T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ERZURUM PALANDÖKEN MERKEZ İLÇESİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ POPÜLASYONDA YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Dr. Banu BEDİR

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Elif Okşan ÇALIKOĞLU

ERZURUM 2018

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 19.12.2018 tarih ve 42190979-204.01.02-E.1800367310 sayılı yazınız

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi **Arş. Gör. Dr. Banu BEDİR'in "Erzurum Palandöken Merkez İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörler"** konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 02.01.2019 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

Prof. Dr. Serhat VANÇELİK
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Elif Okşan ÇALIKOĞLU
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Sara SALCAN
Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D Öğretim Üye
Jüri Üyesi

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 13.04.2016 tarih ve 42190979 sayılı yazısı ile ″**Erzurum Palandöken Merkez İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörler**″ konulu tezin araştırma görevlisi Dr. Banu BEDİR tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Tez konusu Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 31.05.2016 tarih ve 5/20 no'lu oturum kararı ile etik kurallara uygun olup tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ ..... **viii**
TEŞEKKÜR ..... **ix**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xi**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması 4
2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması 5
2.1.2. Toplumsal Yaşlanma 5
2.1.3. Geriatri ve Gerontoloji 5
2.2. Demografik Dönüşüm 6
2.3. Nüfusun Yaşlanması Sürecinde Ele Alınan Temel Değişkenler 8
2.4. Yaşlı Nüfus Demografisi 9
2.4.1. Dünya'da Yaşlı Nüfus Demografisi 9
2.4.2. Türkiye'de Yaşlı Nüfus Demografisi 10
2.5. Yaşlanmanın Sağlık Boyutu 11
2.5.1. Kardiyovasküler Sistem 11
2.5.2. Solunum Sistemi 12
2.5.3. Gastrointestinal Sistem 13
2.5.4. Üriner Sistem 14
2.5.5. Metabolik ve Endokrin Sistem 14
2.5.6. Sinir Sistemi 14
2.5.7. İşitme Problemi 15
2.5.8. Görme problemi 15
2.5.9. Psikiyatrik Sorunlar 16
2.6. Aktif Yaşlanma 16
2.6.1. Kültür ve Cinsiyet 17
2.6.2. Sağlık Hizmetler ve Sosyal Hizmet Sistemi İle İlgili Belirleyiciler 18
2.6.3. Davranışsal Belirleyiciler 19

2.6.4. Kişisel Belirleyiciler 20
2.6.5. Fiziksel Çevre İle İlgili Belirleyiciler 20
2.6.6. Sosyal Belirleyiciler 21
2.6.7. Ekonomik Belirleyiciler 24
2.7. Yaşam Kalitesi 25
2.7.1. Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalitesi 26
2.7.2. Sağlıkla Doğrudan İlgili Yaşam Kalitesi 26
2.7.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü 27
2.7.4. Yaşlılarda Kullanılan Bazı Yaşam Kalitesi Ölçekleri 28
2.7.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği 30
2.8. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi 32
2.9. Depresyon 33
2.9.1. Depresyon Yaygınlığı ve Sınıflandırılması 33
2.9.2. Depresyon Etyopatogenezi 35
2.9.3. Depresyon Etyolojisi 35
2.10. Yaşlılarda Depresyon 36
2.10.1. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi 36
2.10.2.2 Yaşlılarda Depresyon Tanısı 38
2.10.3. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği 41
2.10.4. Yaşlılarda Depresyonun Prognozu 41
2.10.5. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi 42
2.11. Yaşlılarda Görülen Depresyon ve Yaşam Kalitesi İlişkisi 43
3. GEREÇ VE YÖNTEM 44
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 44
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 44
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 44
3.4. Araştırmanının Değişkenleri 45
3.5. İzinler 45
3.6. Verilerin Toplanma Yöntemi ve Araçları 45
3.6.1. Anket Formunun Oluşturulması ve Düzenlenmesi 46
3.6.2. Anket Formunun Uygulanması 48
3.6.3. Verilerin Analizi 48

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları 49
3.8. Araştırmanın Süresi 49
4. BULGULAR 50
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 50
4.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Puanları ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi 57
4.2.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarının Birbirleri İle İlişkileri 67
4.2.2. Araştırmaya Katılan Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Düzeyine Etki Edebilecek Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları 67
4.3. Katılımcıların Depresyon Belirtileri ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi 82
4.4. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Depresyon Puan Ortalamaları İle WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Alt Alan ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki 91
5. TARTIŞMA 92
5.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması 92
5.2. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Puanları ve Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışması 98
5.3. Katılımcıların Depresyon Belirtileri ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisin Bulguların Tartışması 104
5.4. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Puanları ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışması 111
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 114
KAYNAKLAR 119
EKLER 143
EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı 143
EK 2. Erzurum İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı 144
EK 3. Anket Formu 145

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve temel alan maddeleri..... 47
Tablo 2. Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi..... 49
Tablo 3. Katılımcıların cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı..... 50
Tablo 4. Katılımcıların cinsiyete göre eğitim durumlarının dağılımı..... 51
Tablo 5. Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımı 51
Tablo 6. Katılımcıların cinsiyete göre sağlık güvencesine sahip olma durumlarının dağılımı..... 51
Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre düzenli aylık gelirleri olma durumlarının dağılımı 52
Tablo 8. Katılımcıların cinsiyete göre evde birlikte yaşadıkları kişilerin dağılımı ... 53
Tablo 9. Katılımcıların cinsiyete göre yaşlılık algılarının dağılımı 53
Tablo 10. Kronik hastalık sayısının cinsiyete göre dağılımı 54
Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımları 54
Tablo 12. Katılımcıların geçen son bir yıla göre sağlık düzeyi algılarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları..... 55
Tablo 13. Katılımcıların kullandıkları cinsiyete göre yardımcı cihaz kullanım durumlarının dağılımı..... 56
Tablo 14. Katılımcıların cinsiyete göre sigara kullanım durumlarının dağılımı 56
Tablo 15. Araştırma kapsamına giren yaşlıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü 6 temel alan ve 24 alt alan puan ortalamaları dağılımı 57
Tablo 16. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi..... 59
Tablo 17. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi..... 60
Tablo 18. Yaşam kalitesi temel alan puanı ortalamalarının çocuk sayılarına göre değerlendirilmesi..... 61
Tablo 19. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının evde birlikte yaşadıkları kişilere göre değerlendirilmesi 62

Tablo 20. Yaşam kalitesi temel alan puanlarının yaşlılık algısına göre değerlendirilmesi 64
Tablo 21. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sağlık düzeyi algısına göre değerlendirilmesi 65
Tablo 22. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sağlık durumuna göre değerlendirilmesi 66
Tablo 23. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sigara kullanım durumuna göre değerlendirilmesi 66
Tablo 24. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarının birbirleri ile ilişkileri 67
Tablo 25. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi duyusal alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 69
Tablo 26. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi otonomi alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 71
Tablo 27. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 73
Tablo 28. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi sosyal katılım alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 75
Tablo 29. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölüm ve ölümlülük alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 77
Tablo 30. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi yakınlık alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 79
Tablo 31. WHOQOL-OLD toplam yaşam kalitesi üzerine etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 81
Tablo 32. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı 82
Tablo 33. GDÖ kesme noktasına göre puan dağılımı 83
Tablo 34. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 84
Tablo 35. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 85

Tablo 36. Katılımcıların gelir kaynaklarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 85
Tablo 37. Katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişilere göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 86
Tablo 38. Katılımcıların yaşlılık algılarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 86
Tablo 39. Katılımcıların geçen son bir yılda sağlık düzeyi algılarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 87
Tablo 40. Katılımcıların sağlık durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 87
Tablo 41. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 88
Tablo 42. Katılımcıların yardımcı cihaz kullanım durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 88
Tablo 43. Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı 89
Tablo 44. Depresyon belirtisi üzerine etkili olabilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları 90
Tablo 47. Depresyon puan ortalamaları ile WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alan ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişkisi 91
Tablo 48. Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların GDÖ'ye göre puan ortalaması ve depresyon belirtisi sıklığı 105

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ABD	**:** Amerika Birleşik Devletleri
ACOVE	**:** Assesing Care of Vulnerable Elderly
BOLD	**:** Burden of Obstructive Lung Diseases
DALY	**:** Disability Adjusted Life Year
DSM	**:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
EQ 5-D	: EuroQol Instrument
GBG	**:** Geçmiş Bugünkü ve Gelecek Aktivitleri
FEV	**:** Forced Expiratory Volüme
FVC	**:** Forced vital capacity
KOAH	**:** Kronik Obstriktif Akciğer Hastalığı
HUI	: Health Utility Index
MMSE	**:** Mini Mental Durum Değerlendirme Testi
NİCE	**:** National Institute for Clinical Excellence
NNP	**:** Nottingham Health Profile
NUTS	**:** The Nomenclature of Territorial Units for Statistics
QALY	**:** Quality Adjusted Life Year
SF-36	**:** Short Form-36
SIP	**:** Sickness Impact Profile
TÜİK	**:** Türkiye İstatistik Kurumu
USPSTF	**:** United States Preventive Services Task Force
YLD	**:** Years Lost due to Disability
WHOQOL-BREF	**:** World Health Organization Quality of Life- BREF
WHOQOL-OLD	**:** World Health Organization Quality of Life Old
WONCA	**:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

TEŞEKKÜR

Eğitimimde büyük katkısı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı'mız sayın Prof. Dr. Serhat VANÇELİK'e, tez yöneticim Dr. Öğr. Üyesi Elif Okşan ÇALIKOĞLU'na, anabilim dalımızdaki tüm öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, ayrıca emekli öğretim üyesi sayın Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN'a teşekkür ederim.

Gerek uzmanlık eğitimim gerekse tez çalışma dönemimde bana desteklerini esirgemeyen eşime, anne ve babama, varlığı ile bana moral kaynağı olan oğlum Muhammed Furkan'a sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Banu BEDİR

ÖZET

Bedir, B. Erzurum Palandöken Merkez İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörler. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD. Erzurum 2018

Nüfusun yaşlanması, yirmi birinci yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan birisidir. Son yıllarda gerçekleşen, çevre koşulları, gelir düzeyi ve dağılımındaki düzelmeler, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının sağlanması gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması, barınma koşullarının düzelmesi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artışı bireylerin yaşam süreleri ve kalitesini olumlu yönde etkilemiştir. Bu çalışma, Erzurum Palandöken İlçesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri popülasyonda yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etki eden faktörleri ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı kesitsel nitelikte planlandı. Çalışmaya 65 yaş ve üzerinde olan 480 yaşlı birey dahil edildi. Araştırma grubundaki yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği, depresyon belirtisini değerlendirmek için Geriatrik Depreyon Ölçeği kullanıldı. Katılımcıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 56.64±15.57'di. Alt alan ortalamalarına göre en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması ölüm ve ölümlülük alanına ait iken, en düşük sosyal katılım alanına aitti. Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması kadınlarda, ileri yaşta, okuryazar olmayanlarda, düzenli aylık geliri olmayanlarda, sağlık durumunu geçen yıla göre kötü olarak değerlendirenlerde, kendisini çok yaşlı olarak değerlendirenlerde ve kronik hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Katılımcıların Geriatrik Depreyon Ölçeği puan ortalaması 14.59±5.27 olup depresyon belirtisi görülme sıklığı %56.5'ti. Depresyon belirtisi kadınlarda, genç yaşlı grupta, evlilerde, okuryazar olmayanlarda, düzenli aylık geliri olmayanlarda, kendisini çok yaşlı olarak değerlendirenlerde, sağlık düzeyi algısını kötü olarak değerlendirenlerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Depresyon puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0.001$).

Sonuç olarak; araştırma bölgemizdeki yaşlı popülasyonun yaşam kalitesi ve depresyon belirtisini etkileyen etmenlere yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, yaşam kalitesi, depresyon, WHOQOL-OLD, GDÖ

ABSTRACT

Bedir, B. Factors Affecting Quality of Life and Depression Levels in the Population Aged 65 and Over Living in the District of Palandöken in Erzurum. Atatürk University Medical Faculty Public Health Department. Erzurum 2018

Population aging is a major demographic phenomenon of the 21st century. Improvements in environmental conditions, better income levels and distribution, healthier lifestyles including balanced and adequate nutrition, and improved housing and access to health services have impacted positively on life expectancy and quality. This descriptive, cross-sectional study was planned to determine factors affecting quality of life and depression levels in the 65 and over age group in the Palandöken district of Erzurum. WHOQOL-OLD was used to evaluate quality of life, and the Geriatric Depression Scale for depressive symptoms. The mean WHOQOL-OLD score was 56.64±15.57. The highest quality of life score was determined in the death and dying subcomponent, and the lowest in social participation. Mean total quality of life was significantly lower in women, at advanced age, in the illiterate, and in subjects with no regular monthly income, with poorer health than the previous year, who regarded themselves as very old, and with chronic disease ($p<0.001$). The mean Geriatric Depression Scale score was 14.59±5.27, and the prevalence of depressive symptoms was 56.5%. Depressive symptoms were significantly higher in women, the younger age group, married subjects, the illiterate, and subjects with no regular monthly income, and those regarding themselves as very old and their health as poor ($p<0.05$). Significant negative correlation was determined between mean depression score and mean quality of life score ($p<0.001$).

In conclusion, protective, therapeutic and rehabilitative services aimed at factors affecting quality of life and depression in the elderly in our region must be increased.

Key words: Elderly, quality of life, WHOQOL-OLD, GDS

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlanma; genetik, fiziksel ve sosyal çevreden etkilenen, canlıların tümünde görülen, zamanla işlevsellikte azalmaya neden olan, dinamik ve evrensel bir süreçtir. Nüfusun yaşlanması, son yıllarda ortaya çıkan en önemli demografik olgulardan birisidir. Çevre koşulları, gelir düzeyi ve dağılımındaki iyileşme, bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, eğitim seviyesinin yükselmesi, dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanması, konut koşullarının düzelmesi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması, sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Bu durum yaşlı nüfus artışına ve toplumlarda da yaşlanmaya yol açmaktadır (1). İnsan yaşamındaki en önemli dönemlerden biri olan yaşlılık; bireyin zihinsel, bedensel ve ruhsal yapısının değişmesini ve var olan fiziksel ve zihinsel kapasitenin azalmasının görüldüğü ekonomik, kültürel ve çevresel ekonomik etmenlerden etkilenen kaçınılmaz bir yaşam sürecidir (2).

DSÖ verilerine göre, demografik göstergelerdeki eğilimler bu şekilde devam ettiği takdirde dünyada yaşlı nüfusun 2000 yılından 2050 yılına kadar 600 milyondan 2 milyara ulaşacağı ve bu nüfus artışın büyük çoğunluğunun az gelişmiş ülkelerde gerçekleşeceği öngörülmektedir (3).

TÜİK 2015 yılı verilerine göre Dünya nüfusunun %8.5'ini yaşlı nüfus oluşturmakta olup en yüksek oransa yaşlı nüfusa sahip ülkeler Monako (%30.4), Japonya (%26.6) ve Almanya (%21.5)'dır. Türkiye'de ise bu oran %8.2 olup yaşlı nüfusa sahip 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'deki yaşlı nüfus oranının 2023'te %10.2'ye, 2050'de %20.8'e, 2075'te %27.7'ye artacağı tahmin edilmektedir (4).

DSÖ en hızlı nüfus artışının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığını belirtmiş olup sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmek, yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamak ve bağımsız yaşamalarının sürekliliğini sağlamak amacıyla sağlam bir sistem kurmanın gelecek için iyi bir yatırım olacağı üzerinde durmuştur. Bu bağlamda 2016 yılında 69. DSÖ toplantısı yapılmış ve bu toplantıda ″Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Multifaktöriyel Eylem: Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Küresel Strateji ve Eylem Planı″ hazırlanmıştır. Geliştirilen bu stratejide özellikle beş hedef üzerine odaklanılmıştır:

- Her ülkenin sağlıklı yaşlanma konusunda kararlılığını ortaya koyması,
- Yaşa uygun çevre gelişimini desteklenmesi,
- Her ülkenin sağlık sistemini yaşlılara uygun hale getirmesi,
- Sürdürülebilir ve eşitliğe dayanan sağlık sistemi geliştirilmesi,
- Sağlıklı yaşlanma ile ilgili izleme ve araştırmanın iyileştirilmesi.

Yaşlı nüfustaki artışa bağlı en uygun sağlık sistemi cevabının geliştirilmesi için ülkemizde, DSÖ eylem planı ve Sağlık 2020 Hedefleri'ne paralel olarak, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2015-2020) hayata geçirilmiştir (5).

Ülkeler tarafından yaşlı sağlığını korumaya yönelik uygulanan politikalar sayesinde yaşlı nüfus sayısında artış olmuş ve doğumda beklenen yaşam süresi uzamıştır (6). Doğumda beklenen yaşam süresi en uzun olan ülkelerin başında Japonya, İsviçre, Singapur, Avusturalya ve İspanya gelmektedir (7).

Yaşlılar yaşlılık döneminde daha sık kronik hastalıklarla karşılamaktadırlar. Bu hastalıklar veya yaşanan sağlık sorunları bireyin yaşam memnuniyetini ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (8).

Yaşam kalitesi, son yıllarda öne sürülen ve her geçen gün önem kazanan bir kavram olup, DSÖ nün sağlık tanımlamasına daha geniş bir yaklaşım getirmiştir. Bireyin yapabildiği ve yapmayı arzuladığı aktiviteler ile, algılanan farka gösterilen duygusal veya kişisel yanıt olarak tanımlanabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin sağlığının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki rolünü ve yaşamdan algılanan fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (9, 10).

Yaşam kalitesi, genel anlamda mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı tanımlayan bir terimdir. Diğer bir tanımla ile bireyin düşüncelerini geliştirebilmek, paylaşabilmek, savunabilmek, kendi iradesi, seçimi ve yönetimi ile hayatını yönetebilmek ve sürdürebilmektir (11).

Yaşlılık; fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme ile karakterize bir dönem olup; sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması gibi birçok sorunun da yaşanması açısından önemlidir. Yaşın ilerlemesiyle

fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik değişiklikler oluşmakta ve bu değişimler de birtakım sorunlara neden olmaktadır (8, 12).

Yapılan araştırmalarda yaşlı nüfusta kayda değer düzeyde psikiyatrik belirtiler bulunmuş olup depresyon %25 oranıyla bunların başında gelmektedir. Yaşlılıkta görülen depresyon, yaşlanma sürecinin getirdiği biyopsikososyal değişiklikler nedeniyle gençlerden farklı bir tablo göstermektedir (13). Yaşlı bireylerde görülen depresyon, yaşam kalitesi olumsuz etkilemekle birlikte mevcut olan kronik hastalıkların ağırlaşmasına yol açan önemli bir halk sağlığı problemidir (14, 15).

Yapılan araştırmalar; depresyon puanlarının yükselmesinin, kronik hastalık sayısı artmasının ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte yaşanan sorunların yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğünü göstermiştir (16, 17).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

Yaşlılığın pek çok alanda tanımı bulunmakla birlikte DSÖ yaşlılığı; ″Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması″ olarak tanımlamaktadır. (18).

Normal yaşlanma, yaş almaya bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlevlerdeki değişikliklerini tanımlamaktadır.

Biyolojik yaşlanma, yumurtanın döllenmesi ile başlayıp yaşam boyu devam eden bir olgudur. İnsan vücudunun anatomik ve fizyolojik fonksiyonlarında ortaya çıkan değişimlerdir.

Sosyal yaşlanma, bireyin içinde yaşadığı toplumun sosyal ve kültürel özelliklerine göre değişen ve kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da kendi biriktirimleri ile yaşadığı dönemi ifade etmektedir.

Psikolojik yaşlılık, bireyin kendi yaşını nasıl hissettiğine bağlı olarak ortaya çıkan davranışsal uyum yeteneğindeki değişimlerdir.

Ekonomik yaşlılık, emekliliğin de etkisi ile maddi konulardaki değişikliklerin yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesi ifade eden dönemi belirtmektedir.

Kronololojik yaşlanma, birer yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Bunun karşılığı toplumda ″yaş″ tır. DSÖ yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı kullanmakta ve bu dönemi ″65 yaş ve üzeri dönem″ olarak kabul etmektedir.

Patolojik yaşlanma, normal yaşlanma süreci ile sağlık sorunlarının etkileşmesi sonucu oluşan patolojik olayların tümüdür (19, 20).

Fonksiyonel yaşlanma, aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonlarını devam ettirememe durumudur.

2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması

DSÖ'nün yapmış olduğu yaşlılık sınıflandırmasına göre;

65-74 yaş arası dönem (Genç yaşlılık dönemi): Bu dönem sıklıkla emekliliği takip eden bir dönemdir. Fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların gözlenmediği ve beklenmediği bir dönemdir

75-84 yaş arası dönem (Orta yaşlılık dönemi): Bu dönemde sıklıkla fonksiyonel kayıplar oluşmaya başlamasına rağmen kişi genellikle belli bir oranda başkalarına bağlı olmadan yaşamını sürdürebilecek durumdadır.

85 yaş ve üzeri dönem (İleri yaşlılık dönemi): Bakım ihtiyacının ortaya çıkması nedeniyle ayrı bir grup olarak değerlendirilmektedir (21, 22).

2.1.2. Toplumsal Yaşlanma

Altmışbeş yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir. Toplumlar, yaşlı bireylerin oranlarına göre 4 gruba ayrılmıştır:

a) **Genç toplumlar;** yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %4'den az olduğu toplumlardır (Gana, Nijerya).
b) **Erişkin toplumlar;** yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %4-7 arasında olan toplumlardır (Peru, Çin ve Türkiye gibi Batı Asya, Güney Amerika bölge ülkeleri).
c) **Yaşlı toplumlar;** yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %7-10 arasında olduğu toplumlardır (Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri).
d) **Çok yaşlı toplumlar;** yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %10'un üzerinde olan toplumlardır. (İngiltere, İsveç, Kanada, Japonya) (22) (23).

2.1.3. Geriatri ve Gerontoloji

Son yıllarda yaşlıların sorunları ile daha yakından ilgilenen geriatri ve gerontoloji dalları önem kazanmıştır. Geriatri bilimi yaşlı sağlığı ve bunları etkileyen nedenlere yönelik çalışmalar yaparken, Gerontoloji Bilimi daha sosyal ve

yorumlamaya açık bir alandır. Yaşlılığın sosyal, politik ve kültürel koşullarını, demografik değişimlerin sosyal sorunlara etkisini, yaşlanmanın tarihsel boyutunu ve yaşlılıkla ilgili felsefi düşünceleri bütüncül şekilde incelemektedir.

Geriatri; yaşlı nüfusun artışıyla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunlarının tek bir bilim dalının çözmekte zorlandığı durumlarda, sağlık ihtiyaçları doğrultusunda gelişip şekillenen bir bilim dalıdır. Tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri olan bütüncül bir yaklaşımı ve nöroloji, psikiyatri, rehabilitasyon, sosyal hizmetler gibi bir çok disiplinle işbirliği gerektiren bir ekip hizmetidir. Basit anlamda yaşlı tıbbı anlamına gelen Geriatri'nin başlıca hedefi yaşlılık döneminde olan insanların yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilecek ve yaşamlarıyla ilgili kararlarını tek başlarına alabilecek duruma getirmek veya bu durumu korumaktır. Gerontoloji disiplinlerarası bir bilim dalı olarak, yaşlanmanın sebeplerini araştırarak Geriatrinin işlevselliğini artırmaktadır. (24-26).

2.2. Demografik Dönüşüm

Sosyal koşullardaki iyileşmeler ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte doğumda beklenen yaşam süresi uzamakta ve tüm dünya ülkelerinde yaşlı nüfusun artmasına yol açmaktadır.

Nüfusun yaşlanması, çocukların ve gençlerin nüfus içerisindeki oranının azalarak, yaşlı nüfusun göreceli olarak artıp nüfus yapısının değişmesidir. Küresel yaşlanma süreci ″demografik dönüşüm″ konusunu gündeme getirmektedir. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları şekil değiştirmekte, mortalite ve fertilitede azalma ile birlikte doğumda beklenen yaşam süresinde artış olmaktadır. Böylece çocuk ve gençlerin nüfus içinde oranı azalırken yaşlıların oranında artış görülmektedir (27).

Demografik dönüşüm 19. yüzyılın başlarında Avrupa'da sanayileşmeyle birlikte ortaya çıkmıştır ve 22. yüzyılda ise bu sürecin sona ereceği tahmin edilmektedir (28).

Demografik Dönüşüm Modeli'ni ilk defa 1929 yılında demograf Warren Thomson ortaya atmıştır. Modelde, demografik dönüşüm üç aşamaya ayrılmış, daha

sonra 1945'de Dudley Kirk ve Frank Notestein'in katkılarıyla model geliştirilerek dört aşama olarak belirlenmiştir (29, 30).

Birinci Aşama: Yüksek doğum ve ölüm oranlarının gerçekleştiği modern yaşam öncesi dönemdir. Nüfus artış hızının çok yavaş olduğu bir dönemi ifade etmektedir. Tarım toplumu döneminden 17. yüzyılın sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Doğum ve ölüm hızları %30–50 arasında gerçekleşmektedir. Bu dönemde çocuk ölüm hızlarının yüksek olmasının yanında aile planlaması hizmetlerinin yeterince uygulanmaması nedeniyle doğum hızları da yüksek olmuştur. Salgın hastalıklar, kötü sağlık koşulları, yiyecek kıtlığı ve savaşlar nedeniyle de yüksek ölüm hızları görülmüştür.

İkinci Aşama: Şehirleşme ve sanayileşmenin başladığı doğum hızlarının yüksek olduğu, ancak ölüm hızlarının azaldığı dönemdir. İlk olarak Kuzey Avrupa'da başlamıştır. Doğum hızları yüksek düzeyini korumuş, ölüm oranları ise tarım devrimi ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi sonucu düşüş göstermiştir. 18. yüzyılın sonunda başlayan ve 19. yüzyılın sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Özellikle sulama kanallarının geliştirilmesi ve yeni ekim teknikleriyle daha fazla ve daha kaliteli tarım ürünleri elde edilmesi, sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve bazı hastalıkların tedavi yollarının bulunması ölüm hızlarını düşürmüştür.

Üçüncü Aşama: 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın ortasına kadar olan gelişmiş sanayi dönemidir. Doğum ve ölüm hızları düşmüştür. Sanayi toplumuna geçişle birlikte geleneksel aile yapısının ve yaşam şeklinin değişmesi, kadınların öğretim düzeyinin artması doğum hızlarını azaltmıştır. Aynı zamanda teknolojideki gelişimin hızlanması, hastalıklarla ilgili tedavi yollarının bulunması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ölüm hızlarını düşürmüştür.

Dördüncü Aşama: İstikrarlı bir şekilde devam eden doğum ve ölüm hızlarının düşük olduğu dönemi ifade etmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan günümüze kadar olan dönemi kapsamaktadır. Tıp teknolojisindeki ilerleme, tarım sektöründeki nüfusun azalması, sağlık harcamalarının iyileştirilmesi ve sosyal alandaki gelişmeler söz konusu dönemde etkili olmuştur (18).

Bu konuda ilk yazarlardan biri olan Blaker 1947 yılında beşinci aşama olarak düşük doğurganlık aşamasını eklemiştir. Bu aşamada doğumlar ölümlerin de altına iner ve nüfus azalmaya başlamıştır (18, 31).

2.3. Nüfusun Yaşlanması Sürecinde Ele Alınan Bazı Temel Değişkenler

Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi: Yeni doğmuş bireylerin tüm yaşamı boyunca doğum anındaki mortalite koşullarının aynı olduğu varsayılarak hesaplanan, ortalama olarak beklenen yaşam süresidir. 2016 yılında DSÖ'nün yayınladığı Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu'na göre doğumda beklenen yaşam süresi en uzun olan ilk beş ülke; Japonya, İsveç, Singapur, Avustralya ve İspanya'dır (32). TÜİK 2017 verilerine göre ülkemizde ise doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıldır (33).

Toplam Doğurganlık (Fertilite) hızı: Yaşa özel doğum hızlarının (katsayı kullanılmadan) toplamının 5 ile çarpılmasıyla elde edilir. Bunun anlamı; belirli bir yılda doğurganlık çağında olan kadınların doğurganlık düzeyleri aynen devam ederse, doğurganlık dönemini tamamladıklarında her kadının ortalama ne kadar çocuk sahibi olacağını ifade eder (34). TÜİK 2017 verilerine göre ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2.1'dir (35).

Nüfus artış hızı: Bir ülkede belli bir sürede insan sayısında meydana gelen artış oranıdır. Ülkemizde TÜİK 2017 yılı verilerine göre nüfus artış hızı binde 12.4'tür (36).

Medyan Yaş: Belirli bir nüfusu oluşturan kişiler yaş büyüklüğüne göre sıralandığında, en ortada kalan kişinin yaşı veya iki kişinin yaşlarının aritmetik ortalamasıdır. Ülkemizde medyan yaş TÜİK 2017 verilerine göre 31.7 olarak açıklanmıştır (36).

Yaşlı Bağımlılık Oranı: 65 yaş ve üstündeki her 100 kişiye karşın 15-64 yaşlarındaki kişi sayısıdır. TÜİK 2018 verilerine göre ülkemizde yaşlı yaşlı bağımlılık oranı %12.6'dır (37).

Yaşlanma endeksi: 15 yaş altı her yüz çocuğa düşen 65 yaş üstü kişilerin sayısını ifade eder. TÜİK 2013 verilerine göre Türkiye yaşlanma endeksi %45.9 olarak bildirilmiştir (38, 39).

2.4. Yaşlı Nüfus Demografisi

2.4.1. Dünya'da Yaşlı Nüfus Demografisi

Bugün tüm dünyada, sağlık alanındaki gelişmeler ve sosyal koşullardaki iyileşmelerle birlikte doğumda beklenen yaşam süresi uzamıştır. Bu durum, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde anne-bebek ölümleri ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümlerin azalmasının sonucudur. Yüksek gelir grubu ülkelerde ise yaşlılarda kronik hastalıklar nedeniyle ölümlerin azaltılmasından kaynaklanmaktadır (40).

DSÖ'ne göre, yaşlı nüfus oranı %11 olan Brezilya'da, 2015 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 75 yıl olup, yaklaşık 50 yıl önce 20 yıl daha kısa olduğu rapor edilmiştir (40, 41). İran'da ise 2015 yılında yaşlı nüfus tüm nüfusun %11'ini oluşturmaktadır ve yaklaşık 35 yıl içinde bu oranın %33'ün üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (40).

Doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılından itibaren çarpıcı şekilde artmaktadır. 1960 yıllarından beri en hızlı artış 2000 yılından 2015'e kadar yaşanmış olup 5 yıl artmıştır. Küresel olarak yaşam beklentisi 2015 yılında doğan çocuklar için 71.4 yıl (kadınlar için 73.8 yıl ve erkekler için 69.1 yıl)'dır. Ancak DSÖ'nün ″Dünya Sağlık İstatistikleri: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri İçin Sağlığın İzlenmesi″ başlıklı konferansına göre ülkeler arasında büyük eşitsizliklerin devam etmekte olduğu belirtilmiştir (7).

Doğumda beklenen yaşam süreleri Japonya'da 83.7, İsviçre'de 83.4, Singapur'da 83.1, Avusturalya'da 82.8, İspanya'da 82.8 iken Angola'da 52.4, Sierra Leone'de 50.1'dir. Dünya'da doğuşta beklenen yaşam süresinin ortalaması 80 ve üzeri olduğu ülke sayısı 29'dur (42).

Dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfusun 1950 yılında 200 milyon kişi (%8), 2000 yılında 600 milyon kişi (%10), 2015 yılında 900 milyon (%12) olduğu bilinmektedir. 2050 yılı için 60 yaş ve üzerinde nüfusun 2 milyarın üzerine çıkması ve toplumun %22'sini oluşturması tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus oranlarındaki artışın %80'inin gelişmekte olan ülkelerden kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (38, 43, 44).

2.4.2. Türkiye'de Yaşlı Nüfus Demografisi

Ülkemizde çağdaş anlamda ilk kez 1927 yılında yapılan nüfus sayımına göre nüfus 13.6 milyon olarak tespit edilmiştir. Doğurganlığı teşvik edici politikaların etkisiyle 1960 yılında ülke nüfusu yaklaşık iki kat artarak 28 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı kadın başına yaklaşık olarak 6 olmuştur. Bin dokuz yüz altmış beş yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik nüfus politikalarının uygulaması ile toplam doğurganlık hızı düşme eğilimine girmiştir (38).

2016 yılı Türkiye sağlık istatistik yıllığı raporuna göre ülkemizin toplam nüfusu 79.814.871 olup, yıllık nüfus artış hızı binde 13.5 ve kadın başına toplam doğurganlık hızı 2.1'dir (45). Yıllar içerisinde genel ölümlülük düzeyi ve erken yaş ölümlerindeki iyileşmelere paralel olarak doğumda beklenen yaşam süresi artış göstermiştir ve Türkiye geneli için toplamda 78 yıl, erkeklerde 75.3 yıl ve kadınlarda 80.7 yıl olarak rapor edilmiştir (46).

Yaşlı nüfus sayısı 2015 yılında 5 milyon 891 bin 694 iken, 2017 yılında %17 artarak 6 milyon 895 bin 385 kişi olarak açıklanmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı ise 2013 yılında %7.7 iken, 2017 yılında %8.5'e yükselmiştir. Yaşlı popülasyonun %44'ünü erkekler, %56'sını kadınlar oluşturmuştur (37).

Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (37).

2.5. Yaşlanmanın Sağlık Boyutu

Yaşlanma, organizmada hastalıktan bağımsız olarak gelişen, ilerleyen ve engellenemeyen değişikliklerin yaşanmasıdır. Organlar farklı hızlarda yaşlanır ve bunlar yaş, genetik yapı, yaşam tarzı ve çevresel etkenler tarafından belirlenir. Yaşlanmadaki bu değişiklikler neticesinde, vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalık sıklığı artmaktadır (47, 48). Yaşlanma ile ortaya çıkan bu sorunlar ancak sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesi ve ″Sağlıklı Yaşlanma″ kavramının geliştirilmesi ile aşılabilir (49).

Yaşlılardaki pek çok fizyolojik kayıpların getirdiği sorunların başında düşme gelmektedir. Görmede ortaya çıkan bozulmalar, postural instabilite (sabit durmada zorluk), hareketsizlik, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitede kuvvetsizlik ve vertigo (baş dönmesi) gibi durumlar düşmeye neden olabilmektedir. Bu gibi kişisel faktörlerin yanında yaşlılarda düşmeye neden oluşturabilecek çevresel faktörler, ilaç yan etkileri, diğer akut ve kronik hastalıklar, depresyon, apati ve konfüzyon gibi durumlar da dikkate alınmalıdır. Ayrıca düşmeler yaşlılar için önemli mortalite ve morbidite nedeni olabilmektedir. Özellikle osteoporozlu yaşlı hastalarda kaburga çatlak-kırıklarına neden olabilmektedir ve bu yaşlıların yaklaşık %20'si aynı yıl içinde ölmektedir. Yaşlılarda bu kronik hastalıklar nedeniyle uzun dönem bakım gereksinimlerine ihtiyaç artmıştır (50).

Kronik hatalıklardaki artış ülkemiz içinde önde gelen halk sağlığı sorunları arasındadır. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2016 yılı raporuna göre, ölümlerin %39.8'i dolaşım sistemi hastalıklarından, %19.7'si malignitelerden, %11.8'i solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır (45).

