



**BİTLİS İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ
BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON SIKLIĞI,
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Fatma SÖYLEMEZ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÖZER**

Doktora Tezi - 2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİTLİS İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE
YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON SIKLIĞI, GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Fatma SÖYLEMEZ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÖZER

MALATYA

2020

KABUL ONAY



İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma	3
2.2. Yaşlanma Nedenleri.....	4
2.3. Yaşlanma Tipleri.....	4
2.4. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlılık Epidemiyolojisi	6
2.5. Yaşlılık Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar	7
2.5.1. Yaşlılık Döneminde Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları	7
2.5.2. Yaşlılık Döneminde Görülen Ruhsal ve Zihinsel Sorunlar	8
2.5.3. Yaşlılık Döneminde Görülen Sosyal ve Ekonomik Sorunlar	9
2.6. Yaşam Kalitesi	10
2.6.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen faktörler.....	11
2.6.2. Yaşam Kalitesi ile Halk Sağlığı İlişkisi	11
2.7. Yaşlılık ve Depresyon.....	12
2.7.1. Dünya’da ve Türkiye’de Depresyon Sıklığı	14
2.7.2. Depresyonun Önemi ve Etkileyen Faktörler	15
2.7.3. Depresyon Tedavisi	16
2.7.4. Depresyon ile Halk Sağlığı İlişkisi	16
2.8. Yaşlılık ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık	17
2.8.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Halk Sağlığı İlişkisi.....	18
2.9. Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma.....	19
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni.....	22
3.4. Araştırmanın Örneklemi	22
3.5. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	23

3.5.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)	24
3.5.2. Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi	24
3.5.3. Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası.....	24
3.6. Araştırmanın Etik ve İdari İzni	25
3.7. İstatiksel Analiz	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	72
5.1. Çalışmaya Katılan Yaşlılarda Sosyo-demografik ve Çeşitli Değişkenlere Göre WHOQOL-OLD ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	72
5.2. Çalışmaya Katılan Yaşlılarda Sosyo-demografik ve Çeşitli Değişkenlere Göre Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Durumlarının Değerlendirilmesi	82
5.3. Çalışmaya Katılan Yaşlılarda Sosyo-demografik ve Çeşitli Değişkenlere Göre Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
KAYNAKLAR	97
EKLER.....	112
EK-1. Öz Geçmiş	112
EK-2. Etik Kurul İzni.....	113
EK-3. Kurum İzni	114
EK-4. Anket Formu	115

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ilgi, katkı ve yardımlarını hiç esirgemeyen değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Ali ÖZER'e,

Bilgi, deneyim ve emekleriyle katkı sağlayan değerli bölüm hocalarım; sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a, Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ'e ve Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e,

Daima desteklerini yanında hissettiğim annem, babam ve kardeşlerime,

Destek ve yardımlarıyla her zaman yanımda olan sevgili eşim Dr. Atilla SÖYLEMEZ'e,

Değerli varlıklarım, çocuklarım; Yusuf'um ve Zeynep'im ve Meryem'ime,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Ve İlişkili Faktörler

Amaç: Yaşlılıkta sağlıklı ve kaliteli yaşam önemlidir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve depresyon yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmada; 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi, depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü 354 birey oluşturmaktadır. Araştırmada sosyo-demografik soruların yanı sıra; Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD), Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi ve Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare, Fisher exact, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Post hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %40.4'ü erkek, %59.6'sı kadındır. Yaşam kalitesi toplam puanlarına göre; eğitim düzeyi, aylık gelir, beslenme düzeni, sağlığını değerlendirme, ağrı durumu, fizik aktivite durumu, boş vakit değerlendirme, cep telefonu kullanımı, bağımsızlık ve depresyon durumu yaşlılarda yaşam kalitesini etkilemektedir ($p<0.05$). Yaşlıların %27.7'si günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı, %72.3'ü bağımsızdır. Yaşlıların % 55.1'i kesin depresyon düzeyindedir.

Sonuç: Yaşlılarda bağımsızlık ve depresyon önemli sorunlardandır ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Bu sorunların önlenmesinde güçlü halk sağlığı politikaları ve müdahalelerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık, depresyon, yaşlı.

ABSTRACT

Quality of Life, Depression Frequency, Independence in Daily Life Activities and Related Factors Among 65 Age and Over Individuals Living in Bitlis Province Center

Purpose: In old age, a healthy and quality life is important. Dependence in daily life activities and depression affect the quality of life in elderly individuals. The aim of this study is examining quality of life, depression incidence, independence in activities of daily living, and relevant factors in individuals over 65 year elderly persons.

Material and Method: The cross-sectional research universe is 354 people aged 65 and over who live in the city center of Bitlis. The study was conducted using socio-demographic questions, as well as World Health Organization Quality of Life Module for the Old (WHOQOL-OLD), Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, and Yesavage Geriatric Depression Scale. Chi-square, Fisher's exact, Mann Whitney U test, and Kruskal Wallis analysis of variance were used in statistical analyses. Bonferroni corrected Mann Whitney U test was used as post hoc test.

Results: The research group consist; 40.4% of male and 59.6% of female. According to the quality of life total score; educational background, monthly income, diet, health assessment, pain condition, physical activity, leisure time, usage of mobile phone, independence, and depression affect quality of life in the elderly persons ($p < 0.05$). While 27.7% of the elderly are dependent on daily life activities, 72.3% are independent. 55.1% of the elderly persons are definitely at the level of depression.

Conclusion: Independence and depression are among the major problems in the elderly person and this is related to their quality of life. Strong public health policies and interventions are needed to prevent these problems.

Keywords: Quality of life, independence in activities of daily living, depression, elderly.

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
TÜİK	: Türk İstatistik Kurumu
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
WHOQOL-OLD	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (The World Health Organization Quality of Life Older Adults)



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Her bir aile sağlığı merkezi için ağırlıklandırılmış örneklem sayısı.....	23
Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik zellikleri.....	26
Tablo 4.2. Araştırma grubunun beslenme şekli, uyku ve sağlığını değerlendirme durumlarının dağılımları	27
Tablo 4.3. Araştırma grubunun sağlık güvencesi durumunun dağılımları.....	28
Tablo 4.4. Araştırma grubunun fizik aktivite durumu ve sıklığının dağılımları	28
Tablo 4.5. Araştırma grubunun kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaç sayısının dağılımları	29
Tablo 4.6. Araştırma grubunun herhangi bir cihaz kullanma durumu ve cihaz türünün dağılımları.....	29
Tablo 4.7. Araştırma grubunun üzüldüğünde yaptıkları aktivitelerin dağılımları	30
Tablo 4.8. Araştırma grubunun boş vakitlerinde yapılan aktivite durumunun dağılımları	31
Tablo 4.9. Araştırma grubunun yaş grubuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.10. Araştırma grubunun cinsiyete göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.11. Araştırma grubunun medeni duruma göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.12. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.13. Araştırma grubunun aylık gelirine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.14. Araştırma grubunun ocuk sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.15. Araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiye göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.16. Araştırma grubunun sigara kullanımına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	39

Tablo 4.17. Araştırma grubunun kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.18. Araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.19. Araştırma grubunun sağlık güvence durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.20. Araştırma grubunun cihaz kullanımına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.21. Araştırma grubunun beslenme düzenine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.22. Araştırma grubunun sağlığını değerlendirme durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.23. Araştırma grubunun ağrı durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.24. Araştırma grubunun uyku düzenine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.25. Araştırma grubunun fizik aktivite durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.26. Araştırma grubunun boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.27. Araştırma grubunun cep telefonu kullanma durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.28. Araştırma grubunun bağımsızlık durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.29. Araştırma grubunun depresyon durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.30. Araştırma grubunun yaş grubuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.31. Araştırma grubunun cinsiyete göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.32. Araştırma grubunun medeni durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.33. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	54

Tablo 4.34. Araştırma grubunun aylık gelirine göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	54
Tablo 4.35. Araştırma grubunun çocuk sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	55
Tablo 4.36. Araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiye göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.37. Araştırma grubunun sigara kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	56
Tablo 4.38. Araştırma grubunun kronik hastalık sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.39. Araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.40. Araştırma grubunun sağlık güvence varlığına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.41. Araştırma grubunun cihaz kullanma durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.42. Araştırma grubunun beslenme şekline göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	58
Tablo 4.43. Araştırma grubunun sağlığını değerlendirme durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.44. Araştırma grubunun ağrı durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	59
Tablo 4.45. Araştırma grubunun uyku düzenine göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	59
Tablo 4.46. Araştırma grubunun fizik aktivite ile bağımsızlık durumunun karşılaştırılması	60
Tablo 4.47. Araştırma grubunun boş vakit değerlendirme ile bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.48. Araştırma grubunun cep telefonu kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.49. Araştırma grubunun depresyon sınıflamasına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.50. Araştırma grubunun yaş grubuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması	62

Tablo 4.51. Araştırma grubunun cinsiyete göre depresyon durumunun karşılaştırılması	62
Tablo 4.52. Araştırma grubunun medeni duruma göre depresyon durumunun karşılaştırılması	63
Tablo 4.53. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması	63
Tablo 4.54. Araştırma grubunun aylık gelir düzeyine göre depresyon durumunun karşılaştırılması	64
Tablo 4.55. Araştırma grubunun çocuk sayısı ile depresyon oranının karşılaştırılması	64
Tablo 4.56. Araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiler ile depresyon durumunun karşılaştırılması	65
Tablo 4.57. Araştırma grubunun sigara kullanıma durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.58. Araştırma grubunun kronik hastalık sayısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması	66
Tablo 4.59. Araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.60. Araştırma grubunun sağlık güvencesi varlığına göre depresyon durumunun karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.61. Araştırma grubunun cihaz kullanma durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.62. Araştırma grubunun beslenme şekline göre depresyon durumunun karşılaştırılması	68
Tablo 4.63. Araştırma grubunun sağlık değerlendirmesine göre depresyon durumunun karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.64. Araştırma grubunun ağrı durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması	69
Tablo 4.65. Araştırma grubunun uyku düzenine göre depresyon durumunun karşılaştırılması	69
Tablo 4.66. Araştırma grubunun fizik aktivite durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.67. Araştırma grubunun boş vakitlerini değerlendirme durumu ile depresyon durumunun karşılaştırılması	70

Tablo 4.68. Araştırma grubunun cep telefonu kullanma durumu ile depresyon durumunun karşılaştırılması.....	71
---	----



1. GİRİŞ

Nüfus yapısında temel belirleyici olan doğurganlık ve ölümlülük hızlarının düşmesi dünyada ve ülkemizde nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır (1). Mikroorganizmanın keşfi, ilaç endüstrisinin gelişimi, aşılama ile bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, erken tanı ve tedavinin gelişimi, beslenme koşullarının daha iyi hale gelmesi, tıbbın ilerlemesi gibi nedenlerle ortalama yaşam süresi uzamıştır (2, 3). Küreselleşme, teknolojik gelişmeler (örneğin ulaşım ve iletişimde), kentleşme, göç ve değişen toplumsal cinsiyet normları gibi nedenler de yaşlı insanların yaşamlarını doğrudan ve dolaylı yollarla etkilemektedir (4).

Türkiye’de ve dünyada nüfus içinde yaşlı oranının artması şeklinde gelişen bir demografik dönüşüm mevcuttur. Ülkemizde yaşlılık gelişmiş ülkelerde olduğu düzeyde büyük bir sorun olmasa da yakın gelecekte bir sorun olabileceği öngörülmektedir (5).

DSÖ, 2015-2050 yıllarında 60 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının yaklaşık iki katına çıkarak %12’den %22’ye ulaşacağını bildirmektedir. Türkiye’de ise 2018 yılında %8.8 olan yaşlı nüfus oranı, 2023’de %10.2, 2030’da %12.9, 2040’da %16.3, 2060’da %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (6). Gerek yaşlı nüfus oranının artması, gerekse yaşlılıkta sık görülen fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunlar nedeniyle yaşlı nüfus halk sağlığı açısından öncelikli bir grup haline gelmiştir.

Yaşlılık; fiziksel, psikolojik, sosyal olarak birçok boyutta incelenmektedir. “Fizyolojik yaşlılık” kronolojik yaş ile beraber görülen fizyolojik değişiklikler, “psikolojik yaşlılık” bireyin algısı, öğrenme, psiko-motor, sorun çözme ve karakter özellikleri yönünden bireyim uyumunun kronolojik yaşla değişimi olarak tanımlanmaktadır. “Sosyolojik yaşlılık” ise toplumda belli bir yaşta bulunan bireylerden beklenen davranışlar ve toplumun o yaşta bulunan bireylere iletmediği değerle ilişkilidir (7,8).

Birçok alanda yaşlılık konusuna olan ilgi artmış ve yaşlı sağlığı güncel bir konu haline gelmiştir. Yaşlılıkta sağlıklı ve başarılı yaşlanma, yaşam kalitesinin yükselmesi, toplumla bütünleşme gibi konular dünyada daha önemli hale gelmiştir. Başarılı yaşlanmada önem kazanan üç konu, hastalıklar ve sakatlıklardan korunma, fiziksel ve bilişsel fonksiyonların devam ettirilmesi ve yaşama aktif katılımıdır (9).

Günümüzde geçmişe göre daha uzun bir hayat yaşamamanın yaşam kalitesi yükselmeden anlam kazanmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden daha

öncelikli olduğu belirtilmektedir. Beklenen yaşam süresi uzadıkça yaşlı nüfus artmış; hem fiziksel, hem de kronik hastalıklarla ilişkili yeti kayıplarını beraberinde getirmiştir. Yaşlıların kaybettikleri fiziksel yetilerini yeniden kazanması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız veya olabilecek en az düzeyde bağımlı olması, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden yaşam kalitesinin en üst düzeye çıkarılması yaşlı nüfus açısından önem kazanmaktadır (10).

Yaşlılarda yalnızlık, ekonomik problemler, eş veya sevilen kişilerin kaybı, fiziksel hastalıklar, yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, kullanılan ilaçlar gibi durumlar depresyona neden olabilir. Bireyin aile öyküsünde depresyon olması veya gençlik dönemlerinde görülen depresyon yaşlılıkta depresyon görülmesi için risk oluşturabilir. Yaşlılık döneminde bazı kriz ve stres durumlarını yaşamak ve bunların sonucunda üzüntü, yas hissetmek doğal olmasına rağmen depresyon durumu normal olmamakla beraber tedavi edilmesi gerekmektedir. Depresyonun tedavi edilmesi kronikleşmesini veya intihar gibi kötü sonuçlar doğurmasını önleyerek, yaşam kalitesini büyük ölçüde yükseltebilir (11).

Bu araştırmanın amacı; Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesini, depresyon sıklığını, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve bu konularla ilişkili olduğu düşünölen faktörlerle ilişkisini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma

Antik dönemde ölüm gençlik dönemlerine rastlıyor, yalnızca 100 insandan biri 60 yaşına ulaşıyor, Roma'lı bir asker ortalama 22 yıl yaşıyordu. 20. yüzyılın başlarına kadar dünyada hiçbir yerde uzun bir hayat için gerekli şartlar mevcut değildi. Avrupa'da ortalama yaşam süresi 50 yıl olmakla birlikte uzun yaşayıp yaşlanma fırsatı bulabilenler iyi şartlara sahip olan devlet adamları, krallar, filozoflar ve yüksek rütbeli subaylardı (12).

Yaşlının saygınlığından ve bilgeliğinden ilk olarak bahseden Homeros'un "İlyada ve Odysseia" adlı eserinde yer alan yaşlı "Nestor" karakteri, her açıdan pozitif bir yaşlı görünümündedir. Platon "Devlet" adlı eserinde gençlik ve erişkinlik dönemlerindeki yaşam biçiminin büyük oranda yaşlılık döneminin nasıl yaşanacağına belirleyicisi olduğunu belirtmiştir. Aristoteles "hastalığı zamansız gelen bir yaşlılık, yaşlılığı ise doğal bir hastalık" olarak tanımlanmıştır. Galen, Aristoteles'in tersine yaşlılığın hastalık olmadığını, doğal bir süreç olduğunu vurgulamıştır. Çiçero ise yaşlılıkta üretkenliğin devam etmesinin önemini vurgulamış, yaşlılıkta başarıya dikkat çekmiştir (12,13).

Yaşlanma ve yaşlılık bugüne kadar tıp, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, felsefe gibi bilim dalları açısından değerlendirilmiş ve değişik boyutlarda akademik çalışmaların konusu olmuştur. Özellikle "Gerontoloji" alanındaki çalışmalar yaşlılıkla ilgili önemli açıklamalar getirmekte ve bu çalışmaların sonucunda elde edilen veriler yaşlılığa ilişkin konulara önemli katkılar sağlamaktadır. Nüfusun yaşlanması günümüzün en belirgin demografik olaylarından biridir. 19. ve 20. yüzyıllarda başlayıp 20. ve 21. yüzyılda tüm dünyaya yayılan; küresel olarak ölüm sayısının azalması, doğurganlıkta önce belirgin bir artış ve ardından bilinçli doğum kontrolüyle doğurganlığın azalması ile oluşan durum "Birinci Demografik Geçiş" olarak nitelendirilmektedir. "İkinci Demografik Geçiş" ise doğurganlığın azalması ve ortalama yaşam süresinin artmasıyla hız kazanmaktadır (14,15).

Yaşlılık ve yaşlanma, çok fazla tanımı bulunan ve birbiriyle karıştırılan iki kavramdır. Yaşlılık; insan hayatının ve bireyin ileri yaşlanma dönemi olarak tanımlanır. Yaşlanma ise doğumdan ölüme dek süren doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşlılığı "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması" şeklinde tanımlamıştır. Kime yaşlı denileceği tartışmaya açıktır ve aynı yaştaki bireylerde aynı düzeyde yaşlanma görülmeyebilir. Ancak yaşlılığın başlangıcı kronolojik yaşla

belirlenmektedir. DSÖ, 1970'li yıllarda yaşlılık alt sınırı 60 yaş olarak kabul etmiştir. Birleşmiş Milletler de (BM) yaşlılar için 60 yaş ve üzerini dikkate almakta ancak yaşlılıkla ilgili çoğu çalışmada DSÖ'nün kronolojik yaş sınırı olan 65 yaş değerlendirmeye alınmaktadır (13, 16).

2.2. Yaşlanma Nedenleri

Yaşlanmaya neden olan faktörler çeşitli teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teorilerden en çok kabul görenler şu şekildedir:

DNA hasar teorisi: Organizmanın DNA'sında yaşam boyu ortaya çıkan hasarların hücre, doku ve organları bozduğunu ve hücre ölümü oluşturduğunu savunmaktadır.

