14.86	39.54±17.44
Yok	13.45±2.33	13.95±3.89	13.16±2.15	13.44±2.30	13.32±3.03	14.90±2.27	60.67±11.88	58.55±13.88
T	-8.704	-2.003	-7.247	-7.467	-8.336	-4.910	-7.916	8.116
P	0.000*	0.046**	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Sigara İçme Durumu								
İçiyorum	13.40±2.06	15.66±4.08	13.53±1.84	13.13±1.84	12.26±2.57	14.46±2.47	60.90±9.05	54.16±16.09
İçiyordum bıraktım	11.71±2.43	13.57±4.08	11.42±2.95	11.52±2.87	10.73±3.51	13.46±2.99	50.44±15.83	45.32±18.39
Hiç içmedim	10.50±2.34	12.40±3.98	10.36±2.53	10.50±2.86	9.46±3.46	12.76±3.25	43.76±14.53	39.14±17.55
KW	41.271	21.086	27.531	21.620	21.239	7.967	32.225	17.703
P	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	.019**	0.000*	0.000*

*p<0.001, **p<0.05, ***p>0.05

Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, sağlığı kötü algılama, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma WHOQOL-OLD yaşam kalitesi tüm alt alanlarını ve toplam puan ortalamasını, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını istatistiksel olarak olumsuz yönde ($p<0.05$, $p<0.001$), sigara içmenin ise olumlu yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.001$).

Yaş artıkça WHOQOL-OLD yaşam kalitesi puan ortalamaları özerklik alt alanı dışında istatistiksel olarak önemli düzeyde azalmakla birlikte ($p<0.001$), 80 yaş ve üzeri yaşlıların sosyal katılım, ölüm ve ölmek alt alanlar dışındaki alanlarda ve toplam puanda 75-79 yaş grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan Tukey analizi sonucunda farklılığın 65-69 yaş grubunda kaynaklandığı saptanmıştır. Yaş artıkça EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasının önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Bekar ve dul olma, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama WHOQOL-OLD yaşam kalitesi özerklik alt alanı dışında tüm alt alanları ve toplam puan ortalamasını, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını istatistiksel olarak olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir ($p<0.001$). Yaşam koşulu yakınlık alanı dışında ($p<0.05$) diğer yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalamasını, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını istatistiksel olarak önemli düzeyde etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Çocuk sayısı WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalamasını, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını istatistiksel olarak önemli düzeyde etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. GDÖ, WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Ölçekleri Arasındaki İlişki (n=450)

WHOQOL-OLD Ölçeği	Geriatrik Depresyon Ölçeği	
	r*	p**
Duyusal işlevler	-.738	0.000
Özerklik	-.315	0.000
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	-.774	0.000
Sosyal katılım	-.836	0.000
Ölüm ve ölmek	-.840	0.000
Yakınlık	-.714	0.000
Toplam puan	-.870	0.000
EUROHIS-QOL.8 Ölçeği	-.830	0.000

*Pearson korelasyon analizi

**p<0.001

WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Ölçeği puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları arttıkça GDÖ puan ortalamalarının önemli düzeyde azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 6).

5. TARTIŞMA

Yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür incelemeleriyle tartışılmıştır.

Yaşlılarda sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir. Yaşlı bireylerin depresyon yaygınlıkları incelendiğinde % 62.2'sinde (23.06±4.40) yüksek düzeyde depresyon belirlenmiş olup, toplamında depresyon puan ortalamaları orta düzeyde (17.31±8.43) bulunmuştur. Altay ve Avcı'nın yaşlılarla yaptığı çalışmada depresyon puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir⁸⁸. Ülkemizde evde yaşayan yaşlılarla yapılan diğer çalışmalarda depresyon sıklığı % 3.8-61.1 olarak saptanmıştır⁵²⁻⁵⁶. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise depresyon sıklığı % 14-40.2 olarak bildirilmiştir⁸⁹⁻⁹¹.

Yaş arttıkça bireylerin depresyon puan ortalamaları önemli düzeyde artmaktadır. Çalışmada özellikle 75-79 yaş grubundaki yaşlıların depresyon puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da yaş arttıkça depresyon puan ortalamasının önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir⁹²⁻⁹⁴.

Depresyon, hemen hemen bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadının biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu depresyona yatkın kılmaktadır. Kadınlar duygusal, başkalarını memnun etmeye yönelik, özerk olmayan kişiler olarak yetiştirildikleri için sevgi ve ilişki kaybından olumsuz etkilenirler⁹⁵. Bu çalışmada da kadınların depresyon puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan

çalışmalarda da kadınlarda görölen depresyon oranının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bildirilmiştir^{56,96-99}.

Dul olma ve yalnız yaşamanın, depresyon için risk faktörü olduğu, eşini kaybeden yaşlılarda hüznün, yalnızlık, terk edilmişlik duygularının devam ettiği ve bu yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir⁵⁵. Bu çalışmada da bekar ve dul olan bireylerin depresyon puan ortalamalarının evli olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da dul olan yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamasının evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır^{56,100,101}. Bu sonuçlar doğrultusunda evli olmanın paylaşım ve destek yönüyle depresyonda koruyucu rol oynadığı söylenebilir.

Bireylerin, eğitim düzeyi incelendiğinde eğitim seviyesi arttıka depresyon puanlarının anlamlı düzeyde düştüğu belirlenmiştir. Eğitimin yaşam tarzı üzerine olan olumlu etkilerinin yaşlıların ruhsal yapılarını da olumlu etkilediği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da okur yazar olmayan yaşlıların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur^{56,98,101,102}.

Bu çalışmada çocuk sahibi olmayan yaşlıların depresyon puan ortalamaları çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu, bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır. Bu sonuç Bingöl ve arkadaşlarının çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir¹⁰¹. Depresyon puan ortalamasının çocuğu olmayan yaşlılarda yüksek olmasının nedeni hayatta destek alabileceği birilerinin olmaması, yalnızlık, çocuk özlemi, geleceğe güvenle bakamama gibi nedenlere bağlanabilir.

Gelir düzeyi sağlığı, refahı ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmada gelir durumu düşük olanların depresyon puan ortalamaları gelir durumu düşük olmayanlara göre daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlılık döneminde görülen depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin düşüklüğü depresyon belirtilerinin sıklığını artıran faktörlerden biri olarak bildirilmiştir^{98,103}.