2.5.1. Kardiyovasküler Sistem

Kalbin yapısı ve fonksiyonlarındaki yaşa bağlı olarak gelişen değişiklikler ve fiziksel inaktivite yaşlılarda kalp yetmezliğine neden olan risk faktörleridir.

Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemde önemli değişiklikler olur. Kollajen ve diğer yapısal elemanların yaşlanması arteriel sistemde elastisite kaybına

ve periferal rezistansta artmaya yol açar. Yaşlanmanın etkisiyle myokardial gevşeme bozulur ve kalbin diastolik fonksiyonu engellenir. Kardiyak rezerv azalır.

Sinoatrial düğümde iletim yavaşlar, ventrikülerde kontraksiyon azalır. Yaşla sistolik kan basıncındaki artışın temel mekanizması, büyük arterlerdeki esneklik kaybıdır. Yaşla birlikte sistolik kan basıncı artarken, diastolik basınç değişmeyebilir, hafif yükselebilir veya hafif düşebilir. Diastolik kan basıncının azalması koroner damarların perfüzyonunu azaltarak zaten hipertrofiye uğramış ve duvar gerilimi artmış ventrikül kasının iskemisine neden olur (51).

Altmış beş yaş ve üzeri bireyler için en önemli kardiyovasküler risk faktörü hipertansiyondur. Ülkemizde 2012 yılında yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasında, yaşlılarda hipertansiyon prevalansı 60-69 yaş gurubunda %67.9, 70-79 yaş gurubunda %85.2 ve 80 yaş ve üzerinde %76.3 olarak belirlenmiştir. 65 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon prevalansı %84.4 iken, erkeklerde bu oran %71.5'tir (52).

2.5.2. Solunum Sistemi

Akciğerin esnekliğinin azalması, göğüs duvarında sertliğinin artması ve solunum kaslarının zayıflamasına bağlı olarak yaşlılarda akciğer fonksiyonları azalır. Bu değişikliklerin sonucunda; zorlu vital kapasitede, difüzyon kapasitesinde, gaz değişiminde, ventilasyonda ve respiratuvar duyarlılıkta önemli azalmalar gelişmektedir. Sigara bu değişimleri daha da hızlandırmaktadır. Sigara içmeyen ya da akciğer hastalığı olmayan bir yaşlının solunum fonksiyonları günlük yaşam aktiviteleri için yeterlidir. Ancak aşırı egzersiz sırasında ve yüksek irtifalarda nefes alırken zorlanırlar. Solunum sistemi enfeksiyonları, özellikle de pnömoni, yaşlılarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli ölüm sebepleri arasındadır. İlerleyen yaşla birlikte akciğerlerde silyar aktivite azalması, öksürüğün azalması ve vücudun savunma sisteminin zayıflaması nedeniyle akciğer enfeksiyonları sıklığı da artmaktadır(53, 54).

Gelişmiş ülkelerde KOAH nedenli ölümler tüm ölümlerin yaklaşık %10'udur. DSÖ, KOAH nedenli ölümlerin 2030 yılında dördüncü sıraya yükseleceğini öngörmektedir (55).

Bin dokuzyüz doksan ve 2001 yılları arasında yapılan toplum tabanlı 32 prevalans çalışmasının meta-analizinde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının %9-10 olduğu bildirilmiştir (56, 57). Son yıllarda yapılan PLATINO VE BOLD çalışmaları iki uluslararası çalışma olup bu konuda daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır. (58, 59). KOAH prevalansın %20'ler düzeyinde olduğu, hastalığın yaşla ve sigara içme yoğunluğu ile ilişkili olarak arttığı, gelişmiş ülkelerde sigara içme yaygınlığı ile ilişkili olarak erkek ve kadınlarda benzer prevalans değerlerinin elde edildiği, fakat gelişmekte olan ülkelerde hastalığın erkeklerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir (60).

Ülkemizde ise 3. en sık ölüm nedeni solunum sistemi hastalıklarıdır ve bunun büyük bir kısmını KOAH oluşturmaktadır (61).

2.5.3. Gastrointestinal Sistem

Yaşlanmanın gastrointestinal sistemdeki genel etkisi hareket, salgı ve emilim kapasitesindeki azalmadır.

Yaşlanma ile birlikte tükrük bezlerindeki asiner hücrelerdeki azalmaya bağlı olarak tükrük yapımı da azalır ve yaşlıların %40'ı ağız kuruluğundan yakınır. Oral mukoza epitelinde incelme olur. Diş etlerinde çekilme olur, diş sementumu açığa çıkar ve diş çürümelerine yatkınlık artar. Yaşlılarda diş eksikliği ve diş yokluğu önemli bir sorun teşkil eder. Tat ve koku duyuları da azalma meydana gelir (62).

Yaşlılarda yutma zorluğu da sık karşılaşılan bir problemdir. Mide mukozasında atrofi, mide boşalmasında ise hafif bir gecikme gözlenir. 60 yaşını geçen kişilerin hemen hemen hepsinde ince barsak mukoza villuslarında kısalmaya bağlı olarak kalsiyum, demir ve vitamin D emiliminde azalma olur (63).

Kalın barsak motilitesinin azalması nedeni ile konstipasyon yaşlı popülasyonda sık olarak görülür. Yaşla birlikte rektumda bazı mekanik değişiklikler olur. Rektal

duvar elastisitesindeki azalma, eksternal sfinkterin tonik aktivitesinin çok küçük volümlerde kaybolması ile sonuçlanır. Rektal dolumun başlangıçtaki algılanmasını sağlayan, rektal basınç sınırında yaşla ilgili artış saptanmıştır. İnternal anal sfinkterde yapısal değişiklikler oluşur. Buna bağlı olarak yaşlılarda fekal inkontinans da sık olarak görülür (63).

2.5.4. Üriner Sistem

Böbrek parankim dokusunda atrofi ve böbrek kanlanmasının azalması nedeniyle böbrek fonksiyonları bozulmaktadır. Mesane kapasitesinin düşmesi, üreter, üretra ve mesane kaslarının elastikiyet ve tonuslarının azalması sonucu idrar inkontinansı, poliüri ve noktüri gibi şikayetler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca yaşlı erkeklerde prostat büyümesine bağlı olarak idrar retansiyonu oluşabilmektedir. Kadınlarda sistosel nedeniyle idrar kaçırma görülebilmektedir (47).

2.5.5. Metabolik ve Endokrin Sistem

Yaşlanmaya bağlı düşkünlüğün en önemli nedenleri arasında metabolik endokrin ve sistemlerinde meydana gelen bozuklar yer almaktadır. Yaşlılıkta organların fonksiyonlarında ve diğer organlarla olan uyumda zayıflama görülebilmektedir. Sinir ve hormonal sistem arasındaki uyumunda gözlenen zayıflama vücudun karşılaştığı iç ve dış kaynaklı streslerle baş etme yeteneğinde de azalmaya sebep olur. Cinsiyet hormonları, büyüme hormonu gibi birçok hormonun salgılanmasındaki azalma, yaşlılıkta gözlenen kas kitle ve kuvvet kayıplarından sorumlu tutulabilecek en önemli faktörlerdendir (64)

2.5.6. Sinir Sistemi

Yaşam süreci içerisinde en fazla gerileme görülen sistemdir. Genç yetişkinlere göre, 70 yaşlarında beyin ağırlığında %10 azalma meydana gelir. 80 yaşında bu azalma %17'lere ulaşır. İlerleyen yaşla birlikte birlikte bu oranlarda artış görülür. Buna bağlı olarak öğrenme ve bellek yeteneklerinde azalma meydana gelir. Bu gerileme süreci ile yaşlı bireyin çevresel etmenlerden faydalanma durumu ve psikolojik yapısı yakından

etkilenmektedir (65). Yaşlılarda sık olarak görülen nöropsikiyatrik rahatsızlık olan demansın görülme sıklığı 65 yaş üzerinde %5, 80 yaş üzerinde %50'dir. Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla başlayabileceğinden yaşlılıkta izlenen unutkanlık normal bir süreç olarak görülmemelidir. Günümüzde mevcut olan ilaçlar, erken yakalanan vakalarda hastalık ilerleyişini azaltmakta, hastanın öz bakımı arttırmaktadır (66).

2.5.7. İşitme Problemi

İşitme kaybı yaşlılıkta çok sık karşılaşılan problemlerdendir. İşitme bozukluğunun en sık nedeni yüksek frekanslı seslere karşı, progresif, bilateral işitme kaybıdır. Diğer nedenleri ise orta kulak kemikçiklerinde dejeneratif değişiklikler, östaki tüpü obstrüksiyonunda artış, dış kulak yolunda atrofi ve işitsel nöron kaybıdır. İşitme bozuklukları kişinin öz saygısını azaltır, duygusal incinmeler, irritabilite, sosyal izolasyon, depresyon ve kognitif bozukluklara yol açabilir (65).

2.5.8. Görme problemi

Yaşlanma sürecinden en erken etkilenen duyu organımız gözdür. Görme duyusunu etkileyen yaşa bağlı doğal bazı değişiklikler olabileceği gibi yaşla birlikte daha sık ortaya çıkan ciddi hastalıklar da gözü etkileyebilmektedir. İlerleyen yaşla birlikte periorbital dokular atrofiye uğrar, göz kapakları gevşekleşir. Lakrimal bez fonksiyonu, gözyaşı oluşumu, goblet hücre fonksiyonu azalır. Azalmış gözyaşına rağmen, periorbital doku atrofisinden dolayı, lakrimal punktum yer değistirir ve drenajın azalmasıyla gözde sulanma olur. Konjuktiva atrofiye uğrar ve rengi sararır. Görme bozuklukları, yaşlılarda düşmeye bağlı sakatlıklar ve sonucunda fonksiyonel bozukluğa yola açan, sık rastlanan sorunlardandır. Yaşlıların %90'ından fazlası gözlük kullanır, 85 yaş üzerindeki grubun beşte biri de gözlükle görmekte güçlük çekmektedir. En sık rastlanan sorunlar presbiyopi, katarakt, glokom, diabetik retinopati ve maküler dejenerasyondur (67, 68).

2.5.9. Psikiyatrik Sorunlar

Yaşlılık döneminde görülen fizyolojik ve sosyal değişiklikler psikolojik sorunları da beraberinde 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. Yaşlılarda görülen psikiyatrik rahatsızlıkların başında depresyon gelmektedir. Bunu demans, deliryum, psikotik hastalıklar takip etmektedir. Fonksiyon kaybı, fiziksel hastalığın varlığı, sosyal destek azlığı, kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi ve kognitif bozukluklar gibi koşullar depresyon için kolaylaştırıcı faktörlerdir. Çeşitli nedenlerle doktora başvuran hastaların %15'inde, bakımevlerinde kalanların %25'inde depresyon olduğu ileri sürülmektedir (69). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, 65 yaş üzerinde majör depresyon yaygınlığı %6, depresif belirtilerin yaygınlığı ise %11 olarak saptanmıştır. Tedavi ve bakım ortamında görülen depresyon, toplumda görülme sıklığından daha yüksektir (20, 69, 70).

2.6. Aktif Yaşlanma

DSÖ tarafından 1990'lı yılların sonlarında benimsenmiş olan ″Aktif Yaşlanma″, yaşlı insanların kişisel haklarının kabul edilmesini ve Birleşmiş Milletler'in de yaşlılar için temel aldığı bağımsızlık, katılımcılık, bakım, kendine yetebilme, huzur kavramlarının esas alır (71). Tüm bunlar mutlu ve üretken bir yaşlılık sürecini tanımlar. Aktif yaşlanma süreci yaşlıların günlük yaşamlarında kültürel ve sosyal aktivitelere katılımlarını esas alır. Tüm bunların olabilmesi için toplumun ekonomik, sosyal, çevresel, bireysel, davranışsal koşulları uygun olmalıdır (72). Aktif yaşlanma programı içerisinde; erken ölümlerin önlenerek doğumda beklenen yaşam süresinin uzatılması, kronik hastalıkların azaltılması ve bu hastalıklara bağlı oluşabilecek morbiditenin azaltılması, bireylerin ileri yaşlarda da yaşamdan zevk alabilmelerinin sağlanması, yaşlı bireylerin toplumda sosyal, politik, ekonomik anlamda aktivitelere katılabilmesi, sağlık harcamalarının daha az maliyetli olması yer almaktadır. Tüm bunların yolu ise sağlıklı yaşlanmadan geçmektedir (65).

Yaşanan her yıla sağlık, değer ve üretkenlik katmak; bakım gerektiren yılların sayısını azaltmak son derece önemli hedefler haline gelmiştir. Yaşam boyu sağlık farkındalığı ile yaşlılık dönemine hazırlanma, sağlık için risk oluşturabilecek davranışlardan uzak durma, fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık hizmetlerinden doğru bir şekilde yararlanma, toplumsal katılım gibi uygulamalar ile sağlıklı yaşlanmayı bir ″yaşam kültürü″ haline getirme bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesinde etkili olmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin değişen nüfus yapısına uygun olacak şekilde gözden geçirilmesi; sağlıklı, güvenli ve erişilebilir bir çevre ile hizmetlerin oluşturulması önemlidir. Bu amaçla ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ″Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017″ gerçekleştirilmiştir. Bu programın amacı alanında uzman kişilerle bir araya gelerek multidisipliner bir yaklaşımla aktif ve sağlıklı bir toplum yapısına dikkat çekmektir (73).

Aktif yaşlanma sürecinin belirleyicileri DSÖ tarafından tanımlanmıştır:

2.6.1. Kültür ve Cinsiyet

Kültürel değerler ve gelenekler, belirli bir toplumun yaşlı insanlara ve yaşlanma sürecine nasıl baktığını büyük ölçüde belirler. Örneğin bir toplumda, hastalık semptomlarını tamamen yaşlılık sürecine yüklemek o hastalıkla ilgili önleme ve erken teşhis programlarının aksamasına yol açacaktır. Ayrıca kültür yaşlıların ikamet tercihlerini de etkilemektedir. Ülkemizde olduğu gibi çoğu Asya ülkelerinde kültürel normlar, geniş ailelere değer vermek ve yaşlılarla birlikte yaşamaktır. Ülkeler arasında hatta bir ülkenin değişik bölgeleri arasında kültürel çeşitlilikler mevcuttur.

Çoğu toplumda kadınlar iyi bir eğitime, sosyal statüye, sağlık hizmetlerine ulaşmada engellerle karşılaşmaktadır. Bazı kadınlar ailenin bakım ihtiyaçlarını yerine getirebilmek için çalışmaktan yoksun kalmaktadır. Özellikle yaşlı kadınlarda ücretsiz aile işçisi olma durumları sık görülmektedir. Çocuklarına, torunlarına ya da bakıma muhtaç eşlerine bakma sorumluluğunu üstlenmektedir. Bununla birlikte erkekler evin ihtiyaçlarını maddi olarak karşılama sorumluluğu yüklendiğinden mesleki risklerle daha sık karşılaşmaktadır. Ayrıca sigara, alkol, yaralanma, şiddet gibi riskli

davranışlar erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu nedenle cinsiyet, çeşitli politika seçeneklerinin uygunluğunu ve bunun hem kadınların hem de erkeğin refahını nasıl etkileyeceğini belirleyen bir mercektir (72).

2.6.2. Sağlık Hizmetler ve Sosyal Hizmet Sistemi İle İlgili Belirleyiciler

Aktif yaşlanmayı sağlamak için, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, kaliteli birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması ve tüm bu hizmetlerden tüm toplumun eşit olarak faydalanması sağlanmalıdır. Sosyal ve sağlık hizmetlerinin entegre, eş zamanlı ve uygun maliyetli olması gerekmektedir.

Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıklardan Korunma: Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını geliştirmelerini ve kontrol altına almalarını sağlama sürecidir. DS, sağlıklı yaşlanma için en önemli unsurlardan birinin fiziksel aktivite olduğunu, düzenli fiziksel aktivitenin 65 yaş üstü popülasyonda zihinsel, fiziksel ve sosyal iyilik halini geliştireceğini ifade etmektedir. Bunun yanı sıra, fiziksel aktivitenin, yaralanma riskini azaltacağı, mental sağlığı ve bilişsel becerileri güçlendireceği, aynı zamanda sosyalleşmeye de katkıda bulunacağı ifade edilmektedir. Özellikle sağlığın geliştirilmesi yaklaşımları içerisinde toplumda sık görülen hastalıkların önlenmesi ve iyi bir şekilde yönetilmesi önem arzetmektedir (72).

Tedavi Edici Hizmetler: Dünyada küresel hastalık yükünde kronik hastalıkların önemli bir yer tutmaya başlaması ile ″bul ve düzelt″ modeli yerine sürekli ve kapsamlı bakım hizmetlerine ağırlık verilmeye başlanmıştır. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalık riski artmakta ve tedavi edici hizmetlere başvuru kaçınılmaz olmaktadır. Toplum yaşlandıkça kronik hastalıkları gelişmesini geciktirmek ve tedavi etmek, ağrıyı azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için kullanılan tıbbi müdahale yöntemlerine talep artacaktır. İleri tetkik, tanı, tedavi ihtiyaçları nedeniyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet gereksinimi yaşlılarda oldukça fazladır ancak iyilik halinin korunması, devam ettirilmesi, tedavi, takip ve kontrolleri için birinci basamak sağlık hizmetleri de önemli yer tutmaktadır (72).

Uzun Süreli Bakım: Uzun süreli bakım, bakıma gereksinim duyan kişilerin bağımsızlık, otonomi, katılım ve kendi kendine yeterlilik durumlarını en üst düzeye

taşımak ve yüksek yasam kalitesi elde edebilmesini sağlamak amacıyla kişiye sağlanan bakım etkinlikleri olarak tanımlanmıştır (72).

Ruh Sağlığı Hizmetleri: Aktif yaşlanmada önemli rol oynayan ruh sağlığı hizmetleri, uzun süreli bakımın bir parçası olarak entegre edilmelidir. Yaşlılarda tanısı konulmamış ruhsal bozukluklara özellikle depresyon ve intihar eğilimlerine karsı dikkatli olunmalıdır (72).

2.6.3. Davranışsal Belirleyiciler

Bireyin tüm hayatı boyunca kendi bakımına aktif katılımı ve sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi oldukça önemlidir. Uygun fiziksel aktiviteler, sağlıklı beslenme, sigara ve alkol kullanmama, akılcı ilaç kullanımı ileri yaşlarda hastalık oluşumunu ve fonksiyonların azalmasını engeller, yaşam kalitesini olumlu etkiler (72).

Fiziksel aktivite: Düzenli olarak orta düzeyde fiziksel aktivite yapmak ileri yaşlarda kronik hastalık oluşumunu azaltmaktadır. Kalp hastalığı olan kişilerde düzenli ve orta şiddette yapılan egzersizin kardiyak ölüm riskini %20-25 oranında azalttığı ortaya konulmuştur. Aktif yaşam ruh sağlığını iyileştirir ve kişileri sosyal yaşama teşvik eder. Ayrıca yaşlılarda sık görülen düşme riskini de azaltır. Tüm bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda aktif yaşlanmanın ülke ekonomisine de ciddi katkıları olduğu söylenebilir (72).

Sigara ve alkol kullanımı: Sigara, en önemli engellenebilir hastalık ve erken ölüm nedenidir. Sigara kullanımını önlemeye yönelik çalışmalara genç yaşta başlanmalı ve sağlıklı yaşlanma yolunda sigaranın yeri olmadığı vurgulanmalıdır. Yaşlı insanlar gençlere göre daha az alkol içme eğiliminde olmalarına rağmen yaşlanma ile meydana gelen metabolizmadaki değişiklikler alkole bağlı hastalıklara duyarlılığı artırmaktadır. Yaşlı bireyler alkole bağlı düşme ve yaralanmala açısından risk altında olduğu gibi, alkol ilaç etkileşimine bağlı ortaya çıkabilecek tehlikelere karşı da risk taşımaktadır. Gençlere olduğu gibi alkol sorunu olan yaşlılar için de hizmet sunulmalıdır (72).

2.6.4. Kişisel Belirleyiciler

Biyoloji ve genetik: Biyoloji ve genetik kişinin nasıl yaşlanacağının temel belirleyicilerindendir. Yaşlanma genetik olarak belirlenmiş bir dizi biyolojik süreçtir. Yaşlanma, artan yaşla birlikte bir çok hastalık riskinin arttığı, strese bağlı adaptif yanıtın azaldığı ilerliyici bir süreçtir. Yaşlıların gençlere göre daha çok hastalanmalarının sebebi, hastalığa yol açan davranışların, dış faktörlerin ve çevresel etkilenimin yaşla birlikte artış göstermesidir (72).

Psikolojik faktörler: Yaşlanma ile birlikte hafıza ve öğrenme hızı gibi bilişsel kapasiteler azalabilmektedir. Bu azalmayı bazı etkenler tetikleyebilmektdir. Depresyon gibi bazı hastalıklar, davranışsal faktörler (alkol ve ilaç kullanımı), psikolojik faktörler (motivasyon eksikliği, beklentilerin düşük olması, güven eksikliği), sosyal faktörler (yalnızlık,izolasyon) bunlar arasındadır (72). Yaşam boyu edinilen psikolojik faktörler bireyin yaşlanma biçimini büyük ölçüde etkilemektedir. Yaşlandıkça ortaya çıkan fiziksel hastalıklar, yeti kaybı, özerkliğin kaybı, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı ve fiziksel hastalıklarda kullanılan bazı ilaçlar ya da hastaneye yatma gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir (74).

2.6.5. Fiziksel Çevre İle İlgili Belirleyiciler

Fiziksel çevre: Fiziksel çevre başta yaşlılar olmak üzere tüm bireyler için bağımlılık ve bağımsızlık arasındaki farkın temel kaynağıdır. Güvenilir olmayan ve çok sayıda fiziksel engelleri olan bir çevrede yaşayan yaşlılar izolasyon, depresyon, hareketsizlik ile ilgili problemlerle karşılaşmaktadırlar (72).

Güvenli barınak: Tüm bireylerin rahat bir yaşam sürebilmeleri için güvenli ve yeterli sayıda konut şarttır. Dünya genelinde yaşlı bireylerin daha çok yalnız yaşadıkları ve düşme gibi sorunlarla karşı karşıya kaldıkları gözönüne alınacak olursa binaların inşası yaşlı bireylere uygun olarak tasarlanmalıdır (72).

Düşmeler: Yaşlılarda görülen düşmelere bağlı yaralanmalar, uzun süre hastanede yatışlar, uzun süre rehabilitasyon hizmeti alma, artan tedevi masrafları, daha

sonraki hayatlarında bağımlı yaşama ihtiyacı ve yüksek ölüm riskine sebep olurlar. Düşme riskini artıran çevresel tehliklerin başında zayıf aydınlatma, kaygan ve düzensiz zemin ve destekleyici korkulukların olmamasıdır (72).

Temiz su, temiz hava ve güvenli gıda: Temzi su, temiz hava ve güvenli gıdalara erişim özellikle en savunmasız grup olan çocuklar ve yaşlılar için önemlidir. Yaşlılar vücudun ihtiyacı olan temel besinleri yeterli ve dengeli bir şekilde tüketmelidir (72).

2.6.6. Sosyal Belirleyiciler

Güvenli ve sağlıklı olmayı etkileyen sosyal çevre; sosyal destek, eğitim, hayat boyu öğrenim fırsatı bulabilme, barış içinde yaşama, istismar ve şiddetten korunmayı kapsamaktadır. Bunların herhangi birisinde görülen eksiklik yalnızlık, sosyal izolasyon, sakatlık ve ölüm riskinde artış ile sonuçlanabilmektedir (72).

Sosyal destek: Yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığı gösterilmiştir. Yeterli sosyal destek alanlarda ise iyileşme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (75). Yaşlı bireyin çevresinde bulunan eş, aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağ, onların sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumlu etkiler. Sosyal destek sonucu ortaya çıkan saygınlık, moral artışına ve yaşamdan duyulan memnuniyete, stres verici olaylarla baş etmeye olumlu katkılarda bulunmaktadır (76).

Yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin başında, barınmaya yönelik hizmetler, gündüz bakım ve destek hizmetleri, boş zamanlarını değerlendirmeye yönelik hizmetler, çalışma yaşamı ve ekonomik sorunlara yönelik hizmetler gelmektedir. Yaşlıya sunulan sağlık hizmetleri doğumda beklenen yaşam süresi arışı ile birlikte gelen kronik hastalığı olan yaşlılar için şüphesiz en önemli hizmetlerdendir. Gelişmiş ülkelerin hemen hemen tümünde geriatri hastaneleri, yaşlıya yönelik hizmet veren yerel sağlık kuruluşları ve şifa yurtları bulunmaktadır. İngiltere'de geriatri doktoru ve hemşiresi ev ziyaretlerinde bulunarak, poliklinik hizmeti verilmesi gerektiğinde

hastaneye yatırılması veya uzun süreli rehabilitasyon hizmeti verilmesi sağlanmaktadır (77).

Yaşlı eğitimine yönelik verilen sosyal hizmetler, yaşlıların topluma yeniden katılım ve bütünleşme açısından önemlidir. Yaşlılara verilecek eğitimlerin yanısıra yaşlıların eğitim ve deneyimlerinden yararlanmak da önem arzetmektedir. Bu amaçla 2002 yılında Madrid'de düzenlenen Dünya Yaşlılık Toplantısı'nda kabul edilen Madrid Eylem Planı'nında ″Bilgi ve Eğitime Erişim″ maddesi yer almaktadır (78).

İlerleyen yaşla birlikte sağlığı bozulan yaşlılar, barınmaya ilişkin sosyal hizmetlere de ihtiyaç duymaktadır. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları evlerinde yalnız yaşayan yaşlıların ev yaşamlarını kolaylaştırmak için evin banyo bölümünde kaymayı önleyici döşemeler, tutamakların yapılmasını sağlamak gibi düzenlemelerde bulunurlar. Gelişmiş ülkelerde yaşlılara evde bakım, ev işlerinde yardım, eve yemek servisi, ücetsiz ulaşım hizmetleri bilgi verme ve danışma servisi, gündüz hastaneleri gibi çeşitli hizmetler sunulmaktadır (77).

Evde bakım hizmeti; yeti yitimi olan birey, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu, huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonu gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan aile bireyin aile üyelerinin yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri içeren bakım modelidir (79).

Türkiye'de Ankara ve İstanbul Büyüksehir Belediyeleri Yaşlılara Hizmet Merkezleri'nin yaşlı bireylere yönelik evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmaları bulunmaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesine bağlı İstanbul Sağlık Anonim Şirketi hastalara yönelik evde sağlık hizmeti çalışmalarını sürdürmektedir. Bu hizmetler doktor, bakım hemşiresi, hasta takip hemşiresi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve bakım destek personeli tarafından oluşan bir ekip tarafından verilmektedir. Eve yönelik sağlık hizmetleri doktor muayenesi, laboratuar hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, psikoterapi, fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Bebekten yaşlıya, gebelik ve lohusa takibinden özürlü, yatalak ve kronik hastalık durumlarına, geçirilen bir kaza ya da bir ameliyat sonrası gereken

bakım, rehabilitasyon ve psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede sunulan evde sağlık hizmetleri yaşlı hastalıkları ve bakımı konusunda ailelere yönelik bilgilendirme çalışmalarını da içermektedir.

Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından 1994 yılında kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ″Evde Bakım Projesi″ önemli projelerden birisidir. Merkeze üye olan yaşlılara her türlü ev tamiratı, elektrik, su tesisatı, marangozluk işleri, boya, badana ve temizlik hizmetleri sağlanmaktadır. Buna ek olarak yaşlıların, telefon, su, elektrik faturaları ile emlak ve çevre temizlik vergileri yatırılmakta, banka işlemleri takip edilmektedir. Ayrıca merkeze başvuran yaşlılara Ankara Su ve Kanalizasyon İşletmesi, Elektrik Gaz Otobüs gibi belediye birimlerinde sıra beklemeksizin işlerini kolaylıkla yapabilmeleri için "öncelikli hizmet kartı" çıkarılmaktadır (80).

İstismar, ihmal ve şiddet: Son yıllarda dünya boyutunda tartışılan önemli konulardan biri de, psikososyal boyutları olan yaşlı istismarı ve ihmali konusudur. Yaşlı istismarı, BM tarafından yapılan tanıma göre ″yaşlıların güven duygusu beklentisi ile kurdukları herhangi bir ilişki/iletişim biçiminde bir defaya mahsus veya tekrarlayan bir biçimde yaşlının zarar görmesi″ olarak tanımlamaktadır (81). Yaşlı istismarı ve ihmali toplumda gizli problem olarak kalmakta ve toplum tarafından normal bir durum olarak algılanabilmektedir (82).

DSÖ şiddeti; fiziksel, psikolojik ya da cinsel hasara yol açan her tür davranış olarak tanımlamıştır.

- Tokat atma, vurma, tekmeleme ve dövme gibi fiziksel saldırı,
- Sindirme, sürekli küçük düşürme ve aşağılama gibi psikolojik taciz,
- Cinsel ilişkiye zorlama ve zor kullanma,
- Bir kimseyi ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaştırma, hareketlerini gözleme ve bilgi ya da yardıma ulaşmasını kısıtlama gibi çeşitli kontrol edici davranışlar şiddet tanımı içinde yer almıştır (83).

Yaşlıya uygulanan şiddet; yukarıdaki şiddet tanımından hareketle, yaşlı bireye yönelik fiziksel, cinsel ve psikolojik acı veya ıstırap veren veya verme olasılığı olan eylemler olarak tanımlanabilir. Tehdit etme, zorlama veya özgürlükleri kısıtlama

şiddet tanımı içinde yer almaktadır. Yaşlının rahatsızlıkları nedeniyle diğer bireylere, özellikle bir bakıcıya bağımlı olması istismar olasılığını artırabilir. Yaşlı bireyin fiziksel problemleri ve bilişsel süreçlerindeki yetersizlikler nedeniyle yaşlı birey kolayca istismar edilmektedir. Yoksulluk, yetersiz sosyal çevre ve yaşanılan ev koşullarının iyi olmaması istismar olasılığını artırmaktadır.

Yaşlı ihmali; yiyecek, giyinme, temizlik, sağlık bakımı, barınma, ısınma, güvenlik ve ekonomik destek gibi yaşlı bireyin fiziksel, sosyal ya da duygusal ihtiyaçlarının yaşlının bakımını üstlenen bireyler tarafından karşılanmamasıdır. Yaşlı bireyin tedaviyi reddettiği durumlar hariç, bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini sağlamada yetersizlik ihmal tanımı içinde yer almaktadır. İhmal, kasıtlı olarak yapılırsa aktif, farkında olmadan yapılırsa pasif ihmal olarak adlandırılır.

Yaşlı istismarı ve ihmalinin türleri:

1. Fiziksel istismar,
2. Cinsel istismar,
3. Duygusal ya da psikolojik istismar,
4. İhmal ve terk etme,
5. Ekonomik istismar,
6. Kendi kendini ihmal (82).

DSÖ 2017 yılı için yaşlı istismarı sıklığının %15.7 olduğu ve bunların sadece %4'ünün istismarı bildirdiği açıklanmıştır. Aynı raporda psikolojik istisarın %11.6, ekonomik istismarı %6.8, ihmailin %4.2, fiziksel istismarın %2.6 ve cinsel istismarın %0.9 olduğu bildirilmiştir (83).

2.6.7. Ekonomik Belirleyiciler

Gelir: Gelir düzeyi düşük olanlarda sağlık sorunu ve sakatlık riski daha yüksektir. Yaşlıların; özellikle de kadın olup kırsal kesimde yalnız yaşayanların yeterli bir geliri yoktur.

İş: Yaşlıların iş hayatına kazandırılması yaşama bağlayan ve ölüm düşüncesinde uzaklaştırıcı etki göstermektedir. Tüm ülkelerde, nitelikli ve deneyimli

yaşlılar okullarda, dini kurumlarda, işletmelerde ve sağlık ve siyasi organizasyonlarda gönüllü olarak görev yapmaktadır. Bu durum topluluklar ve uluslar için önemli katkılar sağlarken yaşlıların sosyal ilişkileri ve psikolojik refah düzeyini de artırır (72).

2.7. Yaşam Kalitesi

DSÖ, 1948 yılında sağlığı sadece hastalık olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla sağlığı sadece hastalıkları değerlendirerek ya da sağlığın bedensel yönü gibi bir boyutunu ölçerek ele almak eksik ve yanlış bir yaklaşımdır. DSÖ'nün yapmış olduğu tanım sağlığı pozitif yaklaşımla ele alması yönü ile oldukça önemli ancak kültürel farklılığa yer vermemesi, ulaşılabilir ve ölçülebilir olmaması nedeniyle eleştirilen konulardandır. Bu nedenle sağlığı değerlendirmede kapsamlı, kişilerin algılarını göz önüne alan, ulaşılabilir ve ölçülebilir bir araca gereksinim duyulmuştur. ″Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi″ kavramı bu gereksinimle ilişkili olarak ortaya çıkmıştır (84). Genel anlamıyla yaşam kalitesi iyilik halinin bir derecesidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise kişinin sağlık durumunu göstermekten çok geniş bir perspektifi işaret eder. Bu konuda sosyal rolü yerine getirmeyi de içeren işlevsel yetenekler, toplumsal etkileşimin derecesi ve kalitesi, ruhsal sağlık, ağrı gibi somatik duyular ve yaşamdan duyulan memnuniyet gibi bileşenlere yer verilir. Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin yaşlılığa ilişkin olumlu yönde bir algılamaları olduğunda, yaşam kalitesinin arttığını ortaya koymuştur. Yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa da, hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilirler (85).

Yaşam kalitesinin genel olarak içerdiği boyutlar:

Psikolojik / Emosyonel Durum: Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygulardır.

Fiziksel Durum: Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsellik, zindelik / güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşüdür.

Sosyal ve Bireysel Durum: Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır.

Finansal ve Maddi Durum: Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesidir (86).

2.7.1. Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalitesi

Sağlıkla doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi 4 ana alanda ortaya çıkar.

1. Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
2. Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb)
3. Dışsal Doğal Çevre Alanı (hava, su kalitesi vb)
4. Dışsal Toplumsal Çevre Alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) (65).

2.7.2. Sağlıkla Doğrudan İlgili Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi daha geniş, çok boyutlu bir kavram olup fiziksel, fonksiyonel, emosyonel/mental ve sosyal boyutları mevcuttur. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyetini ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavramdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde, hastanın sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansıması olan istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlamalar ve hastanın bu kısıtlanmalar karşısındaki tepkisi ve duygusal durumu rol oynamaktadır(65).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ana bileşenleri DSÖ'nün sağlık tanımında olduğu gibi :

- Bedensel işlevler,
- Psikolojik işlevler
- Sosyal işlevler
- Yaşamdan hoşnut olmak ve
- Bireyin kendi sağlık durumunu algılaması olarak sıralanmıştır (74, 87, 88).

2.7.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü

Yaşam kalitesi kavramının çeşitli tanım ve içerikleri olduğu gibi farklı şekillerde ölçüm yöntemleri bulunmaktadır. Son 20 yıldır yaşam kalitesinin uyarlanması ve ölçümü Avrupa ve Kuzey Amerika'da giderek artmaktadır. Yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımını gösteren birçok rehber yayınlanmıştır. Bu ölçeklerin bazıları yasam doyumu, mutluluk, iyilik hali gibi içerikleri yansıtırken, diğer ölçekler depresyon, anksiyete, sağlık durumu, fonksiyonel durum, bağımsızlık ve öz-değerlilik gibi farklı içeriği yansıtmaktadır (89).

Sağlıkta yaşam kalitesi tek bir indeks ölçüt veya profil ölçekler ile ölçülebilir.