Serbest Radikal Teorisi: Vücutta bulunan serbest radikallerin hücre zarına, proteinlere, genetik yapıya zarar vererek hasar oluşturmasının yaşlanmaya neden olduğunu savunmaktadır.

Genetik Teori: Yaşlanmanın genetik şifrede kodlandığını ve bireyin yaşlanması ile ilgili tüm faktörlerin önceden belirlenmiş olduğunu savunmaktadır.

İmmünolojik ve Endokrin Teori: Bu teori yaşlanmanın nedeninin; endokrin sistemdeki hormonların yaşla birlikte değişmesi ve zamanla bağışıklık sisteminde oluşan zayıflık olduğunu vurgulamaktadır.

Aşınma Teorisi: Organizmanın tıpkı bir makine gibi çalıştıkça aşındığını ve yıprandığını, bunun da yaşlanmaya neden olduğunu savunan teoridir.

Hücresel Yaşlanma Teorisi: Zamanla hücre yenilenmesinin yavaşlaması, hücrelerin kusurlu üremesi veya mutasyona uğraması ile yaşlanmayı açıklayan teoridir. Bu teoriye göre yaşlanma bireylerde farklı düzeylerde ortaya çıkabilir ancak kaçınılmazdır.

Strese Fizyolojik Tepkinin Azalmış Yeterliliği Teorisi: Yaşlanmayı fizyolojik, toplumsal ve psikolojik boyutlarıyla ele alarak, yaşla birlikte görülen yaşam olaylarının oluşturduğu stresi ve bu strese verilen cevabı göz önüne alan kapsamlı bir teoridir.

Metabolik Artıkların Birikmesi Teorisi: İlerleyen yaşla vücutta biriken maddelerin yaşlanmaya neden olduğunu savunan teoridir (13,17).

2.3. Yaşlanma Tipleri

Yaşlanma; kronolojik, fizyolojik-biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve toplumsal boyutları ile incelenen bir süreçtir.

Kronolojik Yaşlanma: Bireyin doğumundan, bulunduğu zamana kadar geçen yaşı tanımlayan, takvim yaşını esas alan yaşlanma türüdür (18).

DSÖ kronolojik yaş sınırını 65 yaş olarak kabul etmekte ve 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “orta yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “yaşlı yaşlı” olarak üç grupta sınıflandırmaktadır. Yaşlılık; biyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal bileşenleri göz önüne alındığında tanımı takvim yaşıyla sınırlandırılmayacak kadar karmaşık bir kavramdır (19-21).

Fizyolojik- Biyolojik Yaşlanma: Fizyolojik yaşlanma ilerleyen yaş ile birlikte, doku ve organlarda, metabolizmada ve hücrelerin fizyokimyasal özelliklerinde rejenerasyona, kendiliğinden regülasyonun bozulmasına, yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açar. Biyolojik yaşlanma ise zigot oluştuğu andan itibaren başlayan ve ölüme dek süren bir süreçtir. Dış görünüşte meydana gelen değişikliklerden olan saçın ağarması, derinin buruşması yaşlanma işaretidir. Birey yaşlandıkça hareket ve motor becerilerinde azalma, fonksiyonel özelliklerin kaybedilmesi gibi durumlar meydana gelebilir. Yaşlılarda görülen; kaslarda kuvvetsizlik, kemiklerde kalsiyum azalmasına bağlı kırılmanın artması ve omurlarda esneklik kaybı biyolojik yaşlanma ile açıklanmaktadır (13, 18, 22).

Psikolojik Yaşlanma: Yaşın ilerlemesiyle algı, öğrenme, problem çözme gibi bellek ve kişilik kazanımı alanlarında uyum yeteneğindeki değişimleri kapsamaktadır. Bireyin kendini yaşlılığa hazırlamaması psikolojik yaşlanmada etkilidir. Yaş ilerledikçe algı, yaratıcı düşünme, dikkat düşünme hızı olumsuz etkilenmektedir. Yaşlı bireyler geçmişi sık sorguladıklarından geçmişte ideallerine, isteklerine uygun bir hayat yaşamışlarsa yaşlılığı kabullenmeleri kolaylaşır. Ancak maddi güvence yokluğu, sosyal çevresindeki kişilerin kaybı, bakım verenlerine yük olduğu düşüncesi gibi negatif düşünceler yaşlıyı mutsuz etmekle birlikte depresyona kadar ilerleyebilir. Ayrıca fiziksel sağlık psikolojik durumla yakından ilişkili olduğundan yaşlıdaki fonksiyon kayıpları, yetersizlikler ve hastalıklar ruhsal sorunları beraberinde getirebilir (13, 23).

Ekonomik Yaşlanma: Yaşlı bireyin çalışma hayatından emekliliğe geçişi ile statü ve gelir kaybına uğraması, bakım ve tedavi giderlerinin artması, geniş aileden çekirdek aileye dönüşümün sonucu olarak aile içindeki etkinliklerinin azalması gibi nedenlerin yaşlının yaşamında yaptığı değişiklikleri kapsamaktadır (13, 18, 24).

Sosyal Yaşlanma: Bireyin yaşlı konumuna geçişi ile toplumsal yaşamı, çalışma yaşamı ve sosyal ilişkilerindeki kayıplarını, rollerinin, statülerinin ve beklentilerinin kayıp ve değişimini kapsamaktadır. Sosyal yaşlanma yaşlının sosyal ilişki ve

etkileşimlerinde uyumun bozulması durumudur. Emeklilik, sosyal çevredeki bireylerin kaybı, çocukların bağımsızlaşması, yaşlılıkla birlikte prestij kaybı, hastalıklar ve bazı sağlık sorunları sonucunda sosyal paylaşımlarının azalması gibi nedenler sosyal yaşlanmada etkilidir (13, 25).

Toplumsal Yaşlanma: Bir toplumda yaşayan yaşlı birey sayısının tüm nüfus içinde oluşturduğu payı değerlendirmektedir Buna göre;

- "Genç toplum": 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4'ten az olan,
- "Olgun toplum": 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4-7 olan ,
- "Yaşlı toplum": 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %7-10 olan,
- "Çok yaşlı toplum": 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %10'un üzerinde olan toplum şeklinde nitelendirilmiştir (26).

Ülkemiz %8.8 olan yaşlı nüfus oranıyla yaşlı toplum kategorisindedir.

2.4. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlılık Epidemiyolojisi

DSÖ “World Population Ageing 2019” raporunda dünyadaki hemen hemen her ülkenin nüfusundaki yaşlılarda sayısal ve oransal büyüme yaşandığını, 2019 yılında dünyada 65 yaş ve üstü 703 milyon yaşlı birey bulunduğunu bildirmektedir. 2050 yılında yaşlıların sayısının iki katına çıkarak 1,5 milyar dolara çıkacağı tahmin edilmektedir. Küresel olarak, 65 yaş ve üstü nüfusun payı 1990'da % 6 iken 2019'da %9'a yükselmiştir. Bu oranın 2050 yılına kadar % 16'ya çıkacağı, böylece dünyadaki 6 kişiden birinin 65 yaş ve üstü olacağı öngörülmektedir (27).

DSÖ küresel düzeyde, 2015-2020 yılları arasında kadınların doğumdaki yaşam beklentisinin erkeklere göre 4,8 yıl fazla olduğunu bildirmektedir. Dünya Bankası 2017 verilerine göre dünyada beklenen yaşam süresi kadında 75, erkekte 70 yıldır (27-29).

Türk İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin İstatistiklerle Yaşlılar (2018) raporuna göre; dünyada en yüksek yaşlı nüfus sırasıyla; %33.2 ile Monako, %28.4 ile Japonya ve %22.4 ile Almanya'dadır. Türkiye bu sıralamada %8.8 oranla 167 ülke arasında 66. sıradadır (30).

Dünya Bankası 2018 verilerine göre ise bazı ülkelerde yaşlı nüfus oranları incelendiğinde yaşlı nüfus; Amerika'da %16, Avusturya'da %19, Afganistan'da %3, Belçika'da %19, Bangladeş'te %5, Brezilya'da %9, Kamerun'da %3, Kanada'da %17, Çin'de %11, Hırvatistan'da %20, Danimarka'da %20, Finlandiya'da %22, Fransa'da %20, İzlanda'da %15, Irak'ta %3, İtalya'da %23, Libya'da %4, Meksika'da %7,

Nijerya'da %3, Norveç'te %17, Umman'da %2, Portekiz'de %22, Katar'da %1, İspanya'da %19, İsveç'te %20 oranındadır (31).

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın 2019 yılında yayınladığı Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni'ne göre ülkemizde yaşlı nüfus oranı; 1935 yılında %3.9, 1970 yılında %4.4, 2000 yılında %6.7, 2010 yılında %7.2 ve 2018 yılında %8.8'dir (32). TÜİK 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de toplam nüfus 82 003 882, yaşlı nüfus 7 186 204 olup yaşlıların nüfus içindeki payları % 8,8'dir. Yaşlı nüfusun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde %44.1'i erkek, %55.9'u kadındır. Yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye, 2030 yılında %12.9'a, 2040 yılında %16.3'e, 2060 yılında %22.6'ya ve 2080 yılında %25.6'ya yükseleceği öngörülmektedir. Yaşlı nüfusun yaş grupları incelenirse; 2018'de 65-74 yaş grubu yaşlı oranı %62.2, 75-84 yaş grubu yaşlı oranı %28.6 ve 85 yaş ve üzeri yaşlı oranı ise %9.2'dir. Türkiye'de ise beklenen yaşam süresi ortalama 78 yıl, erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,8 yıldır. Doğumda beklenen yaşam süresi farkı 5,5 yıldır (30).

2.5. Yaşlılık Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar

2.5.1. Yaşlılık Döneminde Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları

Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan değişiklikler her bireyde farklılık gösterebilir. Çünkü yaşlılığa neden olan yaşam koşulları, genetik faktörler, hastalıklar, çevre, psikolojik durum bireyden bireye göre değişmektedir. Ancak yaşlılarda baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, vertigo ve konstipasyon gibi yakınma ve belirtiler sıklıkla benzerlik gösterir (13,33). Yaşlılıkta sık görülen sağlık problemleri arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, hipertansiyon, işitme kaybı, katarakt ve kırma kusurları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, üriner sistem enfeksiyonları, anemi, kronik dejeneratif hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, depresyon, parkinson ve demans yer almaktadır. Bireyler yaşlandıkça, aynı anda birkaç sağlık problemini yaşama olasılıkları daha yüksektir ve bunlardan bazıları yeti kaybına neden olmaktadır (4,34).

Yaşlılıkta görülen geriatrik sendromlar genellikle birden fazla altta yatan faktörün sonucu olmakla birlikte; inkontinans, uyku bozuklukları, ağrı, düşme, deliryum ve basınç ülserlerini içerir. Geriatrik sendromlar, belirli hastalıkların varlığından veya sayısından daha fazla ölüm belirleyicisi olmakla birlikte geriatri alanında uzmanlaşan ülkelerin dışında, geleneksel olarak yapılandırılmış sağlık hizmetlerinde ve epidemiyolojik araştırmalarda sıklıkla göz ardı edilmektedir (4). Yaşlılık dönemi sağlık sorunları ve bu

sorunların tedavisi için kullanılan tedavilerin etkileri ve yan etkileri yaşlıda yaşam kalitesinde ve bilişsel süreçlerde etkiler oluşturabilmektedir (7).

2.5.2. Yaşlılık Döneminde Görülen Ruhsal ve Zihinsel Sorunlar

Yaşlanmayla birlikte vücutta bütün organlarda ve fonksiyonlarında yaşlanma belirtileri ortaya çıkmaktadır. Beyin de bu belirtilerin görüldüğü organlardandır. 50 yaş sonrasında, yaşın ilerlemesiyle nöronların ölümü belirli bir seviyeye ulaşır. Beynin ağırlık ve hacminde 10 yılda % 2-3 civarında küçülme meydana gelir. Zamanla nöronlar arasında iletimi sağlayan kimyasal maddeler azalır. Beyin damarlarında oluşan kalınlaşmalar nedeniyle esneklik ve kanlanma azalır. 80 yaşında sağlıklı bir bireyin beyinine ulaşan kan miktarı genç bireylere göre % 20 daha azdır. Sağlıklı yaşlanan beyinlerde görülen bu durum kişinin zihinsel becerilerinde önemli değişikliklere yol açmaz. Beyni etkileyen hastalıklarda durum daha ciddi olmakla beraber zihinsel becerilerde önemli derecede etkilenme meydana gelir (35). Zihinsel sağlık ve refah, ileri yaşta yaşamın herhangi bir zamanında olduğu kadar önemlidir. Zihinsel sağlık sorunlarının varlığı, sağlık çalışanları ve yaşlıların kendileri tarafından yetersizlik olarak tanımlanmakla birlikte bu sorunları yaşayan bireylerin damgalanması, yaşlı bireyleri çevresinden yardım istemeye isteksiz hale getirir (36).

Demans, genellikle kronik ve ilerleyici olan; bellek, düşünme, davranış ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğinde bozulma olan bir sendromdur. Dünya genelinde 50 milyon insanın demans olduğu ve bunların yaklaşık %60'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir. Demansı olan toplam insan sayısının 2030'da 82 milyona, 2050'de 152 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Demansla ilişkili tıbbi, sosyal ve resmi olmayan bakımın maliyeti açısından önemli olan sosyal ve ekonomik konular vardır. Ayrıca, fiziksel, duygusal ve ekonomik baskı aileler ve bakım verenler için büyük stres yaratabilir. Hem demans hastaları hem de bakım verenler için sağlık, sosyal, finansal ve yasal kuruluşlardan destek alınması gerekmektedir (36).

Alzheimer, demans nedenleri içinde en sık görülen hastalıktır. Alzheimerın en önemli risk faktörü ileri yaş olduğundan, alzheimerli hasta sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Dünyada en hızlı artan yaş grubu 65 yaş ve üstü yaşlılardır. Alzheimer'a 65 yaş üstü nüfusta %8 oranında rastlanmaktadır. Türkiye'de 300 bin civarında Alzheimer hastası olduğu bildirilmektedir (37).

Depresyon yaşlıların günlük yaşamında işlev bozukluklarına yol açabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında depresyon tanısı düşük oranlarda olmasının yanında

tedavisi konusunda da sıkıntılar vardır. Yaşlılarda depresyon semptomları yaşlı yetişkinlerin karşılaştığı diğer problemlerle birlikte ortaya çıktığı için sıklıkla tanısı gözardı edilir. Depresif belirtileri olan yaşlı bireylerin, akciğer hastalığı, hipertansiyon veya diyabet gibi kronik hastalıkları olan bireylere göre çalışma verimleri daha düşüktür (36).

Anksiyete bozuklukları yaşlılıkta erişkinliğe oranla daha az görülmekte ancak, yaşlılıkta sık görülen psikiyatrik hastalıklar içinde bulunmaktadır. Yaşlılık döneminde görülen şizofreni sıklığı %0.1 ile %0.5 arasındayken bakım evlerinde bu oran %10 civarındadır. İleri yaşla mani prevalansı azalmaktadır. Yaşlılarda yapılan çalışmalar akut mani oranının %1 civarında olduğunu bildirmektedir. Bakım evlerinde kalanlarda oran %10'a kadar yükselmektedir. Yaşlı bireylerde duygudurum bozukluğu, manik ve depresif belirtiler bir arada görülebilmektedir. Yaşlı bireylerde sık rastlanılan problemlerden bir diğeri uyku bozukluklarıdır. Yaşlanmaya bağlı gelişmiş olan uyku değişiklikleri, bozulmuş uyku hijyeni, özgül uyku bozuklukları, uykuya ilişkili solunum bozuklukları, bazı kronik hastalıklar ve ilaç kullanımları uyku bozukluklarına neden olabilir. Yaşlıların yaklaşık %40'ından fazlasının uyku ile ilgili sorunlar yaşadığı, %12- 25'inin ise sürekli uykusuzluk çektikleri bildirilmiştir (18).

2.5.3. Yaşlılık Döneminde Görülen Sosyal ve Ekonomik Sorunlar

Yaşlılık ile ilgili en sık görülen sosyal sorunlar; yoksulluk, düşük gelir düzeyi, yalnız yaşayan yaşlı sayısının artması, yaşamaya elverişli olmayan konutlar, aile bakımında azalma, gibi durumlardır. Sanayileşme sonucu artan yaşlı sorunları; sağlık problemleri, düşük gelir, yalnızlık ve kimsesizlik, kaynaklara ulaşımında zorluklar, toplumsal ayrımcılık, yeterli arkadaşa sahip olmama ve yaşlılara yönelik suçlar olarak saptanmıştır. Ek olarak; kentleşmenin artışı, göç, küreselleşme ve teknolojinin hızlı bir şekilde ilerlemesiyle yaşlılarda oluşan uyum sorunları, sosyal politikalarda eksiklik ve istismar da yaşlı bireylerde görülen sosyal sorunlardandır (38).

Az gelişmiş ülkelerde bütün yaş grupları yoksulluktan etkilenmesine rağmen gelişmiş ülkelerdeki yaşlılar yoksulluktan daha fazla etkilenmektedir. Yalnız ve yoksul olan yaşlı bireyler kendi ihtiyaçlarını karşılayamamakla beraber bazı sosyo-ekonomik problemler yaşamaktadır. Ekonomik problemler genellikle yaşlının emekliliğine bağlı olarak iş ve gelir kaybı sonucu oluşmaktadır. Yaşlının azalan gelirine uyum sağlayamaması, sosyal ve psikolojik baskılar, sosyal çevresinden para yardımı alma ve

yakınlarına yük olma düşüncesi, bakıma muhtaç olması, yalnızlık yaşlılıkta önemli sorunlardandır (39).

Sosyal ve ekonomik sorunların olduğu bu ortam yaşlının; istismarına, sosyal izolasyonuna, öz güven düşüklüğüne, kendini yetersiz ve gereksiz hissetmesine ve toplumdan dışlanmasına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde sağlık, sosyal ve toplumsal problemlerin artışına bağlı yaşlı ayrımcılığı da görülmektedir. Yaşlı ayrımcılığı tıpkı cinsiyet ve ırk ayrımcılığı gibi önemli bir sorundur (40,41).

2.6. Yaşam Kalitesi

Son 30 yılda dünyada yaşam kalitesini ölçmek için birçok girişimde bulunulmuştur (42). Yaşam kalitesi ilk olarak Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Murrell, Zautra, Norris ve arkadaşları yaşam kalitesini "mutluluk, doyum ve uyum" olarak tanımlamıştır. Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesini "sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içeren değerlendirmeler" şeklinde, Evans ve arkadaşları ise "objektif (fiziksel iyilik, fizik aktivite yapabilme, fonksiyonel olarak yeterlilik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu) ve subjektif göstergeler (psikolojik iyilik, duygusal iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki)" olarak tanımlamıştır (43).