İl merkezinde yaşayan bireylerin depresyon puan ortalamaları diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha düşük saptanmıştır. İl merkezi dışında oturan yaşlıların yaşam koşullarının daha zor olması, sağlık hizmetleri ve diğer kurum hizmetlerine ulaşımın zor olması, alış veriş yapılacak yerlerin uzak olması ve benzeri nedenlerin yaşlıların ruhsal durumlarını olumsuz etkilediğı söylenebilir.

Yalnızlık, yaşlı bireylerde fiziksel ve mental sağlık problemlerinin oluşmasında etiyolojik rol oynayabilir. Uzun süren yalnızlık bir bireyin ruhsal olarak iyi olma duygusunu tehlikeye atabilir ve öz yıkımı arttırabilir¹⁰⁴. Bu çalışmada yalnız yaşamının depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde arttırdığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da yalnız yaşayan yaşlıların depresyon puan ortalaması yüksek bulunmuştur^{52,105,106}. Yaşın ilerlemesi ile birlikte bilişsel ve fiziksel alanda gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlar ve kayıplar başlamaktadır¹⁰⁷. Bu değişimleri kabullenmek ve uyum için yalnız mücadele zor olmaktadır. Günlük yaşamını sürdürebilmek için başkalarının yardımına gereksinimi olan yaşlı bireyin yalnız kalması ve çevreden soyutlanması depresyon ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır^{9,13}. Bakımı ve sorunları ile ilgilenecek kimsesi olmayan bir yaşlının

diğerlerine oranla daha kolay çaresizliğe, umutsuzluğa düşebileceği ve depresyon riski gösterebileceği söylenebilir.

Bu çalışmada aile desteği ile ya da desteksiz yaşamının depresyon puanları üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir. Yaşlıların aileden algıladıkları sosyal destek ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada, algıladıkları sosyal destek ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir⁸⁸.

Çevreden (arkadaş, komşu, akraba) sosyal destek alan yaşlıların almayanlara göre depresyon puan ortalamaları daha düşük ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuç Aksüllü ve Doğan'ın çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir⁵². Yaşlılık döneminde sosyal desteğin varlığı depresyonun gelişmesini azaltmaktadır¹⁰⁸. Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir¹⁰³. Bir başa çıkma kaynağı ya da yöntemi olarak işlev görebilen sosyal destek, uzun ve kısa süreli stres ve kriz dönemlerinde, bireyin bilgi işleme sürecini etkileyerek, yeni durumlara ve uyarıcılara karşı uyumu kolaylaştıran, yaş ile birlikte artan sorunlarla bireyin daha kolay baş edebilmesini sağlayan, zihinsel yapıyı destekleyen bir unsur olarak harekete geçer. Bireyler ve gruplar arasındaki bağlantıları sağlayarak, ailenin stresle baş etmede gereksinim duyduğu yardım ve destek ağını oluşturarak bireyin ve ailenin davranışlarını etkileme ve onların yeterliliklerini artırma yoluyla stresi önleyici ve eğitici bir işlev görür¹⁰⁹⁻¹¹¹.

Sağlığını kötü algılayan yaşlı bireylerin algılamayanlara göre depresyon puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir^{52,99,101}. Sağlık durumunun kötü algılanması, depresyon için bir

risk etkenidir⁵⁴. Bireyin sağlıklı ya da hasta olması sağlığını algılamasında paralellik göstermeyebilir. Sağlık sorunu olan bir kişi kendini çok sağlıklı, sağlık sorunu olmayan bir kişi ise kendini sağlıksız algılayabilir. Bu durum sağlığın algılanmasında etkili faktörlerden biri olan ruhsal duruma bağlanabilir.

Kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklardır ve zaman içinde hastalarda çeşitli fonksiyonların kaybolmasına neden olur¹¹². Hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürerek, hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilir. Bazı hastalıklar da işlevsel kısıtlılığa neden olarak bireyleri depresyona itebilmektedir¹⁰⁸. Bu çalışmada da kronik hastalığı olmayanların depresyon puan ortalamaları kronik hastalığa sahip olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışmada da kronik hastalığa sahip olma ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır^{52,53,56,96}.

Bireylerin, sigara içme durumuna göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde sigara hiç içmeyen bireylerin depresyon puanlarının sigara içenlere ve içip bırakanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigaraya dokunma hissi, ağızda bıraktığı tat ve koku, dumanın içindeki kimyasal maddelerin akciğer dokusundaki uyarısı kişide psikolojik doyum yaratır. Bu da sigara alışkanlığının oluşmasında en büyük etkidir¹¹³. Bu doğrultuda sigara içenlerde depresyon riskinin düşük olması, sigaranın kendilerini rahatlattığını ve duygu kontrolünü sağladığını düşündüklerinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların WHOQOL-OLD duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş ve bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplam puan ortalamaları sırasıyla 11.8, 12.9, 10.8, 11.0, 10.0, 13.1, 47.0 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar özerklik ve yakınlık alanı dışında Ercan'ın¹¹⁴ huzurevinde yaptığı çalışma

sonucundan ve bütün alt alan ve toplam puan ortalamaları ise Eser ve arkadaşlarının⁸³ Manisa’da yaptığı WHOQOL-OLD’un geçerlilik güvenilirlik çalışma sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar farklı sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık gelmektedir¹¹⁵. Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleriyle değerlendirmeyi amaçlayan geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu nedenle hemen hemen her bilimsel disiplinin, her yaşam pratiğinin, toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir^{116,117}. Çalışmada yaş arttıkça WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin özerklik alanı dışındaki tüm alt alanları, toplam puan ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasının önemli düzeyde azaldığı, bu önemliliğin 65-69 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da yaşlanma ile yaşam kalitesinin istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır^{118,119}. Ercan’ın huzurevinde yaptığı çalışmada ise istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiş olsa da yaşın artması ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir¹¹⁴. Yaşlanmayla fiziksel görünüm, güç, rol ve konum açısından kayıplar oluşması, yeti yitimi ve fiziksel hastalıkların giderek artması kişinin çevreye bağımlı hale gelmesi nedeniyle, yaşlı bireylerin ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına göre farklı olması gerekir¹²⁰.