İndeks ölçüt; doğrudan (görsel eşdeğerlik ölçütü) veya dolaylı yoldan (birden fazla indeks ölçütün toplanmasıyla) ölçülür.

Profil ölçüt ise sağlıkta yaşam kalitesinin bütününü belirleyen alt bileşenlerden oluşmaktadır. Bu alt bileşenlere boyut veya alan, bunların da alt bileşenlerine bölüm denilmektedir. Profil ölçeklerde genel olarak toplam puan yoktur.

Tüm ölçekler genel veya özel amaçlı ölçekler olarak iki grupta incelenirler.

1. Genel amaçlı ölçekler:

Sağlıkta yaşam kalitesinde işlev kaybı ve rahatsızlık spektrumunu içerir ve toplumun bütün kesimlerinde tüm hastalıklar ve tıbbi girişimlerde kullanılabilinir. Genel amaçlı ölçekler de kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

a. Tercihe dayalı olmayan (profiler) ölçekler
b. Tercihe dayalı (preference / utility based) ölçekler

a. Tercihe dayalı olmayan ölçekler:

Sağlıkta Yaşam Kalitesi'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan SF-36, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkta Yaşam Kalitesi ölçeği WHOQOL, Nothingam Sağlık Profili (NHP), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP) bu kategoriye örnek oluştururlar.

b. Tercihe dayalı ölçekler:

Sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet yararlanım analizlerinde (cost utility) kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları (QALY)'nı hesaplamaya olanak tanıyan ölçekleridir. Sağlıkta Yaşam Kalitesi sıfır ile bir arasında tek bir puana indirgenir. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları (Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI)'dir.

2. Özel Amaçlı (Spesific) Ölçekler:

Belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel, belirli bir işleve özel ölçeklerdir. Çocuklara yönelik, yaşlılara yönelik, ergenlere yönelik, dermatolojik semptomlarına yönelik, artrit etkisini değerlendirmeye yönelik ve Multiple Sclerosis gibi ″hastalığa ve duruma özel″ ölçeklerdir.

Hastalığa ve duruma özel ölçeklerin temel avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri, dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları ve farklı durumlar ve programlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır (87).

2.7.4. Yaşlılarda Kullanılan Bazı Yaşam Kalitesi Ölçekleri

1. Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36):

Yaşam kalitesini değerlendirmede oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Genel sağlık kavramlarını içeren, herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü

olmayan bir değerlendirme yöntemidir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir. Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur. SF-36'nın son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren akut versiyonu da mevcuttur. (90).

2. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP):

Kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçmeyi amaçlayan yaşam kalitesi ölçeğidir. Daha çok romatolojik ve ortopedik rehabilitasyon alanlarında kullanılmaktadır. İki kısımdan oluşmaktadır. Esas sık kullanılan ölçek birinci kısım olup, altı alanda (uyku durumu, enerji düzeyi, emosyonel durum, sosyal izolasyon durumu, fiziksel mobilite ve ağrı) yaşam kalitesini değerlendiren 38 maddeyi içermektedir. İkinci kısım ise ücretli çalışma, ev ile ilgili işler, sosyal yaşam, evdeki yaşam, hobiler ve ilgi alanları, tatil yaşantısı gibi daha detaylı alanları değerlendirir (90, 91).

3. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP):

Hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı ölçümünü sağlar. On iki alanda 136 soru içerir. Bu alanlar; fiziksel boyut (üç alan), psikososyal boyut (dört alan) ve diğer beş tanesi de bağımsız alanlardır. Total skor ve alan skorları ayrı ayrı hesaplanır. Yüksek skor sağlık durumu üzerine daha fazla hastalık etkisini gösterir. Ankette, o gün sorgulanmaktadır. Değişime duyarlılığı sınırlı olmakla birlikte SIP geçerli ve güvenilirdir (90).

4. Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI):

Sağlık yararlanma indeksi, sağlık durumunu ölçmek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek ve yararlanma skorları oluşturmak amaçlı sağlık profilidir. Tedavi edilen hastaların tecrübelerini, hastalık ve tedavi ile ilgili uzun dönem

sonuçları, sağlık girişimlerinin etkinlik ve geçerliliğini ve genel popülasyonun sağlık durumunu tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir (90).

5. EuroQol Instrument (EQ 5-D):

Beş alanda değerlendirme yapmaktadır: Mobilite, kendine bakım, sosyal fonksiyon, ağrı, anksiyete/depresyon. Her alan üç kategoride cevaplandırılmakta ayrıca hasta kendi sağlık durumunu, görsel analog skala ile 0-100 arasında puanlamaktadır (91).

2.7.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 1992 yılında çeşitli ülkeler ve kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanıması amacı ile geliştirilmiştir. Halen 40'dan fazla dil ve kültürde geçerli olan WHOQOL ölçeği geliştirme projesine Türkiye 1995 yılında katılmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde WHOQOL Türkiye Grubu tarafından başlatılan çalışmanın başlıca gerekçeleri:

1. Türk dilinin ve kültürünün, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini uluslararası düzeyde standardize edecek olan bu değerlendirme aracının içinde yer alabilmesi ve ülkemizdeki sağlık girişimlerinin doğuracağı yaşam kalitesi ile ilgili sonuçların diğer ülkelerle karşılaştırılabilir kılınması,
2. Türkiye'deki klinik tıp uygulamalarında, hekimlerin, hastalarının, hastalıktan en çok etkilendikleri konular hakkında karar vererek tedaviyi yönlendirebilmeleri ve gerektiğinde tedavi protokolünde değişiklikler yapabilmelerine yardımcı olacak bir araca gereksinim olduğu düşüncesi,
3. Hekimlerin uyguladıkları girişimlerin, hastaların yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğini görmelerine olanak sağlayacak bu aracın hasta–hekim ilişkilerine yeni bir yaklaşım fırsatı sağlaması,
4. Yeni politikaların planlanmasına yol açacak bir değerlendirme aracını hekimlerin kullanımına sunmak (65).

WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-BREF (kısa form) olmak üzere iki sürümü mevcuttur:

WHOQOL-100 orjinal ölçeği 100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek altı alan ve her bir alanda farklı sayılarda olmak üzere biri genel bölüm olmak üzere 25 bölümden oluşmaktadır. Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Sorular beşli likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR) ayrı bir ″Sosyal Baskı″ bölümünü oluşturan Türkiye'ye özgü üç ek soru daha vardır.

WHOQOL-BREF, orjinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden iki, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-BREF, uzun ölçeğin aksine dört alandan oluşmuştur, Ayrı ayrı bölümleri yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır (92, 93).

WHOQOL-OLD modülü 24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar duyusal yetenekler, otonomi, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık başlığıyla yer almaktadır.

Duyusal yetenekler; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişiklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,

Otonomi; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,

Geçmiş, Bugün ve Gelecek Aktiviteleri: geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler sorgulanmaktadır.

Sosyal Katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu,

Yakınlık; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği,

Ölüm ve ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırmaktadır (94).

2.8. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşlılık, bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği, bağımlılığın artığı bir dönemdir. Yaşlanma doğal bir süreç olmasına karşılık yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır (95).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör yaşlılığa etki eden kronik hastalıklardır. Bunun yanı sıra yaşlılarda hareket yeteneği ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde sakatlıklarda da artış meydana gelmektedir. Hareket ve görme problemlerinden kaynaklanan düşmeler ve düşme korkusunun yaşam kalitesi üzerinde direkt ve olumsuz etkisinin bulunduğu belirtilmektedir. Yaşlılarda sakatlıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, bu durumun kadınlarda daha belirgin olduğu ortaya konulmuştur. Sakatlıklar bireyin yaşamını farklı alanlarda etkiler, ancak en çok etkilenen alan öz bakımdır.

Yaşlılarda görülen görme ve duyma sorunları yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitelerinde azalma ile ilişkilidir. Uyku problemleri yaşlılarda sık görülen konsantrasyon güçlüğüne sebep olan ve dolayısıyla yaşam kalitesini azaltan bir diğer problemdir. Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir.

Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum almalarında önemli bir engel olarak görülmekte, çalışan ve üreten yaşlıların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (65, 95).

2.9. Depresyon

Depresyon üzüntülü bir duygu durum içinde değersizlik, yetersizlik gibi duygu ve düşüncelerin olduğu ve düşünme, konuşma, hareket gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın görüldüğü bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (13, 96, 97).

2.9.1. Depresyon Yaygınlığı ve Sınıflandırılması

DSÖ verilerine göre fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer alan depresyonun 2020 yılında sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceği ve insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağı tahmin edilmektedir (98).

Depresyonun başlama yaşı sıklıkla 40 yaş civarı olmasına rağmen yapılan araştırmalar, yıllar içerisinde sosyokültürel yapıdaki değişikliklere bağlı olarak yaşlılardaki depresyon sıklığında artış olduğu bildirilmiştir (99).

Depresif bozukluklar içinde araştırması en fazla yapılan major depresyonun yapılan araştırmalarda yaşam boyu görülme riski erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 olarak bulunmuştur (100). 2015 yılı DSÖ verilerine göre ülkemizde depresyon görülme sıklığı %4.4 olarak verilmiştir (101).

Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin 1.7-2.7 katıdır. Bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır: İlki; kadınların doğumda beklenen yaşam sürelerinin uzun olması yaşamları boyunca kadınların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olmaktadır. İkincisi; dünyanın pek çok bölgesinde yapılan çalışmalarda ruhsal belirtileri kadınların erkeklerden daha yoğun olarak yaşadıkları belirlenmiştir. Üçüncüsü ise; kadınlar üreme sağlığı ile ilgili sorunları erkeklerden daha sık yaşamaktadır ve üreme sağlığı sorunlar daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının nedenleri yoksulluktan ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (102).

Depresyonun zihinsel sağlık bozukluklarının önemli bir bölümünü oluşturduğu belirtilmektedir (103). Global Hastalık Yükleri, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Araştırması 2010'a göre, depresif bozukluklar zihinsel ve madde kullanım bozukluklarının neden olduğu toplam özürlülüğe göre düzeltilmiş yaşam yıllarının % 40'ını oluşturmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre, yapılan bir meta-analiz çalışmasında yaşlı nüfustaki depresif bozuklukların dünyada genel yaygınlık oranın %4.7 ile %16 arasında olarak bildirilmiştir. Depresyon hastalarının, tüm önemli işlev alanlarında bozulma yaşadıkları ve depresyonlu 55 yaş üzerindeki hastaların depresyon görülmeyen hastalara göre dört kat daha fazla ölüm oranına sahip oldukları ortaya konulmuştur (104).

DSÖ tarafından 10 Ekim Ruh Sağlığı Günü nedeniyle hazırlanan ve ana teması ″Küresel Bir Kriz Olarak Depresyon″ olarak belirlenen raporda, Avrupa'da ruhsal bozukluklara bağlı ortaya çıkan hastalıkların %20'sinin depresyondan kaynaklandığı, bazı ülkelerde bu oranın %26'ya kadar çıktığı belirtilmiştir (105) . DSÖ major depresyon'un yetişkin, yaşlı ve çocukları etkilediğini ve dünya çapında tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sinin önde gelen nedeni olduğunu belirtmiştir. Depresyon küresel hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturur ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedenidir (105). Depresyonun, her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında 2020 yılında en önemli ikinci Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) nedeni olacağı beklenmektedir (106). Avrupa Beyin Komitesi tarafından yapılan bir değerlendirmede, depresyonun tahmin edilenden çok daha önce Avrupa Birliği'nde en çok yeti yitimine yol açan bozukluk konumuna yükseldiği saptanmıştır (107). Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasında, Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları (YLD: Years Lost due to Disability) nedeni olarak depresyonun kadınlarda ilk, erkeklerde ikinci sırayı aldığı belirtilmiştir (108).

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılmasında değişik sınıflandırma sistemleri kullanılmıştır. Dünya'da en fazla kullanımı kabul edilmiş sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'tur. Bu sınıflandırmaya göre depresyon;

1. Major depresif bozukluk

2. Distimik bozukluk
3. Bipolar bozukluktaki depresyon
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
5. Depresyonlu uyum bozukluğu
6. Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk.
    a) Premenstrüel disforik bozukluk
    b) Minör depresif bozukluk
    c) Tekrarlayan kısa depresif bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır(109).

2.9.2. Depresyon Etyopatogenezi

Depresyon oluşum nedenleri 3 temel başlıkta toplanabilir. Bunlar; genetik, biyolojik ve psikososyal nedenlerdir. Psikiyatrik hastalıkların etyopatogenezinde genetik geçişin rolü önemlidir. Depresyonun merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlerde işlevsel bozukluğu sonucu oluştuğu öngörülmüştür. Bununla birlikte depresyonun klinik yönden kişiler ve toplumlar arasında farklılıklar gösterdiği, sosyal ve kültürel etmenlerden etkilediği öne sürülmüştür (110, 111).

2.9.3. Depresyon Etyolojisi

Depresyonun ortaya çıkmasında tek bir risk faktörünün sorumlu olmadığı, genetik yapının çevresel etkenlerle olumsuz etkileşimi, bu etkileşimin zamanlamasının önemli olduğu ileri sürülmüştür. Depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar, hastalıklarla ilgili tedaviler, ailenin tüm sorumluluğunu üzerinde taşıyor olmak depresyon için ana risk faktörleri olarak bildirilmiştir (112). Depresyon aynı zamanda düşük sosyoekonomik durum, toplumsal destek veya iletişim eksikliği, yakın kayıpları, ölümler ve intiharların ileri yaşlarda artmasıyla da ilişkili olduğu belirtilmiştir (113).

2.10. Yaşlılarda Depresyon

Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması yaşlılıkla ilgili sağlık sorunlarını önemli kılmıştır. Yaşlılardaki sağlık sorunlarının yalnızca fiziksel değil, sosyal, emosyonel ve yaşam kalitesi yönleri ile de değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı bir dönemdir. Ayrıca bu dönemde, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale gelmesine sebep olduğundan yaşlılarda birtakım ruhsal sorunlar meydana gelebilmektedir (114).

Yaşın ilerlemesi ile fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlev ve gündelik aktivitelerde gerileme, ekonomik durumun kötüleşmesi, bireyin yalnız yaşaması, sosyal desteklerin zayıf olması gibi faktörlerin yaşlılarda depresyon görülme sıklığında artışa neden olduğu gösterilmiştir (115).

Çeşitli hastalıklarla birlikte veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etken olan depresyon tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi sonuçlar doğururken, uygun tedavi ile yaşlının yaşam kalitesi artmaktadır (116, 117). Tekrarlayıcı ve uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olan depresyonun sıklığı ve süresi yaşla birlikte artış göstermektedir (96). Yaşlılarda depresyon tanısı; somatik yakınmalarla karışmasından, hastaya, ailesine ve doktorlara bağlı çeşitli nedenlerden dolayı sıklıkla atlanmaktadır (118).

Yaşlıda depresyon yaşam kalitesi ve üretkenliği bozması yanında dolaylı olarak da var olan kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur (119).

2.10.1. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi

Yaşlı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sayımsal Elkitabı sınıflamasına göre; yaşlı bireylerde depresif belirtilerin sıklığının %8-35, major depresyon görülme sıklığının ise %0.8-2.9 arası oranlarda olduğu görülmüştür (120). 75 yaş ve üzerindeki yaşlı popülasyondaki depresif bozukluk prevalansını ele alan 10 yıllık meta-analiz

çalışmaları sonucunda % 4.5 ile % 37.4 arasında yaygınlık oranları gösterilmiştir (121).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşayan 65 yaş ve üzeri 31 milyon yaşlı bireyin yaklaşık 5 milyonu depresyondan etkilenmektedir. Toplum içinde yaşayan yaşlıların % 15.0-25.0'inde, uzun dönem bakım merkezlerindeki yaşlıların % 25.0'inde ve huzurevlerinde kalan yaşlıların % 20.0-30.0'unda depresyon bulunduğu bildirilmektedir (122, 123).

Avrupa Depresyon Çalışması'nın bir parçası olarak yayınlanmış 34 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada, yaşlılarda depresyon sıklığı % 1.8 olarak belirtilmiştir (124).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada, toplam depresyon prevalansı %9.3 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada 65-74 yaş grubu erkeklerde %4.5 iken kadınlarda %10.3, 75 yaş ve üzeri grubu erkeklerde %5.7 iken %9.9 kadınlarda olduğu rapor edilmiştir. NUTS1 bölgesine göre değerlendirildiğinde ise ilimizin de içinde bulunduğu Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde erkeklerde depresyon sıklığı %3.2, kadınlarda ise %10.1'dir (125).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Ünitesi'nin yaptığı çalışmada, 1255 yaşlıda GDÖ'ye göre %21.8 oranında depresyon belirtisi saptanmıştır. Yaşlı bireylerde görülen depresyon sıklığının sıklık kadınlarda %1.4, erkeklerde %0.4 olduğu bildirilmiştir (126).

Yapılan çalışmalarda seçilen yaşlı nüfusun özelliklerine ve kullanılan yöntemlere göre yaşlılık çağı depresyonu konusunda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde çeşitli gruplarda yaşlı popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda depresyon prevalansı %20-50 arasında olduğu bildirilmiştir (127-131).

Yaşlılarda Depresyona Yatkınlık Oluşturan Faktörler

- Zamanla aile yapısının değişmesi, sosyal desteğin azalması
- Ekonomik zorluklar
- Birden çok kronik hastalık varlığı

- Yeti kaybı
- Bakımevi veya huzurevinde kalınması
- Çok sayıda ilaç kullanımı
- Beslenme yetersizliği
- Sosyal ilişkilerde zayıflık / Sosyal izolasyon
- Düşük benlik saygısı
- Eş kaybı

Depresyonun Yaşlıların Hayatına Olan Etkileri

- Yeti kaybı ve bağımsızlıkta azalma
- Yaşam kalitesinde bozulma
- Yaşlıya, aileye, bakım verene kurumlara yük
- Başta kalp ve damar sistemi hastalıkları ilgili nedenler olmak üzere tüm sebeplere bağlı ölüm oranlarında artış
- Artmış intihar riski (özellikle ölümle sonuçlanan intiharlar) (30).

2.10.2.2 Yaşlılarda Depresyon Tanısı

Depresyon tanısı için DSM-V sınıflaması kullanılmaktadır (109). DSM V'te belirtilen kriterler yaşlılık depresyonlarının tanısı için de kullanılır, fakat yaşlı kişilerdeki depresyon genç hastalara göre farklı belirti dağılımı gösterebilir. Depresyonu olan yaşlılarda gençlere göre daha sık somatik yakınmalar olur. Yaşlılarda görülen en sık somatik yakınmalar kuvvetsizlik, halsizlik, baş ve karın ağrısı gibi vücudun farklı yerlerinde ağrılar ve kabızlıktır. Yaşlılarda kilo kaybı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi belirtiler fiziksel hastalıklarla karıştırılabilir bu nedenle ayırımının yapılması için hekimin dikkatli olması gerekmektedir. Hem hastalar hem de doktorlar ortaya çıkan depresif belirtileri yaşlanmanın doğal bir parçası olarak görebilirler (132). Anamnez alırken hastanın psikiyatrik hikayesi, aile öyküsü, kişilik özellikleri, kronik hastalık durumu sorgulanmalıdır. Tanısı aşamasında eşlik edebilecek hastalıkları ortaya koymak için kan sayımı, serum glukoz, kreatinin düzeyleri, tiroid fonksiyonu, vitamin B12 ve folat seviyeleri, karaciğer fonksiyon testleri ve elektrokardiyografi istenmelidir (133).

Depresyonu tanımak ve tedavi etmek konusunda yaşlı bireyle sık karşılaşan ve tüm hastalık öyküsünü yakından takip eden aile hekimleri dikkatli davranmalıdır. Yaşlı depresyonu yaygın görülmesine rağmen yeterince tanınmamaktadır. Yaşlı depresyonun çeşitli klinik tabloları taklit etmesi nedeniyle tüm hekimlerin bu konu ile ilgili donanımlı olmaları beklenmektedir. İlgi-istek kaybı gibi depresif semptomlar bazen hastanın kendisi, bazen de yakınları ve hekimleri tarafından yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilmekte, bu nedenle çözüm arayışı gündeme gelmemektedir. Prevelansının yüksekliği, aile ve hastanın yaşam kalitesi üzerine önemli etkilerinin bilinmesine rağmen depresyonun taranması ve tedavisi eksik bırakılan konular arasındadır (88). DSÖ, ACOVE (Assesing Care of Vulnerable Elderly) ve USPSTF (United States Preventive Services Task Force) gibi kuruluşlar tanıyı doğrulama, uygun tedavi ve izlem olanakları varsa tüm erişkinlerde olduğu gibi yaşlılarda da depresyonun taranmasını önerir. USPTSF özel olarak yaşlılarda depresyon taranması için bir ölçek önermez (134). DSÖ, ″Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi″ projesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna herhangi bir neden ile gelen yaşlıların hekim görüşmesinden önce 10 dakikalık tarama testi ile taranmasını önerilir. Bu testte sorulan ″Sık sık üzgün hisseder ve kederli olur musunuz″ sorusuna ″Evet″ yanıtı veren yaşlılara hekim tarafından Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) uygulanmasını önerir. GDÖ'nün Türkiye geçerlik güvenirlik çalışması Ertan ve Eker tarafından yapılmıştır. GDÖ geriatrik hastalar için geliştirilmiştir ve daha az somatik soru içerir. GDÖ skoru beşin üzerinde olan hastalara hekim ayırıcı tanı için klinik muayene ile bazı biyokimyasal testler yaparak sonuca göre değerlendirme sürecine gider. Demansı dışlamak için Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE) uygulanır. Depresyon tanısı doğrulandıktan sonra hasta ile görüşülerek bir tedavi planı yapılır. Bu göre tedavi verilerek bir ay sonra kontrole çağırılır ya da bir üst basamağa sevk edilir (135). Yaşlılık depresyonu prevalansının yüksek olmasının önemli sebepleri arasında tedaviyi red etme, tedaviye uyu sağlayamama gibi nedenler de olduğundan hekim bu konuda dikkatli davranmalıdır. Yaşlı hastalarda depresyon tarama ölçekleri genellikle hastanın biliş düzeyini değerlendiren ölçeklerle birlikte kullanılır. GDÖ ve MMSE bu amaçla en sık kullanılan iki testtir (120). Açıklanamayan somatik yakınmaları olan yaşlı hastalar üzüntü ve haz kaybını yadsıyabilirler. Bu nedenle bazen hastanın fiziksel

değerlendirmesi ve klinik yargı tarama ölçeklerinden daha fazla yardımcı olabilir (133).

DSÖ ″Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı″nda depresyonu yaşlılığın dört büyük sorunundan biri olarak belirtmiş ve birincil bakım hekimlerinin kendilerine herhangi bir nedenle başvuran yaşlı hastalarını bu açıdan değerlendirmelerini önermiştir (136).

WONCA Psikiyatri ve Nörolojide özel ilgi grubu (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, Psychiatri and Neurology) rehberi ruhsal sağlığın değerlendirilmesinde BAK, DİNLE ve TEST YAP çerçevesinin yararlı olabileceğini belirtir.

BAK: hastanın duygu durumu, giyinme tutumu, afektif yanıtları, göz teması tipi, hareket tipi (yavaş, ajite, huzursuz) gözlenir.

DİNLE: Hasta empatik ve önyargısız bir şekilde dinlenir. Ses tonu ve konuşma hızı, konuşmanın içeriğine dikkat edilir. Özellikle intihar düşünceleri, sanrılar ve varsanılar olup olmadığına bakılır.

TEST YAP: Hastaya adı ve adresi sorularak dikkat ve konsantrasyon test edilir. Hastaya bir depresyon ölçeği uygulanabilir (137).

İntihar niyeti ve umutsuzluğun kanıtları için de test yapılabilir. National Institute for Clinical Excellence (NİCE) rehberi toplum taraması önermez ancak depresyon şüphesi olan herkese duygu durum ve ilgi konusunda en az iki soru sorulmasını önerir:

- Son bir ay içinde yaptığınız şeylerde ilgi kaybı ya da hoşnutsuzluk oldu mu?
- Geçtiğimiz ayda kendinizi moralsiz, çökkün ya da umutsuz hissederek canınız sıkıldı mı?

Bu iki soruya ″evet″ yanıtı veren yaşlı hastaya GDÖ ve depresyonla çok karışan demansı dışlamak için MMSE ölçekleri uygulanır. Ölçeklerin sonucuna göre hastanın yönetimi planlanır (138).

Yaşlılarda depresyonu tanımlamak için özgün laboratuar testleri yoktur. Testler genellikle ayırıcı tanı ve eşlik eden hastalıkları değerlendirmek için yapılır (139, 140).

2.10.3. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği

Yaşlılarda görülen depresyon toplumun diğer kesiminde görülenden bazı farklılıklar gösterir; yaşlıların duygu ve düşüncelerini yetersiz ifade etmesi nedeniyle depresif duygu durumuna daha az rastlanırken, bilişsel belirtiler daha sık görülür. Kilo kaybı, bedensel yakınmalar ve bedensel hastalık birlikteliği sıktır. Yaşlı hastaların depresyonunda duygu durumundaki değişikliklerden kaynaklanan yakınmalar, bedensel yakınmalarla yer değiştirmiştir Uyku bozuklukları, ilgi ve enerji kaybı da sık rastlanılan belirtiler arasındadır (117, 141).

Yaşlı bireyler, birey tüm hayatı boyunca üretici bir hayat yaşamışsa bu dönemde bir doyum duygusu yaşayabilir. Amaçlarının çoğunu gerçekleştirememiş, üretici bir hayat sürememiş birey ise umutsuzluk ve değersizlik duygusu taşıyabilir. Geçmişteki başarısızlıklar, hatalar ve düşüncesizliklerinden dolayı kendini suçlar. Şu anki durumunu ve geleceğini umutsuz görür (142).

Bir grup araştırmacı da yaşlı hastalardaki depresif belirtileri iki gruba ayırmıştır:

1- Disfori, iştahsızlık, suçluluk duygusu, ölme isteği ya da ölüm düşüncelerinin daha fazla bulunduğu ″duygu durumu bozukluğu″ tipidir.
2- İlginin kaybedilmesi, psikomotor değişiklikler, enerjinin kaybı ve düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekmenin daha fazla görüldüğü ″yönelme bozukluğu″ tipidir (143).

2.10.4. Yaşlılarda Depresyonun Prognozu

Yaşlılarda görülen depresyon diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte olabilir. Yaşlı depresyonlarına çoğunlukla anksiyete bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu eşlik edebilir. Depresyonu olan yaşlı hastalarda yaygın anksiyete

bozukluğu sık görülür. Kişilik bozukluklarının yaşlı depresyonuna eşlik etme oranı %10-30 arasındadır (144).

Yaşlı depresyonu ile ilgili yapılan bir çalışmada, depresyonlu hastaların %35'inin bir yıl içinde iyileştiği, %19 hastada depresyonun tekrarladığı, %29 hastada depresyonun devam ettiği, %3 hastada demans geliştiği, %14 hastanın da öldüğü gözlenmiştir (145).

Depresifken bilişsel durumu bozulan hastaların %94'ünün bir yıl sonra da tedaviye rağmen bu şekilde kaldığını, fakat başlangıçta bilişsel açıdan sağlam olup daha sonra depresyon gelişen hastaların %23'ünün klinik remisyona rağmen bir yıl sonra anlamlı bozukluklar geliştirdiği tespit edilmiştir (146).

Yaşlılarda görülen depresyon mortalite riskini arttırmaktadır. Bu riskin direkt olarak depresyonla ilişkilendirilemediği ancak eşlik eden bedensel hastalıkların seyrini etkileyerek ölüme neden olabileceği öne sürülmüştür. Bu nedenler yaşlılarda depresyon saplandığı anda tedavi verilmesi ya da bir süt basmağa sevk edilmesi önerilmektedir (117, 147).

2.10.5. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi

Tanı konulan yaşlı hastaların yaklaşık dörtte üçünde depresyon tedavi edilebilir. Etkin bir depresyon yönetimi biyopsikososyal yaklaşım, farmakoterapi ve psikoterapinin birlikte sunulmasını gerektirir. Tedaviyle genellikle yaşam kalitesini, işlevsel kapasitesi artırılır ve sağlık durumu düzeltilerek yaşam ömrü uzatılır ve sağlık bakım maliyetini düşürülür. Tedavi başlandıktan sonraki depresif semptomlarda iyileşme belirtilerinin gözlenmesi için en az iki hafta kadar süre geçmesi gerekir ancak tam iyileşme aylar sürebilir. Yaşlılarda depresyon tedavinin genç hastalardan daha uzun süre sürdürülmesi gerekir (135). Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki riskleri yaşlılarda gençlere göre daha fazla ve yan etkilerin tolere edilmeleri de daha zordur. Ayrıca yaşlı hastalar diğer tıbbi hastalıklar için de tedavi aldıklarından ilaç etkileşimleri daha fazla görülür (148).

2.11. Yaşlılarda Görülen Depresyon ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Yaşlanma doğal bir süreç olup beraberinde getirdiği bazı sosyal sorunlar ve sağlık sorunları olabilmektedir. Bazı ülkelerde aktif yaşamın mümkün olmadığı dönemde yaşlılığın başladığı kabul edilmektedir (149). Yaşlanma ile birlikte günlük işlerini yerine getirememe, fiziksel işlevlerde azalma ve dış etkenlere karşı daha hassas olma gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (150). Depresyon, yaşlı bireyin sahip olduğu kronik rahatsızlık ile bağlantılı, ilerleyici ve dinamik bir süreçtir (150, 151). Yaşlıların karşılaştığı probleler önemli bir sağlık göstergesi olup bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (152, 153). Yapılan çalışmalarda depresyonu olan kişilerin, hem genel popülasyonda hem de kronik hastalığı olanlarda daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtilmiştir (154-156).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etki eden faktörler ile yaşam kalitesi ve depresyon ilişkisinin ilimizdeki durumunun ortaya konulması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan çalışmamız Erzurum İli'nin merkez ilçelerinden olan Palandöken İlçesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri popülasyonda, 2016 yılı Haziran-Eylül ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Erzurum Palandöken Merkez İlçesi'nde yaşayan tüm 65 yaş ve üzeri popülasyon oluşturmuştur. Erzurum İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden elde edilen veriler doğrultusunda çalışmaya başlandığı tarihte Palandöken Merkez İlçesi'nde 65 yaş ve üzeri nüfus 10.642'ydi. Yaşlılarda yaşam kalitesi prevalans verisine ulaşılamaması nedeni ile çalışmanın örneklem hesabı, yaşlılarda depresyon prevalansı esas alınarak yapılmıştır. Epi İnfo programında yaşlılardaki depresyon prevalansı %20, %95 güven aralığı ve 0.5 kabul edilebilir hata payı ile desen etkisi ″2″ alınarak örneklem büyüklüğü 480 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Altmışbeş yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özellikler, gelir durumu, sağlık durumu ve yaşlılık algısına göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Buna göre geliştirilen hipotezler;

1. Yaşlıların, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı) arasında anlamlı fark vardır.
2. Yaşlıların, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ile gelir durumları arasında anlamlı fark vardır.
3. Yaşlıların, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ile sağlık durumları arasında anlamlı fark vardır

4. Yaşlıların, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algısı ve sağlık düzeyi algıları arasında anlamlı fark vardır.
5. Yaşlıların, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.

3.4. Araştırmanının Değişkenleri

a. Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

b. Araştırmanın bağımsız değişkenleri;

Demografik ve sosyoekonomik değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçları karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi/kişiler, yaşını nasıl değerlendirdiği, geçen yıla göre sağlık düzey algısı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanım durumu ve yardımcı cihaz kullanım durumu)

3.5. İzinler

Araştırma ile ilgili kurul izini Atatürk Üniversitesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu'ndan Karar No:13.04.2016-2/34), etik izin Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No:31.05.2016-5/20), uygulamaya dair izinler (15.09.2017-E.792) İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınmıştır (Ek 1,2).

3.6. Verilerin Toplanma Yöntemi ve Araçları

Verilerin toplanması ve analizi üç basamakta gerçekleştirilmiştir; anket formunun oluşturulması ve düzenlenmesi, anket formunun uygulanması ve verilerin analiz edilmesidir.

3.6.1. Anket Formunun Oluşturulması ve Düzenlenmesi

Anket formunun birinci bölümünü yaşlıların demografik ve sosyoekonomik özelliklerine ait 19 sorudan oluşturmaktadır. İkinci bölümünü Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD)'ne ait 24 soru ve üçüncü bölümü ise Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne ait 30 soru oluşturmaktadır (Ek 3). Soruların uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla araştırma öncesinde Erzurum'da rastgele evlere gidilerek 65 yaş ve üzeri 20 bireye ön deneme anketi yapıldı. Ön denemeden sonra ankete verilen yanıtlar tekrar gözden geçirilerek uygun olmayan sorular değiştirildi ve ankete son şekli verildi.

WHOQOL-OLD ölçeği Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirip Türk Toplumu'na uyarlanması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (157). Ölçek geçerli ve güvenilir olarak bulunmuştur (Cronbach alfa katsayıları duyusal alan için 0.88, otonomi alanı için 0.68, geçmiş bugünkü ve gelecek aktiviteler alanı için 0.73, sosyal katılım alanı için 0.76, ölüm ve ölümlülük alanı için 0.75, yakınlık alanı için 0.82 idi). WHOQOL-OLD modülü 24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar;

1. Duyusal yetenek,
2. Otonomi,
3. Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler,
4. Sosyal katılım,
5. Ölüm ve ölümlülük,
6. Yakınlık alanlarıdır.

Duyusal yetenek; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisini,

Otonomi; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapabilme ve bunların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,

Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler; yaşamın daha önceki yıllarında elde edilen başarılar ve bu başarılardan duyulan memnuniyet, geçmişten bahsedilmesi, gelecek ile ilgili duygu, düşünceler ve bunların yaşam kalitesi üzerine etkisini,

Sosyal katılım; zamanı etkili ve yeterli kullanma durumu ve önemli faaliyetlere katılım durumunu,

Ölüm ve ölümlülük; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler, endişeler, kaygılar, korkular ve bunların yaşam kalitesi üzerine etkilerini**,**

Yakınlık; kişisel ilişkiler ve diğer kişilerle iletişim kurabilme becerisini ölçmeye yöneliktir.

Ölçek son iki haftadaki yaşam kalitesini ölçmeye yönelik hazırlandığından, katılımcıların ölçeği son iki haftadaki yaşantılarını dikkate alarak yanıtlamaları istendi.

Her bir soru için en düşük puan 1, en yüksek puan 5'dir. Her alanın 4 sorusu vardır. Tüm alanlar yanıtlandığında her alandan minimum 4 puan, maximum 20 puan alınabilir. WHOQOL-OLD ölçeği puanlama yönergesi Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve temel alan maddeleri

Bölüm	*Soru sayısı*	*Alan maddeleri*	*Ortalama (min, max)*
Duyusal yetenek	4	1+2+10+20	16 (4, 20)
Otonomi	4	3+4+5+11	16 (4, 20)
Geçmiş, bugün, gelecek	4	12+13+15+19	16 (4, 20)
Sosyal katılım	4	14+16+17+18	16 (4, 20)
Ölüm ve ölümlülük	4	6+7+8+9	16 (4, 20)
Yakınlık	4	21+22+23+24	16 (4, 20)

Ölçeğin kesim puanı bulunmamakta ve yüksek puan yüksek yaşam kalitesini göstermektedir. 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 numaralı sorular negatif sorulardır ve değerleri 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 şeklinde dönüştürüldükten sonra alan skorları hesaplanmıştır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından oluşturulan yaşlı popülasyon için geliştirlen bir depresyon ölçeğidir (158). Bireyin yaşamının son bir haftasında kendisini nasıl hissettiğine ilişkin öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçeğin hazırlanışındaki temel amaç yanıtlanması kolay ve yaşlılara özgü olmasıdır. Ölçeğin puanlamasında her soru için depresyon bulgusu düşündüren yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmektedir. Elde edilen toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir.