Schuessler ve Fisher'e göre, refah duygusu veya memnuniyet derecesi yaşam kalitesini belirler. Bauer, yaşam kalitesini "çeşitli yaşam alanlarında memnuniyet veya memnuniyetsizlik düzeyi" olarak, Andrews ve Withey "bireyin yaşamında memnuniyet ve zevk arasındaki ilişkinin derecesi" olarak tanımlarken Campbell ve arkadaşları "mevcut kaynakların kalitesi ve bu kaynaklardan memnuniyet arasındaki ilişki" olarak tanımlamaktadır (44).

DSÖ ise yaşam kalitesini; bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hedef, beklenti, standart ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarını algılaması olarak tanımlar. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, kişisel inançlarını, sosyal ilişkilerini ve çevrelerinin belirgin özellikleriyle olan ilişkilerini kapsayan ve bunlardan karmaşık bir şekilde etkilenen geniş boyutlu bir kavramdır (45). Yaşlılık kaçınılmaz olmasına karşın yeti yitimi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve bakım ihtiyacının en düşük durumda tutulduğu, yaşam kalitesinin arttırıldığı bir yaşlılık olasıdır (1).

2.6.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen faktörler

Şener, bir toplumda veya bir grupta yaşam kalitesinin genel olarak; gelir düzeyi, yüksek riskte hastalık sıklığı, çevre niteliği, suçluluk düzeyi, aile hayatı ve sosyal destek çözümleri gibi objektif belirleyicilerle belirlendiğini bildirmektedir. Bireysel yaşam kalitesinin de bu tür objektif belirleyicilere ek olarak inançlarına dayalı subjektif refah ölçümleri göz önüne alınarak da değerlendirilebileceği ifade edilmektedir. Çünkü bireyin hayatının psikolojik kalitesinin ve öznel refahının bu tarz yalın objektif belirleyiciler kullanılarak tamamen belirlenemeyeceği bildirilmektedir (46).

Yaşlılar için, temel fonksiyonların korunması, bağımsızlık ve yaşam kalitesini iyileştirmek temel hedeflerdendir. Fiziksel kısıtlılıklar ve fonksiyonel problemler; yaşam kalitesinde azalmaya, uzun süreli bakıma ve sonuçta sağlık harcamalarında artışa neden olur. Yaşlılarda sağlık düzeyi, kronik hastalıklar, günlük yaşam aktiviteleri, kan basıncının kontrolü, fizik aktivite ve cinsiyet yaşam kalitesinin belirleyicilerindedir. Tıbbi sorunlar sonucunda oluşan fonksiyonel kayıp yaşam kalitesini etkileyerek engelliliğe neden olabilir ve bu durum yaşlı ile bakım vereni etkiler. Ağrı sıklığı yaş ilerledikçe artma eğilimindedir ve fonksiyonel olarak kısıtlı olma durumu, bozulan uyku yaşam memnuniyetinin düşmesine neden olmaktadır (47).

Ülkemizde yapılan bir derleme çalışmasında yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir, sağlık, sosyal destekler, konut özellikleri, iş, boş zaman değerlendirme olarak sıralanmıştır (48).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmalarda, fiziksel problemlerin, akut ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir. Bireyin destekleyici aile ve çevreye sahip olması yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bireyin yaşadığı konut da önemli bir faktör olup konutun müstakil ev olmasının, binanın estetik olmasının, bireyin konutun sahibi olmasının, etrafta yeşil alan bulunmasının, evsiz kalma korkusunun bulunmasının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir. İş yaşamı ve burada karşılaşılan olumlu veya negatif durumlar, başarı ya da başarısızlık, sosyal katılım ya da dışlanma, yaşam kalitesinde direkt etkilidir. Ayrıca boş vakit faaliyetleri, bireyde yaşam kalitesinin artmasına ve gelişmesine neden olan önemli faktörlerden biridir (48).

2.6.2. Yaşam Kalitesi ile Halk Sağlığı İlişkisi

Son yıllarda teknolojik gelişmelere paralel şekilde sağlık alanı ciddi ilerleme kaydetmiş ve bu durum yaşam kalitesine olan ilgiyi arttırmıştır. “Yaşamın kutsallığı”

sağlık alanında da önem kazanmış, sadece hastanın yaşaması değil, yaşadığı zamanların kalitesi de önemli hale gelmiştir. 1970'lere kadar sağlık alanında etkinlik ölçümü morbidite, mortalite ve fizyolojik ölçümlerle yapılmaktayken artık yaşam kalitesine de önem verilmektedir. Günümüzde tedavi etkinliği değerlendirilirken kullanılan parametre ve göstergeler yetersizdir. Hastanın perspektifini de içeren farklı kriterlerin bu değerlendirmeye eklenmesi gerekmektedir. Günümüzde tıbbi bakımın ve tedavinin önceliği yalnızca yaşam süresinin uzatılması ve tedavinin sağlanması değil beraberinde yaşam kalitesinin de sağlanmasıdır (49).

Yaşlanma sonucu kronik hastalıklar sık görülmekte ve bundan dolayı yaşlılar diğer yaş gruplarına göre sosyal ve tıbbi hizmete daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Yapılan çalışmalar ve halk sağlığı yaklaşımları ile hayat tarzında değişikliklerin kronik hastalıkları önleyebileceğini ve bununla birlikte alınan sosyal ve sağlık hizmetlerin azaldığını bildirmektedir. DSÖ, yaşam kalitesinin %60 oranında sağlıklı yaşam davranışlarına bağlı olduğunu belirtmektedir. Bunun için ilk adım yaşlıların sağlıklı yaşam alışkanlıklarının belirlenmesi ve müdahale alanlarının ortaya konulmasıdır. İkinci adım ise belirlenen alanlara yönelik sağlığı koruyan ve geliştiren uygulamaları kapsamaktadır(50). Kronik durumların yaygınlığının artması, yaşlılıkta yaşam beklentisinin artması ve tıbbi teknolojinin kurtarıcı olmayan faydalarına odaklanma gibi faktörler nedeniyle yaşam kalitesi popülerlik kazanmıştır. Yaşam kalitesi, nüfus sağlığının temel bileşenlerini yakalar ve bu nedenle yaşam kalitesi profilleri halk sağlığı araştırmalarında da incelenir (51).

Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi artmakta ancak artışların miktarı ülkeler ve bölgeler arası farklılıklar göstermektedir. DSÖ'nün belirttiği "sağlıklı yaşlanma" hedefine ülkelerin eşit olarak ulaşabilmeleri için sosyal ve ekonomik şartların iyileşmesi ile birlikte güçlü halk sağlığı politikaları ve uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır (52).

2.7. Yaşlılık ve Depresyon

Depresyon, dünya çapında 264 milyondan fazla insanı etkileyen, kalıcı üzüntü ve ilgi eksikliği ile karakterize, uyku ve iştahı etkileyen, yorgunluk ve konsantrasyon zayıflığı gelişen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Depresyon, dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olup küresel hastalık yüküne önemli oranda katkıda bulunmaktadır (53). Depresyon etkileri uzun süreli veya tekrarlayıcı olan, yaşama yeteneğini önemli ölçüde etkileyen bir bozukluktur. Depresyonun nedenini sosyal,

psikolojik ve biyolojik faktörler arasındaki karmaşık etkileşimler oluşturmaktadır. Kayıplar ve işsizlik gibi yaşam olayları depresyonun gelişimine katkıda bulunur veya gelişimini hızlandırabilir (53). Depresyon, olağan ruh hali dalgalanmalarından ve günlük yaşamdaki zorluklara verilen kısa süreli duygusal tepkilerden farklı bir patolojidir (54).

Depresyon yaygın ancak ciddi bir duygudurum bozukluğudur. Uyku, yemek yeme veya çalışma gibi günlük aktivitelerinizi nasıl hissettiğinizi, düşündüğünüzü ve ele aldığınızı etkileyen ciddi semptomlara neden olur (55).

Depresyonun farklı türleri olabilir. Kalıcı depresif bozukluk (distimi), en az iki yıl süren depresif bir ruh halidir. Distimi tanısı konan bir kişi, şiddeti az semptom dönemleri ile beraber majör depresyon atakları geçirebilir, ancak semptomların distimi olarak kabul edilmesinin koşulu bu durumun iki yıl sürmesidir. Postpartum depresyon, çoğu kadının doğumu izleyen iki hafta içinde tipik olarak belirgin olan nispeten hafif depresif ve anksiyete belirtilerinden çok daha ciddi durumdur. Psikotik depresyon ise bireyde şiddetli depresyonu ve yanlış sabit inançları (sanrılar) rahatsız etmek veya başka insanların duymadığı veya görmediği üzücü şeyleri duymak veya görmek gibi bir psikoz türü olduğunda meydana çıkar. Psikotik belirtiler genellikle suçlu hissetme, yoksulluk veya hastalık sanrıları gibi depresif bir tema içerir. Mevsimsel duygusal bozukluk, güneş ışığının az olduğu kış aylarında depresyonun başlaması ile karakterizedir. Bu depresyon türü genelde ilkbahar ve yaz aylarında kalkar. Bipolar bozukluk ile depresyon farklıdır. Bu listeye dahil edilmiştir, çünkü bipolar bozukluğu olan bir kişi majör depresyon kriterlerini karşılayan aşırı derecede düşük ruh halleri geçirir. DSM-5'in tanı sıralamasına yeni dahil edilen diğer depresif bozukluk tiplerine örnek olarak yıkıcı duygu durum düzensizliği bozukluğu ve adet öncesi disforik bozukluk gösterilebilir (55).

Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'ne göre;

Günün çoğunda, hemen hemen her gün, en az iki hafta süresince aşağıdaki belirtiler ve semptomların bazıları varsa depresyon mevcut olabilir:

- Kalıcı üzüntü, endişe veya “boş” ruh hali,
- Umutsuz veya kötümser duygular,
- Sinirlilik,
- Suçluluk, değersizlik veya çaresizlik duyguları
- Hobilere ve etkinliklere ilgi veya zevk kaybı
- Düşük enerji veya yorgun olma durumu
- Daha yavaş hareketler veya konuşma
- Huzursuz hissetme veya hareketsiz oturma sorunu

- Konsantrasyon, hatırlama veya karar vermede güçlük
- Uykuda, sabah erken uyanmada veya aşırı uykuda zorluk
- İştah ve / veya ağırlık değişikliği
- Ölüm veya intihar düşüncesi veya intihar girişimi
- Belirgin bir fiziksel nedeni olmayan ve/ veya tedaviyle fazla değişmeyen ağrılar, baş ağrıları, kramplar veya sindirim problemleri (55).

2.7.1. Dünya’da ve Türkiye’de Depresyon Sıklığı

DSÖ 60 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin % 20'sinden fazlasının zihinsel veya nörolojik bir rahatsızlıktan (baş ağrısı bozuklukları hariç) muzdarip olduğunu ve 60 yaşın üzerindeki insanlardaki tüm engelliliklerin % 6.6'sının zihinsel ve nörolojik bozukluklara bağlı olduğunu belirtmektedir. Yaşlılarda bu bozukluklar Engelliğe Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (YLD) %17,4'ünü oluşturmaktadır (36). DSÖ 2017 verilerine göre, depresyon prevalans oranlarının yaşa göre değiştiği, yaşlı erişkinlikte zirve yaptığı ve 55-74 yaş arası kadınlarda % 7,5'in üzerinde ve 55-74 yaş arası erkeklerde ise %5,5'in üzerinde olduğu bildirilmektedir (56). Türkiye’de 65 yaş ve üstü yaşlılarda major depresyon yaygınlığı %2-4, anlamlı düzey depresif belirti sıklığı ise % 10-15 olarak bildirilmektedir. Tedavi ve bakımın yapıldığı ortamlarda da depresyon sıklığı artmakta, yaşlı bakımevlerinde depresyon oranı %40’a yükselebilmektedir (57).

Günde beş çeşitten fazla ilaç kullanan hastalarda depresyon oranı %65’i bulabilmektedir. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon varsa bu bireylerin sağlıkları için harcadığı para, fiziksel hastalığı olmayanların harcadığından iki kat daha yüksektir. 65 yaş ve üstü 1000 kadından 14 ünün, 1000 erkekte 4 ünün depresyonda olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar daha genç yaşta yetişkinlerin dörtte biri kadardır. 1000 yaşlıdan 20 sinde ise hafif ama uzun süren depresyon vardır (58).

Klinik depresyonla ilgili tutum ve inançlar üzerine Amerika’da yapılan bir ruh sağlığı araştırmasına göre; 65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin yaklaşık % 68’i depresyon hakkında çok az şey bilmekte veya neredeyse hiç bir şey bilmemektedir. 65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin sadece % 38’i depresyonun sağlık sorunu olduğuna inanmaktadır. 65 yaş ve üzerindeki bireylerin yaklaşık %58’i, yaşlandıkça depresyona girmenin “normal” olduğuna inanmaktadır (59).

2.7.2. Depresyonun Önemi ve Etkileyen Faktörler

Yaşamın herhangi bir noktasında ruh sağlığı açısından birden fazla risk faktörü olabilir. Yaşlı insanlar, tüm insanlar için ortak olan yaşam streslerini, kapasite kaybı ve işlevsel yetenekte düşüş gibi stresleri yaşayabilir. Tüm bu stres faktörleri, uzun süreli bakım gerektirebilecek yaşlı insanlarda izolasyon, yalnızlık veya psikolojik sıkıntılara neden olabilir. Ruh sağlığının fiziksel sağlığın birbiri üzerinde karşılıklı etkisi vardır. Örneğin, kalp hastalığı gibi fiziksel sağlık koşullarına sahip yaşlı yetişkinlerde depresyon oranları sağlıklı olanlardan daha yüksektir. Ek olarak, kalp hastalığı olan yaşlı bir kişide tedavi edilmeyen depresyon, kalp hastalığını olumsuz yönde etkileyebilir (36). Yaşlılarda depresyon önemli olmasına karşın; yaşlıların keyifsiz, neşesiz, mutsuz ve durgun olmaları normal karşılandığından nadir olarak teşhis konulmaktadır (58).

Depresyonun kaynağının sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin karmaşık etkileşimi olması nedeniyle, olumsuz yaşam olayları yaşayan bireylerde depresyon ortaya çıkması daha olasıdır. Depresyon oluşumuyla fonksiyon bozukluğuna neden olarak kişinin günlük yaşantısını daha da kötüleştirir (54).

Depresyon ve ilişkili zihinsel bozukluklar okul, iş, aile, arkadaş ilişkileri ve bireyin topluma katılma durumu dahil olmak üzere yaşamın tüm alanları üzerinde derin bir etkiye sahip olabilir (53).

Depresyon açısından risk grubunu kadın cinsiyet, dul, sosyal düzeyi düşük ve beklenmedik olay yaşayan yaşlılar oluşturur. Sağlık düzeyinin kötü olması depresyonu tetiklemekle birlikte santral sinir sistemi hastalıkları, diyabet hipertansiyon gibi kronik hastalıklar, kalp krizi ve kanserler depresyon riskini arttırmaktadır. Depresyon oranı genç yetişkinlere göre yaşlılarda düşük ancak genel sağlık durumu kötü olan yaşlılarda çok daha yüksektir (58).

Beyin kimyasında bozulma (serotonin, adrenalin, dopamin azalması), negatif düşünme (mükemmeliyetçilik, kendine güven eksikliği, karamsarlık) ve bazı kişilik özellikleri depresyona neden olmaktadır. Sık depresyona giren veya depresyonu uzun süren yaşlılarda ileri yaşta demans riski diğer yaşlı nüfusa göre daha yüksektir. Depresyon bazı kişilerde kronikleşebilir (58).

Depresyon yaşlı yetişkinler arasında yaygın bir sorundur, ancak yaşlanmanın normal bir parçası değildir. Aslında, çalışmalar yaşlıların çoğunun daha fazla hastalığa veya fiziksel sorunlara rağmen yaşamlarından memnun olduklarını göstermektedir.

Bununla birlikte, yaşlandıkça meydana gelen önemli yaşam değişiklikleri huzursuzluk, stres ve üzüntü nedeni olabilir (60).

Yaşlılık döneminde depresyonun olumsuz etkileri şöyle özetlenebilir:

- Yeti yitiminin artması ve bağımsızlık durumunun azalması
- Hayat kalitesinin bozulması
- Yaşlı, aile, bakıcı ve kurumlara yönelik yükün artması
- Depresyona sahip olan yaşlılarda sağlık hizmetlerine başvurunun artması
- Başta kalp hastalıkları olmak üzere bütün nedenlere bağlı ölümlerde artış
- Artan intihar oranı (61).

2.7.3. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisine erken başlanması tedavinin etkisini daha da arttırabilir. Depresyon genellikle ilaçlar, psikoterapi veya ikisinin birlikte kullanımı ile tedavi edilir. Bu tedavilerin depresyon semptomlarını azaltmaması durumunda elektrokonvülsif tedavi veya diğer beyin stimülasyon terapileri uygulanabilir (55). Orta ve şiddetli depresyon için psikolojik ve farmakolojik tedaviler vardır. Ancak, düşük ve orta gelirli ülkelerde depresyon için tedavi ve destek hizmetleri genellikle yok veya az gelişmiştir. Bu ülkelerde zihinsel bozukluklardan muzdarip insanların yaklaşık %76-85'inin ihtiyaç duydukları tedaviye erişimi yoktur (53).

Önleme programlarının depresyonu azalttığı gösterilmiştir. Depresyonu önlemek için etkili toplum yaklaşımları, çocuklarda ve ergenlerde olumlu düşünme modelini geliştirme amaçlı okul temelli programları içerir. Davranış sorunu olan çocukların ebeveynleri için yapılan müdahaleler, ebeveyn depresif belirtilerini azaltabilir ve çocukları için sonuçları iyileştirebilir. Yaşlılar için egzersiz programları da depresyonun önlenmesinde etkili olabilir (54).