Kadınların duyuşal işlevler alanı dışındaki diğer alanlarda WHOQOL-OLD alt alanları, toplam puan ve EUROHIS-QOL.8 puan ortalamasının erkeklere göre daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ulusal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre daha bağımlı olduğu, bunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği⁹⁷, yapılan diğer çalışmalarda da kadınların yaşam

kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir^{121,122}. Ayrıca Ercan'ın yaptığı çalışmada yaşam kalitesi yakınlık alanı dışında diğer alanlarda ve toplam puanda kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir¹¹⁴. Kadının statüsü genelde kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, aile ve toplum içindeki rolü, değeri gibi faktörlere bağlıdır. Ayrıca toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, kadın erkek eşitsizliği görülmektedir. Anne ölümlerinin yüksek olduğu yerlerde kadınların sosyal statüsü düşük, gereksinimleri tamamen göz ardı edilmiş veya çocukluktan itibaren erkeklerin gereksinimlerinden sonra gelmiş, yani ikinci planda kalmıştır¹²³. Bütün bu faktörler, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olmasına neden olabilir.

Yaşlı bireylerin medeni durumu, WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin özerklik alanı dışındaki tüm alt alanlarında ve toplam puanda, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasında önemli düzeyde fark oluşturmuştur. Dul ve bekar olan bireylerin yaşam kalitesi puanları evli olanlara göre önemli oranda daha düşük olarak saptanmıştır. Evlilerin yaşam kalitesinin dul ve bekarlardan daha yüksek olmasının nedeni, destek kaynaklarının daha fazla olması ve aile hayatının verdiği psikolojik rahatlığın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi ile açıklanabilir. Kaya ve Aydın'ın çalışmasında evli olmanın yaşam kalitesi puanını önemli düzeyde arttırdığı belirlenmiştir¹²⁴.

Eğitim seviyesi arttıkça WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalamasının, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasının önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir. Tseng ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesinin artması ile kişinin sosyo-ekonomik statüsünün de arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini

pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir¹²⁵. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu ve eğitim seviyesi artan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının da anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır^{117, 126,127}. Eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemesi; bireyin eğitim düzeyi arttıkça bilinçliliğinin artması, hayata bakış açısı, algılayışı, imkanlarının değişmesi ve iyileşmesi, iş olanaklarının artması, emeklilik ve bazı sosyal haklara sahip olması gibi faktörler ile açıklanabilir.

Araştırmada çocuk sahibi olma veya olmama durumu ile WHOQOL-OLD alt alanları ve toplam puan ortalamaları, EUROHIS-QOL.8 puan ortalaması arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. Ercan'ın yaptığı çalışmada da yaşlıların çocuk sahibi olma durumu ve yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında çocuk sahibi olan ve olmayan arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır¹¹⁴.

Gelir durumu düşük olan bireylerin WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalamaları, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalaması geliri giderine eşit olan bireylere göre daha düşük olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Kişi yaşlandıkça sağlığı ile ilgili harcamaları ve bakım masrafları artma eğilimi gösterir. Ülkemizde yaşlıların emeklilik sonrası yaşamlarını kendi koşullarına göre yeterli bir düzeyde sürdürebilmeleri için gerekli ekonomik güvenceden yoksun oldukları, ekonomik sıkıntılar yaşadıkları ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da gelir durumu düşük olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır^{117,128}. Ercan'ın çalışmasında emekli maaşı alanların 65 yaş aylığı alanlardan daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu, gelirin yaşam kalitesinde etkili bir faktör olduğu

saptanmıştır¹¹⁴. Maddi yeterliliğin yaşamdan alınan doyumunu olumlu etkilediği, sağlık kuruluşlarından yararlanmayı arttırdığı, daha iyi şartlarda yaşam olanakları sağladığı (konut, beslenme, sosyal aktivite ve benzeri) ve bu durumun yaşam kalitesini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin yaşadığı yere göre WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalamaları, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalaması karşılaştırıldığında, özerklik alanı dışındaki diğer alt alanlarda ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İl merkezinde yaşayan bireylerin WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalamalarının, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Köy ve ilçe/belde/kasabada yaşayanların yaşam kalitesinin, ilde yaşayanlardan daha düşük olmasının nedenleri; ağır çalışma şartlarının olması, sağlık olanaklarından yararlanmada kısıtlılıklar yaşamaları, yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli olanakları bulamamaları ve sağlıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları gibi nedenlerden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada kendi aile ortamında, eşi ile ya da eşi ve çocuk/çocukları ile yaşayan bireylerin WHOQOL-OLD alt alanları ve toplam puan ortalamaları, EUROHIS-QOL.8 puan ortalaması yalnız ya da çocuklarının yanında yaşayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Tseng ve arkadaşlarının çalışmasında da ailesiyle birlikte yaşayanların yaşam kalitesi puanının yükseldiği saptanmıştır¹²⁵. Çalıştır ve arkadaşlarının çalışmasında yalnız yaşama durumunun yaşlı bireylerde yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir¹¹⁷. Eşi ile ya da eşi ve çocuk/ çocukları ile yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin daha yüksek bulunması, psikolojik yönden daha fazla desteklenmeleri

ve aile içi rollerin paylaşılmasının yaşam kalitesine olumlu yönde katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak ihtiyaçlarının karşılandığı ilk kurum ailedir. Ailenin bireyin ihtiyaçlarının karşılanmasına sağladığı destek hem objektif, hem de subjektif olarak bireylerin ailesel ve toplumsal düzeydeki yaşam kalitesi algısını belirlemektedir. Bireyin diğer aile üyeleri ile kaliteli ve hoş zaman geçirebilmesi, ailenin sorunlarına etkili çözüm önerileri üretebilmesi, aile üyeleri arasındaki yakın ve destekleyici ilişkiler, ailenin bireylerine eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı sunabilmesi ile güvenli ve konforlu bir çevrede yaşama gibi olanaklar bireylerin ailesel düzeydeki yaşam kalitesini belirlemektedir¹²⁹. Bu çalışmada aile desteği ile yaşayanların desteksiz yaşayanlara göre WHOQOL-OLD özerklik alanı dışında tüm alanlarda, toplam puanda ve EUROHIS-QOL.8 puan ortalamasında daha yüksek puana sahip olduğu, ancak bu yüksekliğin sadece yakınlık alanında istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğu belirlenmiştir.