Ertan ve arkadaşları (159) ile Sağduyu (141) tarafından yapılan çalışmalarda, testin Türkiye için geçerlilik ve güvenirliliği gösterilmiştir. Uygulanması kolay,

yanıtları sadece ″evet″ ya da ″hayır″ şeklinde olan bir ölçektir. İfadelerden bazılarına (1., 5., 7., 9., 15., 19., 21., 28., 29. ve 30. sorular) verilen ″evet″ yanıtları ″0″; ″hayır″ yanıtları ″1″ olarak puanlandırılır. Diğer sorularda ise puanlama ters yöndedir; ″evet″ yanıtları ″1″, ″hayır″ yanıtları ″0″ şeklindedir. Toplam puan 0-30 arasında değişir. Sağduyu ve ark. tarafından yapılan çalışmaya göre GDÖ'de depresyon için kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığının %90, özgüllüğünün %94 olduğu hesaplanmıştır. Araştırmamızın bulguları, GDÖ puan ortalaması 14 puanın altında olanların ″depresyon belirtisi yok″, 14 puan ve üzeri olanların ″depresyon belirtisi var″ şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirme yapılmıştır. Testin sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda, hafif ve orta düzeyde demansı olanlarda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir.

3.6.2. Anket Formunun Uygulanması

Araştırmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığıyla, araştırmacı tarafından yaşlıların evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.6.3. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin girişi ve değerlendirilmesi *Statistical Package fort the Social Science (SPSS) v20 for Windows* programı aracılığı ile yapıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, numerik değişkenler ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi. Numerik değişkenlerin analize uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile araştırıldı. Hipotezlerin gerçekleştirilmesinde, numerik değişkelerin karşılaştırılması amacı ile Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri, kategorik değişkelerin analizinde ise Ki-kare Testi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin yaşam kalitesi düzeyi ve depresyon sıklığı üzerine etkisini ortaya koymak için logistik regresyon analizi yapıldı. Binomial logistik regresyon analizi uygulanırken WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alan puanlarının ve toplam yaşam kalitesi puanlarının ortanca değerlerine göre yaşam kalitesi ″yüksek″ ve ″düşük″ olarak dikrotom değişken oluşturuldu.

Yaşam kalitesi alt alanlarının birbirleri ile ve depresyon puanları ile olan ilişkilerini ortaya koymak için için Spearman sıralı korelasyon analizi yapıldı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın temel kısıtlılıkları arasında anket uygulanmasını reddetme önemli yer tutmaktadır. Veri toplamanın gündüz yapılmak zorunda olması ve erkeklerin zamanlarının çoğunluğunu dışarda geçirmeleri nedeniyle erkek nüfusa erişimde güçlük yaşanmıştır. Bu durumun çözümü için ikinci kez ev ziyaretleri yapılmış tekrar evde bulunmama durumlarında yedek gruplardan veriler elde edilmiştir.

Duyu kayıpları olan yaşlılarla iletişime geçilmekte zorlanılmıştır. Bu durumda yaşlıların bakımlarını üstlenen ve sürekli onlarla yaşayan kişiler ile görüşülmüştür. Belirgin algısal ve psikiyatrik sorunu olan yaşlılar çalışma dışı tutulmuştur.

3.8. Araştırmanın Süresi

Tablo 2. Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi

	2016						**2017**						**2018**					
	Ocak – Şubat	**Mart - Nisan**	**Mayıs - Haziran**	**Temmuz -**	**Eylül - Ekim**	**Kasım Aralık**	**Ocak - Şubat**	**Mart - Nisan**	**Mayıs - Haziran**	**Temmuz -**	**Eylül - Ekim**	**Kasım Aralık**	**Ocak - Şubat**	**Mart - Nisan**	**Mayıs - Haziran**	**Temmuz -**	**Eylül -Ekim**	**Kasım - Aralık**
KONU İLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI																		
PLANLAMA AŞAMASI Ön denemenin yapılması, Gerekli izinlerin alınması, Anket formunun hazırlanması																		
UYGULAMA AŞAMASI Veri toplama, veri işleme																		
ANALİZ AŞAMASI Verilerin analizi, yorumlanması																		
YAZIM AŞAMASI Araştırma raporunun yazımı, basımı, raporun ilgili yerlere sunumu																		

4. BULGULAR

″Erzurum Palandöken Merkez İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörler″ isimli araştırmanın bulguları üç başlık altında incelenmiştir:

1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgular,
2. Yaşam kalitesi puanları ve sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi,
3. Depresyon belirtileri ve sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan yaşlı bireylere ait veriler incelendiğinde, 480 bireyin %54.2'si (n=260) kadın, %45.8'i (n=220) erkekti ve toplam yaş ortalaması 71.6±6.1 yıldı. Kadınların yaş ortalaması 71.5±6.1 yıl iken, erkeklerin 71.8±6.1 yıldı.

Yaşlıların %71.0'ı 65-74 yaş grubunda, %25.5'i 75-84 yaş grubunda, %3.5'i 85 ve üzeri yaş grubundaydı. Cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı benzerlik göstermekte olup, Tablo 3'te sunuldu.

Tablo 3. Katılımcıların cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı

	65-74 yaş		75-84 yaş		85 ve üzeri yaş		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın	188	72.3	63	24.2	9	3.5	260	54.2	x^2=0.452
Erkek	153	69.5	59	26.9	8	3.6	220	45.8	p=0.798
Toplam	341	71.0	122	25.5	17	3.5	480	100.0	

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumlarına bakıldığında %31.9'u ilkokul, %16.5'i lise ve üzeri okul mezunuydu. Kadınların %39.6'sı, erkeklerin ise %9.1'i okuryazar değildi. Cinsiyete göre eğitim düzeyi dağılımları açısından anlamlı fark vardı (p<0.001) (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyete göre eğitim durumlarının dağılımı

	Okuryazar değil		Okuryazar		İlkokul		Ortaokul		Lise ve üzeri		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın	103	39.6	46	17.7	79	30.4	16	6.1	16	6.2	260	54.2	x^2=94.091
Erkek	20	9.1	27	12.3	74	33.6	36	16.4	63	28.6	220	45.8	**p<0.001**
Toplam	123	25.6	73	15.2	153	31.9	52	10.8	79	16.5	480	100.0	

Katılımcıların %63.5'i evli, %34.4'ü duldu. Kadınların %46.5'i dul iken, erkekler da bu oran %20.0'dı. Cinsiyetler arasında medeni durum açısından anlamlı fark olduğu saptandı (p<0.001) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımı

	Evli		Bekar		Dul		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın	134	51.5	5	2.0	121	46.5	260	54.2	x^2=37.348
Erkek	171	77.7	5	2.3	44	20.0	220	45.8	**p<0.001**
Toplam	305	63.5	10	2.1	165	34.4	480	100.0	

Katılımcıların %94.4'ü sağlık güvencesinin olduğunu, %5.6'sı ise olmadığını belirtti. Kadınların %8.5'inin, erkeklerin %2.3'ünün herhangi bir sağlık sigortası yoktu. Cinsiyete göre sağlıkta sosyal güvenceye sahip olmak farklılık göstermekteydi (p=0.03) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların cinsiyete göre sağlık güvencesine sahip olma durumlarının dağılımı

	Sağlık güvencesi var		Sağlık güvencesi yok		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Kadın	238	91.5	22	8.5	260	54.2	x^2=8.598
Erkek	215	97.7	5	2.3	220	45.8	**p=0.003**
Toplam	453	94.4	27	5.6	480	100.0	

Katılımcıların %45.0'ının 3-4 çocuğu, %37.9'unun 5 ve daha fazla çocuğu varken, %3.1'inin hiç çocuğu yoktu. Cinsiyetler arasında sahip olunan çocuk sayısı açısından anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.017).

Araştırmaya katılan yaşlıların %91.0'ı düzenli aylık gelirlerinin olduğunu beyan etti. Erkeklerin %94.5'i, kadınların ise %88.1'i düzenli aylık gelire sahip olduklarını belirtmiş olup cinsiyete göre anlamlı fark vardı (p=0.013) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre düzenli aylık gelirleri olma durumlarının dağılımı

	Evet		Hayır		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Kadın	229	88.1	31	11.9	260	54.2	x^2=6.114
Erkek	208	94.5	12	5.5	220	45.8	**p=0.013**
Toplam	437	91.0	43	9.0	480	100.0	

Yaşlıların mevcut gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadıkları sorgulandığında %47.7'si karşılamadığını belirtti ve cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu.

Düzenli aylık gelire sahip olan yaşlıların %78.3'ü emekli maaşı, %16.2'si dul yetim aylığı aldığını, %3.2'si ise ihtiyarlık maaşı aldıklarını ifade etti. Cinsiyetler arasında gelir kaynakları farklılık göstermekteydi (p<0.001).

Yaşlılara, birlikte kaldıkları kişiler sorulduğunda %31.3'ü eşiyle birlikte, %11.9'u tek başına kaldıklarını ifade etti. Katılımcıların birlikte kaldıkları kişiler açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı (p<0.001) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların cinsiyete göre evde birlikte yaşadıkları kişilerin dağılımı

	Tek başına		Çocukları ile birlikte		Eşi ile birlikte		Eşi ve çocukları ile birlikte		Akrabaların yanında		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın	41	15.8	83	31.9	67	25.8	64	24.6	5	1.9	260	54.2	x^2=36.650
Erkek	16	7.3	31	14.1	83	37.7	86	39.1	4	1.8	220	45.8	**p<0.001**
Toplam	57	11.9	114	23.8	150	31.3	150	31.3	9	1.7	480	100.0	

Katılımcılara kendi yaşlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %35.4'ü çok yaşlı hissettiğini belirtirken %12.5'i yaşlı hissetmediğini belirtti. Cinsiyetler arasında yaş algısı açısından anlamlı fark olduğu tespit edildi (p<0.001). Katılımcıların cinsiyete göre yaşlılık algılarının dağılımları Tablo 9'da gösterildi.

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyete göre yaşlılık algılarının dağılımı

	Çok yaşlı		Yaşlı		Orta yaşlı		Kendini yaşlı hissetmiyor		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın	116	44.6	84	32.3	43	16.5	17	6.6	260	54.2	x^2=31.548
Erkek	54	24.5	75	34.2	48	21.8	43	19.5	220	45.8	**p<0.001**
Toplam	170	35.4	159	33.1	91	19.0	60	12.5	480	100.0	

Yaşlıların %74.0'ı en az bir kronik hastalığının olduğunu ifade etti. Erkeklerin %70.5'inin, kadınların %76.9'unun en az bir kronik hastalığı vardı ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çalışmamıza dahil olan yaşlılardan her gün en az bir kez düzenli ilaç kullandığını belirtenlerin sıklığı %73.3'tü. Yaşlıların sürekli ilaç kullanım durumu cinsiyet arasında anlamlı fark yoktu.

Araştırmaya katılan yaşlıların kendi beyanlarına göre kronik hastalık durumları değerlendirildiğinde %21.0'ının bir, %13.4'ünün 4 ve üzeri sayıda kronik hastalığı bulunmaktaydı (Tablo 10).

Tablo 10. Kronik hastalık sayısının cinsiyete göre dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
Kronik hastalık sayısı	n	%	n	%	n	%
Yok	60	23.1	65	29.5	125	26.0
1	53	20.4	48	21.8	101	21.0
2	69	26.2	48	21.8	116	24.2
3	41	15.8	33	15.0	74	15.4
4 ve üzeri	38	14.7	26	11.8	64	13.4

Çalışmamızda yer alan yaşlıların %71.8'i hipertansiyon, %39.4'ü diyabet, %29.0'ı kalp ve/veya akciğer hastası olduğunu belirtti. Cinsiyetler arasında hipertansiyon, kalp ve/veya akciğer hastalığı ve ürolojik hastalıkların görülme sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.001). Hipertansiyon kadınlarda daha sık görülürken kalp ve/veya akciğer hastalığı ve ürolojik hastalıklar erkeklerde daha sık görülmekteydi. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 11'de verildi.

Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalıklarının cinsiyete göre dağılımları

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon	160	80.0	95	61.3	255	71.8	x^2=15.107 **p<0.001**
Diyabet	82	41.0	58	37.4	140	39.4	x^2=0.469 p=0.494
Kalp, akciğer hastalığı	44	22.0	59	38.1	103	29.0	x^2=10.942 **p<0.001**
Sindirim sistemi hastalıkları	35	17.5	21	13.5	56	15.8	x^2=1.026 p=0.311
Nörolojik hastalıkları	40	20.0	20	12.9	60	16.9	x^2=3.131 p=0.077
Ürolojik hastalıklar	16	8.0	50	32.3	66	18.6	x^2=33.952 **p=<0.001**
Ortopedik hastalıkları	92	46.0	62	40.0	154	56.6	x^2=1.280 p=0.258
Toplam	200	56.3	155	43.7	355	100.0	

Çalışmamızda yer alan yaşlıların %52.9'u geçen son bir yıla göre sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirdi. Erkeklerin %40.0'ı geçen son bir yıla göre sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirirken kadınlar da bu oran %63.8'di. Cinsiyetler arasında sağlık algısı açısından anlamlı fark vardı (p<0.001).

Katılımcıların geçen son bir yıla göre sağlık düzeyi algıları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 65-74 yaş grubunda olanların %49.3'ü, 85 ve üzeri yaş grubunda olanların ise %58.8'i sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirdi. Yaş grupları arasında sağlık düzeyi algısı açısından anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Yaşlıların eğitim durumlarına göre sağlık düzeyi algısı açısından anlamlı fark olduğu saptandı (p<0.001) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların geçen son bir yıla göre sağlık düzeyi algılarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları

	Daha İyi		Aynı		Kötü		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									
Kadın	16	6.2	78	30.0	166	63.8	260	54.2	x^2=29.212
Erkek	33	15.0	99	45.0	88	40.0	220	45.8	p**<0.001**
Yaş Grupları									
65-74	41	12.0	132	38.7	168	49.3	341	71.0	x^2=8.605
75-84	6	4.9	40	32.8	76	62.3	122	25.4	p=0.072
85 ve Üzeri	2	11.8	5	29.4	10	58.8	17	3.5	
Eğitim Durumu									
Okuryazar değil	4	3.3	25	20.3	94	76.4	123	25.6	
Okuryazar	11	15.1	22	30.1	40	54.8	73	15.2	
İlkokul	12	7.8	68	44.5	73	47.7	153	31.9	x^2=51.760
Ortaokul	10	19.2	25	48.1	17	32.7	52	10.8	**p<0.001**
Lise ve üzeri	12	15.2	37	46.8	30	38.0	79	16.5	
Toplam	49	10.2	177	36.9	254	52.9	480	100.0	

Araştırmaya katılanların %64.2 (n=308)'si yardımcı cihaz kullandığını belirtti. Yardımcı cihaz kullanan bireylerin %54.6'sı gözlük, %50.8'i takma diş, %19.4'ü baston ya da koltuk değneği kullanmaktaydı ve yardımcı cihaz kullanımı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların kullandıkları cinsiyete göre yardımcı cihaz kullanım durumlarının dağılımı

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
Kullanılan yardımcı cihaz	n	%	n	%	n	%*
Baston, koltuk değneği	45	17.3	48	21.8	93	19.4
Gözlük	150	57.7	112	50.9	262	54.6
Takma diş	141	54.2	103	46.8	244	50.8
Tekerlekli sandalye	7	2.7	2	0.9	9	1.9
Kulaklık	26	10.0	23	10.5	49	10.2
Bacak, kalça protezi	3	1.2	1	0.5	4	0.8

*Yüzdeler yardımcı cihaz kullanan 308 kişi üzerinden hesaplandı.

Araştırmaya katılan yaşlılarda sigara kullanım durumları açısından erkek (%29.5) ve kadınlar (%5.4) arasında anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Yaşlıların sigara kullanım durumlarının cinsiyete göre dağılımları Tablo 14'de gösterildi.

Tablo 14. Katılımcıların cinsiyete göre sigara kullanım durumlarının dağılımı

	Kullanıyorum		Kullanıyordum bıraktım		Hiç kullanmadım		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın	14	5.4	31	11.9	215	82.7	260	54.2	$x^2=178.729$
Erkek	65	29.5	107	48.7	48	21.8	220	45.8	**<0.001**
Toplam	79	16.5	138	28.7	263	54.8	480	100.0	

4.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Puanları ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına giren 480 yaşlı bireye Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü anket soruları uygulandı ve yaşam kalitesi temel alanları ile bu alanlara ait puan ortalamaları Tablo 15'te sunuldu.

Tablo 15. Araştırma kapsamına giren yaşlıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü 6 temel alan ve 24 alt alan puan ortalamaları dağılımı

		Minimum	Maksimum	Ortalama±SS
Soru no	**Duygusal Yetenek**	4.00	20.00	12.27±3.85
1	Duyularınızdaki bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?	1.00	5.00	2.85±1.05
2	İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?	1.00	5.00	2.84±1.08
10	Duyularınızdaki sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	1.00	5.00	2.88±1.10
20	İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?	1.00	5.00	2.87±0.95
	Otonomi	4.00	20.00	12.59±3.24
3	Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?	1.00	5.00	3.38±1.10
4	Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?	1.00	5.00	2.62±0.99
5	Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?	1.00	5.00	3.57±1.02
11	Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	1.00	5.00	3.02±1.08
	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	4.00	20.00	12.69±3.10
12	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1.00	5.00	2.82±1.03
13	Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?	1.00	5.00	3.61±0.98
15	Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	1.00	5.00	3.31±0.94
19	Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?	1.00	5.00	2.95±0.91

Tablo 15. (Devamı)

	Sosyal Katılım	4.00	20.00	11.61±3.41
14	Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz	1.00	5.00	2.65±1.02
16	Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?	1.00	5.00	2.98±1.05
17	Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?	1.00	5.00	2.94±1.00
18	Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1.00	5.00	3.04±1.17
	Ölüm ve Ölümlülük	4.00	20.00	15.46±4.45
6	Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?	1.00	5.00	2.10±1.21
7	Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?	1.00	5.00	1.94±1.15
8	Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?	1.00	5.00	2.02±1.20
9	Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?	1.00	5.00	2.48±1.31
	Yakınlık	4.00	20.00	13.74±3.53
21	Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	1.00	5.00	3.28±0.99
22	Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?	1.00	5.00	3.44±0.98
23	İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?	1.00	5.00	3.56±0.94
24	İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?	1.00	5.00	3.46±1.00

Cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamaları değerlendirildiğinde kadınların duyusal yetenek, otonomi, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, ölüm ve ölümlülük, yakınlık alanları ile toplam puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.05$).

Yaşam kalitesi tüm alan puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu grup 65-74 yaş grubu iken, en düşük olduğu grup 85 yaş ve üzeri gruptu. Gruplar arasında duyusal yetenek, otonomi, sosyal katılım ve toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Yaşam kalitesi tüm alan ve toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre evli olanlarda daha yüksekti. Duyusal yetenek, otonomi, geçmiş bugün ve gelecek

aktiviteleri alan puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Ölüm ve ölümlülük alan puan ortalaması bekar olanlarda anlamlı olarak düşüktü ($p<0.05$). Yaşam kalitesi puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi Tablo 16'da verildi.

Tablo 16. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Cinsiyet							
Kadın	11.98±3.79	11.63±3.15	12.20±3.05	11.40±3.43	14.81±4.74	13.42±3.58	53.57±15.38
Erkek	12.63±3.91	13.73±2.99	13.28±3.06	11.86±3.39	16.24±3.98	14.13±3.45	60.28±15.03
İstatistik	**U=25616.50 p=0.047**	**U=18042.00 p<0.001**	**U=22636.50 p<0.001**	U=26189.00 p=0.110	**U=23912.00 p=0.002**	**U=25436.00 p=0.034**	**U=21787.00 p<0.001**
Yaş Grupları							
65-74	13.05±3.74[a,e]	13.04±3.17[b]	12.87±3.02	12.32±3.11[c,f]	15.37±4.48	13.95±3.46	58.97±14.95[d]
75-84	10.53±3.43[a]	11.43±3.07[b]	12.18±3.22	9.93±3.40[c]	15.76±4.50	13.20±3.61	51.08±15.52[d]
85 ve Üzeri	9.29±3.72[e]	11.88±4.01	12.71±3.60	9.47±4.39[f]	15.29±3.92	13.41±4.21	50.06±17.02
İstatistik	**KW=45.35 p<0.001**	**KW=20.43 p<0.001**	KW=3.81 p=0.148	**KW=45.04 p<0.001**	KW=1.17 p=0.557	KW=3.62 p=0.163	**KW=22.47 p<0.001**
Medeni Durum							
Evli	12.78±3.83[g]	13.08±3.22[h]	13.17±3.02[ı]	12.28±3.12[j]	15.92±4.26[k]	14.01±3.53	59.63±15.26[m]
Bekar	12.70±3.40	11.90±3.67	10.80±3.12	11.00±4.37	11.00±2.94[k,l]	12.70±2.95	48.02±16.61
Dul	11.32±3.78[g]	11.73±3.11[h]	11.92±3.06[ı]	10.41±3.55[j]	14.90±4.70[l]	13.31±3.53	51.65±14.66[m]
İstatistik	**KW= 15.09 p=0.001**	**KW= 19.62 p<0.001**	**KW= 21.82 p<0.001**	**KW= 29.11 p<0.001**	**KW= 15.84 p<0.001**	KW= 5.27 p=0.072	**KW= 33.38 p<0.001**
Toplam	12.27±3.85	12.59±3.24	12.69±3.10	11.61±3.41	15.46±4.45	13.74±3.53	56.64±15.57

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamaları eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, duyusal yetenek, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım ölüm ve ölümlülük, yakınlık alanları puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalaması lise ve üzeri eğitim almış yaşlılarda anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlılardan sağlık güvencesine sahip olanların otonomi, geçmiş bugünkü ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, yakınlık alan puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları sağlık güvencesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). Düzenli aylık geliri olanlarda ve aylık gelirleriyle ihtiyaçlarını karşılayabilenlerde otonomi, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölümlülük, yakınlık alan ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$) (Tablo17).

Tablo 17. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Eğitim Durumu							
OY Değil	11.09±3.85[a,b]	10.89±3.13[c,de]	11.43±3.08[f,g,h]	10.76±3.32[l]	14.92±4.59	12.46±3.80[r,s,t]	49.54±14.48[v,y,z]
OY	11.82±3.75	11.95±2.99	11.82±3.15[i,j,k]	11.21±3.42[m]	14.22±4.55[p]	13.47±3.53	52.58±16.54
İlkokul	12.76±3.81[a]	13.00±3.05[c]	13.09±2.80[f,i]	11.63±3.52[n]	16.02±4.43[p]	14.30±3.36[r]	59.18±14.64[v]
Ortaokul	12.58±4.13	14.33±2.90[d]	13.85±2.75[g,j]	12.02±3.56	16.29±3.83	14.46±3.13[s]	62.00±14.22[y]
Lise ve üzeri	13.36±3.12[b]	14.18±2.70[e]	14.16±2.56[h,k]	13.20±2.75[l,m,n]	16.53±3.90	14.69±3.07[t]	64.70±11.91[z]
İstatistik	**KW=21.17 p<0.001**	**KW=66.89 p<0.001**	**KW=50.94 p<0.001**	**KW=23.23 p<0.001**	**KW=12.55 p=0.015**	**KW=23.81 p<0.001**	**KW=55.66 p<0.001**
Sağlık Güvencesi							
Var	12.24±3.81	12.74±3.17	12.83±3.03	11.71±3.41	15.51±4.45	13.92±3.41	57.24±15.36
Yok	12.89±4.53	10.15±3.63	10.33±3.35	9.93±3.14	14.78±4.59	10.78±4.32	46.72±16.07
İstatistik	U= 5448.50 p=0.338	**U= 3595.50 p<0.001**	**U= 3450.50 p<0.001**	**U= 4177.50 p=0.005**	U= 5496.00 p=0.368	**U= 3510.00 p<0.001**	**U= 3814.00 p=0.001**
Düzenli aylık gelir varlığı							
Evet	12.31±3.83	12.76±3.19	12.89±3.06	11.81±3.38	15.61±4.44	13.97±3.46	57.66±15.53
Hayır	11.93±4.15	10.86±3.35	10.67±2.75	9.53±3.07	14.05±4.51	11.42±3.45	46.32±11.90
İstatistik	U= 9087.50 p=0.721	**U= 6244.00 p<0.001**	**U= 5432.50 p<0.001**	**U= 5704.00 p<0.001**	**U= 7374.50 p=0.018**	**U= 5476.00 p<0.001**	**U= 5252.00 p<0.001**
Geliriniz ihtiyaçlarınızı karşılamaya yetiyor mu?							
Evet	12.44±3.80	13.29±2.98	13.76±2.68	12.37±3.38	15.88±4.29	14.57±3.37	60.73±14.19
Hayır	12.09±3.92	11.83±3.36	11.52±3.11	10.78±3.25	15.02±4.60	12.83±3.49	52.17±15.81
İstatistik	U= 27415.00 p=0.380	**U= 21612.50 p<0.001**	**U= 16963.00 p<0.001**	**U= 20705.00 p<0.001**	**U= 25726.50 p=0.043**	**U= 20583.50 p<0.001**	**U= 19761.50 p<0.001**
Toplam	12.27±3.85	12.59±3.24	12.69±3.10	11.61±3.41	15.46±4.45	13.74±3.53	56.64±15.57

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

Çocuk sayılarına göre; duyusal yetenek, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri, ölüm ve ölümlülük alan ortalamaları benzerdi. 3-4 çocuk sahibi olan yaşlılarda otonomi, sosyal katılım ve yakınlık puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının çocuk sayısına göre değerlendirilmesi Tablo 18'de gösterildi.

Tablo 18. Yaşam kalitesi temel alan puanı ortalamalarının çocuk sayılarına göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Çocuk Sayısı							
Çocuğu yok	13.67±3.52	12.87±3.34	12.73±2.71	12.27±3.37	12.47±5.10[a]	13.60±3.40	55.83±13.60
1-2	12.60±3.89	11.76±3.53[b]	11.90±3.61	10.72±3.54[c]	15.13±4.31	12.55±3.71[d]	52.77±17.22[e]
3-4	12.29±3.72	13.12±3.19[b,f]	13.05±3.07	12.09±3.46[c,g]	15.82±4.33[a]	14.16±3.53[d]	58.87±15.50[e]
5 ve Üzeri	12.03±4.02	12.26±3.13[f]	12.55±2.91	11.32±3.24[g]	15.42±4.54	13.70±3.41	55.49±14.87
İstatistik	KW=2.68 p=0.443	**KW=11.50** **p=0.009**	KW=5.94 p=0.114	**KW=11.1** **p=0.011**	KW=7.49 p=0.058	**KW=8.47** **p=0.037**	**KW=8.99** **p=0.029**
Toplam	12.27±3.85	12.59±3.24	12.69±3.10	11.61±3.41	15.46±4.45	13.74±3.53	56.64±15.57

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlılardan eşi ile birlikte yaşayanlarda otonomi, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, yakınlık alan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Duyusal yetenek ve ölüm ve ölümlülük alanları puan ortalamaları eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlılarda anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının evde birlikte yaşadıkları kişilere göre değerlendirilmesi Tablo 19'da verildi.

Tablo 19. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının evde birlikte yaşadıkları kişilere göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Evde birlikte yaşadığı kişi							
Tek Başıma	11.32±3.64[a,d]	12.12±3.37	12.12±3.44	11.42±3.36	13.86±4.60[b,e]	13.51±3.62	52.45±15.62[c,f]
Çocuklarımla	11.30±3.95[g,l]	11.58±2.99[h,m]	11.81±2.88[i,n]	10.18±3.63[j,o]	15.03±4.92	13.37±3.33	51.31±14.39[k,p]
Eşimle	12.80±3.62[a,g]	13.15±2.91[h,r]	13.27±2.82[i,s,y]	12.31±3.10[j]	15.95±4.12[b]	14.27±3.48[t]	60.15±14.05c,k,u
Eşim ve Çocuklarımla	12.84±3.96[d,l]	13.15±3.44[m,v]	13.17±3.14[n]	12.16±3.23[o]	16.02±4.24[e]	13.77±3.63[z]	59.48±16.35[f,p,x]
Akrabalarımın Yanında	12.56±3.05	10.00±3.57	10.00±3.43[r,v]	10.11±3.52	14.00±3.94	10.67±3.16[t,z]	45.14±12.92[u,x]
İstatistik	**KW=15.97 p=0.003**	**KW=27.14 p<0.001**	**KW=26.12 p<0.001**	**KW=28.61 p<0.001**	**KW=12.73 p=0.013**	**KW=12.02 p=0.017**	**KW=37.77 p<0.001**
Toplam	12.27±3.85	12.59±3.24	12.69±3.10	11.61±3.41	15.46±4.45	13.74±3.53	56.64±15.57

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcılardan kendisini yaşlı hissetmediklerini belirtenlerin duyusal yetenek, otonomi, sosyal katılım, ölüm ve ölümlülük, yakınlık alanları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). Kendisini çok yaşlı olarak değerlendirenlerde ise tüm alan puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktü ($p<0.05$). Yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının yaşlılık algılarına göre değerlendirilmesi Tablo 20'de gösterildi.

Tablo 20. Yaşam kalitesi temel alan puanlarının yaşlılık algısına göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Kendi yaşını nasıl değerlendirdiği							
Çok Yaşlı	10.35±3.51[a,g,m]	11.05±3.19[b,h,n]	11.51±3.09[c,ı,o]	9.74±3.33[d,j,p]	14.81±4,79[r]	12.58±3.61[e,k,s]	47.95±14.65[f,l,t]
Yaşlı	12.90±3.52[a,1]	12.68±2.79[b,u,2]	12.67±2.95[c,v,3]	11.89±3.18[d,y,4]	15.44±4,27[5]	13.87±3.40[e,6]	57.76±13.93[f,z,7]
Orta Yaşlı	13.23±3.47[g]	14.04±2.82[h,u]	14.13±2.64[ı,v]	13.43±2.47[j,4]	15.58±4,08[8]	14.80±3.10[k]	63.77±11.95[l,z]
Kendimi Yaşlı Hissetmiyorum	14.63±3.89[m,1]	14.55±3.09[n,z]	13.92±2.81[o,3]	13.43±2.76[p,4]	17.23±4,16[r,5,8]	15.07±3.31[s,6]	67.53±13.98[t,7]
İstatistik	**KW=70.83 p<0.001**	**KW=74.58 p<0.001**	**KW=55.51 p<0.001**	**KW=92.87 p<0.001**	**KW=16.25 p=0.001**	**KW=38.10 p<0.001**	**KW=101.59 p<0.001**

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcılardan sağlık durumlarını bir önceki seneye göre daha iyi olarak değerlendirenlerde ölüm ve ölümlük alanı dışında diğer tüm alanlarda puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). Toplam yaşam kalitesi puan ortalaması da geçen seneye göre sağlık durumlarını daha iyi olarak değerlendirenlerde yüksekti ($p<0.001$). Yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının sağlık düzeyi algısına göre değerlendirilmesi Tablo 21'de verildi.

Tablo 21. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sağlık düzeyi algısına göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Sağlık Düzeyi Algısı							
Daha İyi	13.33±3.82[a]	14.10±2.88[b]	13.78±2.70[c]	13.18±2.55[d]	14.53±4.55	14.61±3.09[e]	62.01±14.02[f]
Aynı	13.27±3.50[g]	13.42±2.94[h]	13.40±2.88[ı]	12.44±3.15[j]	15.58±4.21	14.58±3.03[k]	61.13±14.07[l]
Kötü	11.38±3.89[a,g]	11.72±3.27[b,h]	11.99±3.16[c,ı]	10.73±3.49[d,j]	15.57±4.61	12.99±3.77[e,k]	52.48±15.72[f,l]
İstatistik	**KW=28.58 p<0.001**	**KW=39.19 p<0.001**	**KW=29.45 p<0.001**	**KW=38.56 p<0.001**	KW=2.48 p=0.289	**KW=24.31 p<0.001**	**KW=34.90 p<0.001**

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlıların kronik hastalık durumuna göre yaşam kalitesi alan puanları değerlendirildiğinde duyusal yetenek, otonomi alan puan ortalamaları kronik hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde düşük, ölüm ve ölümlülük puan ortalamaları ise anlamlı düzeyde yüksek idi ($p<0.05$). Sağlık durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları Tablo 22'de verildi.

Tablo 22. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sağlık durumuna göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Kronik Hastalık Varlığı							
Evet	11.99±3.96	12.41±3.22	12.63±3.07	11.46±3.50	15.70±4.52	13.58±3.64	56.01±15.72
Hayır	13.08±3.44	13.12±3.27	12.88±3,20	12.02±3.13	14.82±4.25	14.20±3.17	58.46±15.05
İstatistik	**U=18697.50 p=0.008**	**U=19081.50 p=0.019**	U=20658.00 p=0.249	U=20074.00 p=0.111	**U=19243.00 p=0.025**	U=19825.50 p=0.072	U=20068.00 p=0.112
Sürekli İlaç Kullanma Durumu							
Evet	12.04±3.92	12.42±3.17	12.68±3.01	11.41±3.43	15.60±4.54	13.62±3.56	56.01±15.55
Hayır	12.93±3.61	13.07±3.41	12.72±3.34	12.16±3.31	15.10±4.23	14.08±3.47	58.40±15.56
İstatistik	**U=19280.50 p=0.015**	**U=19301.00 p=0.016**	U=21852.00 p=0.613	**U=19564.00 p=0.027**	U=20738.50 p=0.175	U=20320.50 p=0.095	U=20398.00 p=0.113
Yardımcı Cihaz Kullanım Durumu							
Evet	11.82±3.82	12.47±3.22	12.72±3.08	11.20±3.51	15.48±4.56	13.80±3.54	55.73±15.77
Hayır	13.09±3.79	12.81±3.29	12.65±3.14	12.34±3.11	15.45±4.28	13.63±3.53	58.29±15.12
İstatistik	**U=21698.00 p=0.001**	U=24829.50 p=0.253	U=26186.50 p=0.835	**U=21498.00 p=0.001**	U=26211.00 p=0.847	U=25940.50 p=0.703	U=24254.00 p=0.125

Katılımcıların yaşam kalitesi otonomi alt alanı dışında diğer alan puan ortalamaları ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 23).

Tablo 23. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sigara kullanım durumuna göre değerlendirilmesi

	Duyusal Yetenek	Otonomi	Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölümlülük	Yakınlık	Toplam Puan
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Sigara Kullanım Durumu							
Kullanan	12.68±4.27	12.87±3.23	12.67±3.33	11.72±3.47	15.47±4.67	13.61±3.56	57.32±17.12
Kullanıp bırakan	12.29±3.79	13.30±3.24[a]	12.93±2.94	11.43±3.29	15.58±4.39	13.84±3.54	57.68±14.53
Hiç kullanmayan	12.14±3.76	12.14±3.19[a]	12.57±3.11	11.67±3.47	15.41±4.45	13.73±3.54	55.90±15.63
İstatistik	KW=1.43 p=0.488	**KW=12.07 p=0.002**	KW=1.54 p=0.461	KW=0.71 p=0.700	KW=0.18 p=0.910	KW=0.52 p=0.771	KW=1.46 p=0.481

İstatistiksel fark aynı üst karakter ile gösterilen gruplar arasından kaynaklanmaktadır.