2.7.4. Depresyon ile Halk Sağlığı İlişkisi

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) depresyonu kritik bir halk sağlığı sorunu olarak kabul etmektedir çünkü depresyon, dünyadaki insanlar için hem sakatlık hem de hastalığın önde gelen nedenidir. 2020'ye kadar CDC, depresyonun sadece kalp hastalığını takiben dünyada en sık görülen ikinci sakatlık nedeni olacağını tahmin etmektedir. Depresyonun aile üyeleri, arkadaşlar ve meslektaşları üzerinde ikincil etkileri vardır. Depresyon sadece üzgün veya sinirli hissetmekten çok daha fazlası anlamına gelir. Ayrıca bir kişinin üretkenliği ve kazanç gücü üzerinde olumsuz bir etkisi vardır, bu

da devamsızlığa, işsizliğe ve daha düşük gelire neden olabilir. Genel olarak, depresyon 2010 yılında toplam 200 milyar doların üzerinde bir ekonomik yük oluşturmuştur (63). Birinci basamak sağlık kurumlarında tipik olarak hastaların %10'undan fazlasını oluşturan depresif bozuklukların tanınması ve yetersiz tedavisi yaygındır. Birinci basamak hekimleri, cinsiyet, nevrotik kişilik, pozitif psikiyatrik aile öyküsü ve önceki depresif ataklar gibi ilişkili özellikleri, olumsuz çocukluk deneyimleri ve yaşam olayları gibi depresif bozukluklar için ortak risk faktörlerinin farkında olmalıdır. Birinci basamağa başvuran, birden fazla tıbbi sorunu, açıklanamayan fiziksel semptomları, kronik ağrısı veya beklenenden daha sık tıbbi hizmetlerin kullanımı olan hastalarda depresif bozukluklar düşünülmelidir. Hasta takibini ve birinci basamakta yapılan müdahale ile uzmanların koordinasyonunu iyileştirmeyi amaçlayan programların hasta sonuçları iyileştirdiği ve maliyet etkin olduğu bulunmuştur (62).

Halk sağlığı profesyonelleri için depresyonla ilgili en büyük zorluklardan biri hizmetlere erişim sağlamaktır. Büyüyen bu sorunu ele almak ve en çok yardıma ihtiyaç duyan topluluklara ulaşmak için CDC ve yerel halk sağlığı kuruluşları, depresyon belirtileri ve etkileri açısından toplulukların izlenmesini desteklemektedir. DSÖ, depresyonun topluluklar ve ergenler, kadınlar ve yaşlılar üzerindeki etkisine özellikle ışık tutmak için halk sağlığı alanıyla birlikte çalışmayı amaçlamaktadır (63).

Depresyon, birçok uluslararası araştırmalara göre hastalık yüküne katkıda bulunan önemli bir unsurdur ve birçok ulusal hükümet ve uluslararası kurumlar tarafından halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (64).

2.8. Yaşlılık ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık

Yaşlılıkla ilgili bir tanımda; insanın bağımsız durumdan bağımlı duruma geçmesi sosyal yaşlılık olarak tanımlanmıştır (16). Fonksiyonel kapasitenin kaybı ve sonuç olarak bağımsızlık, yaşlıları etkileyebilecek ana sorundur. Günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesindeki zorluklar veya sınırlamalar, hem fiziksel sakatlıklar hem de ruhsal hastalıklar nedeniyle yaşlılar diğer kişilere bağımlı olabilir ve her iki koşul da ölüm ve bağımsızlık kaybı için önemli risk faktörüdür. Bağımlılık fiziksel yönlerden daha fazlasını içerir; aynı zamanda sosyal ve ekonomik koşulların yanı sıra bilişsel ve duygusal faktörleri de içerir. Fonksiyonel değerlendirme, yaşlıların kendi çevrelerinde işlev görme kapasitelerini analiz etmek, kişisel bakımdaki yetenekleri veya eksiklikleri ve günlük faaliyetlerle ilgili ihtiyaçları belirlemek için sistematik bir yöntemdir. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi geriatrik değerlendirme için temel bir boyuttur. Yaşlıların

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) gerçekleştirme kapasitelerini doğrulamak için "fonksiyonel değerlendirme araçları" olarak bilinen üç seviyede ölçek türü vardır. Bunlar; Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA), Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) ve İleri Günlük Yaşam Aktiviteleri (İGYA) şeklindedir (65).

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), kişisel bakımın hem temel hem de rutin yönleridir. Altı temel GYA'yı yerine getirebilen yaşlı, bağımsız olarak yemek yiyebilir, giyinebilir, yürüyebilir veya bir pozisyondan diğerine geçebilir, yıkanabilir ve tuvalete gidebilir ve bağırsak ve mesane kontinansını koruyabilir. Bağımsız yetişkinler genellikle günlük yaşam aktivitelerini yönetebilir, böylece dışarıdaki bakıcılardan veya başkalarından yardım almadan başarılı bir şekilde yaşayabilirler. Günlük yaşamın temel faaliyetlerini gerçekleştirememesi, güvenli olmayan koşullara ve düşük yaşam kalitesine yol açabilir (66).

Her yaşta insanın GYA'lerini gerçekleştirmede problemleri olsa da, engellilik yaygınlık oranları yaşlılarda yaşlı olmayanlara göre çok daha yüksektir. Yaşlı popülasyonda, engellilik oranları ilerleyen yaşla birlikte belirgin bir şekilde artmaktadır ve özellikle 85 yaş ve üstü kişiler için yüksektir (67).

2.8.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Halk Sağlığı İlişkisi

Dünya genelinde hem yaşlıların oranı hem de ortalama yaşam süresi arttıkça, kilit sorular ortaya çıkmaktadır. Nüfusun yaşlanmasına daha uzun bir sağlık dönemi, sürekli bir refah duygusu ve uzun süreli sosyal katılım ve üretkenlik mi eşlik edecek yoksa daha fazla hastalık, sakatlık ve bağımlılıkla mı ilişkilendirilecek? Yaşlanma sağlık bakımını ve sosyal maliyetleri nasıl etkiler? Bu durumlar kaçınılmaz mı yoksa yaşlılıkta daha iyi sağlık ve refahı artırabilecek fiziksel ve sosyal bir altyapı oluşturmak için harekete geçebilir miyiz? Hastalık ve sağlık koşullarından kaynaklanan ciddi sakatlığı azaltmak, sağlık ve sosyal maliyetleri azaltmanın bir anahtarıdır. Sağlık ve ekonomik engellilik yükü, fiziksel sınırlamalara rağmen yaşlı bir kişinin bağımsız kalıp kalamayacağını belirleyen çevresel özellikler ile de güçlendirilebilir veya hafifletilebilir. İnsanlar ne kadar uzun süre hareket edebilir ve kendilerine bakabilirlerse uzun süreli bakım maliyetleri o kadar düşük olur (68).

İleri yaşlarda bulunan yaşlıların çoğu, hareket kabiliyeti, kırılabilirlik veya fiziksel veya bilişsel işlevlerdeki diğer düşüşler nedeniyle bağımsız yaşama yeteneklerini kaybeder. Birçoğu evde hemşirelik, toplum bakımı ve yardımcı yaşam, yatılı bakım gibi uzun süreli bakıma ihtiyaç duyar. Bu desteği sağlamakla ilişkili önemli maliyetlerin

aileler ve toplum tarafından karşılanması gerekebilir. Yerleşik ve uygun fiyatlı uzun süreli bakım altyapısı olmayan daha az gelişmiş ülkelerde, bu maliyeti yaşlı akrabalara bakmak için işten veya okuldan ayrılan diğer aile üyeleri karşılamak zorunda kalabilir. Gelecekte uzun süreli bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç büyük ölçüde, ileri yaşlılık gruplarındaki mutlak sayıdaki değişikliklerle ve engellilik oranlarındaki eğilimlerle belirlenecektir. Yaşam beklentisindeki artışlar ve yaşlı nüfusun şeffaf sayısal büyümesi göz önüne alındığında, demografik momentum bakım talebini artıracaktır. Yaşlıları daha uzun süre sağlıklı tutmak, engelliliği ve bağımlılığı geciktirmek veya önlemek 21. yüzyılın ilk yarısında halk sağlığı programları için büyük fırsattır (68).

2.9. Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma

Yaşlılık döneminde, yaşlıdaki fizyolojik değişikliklerle birlikte yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir durumdur. Yaşlı bireyin yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürmesi ve kaliteli bir yaşam için, yaşlılık döneminde mevcut kronik hastalıkların tedavi edilmesi, yaşlının sağlığını negatif yönde etkileyen sosyal ve mali sorunların çözülmesi, toplum genelinde ve yaşlılarda sağlıklı yaşam davranışları geliştirilmesi, yaşlı birey için güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturulması amaçlanarak yapılan düzenlemeler yaşam boyunca sağlığa ve sağlıklı yaşlanmaya zemin hazırlamaktadır (69).

2015 yılında, DSÖ Aktif Yaşlanmayı “İnsanların yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını optimize etme süreci” şeklinde tanımlamıştır (70).

Biyogerontologlar, bireylerin yaşlanma yöntemlerinin % 25'inin genetik etkenler, %75'inin koşullardan kaynaklandığını bildirmektedir. Bu nedenle, bireysel düzeyde yaşlanma, sadece yaş ve genler tarafından değil, aynı zamanda sosyo-çevresel koşullar ile kişisel ve davranışsal olaylar arasındaki etkileşimler tarafından yönetilen bireysel yaşam süresi boyunca devam eden uzun bir süreçtir. Bu nedenle, bireysel düzeyde yaşlanma rastgele bir fenomen değildir: birey, kendi yaşlanma sürecinin bir ajanıdır ve iyi-sağlıklı ve aktif yaşlanmanın kapasitesi, bir dereceye kadar bireylerin kendileri tarafından alınan kararlardan ve yaşam boyu öğrenilen davranış kararlarından gelir (71).

Aktif Yaşlanma, insanların yaşlanma sürecinde olabildiğince uzun süre kendi yaşamlarından sorumlu olmalarına ve mümkün olduğunca ekonomiye ve topluma katkıda bulunmalarına yardımcı olmak anlamına da gelir. Yaşlanma sorununu ele almak ve bir fırsata dönüştürmek, çalışma hayatının uzatılmasına, ek emeklilik maaşlarının

geliştirilmesine ve tüm çalışanların emeklilik de dahil olmak üzere yeterli sosyal korumaya erişiminin sağlanmasına bağlıdır (72).

DSÖ aktif yaşlanma konusunu 1990'lı yıllarda gündeme getirmiştir. Aktif yaşlanma, yaşlının günlük yaşamında sosyal, ekonomik, kültürel aktivitelere katılımını temel almaktadır. Yaşlılar herhangi bir engellilik halinde bile toplumdaki mevcut faaliyetlere katılımı sağlayabilirler, deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilirler. Böylece yaşlıların ailelerine, akranlarına ve dolayısıyla toplumlarına katkıları da arttırılabilir. "Aktif Yaşlanma" programı kapsamında öncelikli hususlar yaşamın ileri dönemlerinde de beklenmeyen ve erken ölümün önlenmesi, kronik hastalıklara bağlı engellilik yaşanmaması, yaşlıların ileri yaşlarda da yaşamdan zevk alması, yaşlıların toplumdaki sosyal, politik, ekonomik aktivitelere katılması, sağlık harcamalarının düşmesi ve bu giderler için devletin sorumluk almasıdır (73).

Yaşlı nüfus artmakla birlikte ileri yaştaki nüfusun sayısı yükselmektedir. Bu durum sağlıklı ve aktif yaşamış yılların sayısının arttırılmasına yönelik düzenlemelerin ve müdahalelerin önemini arttırmaktadır (74).

DSÖ, sağlıklı yaşlanmayı “yaşlılıkta refahı sağlayan işlevsel yeteneği geliştirme ve sürdürme süreci” şeklinde tanımlamaktadır. İşlevsel yeteneğe bir kişinin aşağıdakileri yapma yeteneği dahildir:

- Temel ihtiyaçlarını karşılamak;
- Öğrenmek, büyümek ve karar vermek;
- Mobil olmak;
- İlişkiler kurmak ve sürdürmek;
- Topluma katkıda bulunmak (75).

İşlevsel yetenek, bireyin içsel kapasitesinden, bireyle ilgili çevresel özelliklerden ve aralarındaki etkileşimden oluşur. İçsel kapasite; bir kişinin çizebileceği tüm zihinsel ve fiziksel kapasiteleri içerir ve yürüme, düşünme, görme, duyma ve hatırlama yeteneklerini içerir. İçsel kapasite seviyesi, hastalıkların varlığı, sakatlık ve yaşa bağlı değişiklikler gibi bir dizi faktörden etkilenir. Ortamlar; ev ve daha geniş bir toplum, bunların içinde yerleşik çevre, insanlar ve ilişkileri, tutumlar ve değerler, sağlık ve sosyal politikalar, onları destekleyen sistemler ve uyguladıkları hizmetler gibi tüm faktörleri içerir. İçsel kapasitenizi ve işlevsel yeteneğinizi destekleyen ve sürdüren ortamlarda yaşayabilmek sağlıklı yaşlanma için anahtardır (75).

Kişilerin mutlu bireyler olmaları için sağlık oldukça önemlidir. Sağlık, fiziksel yönden olduğu kadar sosyal ve ruhsal yönden de iyilik hali olarak belirtilmiştir. Bu hedefe

ulaşmak için aşağıdaki hususlar önemlidir:

- Yeterli ve dengeli beslenme
- Fizik aktivite
- Sigarasız yaşam
- Boş zamanlarını üretken bir şekilde değerlendirme
- Yeterli ve düzenli uyku
- Kazalardan korunma (72).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu tez çalışması Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesini, depresyon sıklığını, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve ilişkili olduğu düşünülen faktörleri saptamak amacıyla yapılmış kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bitlis İl Merkezinde yapılmıştır. Veriler Mart 2018 -Mayıs 2018 tarihleri arasında merkeze bağlı aile sağlığı merkezlerine kayıtlı yaşlı bireylere yüz yüze anket uygulanarak elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Bitlis ili merkez nüfusu TÜİK verilerine göre 69.222 olup 65 yaş üstü nüfus 3.006 olarak bildirilmiştir. Araştırmanın evreni 65 yaş üstü nüfus olarak seçilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde mevcut aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 3012 olan yaşlı nüfus bilgisi Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınarak her bir aile sağlığı merkezinin örnekleme ağırlıklandırma yöntemiyle hesaplanmıştır (76).

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme büyüklüğü %95 güven aralığında evreni bilinen örnekleme büyüklüğü belirleme formülü kullanılarak 338 kişi olarak belirlenmiştir. Referans çalışma sonucuna göre evde kalan yaşlıların %55.0'ında depresyon görülme olasılığı saptanmıştır (77).

Yapılan ön testte 9 yaşlıya ulaşılmış ve depresyon sıklığı %88.9 olup buna göre desen etkisi %5 olarak kabul edilmiştir.

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{(N-1)d^2 + t^2 \times p \times q} = \frac{3012 \times (1,96)^2 \times 0,55 \times 0,45}{(3012-1) \times (0,05)^2 + 3,8416 \times 0,55 \times 0,45}$$

$$n = \frac{3012 \times 3,8416 \times 0,55 \times 0,45}{(3011 \times 0,0025) + 3,8416 \times 0,55 \times 0,45} = \frac{2863,797552}{7,5275 + 0,950796} = 337,779$$

N: Evren

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: Olayın görülme sıklığı

q: Olayın görülmemeye sıklığı

t: Yanılma düzeyi 0.05'te tablo t değeri

d: Desen etkisi, olayın görülüş sıklığına göre istenen sapma.

Buna göre her bir aile sağlığı merkezi için örneklem seçilen yaşlı sayıları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 3.1. Her bir aile sağlığı merkezi için ağırlıklandırılmış örneklem sayısı

Aile Sağlığı Merkezi	Kayıtlı Yaşlı Nüfus	Örneklem Sayısı
1 nolu	456	51
2 nolu	517	58
3-5 nolu	1044	117
4 nolu	295	33
6 nolu	171	19
7 nolu	114	13
8 nolu	156	18
9 nolu nolu	259	29
Toplam	3012	338

Eksik veriler olabileceği düşüncesiyle her aile sağlığı merkezi için 2 anket fazla uygulanarak toplam 354 yaşlıya ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmada yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik soruların yanı sıra; Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD), Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi ve Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası kullanılmıştır.

3.5.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

Yaşlı topluma yönelik epidemiyolojik araştırmalar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu'nun (World Health Organization Quality of Life Group = WHOQOL Group) desteklediği, 22 ülkede yürütölen bir araştırma sonucunda geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılığı (Cronbach Alfa) 0.85'tir.

WHOQOL-OLD; beşli Likert ölçeği ile ölçölen; "Duyusal işlevler", "Özerklik", "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri", "Sosyal katılım", "Ölüm ve ölmek" ve "Yakınlık" olmak üzere altı boyut ve 24 sorudan oluşan bir modüldür. Olası boyut puanları, 4–20, toplam puan ise 24-120 aralığındadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. "Duyusal işlevler" boyutunda duyusal işlevler ve duyusal işlev kaybının yaşam kalitesinde oluşturduğu etkiler değerlendirir. "Özerklik" boyutu ileri yaşta bağımsızlık anlamına gelir ve kendi kendine yaşama becerisini değerlendirir. "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri" boyutu yaşam başarisından elde edilen doyumunu ve geleceğe dair düşünceleri gösterir. "Sosyal katılım" boyutu toplum içinde günlük yaşam faaliyetleri içinde yer almakla ilgilidir. "Ölüm ve ölmek" boyutu ise ölüm ve ölme ile ilgili endişe, kaygı ve korkuları değerlendirir. "Yakınlık" boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurma becerisini içerir (78).

3.5.2. Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi

Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi geriatrik olguların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını değerlendirmek amacıyla Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Arik ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmış olup iç tutarlılık (Cronbach Alpha) 0.83'tür. Banyo yapma, giyinme, tuvalet, yer değiştirme, mesane ve barsak kontrolü ve beslenme alt başlıklarından oluşan her aktivite için bağımsızsa 1 ya da bağımlıysa 0 puan verilerek puanlanan 6 maddeli bir ölçektir. Toplam puanlamada 6 puan bağımsız, 0 puan tamamen bağımlılık göstergesidir (79).

3.5.3. Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası

Geriatrik Depresyon Skalası 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geriatrik olguları depresif duygu durumu açısından değerlendirmeye yönelik geliştirilen bir ölçektir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Başta uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve

sızılar gibi somatik belirtilerle birlikte depresyon dışında nedenlerin oluşturabildiği belirtilerin yer almadığı ölçek, sadece evet yada hayır şeklinde cevap verilen 30 sorudan oluşmaktadır. Puanlamada her soruya depresyon lehine verilen cevap için 1 puan diğer cevap için 0 puan verilerek ölçekten alınabilecek toplam puan 0-30 arasındadır. Ölçeğin kesme puanı 0-11 “depresyon yok”, 11-14 “olası depresyon”, 14 ve üstü “kesin depresyon” yönündedir. (80).

3.6. Araştırmanın Etik ve İdari İzni

Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

Çalışma için Bitlis Eren Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan 13.12.2017 tarih ve 2017/12-IX sayılı karar numarasıyla gerekli izin alınmıştır.

Çalışma için Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü’nden 02.01.2018 tarih ve 75384813 sayılı kurum izni alınmıştır.