Sosyal desteği olan yaşlı bireylerin olmayanlara göre WHOQOL-OLD alt alanları ve toplam puan ortalamaları ile EUROHIS-QOL.8 puan ortalaması daha yüksek olup, WHOQOL-OLD yaşam kalitesi özerklik alanı dışındaki bütün alanlarda ve toplam puanda, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada bireylerin sosyal destek alma durumlarının yaşam kalitesini olumlu etkilediği, sosyal destek varlığının daha iyi fiziksel fonksiyon ve genel sağlık durumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir¹³⁰. Sosyal destek yaşam kalitesini yükselten faktörlerden biri olarak bildirilmiştir. Sosyal destek yaşlı bireyler için günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması ve bakımın sürdürülmesinde

ayrı bir öneme sahiptir. Sosyal etkinliklerin artırılması, yaşlı bireylerin kendilerine hobi olarak edinebilecekleri faaliyetlerin çeşitlendirilmesi yaşam kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır⁶⁴.

Yaşam kalitesi bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük aktivitelerini nasıl ve ne yeterlikte yerine getirdiklerini gösteren kişinin sağlık durumunu açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Ayrıca fiziksel, psikolojik, sosyal, işlevsel, maddi ve yapısal alanlardaki gereksinimlerin doyurulma derecesi olarak ta tanımlanmaktadır^{14,131}. Bu çalışmada sağlığını kötü algılayan bireylerin WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalaması, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalaması sağlığını iyi algılayan bireylere göre önemli düzeyde düşük bulunmuştur. Kronik hastalıkların artışı ve bunun yol açtığı sağlık sorunları, aktivite azalması ve artan bağımlılık, yaşlının çevresindekiler ile olan iletişimin çeşitli nedenlerle kısıtlanması, özellikle yaşlanmanın yol açtığı psikolojik sorunlar ve yaşamın sonuna yaklaşma duygusu nedeniyle yaşlı birey sağlığını kötü algılayabilir^{16,21,64}. Hastanede yatan KOAH hastaları ile yapılan bir çalışmada sağlığını kötü algılayan hastaların yaşam kalitelerinin önemli düzeyde düşük olduğu¹³², yaşlılarla yapılan bir çalışmada da sağlığını kötü algılamanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir¹³³.

Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünün ve bağımsızlığının artırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde giderek ilk sıralarda yer alan amaçlar olmuştur¹³⁴. Kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik

bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir^{135,136}. Herhangi bir kronik hastalığı olmayanların WHOQOL-OLD alt alanları ve toplam puan ortalamaları, EUROHIS-QOL.8 puan ortalaması en az bir kronik hastalığa sahip olanlara göre daha yüksek olup, bu yükseklik her alanda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmuştur. Evde ve Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan çalışmalarda da kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi puanları kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur^{72,118,119,126}.

Yaşlanma ile meydana gelen değişikliklerin önlenmesi amacı ile uygulanması gereken sağlıklı yaşam ilkelerinden biri sigara içmemektir. Sigara içme yaşlılıkla birlikte gelişen pek çok sağlık sorununda arttırıcı rol oynamakta olup¹³⁷, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür¹³⁸. Yaşın ilerlemesi ile vücutta meydana gelen değişiklikler sigara içilmesi sonucu daha erken olur ve çeşitli hastalıkların daha erken ortaya çıkmasına yol açar. Sigara hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, kanser gibi kronik hastalıkların artmasına, yaşam kalitesinin ise düşmesine neden olur¹³⁷. Bu çalışmada sigara içenlerde WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alanları ve toplam puan ortalaması, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek, depresyon puan ortalaması düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada da sigara içme alışkanlıklarına göre SF-36 yaşam kalitesi duygusal rol ve bedensel ağrı alanlarında sigara içen bireylerin sigara içmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları bildirilmiştir¹³⁹. Ercan'ın çalışmasında istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiş olsa da sigara içenlerde yakınlık alanı dışındaki diğer alanlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur¹¹⁴. Bu durum

sigaranın bireyleri psikolojik olarak rahatlatıcı etkisinin yaşam kalitesi algılarına olumlu yansımaları ile açıklanabilir.

Bireylerin WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları arttıkça GDÖ puan ortalamalarının düştüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bireylerin WHOQOL-OLD ölçeği alt alanlarından duyuşal işlevler, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alanları ve toplam puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde, WHOQOL-OLD ölçeği alt alanlarından özerklik alanı puan ortalaması ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasında ise negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu söylenebilir. Depresyon diğer hastalıklarla ya da tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmakta, uygun tedavisinde ise yaşam kalitesi artmaktadır²⁰. Yapılan çalışmalarda da depresyon varlığının yaşam kalitesini önemli düzeyde olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir^{19,20,127}.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Yaşlı bireylerin % 62.2'sinde yüksek düzeyde depresyon olduğu, % 27.6'sında depresyon olmadığı, % 10.2'sinde olası depresyon olduğu saptanmıştır.
- İleri yaşta olma, kadın olma, bekar ve dul olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama, sağlığını kötü algılama, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak olumsuz ($p<0.001$), sigara içmenin ise olumlu yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.001$). Çocuk sayısı ve yaşam koşulunun ise depresyon puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, sağlığını kötü algılama ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olma WHOQOL-OLD tüm alt alan, toplam ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kaliteleri puan ortalamasını olumsuz ($p<0.05$, $p<0.001$), sigara içmenin WHOQOL-OLD tüm alt alan, toplam ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kaliteleri puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği ($p<0.05$, $p<0.001$), çocuk sayısının ise WHOQOL-OLD tüm alt alan, toplam ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kaliteleri puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). İleri yaşta olma, bekar ve dul olma, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama WHOQOL-OLD özerklik alt alanı dışındaki tüm alt alanları, toplam puan ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kaliteleri puan ortalamasını olumsuz etkilerken ($p<0.001$), yaşam koşulu ise WHOQOL-OLD yakınlık alt alanı ($p<0.05$) dışındaki diğer alt alanları, toplam puan ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kaliteleri puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

- WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 Ölçeği puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları arttıkça GDÖ puan ortalamalarının önemli düzeyde azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler

- Yaşlıların öncelikli risk grubu olarak kabul edilmesi, yaşlılara yönelik rutin genel sağlık ve depresyon taramalarının yapılması,
- Geriatri hastanelerinin ve polikliniklerinin yaygınlaştırılması,
- Orta yaş ve üzerindeki bireylere yaşlılığa hazırlık ve uyum konulu eğitim programları geliştirilmesi ve eğitim hizmeti verilmesi,
- Ruhsal sağlığı geliştirmeye, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik evde bakım projelerinin geliştirilmesi,
- Yaşlılar için sosyal merkezlerin kurulması,
- Altmış beş yaş üstü bireyleri yalnızlıktan ve yetersizlik duygularından uzaklaştırmaya yönelik sosyal etkinlik ve üretkenlik içerikli programların yerel yönetimlerce geliştirilmesi ve uygulanması,
- Depresyonu olduğu saptanan yaşlı bireylerin düzenli olarak izlenmesi ve bu alanda çalışan sağlık ekibi tarafından tedavi ve bakım programlarının oluşturulması,
- Sağlık politikaları içerisinde yaşlıların yaşadıkları sosyal ve ekonomik sorunlar dikkate alınarak düzenlemeler yapılması,

- Yaşlıların depresyonu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlere yönelik sağlık çalışanlarının, ailenin ve toplumun gerontolojiye yönelik bilgi, beceri, kontrol yeteneği ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Sonuç olarak yaşlı bireylerin yaşamlarını daha “nitelikli” sürdürebilmeleri için saptanmış olan bu bulguların iyi değerlendirilmesi, eksikliklerin giderilebilmesi önem taşımaktadır. Bu noktadan hareketle aile sağlığı merkezleri çalışanları gerekli düzenlemelere katkı vermek konusunda bütüncül yaklaşımlarını sürdürmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Onat Ü. Toplumsal gelişme ve değişme sürecinde yaşlı hizmetlerinin düzenlenmesi. Sosyal Hizmet Sempozyumu. 16-18 Ekim 1996, Bildiriler, Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları. Ankara. 2001.
2. Bahar A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep. 2005.
3. Akyüz A, Pınar R. Yaşlılarda yalnızlık ve depresyon. 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya. 2002.
4. Bilir N. Yaşlılık ve Halk Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara. 2004: 10-27.
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ana Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara. 2008.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Çevrimiçi: <http://www.tuik.gov.tr/>. Erişim tarihi: 29.09.2011.
7. Fletcher K, Cynthia J, Westley CJ. Elderly Health. Stanhope M, Lancaster J (Editors). Community Public Health Nursing. VI. Edition, Printed in The United States of America. Newyork, Mosby . 2000: 597-613.

8. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yeti yitimi ilişkisi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006; 9(3): 170-176.
9. Göktaş K, Özkan I. Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Turkiye*. 2006; 8(1): 30-37.
10. Yalçın M. Birinci basamakta depresyona yaklaşım sorunları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2004; 13(2): 46-48.
11. Oğuzhanoğlu NK. Yaşlanma ve psikiyatrik sorunlar. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi. 9-12 Nisan 2003; 62-68.
12. Alexopoulos GS. Mood disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Saddock BJ, Saddock VA(Editors). Philadelphia, Lippincott: Williams and Wilkins. 2000: 3060-3067.
13. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*. 2001; 1: 50-60.
14. Başalan F. Özer M. Yaşam doyumunu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2003; 6(4): 24-26.
15. Bumin G, Kırdı N, Kayıhan H. Geriatrik Yaş Grubunda Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi. Arıoğul S (Editör). *Geriatri ve Gerontoloji*. 2006: 221-231.
16. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitelerine etki eden etmenlerin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000; 3(4): 141-145.
17. Low G, Anita E. Molzahn Predictors Of Quality Of Life İn Old Age: A Cross-Validation Study. *Research İn Nursing & Health*. 2007; 30(2): 141-150.

18. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008; 8: 323.
19. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A ve ark. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000; 3(4): 133-140.
20. Şahin M, Yalçın M. Huzur evinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003; 6(1): 10-13.
21. Teletar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004; 7(3): 162-165.
22. Mandzuk LL, McMillan DE. A Concept Analysis Of Quality Of Life. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2005; 9: 12-18.
23. Lee WT, Ko S, Lee KJ. Health Promotion Behaviors And Quality Of Life Among Community-Dwelling Elderly Gn Korea: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 293-300.
24. Movad L. Correlates of Quality of Life in Older Adult Veterans. *Western Journal of Nursing Research*. 2004; 26(3): 293-306.
25. Karadakovan A. Ülkemizde geriatri hemşireliği. IV. Geriatri Kongresi. 2005. (Çevrimiçi) http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/, Erişim: 10.09.2010.
26. Demir F. Yaşlılık ve geriatri hemşireliği. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002; 4(1): 48-51.

27. Tufan İ. Yaşlanan dünyada bir delikanlı: Türkiye. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2001; 12(3): 27-49.
28. Kutsal Y. Yaşlanan insan ve yaşlanan toplum. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2003; 3(4): 1-6.
29. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, Genova. 1998: 7.
30. Amuk T, Oğuzhanoglu NK. Yaşlanma ve depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4: 113-121.
31. Erdil F, Şenol Ç, Subaşı S, Baybuğa M. Yaşlılık Gerçeği. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. Ankara. 2004: 59.
32. Fadiloğlu Ç. İleri Geriatri Hemşireliği. Fadiloğlu Ç (Editör). Meta Basım Matbaacılık. İzmir. 2006: 14-33.
33. Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L (Editörler). 1. Baskı. Ekin Tıbbi Yayıncılık. İstanbul. 2003.
34. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, ve ark. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Erefe İ (Editör). Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul. 1998.
35. Kılıç D. Yaşlı Sağlığı. Erci B (Editör). Halk Sağlığı Hemşireliği. Fırat Matbaacılık. Ankara. 2009: 133-155.
36. Tümerdem Y. Gerçek Yaş (Real Age). Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9(3): 195-196.