4.2.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarının Birbirleri İle İlişkileri

WHOQOL-OLD ölçeğinin alt boyutlarının birbirleri ile ilişkisini ölçen Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre ölüm ve ölümlülük alanı ile tüm diğer alanlar arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (p<0.001). Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ile tüm alanlar arasında anlamlı düzeyde, pozitif yönlü, orta ve yüksek bir ilişki vardır (p<0.001) (Tablo 24).

Tablo 24. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarının birbirleri ile ilişkileri

	Duyusal yetenek	Otonomi	Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	Sosyal katılım	Ölüm ve ölümlülük	Yakınlık
Duyusal yetenek						
Otonomi	r=0.350 **p<0.001**					
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	r=0.310 **p<0.001**	r=0.666 **p<0.001**				
Sosyal katılım	r=0.428 **p<0.001**	r=0.578 **p<0.001**	r=0.619 **p<0.001**			
Ölüm ve ölümlülük	r=0.171 **p<0.001**	r=0.260 **p<0.001**	r=0.339 **p<0.001**	r=0.128 **p<0.001**		
Yakınlık	r=0.218 **p<0.001**	r=0.536 **p<0.001**	r=0.609 **p<0.001**	r=0.487 **p<0.001**	r=0.202 **p<0.001**	
Toplam puan	r=0.592 **p<0.001**	r=0.784 **p<0.001**	r=0.824 **p<0.001**	r=0.749 **p<0.001**	r=0.522 **p<0.001**	r=0.703 **p<0.001**

4.2.2. Araştırmaya Katılan Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Düzeyine Etki Edebilecek Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

İki kategorili bağımlı bir değişken olan yaşam kalitesi düzeyine etki eden faktörlerin bir model aracılığıyla gösterilmesinde logistik regresyon analizi kullanıldı. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları olan bağımlı değişkenlerin ikili

kategorik verilere dönüştürülmesi verilerin ortancadan ikiye bölünmesi ile elde edildi. Yaşam kalitesi logistik regresyon analizinde düşük puan 0, yüksek puan ise 1 şeklinde kodlandı. Modele dahil edilen değişkenlerin ortak özellikleri, çalışmamızda tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmaları, literatürde yaşam kalitesi düzeyine etki eden ya da edebilecek olan faktörler olmasıdır.

Yaşam kalitesi duyusal yetenek alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele yaş grupları, eğitim durumu, kişinin yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı, kronik hastalık varlığı ile yardımcı cihaz kullanım durumu değişkenleri alındı. Modelin duyusal yetenek alan düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %68.5 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden eğitim düzeyi, yaşını nasıl değerlendirdiği ve sağlık düzey algısı yaşam kalitesi duyusal alanına anlamlı olarak etki eden faktörler olarak bulundu. Okuryazar olmayan yaşlılara göre lise ve üzeri eğitim almış yaşlıların yüksek duyusal alana sahip olması 2.27 kat (%95 GA=1.12-4.57) fazlaydı. Kendisini ‘çok yaşlı’ olarak değerlendirenlere göre ‘kendisini yaşlı hissetmediğini’ belirten yaşlıların yüksek duyusal alana sahip olması 2.87 kat (%95 GA=1.29-6.36) fazladır. Sağlık düzeyini geçen yıla göre ″daha iyi″ olarak değerlendirenlerin yüksek duyusal alana sahip olması ″kötü″ olarak değerlendirenlere göre 1.83 kat (%95 GA=1.14-2.95) daha fazlaydı (Tablo 25).

Tablo 25. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi duyusal alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Yaş grupları				
65-74	0.206	1.229	0.403-3.752	0.717
75-84	0.965	2.626	0.869-7.936	0.087
85 ve üzeri		1.00 (ref)		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	0.248	1.282	0.679-2.419	0.443
İlkokul	0.465	1.592	0.930-2.728	0.090
Ortaokul	0.430	1.536	0.725-3.259	0.263
Lise ve üzeri	0.821	2.272	1.128-4.576	**0.022**
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	0.665	1.944	1.191-3.173	**0.008**
Orta yaşlı	0.467	1.596	0.845-3.013	0.150
Kendisini yaşlı hissetmeyen	1.054	2.870	1.295-6.361	**0.009**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi	0.608	1.836	1.141-2.955	**0.012**
Aynı	0.229	1.258	0.684-2.711	0.558
Kötü		1.00 (ref)		
Kronik hastalık varlığı				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.298	1.347	0.808-2.244	0.253
Yardımcı cihaz kullanım durumu				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.198	1.218	0.772-1.923	0.396

Nagelkerke R^2 değeri: 0.193
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 563
Hosmer-lemeshow test: x^2=6.581 / p=0.582

Yaşam kalitesi otonomi alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçlarını karşılama durumu, yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı, kronik hastalık varlığı, yardımcı cihaz kullanım durumu değişkenleri alındı. Modelin otonomi alan düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %69.0 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden cinsiyet, eğitim düzeyi, gelirin ihtiyaçları karşılama durumu, yaşlarını nasıl değerlendirdikleri yaşam kalitesi otonomi alanına anlamlı olarak etki eden faktörler olarak bulundu. Kadınlara göre erkeklerin yüksek otonomi alanına sahip olması 1.82 kat (%95 GA=1.14-2.91) fazlaydı. Okuryazar olmayanlara göre yüksek otonomi alanına sahip olmak lise ve üzeri okullardan mezun olanlarda ise 2.43 kat (%95 GA=1.12-4.57) fazlaydı. Geliri ihtiyaçlarını karşılamayan yaşlılara göre karşılayanların yüksek otonomi alanına sahip olması 1.80 kat (%95 GA=1.16-2.78) fazlaydı. Kendisini ″çok yaşlı″ olarak değerlendirenlere göre ″yaşlı hissetmeyen″ grupta ise 2.67 kat (%95 GA=1.25-5.71) fazla olduğu belirlendi (Tablo 26).

Tablo 26. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi otonomi alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Cinsiyet				
Kadın		1.00 (ref)		
Erkek	0.601	1.825	1.143-2.913	**0.012**
Yaş grupları				
65-74	-0.875	0.712	0.235-2.155	0.547
75-84	-0.340	0.417	0.137-1.270	0.124
85 ve üzeri		1.00 (ref)		
Medeni durum				
Evli		1.00 (ref)		
Bekar	-0.992	0.371	0.090-1.529	0.170
Dul	0.094	1.099	0.689-1753	0.692
Eğitim durumu				
Okuryazar değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	0.389	1.476	0.767-2.840	0.244
İlkokul	0.714	2.042	1.154-3.612	**0.014**
Ortaokul	1.271	3.564	1.575-8.067	**0.002**
Lise ve üzeri	0.889	2.432	1.148-5.152	**0.020**
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet	0.125	1.133	0.515-2.490	0.757
Hayır		1.00 (ref)		
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet	0.590	1.803	1.168-2.784	**0.008**
Hayır		1.00 (ref)		
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	0.524	1.689	1.010-2.825	**0.046**
Orta yaşlı	1.257	3.515	1.776-6.957	**<0.001**
Kendisini yaşlı hissetmeyen	0.983	2.673	1.252-5.710	**0.011**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi	0.190	1.209	0.752-1.944	0.433
Aynı	0.190	1.209	0.543-2.691	0.642
Kötü		1.00 (ref)		
Kronik hastalık varlığı				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.231	1.260	0.762-2.084	0.367
Yardımcı cihaz kullanım durumu				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.003	1.003	0.632-1.591	0.990

Nagelkerke R^2 değeri: 0.263

-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 557

Hosmer-lemeshow test: $x^2=3.554$ / $p=0.895$

Yaşam kalitesi geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçlarını karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi ya da kişiler, yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı değişkenleri alındı. Modelin otonomi alan düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %71.5 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden gelirin ihtiyaçları karşılama durumu ve yaşını nasıl değerlendirdiği yaşam kalitesi geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler alanına etki eden faktörler olarak bulundu. Geliri ihtiyaçlarını karşılamayan yaşlılara göre karşılayanların yüksek geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler alanına sahip olması 3.63 kat (%95 GA=2.34-5.60) fazlaydı. Kendisini ″çok yaşlı″ olarak hissettiğini belirtenlere göre yüksek geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler alanına sahip olmanın kendini ″yaşlı olarak hissetmediğini″ belirtenlerde 2.39 kat (%95 GA=1.13-5.05) fazla olduğu gözlendi (Tablo 27).

Tablo 27. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Cinsiyet				
Kadın		1.00 (ref)		
Erkek	0.284	1.328	0.828-2.130	0.239
Medeni durum				
Evli		1.00 (ref)		
Bekar	-0.169	0.230	0.040-1.314	0.098
Dul	0.070	1.073	0.418-2.752	0.884
Eğitim durumu				
Okuryazar değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	-0.242	0.785	0.404-1.526	0.475
İlkokul	0.381	1.464	0.827-2.591	0.191
Ortaokul	0.413	1.511	0.681-3.352	0.310
Lise ve üzeri	0.337	1.401	0.656-2.993	0.384
Sağlık güvencesi				
Var	0.630	1.877	0.619-5.690	0.266
Yok		1.00 (ref)		
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet	-0.293	0.746	0.313-1.779	0.508
Hayır		1.00 (ref)		
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet	1.289	3.630	2.349-5.608	**<0.001**
Hayır		1.00 (ref)		
Evde birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına		1.00 (ref)		
Çocuklarıyla	-0.100	0.905	0.443-1.846	0.783
Eşiyle	0.187	1.206	0.407-3.577	0.736
Eşi ve çocuklarıyla	0.394	1.483	0.501-4.396	0.477
Akrabalarının yanında	-0.691	0.501	0.084-2.994	0.449
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	0.422	1.525	0.932-2.497	0.093
Orta yaşlı	1.296	3.655	1.859-7.184	**<0.001**
Kendisini yaşlı hissetmeyen	0.873	2.394	1.134-5.053	**0.022**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi		1.00 (ref)		
Aynı	-0.483	0.563	0.268-1.419	0.256
Kötü	-0.574	0.788	0.247-1.282	0.171

Nagelkerke R^2 değeri: 0.27
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 550
Hosmer-lemeshow test: x^2= 3.950 / p=0.862

Yaşam kalitesi sosyal katılım alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçlarını karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi ya da kişiler, yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı, yardımcı cihaz kullanım durumu değişkenleri alındı. Modelin sosyal katılım alan düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %71.7 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden yaş, geliri ihtiyaçları karşılama durumu ve yaşını nasıl değerlendirdiği yaşam kalitesi sosyal katılım alan düzeyine etki eden faktörler olarak bulundu. 65-74 yaş grubunda olan katılımcılara göre 75-84 yaş grubundakilerin yüksek sosyal katılım alan düzeyine sahip olması 0.52 kat (%95 GA=0.31-0.88) yüksekti. Buna göre 65-74 yaş grubunda olmanın sosyal katılım açısından koruyucu etken olduğu görüldü. Geliri ihtiyaçlarını karşılamayan yaşlılara göre karşılayanların yüksek yaşam kalitesi sosyal katılım alan düzeyine sahip olmasının 2.48 kat (%95 GA=1.59-3.87) yüksek olduğu gözlendi. Kendisini ″çok yaşlı’ olarak değerlendirenlere göre ″yaşlı hissetmediği″ belirtenlerin yüksek sosyal katılım alanına sahip olmasının 4.49 kat (%95 GA=2.02-9.96) fazla olduğu gözlendi (Tablo 28).

Tablo 28. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi sosyal katılım alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Yaş grupları				
65-74		1.00 (ref)		
75-84	-0.646	0.524	0.311-0.885	**0.016**
85 ve üzeri	-0.475	0.622	0.190-2.036	0.432
Medeni durum				
Evli		1.00 (ref)		
Bekar	-0.042	0.958	0.174-5.269	0.961
Dul	0.175	1.192	0.461-3.077	0.717
Eğitim durumu				
Okuryazar değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	-0.277	0.758	0.381-1.508	0.430
İlkokul	-0.221	0.802	0.444-1.447	0.463
Ortaokul	-0.186	0.830	0.376-1.834	0.646
Lise ve üzeri	0.405	1.499	0.688-3.268	0.308
Sağlık güvencesi				
Var	0.229	1.257	0.400-3.952	0.696
Yok		1.00 (ref)		
Çocuk sayısı				
Çocuğu yok		1.00 (ref)		
1-2 çocuk	-0.653	0.521	0.133-2.038	0.348
3-4 çocuk	0.119	1.127	0.320-3.972	0.853
5 ve üzeri çocuk	-0.007	0.993	0.274-3.598	0.992
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet	0.194	1.214	0.477-3.089	0.684
Hayır		1.00 (ref)		
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet	0.910	2.484	1.595-3.870	**<0.001**
Hayır		1.00 (ref)		
Evde birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına		1.00 (ref)		
Çocuklarıyla	-0.346	0.707	0.330-1.515	0.373
Eşiyle	0.224	1.251	0.412-3.798	0.693
Eşi ve çocuklarıyla	0.252	1.286	0.418-3.956	0.660
Akrabalarının yanında	0.533	1.704	0.308-9.417	0.541
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	0.852	2.344	1.396-3.938	**0.001**
Orta yaşlı	1.232	3.429	1.724-6.819	**<0.001**
Kendisini yaşlı hissetmeyen	1.502	4.493	2.025-9.968	**<0.001**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi		1.00 (ref)		
Aynı	-0.068	0.934	0.413-2.115	0.871
Kötü	-0.534	0.586	0.261-1.317	0.196
Yardımcı cihaz kullanım durumu				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.337	1.401	0.882-2.226	0.154

Nagelkerke R^2 değeri: 0.310
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 535
Hosmer-lemeshow test: x^2=10.909 / p=0.207

Yaşam kalitesi ölüm ve ölümlülük alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçlarını karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi ya da kişiler, yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı, kronik hastalık olma durumu değişkenleri alındı. Modelin ölüm ve ölümlülük alan düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %67.3 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden medeni durum, gelirin ihtiyaçları karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi, yaşını nasıl değerlendirdiği ve sağlık düzeyi algısı yaşam kalitesi ölüm ve ölümlülük alanına etki eden değişkenler olarak belirlendi. Aylık geliri ihtiyaçlarını karşılamayan yaşlılara göre karşılayanların yüksek ölüm ve ölümlülük alan düzeyine sahip olması 1.67 kat (%95 GA=1.09-2.56) fazlaydı. Evde tek başına yaşayan yaşlılara göre çocuklarıyla birlikte yaşadığını belirten yaşlıların yüksek ölüm ve ölümlülük alanına sahip olması 2.02 kat (%95 GA=1.00-4.08) fazla bulundu. Kendisini ″çok yaşlı″ olarak değerlendirenlere göre ″kendini yaşlı hissetmediğini″ ifade edenlerin yüksek ölüm ve ölümlülük alan düzeyine sahip olması 4.94 kat (%95 GA=2.09-11.64) fazla bulundu. Sağlık düzeyini geçen yılla kıyasladığında ″daha iyi″ olarak değerlendirenlere göre ″kötü″ olarak değerlendirenlerde yüksek ölüm ve ölümlülük alanına sahip olması 3.38 kat (%95 GA=1.53-7.46) fazla bulundu (Tablo 29).

Tablo 29. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölüm ve ölümlülük alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Cinsiyet				
Kadın	-0.392	0.676	0.423-1.079	0.101
Erkek		1.00 (ref)		
Yaş grupları				
65-74		1.00 (ref)		
75-84	0.170	1.186	0.718-1.958	0.506
85 ve üzeri	0.340	1.405	0.464-4.258	0.548
Medeni durum				
Evli		1.00 (ref)		
Bekar	-2.907	0.055	0.005-0545	**0.013**
Dul	-0.097	0.908	0.349-2.361	0.843
Eğitim durumu				
Okuryazar Değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	-0.536	0.585	0.307-1.116	0.104
İlkokul	0.371	1.450	0.827-2.543	0.195
Ortaokul	0.377	1.458	0.666-3.191	0.346
Lise ve üzeri	-0.067	0.935	0.450-1.942	0.857
Sağlık güvencesi				
Var		1.00 (ref)		
Yok	-0.733	0.481	0.161-1.438	0.190
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	-0.590	0.554	0.228-1.351	0.194
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet	0.515	1.674	1.094-2.563	**0.018**
Hayır		1.00 (ref)		
Evde birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına		1.00 (ref)		
Çocuklarıyla	0.706	2.027	1.005-4.087	**0.048**
Eşiyle	0.522	1.686	0.557-5.099	0.355
Eşi ve çocuklarıyla	0.618	1.855	0.609-5.646	0.277
Akrabalarının yanında	0.737	2.090	0.415-10.525	0.372
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	0.251	1.285	0.773-2.137	0.333
Orta yaşlı	0.479	1.614	0.832-3.132	0.157
Kendisini yaşlı hissetmeyen	1.598	4.942	2.098-11.642	<**0.001**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi		1.00 (ref)		
Aynı	0.971	2.641	1.245-5.600	**0.011**
Kötü	1.220	3.387	1.537-7.464	**0.002**
Kronik hastalık varlığı				
Evet	0.349	1.418	0.879-2.288	0.153
Hayır		1.00 (ref)		

Nagelkerke R^2 değeri: 0.184
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 580
Hosmer-lemeshow test: x^2=4.074 / p=0.850

Yaşam kalitesi yakınlık alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçlarını karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi ya da kişiler, yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı değişkenleri alındı. Modelin yakınlık alan düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %69.0 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden gelirin ihtiyaçları karşılama durumu, yaşını nasıl değerlendirdiği ve sağlık düzeyi algısı yaşam kalitesi yakınlık alanına etki eden değişkenler olarak bulundu. Geliri ihtiyaçlarını karşılamadığını ifade edenlere göre karşılayanların yüksek yakınlık alanına sahip olması 1.88 kat (%95 GA=1.24-2.83) fazlaydı. Kendisini ″çok yaşlı″ olarak değerlendiren yaşlılara göre ″kendisini yaşlı hissetmediğini″ ifade edenlerin yüksek yakınlık alanına sahip olması 2.58 kat (%95 GA=1.22-5.43) fazlaydı. Geçen yıla göre sağlık düzeylerinin bu yıl ″daha iyi″ olduğunu ifade edenlere göre ″aynı″ olduğunu ifade edenlerin yüksek yakınlık alanına sahip olmasının 1.03 kat (%95 GA=0.48-2.19) fazla olduğu gözlendi (Tablo 30).

Tablo 30. WHOQOL-OLD yaşam kalitesi yakınlık alt alanına etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA)	p
Cinsiyet				
Kadın		1.00 (ref)		
Erkek	0.137	1.147	0.727-1.811	0.555
Eğitim durumu				
Okuryazar değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	0.070	1.073	0.565-2.036	0.829
İlkokul	0.339	1.404	0.802-2.457	0.235
Ortaokul	0.160	1.174	0.535-2.574	0.689
Lise ve üzeri	-0.018	0.982	0.467-2.067	0.962
Sağlık güvencesi				
Var	0.150	1.162	0.396-3.406	0.784
Yok		1.00 (ref)		
Çocuk sayısı				
Çocuğu yok		1.00 (ref)		
1-2 çocuk	0.237	1.268	0.342-4.699	0.722
3-4 çocuk	0.474	1.607	0.471-5.478	0.449
5 ve üzeri çocuk	0.544	1.724	0.494-6.017	0.393
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet	0.454	1.574	0.657-3.770	0.308
Hayır		1.00 (ref)		
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet	0.631	1.880	1.246-2.837	**0.003**
Hayır		1.00 (ref)		
Evde birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına		1.00 (ref)		
Çocuklarıyla	-0.541	0.582	0.283-1.197	0.141
Eşiyle	-0.200	0.819	0.403-1.663	0.580
Eşi ve çocuklarıyla	-0.436	0.646	0.315-1.328	0.235
Akrabalarının yanında	-1.391	0.249	0.044-1.409	0.116
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	0.343	1.409	0.872-2.276	0.162
Orta yaşlı	0.685	1.983	1.066-3.689	**0.032**
Kendisini yaşlı hissetmeyen	0.948	2.582	1.226-5.436	**0.013**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi		1.00 (ref)		
Aynı	0.036	1.036	0.489-2.194	**0.029**
Kötü	-0.554	0.574	0.273-1.210	0.926

Nagelkerke R^2 değeri: 0.178
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 587
Hosmer-lemeshow test: x^2=9.249 / p=0.322

Toplam yaşam kalitesine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçlarını karşılama durumu, evde birlikte yaşadığı kişi ya da kişiler, yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı değişkenleri alındı. Modelin toplam yaşam kalitesi düzeyini genel olarak tahmin etme gücü %71.9 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden eğitim düzeyi, gelirin ihtiyaçları karşılama durumu ve yaşını nasıl değerlendirdiği toplam yaşam kalitesine etki eden değişkenler olarak bulundu. Okuryazar olmayan yaşlılara göre lise ve üzeri eğitim almış yaşlıların yüksek yaşam kalitesine sahip olmasının 2.47 kat (%95 GA=1.08-5.66) fazla olduğu gözlendi. Geliri ihtiyaçlarını karşılamayan yaşlılara göre karşıladığını ifade eden yaşlıların yüksek yaşam kalitesine sahip olması 2.22 kat (%95 GA=1.41-3.50) fazlaydı. Kendisini ″çok yaşlı″ olarak değerlendirenlere göre ″kendisini yaşlı hissetmediğini″ ifade edenlerin yüksek yaşam kalitesine sahip olması ise 9.26 kat (%95 GA=3.92-21.85) fazlaydı (Tablo 31).

Tablo 31. WHOQOL-OLD toplam yaşam kalitesi üzerine etki edebilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Cinsiyet				
Kadın		1.00 (ref)		
Erkek	-0.223	0.800	0.484-1.323	0.385
Yaş grupları				
65-74				
75-84	-0.320	0.726	0.427-1.234	0.237
85 ve üzeri	0.045	1.046		0.941
Medeni durum				
Evli				
Bekar	-0.900	0.407	0.063-2.634	0.345
Dul	0.243	1.275	0.470-3.463	0.633
Eğitim durumu				
Okuryazar değil		1.00 (ref)		
Okuryazar	0.025	1.025	0.507-2.071	0.945
İlkokul	0.456	1.577	0.856-2.907	0.144
Ortaokul	0.835	2.306	0.994-5.350	0.052
Lise ve üzeri	0.908	2.479	1.085-5.661	**0.031**
Sağlık güvencesi				
Var	0.056	1.058	0.320-3.499	0.926
Yok		1.00 (ref)		
Çocuk sayısı				
Çocuğu yok		1.00 (ref)		
1-2 çocuk	0.580	1.785	0.454-7.023	0.407
3-4 çocuk	0.726	2.067	0.576-7.411	0.265
5 ve üzeri çocuk	0.633	1.883	0.508-6.976	0.343
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet	0.162	1.176	0.445-3.110	0.744
Hayır		1.00 (ref)		
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet	0.801	2.227	1.416-3.505	**0.001**
Hayır		1.00 (ref)		
Evde birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına		1.00 (ref)		
Çocuklarıyla	-0.335	0.715	0.331-1.544	0.394
Eşiyle	0.478	1.613	0.509-5.114	0.417
Eşi ve çocuklarıyla	0.561	1.753	0.547-5.614	0.345
Akrabalarının yanında	-1.122	0.326	0.033-3.252	0.339
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı		1.00 (ref)		
Yaşlı	1.122	3.071	1.796-5.249	**<0.001**
Orta yaşlı	1.918	6.810	3.303-14.039	**<0.001**
Kendisini yaşlı hissetmeyen	2.226	9.264	3.927-21.852	**<0.001**
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi		1.00 (ref)		
Aynı	0.380	1.463	0.644-3.326	0.364
Kötü	0.466	1.594	0.691-3.677	0.274

Nagelkerke R^2 değeri: 0.344
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 520
Hosmer-lemeshow test: $x^2=2.998$ / p=0.934

4.3. Katılımcıların Depresyon Belirtileri ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)'ne verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 32'de gösterildi.

Tablo 32. Katılımcıların Geriatrik Depresyon Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Geriatrik Depresyon Ölçeği Soruları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
1. Yaşamınızdan memnun musunuz?	354	73.8	126	26.2
2. Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	184	38.3	296	61.7
3. Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	278	57.9	202	42.1
4. Sık sık canınız sıkılır mı?	296	61.7	184	38.3
5. Gelecekten umutsuz musunuz?	192	40.0	288	60.0
6. Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeni ile rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	301	62.7	179	37.3
7. Genellikle keyfiniz yerinde midir?	305	63.5	175	36.5
8. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	157	32.7	323	70.3
9. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	338	70.4	142	29.6
10. Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	174	36.2	306	63.8
11. Sık sık huzursuz yerinde duramayan biri olur musunuz?	157	32.7	323	67.3
12. Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	203	42.3	277	57.7
13. Sıklıkla gelecekten endişe duyuyor musunuz?	220	45.8	260	54.2
14. Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	221	46.0	259	54.0
15. Sizce şu anda yaşıyor olmak güzel bir şey midir?	392	81.7	88	18.3
16. Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	273	56.9	207	43.1
17. Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	167	34.8	313	65.2
18. Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	339	70.6	141	29.4
19. Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	314	65.4	166	34.6
20. Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	363	75.6	117	24.4
21. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	184	38.3	296	61.7
22. Çözümsüz bir durum içinde olduğunuzu düşünüyor musunuz?	118	24.6	362	75.4
23. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	217	45.2	263	54.8
24. Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	284	59.2	196	40.8
25. Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	291	60.6	189	39.4
26. Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	239	49.8	241	50.2
27. Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	385	80.2	95	19.8
28. Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	161	33.5	319	66.5
29. Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	250	52.1	230	47.9
30. Zihniniz eskisi kadar berrak mıdır?	173	36.0	307	64.0

Araştırmaya katılan yaşlıların GDÖ puan ortalaması 14.59±5.27 (minimum: 3.0, maksimum: 27.0) olarak saptandı.

GDÖ'ye göre 14 ve üzeri puan alan katılımcıların kesin depresyon belirtisi gösterdiği kabul edildi ve buna göre kesin depresyon belirtisi gösteren yaşlıların %56.5 (n=271)'di. Yaşlıların GDÖ kesme noktasına göre puan dağımı Tablo 33'de gösterildi.

Tablo 33. GDÖ kesme noktasına göre puan dağılımı

GDÖ kesme noktasına göre puan dağılımı	n	%
0-10 puan (depresyon belirtisi yok)	115	24.0
11-13 puan (muhtemel depresyon)	94	19.6
14 puan ve üzeri (kesin depresyon)	271	56.5

Kadın katılımcılarda GDÖ kesme noktasına göre kesin depresyon belirtisi görülme sıklığı %66.9'du ve cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı (p<0.001).

Depresyon belirtisi gösteren yaşlıların yaş ortalaması 72.40±6.37 iken, depresyon belirtisi göstermeyenlerin 70.31±5.69'du (p=0.003). GDÖ kesme noktasına göre depresyon belirtisi gösteren yaşlıların %65.7 (n=178)'si 65-74 yaş grubundaydı. Alt gruplara bakıldığında 75-84 yaş grubunda olanların %67.2'sinde depresyon belirtisi görülmekte olup ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.013).

Katılımcılar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde evli olanlarda depresyon belirtisi görülme sıklığı %56.8 (n=154)'di. Dul olanların %67.9'unda depresyon belirtisi olup medeni durumlar açısından anlamlı fark vardı (p=0.001).

Eğitim durumuna göre, okuryazar olmayan grupta depresyon belirtisi anlamlı düzeyde yüksekti (p<0.001).

Sağlık güvencesi olmayan katılımcıların depresyon belirti sıklığı daha yüksek olup (%74.1) sağlık güvencesine sahip olma durumu ile depresyon belirtisi gösterme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Çalışmamızda depresyon belirtisi 3-4 çocuğu olan yaşlıların %43.9 (n=119)'unda görüldü. Alt gruplar incelendiğinde 1-2 çocuğu olanların %68.7'si depresyon belirtisine sahipti. Çocuk sayısı ile depresyon belirtisi arasında anlamlı fark yoktu. Bazı sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi gösterme durumları Tablo 34'de verildi.

Tablo 34. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	86	31.1	174	66.9	260	54.2	x^2=25.271
Erkek	123	55.9	97	44.1	220	45.8	**p<0.001**
Yaş grupları							
65-74	163	47.8	178	52.2	341	71.0	x^2=8.727
75-84	40	32.8	82	67.2	122	25.4	**p=0.013**
85 ve üzeri	6	35.3	11	64.7	17	3.5	
Medeni durum							
Evli	151	49.5	154	50.5	305	63.5	x^2=13.341
Bekar	5	50.0	5	50.0	10	2.1	**p=0.001**
Dul	53	32.1	112	67.9	165	34.4	
Eğitim durumu							
Okuryazar değil	29	23.6	94	76.4	123	25.6	
Okuryazar	26	35.6	47	64.4	73	15.2	x^2=41.457
İlkokul	74	48.4	79	51.6	153	31.9	**p<0.001**
Ortaokul	28	53.8	24	46.2	52	10.8	
Lise ve üzeri	52	65.8	27	34.2	79	16.5	
Sağlık güvencesi							
Var	202	44.6	251	55.4	453	94.4	x^2=3.611
Yok	7	25.9	20	74.1	27	5.6	p=0.057
Çocuk sayısı							
Hiç çocuğu yok	7	46.7	8	53.3	15	3.1	
1-2 çocuk	21	31.3	46	68.7	67	14.0	x^2=4.784
3-4 çocuk	97	44.9	119	55.1	216	45.0	p=0.188
5 ve üzeri	84	46.2	98	53.8	182	37.9	
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Araştırmaya katılan yaşlıların gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılama durumları kendi beyanlarına göre değerlendirildi. Düzenli aylık geliri olmayanların %76.7'sinde, geliri ihtiyaçlarını karşılamayanların %67.2'sinde depresyon belirtisi görülmekteydi. Depresyon belirtisi gösterme durumu ile düzenli aylık gelire sahip olma ve gelirin ihtiyaçları karşılama durumu arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla p=0.005, p<0.001) (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	İstatistik
Düzenli aylık gelir varlığı							
Evet	199	45.5	238	54.5	437	91.0	x^2=7.906
Hayır	10	23.3	33	76.7	43	9.0	**p=0.005**
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu							
Evet	134	53.4	117	46.6	251	52.3	x^2=20.742
Hayır	75	32.8	154	67.2	229	47.7	**p<0.001**
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Depresyon belirtisi en sık emekli maaşı ile geçimini sağlayan yaşlılarda görülmekte olup sıklığı %62.4 (n=169)'tü. Çocuklarının desteği ile geçimini sağlayanların %80.6'sında depresyon belirtisi görülmekteydi. Gelir kaynağına göre depresyon belirtisi görülmesi açısından anlamlı fark vardı (p<0.001). Araştırmaya katılan yaşlıların gelir kaynaklarına göre depresyon belirtisi görülme sıklıkları Tablo 36'da gösterildi.

Tablo 36. Katılımcıların gelir kaynaklarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Gelir kaynağı							
Emekli maaşı	174	50.7	169	49.3	343	71.5	x^2=27.202 **p<0.001**
Dul-yetim aylığı	17	23.6	55	76.4	72	15.0	
İhtiyar maaşı	5	33.3	10	66.7	15	3.1	
Çocuk desteği	6	19.4	25	80.6	31	6.5	
Diğer	7	36.8	12	63.2	10	2.1	
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Çalışmamızda depresyon belirtisi en sık %29.2 (n=79) ile eşi ile birlikte yaşayan yaşlılarda görülmekteydi. Alt gruplara bakıldığında yalnız yaşayan yaşlıların %66.7'si depresyon belirtisine sahipti. Birlikte yaşadıkları kişilere göre depresyon belirtisi görülme durumları arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişilere göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Kiminle yaşadığı							
Tek başına	19	33.3	38	66.7	57	11.9	x^2=8.005 p=0.091
Çocuklarıyla	41	36.0	73	64.0	114	23.8	
Eşiyle	71	47.3	79	52.7	150	31.3	
Eşi ve çocuklarıyla	74	49.3	76	50.7	150	31.3	
Akrabalarının yanında	4	44.6	5	55.4	9	1.9	
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Kendisini çok yaşlı olarak değerlendiren yaşlıların %76.5'i ve kendisini yaşlı olarak hissetmediği ifade eden yaşlıların ise %36.7'si depresyon belirtisine sahipti. Katılımcıların yaşlarını değerlendirme şekillerine göre depresyon belirtisi görülme sıklığı açısından anlamlı fark vardı (p<0.001) (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların yaşlılık algılarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Yaşını nasıl değerlendirdiği							
Çok yaşlı	40	23.5	130	76.5	170	35.4	x^2=51.336 **p<0.001**
Yaşlı	74	46.5	85	53.5	159	33.1	
Orta yaşlı	57	62.6	34	37.4	91	19.0	
Kendini yaşlı hissetmiyor	38	63.3	22	36.7	60	12.5	
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Yaşlılara geçen son bir yıla göre bu yıl sağlık düzeylerini nasıl değerlendirdikleri sorgulandığında, ″daha kötü″ olarak değerlendirenlerde depresyon belirti sıklığının %68.9 olduğu, ″daha iyi″ olarak değerlendirenlerde ise %49.0 olduğu görüldü. Sağlık düzeyi algısı ile depresyon belirtisi görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farkın ″daha kötü″ olarak değerlendiren gruptan kaynaklandığı saptandı (p<0.001) (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların geçen son bir yılda sağlık düzeyi algılarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Sağlık düzeyi algısı							
Daha iyi	25	51.0	24	49.0	49	10.2	x^2=35.033 **p<0.001**
Aynı	105	59.3	72	40.7	177	36.9	
Kötü	79	31.1	175	68.9	254	52.9	
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile depresyon belirtisi arasında anlamlı fark yoktu. Katılımcıların kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım durumlarına göre depresyon belirtisi olup olmama durumları Tablo 40'da gösterildi.

Tablo 40. Katılımcıların sağlık durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı							
Evet	158	44.5	197	55.5	355	74.0	x^2=0.517
Hayır	51	40.8	74	59.2	125	26.0	p=0.471
Sürekli ilaç kullanım durumu							
Evet	151	42.9	201	57.1	352	73.3	x^2=0.223
Hayır	58	45.3	70	54.7	128	26.7	p=0.637
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Herhangi bir kronik hastalığı olan yaşlılarda depresyon sıklığının arttığı görüldü. Kronik hastalığı bulunan yaşlılarda depresyon belirti durumları Tablo 41'de verildi.

Tablo 41. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon	110	43.1	145	56.9	255	71.8	x^2=0.688 p=0.407
Diyabet	57	40.7	83	59.3	140	39.4	x^2=1.346 p=0.246
Kalp ve akciğer hastalıkları	47	45.6	56	54.4	103	29.0	x^2=0.074 p=0.785
Sindirim sistemi hastalıkları	19	33.9	37	66.1	56	15.8	x^2=3.012 p=0.083
Nörolojik hastalıklar	21	35.0	39	65.0	60	16.9	x^2=2.642 p=0.104
Ürolojik hastalıklar	29	43.9	37	56.1	66	18.6	x^2=0.011 p=0.918
Ortopedik hastalıklar	59	38.3	95	61.7	154	43.4	**x^2=4.227 p=0.040**

Katılımcıların yardımcı cihaz kullanım durumuna göre depresyon belirtisi görülme sıklığı arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 42).