3.7. İstatiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programına aktarılmıştır. Yapılan ShapiroWilk testinde verilerin normal dağılıma uygun olmadığı ($p<0.05$) görülmüştür. İstatiksel analizlerde Ki-kare, Fisher exact, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Post hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm değerlendirmelerde $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubunun %40.4'ü erkek, %59.6'sı kadındır.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	143	40.4
Kadın	211	59.6
Medeni Durum		
Evli	199	56.2
Bekar veya eşi ölmüş	155	43.8
Yaş grubu		
65 – 74	231	65.2
75 – 84	88	24.9
85 ve üstü	35	9.9
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	240	67.8
Okur-yazar	63	17.8
İlkokul ve üstü	51	14.4
Çocuk sayısı		
Çocuğum Yok	6	1.7
1 – 3	18	5.1
4 – 6	92	26.0
7 – 9	161	45.5
10 ve üzeri	77	21.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	5.6
Emekli	105	29.7
Çalışmıyor	229	64.7
Aylık gelir		
Düşük	117	33.1
Orta	205	57.9
İyi	32	9.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	22	6.2
Eşiyle birlikte	173	48.9
Çocuğu veya akrabasıyla	159	44.9
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	62	17.5
Hayır	254	71.8
Bırakmış	38	10.7
Cep Telefonu Kullanma Durumu		
Evet	215	60.7
Hayır	139	39.3
Toplam	354	100.0

Tablo 4.1'de araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların %56.2'si evli, %43.8'i ise bekar veya eşi ölmüştür.

Yaşlıların %65.2'si 65-74, %24.9'u 75-84 yaş grubunda, %9.9'u ise 85 yaş üstündedir. Yaşlıların %67.8'i okur-yazar değil, %17.8'i okur-yazar, %14.4'ü ilkokul ve üstü eğitim almıştır. Yaşlıların %1.7'sinin çocuğu olmayıp, %5.1'i 1-3 çocuğa, %26'sı 4-6 çocuğa, %45.5'ü 7-9 çocuğa, %21.8'i 10 ve üzeri çocuğa sahiptir. Araştırmaya katılan yaşlıların %5.6'sı çalışmakta, %29.7'si emekli, %64.7'si ise çalışmamaktadır. Yaşlıların %33.1'i aylık gelirini düşük olarak ifade ederken, %57.9'u orta olarak, %9'u ise iyi olarak ifade etmiştir. Yaşlıların %6.2'si yalnız, %48.9'u eşiyile birlikte, %44.9'u ise çocuğu veya akrabasıyla yaşamaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların %17.5'i halen sigara kullanmakta, %10.7'si sigarayı bırakmış ve %71.8'i sigara kullanmamaktadır. Yaşlıların %60.7'si cep telefonu kullanmaktadır.

Tablo 4.2. Araştırma grubunun beslenme şekli, uyku ve sağlığını değerlendirme durumlarının dağılımı

	n	%
Beslenme şekli		
Düzenli	232	65.5
Düzensiz	122	34.5
Uyku değerlendirme		
Düzenli	167	47.2
Düzensiz	187	52.8
Sağlığını değerlendirme		
İyi	41	11.6
Orta	227	64.1
Kötü	86	24.3
Toplam	354	100.0

Tablo 4.2'de araştırma grubunun beslenme şekli, uyku ve sağlığını değerlendirme durumlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Yaşlıların %65.5'i düzenli, %34.5'i düzensiz beslendiğini, %47.2'si uykusunu düzenli olduğunu, %52.8'i ise uykusunun düzensiz olduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların %11.6'sı sağlığını iyi olarak, %64.1'i orta olarak, %24.3'ü kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma grubunun sağlık güvencesi durumunun dağılımı

	n	%
Sağlık Güvence Durumu		
Var	310	87.6
Yok	44	12.4
Sağlık Güvence Türü		
Yeşilkart veya ücretsiz	101	28.5
SSK	90	25.4
Bağkur	54	15.3
Emekli Sandığı	61	17.3
Ücretli	4	1.1
Yok	44	12.4
Toplam	354	100.0

Tablo 4.3’de araştırma grubunun sağlık güvencesi durumunun dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların %87.6’sı sağlık güvencelerinin olduğunu, %12.4’ü ise bir sağlık güvencesi olmadığını ifade etmiştir. Yaşlıların %28.5’i sağlık hizmetlerinden Yeşilkart ile veya ücretsiz olarak yararlanırken, %25.4 ‘ü SSK ile, 15.3’ü Bağkur ile, 17.3’ü Emekli Sandığı ile, %1.1’i ücretli olarak yararlanmaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma grubunun fizik aktivite durumu ve sıklığının dağılımı

	n	%
Fizik Aktivite Durumu		
Evet	154	43.5
Hayır	200	56.5
Fizik Aktivite Sıklığı		
Evet her gün	61	17.2
Haftada birkaç gün	93	26.3
Hayır	200	56.5
Toplam	354	100.0

Tablo 4.4’de araştırma grubunun fizik aktivite durumu ve sıklığının dağılımı sunulmuştur. Yaşlıların %43.5’i fizik aktivite yapmakta %56.5’i ise fizik aktivite yapmamaktadır. Fizik aktivite yapan yaşlıların %17.2’si her gün fizik aktivite yaptığını ifade ederken %26.3’ü haftada birkaç gün fizik aktivite yapmaktadır.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaç sayısının dağılımı

	n	%
Kronik Hastalık Sayısı		
Yok	72	20.3
1 adet	110	31.1
2 adet	109	30.8
3 ve üzeri	63	17.8
Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı		
Yok	77	21.7
1 adet	57	16.1
2 adet	77	21.7
3 adet	41	11.6
4 adet	37	10.5
5 ve üzeri	65	18.4
Toplam	354	100.0

Tablo 4.5’de araştırma grubunun kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaç sayısının dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların %20.3’ü kronik hastalığı olmadığını ifade ederken %31.1’inin 1 adet, %30.8’inin 2 adet, %17.8’inin 3 ve üzeri kronik hastalığı bulunmaktadır. Yaşlıların %21.7’si ilaç kullanmamakla birlikte %16.1’i 1 adet, %21.7’si 2 adet, %11.6’sı 3 adet, %10.5’i 4 adet ve %18.4’ü 5 adet ve üzeri ilaç kullanmaktadır.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun herhangi bir cihaz kullanma durumu ve cihaz türünün dağılımı

	n	%
Cihaz kullanma durumu		
Evet	55	15.5
Hayır	299	84.5
Cihaz türü		
Yok	299	84.5
Gözlük	32	9.0
Oksijen	1	0.3
Platin	2	0.6
Tansiyon cihazı	2	0.6
İşitme cihazı	10	2.6
Kalp pili	2	0.6
Sonda	1	0.3
Şeker aleti	2	0.6
Boğaz mikrofonu	1	0.3
Nebülizatör	1	0.3
Protez	1	0.3
Toplam	354	100.0

Tablo 4.6’da araştırma grubunun cihaz kullanma durumu ve kullandıkları cihaz türü sunulmuştur. Yaşlıların %15.5’i cihaz kullanmakta, %84.5’i cihaz kullanmamaktadır. Cihaz kullanan yaşlıların %9’u gözlük, %0.3’ü oksijen cihazı, %0.6’sı platin, %0.6’sı tansiyon aleti, %2.6’sı işitme cihazı, %0.6’sı kalp pili, %0.3’ü sonda, %0.6’sı şeker aleti, %0.3’ü boğaz mikrofonu, %0.3’ü nebulizatör, %0.3’ü de protez kullanmaktadır.

Tablo 4.7. Araştırma grubunun üzüldüğünde yaptıkları aktivitelerin dağılımı

Aktiviteler	n	%
Hiçbir şey yapmamak	53	15.0
Dua veya Kuran okumak	48	13.6
Gezmek	37	10.4
Arkadaş veya aileyle dertleşmek, konuşmak	40	11.3
Ağlamak	37	10.4
Diğer*	139	39.3
Toplam	354	100.0

*Diğer: Kahveye gitmek, şarkı söylemek, sigara kullanmak, uyumak, el işi yapmak, yalnız kalmak, alkol, balık tutmak, bilgisayar veya tv, torunlarla vakit geçirmek, yemek yemek, tesbih çekmek, sakinleşmeye çalışmak, bahçeyle uğraşmak, camiye gitmek.

Tablo 4.7’de araştırma grubunun üzüldüğünde yaptıkları aktivitelerin dağılımı sunulmuştur. Yaşlılar üzüldüğünde yaptıkları aktiviteleri; %15’i hiçbir şey yapmamak, %13.6’sı dua veya Kuran okumak, %10.4’ü gezmek, %11.3’ü arkadaş veya aileyle dertleşmek, %10.4’ü ağlamak, %39.3’ü diğer (kahveye gitmek, şarkı söylemek, sigara içmek, uyumak el işi yapmak, yalnız kalmak, alkol almak, balık tutmak, bilgisayar veya tv ile vakit geçirmek, torunlarla vakit geçirmek, yemek yemek, tesbih çekmek, sakinleşmeye çalışmak, bahçeyle uğraşmak, camiye gitmek) şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma grubunun boş vakitlerinde yapılan aktivite durumunun dağılımı

	n	%
Boş vakitlerde aktivite durumu		
Evet	99	28.0
Hayır	255	72.0
Aktiviteler		
Aktivite yapmayan	255	72.0
Namaz kılmak	8	2.3
Bahçe işleriyle ilgilenmek	23	6.5
Ev işi yapmak	3	0.8
El işi yapmak	28	7.9
Oyun oynamak	1	0.3
Kahveye gitmek	3	0.8
Okuma	15	4.2
Televizyon izlemek	8	2.3
Balık tutmak	1	0.3
Çay-kahve içmek	1	0.3
Yürüyüş yapmak	4	1.1
Sohbet etmek	2	0.6
Torunlarıyla vakit geçirmek	2	0.6
Toplam	354	100.0

Tablo 4.8’de araştırma grubunun boş vakitlerinde yapılan aktivite durumunun dağılımı sunulmuştur. Yaşlıların %28’i boş vakitlerini değerlendirirken %72’si boş vakitlerinde herhangi bir aktivitede bulunmadığını ifade etmiştir. Boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların %2.3’ü boş vakitlerinde namaz kıldığını, %6.5’i bahçe işleriyle ilgilendiğini, %0.8’i ev işi yaptığını, %7.9’u el işi yaptığını, %0.3’ü oyun oynadığını, %0.8’i kahveye gittiğini, %4.2’si okuduğunu, %2.3’ü tv izlediğini, %0.3’ü balık tuttuğunu, %0.3’ü çay-kahve içtiğini, %1.1’i yürüyüş yaptığını, %0.6’sı sohbet ettiğini, %0.6’sı torunlarıyla vakit geçirdiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.9. Araştırma grubunun yaş grubuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min- Ortanca- Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
65-74 ^a	231	4-9-18	9.80±2.78	
75-84	88	4-10-20	10.95±2.92	< 0.001
85 ve üstü	35	4-12-17	11.68±3.35	
Özerklik				
65-74	231	4-12-20	12.50±4.19	
75-84	88	4-12-20	11.84±4.25	0.062
85 ve üstü	35	4-11-20	10.80±4.07	
Geçmiş, bugün, gelecek				
65-74	231	4-12-20	11.90±3.84	
75-84	88	4-12-20	11.65±4.09	0.104
85 ve üstü	35	4-9-19	10.51±3.89	
Sosyal katılım				
65-74 ^b	231	4-10-20	11.22±3.98	
75-84	88	4-10-20	9.96±4.23	< 0.001
85 ve üstü ^b	35	4-8-18	8.45±3.64	
Ölüm ve ölmek				
65-74	231	4-12-20	12.76±4.85	
75-84	88	4-14-20	13.01±4.73	0.903
85 ve üstü	35	4-14-20	13.11±4.80	
Yakınlık				
65-74 ^b	231	4-13-20	13.05±3.79	
75-84	88	4-12-20	12.59±4.25	0.035
85 ve üstü ^b	35	4-11-20	11.20±4.27	
Toplam				
65-74	231	39-70-105	71.25±13.47	
75-84	88	37-71-104	70.02±15.51	0.064
85 ve üstü	35	39-60-100	65.77±14.36	

a:Diğerlerinden farklı b:Birbirinden farklı

Tablo 4.9’da araştırma grubunun yaş grubuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların yaş grubuna göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “ölüm ve ölmek” alt boyut ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların ortanca puanı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Sosyal katılım” alt boyutunda 65-74 yaş grubu ile 85 yaş ve üstü yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). “Yakınlık” alt boyutunda 65-74 yaş grubu ile 85 yaş ve üstü yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.035$).

Tablo 4.10. Araştırma grubunun cinsiyete göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Erkek	143	4-10-20	10.80±3.08	0.031
Kadın	211	4-10-17	9.91±2.80	
Özerklik				
Erkek	143	4-12-20	12.53±4.07	0.122
Kadın	211	4-12-20	11.91±4.31	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Erkek	143	4-12-20	11.99±3.93	0.255
Kadın	211	4-11-20	11.51±3.91	
Sosyal katılım				
Erkek	143	4-10-20	10.67±4.23	0.998
Kadın	211	4-10-20	10.62±.02	
Ölüm ve ölmek				
Erkek	143	4-14-20	13.18±4.91	0.303
Kadın	211	4-12-20	12.63±4.73	
Yakınlık				
Erkek	143	4-12-20	13.05±3.87	0.387
Kadın	211	4-12-20	12.55±4.06	
Toplam				
Erkek	143	42-71-104	72.24±14.18	0.087
Kadın	211	37-69-105	69.16±14.01	

Tablo 4.10’da araştırma grubunun cinsiyete göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyete göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyut ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta erkek yaşlıların ortanca puanı 10, kadın yaşlıların ortanca puanı 10 olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.031$).

Tablo 4.11. Araştırma grubunun medeni duruma göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Evli	199	4-10-20	10.48±3.02	0.228
Bekar veya eşi ölmüş	155	4-10-17	10.00±2.83	
Özerklik				
Evli	199	4-12-20	12.40±4.14	0.203
Bekar veya eşi ölmüş	155	4-12-20	11.86±4.31	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Evli	199	4-12-20	11.92±3.76	0.213
Bekar veya eşi ölmüş	155	4-11-20	11.41±4.11	
Sosyal katılım				
Evli	199	4-10-20	10.89±4.18	0.197
Bekar veya eşi ölmüş	155	4-10-20	10.31±3.98	
Ölüm ve ölmek				
Evli	199	4-14-20	13.04±4.95	0.413
Bekar veya eşi ölmüş	155	4-12-20	12.62±4.62	
Yakınlık				
Evli	199	4-13-20	13.10±3.80	0.068
Bekar veya eşi ölmüş	155	4-12-20	12.30±4.18	
Toplam				
Evli	199	42-71-104	71.85±13.39	0.062
Bekar veya eşi ölmüş	155	37-68-105	68.54±14.88	

Tablo 4.11’de araştırma grubunun medeni duruma göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların medeni durumuna göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Okur-yazar değil	240	4-10-20	10.25±2.98	0.987
Okur-yazar	63	5-10-18	10.33±2.89	
İlkokul ve üstü	51	4-10-17	10.31±2.92	
Özerklik				
Okur-yazar değil	240	4-11-20	11.55±4.19	< 0.001
Okur-yazar	63	4-12-20	12.28±3.86	
İlkokul ve üstü ^a	51	4-15-20	14.90±3.70	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Okur-yazar değil ^b	240	4-11-20	11.07±3.81	< 0.001
Okur-yazar	63	5-12-20	12.15±3.32	
İlkokul ve üstü ^b	51	5-15-20	14.13±4.14	
Sosyal katılım				
Okur-yazar değil ^b	240	4-10-20	10.19±4.00	0.002
Okur-yazar	63	4-10-20	11.03±4.09	
İlkokul ve üstü ^b	51	4-12-20	12.25±4.20	
Ölüm ve ölmek				
Okur-yazar değil	240	4-12-20	12.64±4.79	0.432
Okur-yazar	63	4-14-20	13.23±4.46	
İlkokul ve üstü	51	4-16-20	13.41±5.29	
Yakınlık				
Okur-yazar değil ^b	240	4-12-20	12.26±4.12	0.002
Okur-yazar	63	4-13-20	13.41±3.66	
İlkokul ve üstü ^b	51	5-14-20	14.25±3.24	
Toplam				
Okur-yazar değil	240	37-66.5-105	67.98±14.07	< 0.001
Okur-yazar	63	42-71-104	72.46±13.12	
İlkokul ve üstü ^a	51	54-80-104	79.27±11.76	

a:Diğerlerinden farklı b: Birbirinden farklı

Tablo 4.12’de araştırma grubunun eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumuna göre “duyusal” ve “ölüm ve ölmek” alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Özerklik alt boyutunda ilkokul ve üstü eğitime sahip olanların ortanca puanı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). “Geçmiş, bugün, gelecek” alt boyutunda okur-yazar olmayanlar ile ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). “Sosyal katılım” alt boyutunda okur-yazar olmayanlar ile ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). “Yakınlık” alt boyutunda okur-yazar olmayanlar ile ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). Toplam puanda okur-yazar olmayan yaşlıların ortanca puanı 66.5, okur-yazar olanların ortanca puanı 71,

ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı 80 olup ilkokul ve üstü eğitime sahip olanların ortanca puanı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 4.13. Araştırma grubunun aylık gelirine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Düşük ^a	117	4-11-20	11.11±3.15	0.001
Orta	205	4-10-18	9.95±2.82	
İyi	32	6-9-15	9.28±2.21	
Özerklik				
Düşük ^a	117	4-10-20	11.07±4.31	< 0.001
Orta	205	4-12-20	12.57±4.19	
İyi	32	8-13-20	13.59±3.14	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Düşük ^a	117	4-10-20	10.65±3.89	< 0.001
Orta	205	4-12-20	12.08±3.89	
İyi	32	6-14-18	13.12±3.38	
Sosyal katılım				
Düşük ^a	117	4-9-20	9.52±3.94	< 0.001
Orta	205	4-10-20	11.08±4.13	
İyi	32	4-12-18	11.87±3.67	
Ölüm ve ölmek				
Düşük ^b	117	4-12-20	11.93±4.77	0.034
Orta ^b	205	4-14-20	13.36±4.69	
İyi	32	4-15-20	13.00±5.33	
Yakınlık				
Düşük ^a	117	4-12-20	11.70±3.94	< 0.001
Orta	205	4-13-20	13.08±3.94	
İyi	32	4-16-20	14.50±3.53	
Toplam				
Düşük ^a	117	37-65-105	66.00±14.42	< 0.001
Orta	205	39-71-104	72.14±13.92	
İyi	32	52-75-98	75.37±10.25	

a: Diğerlerinden farklı b: Birbirinden farklı

Tablo 4.13’de araştırma grubunun aylık gelirine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” alt boyutta aylık geliri düşük olan yaşlıların ortanca puanı aylık geliri orta ve iyi olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek” ve “sosyal katılım”, “yakınlık” alt boyutlarında ve toplam puanda aylık geliri düşük olan yaşlıların ortanca puanı aylık geliri orta ve yüksek olanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Ölüm ve ölmek alt boyutunda aylık geliri düşük olan yaşlılar ile aylık geliri orta olan yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.034$).