37. Uncu Y, Özçakır A. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi. 2003; 6(1): 31-37.
38. Shephard RJ. Gender, Physical Activity and Aging. CRC Press, New York. 2002: 121-218.
39. Bilir N, Subaşı PN. Yaşlılık Sorunları. Güler Ç ve Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. 2006: 1020-1031.
40. National Institutes of Health. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (No:04-5230). America: National Institutes of Health. 2004.
41. Dikmenoğlu N. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. Türk Tabipler Birliği Geriatri Derneği. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Geriatri. Ankara. 2007: 27-37.
42. Bölükbaşı S. İskelet Sistemindeki Değişiklikler. Kutsal YG (Editör). Sağlıklı Yaşlanma. Öncü Basımevi. Ankara. 2005: 111-116.
43. Akın G. Her Yönüyle Yaşlılık. Palme Yayıncılık. Ankara. 2006.
44. Karan MK. Yaşlının fonksiyonel değerlendirmesi. II. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. Geriatri Derneği Yayınları. Antalya. 2003.
45. Ersan T, Arıoğlu S. Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler. Hacettepe Tıp Dergisi. 2002; 33: 68-72.

46. Tahir Ü. Yaşlanma ile Organ ve Sistemlerde Görülen Değişiklikler. 4. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. Geriatri Derneği Yayınları. Antalya. 2005.
47. Akdemir N, Görgülü S, Seviş Ü ve ark. Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Basımevi. Ankara. 1992: 379-384.
48. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü. Yaşlı Sağlığı. Ankara. 2002.
49. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği 8. Basım. Ankara. 2001.
50. Katano C. Managing depression and anxiety in the elderly patient. *European Neuropsychopharmacology*. 2000; 10: 427-432.
51. Nease DE Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract*. 2003; 52(2): 118-124.
52. Keskinoglu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006; 16(1): 21-26.
53. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12: 251-259.

- 54.** Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak V. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2001; 4(3): 106-112.
- 55.** Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004; 5: 76-84.
- 56.** Hacıhasanoğlu R, Türkleş S. Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11(2): 55-60.
- 57.** Özmenler KN. Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Dizisi*. 2001; 3: 109-115.
- 58.** Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18: 745-750.
- 59.** Hamilton PG. Geropsychiatric Nursing: Promotion of Mental Health in Older Adults. Hostgel OM (Editor). Missouri, Mosby Year Book. 1995: 21-55.
- 60.** Spitzer A, Bar T, Golander H. Social support: How does it really work?, *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22: 850-854.
- 61.** Tremethick JM. The importance of social support among the elderly, *Journal of Community Psychology*. 1997; 11: 3-20.
- 62.** Hedelin B, Svensson PG. Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly: a case study: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999; 6: 115-124.

- 63.** Longford CP, Browsher J, Moloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25: 95-100.
- 64.** Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar Y. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Geriatrie Kullanımı. Eser E (Editör). Sağlıkta Birikim. Celal Bayar Üniversitesi Yayınları. Manisa. 2006; 21-26.
- 65.** Işıkhan V. Yaşlıların yaşam kalitesi. Erkan G ve Işıkhan V (Editörler). *Antropoloji ve Yaşlılık*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu. Ankara. 2000; 125-236.
- 66.** Fayers PM, Machin D. *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons, Ltd. New York. 2001.
- 67.** Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research part one: why evaluate health-related quality of life?, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2003; 28: 513-521.
- 68.** Akça KN, Taşçı S. Altmış beş yaş üstü yaşlılara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005; 14: 30-36.
- 69.** Pınar R, Çınar S. İstanbul ilinde huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları (kaliteleri) farklı mı? Karşılaştırmalı bir çalışma. *Hemşire Dergisi*. 2001; 51(4): 10-18.
- 70.** Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ankara. 2007.

- 71.** Ölüç F. Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne. 2007.
- 72.** Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir S, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2007; 10(3): 117-123.
- 73.** The New Old Age. Challenging the Myths of Aging. Report of Sixth Annual Conference of the Regions For Health Network, Katowice, Poland, 2-3 Oct 1998, World Health Organisation, Regional Office for Europe. 1999.
- 74.** Brenner H, Shelly E. Adding Years to Life and Life to Years, A Health Promotion Strategy For Older People. National Council on Ageing and Older People. 1998.
- 75.** Ebrahim S. Health of elderly people. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H (Editors). Oxford Textbook of Public Health. New York, Oxford University Press. 2002.
- 76.** Talas S. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri. III. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyum Bildiri Kitabı. Ankara. 2001: 122-124.
- 77.** Büyükcoşkun A. Yaşlı bireylerin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara. 1990.
- 78.** Buckwalter K, Weiler K. Geropsychiatric Nursing: Community Programs. Hostgek M (Editor). Missouri, Mosby Year Book. 1995: 341-365.

- 79.** Akyol AD. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 1993; 9(3): 71-75.
- 80.** National Health Policy of Turkey. Republic of Turkey: Ministry of Health. Health Project General Coordination Unit, Ankara. 1999: 67.
- 81.** Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et all. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983; 17: 37-49.
- 82.** Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Noropsikiyatri Arşivi. 1997; 34: 62-71.
- 83.** Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD): Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21(1): 37-48.
- 84.** Eser E, Lağarlı T, Baydur H ve ark. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2010; 8(3): 136-152.
- 85.** Ulusoy MF, Uçar H. Araştırma Etiği. Tasarım Ltd. Şti. Ankara. 2002: 27-40.
- 86.** Terakye G, Ocakçı A. Seçmeler. Aydoğdu Ofset. Ankara. 1995: 84-85.
- 87.** Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. Ofset Baskı. İstanbul. 2002: 27-48.

- 88.** Altay B, Avcı İA. Samsun Alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(2): 139-146.
- 89.** Wada T, Ishine M, Sakagami T et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. Arch.Gerontol.Geriatr. 2004; 39: 15-23.
- 90.** Kai S, Ene T, Kadri J. Depressive symptoms in older Estonians: prevalence and models. J. Am. Geriatr. Soc. 2002; 50: 1164-1165.
- 91.** Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case finding for depression elderly primary care patients. J.Gen.Intern. Med. 2000; 15: 293-300.
- 92.** Pennix BW, Deeg DJH, Jacques TM, Beekman ATF, Guralnik JM. Changes in depression and physical decline in older. A. Longitudinal perspective. J Affect Disord. 2000; 61: 1-12.
- 93.** Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiter H. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED Study. J Affect Disord. 2004; 83: 135-142.
- 94.** Çınar Öİ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(5): 399-404.
- 95.** Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000; 1(1): 41-45.