Tablo 42. Katılımcıların yardımcı cihaz kullanım durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Yardımcı cihaz kullanımı							
Evet	132	42.9	176	57.1	308	64.2	x^2=0.164
Hayır	77	44.8	95	55.2	172	35.8	p=0.686
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

Hiç sigara kullanmadığını belirten yaşlıların %62.7'sinde depresyon belirtisi gözlenirken sigara kullananlarda %50.6, bir süre kullanıp bırakanlarda ise %47.8'di. Sigara kullanım durumuna göre depresyon belirtisi arasında anlamlı fark vardı

(p=0.009) ve farklılık hiç sigara kullanmamış olan yaşlılardan kaynaklamaktaydı (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre depresyon belirtisi gösterme durumlarının dağılımı

	GDÖ<14		GDÖ≥14		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Sigara kullanım durumu							
Kullanıyorum	39	49.4	40	50.6	79	16.5	x^2=9.942 **p=0.009**
Kullanıyordum bıraktım	72	52.2	66	47.8	138	28.8	
Hiç kullanmadım	98	37.3	165	62.7	263	54.8	
Toplam	209	43.5	271	56.5	480	100.0	

4.2.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Depresyon Belirtisine Etki Eden Faktörlerin Logistik Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri yaşlıların depresyon belirtisi gösterme durumlarına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, düzenli aylık gelir varlığı, gelirin ihtiyaçları karşılaması, kendi yaşını nasıl değerlendirdiği, sağlık düzeyi algısı ve kronik hastalık varlığı değişkenleri alındı. Modelin yaşlılarda depresyon belirtisini genel olarak tahmin etme gücü %69.0 olarak belirlendi. Modele alınan değişkenlerden cinsiyet, eğitim düzeyi, gelirin ihtiyaçları karşılaması, kendi yaşını nasıl değerlendirdiği ve kronik hastalık bulunması yaşlılarda depresyon belirtisi görülmesine etki eden faktörler olarak bulundu. Araştırmaya katılan yaşlılardan kadınlarda depresyon belirtisi görülme riski erkeklere göre 1.87 kat (%95 GA=1.16-3.00) fazlaydı. Lise ve üzeri eğitim almış yaşlılara göre okuryazar olmayanlarda depresyon bulunma riskinin 2.37 kat (%95 GA=1.11-5.04) fazla olduğu belirlendi. Geliri ihtiyaçlarını karşılayabilen yaşlılara göre karşılamayanlarda depresyon belirtisi görülme riski 2.13 kat (%95 GA=1.37-3.31) fazlaydı. ″Kendisini yaşlı hissetmediğini″ belirten yaşlılara göre ″çok yaşlı″ hissettiklerini belirten yaşlılarda depresyon belirtisi görülme riskinin 2.75 kat (%95 GA=1.30-5.81) fazla olduğu belirlendi (Tablo 44).

Tablo 44. Depresyon belirtisi üzerine etkili olabilecek değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Kategori	Beta	OR	%95 GA	p
Cinsiyet				
Kadın	0.626	1.870	1.166-3.000	**0.009**
Erkek		1.00 (ref)		
Yaş grupları				
65-74		1.00 (ref)		
75-84	0.466	1.593	0.932-2.725	0.089
85 ve Üzeri	-0.006	0.994	0.307-3.220	0.992
Medeni durum				
Evli		1.00 (ref)		
Bekar	-0.267	0.766	0.189-3.106	0.709
Dul	0.027	1.027	0.635-1.662	0.913
Eğitim durumu				
Oy değil	0.863	2.370	1.113-5.044	**0.025**
Oy	0.596	1.816	0.852-3.870	0.122
İlkokul	0.311	1.365	0.725-2.570	0.334
Ortaokul	0.315	1.370	0.628-2.988	0.428
Lise ve üzeri		1.00 (ref)		
Düzenli aylık gelir varlığı				
Evet	-0.025	0.975	0.414-2.299	0.954
Hayır		1.00 (ref)		
Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.758	2.134	1.374-3.314	**0.001**
Yaşını nasıl değerlendirdiği				
Çok yaşlı	1.011	2.750	1.301-5.810	**0.008**
Yaşlı	0.355	1.427	0.721-2.825	0.308
Orta yaşlı	-0.022	0.978	0.471-2.033	0.953
Kendimi yaşlı hissetmeyen		1.00 (ref)		
Sağlık düzeyi algısı				
Daha iyi		1.00 (ref)		
Aynı	-0.611	0.543	0.262-1.127	0.101
Kötü	0.196	1.217	0.571-2.294	0.611
Kronik hastalık varlığı				
Evet		1.00 (ref)		
Hayır	0.691	1.996	1.208-3.298	**0.007**

Nagelkerke R^2 değeri: 0.275
-2 likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 547
Hosmer-lemeshow test: x^2= 6.678 / p=0.572

4.4. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Depresyon Puan Ortalamaları İle WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Alt Alan ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan yaşlıların depresyon puan ortalaması ile WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı negatif yönlü ilişki vardı ($p<0.001$). Depresyon puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesi puan ortalaması azalmaktaydı. Ölüm ve ölümlülük alanı ile depresyon puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü ilişki varken, diğer alanlar ve toplam yaşam kalitesi puanı arasında orta ve yüksek düzeyde ilişki vardı (Tablo 47).

Tablo 47. Depresyon puan ortalamaları ile WHOQOL-OLD yaşam kalitesi alt alan ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişkisi

WHOQOL-OLD	Depresyon Puan Ortalaması	
	r	p
Duyusal yetenek	-0.448	**<0.001**
Otonomi	-0.581	**<0.001**
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	-0.562	**<0.001**
Sosyal katılım	-0.487	**<0.001**
Ölüm ve ölümlülük	-0.287	**<0.001**
Yakınlık	-0.441	**<0.001**
Toplam puan ortalaması	-0.658	**<0.001**

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın tartışma bölümü dört başlık altında toplanmıştır:

1. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Yaşam kalitesi puanları ve sosyodemografik değişkenlere ilişkin bulgular,
3. Depresyon belirtisi ve sosyodemografik değişkenlere ilişkin bulgular,
4. Yaşam kalitesi puanları ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular.

5.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %54.2'si kadındır. TÜİK verilerine göre araştırma bölgemiz olan Palandöken İlçesi'nde yaşayan nüfusun %51'ini kadınlar, %49'unu ise erkekler oluşturmaktadır (160). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun ise %56.1'i kadın iken, %43.9'u erkek olarak bildirilmiştir (161). Türkiye'de aynı yaş grubunda yürütülen birçok çalışmada da çalışmamızın cinsiyet dağılımına benzer sonuçlar bildirilmiştir (80, 162-164). Yine 65 yaş üzeri nüfusu kapsayan birçok uluslararası çalışmada da kadınların sıklığı erkeklerden fazladır (165-170). Bu çalışma, cinsiyet dağılımları açısından literatür ile uyumludur. Kadınlarda beklenen yaşam süresinin erkeklere göre daha uzun olması bu durumun temel sebepleri arasındadır (161). Ayrıca araştırmamızın mesai saatleri içerisinde yapılması, kadınların gün içinde evde zaman geçirmeleri ve erkeklerin dışa dönük faaliyetleri nedeniyle evde olmamalarından dolayı erkeklere ulaşımda yaşanan sorunlardan kaynaklanabilir.

Araştırmamıza katılan yaşlıların yaş ortalaması 71.6±6.1 yıl olup; ulusal (157, 171-173) ve uluslararası (165, 166, 170, 174) yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %71.0'ı 65-74 yaş, %25.4'ü 75-84 yaş ve %3.5'i 85 yaş ve üzeri gruptadır. Palandöken İlçesi'nde 2017 TÜİK verilerine göre 65 yaş

üzeri nüfusun %67.7'si 65-74 yaş, %25.7'i 75-84 yaş, %6.6'sı 85 yaş ve üzerindedir (160). Çalışmamızın örneklemine ait yaş dağılımı 2017 TÜİK verileri ve ülkemizde yapılan benzer çalışmalar ile uyumludur (175-178). Çalışmamızda genç yaşlıların diğer yaş gruplarından fazla olması genç yaşlı oranının ülkemizin genelinde yüksek olması; ayrıca daha ileri yaştaki bazı katılımcıların araştırmaya uyum sorunları nedeniyle çalışma dışı bırakılmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %25.6'sı okuryazar değil, %16.5'i lise ve üzeri okul mezunudur. Okuryazar olmayan kadınların sıklığı erkeklerin dört katından fazladır. TÜİK 2017 verilerine göre; Palandöken İlçesi'nde yaşayan yaşlı erkeklerde okuryazar olmayanların sıklığı %6.3 iken, lise ve üzeri okul mezunlarının sıklığı ise %44'tür. Yine TÜİK verilerine göre; kadınlarda ise okuryazar olmayanlar ile lise ve üzeri okul mezunu olanların sıklığı sırasıyla %41 ve %3.6'dır (160). Erzurum İli'nde 2000 yılında yapılan bir çalışmaya göre yaşlıların %57.8'i okuryazar değildir (179). Erzincan'da 2008 yılında yapılan çalışmaya göre okuryazar olmayanların sıklığı %40.1'dir (180). Manisa'da yapılan çalışmada okuryazar olmayanların sıklığı %34.4, lise ve üzeri okullardan mezun olanların sıklığı %5.7'dir (181). İzmir'de yapılan çalışmasında ise okuryazar olmayanların sıklığı %27.2'dir (182). Brezilya'da yapılan iki farklı çalışmanın sonuçları da çalışmamız sonuçlarına benzerdir (169, 170). Yaşlıların eğitim durumu, çalışmanın yapıldığı bölgelere ve yıllara göre değişiklik göstermektedir. Ülke verilerine paralel olarak çalışmamız sonuçları da zaman içerisinde yaşlıların eğitim düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %63.3 evli, %34.0'ı dul, %2.7'si bekardır. Evli olan kadınların sıklığı %51.5, erkeklerin ise %77.3'tür. Dul olan kadınların sıklığı %46.5, erkeklerin ise %19.5'dir. TÜİK 2017 verilerine göre Palandöken İlçesi'nde yaşayan yaşlılardan %61'i evli ve evli yaşlıların %40'ı kadın iken, %86'sı erkektir. Dul ya da boşanmış yaşlıların ise %56'sını kadınlar, %12'sini erkekler oluşturmaktadır (160). Çalışmamızın sonuçları, katılımcıların medeni durum dağılımları açısından ülkemizde benzer yaş grubunda yapılan çalışmaların sonuçları uyumludur (80, 163, 171, 172, 179, 180, 183, 184). Uluslararası yapılan çalışmalarda da araştırmaya katılanlar arasında evli olan yaşlıların sıklığı daha fazladır (165, 170). Çalışmamız sonuçları TÜİK verileri ve literatür ile uyumudur. Dul olan kadınların sıklığının

erkeklerden fazla olmasının sebebi, doğumda beklenen yaşam süresinin kadınlarda daha uzun olması, dul erkeklerin yeniden evlenme eğiliminin fazla olması, kadınların ise örf ve adetlerden dolayı tekrar evlenmeyi tercih etmemesi gibi sosyokültürel nedenler sayılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %5.6'sının sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Bu sıklık Ankara'da 2002 yılında yapılan çalışmada %7.3, İzmir'de 2007 yılında yapılan çalışmada %7.5, Edirne'de 2007 yılında yapılan çalışmada %5.0 olarak bildirilmiştir (176, 184, 185). Ülkemizde 2006 yılında, nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu amaçlayan ″Genel Sağlık Sigortası″ sistemi oluşturulmuştur (186). Sağlıkta sosyal güvenceye sahip olmanın, kronik hastalık sıklığının arttığı ve buna bağlı olarak sürekli ilaç kullanma zorunluluğu olan yaşlı nüfus için önemli bir husus olduğu göz ardı edilemez.

Katılımcılar, yaşayan çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde %3.1'inin çocuk sahibi olmadığı, %37.9'unun ise 5'ten fazla çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Bölgemizde 2000 yılında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre çocuk sahibi olmayan yaşlıların sıklığı %2.1'dir (179). Gaziantep'te yürütülen bir çalışmada ise çocuk sahibi olmayan yaşlılar %2.9 bulunmuştur (187). Tayland'da ve Tayvan'da yapılan iki farklı çalışmada araştırmaya katılan yaşlıların ortalama üç çocuğu bulunduğu bildirilmiştir (165, 167). Bizim çalışmamızda da 3-4 çocuğa sahip katılımcıların sıklığı daha fazla olup literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda yaşlıların %91.0'ının düzenli aylık gelirinin olduğu ve bunların %78.3'ünün emekli maaşı, %16.2'sinin dul-yetim aylığı aldığı belirlenmiştir. Düzenli aylık gelire sahip olma durumu erkeklerde kadınlara göre daha yüksek ve aradaki fark anlamlıdır. Emekli maaşı alma durumu kadınlarda daha düşükken, dul-yetim aylığı alma durumu daha yüksektir. İleri yaşta kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin erkeklerden yüksek olması nedeniyle kadınların eşlerinden kalan dul-yetim aylığı ile geçimlerini sürdürmesi beklenen bir bulgudur.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri eşiyle, yaklaşık üçte biri ise eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Yalnız yaşayanların sıklığı ise %11.9'dur. Çalışmamızda kadınların daha çok çocukları ile birlikte yaşadıkları görülmüştür. Muğla'da yapılan çalışma da

eş ile yaşama durumu açısından çalışmamız ile benzer bulgular bildirmektedir (188). Ankara'da yapılan çalışmada da eşi ve çocuklarıyla beraber yaşama durumunun daha sık olması sebebiyle çalışmamız bulgularına benzerlik göstermektedir. Yalnız yaşama sıklığı Gaziantep'te yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir (80). Manisa'da Ankara'da ve Kocaeli'nde yapılan çalışmalarda ise yalnız yaşama durumu daha sıktır (181, 183, 184). Çalışmamızda yalnız yaşama sıklığının diğer çalışmalardan düşük olmasının sebebi bölgemizde genellikle kalabalık ailede yaşama kültüründen kaynaklanabilir. Kadınların daha çok çocuklarıyla yaşama eğilimde olmasının nedeni ise sosyokültürel yapıdan dolayı kadınların eşleri öldükten sonra tekrar evlenmeyi tercih etmemeleri ve çocukları tarafından daha fazla sahiplenilmeleri olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların yaklaşık üçte biri kendisini çok yaşlı hissettiğini ifade etmiştir. Kendini çok yaşlı hissetme durumu kadınlarda erkelerden daha yüksektir. Kendisini yaşlı hissetmeyenler ise araştırma grubumuzun %12.5'ini oluşturmaktadır. Çalışmamız, katılımcıların kendisini yaşlı hissetme durumları açısından Gaziantep ve Amasya'da yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (80, 163). Samsun'da Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran yaşlı hastalarda yürütülen bir çalışmada katılımcıların kendisini yaşlı hissetme durumu bu çalışmaya göre yaklaşık iki kat fazla bulunmuştur. Bu çalışmanın hastaneye başvuran yaşlılarda yapılmış olması sebebiyle olabilir. Yaşlılık algısı; yaşlılığa ilişkin düşünce, tutum ve değerleri içermektedir. Yaşlının hayattan tatmin olmasını, yaşam kalitesini, yalnızlık ve depresyon gibi durumlarını etkileyen olaylar aynı zamanda kendiyle ilgili olan düşüncelerinde değişikliklere yol açabilir. Yaşlılık algısı, toplumsal sürecin bir ürünüdür. Yaşlılık kavramına yönelik tutum, kültürden kültüre, cinsiyete ve yaşa göre değişiklik gösterebilmektedir. Çalışmamızda olduğu gibi aynı yaş grubunda bireylerden bazıları kendilerini yaşlı, bazıları ise genç olarak ifade etmişlerdir.

Araştırmamıza katılan yaşlıların yaklaşık yarısı sağlık durumlarını geçen yıla göre daha kötü olarak değerlendirirken, yalnız dörtte biri daha iyi olarak değerlendirmiştir. Çalışmamız bulguları literatür ile uyumludur (80, 175, 181). Kocaeli ve Amasya'da benzer popülasyonda yapılan çalışmalarda kendi sağlık durumunu geçen yıla göre daha kötü olarak değerlendirenlerin sıklığı bu çalışmaya göre daha düşük olarak bildirilmiştir (163, 183). Brezilya'da yürütülen bir çalışmada

kendi sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren yaşlıların sıklığı çalışmamıza göre daha yüksektir (169). DSÖ'nün sağlık tanımı bedensel, zihinsel, sosyal ve çevresel birçok faktörü içermektedir. Bu nedenle sağlık düzeyi algısını tek başına yaş ile değerlendirmek doğru bir yaklaşım değildir. Yaşlılık döneminde kronik hastalık sıklığının artmış olması da algılanan sağlık düzeyini ve yaşlılık algısını etkileyebilir. Çalışmamızda sağlık durumlarını geçen yıla göre daha kötü olarak değerlendiren kadınların sıklığı daha yüksek ve cinsiyetler arasındaki fark ise anlamlıdır. Araştırmamızın sonuçları Aydın'ın Gaziantep'te yürüttüğü çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (80). Toplumumuzda yaşlanmanın kadın ile erkeğe getirdiği sorunlar oldukça farklıdır. Kültürel yapı, örf ve adetler nedeniyle erkeklere kıyasla kadınların aile içinde daha çok yükümlülük taşıdığı ve bu yükümlülüklerin ileri yaşlarda da devam etmesiyle daha zor bir yaşam sürdükleri düşünüldüğünde; sağlık algısının kadınlarda düşük olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık dörtte üçü en az bir kronik hastalığa sahiptir ve kronik hastalığı olan kadınların sıklığı erkeklerden yüksektir. Çalışmamız katılımcılarda kronik hastalık bulunma durumu açısından ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (175, 189, 190). Özcan'ın çalışmasında 65 yaş üzerindeki bireylerden %90'ının genellikle bir kronik hastalığı olup bunların %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %15'inde 4 ya da daha fazla hastalığın bir arada olduğu rapor edilmiştir (191). Huzurevinde kalan yaşlılarda yürütülen bazı çalışmalarda ise kronik hastalık sıklığının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (177, 192). Yodmai ve ark.'nın çalışmasında da yaşlanma ile kronik hastalık sıklığının arttığı bildirilmiştir (165). Yaşlanma birlikte kronik hastalıkların ve bakım ihtiyacının doğduğu göz önüne alınırsa huzurevi ve bakımevinde kalan yaşlılarda konik hastalık sıklığının yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda katılımcılarından en az bir kronik hastalığı bulunduğunu belirtenlerin yaklaşık dörtte üçünde hipertansiyon, üçte birinde diyabet ve kalp-akciğer hastalığı mevcuttur. Hipertansiyon kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek iken, kalp ve akciğer hastalıkları ve ürolojik hastalıklar ise erkeklerde anlamlı düzeyde daha sık görülmektedir. Çalışmamızda kronik hastalık dağılımları ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerdir (80, 162, 175, 185).

Kalp damar hastalıkları, dünyanın olduğu gibi ülkemizde de erişkinlerde en önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir (193). DSÖ göre, Kalp ve Damar Hastalıkları 2023 yılında da başta gelen ölüm nedeni olma özelliğini sürdürecektir. Ülkemizde 2000 ve 2013 yıllarında yapılan Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında, DALY nedenleri arasında kalp damar hastalıklarının her iki çalışmada da ilk sırada olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde Türk Kardiyoloji Derneği ile Sağlık Bakanlığı'nın 2007 yılında hazırladığı Ulusal Kalp Sağlığı politikasında, öncelikli olarak önem verilmesi gereken üç risk faktörünün sigara, hipertansiyon ve obezite olduğu rapor edilmiştir. Ülkemizde yapılan 2000 ve 2013 yılı Ulusal Hastalık Yükü Çalışmaları kıyaslandığında diyabetin hastalık yükünde %60 artış olduğu görülmüştür (Diyabet 2000 yılında 10. sırada iken 2013 de 4. sıraya gelmiştir). Diyabet yalnızca mortalite artışlarıyla değil kronik komplikasyonlarıyla da ciddi bir hastalık yükü haline gelmektedir (194).

Araştırmaya katılan yaşlıların yaklaşık dörtte üçü kronik hastalıkları nedeniyle her gün düzenli olarak ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Kronik hastalıklar nedeni ile düzenli ilaç kullanım sıklığı açısından çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (171, 184, 195).

Çalışmamızda katılımcıların %64.2'si yardımcı cihaz kullanmakta; bunların da yaklaşık yarısı gözlük ve diş protezi kullanmaktadır. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da yardımcı cihaz kullanma durumu açısından bu çalışmanın bulgularına benzer sonuçlar rapor edilmiştir (30, 80, 181). Yapılan çoğu çalışmada diş protezi, gözlük, baston ve işitme cihazı kullanımının yaygın olduğu görülmüş ve çalışmamız sonuçları ile benzerlik göstermektedir (30, 80, 171, 181). İlerleyen yaşla birlikte fiziksel yetersizlik ve kronik hastalıklara bağlı olarak yardımcı cihaz ve sürekli ilaç kullanım durumu beklenen bir bulgudur.

Araştırmanın katılımcılarının yarısından fazlası daha önce hiç sigara kullanmadığını, yaklaşık üçte biri kullanıp bıraktığını belirtmiştir. Çalışmamızda halen sigara kullanan erkeklerin sıklığı kadınların yaklaşık altı katıdır. Sigara içme durumu ülkemizde yapıla çalışmalarla benzerdir (175, 184). Tufan'ın 2000 yılında bölgemizde yaşlı bireylerde yürüttüğü çalışmada sigara içenlerin sıklığı %28.9 olarak rapor edilmiştir (179). Bölgemizde yıllar içerisinde sigara kullanım sıklığının azaldığı

görülmüştür. Brezilya'da yapılan bir çalışmada hiç sigara kullanmadığını belirten yaşlıların sıklığı %55.8 olup çalışmamız bulgularıyla benzerdir (169). Tütün kullanımı, pek çok sağlık problemine yol açan, önlenebilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında en önde gelen risk faktörüdür. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre ülkemizde tütün ürünü kullanım sıklığı 2008 yılında %31.2 iken, 2012 yılında %27.1'e düşmüştür. Yirminci yüzyılın sonlarında yaşları 35-69 arasında olan insanların %30'unun, 69 yaş üstündekilerin ise %14'ünün sigaraya bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (196). Çalışmamızda yaşlılarda sigara kullanım sıklığının KYTA sonuçlarına göre düşük çıkmasının sebebi, araştırmanın belirli yaş grubunda yürütülmüş olması, eşlik eden hastalıklar nedeniyle sigara kullanımının bırakılmış olması ve yaşlılıkla birlikte sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması olabilir.

5.2. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Puanları ve Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesi alt alanlarına ait puan ortalamaları; duyusal yetenek alanı için 12.27±3.85, otonomi alanı için 12.59±3.24, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alanı için 12.69±3.10, sosyal katılım alanı için 11.61±3.41, ölüm ve ölümlülük alanı için 15.46±4.45, yakınlık alanı için 13.74±3.53'dir. Çalışmanın toplam yaşam kalitesi için puan ortalaması 56.64±15.57'dir.

Çalışmamızda otonomi, sosyal katılım ve yakınlık alan puan ortalamaları Manisa'da yürütülen çalışmadan daha düşük iken, ölüm ve ölümlülük alan puan ortalaması daha yüksektir. Duyusal yetenek, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler alanlarına ait puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ise bu çalışma ile benzerdir (157). Samsun'da yapılan çalışmaya göre ise, çalışmamızda otonomi, ölüm ve ölümlülük alanları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek, sosyal katılım ve yakınlık alanlarına ait puan ortalamaları ise daha düşüktür. Duyusal yetenek, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puan ortalamaları ise benzerdir (30). Gaziantep'te yapılan çalışmanın sonuçlarına göre ise en yüksek alan puan ortalaması çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde ölüm ve ölümlülük alanına

aittir (80). Çalışmamızda tüm alanlar içerisinde en yüksek puan ortalaması ölüm ve ölümlülük alanına, en düşük puan ortalaması ise sosyal katılım alanına aittir. Manisa ve Samsun'da yapılan çalışmalara göre ilimizde sosyal katılım alan puan ortalamasının düşük olması, yaşlılara yönelik sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılım imkanlarının sınırlılığı nedeniyle olabilir (30, 157). Çalışmamızda ölüm ve ölümlülük alan puan ortalamasının yüksekliğinin dini inançlara bağlılık ve ölümün yaşamın doğal bir sonucu olarak kabullenilmesi nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları, Norveç'te aynı ölçekle yapılan yaşam kalitesi yaşlı modülü geçerlik güvenirlik çalışması sonuçlarına göre ölüm ve ölümlülük alanı dışında diğer tüm alanlarda düşük bulunmuştur (197). Çalışmamızda tüm alt alan ve toplam puan ortalamaları Güney Afrika'da yapılan çalışmanın sonuçlarına göre daha düşük bulunmuştur (198). Bu durum Güney Afrika'da yapılan çalışmanın uzun süreli bakım merkezinde kalan yaşlı bireyler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda ölüm ve ölümlülük alanı puan ortalamasının Norveç'te yapılan çalışmadan yüksek bulunmasının sebebi sosyokültürel farklılıktan ve ülkemizde ölümün negatif bir düşünce olmaktan çok doğal ve kaçınılmaz bir süreç olarak kabul görmesinden kaynaklanabilir.

Japonya'nın kırsal ve kentsel bölgelerinde yapılan çalışmada her iki bölgede de duyusal alan puan ortalamaları daha yüksek yakınlık alan puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur (199). Tayland'da WHOQOL-OLD ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi düzeyi, puan ortalamasına göre düşük, orta ve yüksek yaşam kalitesi olarak üç gruba ayrılmış ve duyusal, otonomi, sosyal katılım alanları orta; geçmiş, bugükü ve gelecek aktiviteleri, ölüm ve ölümlülük, yakınlık alanları yüksek yaşam kalitesi grubunda yer almaktadır (165). Brezilya'da yapılan bir çalışmada WHOQOL-OLD toplam yaşam kalitesi puan ortalaması çalışmamız bulgularına benzer ve en düşük puan ortalamaları bizim çalışmamızda olduğu gibi otonomi ve sosyal katılım alanlarına ait olup bu durum yaşlının otonomi fonksiyonlarının azalmasına, kent ulaşımındaki zorluklara, yaşadıkları bölgedeki park, dinlenme alanları gibi sosyal aktivite alanlarının kısıtlılığına bağlanmıştır (170). Benzer durum bizim bölgemiz içinde söylenebilir. Ayrıca ilimizin iklim koşulları yapılabilecek sosyal faaliyetler kısıtlı kılmaktadır.

Yaşam kalitesi tüm alt alan puanları ve toplam puan ortalaması kadınlarda daha düşüktür. Ülkemizde yaşlılarda yapılan diğer çalışmalarda da yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları kadınlarda daha düşük bulunmuştur (80, 189, 190, 200-202). Özyurt ve ark.'larının çalışmasında duyusal yetenek, ölüm ve ölümlülük alt alan puan ortalamalarının, anlamlı olmamakla birlikte, kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (190). Zonguldak'ta hastaneye başvuran yaşlılarda yapılan bir çalışmada ise kadınlarda toplam yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek olup, sosyal katılım ve duyusal yetenek alan puan ortalamaları ise daha düşük olarak hesaplanmıştır (203). İzmir'de bir huzurevinde kronik ağrısı olan yaşlılarda yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınlarda toplam yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek iken, otonomi alt alan puan ortalaması ise erkeklere göre düşük olarak bildirilmiştir. İzmir'de yapılan çalışmada kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının çalışmamızdan yüksek çıkmasının nedeni huzurevinde bakımından sorumlu kişilerin bulunması ve kendilerini güvende hissetmeleri olabilir (204). Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yürütülen bazı çalışmalarda da kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları düşük olarak bildirilmiştir (173, 183). İran'da ve İngiltere'de SF-36 kullanılarak yapılan çalışmalarda yine benzer sonuçlar elde edilmiştir (205, 206). Kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin daha uzun olması nedeniyle birçok sağlık problemi ile karşılaşma sıklığı daha yüksektir. Yaşlı nüfustaki kadınlarda eğitim eksikliği, sosyal güvenceden yararlanamama, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki zorluklar ve ekonomik özgürlüklerinin kısıtlı olması yaşam kalitesini düşürebilecek önemli sebeplerdendir (185). Tüm bu sebepler kadınların yaşam kalitesini düşürebilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi toplam puan ortalaması genç yaşlı olarak nitelenen 65-74 yaş grubunda daha yüksektir ve yaş grupları arasında duyusal yetenek, otonomi, sosyal katılım ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğünü bildiren çalışmalar çoğunluktadır (80, 174, 189, 190, 200, 206-209). İngiltere'de 2002 yılında yapılan bir çalışmada 50 yaşından sonra yaşam kalitesinin arttığı, 68 yaşında en üst noktaya ulaştığı ve 86 yaşından sonra da yaşam kalitesinde hızlı bir düşüş gösterdiği rapor edilmiştir (210). Genç yaşlı gruptaki bireylerin duyusal fonksiyonları, fiziksel fonksiyonları, kendi işlerini yapabilme durumları, öz bakım becerileri ileri

yaştakilere göre daha iyi olacağından yaşam kalitelerinin yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızdaki yaşlı bireylerin eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Çalışmamızda duyusal alan puan ortalaması lise ve üzeri okul mezunlarında okuryazar olmayanlara göre iki kattan daha yüksek iken, toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ise yaklaşık iki buçuk kat daha yüksektir. Okuryazar olmayanlara göre ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri okul mezunlarında otonomi alan puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yürütülen diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi ile birlikte yaşam kalitesi düzeylerinin arttığını bildirmektedir (173, 187, 189, 201). Brezilya'da yapılan iki farklı çalışmada ve Molzahn'ın ülkemizin de içinde bulunduğu 22 farklı ülkede yürüttüğü çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı rapor edilmiştir (170, 211, 212). Benzer sonuçlar İran'da ve İsveç'te farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir (205, 213).

Çalışmamızda yaşam kalitesi tüm alt alan ve toplam puan ortalamaları evli olan yaşlılarda daha yüksek bulunmuştur. Bekar olanlarda evlilere göre geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteler, ölüm ve ölümlülük alanları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktür. Ülkemizde yürütülen birçok çalışmada da evli olan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (30, 80, 189, 190, 214, 215). Aynı şekilde Cevizci ve ark.'nın Çanakkale'de yürüttükleri çalışmada evli olmayanlarda yaşam kalitesinin yaklaşık bir buçuk kat daha düşük olduğu rapor edilmiştir (216). Çalışmamız sonuçlarına zıt bir şekilde Şahin ve ark.'nın çalışmasında ise medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (208). Bunun sebebi çalışmanın huzurevinde yürütülmesi ve yaşlıları destekleyen sosyal bir ortamdan yaşanılıyor olmasından kaynaklanabilir. Yaşın ilerlemesi ile kronik hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığı artmaktadır. Özellikle eşi ölen bireyler ev idaresi, temizlik, alışveriş, yemek, banyo, tuvalet gibi günlük yaşam aktivitelerinin birini ya da birkaçını yerine getirmede zorlanabilir, başkalarına muhtaç ve bağımlı hale gelebilir. Bu dönemde görülen fonksiyonel ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle yaşlı bireyler ve aileleri, huzurevi gibi toplu bakım hizmeti veren alternatifler arasından birini seçmek durumunda kalabilir. Çalışmamızda eşi ölen yaşlıların %61.8'i çocukları

ile yaşamaktadır. Bu durumun olumlu yönleri olduğu gibi bireyin özel yaşamına müdahale ediliyormuş hissine kapılması, bakım veren kişi tarafından ekonomik, duygusal baskı altında olması ve ev ortamında herhangi bir iş yapmaksızın tüm ihtiyaçlarının başkaları tarafından yapılması sonucu hastalık psikolojisine kapılması gibi olumsuz yönleri de olabilmektedir. Tüm bunlar bireyin yaşam kalitesini düşürebilmektedir.

Çalışmamızda sağlık güvencesi olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu durum ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (187, 188). Toplumun diğer kesimlerine kıyasla kronik hastalık riski daha fazla olan yaşlı bireylerin sağlık güvencesine sahip olması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artıran ve bireyin kendini güvende hissetmesini sağlayan, yaşam kalitesini arttıran önemli parametrelerdendir.

Yaşlıların yaşam kalitesi çocuk sayılarına göre değerlendirildiğinde 3-4 çocuğu olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşlılık döneminde çocukların ailelerine olumlu yönde desteği ile açıklanabilecek bu durum Aydın'ın çalışması ile de benzerlik göstermektedir (80).

Çalışmamızda düzenli aylık geliri olan ve gelirinin ihtiyaçlarını karşıladığı belirlenen yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cevizci ve ark.'nın çalışmasında da gelirin ihtiyaçlarını karşılamaya yettiğini belirtenlerin yaşam kalitesinin yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (216). Literatürde de düzenli aylık geliri olan ve ekonomik durumlarını iyi olarak tanımlayan yaşlıların yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (80, 181, 201, 208). Uluslararası yapılan çeşitli çalışmalarda da yaşam kalitesinin, ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerde daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (169, 205, 217, 218). Polonyo'da yaşlılarda yürütülen bir çalışmada gelir durumunu iyi olarak değerlendirenlerde yaşam kalitesi düzeyinin yaklaşık 1.5 kat yüksek olduğu rapor edilmiştir (219).

Araştırmamızda evde birlikte yaşanılan kişilere göre yaşam kalitesi düzeyinin anlamlı olarak değiştiği gözlenmiştir. En yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması eşi ile birlikte yaşayan yaşlılarda gözlenmiştir. Aydın'ı çalışmasında da çalışmamızın

sonuçlarını benzer şekilde eşi ile yaşayanların daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir (80). Brezilya'da yürütülen çalışmada da çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde eşleri ile yaşayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuş ve özellikle erkeklerin yalnız yaşamaktan kadınlara göre daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (211). Taylan'da yapılan çalışmada ailesi ile yaşayan yaşlıların yalnız yaşayanlara göre yaşam kalitesinin iki kattan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (165). Eş kaybından sonra yaşlı bireyin yaşamının geri kalan kısmını nerede ve kimlerle geçireceği konusu gündeme gelebilmektedir. Toplumuzda geleneksel olarak önce çocukların anne babaya, sonrasında ise yaşlı bireylerin çocuklarına bağımlılığını destekleyen sosyal yapı hakimdir. Bu nedenle yetişkin çocuklar anne ve/veya babasını mümkün olduğunca yalnız bırakmamaya çalışmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin aile içinde geleneksel rollerini değişime uğratabilmekte, sorumluluk ve güç gibi kavramların bakımı üstlenen kişiye geçmesine ve çocukların ebeveyn rolünü almasına neden olabilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda çocukları ile yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düşük bulunmuş olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları kendisini yaşlı olarak değerlendirmeyenlerde daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde Gaziantep ve Şanlıurfa'da gerçekleştirilen çalışmalarda yaşlılık algısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu ve yaşlılığı olumlu bir durum olarak değerlendirenlerde yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu gösterilmiştir (80, 220). Low ve ark.'nın Kanada ve Norveç'te yürüttükleri çalışmada olumlu yaşlılık algısının yaşam kalitesiyle birlikte arttığını, olumsuz yaşlılık algısının ise yaşam kalitesiyle beraber düştüğünü belirtmişlerdir (221). Chachamovich ve ark.'nın beş kıtadan 20 ülkede yapılan uluslararası bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (222). Yaşlı olarak nitelenen insanlar için yaygın algı, yaşlıların kendisini yetersiz, bağımlı, zayıf, vakitlerini evde geçirmesi gereken insanlar olduğu şeklindedir ve bu durum belirli yaşın üstündeki kişilerin artık üretken konumda olamayacaklarını düşündürebilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlılardan geçen yıla göre sağlık durumlarını daha iyi olarak tanımlayanlarda ölüm ve ölümlülük alanı dışındaki tüm alanlarda yaşam kalitesi puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir. Sağlığın değerlendirilmesinde, hastalık

temelli bakış açısının ötesinde, bireyin sağlık algısının, günlük yaşamına ve yaşam kalitesine etkili olduğu sonucuna varılabilir. Ülkemizin de içinde bulunduğu 22 ülkede WHOQOL-OLD çalışma örgütü tarafından yapılan araştırmada sağlıklı olarak değerlendirilen yaşlılarda yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (168). Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu başka çalışmalarla da ortaya konulmuştur (166, 169, 213, 223).