Tablo 4.14. Araştırma grubunun çocuk sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Çocuğum yok	6	8-10-17	11.16±3.81	
1-3	18	4-9-20	9.88±4.04	
4-6	92	4-10-20	10.05±3.20	0.568
7-9	161	4-10-20	10.49±2.90	
10 ve üstü	77	4-10-15	10.10±2.33	
Özerklik				
Çocuğum yok	6	7-13-18	12.5±4.37	
1-3	18	4-11-20	11.33±4.45	
4-6 ^c	92	4-13-20	13.14±4.59	0.049
7-9	161	4-12-20	12.18±3.93	
10 ve üstü ^c	77	4-10-20	11.14±4.11	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Çocuğum yok	6	8-13.5-18	12.66±4.08	
1-3	18	7-10-18	11.11±3.04	
4-6 ^b	92	4-13-20	12.39±4.03	0.012
7-9 ^b	161	4-12-20	11.93±3.76	
10 ve üstü ^a	77	4-10-20	10.48±4.08	
Sosyal katılım				
Çocuğum yok	6	8-13.5-20	13.66±5.24	
1-3	18	4-9-20	9.55±4.27	
4-6	92	4-11-20	11.42±4.00	0.034
7-9	161	4-10-20	10.42±4.00	
10 ve üstü	77	4-10-20	10.16±4.16	
Ölüm ve ölmek				
Çocuğum yok	6	4-7.5-16	9.33±5.04	
1-3	18	4-16-20	14.00±5.19	
4-6	92	4-13.5-20	13.21±5.05	0.261
7-9	161	4-12-20	12.79±4.86	
10 ve üstü	77	4-12-20	12.57±4.23	
Yakınlık				
Çocuğum yok ^c	6	10-19-20	17.16±4.02	
1-3	18	5-12-20	12.5±3.83	
4-6	92	4-13-20	13.32±3.94	0.009
7-9	161	4-12-20	12.86±3.96	
10 ve üstü ^c	77	4-12-20	11.57±3.79	
Toplam				
Çocuğum yok	6	58-78-90	76.50±11.25	
1-3	18	45-67-94	68.38±12.57	
4-6 ^c	92	47-73-100	73.55±12.71	0.005
7-9	161	37-70-104	70.69±13.68	
10 ve üstü ^c	77	37-64-105	66.03±16.18	

a: b'den farklı c: Birbirinden farklı

Tablo 4.14'de araştırma grubunun çocuk sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” ve “ölüm ve ölmek” alt boyutlarında ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Özerklik” alt boyutunda 4-6 çocuğu olan yaşlıların ortanca puanı ile 10 ve üstü çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.049$).

“Geçmiş, bugün, gelecek” alt boyutunda 4-6 çocuğu olan yaşlıların ortanca puanı 13, 7-9 çocuğa sahip olanların ortanca puanı 12, 10 ve üstü çocuğa sahip olanları ortanca puanı 10’dur. 10 ve üstü çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanı, 4-6 ve 7-9 çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür (p=0.012). “Yakınlık” alt boyutunda çocuğu olmayan yaşlıların ortanca puanı ile 10 ve üstü çocuğa sahip olanlar arasındaki fark anlamlıdır (p=0.009). Toplam puanda 4-6 çocuğu olan yaşlıların ortanca puanı ile 10 ve üstü çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır (p=0.005).

Tablo 4.15. Araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiye göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Yalnız	22	4-10-17	10.36±3.53	0.871
Eşiyile birlikte	173	4-10-20	10.42±3.05	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	4-10-17	10.09±2.74	
Özerklik				
Yalnız	22	4-13-20	13.45±4.69	0.348
Eşiyile birlikte	173	4-12-20	12.15±4.09	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	4-12-20	12.00±4.28	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Yalnız	22	6-13-20	12.90±4.10	0.196
Eşiyile birlikte	173	4-12-20	11.84±3.71	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	4-11-20	11.38±4.09	
Sosyal katılım				
Yalnız	22	4-10-20	12.00±5.25	0.481
Eşiyile birlikte	173	4-10-20	10.69±4.04	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	4-10-20	10.39±3.97	
Ölüm ve ölmek				
Yalnız	22	4-15-20	14.31±4.95	0.251
Eşiyile birlikte	173	4-14-20	12.94±4.90	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	4-12-20	12.56±4.68	
Yakınlık				
Yalnız	22	4-14.5-20	13.31±4.56	0.152
Eşiyile birlikte	173	4-13-20	13.09±3.73	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	4-12-20	12.30±4.15	
Toplam				
Yalnız	22	53-73.5-104	76.36±15.51	0.120
Eşiyile birlikte	173	42-70-104	71.16±13.23	
Çocuğu veya akrabasıyla	159	37-69-105	68.76±14.69	

Tablo 4.15’de araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiye göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların birlikte yaşadığı kişiye göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Araştırma grubunun sigara kullanımına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Evet	62	4-9.5-20	10.66±3.22	0.609
Hayır	254	4-10-17	10.09±2.77	
Bıraktım	38	4-10-20	10.84±3.50	
Özerklik				
Evet	62	5-12-20	12.77±4.08	0.215
Hayır	254	4-12-20	11.95±4.27	
Bıraktım	38	4-12.5-20	12.63±4.06	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Evet	62	4-12-20	12.16±3.71	0.256
Hayır	254	4-11-20	11.50±3.93	
Bıraktım	38	4-12-19	12.31±4.17	
Sosyal katılım				
Evet	62	5-10-20	11.14±3.84	0.557
Hayır	254	4-10-20	10.52±4.15	
Bıraktım	38	4-10-20	10.57±4.20	
Ölüm ve ölmek				
Evet	62	6-12-20	12.56±4.41	0.467
Hayır	254	4-12-20	12.82±4.83	
Bıraktım	38	4-15.5-20	13.55±5.34	
Yakınlık				
Evet	62	6-12-20	12.98±3.25	0.490
Hayır	254	4-12-20	12.58±4.10	
Bıraktım	38	4-13-20	13.55±4.24	
Toplam				
Evet	62	46-71-100	72.29±13.13	0.214
Hayır	254	37-69-105	69.48±14.10	
Bıraktım	38	42-71.5-102	73.47±15.54	

Tablo 4.16’da araştırma grubunun sigara kullanımına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların sigara kullanımına göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Araştırma grubunun kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Yok ^a	72	4-9-17	9.58±2.65	0.008
1 adet	110	4-10-17	9.83±2.95	
2 adet	109	4-10-17	10.66±2.72	
3 ve üzeri ^a	63	5-11-20	11.15±3.34	
Özerklik				
Yok	72	4-11.5-20	12.06±3.99	0.987
1 adet	110	4-12-20	12.23±4.56	
2 adet	109	4-12-20	12.19±4.01	
3 ve üzeri	63	4-12-20	12.12±4.30	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Yok	72	4-11-20	11.65±3.48	0.497
1 adet	110	4-12-20	11.64±4.08	
2 adet	109	4-12-20	12.09±3.90	
3 ve üzeri	63	5-11-20	11.20±4.17	
Sosyal katılım				
Yok	72	4-11-20	11.55±4.24	0.276
1 adet	110	4-10-20	10.58±4.24	
2 adet	109	4-10-18	10.30±3.59	
3 ve üzeri	63	4-10-20	10.28±4.44	
Ölüm ve ölmek				
Yok	72	4-12.5-20	13.09±4.35	0.410
1 adet	110	4-13.5-20	13.26±4.90	
2 adet	109	4-12-20	12.19±5.00	
3 ve üzeri	63	4-14-20	13.03±4.79	
Yakınlık				
Yok	72	5-12-20	12.81±3.73	0.798
1 adet	110	4-13-20	12.98±4.19	
2 adet	109	4-12-20	12.70±3.87	
3 ve üzeri	63	4-12-20	12.38±4.15	
Toplam				
Yok	72	39-69.5-104	70.77±14.58	0.994
1 adet	110	39-70-105	70.54±14.60	
2 adet	109	37-70-100	70.14±12.99	
3 ve üzeri	63	42-70-101	70.19±15.02	

a: Birbirinden farklı

Tablo 4.17’de araştırma grubunun kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların kronik hastalık sayısına göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta kronik hastalığı olmayan yaşlıların ortanca puanı ile 3 adet ve üzeri kronik hastalığı olanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.008$).

Tablo 4.18. Araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Yok ^a	77	4-9-16	9.44±2.51	0.025
1 adet	57	4-10-17	9.98±2.83	
2 adet	77	4-10-20	10.36±2.88	
3 adet	41	4-10-17	10.19±3.43	
4 adet ^a	37	7-11-20	11.32±2.75	
5 ve üzeri	65	5-10-18	10.86±3.15	
Özerklik				
Yok	77	4-11-20	11.75±3.87	0.446
1 adet	57	4-12-20	12.35±4.40	
2 adet	77	4-12-20	12.54±4.39	
3 adet	41	5-11-20	11.82±4.34	
4 adet	37	4-11-20	11.37±3.93	
5 ve üzeri	65	4-13-20	12.72±4.35	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Yok	77	6-11-20	11.42±3.44	0.281
1 adet	57	4-11-20	10.84±3.85	
2 adet	77	4-12-20	12.25±4.03	
3 adet	41	6-11-18	11.65±3.75	
4 adet	37	4-11-18	11.27±3.78	
5 ve üzeri	65	4-12-20	12.41±4.45	
Sosyal katılım				
Yok	77	4-10-20	11.12±4.03	0.482
1 adet	57	4-10-20	10.47±4.25	
2 adet	77	4-10-20	11.03±3.98	
3 adet	41	4-10-20	10.56±3.99	
4 adet	37	4-9-18	9.62±3.70	
5 ve üzeri	65	4-10-20	10.36±4.48	
Ölüm ve ölmek				
Yok	77	4-15-20	13.35±4.45	0.451
1 adet	57	4-14-20	13.33±4.66	
2 adet	77	4-12-20	12.11±4.88	
3 adet	41	4-12-20	11.95±4.93	
4 adet	37	5-15-20	13.43±5.30	
5 ve üzeri	65	4-15-20	12.98±4.89	
Yakınlık				
Yok	77	4-12-20	12.49±3.69	0.130
1 adet	57	4-12-20	12.36±4.07	
2 adet	77	4-12-20	12.81±4.18	
3 adet	41	4-12-20	12.26±4.38	
4 adet	37	6-12-20	12.16±3.23	
5 ve üzeri	65	4-14-20	13.98±4.02	
Toplam				
Yok	77	39-68-104	69.59±14.51	0.564
1 adet	57	41-69-104	69.35±14.04	
2 adet	77	44-71-105	71.14±14.44	
3 adet	41	37-67-98	68.46±14.22	
4 adet	37	37-69-95	69.18±12.54	
5 ve üzeri	65	44-74-101	73.33±14.26	

a: Birbirinden farklı

Tablo 4.18’de araştırma grubunun sürekli kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların sürekli kullanılan ilaç sayısına göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta ilaç kullanmayan yaşlıların ortanca puanı ile 4 adet ilaç kullananların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.025$).

Tablo 4.19. Araştırma grubunun sağlık güvence durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Var	310	4-10-20	10.24±2.96	0.842
Yok	44	6-10-20	10.45±2.88	
Özerklik				
Var	310	4-12-20	12.31±4.18	0.100
Yok	44	4-10-20	11.15±4.41	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Var	310	4-12-20	11.94±3.85	0.003
Yok	44	4-9-18	10.04±4.03	
Sosyal katılım				
Var	310	4-10-20	10.78±4.10	0.097
Yok	44	4-9.5-18	9.63±4.01	
Ölüm ve ölmek				
Var	310	4-13.5-20	12.95±4.86	0.274
Yok	44	4-12-20	12.18±4.38	
Yakınlık				
Var	310	4-12-20	12.83±4.04	0.299
Yok	44	5-12-20	12.20±3.59	
Toplam				
Var	310	37-70-105	71.07±13.97	0.022
Yok	44	37-64-93	65.68±14.55	

Tablo 4.19’da araştırma grubunun sağlık güvence durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların sağlık güvence durumuna göre “duyusal”, “özerklik”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek” ve “yakınlık” alt boyutlar ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Geçmiş, bugün, gelecek” alt boyut ve toplam puanda sağlık güvencesi olanların ortanca puanı sağlık güvencesi olmayan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.20. Araştırma grubunun cihaz kullanımına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Evet	55	5-10-20	11.00±3.09	0.076
Hayır	299	4-10-20	10.14±2.90	
Özerklik				
Evet	55	4-14-20	13.18±4.71	0.056
Hayır	299	4-12-20	11.98±4.10	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Evet	55	5-12-20	12.27±3.99	0.250
Hayır	299	4-12-20	11.60±3.90	
Sosyal katılım				
Evet	55	4-10-20	11.10±4.72	0.410
Hayır	299	4-10-20	10.55±3.98	
Ölüm ve ölmek				
Evet	55	4-14-20	13.29±5.09	0.382
Hayır	299	4-12-20	12.77±4.76	
Yakınlık				
Evet	55	4-12-20	13.40±4.58	0.386
Hayır	299	4-12-20	12.63±3.86	
Toplam				
Evet	55	42-74-105	74.25±14.91	0.045
Hayır	299	37-70-104	69.69±13.90	

Tablo 4.20’de araştırma grubunun cihaz kullanımına göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların cihaz kullanımına göre tüm alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Toplam puanda cihaz kullananların ortanca puanı cihaz kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0.045$).

Tablo 4.21. Araştırma grubunun beslenme düzenine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Düzenli	232	4-10-17	9.81±2.78	< 0.001
Düzensiz	122	4-11-20	11.14±3.06	
Özerklik				
Düzenli	232	4-13-20	12.81±4.14	< 0.001
Düzensiz	122	4-10-20	10.94±4.10	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Düzenli	232	4-12-20	12.15±3.81	0.002
Düzensiz	122	4-10-20	10.84±3.99	
Sosyal katılım				
Düzenli	232	4-10-20	10.96±4.13	0.032
Düzensiz	122	4-10-20	10.02±3.99	
Ölüm ve ölmek				
Düzenli	232	4-14-20	13.28±4.86	0.015
Düzensiz	122	4-12-20	12.04±4.60	
Yakınlık				
Düzenli	232	4-13-20	13.39±3.85	< 0.001
Düzensiz	122	4-12-20	11.54±3.98	
Toplam				
Düzenli	232	41-71-104	72.43±13.27	< 0.001
Düzensiz	122	37-65-105	66.54±14.97	

Tablo 4.21’de araştırma grubunun beslenme düzenine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların beslenme düzenine göre “duyusal” alt boyutta düzenli beslenenlerin ortanca puanı düzensiz beslenenlerden anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam puanda düzenli beslenenlerin ortanca puanı düzensiz beslenenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). “Sosyal katılım” alt boyutunda düzenli beslenenlerin ortanca puanı 10, düzensiz beslenenlerin ortanca puanı 10 olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.032$).

Tablo 4.22. Araştırma grubunun sağlığını değerlendirme durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
İyi ^a	41	4-9-13	8.68±1.98	
Orta ^a	227	4-10-17	10.01±2.79	< 0.001
Kötü ^a	86	4-11-20	11.72±3.14	
Özerklik				
İyi	41	4-14-20	13.82±4.91	
Orta	227	4-12-20	12.61±3.73	< 0.001
Kötü ^b	86	4-9-20	10.20±4.45	
Geçmiş, bugün, gelecek				
İyi	41	4-13-20	13.24±4.19	
Orta	227	5-12-20	12.23±3.64	< 0.001
Kötü ^b	86	4-8.5-20	9.56±3.70	
Sosyal katılım				
İyi	41	4-11-20	12.58±4.16	
Orta	227	4-10-20	11.29±3.87	< 0.001
Kötü ^b	86	4-8-18	8.00±3.44	
Ölüm ve ölmek				
İyi	41	4-16-20	14.14±4.71	
Orta	227	4-13-20	12.85±4.61	0.125
Kötü	86	4-12-20	12.25±5.28	
Yakınlık				
İyi	41	5-15-20	14.53±3.78	
Orta	227	4-13-20	13.08±3.91	< 0.001
Kötü ^b	86	4-11-19	11.03±3.71	
Toplam				
İyi ^a	41	50-75-104	77.02±15.40	
Orta	227	42-72-105	72.09±13.09	< 0.001
Kötü ^a	86	37-60.5-98	62.79±13.25	

a: Birbirinden farklı b:Diğerlerinden farklı

Tablo 4.22’de araştırma grubunun sağlığını değerlendirme durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların sağlığını değerlendirme durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyut ortanca puanları arasında fark yoktur (p=0.125). “Duyusal” alt boyutunda sağlığını iyi olarak değerlendiren yaşlıların ortanca puanı 9, orta olarak değerlendirenlerin ortanca puanı 10, kötü olarak değerlendirenlerin ortanca puanı 11 olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır (p<0.001). “Özerklik” , “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım” ve “yakınlık” alt boyutlarında sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin ortanca puanı iyi ve orta olarak değerlendirenlerden anlamlı olarak düşüktür (p<0.001). Toplam puanda sağlığını iyi olarak değerlendiren yaşlılar ile kötü olarak değerlendiren yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır (p<0.001).

Tablo 4.23. Araştırma grubunun ağrı durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Var	236	4-10-20	10.55±3.05	0.024
Yok	118	4-9-17	9.70±2.65	
Özerklik				
Var	236	4-12-20	11.91±4.38	0.048
Yok	118	4-13-20	12.67±3.84	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Var	236	4-11-20	11.20±3.98	< 0.001
Yok	118	4-13-20	12.71±3.60	
Sosyal katılım				
Var	236	4-9-20	10.14±4.16	< 0.001
Yok	118	4-11-20	11.62±3.80	
Ölüm ve ölmek				
Var	236	4-12-20	12.44±4.88	0.025
Yok	118	4-15-20	13.69±4.55	
Yakınlık				
Var	236	4-12-20	12.46±4.18	0.073
Yok	118	5-13-20	13.33±3.51	
Toplam				
Var	236	37-67-105	68.73±14.46	< 0.001
Yok	118	37-74-102	73.75±12.89	

Tablo 4.23’de araştırma grubunun ağrı durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” alt boyutunda ağrısı olan yaşlıların ortanca puanı ağrısı olmayan yaşlılardan anlamlı olarak yüksektir (p=0.024). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam puanda ağrısı olan yaşlıların ortanca puanı ağrısı olmayanlardan anlamlı olarak düşüktür (p<0.05).