- 96.** Ambo H, Meguro K, Ishizaki J. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16: 780-788.
- 97.** Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2004; 7(4): 199-205.
- 98.** Ekinci M, Tortumluoğlu G, Okanlı A, Sezgin S. The prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey: Erzurum. *International Journal of Human Sciences*. ISSN: 2004; 1303-5134.
- 99.** Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2009; 12(1): 25-30.
- 100.** Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2005; 8(3): 129-133.
- 101.** Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaz EG. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2010; 25(4): 169-176.
- 102.** Karalar F, Öztürk İ, Şahin A, Çayköylü A, Kırpınar İ. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. 5. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu. İstanbul. 10-12 Haziran 2004.
- 103.** Mohd Sıdk S, Mohd Zulkefli NA, Mustaqım A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*. 2003; 2: 196-199.

- 104.** Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2004; 7(1): 45-50.
- 105.** Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiology*. 2001; 30: 1090-1099.
- 106.** Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, Tilburg WV, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affective Disorders I*. 2002.
- 107.** Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*. 2004; 8(6): 475-85.
- 108.** Kılıçoğlu A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiyolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 49-54.
- 109.** Leung KK, Chen CY, Lue BH, Hsu SH. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 44: 203-213.
- 110.** Chalise HN, Saito T, Takahashi M, Kai I. Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007; 44: 299-314.

- 111.** Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Sedat S. Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49: 195-201.
- 112.** Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006; 25(3): 1-6.
- 113.** Evcı M. Sigara'nın insan sağlığı ve çevre üzerindeki zararlı etkilerinin üzerlik bitkisi ile azaltılmasının araştırılması. Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Çevre Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya. 2001.
- 114.** Ercan N. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2010.
- 115.** Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006; 9(1): 35-40.
- 116.** Tekeli F, Güler Ç, Vaizoğlu S, Algan N, Dündar K. Yaşam kalitesi göstergeleri. Türkiye için bir veri sistemi önerisi. *Türkiye Bilimler Akademisi Raporları*. TÜBİTAK Matbaası. Ankara. 2004.
- 117.** Borglin G, Edberg AK, Hallberg IR. The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*. 2005; 19: 201-220.

- 118.** Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006; 9(1): 30-33.
- 119.** Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J Med Sci*. 2003; 33: 335-340.
- 120.** Aydemir C. Türkiye’de yaşlı intiharları. *Kriz Dergisi*. 1999; 7: 21-25.
- 121.** Canbaz S, Sünter AT, Dabak Ş, Peksen Y. Samsun İl Merkezindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesi. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı. Eskişehir. 2001: 2.
- 122.** Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all cause mortality: The Fine Study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly), *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001; 54: 680-686.
- 123.** Akın A. Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. 2004.
- 124.** Kaya MD, Aydın N. Yaşlılıkta Bilişsel Yıkım ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. 2. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. 2003: 316-320.
- 125.** Tseng Su-Zu, Ruey H. Quality of Life and related faktors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nursing*. 2000; 18(5): 304-311.

- 126.** Akal Ç. Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas. 2005.
- 127.** Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osman Gazi Tıp Dergisi. 2006; 28(2): 81-89.
- 128.** Keskinoglu P. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Nedenler. Üçüncü Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı. Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi. İzmir. 25-27 Mart 2010: 109-111.
- 129.** Özmete E. Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2010; 455-465.
- 130.** Zincir H, Taşçı S, Kaya EZ, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 2008; 17(3): 168-174.
- 131.** Yalçın AU. Yaşam Kalitesi, Psikososyal Sorunlar, Rehabilitasyon. Arık N ve ark. (Editörler). Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri. 2008: 331-338.
- 132.** Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Bakar N, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Anksiyete-Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü. 13. Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri Özetleri Kitabı. İzmir. 18-22 Ekim 2010: 138.

- 133.** Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2012; 54: 61-66.
- 134.** Özcan C, Keskinçılıç B, Sözen F, Özdemir N. Türkiye’de diyaliz hizmetlerinin epidemiyolojisi. Başkent Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi. 2005; 16(2): 49-56.
- 135.** Fesci H, Eski S. Koroner arter hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ve hemşirelik. MN Kardiyoloji Dergisi. 2002; 9(5): 370-73.
- 136.** Rijken M, Kerkhof MV, Dekker J, Schellevis Gİ. Comorbidity of chronic diseases. Quality Of Life Research. 2005; 14: 45-55.
- 137.** Bilir N. Sağlıkın Korunması. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. (Çevrimiçi) www.gebam.hacettepe.edu.tr. Erişim: 15.09. 2011.
- 138.** McClave AK, Dube SR, Strine TW, Mokdad AH. Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of US adults. Preventive Medicine. 2009; 48: 173-179.
- 139.** Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu SA ve ark. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi. 2008; 11(1): 12-17.

8. EKLER

EK I

TANIMLAYICI FORM

1) Yaşınız :.....

2) Cinsiyetiniz:

1) Kadın

2) Erkek

3) Medeni durumunuz:

1) Bekar

2) Evli

3) Dul

4) Boşanmış

4) Eğitim durumunuz:

1) Okur yazar değil

2) Okur yazar

3) İlkokul mezunu

4) Ortaokul mezunu

5) Lise mezunu

6) Üniversite/Yüksekokul mezunu

5) Çocuğunuz var mı?

1) Evet (çocuk sayısı.....)

2) Hayır

6) Gelir durumunuz:

- 1) Geliri giderinden az
- 2) Geliri giderine eşit
- 3) Geliri giderinden fazla

7) Yaşamakta olduğunuz yer:

- 1) İl
- 2) İlçe/Belde/Kasaba
- 3) Köy

8) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1) Tek başına
- 2) Çocuklarının yanında
- 3) Eşiyle birlikte
- 4) Eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte
- 5) Akrabalarının yanında
- 6) Diğer (açıklayınız).....

9) Yaşam koşulunuz:

- 1) Aile desteği ile
- 2) Desteksiz

10) Çevreden sosyal destek alıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

11) Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

12) Kronik bir hastalığınız var mı? (Cevabınız evet ise açıklayınız)

- 1) Evet (.....)
- 2) Hayır

13) Sigara içiyor musunuz?