Çalışmamızda, kronik hastalığı, sürekli ilaç kullanım zorunluluğu olan ve yardımcı cihaz kullanan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Ülkemizde (157, 171, 189, 216, 224) ve uluslararası (166, 174, 211, 225, 226) yapılan çalışmalarda da kronik hastalık varlığının yaşam kalitesinin olumsuz etkilediği rapor edilmiştir. Sürekli ilaç kullanma zorunluluğu olan yaşlılarda yaşam kalitesinin düşük olduğu çeşitli çalışmalarda da belirtilmiştir (80, 171, 227). Duyusal yetenek ve sosyal katılım alt alan puan ortalamaları yardımcı cihaz kullanan yaşlılarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile uyumludur (80, 200). Kronik hastalık varlığı ve buna bağlı olarak sürekli ilaç ve yardımcı cihaz kullanım durumu bireyin algılanan sağlık düzeyini, fiziksel ve duyusal fonksiyonlarını, sosyal yaşantısını etkileyebileceği için yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir bulgudur.

5.3. Katılımcıların Depresyon Belirtileri ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisin Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puan ortalamaları 14.59±5.27 puan (min:3.0, maks:27) olarak saptanmıştır. GDÖ kesme noktasına göre depresyon belirtileri görülme sıklığı (GDÖ≥14) %56.5'tir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların GDÖ'ye göre puan ortalaması ve depresyon belirtisi sıklığı Tablo 48'de gösterilmiştir.

Tablo 48. Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların GDÖ'ye göre puan ortalaması ve depresyon belirtisi sıklığı

Araştırmayı yapan	Yılı	Nerde yapıldığı	GDÖ puan ortalaması	GDÖ'ye göre depresyon belirtisi sıklığı
Demet ve ark (228).	2002	Manisa	11.9±6.52	%35.9
Karadağ ve ark (229).	2008	Elazığ	11.71±5.35	%34.6
Karatay ve ark (230).	2010	Kars	13.38±6.86	%52.9
Demir ve ark (231).	2013	Gümüşhane	14.11±8.00	%55.0
Daştan ve ark (232).	2016	Kars	13.43±6.86	%50.4
Bu çalışma	2018	Erzurum	14.59±5.27	%56.5

Maral ve ark.'nın GDÖ kullanılarak yaptığı çalışmada depresyon belirtileri görülme sıklığı, huzurevinde yaşayan yaşlılarda %48.1, evde yaşayanlarda %24.3 olarak saptanmıştır (233). Kulaksızoğlu ve ark.'nın İstanbul'un bir ilçesinde evde yaşayan yaşlılarda yürüttüğü çalışmasında ise %16.0 olarak bildirilmiştir (234).

Mısır'da yapılan çalışmada yaşlıların %62.7'sinin GDÖ'ye göre depresif belirti gösterdiği rapor edilmiştir (235). Yaşlılarda depresif belirti sıklığı Polonya'da yapılan bir çalışmada %57.7, Brezilya'da yürütülen bir başka çalışmada ise %30.2 olarak bildirilmiştir (211, 219). Erzurum İli'nin soğuk iklim kuşağında yer alması nedeniyle yaşlılar yılın büyük bir kısmını ev ortamında geçirmekte ve sosyal yaşantısı kısıtlanmaktadır. Bu durum yaşlılarda uyaran yokluğu ve buna bağlı olarak depresif semptomların daha sık görülmesinin nedeni olabilir. Ülkeler arasında depresyon belirtilerinin görülme sıklığının değişkenlik göstermesi sosyodemografik ve kültürel

farklılıklar nedeniyle olabilir. Yaşlılarda depresyon belirtilerinin fiziksel rahatsızlık, somatik yakınmalar gibi başka nedenlerle ilişkili olması sağlık hizmeti sunucularının gözünden kaçabilir ve yaşlı grupta depresyon belirtilerinin atlanmasına sebep olabilir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen, 1998 yılı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması sonuçlarına göre tüm yaş grubu için son bir yılda ruh sağlığı problemi yaşayanların sıklığı %17.2'dir (236). Benzer şekilde 2004 yılında yürütülen Ulusal Hastalık Yükü Çalışması sonuçlarına göre ise tüm toplum için depresyon prevalansı %13.1'dir (237). DSÖ, ruh sağlığının insan gelişimi ve yaşam kalitesi ile yakın ilişkili olması, ruhsal bozuklukların dünya genelinde önemli bir hastalık yükü oluşturması ve ruh sağlığının düzeltilmesi ile ilgili hedeflerin yaşama geçirilmesi için birçok sektörün katılımının gerekmesi sebebiyle ülkelere ruh sağlığı politikası, eylem planları ve programları oluşturmalarını önermektedir (238). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden yeterli şekilde yararlanmalarını sağlayan bir hizmet ağının kurulması için Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) hazırlanmıştır (239). Ülkemizde yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre tüm toplumda depresyon prevalansının %9.3'e gerilediği rapor edilmiştir (125).

Çalışmamızda kadın katılımcılarda depresyon belirtileri görülme sıklığı daha yüksek ve cinsiyetler arasında GDÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardır. DSÖ 2015 yılı verilerine göre tüm dünyada toplam depresyon prevalansı %4.4 (kadınlar: %5.1, erkekler: %3.6) ve depresyon prevalansının yaşlılık döneminde en yüksek düzeyde olduğu rapor edilmiştir. DSÖ, Engellilikle Geçirilen Yaşam Yılı (YLD) içerisinde depresyonun payının %7.5 olduğunu bildirmektedir (103). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre kadınlarda depresyon sıklığı %13.1 iken erkeklerde %5'tir (125). Ertan'ın çalışmasında da kültürden bağımsız olarak depresyonun kadınlarda 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (240). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kadınlarda depresyon riskinin yaklaşık 2 kat yüksek olduğu görülmüştür. Dişçigil ve ark.'nın çalışmasında ise bu durum 7.8 kat olarak rapor edilmiştir (128). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılan diğer çalışmalarda da depresyon sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (176, 177, 215, 227, 234, 241-245). Uluslararası aynı yaş grubunda

yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (211, 235, 246-251). Wada'nın Japonya'da dört bölgede yaptığı çalışmanın üçünde kadınlarda depresyon prevalansı yüksek bulunmuştur (252). Kadınlarda depresyon prevelansının yüksek olma sebebi eğitim yetersizliği, eşitsizlik, ruhsal ve fiziksel engellilik, kendini ifade edememe gibi toplumsal cinsiyet kavramları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda depresyon belirtileri en sık 65-74 yaş grubunda görülmektedir. Samsun ve İzmir'de yürütülen iki ayrı çalışmada da depresyon belirtilerine en sık 65-74 yaş grubunda rastlandığı bildirilmiştir (243, 253). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması raporuna göre 75 yaşından sonra depresyon sıklığı artmaktadır (254). Pakistan'da hastaneye başvuran yaşlılarda yapılan çalışmada da en yüksek sıklığın 65-74 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir (255). Literatürde, yapılan birçok çalışmada yaş arttıkça depresyon riskinin arttığı ortaya konulmuştur (177, 229, 230, 249, 256). Çalışmamızda ileri yaştaki yaşlılarda depresyonun görece düşüklüğü, sağlık kuruluşlarına farklı klinik tablo ve şikayetlerle başvurmalarına, tanı için yaşlılara uygun olan ölçeklerin kullanılmamasına ve sıklıkla depresyon tanısının saptanamamasına bağlı olabilir. Yaşlılarda depresyon somatik yakınmalar ve bilişsel belirtilerle maskelenebilir. Ayrıca ileri yaştaki yaşlıların her yaş döneminde farklı olaylara tanıklık etmesi (ekonomik buhran, yaşam koşullarının zorluğu, savaş gibi) genç yaşlıların depresif semptomlarını daha az dile getirmelerine ve önceki dönemlere göre yaşam koşullarının düzelmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda okuryazar olmayan yaşlılarda, GDÖ kesme noktasına göre depresyon belirti sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve eğitim seviyeleri arasında depresyon belirtisi görülmesi açısından anlamlı fark vardır. Ülkemizde GDÖ kullanılarak yapılan benzer çalışmalarda da okuryazar olmayanlarda depresyon belirtisinin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (215, 229, 255). İran'ın beş bölgesinde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlılarda, yine Pakistan'da 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça depresif semptomların görülme sıklığının azaldığı rapor edilmiştir (249, 257). Literatürde de bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim düzeyinin yüksek olmasının stresle başa çıkmada ve kaygıyı önlemede önemli etken olduğu gösterilmiştir (258, 259). Eğitim seviyesi düşük olan yaşlılar ihtiyaçlarını karşılayabilmek için diğer aile üyelerinin yardımına gereksinim duyabilmektedir.

Yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayacak hiçbir aile üyesi yoksa bu durum yaşlılarda depresif semptomların görülmesine neden olabilir.

Çalışmamızda depresyon belirtisi en sık evli olan yaşlılarda görülmektedir. Alt gruplar incelendiğinde ise dulların yaklaşık üçte ikisinde depresyon belirtisi gözlenmektedir. Onat ve ark.'nın Fizik Tedavi Kliniği'ne başvuran hastalarda yürüttüğü çalışmasında GDÖ kesme noktasına göre depresyon belirtisi olanların %71.6'sı evlidir (260). Balcı ve ark.'nın (261) çalışmasında evli olanların %50.8'inde depresyon görülürken Demir'in çalışmasında bu oran %75'tir (228). Bu sıklıklar bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerdir. Pakistan'da yapılan çalışmada da evli olanlarda depresyon sıklığının arttığı belirtilmiştir (257). Ancak ülkemizde (180, 215, 227, 229-231, 241, 242, 262, 263) ve yurtdışında (248, 249, 264) yapılan çoğu çalışmada, çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde dul/bekar olanlarda depresyon sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel kısıtlanmalar ve ortaya çıkan bazı kronik hastalıklar nedeniyle birey bağımlı hale gelebilmektedir. Bu gibi olumsuz durumlarda kişi en çok eşinden destek görür ya da görmek ister. Eşlerden birinin ölümü ile diğer eş stres altında kalabilir, sosyal yaşam koşulları kısıtlanabilir ve bu durum depresyon için zemin hazırlayabilir.

Araştırmamızda depresyon belirtileri en sık eşiyle yaşayan yaşlılarda görülmektedir. Alt gruplar açısından incelendiğinde ise yalnız yaşayan yaşlıların yaklaşık üçte ikisinde depresyon belirtileri tespit edilmiştir. Balcı ve ark.'nın çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (261). Denizli'de Beck Depresyon Ölçeği kullanarak yapılan çalışmada da yalnız yaşayan yaşlılarda depresyon puan ortalamasının anlamlı düzeyde artış gösterdiği rapor edilmiştir (242). Benzer sonuç Güzel'in Burdur'da gerçekleştirdiği çalışmasında da belirtilmiştir (227). Pakistan'da yapılan iki farklı çalışmada da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde yalnız yaşayan yaşlılarda depresyon belirtisi daha sıktır (251, 257).

Araştırmamız sonuçlarına göre sağlık güvencesi olmayanlarda depresyon belirtisi görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak sağlık güvencesi olanlarla olmayanlar arasında depresyon belirtilerinin görülmesi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgular literatür ile uyumludur (128, 227, 241, 243). Yaşlı popülasyonda kronik hastalık sıklığı artış gösterdiği için tedavi ihtiyacı ve hastaneye

yatış gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bireyin sağlık güvencesinin olması bu gibi ihtiyaçların karşılanması konusunda kendisini daha rahat hissettirerek depresif yakınmaların daha az görülmesine sebep olabilir.

Çalışmamızda hiç çocuğu olmayanların yarısından fazlasında, anlamlı fark olmamakla beraber, depresif yakınmalar mevcuttur. Ulusal ve uluslararası literatürde de çocuğu olmayan yaşlılarda depresyon belirtisinin arttığı bildirilmiştir (228, 243, 257). Farklı olarak Güzel'in çalışmasında 5 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olanlarda depresif semptomların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (227). Çocuğu olmayan yaşlılarda, onların temel ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olacak kişilerin yokluğu nedeniyle depresif semptomlar görülmüş olabilir. Ayrıca aile desteğinin yaşlılarda depresyon belirtilerini azalttığı Bhamaniu ve ark.'nın çalışmasında da belirtilmiştir (265). Güzel'in çalışmasında çocuk sayısı fazla olanlarda depresif belirtilerin daha sık görülmesinin nedeni, çocuk sayısı artışı ile ekonomik zorlukların yaşanması ve çocuklarla ilgili gelecek kaygısı nedeniyle olabilir. Çocuk sayısı ile depresyon belirtisi arasındaki ilişkiyi net bir şekilde ortaya koyan çalışma bulunmaması nedeniyle bu konuda daha detaylı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda düzenli aylık geliri olmayanlarda ve gelirinin ihtiyaçlarını karşılamadığını belirtenlerde depresyon belirtisi görülme sıklığı anlamlı olarak yüksektir. Benzer şekilde; aylık gelir durumunu kötü olarak değerlendiren yaşlılarda depresyon belirtilerinin daha sık gözlendiğini bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (227, 229, 244, 255). Tanjanai ve ark.'nın İran'da gerçekleştirdiği çalışmada gelir durumlarından memnun olmayan yaşlıların GDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (249). Doğumda beklenen yaşam süresinin artışı ile birlikte yaşlı nüfusun artışı, yaşlıların üretici konumdan tüketici konuma geçişi ve maddi zorluklar gibi sosyal sorunları da beraberinde getirebilir. Emeklilikle birlikte gelirin azalması, sahip olunan sosyal statünün kaybı, bireylerin toplumsal alanda iletişim ve etkileşimlerini de etkileyebilir. Bu etkilenimlerin olumsuz yönde seyretmesi yaşlı bireyin depresif belirtiler göstermesine sebep olabilir.

Çalışmamızda kendini çok yaşlı olarak değerlendirenlerde depresyon belirti sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Onat ve ark.'nın çalışmasında yaşlılığı kötü bir durum olarak algılayanlarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu

belirlenmiştir (260). İstanbul'da 2014-2015 yıllarında, Yaşlılık Algısı Ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada yaşlılık algısı puanı arttıkça, depresyon belirtilerinin azaldığı gösterilmiştir (266).

Araştırmamızda sağlık durumunu geçen yıla göre daha kötü olarak değerlendiren yaşlılarda depresyon belirtisinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu ve literatürde benzer sonuçlara ulaşan çalışmaların bulunduğu görülmüştür (227, 229, 241, 244, 267). Kişinin kendi sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi depresif yakınmalara yol açabileceği gibi, depresif semptomlar da kişinin sağlık algısını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Çalışmamızda kronik hastalığı olanlarda GDÖ puan ortalamasının yüksek olması da bu düşünceyi destekler niteliktedir. Sağlık durumunun iyi olarak algılanması, bireyin özbakımını, kişiler arası ilişkilerini ve sosyal yaşantısını etkileyebileceği için yaşlılarda depresyonu azaltan etkenler arasında sayılabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile depresyon belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan hastalarda depresyon belirti sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Karatay ve ark'nın çalışmasında da kronik hastalığı olanlarda ve sürekli ilaç kullananlarda GDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (230). Altay'ın çalışmasında da kronik hastalığı ve sürekli ilaç kullanma zorunluluğu olan yaşlılarda depresif belirtilerin görülme sıklığı daha yüksek ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (243). Çalışmamızda kronik hastalık varlığının depresyon riskini yaklaşık 2 kat arttırdığı belirlenmiştir, bu sonuç Dişçigil ve ark.'nın çalışmasında altı kattan fazla olarak bulunmuştur (128). Kronik hastalığı olanlarda depresyon belirtilerinin daha sık görüldüğü birçok çalışma tarafından da gösterilmiştir (215, 232, 233, 242, 261, 268). Yaşın ilerlemesi ile birlikte kronik hastalık artışına bağlı olarak fiziksel kısıtlılıklar ve ağrılar artarak ilaç kullanım sıklığını da artırabilir. Tüm bu sebepler bir araya gelerek yaşlı bireylerde depresyon yakınmalarına yol açabilir (269-271).

Çalışmamızda hiç sigara kullanmamış yaşlılarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Güzel'in ve Onat'ın çalışmasından da benzer sonuçlar bildirilmiştir (227, 260). Ulusal ve uluslararası yapılan iki farklı çalışmada ise sigara içen yaşlılarda depresyon belirtilerinin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (243, 249).

Tanjanai ve ark.'nın çalışmasında da sigara içen yaşlılarda depresif semptomların daha sık olduğu bildirilmiştir (249). Literatürde sigara ile depresyon arasındaki ilişkiyi tam olarak ortaya koyan çalışma bulunmamaktadır. Diğer karıştırıcı faktörlerin sigara üzerine etkileri göz önüne alınarak bu konuda detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.4. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Puanları ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışması

Çalışmamızda yaşlıların GDÖ puan ortalamaları ile WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği alt alanları olan duyusal yetenek, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölümlülük ve yakınlık ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Depresyon puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesi puan ortalaması azalmaktadır.

Yaşlıların duyusal işlevlerindeki bozulma, depresyon seviyesindeki artış ile ilişkilidir. Yaşlanmayla beraber kişilerin görme, işitme, tad alma gibi duyusal işlevlerinde azalmalar meydana gelebilir. Yaşam kalitesine etki eden fiziksel kayıplarla depresyonun ilişkisi bizim çalışmamızla benzer şekilde farklı çalışmalarda da bulunmuştur (157, 266, 272-274).

Araştırmamızda, yaşlıların otonomi puanları arttıkça depresyon puanlarının düştüğü görülmüştür. Otonomi genel olarak bağımsızlık, yaşamı kontrol etme, özgür bir şekilde bireysel tercih yapabilme durumlarını içermektedir. Yaşlıların, kişisel ve aile içinde sahip oldukları söz hakkı ve kontrol becerisi ne kadar fazla ise o ölçüde iyi olmalarına ve yaşam kalitelerinin yüksek olmasına etki etmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalar bu durumu desteklemektedir (157, 266).

Çalışmamızda geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteler alt alan puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yaşam kalitesi alt alanlarından olan geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri kişinin yaşamdan elde ettiği doyumu ve geleceğe bakışını ölçmektedir. Yaşam doyumu kişilerin mutluluk, moral gibi iyi olma hallerini içermektedir. Bireylerin yaşamdan elde ettikleri doyum

ruh sağlığı açısından önem arzetmektedir (275). Yaşam doyumu düşük ve geleceğe umutla bakmayan kişiler depresif belirtiler gösterebilir (276). Yapılan çeşitli çalışmalar da benzer sonuçlar bildirilmiştir (157, 266).

Çalışmamızda, yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarından olan sosyal katılım puan ortalamaları arttıkça depresyon puan ortalamalarını düştüğü görülmüştür. Bizim çalışmamızda olduğu gibi literatürde de sağlıklı yaşlanma için önemli etkenler arasında fiziksel egzersiz, yapılan çeşitli faaliyetlere katılma, dışarıya çıkma, alışveriş yapma gibi günlük işler gösterilmiş ve yaşamdan aldıkları doyumu olumlu yönde etkilediği, yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (277-279).

Çalışmamızda ölüm ve ölümlülük alt alanı ile depresyon puan ortalaması arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölüm ve ölümlülük alt alanı ile yaşlıların ölüm konusundaki endişe, kaygı, korkuları ve bunların yaşam kalitesi üzerine etkileri konusunda literatür ile uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır (157, 266).

Çalışmamızda yaşlıların kişiler arası iletişimlerini değerlendiren yakınlık alt alanı ile depresyon arasındaki ilişki negatif yönlüdür. Yakınlık alt alanı puan ortalaması arttıkça depresyon puan ortalaması azalmaktadır. Ahad'nın çalışmasında da benzer durum bilirilmiştir (266). Eser ve ark.'ın çalışmasında ise yakınlık alt alanı ile depresyon arasında ilişki bulunmamıştır (157). Kişilerin sosyal ilişkilerinin iyi olup içinde bulunduğu toplum tarafından sevilmesinin depresyon belirtisi görülme riskini azalttığı sonucuna varılabilir.

Araştırmamızda yaşam kalitesi toplam puan ortlaması ile GDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Güzel'in çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (227). Güler ve ark.'nın WHOQOL-BREF, Eyigör ve ark.'nın SF-36, Şimşek ve ark.'nın NHP yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak yaptıkları çalışmalarda da depresyon puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (215, 267, 280). Ülkemizde farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmaların sonuçları da bizim bulgularımıza benzerdir.

Campos ve ark.'nın Brezilya'da yaptıkları çalışmada depresif belirtileri olan yaşlıların daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları rapor edilmiştir. Yaşam kalitesi

yüksek olanlarda depresif belirti görülme durumunun 2-10 kat daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (211, 219). Vilar ve ark.'nın 2016 yılında Portekiz'de yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (281). Depresyonla yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki olduğu uluslararası yapılan birçok çalışma tarafından da ortaya konulmuştur (168, 174, 197, 210, 213, 223, 282-286).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erzurum İli'nin Palandöken merkez İlçesi'nde yapılan araştırmamıza kapsamına 65 yaş ve üzeri 480 yaşlı birey dahil edilmiştir. Katılımcıların %54.2'si kadın, %45.8'i erkektir ve yaş ortalamaları 71.6±6.1 yıldır. Yaşlıların büyük bir kısmı genç yaşlı grubundadır. Kendisini çok yaşlı olarak değerlendiren yaşlılar çalışma grubunun yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Kendisini çok yaşlı hisseden kadınların oranı erkeklerin yaklaşık iki katıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların yaklaşık dörtte biri okuryazar değildir. Okuryazar olmayan kadınların oranı ise erkeklerin dört katından fazladır. İlimizde başta kadın yaşlılar olmak üzere yaşlıların eğitim düzeyinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Yaklaşık her on yaşlıdan birinin düzenli aylık geliri yoktur. Düzenli aylık geliri olanların da yaklaşık yarısı gelirin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediğini ifade etmektedir. Bu ekonomik göstergeler anlamlı düzeyde kadınlarda daha düşüktür. Yaşlıların yaklaşık üçte birinin eşleri ölmüştür ve eş ölümünün kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların üçte biri eşleri ile üçte biri de eşleri ve çocukları ile yaşamaktadır. Her on yaşlıdan biri ise yalnız yaşamaktadır.

Yaşlıların dörtte üçünün en az bir kronik hastalığının bulunduğu ve yine yaklaşık dörtte üçünün kronik hastalığı nedeniyle sürekli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kronik hastalık mevcudiyeti ve ilaç kullanım durumu kadınlarda daha sık olup cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur. Yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar arasında hipertansiyon, ortopedik sorunlar, diyabet hastalıkları vardır. Yaşlıların yaklaşık üçte ikisi yardımcı cihaz kullandığını belirtmiştir. En sık kullanılan yardımcı cihazlar gözlük, takma diş, baston veya koltuk değneğidir.

Çalışmamızda yer alan her iki yaşlıdan biri geçen yıla göre sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirmiştir. Sağlık düzeyi algısının cinsiyete ve eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Kadınların ve eğitim düzeyi düşük

olanların geçen yıla göre sağlık düzeylerini daha kötü olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir.

Araştırmamızda, yaşlıların yaşam kalitesi toplam ortalama puanı 56.64±15.57 olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi puan ortalamaları ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzerdir ancak gelişmiş ülkelerde rapor edilen değerlerden düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesinin olma durumu, çocuk sayısı, düzenli aylık geliri olma ve gelirin ihtiyaçları karşılama durumu, birlikte yaşanılan kişi, yaşın nasıl değerlendirildiği, sağlık düzeyi algısı değişkenleri yaşam kalitesin etkili faktörler olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi düzeyini; lise ve üzeri eğitim almış olmak ve gelirin ihtiyaçlarını karşılaması iki kattan fazla arttırırken, kendini genç olarak değerlendirmek dokuz kattan fazla artırmaktadır.

Araştırmamızın bir diğer konusu yaşlılarda depresyon belirtilerinin incelenmesidir. GDÖ kesme noktasına göre; kesin depresyon belirtisi gösteren yaşlıların sıklığı %56.5'dir. GDÖ puan ortalaması ise 14.59±5.27 olarak saptanmıştır.

Yapılan tek yönlü analizlerde GDÖ kesme noktasına göre depresyon belirtileri; kadınlarda, 65-74 yaş grubunda, evlilerde, okuryazar olmayanlarda, düzenli aylık geliri olmayanlarda, geliri ihtiyaçlarını karşılamayanlarda, eşi ile birlikte yaşayanlarda, yaşını çok yaşlı olarak değerlendirenlerde, sağlık düzeyini geçen yıla daha kötü olarak değerlendirenlerde yüksek bulunmuştur. Depresyon belirtisi görülme riski; kadınlarda bir buçuk kat fazla iken, okuryazar olmayanlarda, geliri ihtiyaçlarını karşılamayanlarda, kendisini çok yaşlı olarak değerlendirenlerde ise iki kattan daha fazladır.

Araştırmaya katılan yaşlıların depresyon puan ortalamalarının WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alanları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ile negatif yönlü anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Çalışmamızda depresyon puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesi puan ortalaması azalmaktaydı.

Bu sonuçlar ışığında şu önerilerin yapılabilir;

1- Okuma yazma bilmeyenlerin oranı kadınlarda daha belirgin olmakla birlikte her iki cinsiyet için Türkiye genelinden düşük bulunmuştur. Yaşlı nüfus oranının giderek daha da artacağı göz önünde bulundurulursa çeşitli sektörlerin işbirliği ile yaşlı eğitimine yönelik kurslarının açılması ve tüm toplumda okullaşma oranının arttırılması sağlanmalıdır.

2- Çalışmamızda yaşlıların duyusal ve otonomi fonksiyonlarının yaşam kalitesini ve depresyon belirtisini etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu anlamda yaşlıların fiziksel özürlüğünün sağlanması adına sosyal paylaşım alanlarının arttırılması ve sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Üniversiteler ve diğer bilimsel kurum ve kuruluşlar ve dernekler aracılığıyla toplumun normal yaşlanma süreci, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgi düzeyini araştırılması ve tespit edilen eksikliklerin yine bu kurumlarla giderilmesi desteklenmelidir. Ayrıca 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların homojen bir grup olmadığı, her bireyin kendine özgü gereksinimleri olduğu göz önünde bulundurulup yaş gruplarına özel faaliyetlere önem verilmelidir.

3- Çalışmamızda yaşlıların kronik hastalık sıklığı yüksek bulunmuştur. Yaşlılığa bağlı ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesine yönelik hedefler geliştirilmeli ve maliyet etkin çalışmalar yapılarak sağlık harcamalarının azaltılması sağlanmalıdır. Ülkemizde sayıları sınırlı olan ve ilimizde de son birkaç yıldır hizmet veren geriatri kliniği ve geriatri hastanelerinin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Bu bakış açısıyla geriatri ve gerontoloji eğitimlerinin tıp fakültesi müfredatına eklenmesi, özellikle yaşlılara sağlık hizmeti verebilecek şekilde eğitim almış sağlık personelinin yetiştirilmesi önem kazanmaktadır. Ayrıca aile hekimlerinin uzmanlık eğitimlerinde de geriatri rotasyonuna yer verilmeli ve aile hekimlerine yönelik varolan Uzaktan Sağlık Sistemi uygulamalarına geriatri modülü eklenmelidir.

4- Kronik hastalık artışına bağlı olarak çalışmamızda yaşlıların yaklaşık üçte ikisinin sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yaşlıların çoklu ilaç kullanımları göz önüne alınarak akılcı ilaç kullanımı konusunda sağlık

personellerinin eğitimi önemli olduğu kadar halk eğitimlerine de gereken önem verilmelidir. Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi için farkındalığın artırılması önem arz etmektedir.

5- Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımda, yardımcı cihaz kullanım zorunluluğu nedeniyle güçlük çeken yaşlıların rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerekli desteğin sağlanması için destekleyici çevrelere yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

6- Yaşlılara yönelik evde sağlık hizmeti ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla topluma bu hizmetlerin tanıtılması, yaşlıların ve ailelerin hangi hizmete, nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgi verilmesi ve bu hizmetlere üniversitelerin ve sivil toplum kuruluşlarının katılımının gerçekleşmesi sağlanmalıdır. Ayrıca bu hizmeti verecek personelin eğitim ihtiyaçları ilgili kurumlarca desteklenmelidir.

7- Son yıllarda yaşlı bireyin alışkın olduğu yaşam ortamında hayatını devam ettirmesi önem kazansa da bazı aileler için bu durum zor olabilmektedir. Bunun için tam bağımlı olmayan yaşlı bireyler için gündüz bakım evleri yaygınlaştırılabilir. Bu uygulama yaşlı bireyin sosyalleşmesi için olumlu etkiler sağlayabilir.

8- Aile Sağlığı Danışma Merkezleri bünyesinde ″Yaşlı Sağlığı Danışma Birimleri″ kurularak yaşlılara ve onlara bakım veren bireylere danışmanlık hizmeti sunulabilir.

9- Yaşlılarda depresyon gibi nöropsikiyatrik hastalıkların diğer popülasyondan fazla olduğu çalışmamız bulgularındandır. Bu nedenle yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru, en etkin tedaviyi alabilmesi için tüm ilgili sağlık birimlerinin iş birliğini ortaya koyması gereklidir. Bu hastaların tedaviye ulaşımlarının sağlanması önemli olduğu kadar sürekliliği de önemlidir.

10- Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfus oranı artış göstermektedir. Bu amaçla, toplumda sağlıklı, kendi kendine yetebilen, üretime katkıda bulunan

yaşlıların artırılmasına yönelik aktif yaşlanma programlarına önem verilmelidir. Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması sağlanmalıdır.

11- Son yıllarda uzun ve nitelikli yaşam kavramlarının önem kazanması ile sağlığın geliştirilmesi kavramı gündeme gelmektedir ve bunu gerçekleştirmek tek başına bir sektörün uğraşı ile mümkün görülmemektedir. Toplum katılımı en önemli basamağı oluşturmakla birlikte sivil toplum kuruluşları, medya, yerel yönetimler, sağlık gibi sektörlerin iş birliği ile bu hedefe ulaşılabilir. Yerel yönetimlere sağlık çalışanları tarafından yaşlı nüfus artışının önemi anlatılmalı ve DSÖ tarafından da önerilen ″yaşlı dostu şehirler″ kapsamında çalışmalar yapılmalıdır. Bu amaçla yaşlılara yönelik güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması için gerekli ev içi ve ev dışı düzenlemelerin yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. "Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020". Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015.
2. Akça F, Şahin G. Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2008;11(4):190-9.
3. World Health Organization. 'What are the public health implications of global ageing?' 2011 http://www.who.int/features/qa/42/en/ (Erişim Tarihi: 08.03.2018)
4. İstatistiklerle Yaşlılar 2015. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520 (Erişim Tarihi:28.11.2016)
5. World Health Organization. 'The Global strategy and action plan on ageing and health' http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/ (Erişim Tarihi: 28.11.2016)
6. Kurt. G YBF, Erkol. Z,. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi. 2010;24(2):32-9.
7. World Health Statistics 2016:Monitoring Health for the SDGs 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ (Erişim Tarihi: 08.02.2017)
8. Ornek T. Yaşam Kalitesi Rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını; 2000.
9. Jenney ME, Campbell S. Measuring quality of life. Arch Dis Child. 1997;77(4):347-50.
10. Fidan D, Ünal B, Y D. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum. 2003;3:3-8.
11. Low G, Molzahn AE. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Cross-Validation Study. Research in Nursing & Health. 2007;30:141-50.
12. Akın B, Emiroğlu O. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yeti yitimi ilişkisi. Türk Geriatri Dergisi. 2006;9(3):170-6.

13. Oğuzhanoğlu NK. Yaşlanma ve Psikiyatrik Sorunlar. II Ulusal Yaşlılık Kongresi; 9-12 Nisan2003. p. 62-8.
14. Nease DE, Jr., Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. J Fam Pract. 2003;52(2):118-24.
15. Katona C. Managing depression and anxiety in the elderly patient. Eur Neuropsychopharmacol. 2000;10 Suppl 4:S427-32.
16. Şahin M, Yalçın M. Huzur evinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi. 2003;6(1):10-3.
17. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Türk Geriatri Dergisi 2000. 2000;3(4):133-40.
18. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12):85-98.
19. Güler Ç. Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılık Üstüne Söylenenler. Geriatri-Turkish Journal of Geriatrics. 1998;1(2):105.
20. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara. 2005.
21. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2005;29(1):23-63.
22. Tümerdem Y. Gerçek yaş (Real age). Turkish Journal of Geriatrics. 2006;9(3):195-6.
23. Utku M. Nüfus 2006. http://www.baskent.edu.tr/~matemel/courses/nufus_population.pdf (Erişim Tarihi: 23.05.2018)
24. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Geriatri. 1999;2(4):179-87.
25. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam Kavramı: Önümüzdeki Demografi k Değişime Yönelik Bir Çözüm Önerisi. Kanıta Dayalı, Hakemli, Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi. 2010;1(1):1-14.
26. Tufan G, Çelik K. Gerontoloji ve Geriatri Türkiye'de de Yüzyılın Bilimleri Olabilecek mi. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi. 2008;20(7-8):64-9.
27. Sardon JP, Robertson G. Recent demographic trends in the developed countries. Population. 2006;61(3):227-300.

28. Lee R. The demographic transition: three centuries of fundamental change. The journal of economic perspectives. 2003;17(4):167-90.
29. Al-Hadithi TS, Shabila NP, Al-Tawil NG, Othman SM. Demographic transition and potential for development: the case of Iraqi Kurdistan/Transition demographique et potentiel de developpement: le cas du Kurdistan irakien. Eastern Mediterranean Health Journal. 2010;16(10):1098.
30. Doğan H. Samsun İli Tekkeköy İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2011.
31. Blacker CP. Stages in population growth. The Eugenics Review. 1947;39(3):88-101.
32. World Health Organization. 2016. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/en/ (Erişim Tarihi: 29.03.2018)
33. Türkiye İstatistik Kurumu. 2017. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_53_20171010.pdf (Erişim Tarihi: 29.03.2018)
34. Halk Sağlığı Temel Bilimler 1. Cilt. Sağlık Ölçütleri. Güler Ç, Akın L, editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
35. Türkiye İstatistik Kurumu. 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24647 (Erişim Tarihi: 29.03.2018)
36. Türkiye İstatistik Kurumu. 2018. http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=27587 (Erişim Tarihi: 20.03.2018)
37. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595 (Erişim Tarihi: 29.03.2018)
38. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi. 2010;49(3):39-45.
39. Ünal Ç. Türkiye nüfusunun yaşlanma endeksi ve potansiyel destek oranlarinin dağilimi. Hasan Ali Yücel Egitim Fakültesi Dergisi. 2015;12-1(23):235-49.
40. World Health Organization. World Report on Ageing and Health 2015.