Tablo 4.24. Araştırma grubunun uyku düzenine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Düzenli	167	4-9-17	9.82±2.87	0.020
Düzensiz	187	4-10-20	10.67±2.96	
Özerklik				
Düzenli	167	4-12-20	12.38±3.85	0.264
Düzensiz	187	4-12-20	11.97±4.52	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Düzenli	167	5-12-20	11.82±3.57	0.519
Düzensiz	187	4-12-20	11.59±4.21	
Sosyal katılım				
Düzenli	167	4-10-20	10.67±3.87	0.640
Düzensiz	187	4-10-20	10.61±4.30	
Ölüm ve ölmek				
Düzenli	167	4-14-20	13.13±4.63	0.360
Düzensiz	187	4-12-20	12.60±4.96	
Yakınlık				
Düzenli	167	4-12-20	12.77±3.375	0.838
Düzensiz	187	4-12-20	12.73±4.20	
Toplam				
Düzenli	167	39-70-104	70.62±12.77	0.862
Düzensiz	187	37-70-105	70.20±15.29	

Tablo 4.24’de araştırma grubunun uyku düzenine göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda uyku düzenine göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplamda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta uykusu düzenli olan yaşlıların ortanca puanı uykusu düzensiz olanlara göre anlamlı olarak düşüktür ($p=0.020$).

Tablo 4.25. Araştırma grubunun fizik aktivite durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Evet	154	5-9-17	9.81±2.24	0.016
Hayır	200	4-10-20	10.62±3.35	
Özerklik				
Evet	154	4-13-20	13.03±4.14	0.001
Hayır	200	4-11.5-20	11.50±4.17	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Evet	154	4-12-20	12.38±3.84	0.004
Hayır	200	4-11-20	11.18±3.91	
Sosyal katılım				
Evet	154	4-11-20	11.70±3.77	< 0.001
Hayır	200	4-9-20	9.82±4.16	
Ölüm ve ölmek				
Evet	154	4-14.5-20	13.48±4.64	0.042
Hayır	200	4-12-20	12.37±4.89	
Yakınlık				
Evet	154	4-13-20	13.53±3.97	0.004
Hayır	200	4-12-20	12.15±3.90	
Toplam				
Evet	154	42-73-105	73.97±14.28	< 0.001
Hayır	200	37-67.5-104	67.66±13.43	

Tablo 4.25’de araştırma grubunun fizik aktivite durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların “duyusal” boyutta fizik aktivite yapan yaşlıların ortanca puanı fizik aktivite yapmayanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0.016$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” ve toplam puanda fizik aktivite yapan yaşlıların ortanca puanları fizik aktivite yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.26. Araştırma grubunun boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Evet	99	4-9-15	9.36±2.32	< 0.001
Hayır	255	4-10-20	10.62±3.09	
Özerklik				
Evet	99	4-13-20	13.29±4.20	0.003
Hayır	255	4-12-20	11.73±4.15	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Evet	99	5-13-20	12.81±3.55	< 0.001
Hayır	255	4-11-20	11.27±3.98	
Sosyal katılım				
Evet	99	4-12-20	12.34±3.87	< 0.001
Hayır	255	4-10-20	9.98±4.00	
Ölüm ve ölmek				
Evet	99	4-14-20	13.03±4.60	0.743
Hayır	255	4-12-20	12.79±4.89	
Yakınlık				
Evet	99	4-13-20	13.37±3.46	0.050
Hayır	255	4-12-20	12.51±4.15	
Toplam				
Evet	99	41-74-104	74.22±12.62	0.001
Hayır	255	37-68-105	68.92±14.44	

Tablo 4.26’da araştırma grubunun boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyutunda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.743$). “Duyusal” alt boyutta boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların ortanca puanı boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık” ve toplam puanda boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların ortanca puanı boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.27. Araştırma grubunun cep telefonu kullanma durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Evet	215	4-9-17	9.63±2.64	< 0.001
Hayır	139	4-11-20	11.25±3.12	
Özerklik				
Evet	215	4-13-20	12.98±4.21	< 0.001
Hayır	139	4-10-20	10.90±3.92	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Evet	215	4-12-20	12.41±3.82	< 0.001
Hayır	139	4-10-20	10.61±3.84	
Sosyal katılım				
Evet	215	4-11-20	11.60±4.01	< 0.001
Hayır	139	4-9-20	9.14±3.78	
Ölüm ve ölmek				
Evet	215	4-14-20	13.22±4.72	0.088
Hayır	139	4-12-20	12.29±4.89	
Yakınlık				
Evet	215	4-13-20	13.34±3.81	0.001
Hayır	139	4-12-20	11.84±4.09	
Toplam				
Evet	215	39-72-104	73.21±13.60	< 0.001
Hayır	139	37-65-105	66.06±13.90	

Tablo 4.27’de araştırma grubunun cep telefonu kullanma durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda cep telefonu kullanma durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyutunda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.088$). “Duyusal” alt boyutta cep telefonu kullanan yaşlıların ortanca puanı cep telefonu kullanmayan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık” ve toplam puanda cep telefonu kullanan yaşlıların ortanca puanı cep telefonu kullanmayan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.28. Araştırma grubunun bağımsızlık durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Bağımlı	98	6-11.5-20	11.79±3.10	< 0.001
Bağımsız	256	4-9-17	9.69±2.67	
Özerklik				
Bağımlı	98	4-8.5-20	9.46±3.64	< 0.001
Bağımsız	256	4-13-20	13.20±3.96	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Bağımlı	98	4-9-20	9.65±3.68	< 0.001
Bağımsız	256	4-12-20	12.49±3.72	
Sosyal katılım				
Bağımlı	98	4-7-18	7.73±3.11	< 0.001
Bağımsız	256	4-11-20	11.75±3.89	
Ölüm ve ölmek				
Bağımlı	98	4-12-20	12.15±4.82	0.070
Bağımsız	256	4-14-20	13.12±4.78	
Yakınlık				
Bağımlı	98	4-11-20	10.48±4.23	< 0.001
Bağımsız	256	4-13-20	13.62±3.53	
Toplam				
Bağımlı	98	37-60-99	61.29±13.12	< 0.001
Bağımsız	256	45-73-105	73.89±12.93	

Tablo 4.28’de araştırma grubunun bağımsızlık durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda bağımsızlık durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyutunda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.070$). “Duyusal” alt boyutta bağımlı yaşlıların ortanca puanı bağımsız yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık” ve toplam puanda bağımlı yaşlıların ortanca puanları bağımsız olanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$).

Tablo 4.29. Araştırma grubunun depresyon durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD ve alt boyut puanları	n	Min-Ortanca-Max	Ortalama±SS	p
Duyusal				
Depresyon yok	111	4-9-17	9.17±2.03	
Olası depresyon	48	4-9.5-17	9.45±2.80	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	4-11-20	11.10±3.16	
Özerklik				
Depresyon yok	111	4-13-20	13.33±4.09	
Olası depresyon	48	7-12.5-20	13.06±4.12	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	4-11-20	11.28±4.13	
Geçmiş, bugün, gelecek				
Depresyon yok	111	4-13-20	13.18±3.72	
Olası depresyon	48	5-12-20	13.00±3.92	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	4-10-20	10.54±3.66	
Sosyal katılım				
Depresyon yok	111	4-12-20	12.39±3.64	
Olası depresyon	48	4-10-20	11.66±3.95	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	4-9-20	9.38±3.96	
Ölüm ve ölmek				
Depresyon yok	111	4-15-20	14.18±4.49	
Olası depresyon	48	4-14.5-20	13.58±5.07	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	4-12-20	11.92±4.73	
Yakınlık				
Depresyon yok	111	4-14-20	14.45±3.86	
Olası depresyon	48	6-12.5-20	13.47±3.85	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	4-12-20	11.61±3.81	
Toplam				
Depresyon yok	111	48-77-105	76.72±14.02	
Olası depresyon	48	54-73-103	74.25±12.33	< 0.001
Kesin depresyon ^a	195	37-65-101	65.86±12.93	

a:Diğerlerinden farklı

Tablo 4.29’da araştırma grubunun depresyon durumuna göre WHOQOL-OLD ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” alt boyutta kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların ortanca puanı depresyonu olmayan ve olası depresyon olan yaşlılardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” ve toplam puanda kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların ortanca puanı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$).

Tablo 4.30. Araştırma grubunun yaş grubuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Yaş Grubu	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
65 – 74 ^a	42	18.2	189	81.8	88	100.0	< 0.001
75 – 84 ^a	35	39.8	53	60.2	88	100.0	
85 ve üstü ^a	21	60.0	14	40.0	35	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi a: Birbirinden farklı

Tablo 4.30’da araştırma grubunun yaş grubuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların 65-74 yaş grubunun %18.2’si, 75-84 yaş grubunun %39.8’i, 85 ve üstü yaş grubunun ise %60’ı bağımlı olup tüm gruplar birbirinden farklıdır (p<0.001).

Tablo 4.31. Araştırma grubunun cinsiyete göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Cinsiyet	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Erkek	43	30.1	100	69.9	143	100.0	0.409
Kadın	55	26.1	156	73.9	211	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.31’de araştırma grubunun cinsiyete göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan erkek yaşlıların %30.1’i, kadın yaşlıların %26.1’i bağımlı olup cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur (p=0.409).

Tablo 4.32. Araştırma grubunun medeni durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Medeni Durum	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evli	42	21.1	157	78.9	199	100.0	0.002
Bekar veya eşi ölmüş	56	36.1	99	63.9	155	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.32’de araştırma grubunun medeni durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan evli yaşlıların %21.1’i, bekar veya eşi ölmüş olanların %36.1’i bağımlı olup aralarındaki fark anlamlıdır (p=0.002).

Tablo 4.33. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Okur-yazar değil	73	30.4	167	69.6	240	100.0	0.220
Okur-yazar	15	23.8	48	76.2	63	100.0	
İlkokul ve üstü	10	19.6	41	80.4	51	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.33’de araştırma grubunun eğitim durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlılarda eğitim durumuna göre bağımlılık oranı okur-yazar olmayan yaşlılarda %30.4, okur-yazar olanlarda %23.8, ilkokul ve üstünde eğitim görenlerde ise %19.6 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.220).

Tablo 4.34. Araştırma grubunun aylık gelirine göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Aylık Gelir	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Düşük ^a	46	39.3	71	60.7	117	100.0	0.002
Orta	47	22.9	158	77.1	205	100.0	
İyi	5	15.6	27	84.4	32	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi a:Farkı oluşturan grup

Tablo 4.34’de araştırma grubunun aylık gelirine göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların aylık gelirine göre bağımlılık oranı aylık gelirini düşük olarak ifade eden yaşlılarda %39.3, orta olarak ifade edenlerde %22.9 ve iyi olarak ifade edenlerde %15.6 olup aylık geliri düşük olanlar diğer gruplardan anlamlı olarak farklıdır (p=0.002).

Tablo 4.35. Araştırma grubunun çocuk sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Çocuk Sayısı	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Çocuğu Yok	2	33.3	4	66.7	6	100.0	0.756
1 – 3	6	33.3	12	66.7	18	100.0	
4 – 6	21	22.8	71	77.2	92	100.0	
7 – 9	47	29.2	114	70.8	161	100.0	
10 ve üstü	22	28.6	55	71.4	77	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.35’de araştırma grubunun çocuk sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Bağımlılık oranı çocuğu olmayan yaşlılarda %33.3, 1-3 çocuğu olanlarda %33.3, 4-6 çocuğu olanlarda %22.8, 7-9 çocuğu olanlarda %29.2, 10 ve üstünde çocuğu olanlarda %28.6 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.756)

Tablo 4.36. Araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiye göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Birlikte Yaşadığı Kişi	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Yalnız	5	22.7	17	77.3	122	100.0	0.008
Eşiyle birlikte	36	20.8	137	79.2	173	100.0	
Çocuğu veya akrabasıyla ^a	57	35.8	102	64.2	159	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi a:Farkı oluşturan grup

Tablo 4.36’da araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiye göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Bağımlılık oranı yalnız yaşayanlarda %22.7, eşiyle yaşayanlarda %20.8 ve çocuğu veya akrabasıyla yaşayanlarda %35.8 olup çocuğu veya akrabasıyla yaşayanların bağımlılık oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir (p=0.008).

Tablo 4.37. Araştırma grubunun sigara kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Sigara Kullanımı	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	15	24.2	47	75.8	62	100.0	0.440
Hayır	75	29.5	179	70.5	254	100.0	
Bıraktım	8	21.1	30	78.9	38	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.37’de araştırma grubunun sigara kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Bağımlılık oranı sigara kullananlarda %24.2, sigara kullanmayanlarda %29.5 ve sigarayı bırakmış olanlarda %21.1 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.440).

Tablo 4.38. Araştırma grubunun kronik hastalık sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Kronik Hastalık	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Yok	14	19.4	58	80.6	72	100.0	0.247
1 adet	31	28.2	79	71.8	110	100.0	
2 adet	31	28.4	78	71.6	109	100.0	
3 ve üzeri	22	34.9	41	65.1	63	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.38’de araştırma grubunun kronik hastalık sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Bağımlılık oranı kronik hastalığı olmayanlarda %19.4, 1 adet kronik hastalığı olanlarda %28.2, 2 adet kronik hastalığı olanlarda %28.4, 3 ve üzeri kronik hastalığı olanlarda %34.9 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.247).

Tablo 4.39. Araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Yok	14	18.2	63	81.8	77	100.0	0.430
1	17	29.8	40	70.2	57	100.0	
2	25	32.5	52	67.5	77	100.0	
3	11	26.8	30	73.2	41	100.0	
4	11	29.7	26	70.3	37	100.0	
5 ve üzeri	20	30.8	45	69.2	65	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.39’de araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Bağımlılık oranı sürekli ilaç kullanmayan yaşlılarda %18.2, 1 adet ilaç kullananlarda %29.8, 2 adet ilaç kullananlarda %32.5, 3 adet ilaç kullananlarda %26.8, 4 adet ilaç kullananlarda %29.7, 5 ve üzeri ilaç kullananlarda %30.8 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.430).

Tablo 4.40. Araştırma grubunun sağlık güvence varlığına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Sağlık güvencesi	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Var	83	26.8	227	73.2	310	100.0	0.310
Yok	15	34.1	29	65.9	44	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.40’da araştırma grubunun sağlık güvence varlığına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Sağlık güvencesi olan yaşlıların %26.8’i, sağlık güvencesi olmayanların ise %34.1’i bağımlı olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.310).

Tablo 4.41. Araştırma grubunun cihaz kullanma durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Cihaz kullanma	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	17	30.9	38	69.1	55	100.0	0.561
Hayır	81	27.1	218	72.9	299	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.41’de araştırma grubunun cihaz kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Bağımlılık oranı cihaz kullananlarda %30.9 kullanmayanlarda %27.1 olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.561$).

Tablo 4.42. Araştırma grubunun beslenme şekline göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Beslenme Şekli	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Düzenli	51	22.0	181	78.0	232	100.0	0.001
Düzensiz	47	38.5	75	61.5	122	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.42’de araştırma grubunun beslenme şekline göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Düzenli beslenen yaşlıların %22’si düzensiz beslenen yaşlıların %38.5’i bağımlı olup düzensiz beslenen yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$).

Tablo 4.43. Araştırma grubunun sağlığını değerlendirme durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Sağlığını Değerlendirme	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
İyi	4	9.8	37	90.2	41	100.0	< 0.001
Orta	52	22.9	175	77.1	227	100.0	
Kötü ^a	42	48.8	44	51.2	86	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi a:Farklı oluşturan grup

Tablo 4.43’de araştırma grubunun sağlığını değerlendirme durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin %9.8’i, orta olarak değerlendirenlerin %22.9’u, kötü olarak değerlendirenlerin %48.8’i bağımlı olup sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin bağımlılık oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 4.44. Araştırma grubunun ağrı durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Ağrı Durumu	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	75	31.8	161	68.2	236	100.0	0.015
Hayır	23	19.5	95	80.5	118	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.44’de araştırma grubunun ağrı durumuna göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Ağrısı olan yaşlıların %31.8’i, ağrısı olmayan yaşlıların %19.5’i bağımlı olup ağrısı olan yaşlıların bağımlılık oranı ağrısı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.015$).

Tablo 4.45. Araştırma grubunun uyku düzenine göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Uyku Düzeni	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Düzenli	34	20.4	133	79.6	167	100.0	0.004
Düzensiz	64	34.2	123	65.8	187	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.45’de araştırma grubunun uyku düzenine göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Uykusu düzenli olan yaşlıların %20.4’ü, uykusu düzensiz olan yaşlıların %34.2’si bağımlı olup uykusu düzensiz olan yaşlıların bağımlılık oranı uykusu düzenli olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.004$).

Tablo 4.46. Araştırma grubunun fizik aktivite ile bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Fizik aktivite	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	22	14.3	132	85.7	154	100.0	< 0.001
Hayır	76	38.0	124	62.0	200	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.46’da araştırma grubunun fizik aktivite ile bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Fizik aktivite yapan yaşlılarda bağımlılık oranı %14.3, fizik aktivite yapmayan yaşlılarda %38 olup fizik aktivite yapmayan yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 4.47. Araştırma grubunun boş vakit değerlendirme ile bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Boş vakit değerlendirme	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	15	15.2	84	84.8	99	100.0	0.001
Hayır	83	32.5	172	67.5	255	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.47’de araştırma grubunun boş vakit değerlendirme ile bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların %15.2’si, boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların %32.5’i bağımlı olup boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$).

Tablo 4.48. Araştırma grubunun cep telefonu kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Cep Telefonu Kullanımı	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	42	19.5	173	80.5	215	100.0	< 0.001
Hayır	56	40.3	83	59.7	139	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.48’de araştırma grubunun cep telefonu kullanımına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Cep telefonu kullanan yaşlıların %19.5’i, cep telefonu kullanmayan yaşlıların %40.3’ü bağımlı olup cep telefonu kullanmayan yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 4.49. Araştırma grubunun depresyon sınıflamasına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması

Depresyon Sınıflaması	Bağımlı		Bağımsız		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Depresyon yok ^a	13	11.7	98	88.3	111	100.0	< 0.001
Olası depresyon ^a	9	18.8	39	81.2	48	100.0	
Kesin depresyon ^a	76	39.0	119	61.0	195	100.0	
Toplam	98	27.7	256	72.3	354	100.0	

* Satır yüzdesi a: Birbirinden farklı

Tablo 4.49’da araştırma grubunun depresyon sınıflamasına göre bağımsızlık durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Depresyonu olmayan yaşlıların %11.7’si, olası depresyonu olan yaşlıların %18.8’i, kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların %39’u bağımlı olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır ($p < 0.001$).