- 1) İçiyorum
- 2) İçiyordum bıraktım.
- 3) Hiç içmedim.

14) Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Yardımanız için teşekkür ederiz.

EK II**GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız.

1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?

evet hayır

2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?

evet hayır

3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?

evet hayır

4) Sık sık canınız sıkılır mı?

evet hayır

5) Gelecekte umutsuz musunuz?

evet hayır

6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?

evet hayır

7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?

evet hayır

8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?

evet hayır

9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

evet hayır

10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?

evet hayır

11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?

evet hayır

12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?

evet hayır

13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?

evet hayır

14) Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?

evet hayır

15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?

evet hayır

16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?

evet hayır

17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?

evet hayır

18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?

evet hayır

19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?

evet hayır

20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur ?

evet hayır

21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?

evet hayır

22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?

evet hayır

23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?

evet hayır

24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?

evet hayır

25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?

evet hayır

26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?

evet hayır

27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?

evet hayır

28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?

evet hayır

29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?

evet hayır

30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?

evet hayır

Yardıminiz için teşekkür ederiz.

EK III**WHOQOL-OLD. TR****Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği****Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü****2005****Yönerge**

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

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 kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre, eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor: Eğer geleceğinizle ilgili hiç endişe duymuyorsanız o zaman da 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait olan sayıyı daire içine alınız.

SORULAR

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır.

1. Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

2. İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

3. Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

4. Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

5. Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğüne saygı gösterdiği kanısında mısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

6. Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

7. Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

8. Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

9. Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığımız veya yapabildiğimiz hakkındadır.

10. Duyularımızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

11. Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

12. Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç memnun değilim	Çok az memnunum	Orta derecede	Çokça memnunum	Tamamen memnunum
1	2	3	4	5

13. Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

14. Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir.

15. Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

16. Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

17. Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

18. Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

19. Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

20. Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarırken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

21. Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

22. Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

23. İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

24. İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımanız için teşekkür ederiz.

EK IV

EUROHIS-QOL.8- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı, yapabildiğinizi, iyi ya da doyurucu bulduğunuzu ve ne sıklıkta hissettiğinizi soruşturmaktadır. 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 her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
1	2	3	4	5

3. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
1	2	3	4	5

5. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
1	2	3	4	5

6. Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
1	2	3	4	5

7. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?

Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

8. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
1	2	3	4	5

Yardıminız için teşekkür ederiz.

EK V

T.C.
ERZİNCAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü


Sayı : B.10.4.ISM.4.24.00.09/ 325/11688
Konu : Tez Çalışması

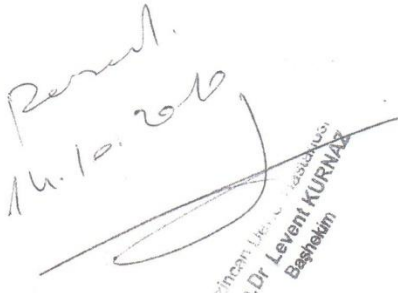
12/10/2010

ERZİNCAN DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

- İlgi a) 30.09.2010 tarih ve 8006 sayılı yazınız.
b) Valiliğimizin 12.10.2010 tarih ve 11636 sayılı oluru.

İlgi yazınıza istinaden Hastaneniz Hemşiresi Nihal BAKAR'ın "Altmışbeş yaş ve üzeri yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler" konulu yüksek tez çalışmasını günlük mesaisini aksatmayacak şekilde yapabilmesi Valiliğimizce uygun görülmüştür. Gerdeğini rica ederim.


Dr. Mesut TURAN
İl Sağlık Müdürü


14.10.2010
Uzm. Dr. Levent KURNAS
Başhekim

EK VI-A**2010-2/1 SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 08.10.2010**

2/1 - Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nihal BAKAR'ın "Altmış beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler" adlı tez konusu görüşüldü;


İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile karar verildi.


Doç.Dr. Ali SÜLÜN
Başkan

Yrd.Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU
Başkan Yardımcısı
(Katılmadı)


Doç.Dr. Abdülkadir ÇOBAN
Üye


Yrd.Doç.Dr. Mutlu VURAL
Üye


Yrd.Doç.Dr. Papatya KARAKURT
Üye (Raportör)

EK VI-B

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU KARARI


KARAR TARİHİ : 17.02.2012
KARAR SAYISI : 3

Enstitü Yönetim Kurulu; Enstitü Müdürü Doç.Dr.Ali SÜLÜN'ün Başkanlığında, Müdür Yardımcısı Yrd.Doç.Dr. Mehmet AKTAŞ, Üyeler; Doç.Dr.Abdulkadir ÇOBAN, Yrd.Doç.Papatya KARAKURT, Yrd.Doç.Dr. Mergül ÇOLAK ve Enstitü Sekreteri (Raportör) Hikmet AKTAŞ'ın iştirakleri ile toplanarak aşağıdaki kararı almışlardır.


KARAR 3/1

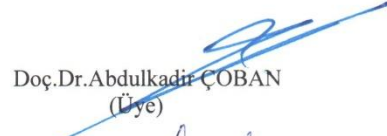
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 17.02.2012 tarih ve 11 sayılı yazısı ve Tez jürisi üyeleri sınav tutanağı görüşüldü;

Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimi yapan 097801004 nolu öğrencisi Nihal BAKAR'ın; Yönetmeliği'mizin 18. Maddesi kapsamında 02.02.2012 tarih ve 2/3 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile oluşturulan Tez jürisi üyeleri tarafından yapılan sınavda öğrencinin başarılı olduğu ve Tez İzleme Jürisininin 14.05.2010 tarihli Enstitü Yönetim Kurulunun 2010/4 nolu kararı ile belirlemiş olduğu (17.madde) "65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerde, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler" isimli tez başlığının sınavdan sonra; "Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler" şeklinde değiştirilmesi ile ilgili sınav tutanağının aynen kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.


Doç.Dr. Ali SÜLÜN
Enstitü Müdürü (Başkan)


Yrd.Doç.Dr. Mehmet AKTAŞ
Müdür Yardımcısı


Yrd.Doç.Dr. Papatya KARAKURT
(Üye)


Doç.Dr. Abdulkadir ÇOBAN
(Üye)


Yrd.Doç.Dr. Mergül ÇOLAK
(Üye)


Hikmet AKTAŞ
Enstitü Sekreteri (Raportör)