41. World Health Organization. Brazil:WHO statistical profile. http://www.who.int/gho/countries/bra.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 29.03.2018)
42. World Health Organization. World Health Statistics 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ (Erişim Tarihi:08.02.2018)
43. Bilir N. Koruyucu hekimlik, sağlığın korunması ve yaşlılık. Arıoğul S, editor. Ankara: Medical Nobel; 2006. 54-5 p.
44. Global AgeWatch Index 2013 Purpose, methodology and results London: HelpAge International; 2013. http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/ (Erişim Tarihi: 06.02.2017)
45. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Genel Demografik Göstergeler. Başara BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir TA, editors. Ankara: SAGEM; 2017.
46. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18618 (Erişim Tarihi: 02.04.2018)
47. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(3).
48. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(3):219-24.
49. Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010;5(13):125-41.
50. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf (Erişim Tarihi: 02.04.2018)
51. Erbaşı S, Tüfekçioğlu O, Sabah I. Yaşlılık ve hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi. 1999;2(2):67-70.
52. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması–2,2012.

http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php (Erişim Tarihi: 07.05.2018)

53. Nalbant S. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Journal. 2008;4(2).
54. Beğer T. Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. 5 Ulusal İç Hastalıkları Kongresi; Antalya2003.
55. Yıldız F, Karakoç GB, Hamutçu RE, Yardım N, Ekinci B, Yorgancoğlu A. Türkiye'de astım ve KOAH farkındalığının değerlendirilmesi (GARD Türkiye Projesi-Kronik Hava Yolları Hastalıkları Ulusal Kontrol Programı). Tuberk Toraks. 2013;61(3):175-82.
56. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaliği Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1(2):105-13.
57. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal. 2006;28(3):523-32.
58. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JB, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. The Lancet. 2005;366(9500):1875-81.
59. Buist AS, Vollmer WM, Sullivan SD, Weiss KB, Lee TA, Menezes AMB, et al. The burden of obstructive lung disease initiative (BOLD): rationale and design. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2005;2(2):277-83.
60. Metintaş M. Türkiye'de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. Anakara: Türk Toraks Derneği; 2010.
61. TC Sağlık Bakanlığı. Dünya KOAH Günü 2016. http://ofdevlethastanesi.gov.tr/detay.php?id=663&cid=1 (Erişim Tarihi: 02.04.2018)
62. Nazlıel HÇ. Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı. Turkısh Journal of Geriatrics. 1999;2:14-21.
63. Dikmenoğlu N, Kutsal YG. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007.
64. Bilir N, Subaşı NP. Yaşlılık sorunları: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006.

65. Aydın S. Gaziantep ili Şehitkâmil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü populasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler: İnönü Üniversitesi; 2009.
66. Home Care Across Europe 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf (Erişim Tarihi: 14.02 2017)
67. Altınel M, Akçakaya AA. Yaşlılık ve Göz. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013;29(2):110-5.
68. Karan M. Yaşlının Fonksiyonel Değerlendirilmesi. 2 Ulusal Geriatri Kongresi; Antalya: Geriatri Derneği Yayınları; 2003.
69. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı; 2015.
70. Wen CP, Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. The Lancet. 2012;380(9838):192.
71. United Nations. United Nations Principles for Older Persons. https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles.html (Erişim Tarihi: 22.02.2017)
72. World Health Organization. Active Ageing A Policy Framework. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (Erişim Tarihi: 22.02.2017)
73. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017. Akçakaya İB, Özmete E, editors. Anakara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ve Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM); 2017.
74. Baysan N. Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2008.
75. Dhar HL. Gender, aging, health and society. J Assoc Physicians India. 2001;49:1012-20.

76. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2009;23(3):159-64.
77. Onat Ü. Yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Kutsal YG, editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayınları; 2004. 93-8 p.
78. United Nation. Report of the Second World Assembly on Ageing New York: United Nations Publication; 2002.
79. Çelik SŞ. Yaşlının Evde Bakımı. 6 Geriatri ve Gerontoloji Kursu; Ankara2018. p. 471-86.
80. Aydın S. Gaziantep İli Şehitkamil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
81. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı istismarı ve ihmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):68-75.
82. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı: Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü; 2007.
83. World Health Organization. Elder abuse 2018. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/ (Erişim Tarihi: 05.04.2018)
84. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, et al. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(3):145-53.
85. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için 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.
86. Veyisoğlu D. Bir Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi 2002.
87. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1(2):1-5.

88. Peel NM, Bartlett HP, Marshall AL. Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. Australas J Ageing. 2007;26(4):162-7.
89. Paskulin LMG, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. Western Journal of Nursing Research. 2007;29(1):10-26.
90. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma Dergisi. 2005;1:55-63.
91. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı. Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı: BM-INIA, HÜ-GEBAM, Geriatri Derneği Yayınları. Rekmay ofset basımı; 2009.
92. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine. 1998;46(12):1569-85.
93. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. Iranian journal of psychiatry. 2010;5(4):140.
94. Özyurt B, Eser E, Çoban G, Akdemir S, Karaca İ, Karakoç Ö, et al. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2007;10(3):117-23.
95. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatride kullanımı. Sağlıkta Birikim. 2006;1:21-5.
96. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ. 2008.
97. World Health Organization. Depression. http://www.who.int/topics/depression/en/ (Erişim Tarihi: 30.03.2017)
98. Akyol E. İzmir İl Merkezinde 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Depresyon Prevalansı: Fırat Üniversitesi; 2015.
99. Charney EA, Weissmann M. Epidemiology of depressive and manic syndromes. Depression and Mania, Anastasias Georgotas, Robert Cancro. Elsevier Publishing CO, New York. 1998;52(9):26.

100. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (1994). Dördüncü baskı ed. Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
101. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. 2017:20.
102. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(1):67-99.
103. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders 2017.
104. Pilania M, Bairwa M, Khurana H, Kumar N. Prevalence and predictors of depression in community-dwelling elderly in rural Haryana, India. Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine. 2017;42(1):13.
105. World Health Organization. Depression: A Global Crisis 2012. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf (Erişim Tarihi: 23.03.2018)
106. World Health Organization. World Health Report 2001. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 23.03.2018)
107. Başoğul C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(1):1-15.
108. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, editors. Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyeti Etkinlik Projesi2006.
109. Köroğlu EÇ. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Tanımsal El Kitabı. Baskı, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
110. Bigdeli T, Ripke S, Peterson R, Trzaskowski M, Bacanu S, Abdellaoui A, et al. Genetic effects influencing risk for major depressive disorder in China and Europe. Translational psychiatry. 2017;7(3):e1074.
111. Balcıoğlu G. Depresyonun etyopatogenezi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu1999. p. 2-3.

112. Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major Depresif Bozukluk'Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
113. Zivin K, Llewellyn DJ, Lang IA, Vijan S, Kabeto MU, Miller EM, et al. Depression Among Older Adults in the United States and England. Am J Geriat Psychiat. 2010;18(11):1036-44.
114. Aydemir Ç. Türkiye'de yasli intiharları. Turk Psikiyatri Dizini: Kriz Dergisi 1999;7(1):21-5.
115. Noël PH, Williams JW, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. The Annals of Family Medicine. 2004;2(6):555-62.
116. Softa H, Karaahmetoğlu G. Bir Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesinde Yatan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2016;7(1):18-24.
117. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon-I tanı ve değerlendirme. Turkish Journal of Geriatrics. 1999;2(2):76-82.
118. Penninx BWJH, Deeg DJH, van Eijk JTM, Beekman ATF, Guralnik JM. Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. J Affect Disorders. 2000;61(1-2):1-12.
119. Collard RM, Arts MHL, Schene AH, Naarding P, Voshaar RCO, Comijs HC. The impact of frailty on depressive disorder in later life: Findings from the Netherlands Study of depression in older persons. European Psychiatry. 2017;43:66-72.
120. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. American family physician. 2004;69(10):2375-82.
121. Luppa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life–systematic review and meta-analysis. J Affect Disorders. 2012;136(3):212-21.
122. Mavandadi S, Ten Have T, Katz I. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55(2):202-11.

123. Kurlowicz L, Greenberg SA. The geriatric depression scale (GDS). AJN The American Journal of Nursing. 2007;107(10):67-8.
124. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World Psychiatry. 2004;3(1):45-9.
125. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ünal B, Ergör G, editors. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2013.
126. Cankurtaran E, Cankurtaran M. Geriatrik Depresyon ve Yaşlılık Psikozu. İç Hastalıkları Dergisi. 2007;14(1):55-68.
127. Demet M, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(4):290-9.
128. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Turkish Journal of Geriatrics. 2005;8(3):129-33.
129. Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Cansel N, Virit O, Savaş HA. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi'ne başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8:179-85.
130. Softa HK, Karaahmetoğlu GU. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesinde yatan yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 7 (1). 2016:18-24.
131. Sertel M, Şimşek TT, Yümin ET. Yaşlılarda kognitif durum, depresyon düzeyi ve denge arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation. 2016;3(3):90-5.
132. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä SL, Isoaho R. Psychotropics among the home-dwelling elderly—increasing trends. International journal of geriatric psychiatry. 2002;17(9):874-83.
133. Öztürk G, Karan A. Yaşlılarda Depresyon ve Tedavisi. İç Hastalıkları Dergisi. 2010;17:99-105.

134. United States Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults. 2016.
135. Akdeniz M, Yaman A, Howe J, Yaman H. Birincil Bakımda Yaşlılarda Depresyonun Rehberlere Dayalı Yönetimi. GeroFam. 2010;1(3):25-46.
136. World Health Organization. Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit 2008. http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf (Erişim Tarihi: 28.03.2018)
137. Ivbijaro G. WONCA's Culturafly Sensitive Depression Guideline. The European Journal of General Practice. 2005;11.
138. Depression in adults: recognition and management 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/cg90 (Erişim Tarihi: 29.03.2018)
139. Özmenler KN. Yaşlılık çağı depresyonları. Türk Psikiyatri dizini, Duygudurum Bozuklukları Dizisi. 2001;1(3):109-15.
140. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi. 2001;1(2):50-60.
141. Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997;8(1):3-8.
142. Eker E, Noyan A. Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. Klinik Psikiyatri. 2004;7(2):75-83.
143. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Association of age, sex, cognitive dysfunction, and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. The American journal of psychiatry. 1994;151(11):1600.
144. Devanand DP. Comorbid psychiatric disorders in late life depression. Biological Psychiatry. 2002;52(3):236-42.
145. Murphy E. The prognosis of depression in old age. The British Journal of Psychiatry. 1983;142(2):111-9.
146. Thomas AJ, T O'Brien J. Depression and cognition in older adults. Current Opinion in Psychiatry. 2008;21(1):8-13.
147. Yüksel N. Yaşlılık çağı depresyonları. Geriatri Dergisi. 1998;1(1):19-23.
148. Gottfries CG. Late life depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001;251(supplement 2):57-61.

149. McGuire LC, Ford ES, Ajani UA. Cognitive functioning as a predictor of functional disability in later life. The American journal of geriatric psychiatry. 2006;14(1):36-42.
150. de Paula JJ, Diniz BS, Bicalho MA, Albuquerque MR, Nicolato R, de Moraes EN, et al. Specific cognitive functions and depressive symptoms as predictors of activities of daily living in older adults with heterogeneous cognitive backgrounds. Frontiers in aging neuroscience. 2015;7:139.
151. Anand A. Understanding depression among older adults in six low-middle income countries using WHO-SAGE survey. Behavioral Health. 2015;1(2).
152. Ibrahim N, Din NC, Ahmad M, Ghazali SE, Said Z, Shahar S, et al. Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in Malaysia. Asia-Pacific Psychiatry. 2013;5(S1):59-66.
153. Damron-Rodriguez J, Carmel S. Exploring the will to live and distinguishing depression at end of life. Generations. 2014;38(3):30-6.
154. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. Social Science & Medicine. 2001;52(6):911-9.
155. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and quality of life: results of a follow-up study. International Journal of Social Psychiatry. 2002;48(3):189-99.
156. Michalak EE, Tam EM, Manjunath CV, Solomons K, Levitt AJ, Levitan R, et al. Generic and health-related quality of life in patients with seasonal and nonseasonal depression. Psychiatry research. 2004;128(3):245-51.
157. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Turk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(1):37-48.
158. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research. 1983;17(1):37-49.
159. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri arşivi. 1997;34(1):62-71.
160. Erzurum Türkiye İstatistik Kurumu Bölge Müdürlüğü. 2017.

161. Türkiye İstatistik Kurumu 2017. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643 (19.10.2017)
162. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, et al. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(3):89-94.
163. Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi. 2010;25(4):169-76.
164. Kasar KS, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(2):48-55.
165. Yodmai K, Phummarak S, Sirisuth JC, Kumar R, Somrongthong R. Quality of life and fear of falling among an aging population in semi rural, Thailand. Journal of Ayub Medical College Abbottabad. 2015;27(4):771-4.
166. Kalfoss MH, Low G, Molzahn AE. The suitability of the WHOQOL–BREF for Canadian and Norwegian older adults. European Journal of Ageing. 2008;5(1):77.
167. Lai KL, Tzeng RJ, Wang BL, Lee HS, Amidon RL, Kao S. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. Quality of Life Research. 2005;14(4):1169-80.
168. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-old module. Quality of Life Research. 2005;14(10):2197-214.
169. de Oliveira SES, Von Hohendorff J, de Lima Müller J, Bandeira DR, Koller SH, de Almeida Fleck MP, et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly Cad Saúde Pública. 2013;29(7):1437-48.
170. Varela FRA, Ciconelli RM, Campolina AG, Soarez PC. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira. 2015;61(5):423-30.
171. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009;2(1):48-60.

172. Beyhan C, Özyurt Z, Eser E, Çoban G, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2007;10(3):117-23.
173. Akyol Y, Durmuş D, Doğan C, Bek Y, Cantürk F. Quality of Life and Level of Depressive Symptoms in the Geriatric Population. Turk J Rheumatol. 2016;25:165-73.
174. Conrad I, Matschinger H, Riedel-Heller S, von Gottberg C, Kilian R. The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. Health and quality of life outcomes. 2014;12(1):105.
175. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. STED. 2005;14(5):113-9.
176. Ölüç F. Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2007.
177. Zincir H, Taşçı S, Erten K, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;17(3):168-74.
178. Sarı E. Edirne merkezinde ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2013.
179. Tufan Y, Güraksın A, İnandı T, Vançelik S. Erzurum ili Pasinler ilçesinde yaşlı populasyonun mediko-sosyal sorunları. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2000;32(4):139-43.
180. Hacıhasanoğlu R, Türkleş S. Depression and Affecting Factors in the Old at the Age of 65 and Over. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2008;11(2):55-60.
181. Baysan NP. Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıklıla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler [Uzmanlık Tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
182. Kulaç E, Şemin S, Bilgin AC. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlıların Kullandığı Sağlık Kurumları ve Etkileyen Etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(1):1-7.

183. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;2(2):79-86.
184. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqui Z, Uluç F, et al. Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne Mahallesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. Geriatri Dergisi. 2002;5(3):97-102.
185. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, et al. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(3):145-53.
186. TC Sosyal Güvenlik Kurumu. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce (Erişim Tarihi: 20.02.2018)
187. Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2012;15(4):424-33.
188. Çalıştır B, Derel F, Ayan H. Life quality of the elder people living in the city centre of muğla. Turkish Journal of Geriatrics. 2006;9(1):30-3.
189. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2006;28(2):81-9.
190. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2007;10(3):117-23.
191. Özcan C, Erdal R. Eşitsizlikler ve Yaşlılık. Turkiye Klinikleri Public Health-Special Topic. 2018;4(3):41-5.
192. Ünsal A, Demir G, Özkan AÇ, Arslan GG. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;12(3):5-10.
193. TC Sağlik Bakanliği Sağlik İstatistikleri Yilliği 2015. Başara.B, Güler.C, Soytutan.İ, editors. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2016.

194. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri2017. 6 p.
195. Polat Ü, Kahraman B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(4):213-8.
196. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. The Lancet. 1992;339(8804):1268-78.
197. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth Å. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. Scandinavian journal of caring sciences. 2008;22(2):292-305.
198. Van Biljon L, Nel P, Roos V. A partial validation of the WHOQOL-OLD in a sample of older people in South Africa. Global health action. 2015;8(1):28209.
199. Sampaio PYS, Ito E, Sampaio RAC. The association of activity and participation with quality of life between Japanese older adults living in rural and urban areas. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2013;4(2):51-6.
200. Doğan H. Samsun İli Tekkeköy İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2011.
201. Arpacı F. Ankara'da huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2008;1(1):1-13.
202. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Turk Psikiyarti Dergisi. 2010;21(1):37-48.
203. Saraçlı Ö, Akca ASD, Atasoy N, Önder Ö, Şenormancı Ö, Kaygisız İ, et al. The relationship between quality of life and cognitive functions, anxiety and depression among hospitalized elderly patients. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. 2015;13(2):194.
204. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. Ağrı Dergisi. 2013;25(3):93-100.
205. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC public health. 2008;8(1):323.
206. Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. Age and ageing. 2001;30(4):337-43.

207. Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özuğurlu B, Özgener N, Deveci H. Narlıdere İlçesinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 1 Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu; İzmir2004. p. 26.
208. Şahin NE, Emiroğlu ON. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014:57-66.
209. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu SA, Doruk C, Dokur U, Biçici V, et al. Ankara Keçiören ilçesine bağli bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2008;11(1):12.
210. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. British medical bulletin. 2008;85(1):113-26.
211. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. Health and quality of life outcomes. 2014;12(1):166.
212. Molzahn AE, Kalfoss M, Schick Makaroff K, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. Age and ageing. 2010;40(2):192-9.
213. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. Health policy. 2001;55(1):51-69.
214. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2016;15(3):181.
215. Şimşek TT, Yümin ET, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2010;24(3):147-53.
216. Cevizci S, Çelik M, Yüksel B, Özerdoğan Ö, Bakar C. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesini Etkiyen Faktörlerin İncelenmesi. 5 Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi; 11-12 Kasım 2016; İzmir2016. p. 188-9.

217. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? Health and quality of life outcomes. 2008;6(1):30.
218. Hongthong D, Somrongthong R. Factors influencing the Quality of Life (Qol) among Thai older people in a rural area of Thailand. Iranian journal of public health. 2015;44(4):479.
219. Bryła M, Burzyńska M, Maniecka-Bryła I. Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes. 2013;11(1):181.
220. Top M, Eriş H, Kabalcıoğlu F. Quality of Life (QOL) and Attitudes Toward Aging in Older Adults in Şanlıurfa, Turkey. Research on Aging. 2013;35(5):533-62.
221. Low G, Molzahn AE, Kalfoss M. Quality of life of older adults in Canada and Norway: examining the Iowa model. Western Journal of Nursing Research. 2008;30(4):458-76.
222. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. The Gerontologist. 2008;48(5):593-602.
223. Trentini CM, Chachamovich E, Wagner GP, Müller DH, Hirakata VN, de Almeida Fleck MP. Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. Applied Research in Quality of Life. 2011;6(3):291-309.
224. Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2015;6(6):6-9.
225. Nóbrega T, Jaluul O, Machado AN, Paschoal SM, Jacob Filho W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. Clinics. 2009;64(1):45-50.
226. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009;25(4):314-21.
227. Güzel A. Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı, depresyon sıklığı, yaşam

kalitesi ve ilişkili faktörler. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

228. Demet MM, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(4):290-9.
229. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler [Uzmanlık Tezi]. Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2008.
230. Karatay G, Aktaş B, Erdağı S. Kars'ta 60 Yaş Üstü Popülasyonda Bilişsel İşlevlerin Tranaması: Alan Çalışması. Turkish Journal of Geriatrics. 2010;13(4):261-9.
231. Demir G, Ünsal A, Arslan GG, Çoban A. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(1).
232. Daştan NB, Akkuş Y. Investigation of Depression and Cognitive Functions in The Elderly in Kars. Turkish Journal of Geriatrics. 2016;19(2):113-21.
233. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yildirim A, Candansayar S, Bumın MA. Depresyon Yayginliği ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlilarda Karşilaştirmali Bir Çalişma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12:251-9.
234. Kulaksizoglu IB, Gürvit H, Polat A, Harmanci H, Cakir S, Hanagasi H, et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. International psychogeriatrics. 2005;17(2):303-12.
235. Aly HY, Hamed AF, Mohammed NA. Depression among the elderly population in Sohag governorate. Saudi Med J. 2018;39(2):185-90.
236. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara1998.
237. TC Sağlik Bakanliği Refik Saydam Hifzissihha Merkezi Başkanliği Hifzissihha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalik Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi 2004.
238. World Health Organization. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ (Erişim Tarihi:07.11.2018)

239. Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. TC Sağlik Bakanliği, Ulusal Ruh Sağliği Eylem Plani (2011-2013). Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK, editors 2011.
240. Ertan T. Psikiyatrik bozukluklarin epidemiyolojisi. In: Uğur M, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N, editors. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastaliklar Sempozyumu2008. p. 25-30.
241. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi. 2006;16(1):21-6.
242. Özen İ. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008;7(5):399-404.
243. Altay B, Avci İA. Samsun Alanlı Köyünde Yaşayan Yaşlılarda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Depresif Belirti Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2):139-46.
244. Balcı E, Küçük E, Gün İ, Gülgün M, Kılıç B, Çetinkara K. Kayseri ili Melikgazi ilçesinde 2006 yılında meydana gelen bebek ölümleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;22(6):323-6.
245. Öztürk M, Çetin BI. Dünyada ve Türkiye'de Yoksulluk ve Kadinlar. Journal of Yasar University. 2009;4(16):2661-98.
246. Defrancesco M, Pechlaner R, Kiechl S, Willeit J, Deisenhammer EA, Hinterhuber H, et al. What Characterizes Depression in Old Age? Results from the Bruneck Study. Pharmacopsychiatry. 2017.
247. Park SH, Kim D, Cho J, Jin Y, Lee I, Lee K, et al. Depressive symptoms and all-cause mortality in Korean older adults: A 3-year population-based prospective study. Geriatrics & Gerontology International. 2018.
248. Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998;33(5):195-205.
249. Taheri Tanjanai P, Moradinazar M, Najafi F. Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in 2012. Geriatrics & gerontology international. 2017;17(1):126-31.
250. Maulik S, Dasgupta A. International Journal of Biological & Medical Research. Int J Biol Med Res. 2012;3(1):1299-302.

251. Mubeen SM, Henry D, Qureshi SN. Prevalence of depression among community dwelling elderly in Karachi, Pakistan. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2012;6(2):84.
252. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly—prevalence and association with ADL and QOL. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2004;39(1):15-23.
253. Akyol E. İzmir İl Merkezinde 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Depresyon Prevalansı [Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2015.
254. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ünal B, Ergör G, editors. Ankara2013.
255. Tezel CG, İçağasıoğlu A, Karabulut A, Kolukısa Ş, Keskin H. Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(4):206-10.
256. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(4):227-39.
257. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. BMC psychiatry. 2007;7(1):57.
258. Tang CS-K, Wu AM, W. Yan EC. Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. Death Studies. 2002;26(6):491-9.
259. Boult C. Comprehensive Geriatric Assessment. Beers M, Berkow R, editors. The Merck Manual of Geriatrics2000.
260. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Uçar D. The Rısk Of Depressıon In Elderly Indıvıduals, The Factors Whıch Related To Depressıon, The Effect Of Depressıon To Functıonal Actıvıty And Qualıty Of Lıfe. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2014;17(1):35-43.
261. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki. Turkish Journal of Public Health. 2012;10(1):37-43.
262. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yayginliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2004;7(1).

263. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004;5(2):76-84.
264. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. International journal of geriatric psychiatry. 2005;20(4):350-7.
265. Bhamani MA, Karim MS, Khan MM. Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. BMC psychiatry. 2013;13(1):181.
266. Ahad YE. Yaşlıların Yaşılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2016.
267. Güler N, Güler Z, Özsel D. Ageing in the Rural Area: Quality of Life and Associated Factors in Sivas/Turkey. Turkish Journal of Geriatrics. 2016;19(4):245-52.
268. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(3):148-51.
269. Lipowski ZJ. Somatization and depression. Psychosomatics. 1990;31(1):13-21.
270. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(2):90-6.
271. Sugai K, Takeda-Imai F, Michikawa T, Nakamura T, Takebayashi T, Nishiwaki Y. Association Between Knee Pain, Impaired Function, and Development of Depressive Symptoms. J Am Geriatr Soc. 2018.
272. Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim. Yüksel G, editor. Ankara: Nobel Yayın; 2011.
273. Harpole LH, Williams Jr JW, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. General hospital psychiatry. 2005;27(1):4-12.
274. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. The lancet. 2005;365(9475):1961-70.
275. Palabıyıkoğlu R, Haran S, Yücat T, Köse K. Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu,". Kriz Dergisi. 1993;1(1):26-31.

276. Öz F. Yaşlılıkta ruh sağlığı. Sosyal Hizmetler Dergisi. 1999;1(9):19-27.
277. Ülgen SY. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Denzili: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
278. Erickson KI, Kramer AF. Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. British journal of sports medicine. 2009;43(1):22-4.
279. Levin J, Chatters LM, Taylor RJ. Theory in religion, aging, and health: An overview. Journal of Religion and Health. 2011;50(2):389-406.
280. Eyigör S, Karapolat H, Durmaz B. Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Turk J Ger. 2006;9:130-5.
281. Vilar M, Sousa LB, Simões MR. The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: reliability and validity studies. Quality of Life Research. 2016;25(9):2367-72.
282. Campbell KH, Huang ES, Dale W, Parker MM, John PM, Young BA, et al. Association between estimated GFR, health-related quality of life, and depression among older adults with diabetes: the Diabetes and Aging Study. American Journal of Kidney Diseases. 2013;62(3):541-8.
283. Renaud J, Bédard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. Clinical interventions in aging. 2013;8:931.
284. Netuveli G, Wiggins R, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). Journal of Epidemiology & Community Health. 2006;60(4):357-63.
285. Peel NM, Bartlett HP, Marshall AL. Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. Australasian Journal on Ageing. 2007;26(4):162-7.
286. Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Power MJ. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. Aging & mental health. 2011;15(5):595-604.

EKLER

EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Banu BEDİR
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Erzurum Palandöken Merkez İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Populasyonda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörler**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 5 Karar No: 20**	**Tarih:** 31.05.2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof..Dr.Hamit ACEMOĞLU
Üye

Prof..Dr.Zeynep ÇAKIR
Üye

Doç.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

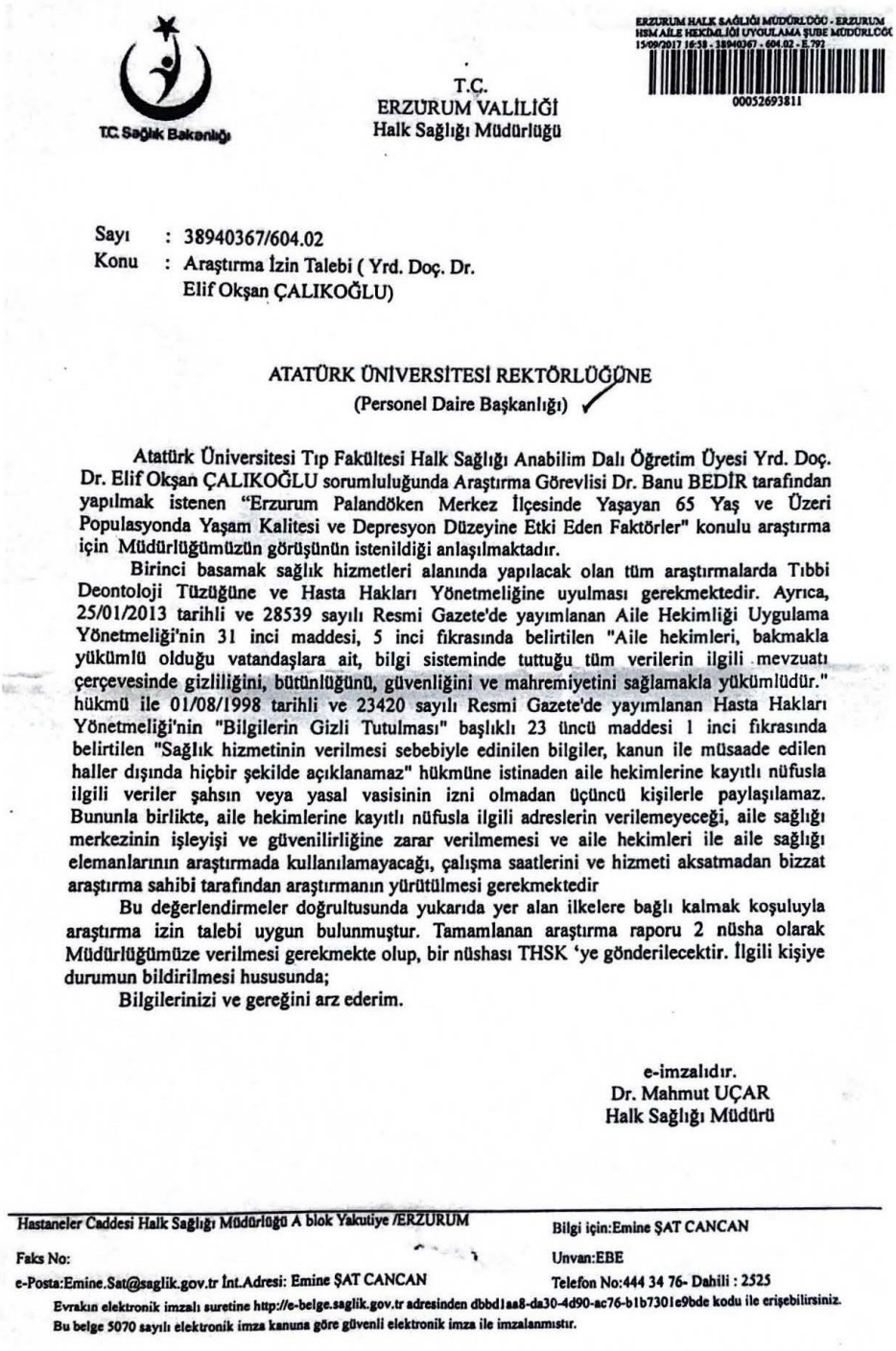
Uz.Dr.Sevilay AKALP ÖZMEN
Üye

Op.Dr.Binali FIRINCI
Üye

Arş.Gör.Dr.Kamil DURMUŞ
Üye (Hukukçu)

Gülten TEK
Üye

EK 2. Erzurum İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ERZURUM HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM
HSM AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
15/09/2017 16:58 - 38940367 - 604.02 - E.792
00052693811

Sayı : 38940367/604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yrd. Doç. Dr. Elif Okşan ÇALIKOĞLU)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Elif Okşan ÇALIKOĞLU sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Dr. Banu BEDİR tarafından yapılmak istenen "Erzurum Palandöken Merkez İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Populasyonda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörler" konulu araştırma için Müdürlüğümüzün görüşünün istenildiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili adreslerin verilemeyeceği, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının araştırmada kullanılamayacağı, çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Tamamlanan araştırma raporu 2 nüsha olarak Müdürlüğümüze verilmesi gerekmekte olup, bir nüshası THSK 'ye gönderilecektir. İlgili kişiye durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mahmut UÇAR
Halk Sağlığı Müdürü

Hastaneler Caddesi Halk Sağlığı Müdürlüğü A blok Yakutiye /ERZURUM
Faks No:
e-Posta:Emine.Sat@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Emine ŞAT CANCAN
Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN
Unvan:EBE
Telefon No:444 34 76- Dahili : 2525
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden dbbd1aa8-da30-4d90-ac76-b1b7301e9bde kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. Anket Formu

ERZURUM PALANDÖKEN MERKEZ İLÇESİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ POPÜLASYONDA YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLENDİRME FORMU

1. Yaşınız? ……
2. Cinsiyetiniz?
   a) Kadın
   b) Erkek
3. Medeni durumunuz?
   a) Evli
   b) Bekar
   c) Dul
   d) Boşanmış
4. Eğitim durumunuz?
   a) Okur-yazar değil
   b) Okur-yazar
   c) İlkokul mezunu
   d) Ortaokul mezunu
   e) Lise mezunu
   f) Üniversite/yüksekokul mezunu
5. Sosyal güvenceniz var mı?
   a) Emekli sandığı
   b) SSK
   c) Bağ-kur
   d) Yeşil kart
   e) Hayır yok
6. Çocuğunuz var mı?
   a) Evet (yaşayan çocuk sayısı…….)
   b) Hayır
7. Düzenli aldığınız aylık geliriniz var mı?
   a) Evet
   b) Hayır

8. Evet ise gelir kaynağınız nedir?
    a) Emekli maaşı
    b) Dul-yetim aylığı
    c) İhtiyarlık maaşı
    d) Çocukların desteği
    e) Kira, toprak geliri
    f) Diğer…….
9. Geliriniz ihtiyaçlarınıza yetiyor mu?
    a) Evet
    b) Hayır
10. Yaşamakta olduğunuz yer?
    a) İl
    b) İlçe
    c) Köy
11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
    a) Tek başıma
    b) Çocuklarımla birlikte
    c) Eşim ile birlikte
    d) Eşim ve çocuğum / çocuklarımla birlikte
    e) Akrabaların yanında
    f) Diğer ……
12. Yaşınızı nasıl değerlendirirsiniz?
    a) Çok yaşlı
    b) Yaşlı
    c) Orta yaşlı
    d) Kendimi yaşlı hissetmiyorum
13. Geçen seneye göre sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
    a) Daha iyi
    b) Aynı
    c) Kötü
    d) Çok kötü
14. Kronik bir hastalığınız var mı?
    a) Evet
    b) Hayır

15. Evet ise hangi hastalıklarınız mevcut?
    a) Hipertansiyon
    b) Diabet
    c) Kardiyovasküler Hastalıklar
    d) Sindirim sistemi hastalıkları
    e) Nörolojik Hastalıklar
    f) Ürolojik hastalıklar
    g) Ortopedik hastalıklar
    h) Kanser
    i) Herhangi bir hastalığım yok
    j) Diğer……..
16. Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz bir ilaç var mı?
    a) Evet
    b) Hayır
17. Yardımcı bir cihaz kullanıyor musunuz?
    a) Evet
    b) Hayır
18. Evet ise kullandığınız yardımcı cihaz ne/nelerdir?
    a) Baston
    b) Gözlük
    c) Takma diş
    d) Koltuk değneği
    e) Tekerlekli sandalye
    f) Kulaklık
    g) Bacak protezi
    h) Kalça protezi
    i) Diğer……
19. Sigara kullanıyor musunuz?
    a) Kullanıyorum
    b) Kullanıyordum bıraktım
    c) Hiç kullanmadım



WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü
2005
(Kısa format)

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	Aşırı 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.

Yardımınız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri **ne kadar çok** yaşadığınız konusundadır.

1. (F 25.1) **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. (F 25.3) **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. (F 26.1) **Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?**

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

4. (F 26.2) **Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?**

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

5.(F 26.4) **Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?**

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

6. (F 29.2) **Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?**

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

7. (F 29.3) **Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?**

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

8. (F 29.4) **Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?**

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

9. (F 29.5) **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** yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır.

10. (F25.4) **Duyularınızdaki (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. (F 26.3) **Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?**

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

12.(F 27.3) **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. (F 27.4) **Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?**

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

14. (F 28.4) **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. (F 27.5) **Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?**

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

16. (F 28.1) **Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?**

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

17. (F 28.2) **Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?**

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

18. (F 28.7) **Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

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

19. (F 27.1) **Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?**

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

20. (F 25.2) **Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?**

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

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, 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. (F 30.2) **Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?**

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

22. (F 30.3) **Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?**

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

23. (F 30.4) **İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?**

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

24. (F 30.7) **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?

.....

Yardımınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekten umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekten endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