Tablo 4.50. Araştırma grubunun yaş grubuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Yaş grubu	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
65-74 ^a	87	37.6	35	15.2	109	47.2	231	100.0	0.001
75-84 ^a	20	22.7	10	11.4	58	65.9	88	100.0	
85 ve üstü ^a	4	11.4	3	8.6	28	80.0	35	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a: Birbirinden farklı

Tablo 4.50’de araştırma grubunun yaş grubuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. 65-74 yaş grubunun %47.2’si, 75-84 yaş grubunun %65.9’u, 85 yaş ve üstü grubun %80.0’i kesin depresyon düzeyinde olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır (p=0.001).

Tablo 4.51. Araştırma grubunun cinsiyete göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Cinsiyet	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Erkek	57	39.8	20	14.0	66	46.2	143	100.0	0.011
Kadın	54	25.6	28	13.3	129	61.1	211	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.51’de araştırma grubunun cinsiyete göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Erkeklerin %46.2’si, kadınların %61.1’i kesin depresyon düzeyinde olup kadınların kesin depresyon oranı erkeklere göre anlamlı olarak yüksektir (p=0.011).

Tablo 4.52. Araştırma grubunun medeni duruma göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Medeni Durum	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evli	68	34.1	24	12.1	107	53.8	199	100.0	0.360
Bekar veya eşi ölmüş	43	27.7	24	15.5	88	56.8	155	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yzdesi

Tablo 4.52’de araştırma grubunun medeni duruma göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Evli yaşlıların %53.8’i, bekar veya eşi ölmüş yaşlıların %56.8’i kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.360).

Tablo 4.53. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Okur-yazar	61	25.4	36	15.0	143	59.6	240	100.0	0.008
değil	25	39.7	6	9.5	32	50.8	63	100.0	
İlkokul ve üstü ^a	25	49.0	6	11.8	20	39.2	51	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a:Farklı oluşturan grup

Tablo 4.53’de araştırma grubunun eğitim durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Okur-yazar olmayan yaşlıların %59.6’sı, okur-yazar olanların %50.8’i, ilkokul ve üstü eğitim görenlerin %39.2’si kesin depresyon düzeyinde olup ilkokul ve üstü eğitim görenlerin kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür (p=0.008).

Tablo 4.54. Araştırma grubunun aylık gelir düzeyine göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Aylık Gelir Düzeyi	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
	Düşük ^a	23	19.7	15	12.8	79	67.5	117	
Orta	75	36.5	28	13.7	102	49.8	205	100.0	
İyi	13	40.6	5	15.6	14	43.8	32	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a: Farkı oluşturan grup

Tablo 4.54’de araştırma grubunun aylık gelir düzeyine göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Aylık geliri düşük olan yaşlıların %67.5’i, aylık geliri orta olan yaşlıların %49.8’i, aylık geliri iyi olan yaşlıların %43.8’i bağımlı olup aylık geliri düşük olan yaşlıların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir (p=0.008).

Tablo 4.55. Araştırma grubunun çocuk sayısı ile depresyon oranının karşılaştırılması

Çocuk Sayısı	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
	Çocuğu Yok	2	33.3	1	16.7	3	50.0	6	
1 – 3	6	33.3	3	16.7	9	50.0	18	100.0	
4 – 6	35	38.0	11	12.0	46	50.0	92	100.0	
7 – 9	45	28.0	21	13.0	95	59.0	161	100.0	
10 ve üzeri	23	29.9	12	15.6	42	54.5	77	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.55’de araştırma grubunun çocuk sayısı ile depresyon oranının karşılaştırılması sunulmuştur. Çocuğu olmayan yaşlıların %50’si, 1-3 çocuğu olanların %50’si, 4-6 çocuğu olanların %50’si, 7-9 çocuğu olanların %59’u, 10 ve üzeri çocuğu olanların %54.5’i kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.835).

Tablo 4.56. Araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiler ile depresyon durumunun karşılaştırılması

Birlikte Yaşadığı Kişiler	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Yalnız	6	27.3	4	18.2	12	54.5	22	100.0	0.449
Eşyle birlikte	61	35.2	19	11.0	93	53.8	173	100.0	
Çocuğu veya akrabasıyla	44	27.7	25	15.7	90	56.6	159	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.56’da araştırma grubunun birlikte yaşadığı kişiler ile depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Yalnız yaşayan yaşlıların %54.5’i, eşyle birlikte yaşayanların %53.8’i ve çocuğu veya akrabasıyla yaşayanların %56.6’sı kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.449).

Tablo 4.57. Araştırma grubunun sigara kullanıma durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Sigara Kullanma Durumu	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	26	41.9	6	9.7	30	48.4	62	100.0	0.018
Hayır	67	26.4	36	14.2	151	59.4	254	100.0	
Bıraktım ^a	18	47.4	6	15.8	14	36.8	38	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a:Farklı oluşturan grup

Tablo 4.57’de araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Sigara kullanan yaşlıların %48.4’ü, sigara kullanmayan yaşlıların %59.4’ü, sigarayı bırakmış yaşlıların %36.8’i kesin depresyon düzeyinde olup sigarayı bırakmış yaşlıların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür (p=0.018).

Tablo 4.58. Araştırma grubunun kronik hastalık sayısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması

Kronik Hastalık	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
	Yok ^a	39	54.1	4	5.6	29	40.3	72	
1 adet	38	34.6	16	14.5	56	50.9	110	100.0	
2 adet	27	24.8	20	18.3	56	50.9	110	100.0	
3 ve üzeri ^b	7	11.1	8	12.7	48	76.2	63	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a,b:Farkı oluşturan gruplar

Tablo 4.58’de araştırma grubunun kronik hastalık sayısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Kronik hastalığı olmayan yaşlıların %40.3’ü, 1 adet kronik hastalığı olan yaşlıların %50.9’u, 2 adet kronik hastalığı olan yaşlıların %50.9’u, 3 ve üzeri kronik hastalığı olan yaşlıların %76.2’si kesin depresyon düzeyindedir. Kronik hastalığı olmayanlarda kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşük, 3 ve üzeri kronik hastalığı olanların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 4.59. Araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması

Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
	Yok ^a	39	50.6	7	9.1	31	40.3	77	
1 adet	19	33.3	9	15.8	29	50.9	57	100.0	
2 adet	26	33.8	8	10.4	43	55.8	77	100.0	
3 adet	11	26.8	8	19.5	22	53.7	41	100.0	
4 adet	4	10.8	9	24.3	24	64.9	37	100.0	
5 ve üzeri	12	18.4	7	10.8	46	70.8	65	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a:Farklı oluşturan grup

Tablo 4.59’da araştırma grubunun sürekli kullanılan ilaç sayısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Sürekli ilaç kullanmayan yaşlıların %40.3’ü, 1 adet ilaç kullanan yaşlıların %50.9’u, 2 adet ilaç kullananların %55.8’i, 3 adet ilaç kullananların %53.7’si, 4 adet ilaç kullananların %64.9’u, 5 ve üzeri ilaç kullananların %70.8’i kesin depresyon düzeyinde olup sürekli ilaç kullanmayan yaşlıların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür (p=0.001).

Tablo 4.60. Araştırma grubunun sağlık güvencesi varlığına göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Sağlık Güvencesi Varlığı	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
	Var	100	32.3	45	14.5	165	53.2	310	
Yok	11	25.0	3	6.8	30	68.2	44	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.60’da araştırma grubunun sağlık güvencesi varlığına göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Sağlık güvencesi olan yaşlıların %53.2’si, sağlık güvencesi olmayan yaşlıların %68.2’si kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.143).

Tablo 4.61. Araştırma grubunun cihaz kullanma durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Cihaz kullanma durumu	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
	Evet	11	20.0	13	23.6	31	56.4	55	
Hayır	100	33.5	35	11.7	164	54.8	299	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.61’de araştırma grubunun cihaz kullanma durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Cihaz kullanan yaşlıların %56.4’ü, cihaz

kullanmayan yaşlıların %54.8'i kesin depresyon düzeyinde olup cihaz kullananların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir (p=0.023).

Tablo 4.62. Araştırma grubunun beslenme şekline göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Beslenme Şekli	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Düzenli	88	37.9	34	14.7	110	47.4	232	100.0	< 0.001
Düzensiz	23	18.9	14	11.4	85	69.7	122	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.62'de araştırma grubunun beslenme şekline göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Düzenli beslenen yaşlıların %47.4'si, düzensiz beslenenlerin %69.7'si kesin depresyon düzeyinde olup düzensiz beslenen yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir (p<0.001).

Tablo 4.63. Araştırma grubunun sağlık değerlendirmesine göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Sağlık Değerlendirmesi	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
İyi ^a	23	56.1	6	14.6	12	29.3	41	100.0	< 0.001
Orta ^a	78	34.4	37	16.3	112	49.3	227	100.0	
Kötü ^a	10	11.6	5	5.8	71	82.6	86	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi a: Birbirinden farklı

Tablo 4.63'de araştırma grubunun sağlık değerlendirmesine göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren yaşlıların %29.3'ü, orta olarak değerlendirenlerin %49.3'ü, kötü olarak değerlendirenlerin %82.6'sı kesin depresyon düzeyinde olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır (p<0.001).

Tablo 4.64. Araştırma grubunun ağrı durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Ağrı	Depresyon		Olası		Kesin		Toplam		p
	yok		depresyon		depresyon				
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Var	57	24.2	31	13.1	148	62.7	236	100.0	< 0.001
Yok	54	45.8	17	14.4	47	39.8	118	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.64’de araştırma grubunun ağrı durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Ağrısı olan yaşlıların %62.7’si, ağrısı olmayanların %39.8’i kesin depresyon düzeyinde olup ağrısı olan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 4.65. Araştırma grubunun uyku düzenine göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Uyku Düzeni	Depresyon		Olası		Kesin		Toplam		p
	yok		depresyon		depresyon				
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Düzenli	70	41.9	22	13.2	75	44.9	167	100.0	< 0.001
Düzensiz	41	21.9	26	13.9	120	64.2	187	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.65’de araştırma grubunun uyku düzenine göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Uykusu düzenli olan yaşlıların %44.9’u, düzensiz olanlarda %64.2’si kesin depresyon düzeyinde olup uykusu düzensiz olan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 4.66. Araştırma grubunun fizik aktivite durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması

Fizik Aktivite	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	66	42.9	23	14.9	65	42.2	154	100.0	< 0.001
Hayır	45	22.5	25	12.5	130	65.0	200	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.66’da araştırma grubunun fizik aktivite durumuna göre depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Fizik aktivite yapan yaşlıların %42.2’si, yapmayanların %65’i kesin depresyon düzeyinde olup fizik aktivite yapmayan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 4.67. Araştırma grubunun boş vakitlerini değerlendirme durumu ile depresyon durumunun karşılaştırılması

Boş Vakit Değerlendirme	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	46	46.5	20	20.2	33	33.3	99	100.0	< 0.001
Hayır	65	25.5	28	11.0	162	63.5	255	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.67’de araştırma grubunun boş vakitlerini değerlendirme durumu ile depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların %33.3’ü, boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların %63.5’i kesin depresyon düzeyinde olup boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 4.68. Araştırma grubunun cep telefonu kullanma durumu ile depresyon durumunun karşılaştırılması

Cep Telefonu Kullanımı	Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam	p	
	n	%*	n	%*	n	%*	n		%*
Evet	86	40.0	33	15.3	96	44.7	215	100.0	< 0.001
Hayır	25	18.0	15	10.8	99	71.2	139	100.0	
Toplam	111	31.4	48	13.5	195	55.1	354	100.0	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.68’de araştırma grubunun cep telefonu kullanma durumu ile depresyon durumunun karşılaştırılması sunulmuştur. Cep telefonu kullanan yaşlıların %44.7’si, cep telefonu kullanmayan yaşlıların %71.2’si kesin depresyon düzeyinde olup cep telefonu kullanmayan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi, depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyleri ve ilişkili faktörler araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Çalışmaya Katılan Yaşlılarda Sosyo-demografik ve Çeşitli Değişkenlere Göre WHOQOL-OLD ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş grubuna göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “ölüm ve ölmek” alt boyut ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta ise 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların ortanca puanı 75-84 ve 85 yaş ve üstü yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Sosyal katılım” alt boyutunda 65-74 yaş grubu ile 85 yaş ve üstü yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). “Yakınlık” alt boyutunda ise 65-74 yaş grubu ile 85 yaş ve üstü yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlı olarak yüksektir ($p=0.035$).

Ankara’da 2015 yılında huzurevlerinde yapılan bir araştırmada yaş grupları arasında “duyusal” ve “yakınlık” alt boyutlarında anlamlı ilişki saptanmış olup 75 yaş ve üstünün bu boyutlarda en yüksek ortalamaya sahip olduğu bildirilmektedir (81). Çalışmamızda benzer olarak duyusal boyutta yaş arttıkça ortanca puan artmış ancak bu çalışmanın aksine yakınlık boyutunda yaş arttıkça ortanca puan azalmıştır. Ankara’da huzurevlerinde 2013 yılında yapılan bir başka araştırmada “duyusal” alt boyutta anlamlı ilişki olduğu ancak çalışmamızın aksine “duyusal” boyutta yaş grubu arttıkça puan ortalamalarının azaldığı bildirilmektedir (82). Brezilya’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada araştırmamızın aksine 80 yaş ve üstüne göre daha genç olanların “duyusal” boyut puanları daha yüksek, 60-69 yaş grubunda “sosyal katılım” puanları daha düşük saptanmıştır (83). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda yaş grupları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (50, 84-86). Yaş arttıkça yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir durumdur. Çalışmamızda “duyusal” alt boyutta beklenenin aksine 65-74 yaş grubu düşük ortancaya sahip olup bunun nedeni araştırmaya katılan 75-84 ve 85 yaş üstü yaşlı birey sayısının düşük olması olabilir. Ayrıca 65-74 yaş grubunun yaşlılığa uyum sağlarken duyusal işlevlerle ilgili şikâyetlerinin artması ve bu

nedenle olumsuz cevaplar verdikleri de düşünülebilir. Yakınlık alt boyutunda yaş arttıkça ortanca puan düşmektedir. İleri yaş yaşının kişisel ilişkiler kurmasına engel olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyete göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyut ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta erkek yaşlıların ortanca puanı 10, kadın yaşlıların ortanca puanı 10 olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Samsun’da bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılarda yapılan bir çalışmada “duyusal” ve “ölüm ve ölmek” alt boyutlarında kadınların puan ortalaması erkeklerden anlamlı olarak yüksektir. “Özerklik” ve “geçmiş, bugün, gelecek” alt boyutlarında ise erkeklerin ortalaması kadınlardan anlamlı olarak yüksek olup cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlıdır (84). Ankara’da 2015 yılında huzurevlerinde yapılan çalışmada toplam puan ortalaması, “duyusal”, “sosyal katılım”, “yakınlık” alt boyutlarında kadınların puan ortalaması erkeklerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksektir. “Ölüm ve ölmek” alt boyutunda erkeklerin puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir. (81). Kayseri’de 2013 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada tüm alt boyutlar ve toplam puanda erkeklerin puan ortalaması kadınlardan yüksek olup aralarındaki fark anlamlıdır (87). Ankara’da huzurevlerinde 2013 yılında yapılan çalışmada “özerklik” alt boyutunda erkeklerin puan ortalaması kadınlardan anlamlı olarak yüksektir (82). Brezilya’da 2012 yılında yapılan bir çalışmada “özerklik”, “ölüm ve ölmek” alt boyutlarında erkeklerin puan ortalamaları kadınlardan anlamlı olarak yüksektir (88). Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki farkın anlamlı olmadığını bildiren ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar da mevcuttur (50,85,86). DSÖ erkeklerin yaşam beklentisinin kadınlardan daha kısa olduğunu ancak çoğu ülkede çeşitli sağlık ve sosyal faktörlerin kombinasyonu sonucu daha sonraki yaşamda kadınlar için daha düşük bir yaşam kalitesi oluştuğunu bildirmektedir (89). Çalışma grubundaki kadın erkek sayılarının benzer olmaması nedeniyle bulgularımız literatüre göre farklı olmuş olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların medeni durumuna göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Ankara’da 2013 yılında huzurevlerinde yapılan çalışmamıza paralel olarak yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur (82). Ancak yine Ankara’da huzurevlerinde 2015 yılında yapılan çalışmamızın aksine “sosyal katılım” ve “yakınlık” alt boyutlarında evli yaşlılar evli olmayan yaşlılardan anlamlı olarak yüksek ortalamaya sahip iken, “ölüm ve ölmek” alt boyutunda evli olmayan

yaşlılar evlilerden anlamlı olarak yüksek ortalamaya sahiptir (81). Samsun’da 2016 yılında yapılan araştırmada toplam puan ortalamasında evli yaşlıların puan ortalaması bekarlardan anlamlı olarak yüksektir (84). Ankara’da 2016 yılında yapılan bir araştırmada bekar, boşanmış veya eşi ölmüş yaşlıların toplam puan ortalaması evli yaşlıların toplam puan ortalamasından anlamlı olarak yüksektir (50). Yaşam kalitesi sadece medeni durumdan etkilenen bir durum olmaması nedeniyle çalışmamızda farklılık oluşturmamış olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumuna göre “duyusal” ve “ölüm ve ölmek” alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Özerklik alt boyutunda ilkokul ve üstü eğitime sahip olanların ortanca puanı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). “Geçmiş, bugün, gelecek” alt boyutunda okur-yazar olmayanlar ile ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). “Sosyal katılım” alt boyutunda okur-yazar olmayanlar ile ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). “Yakınlık” alt boyutunda okur-yazar olmayanlar ile ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). Toplam puanda okur- yazar olmayan yaşlıların ortanca puanı 66.5, okur-yazar olanların ortanca puanı 71, ilkokul ve üstü eğitim alan yaşlıların ortanca puanı 80 olup ilkokul ve üstü eğitime sahip olanların ortanca puanı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Çalışmamızla uyumlu olarak, ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanının arttığı ve eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (50,82,90). Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde ise; İzmir’de 2013 yılında bir huzurevinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek” ve toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksektir (85). Avusturya’da 2016 yılında yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (86). Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin artması beklenen bir durumdur (48). Ancak Avusturya’da yapılan çalışmada eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmaması, kültürler arasında farklılık, ülkenin genel olarak eğitim düzeyinin yüksek olması bu nedenle eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilememesi şeklinde açıklanabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” alt boyutta aylık geliri düşük olan yaşlıların ortanca puanı aylık geliri orta ve iyi olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek” ve “sosyal katılım”, “yakınlık” alt

boyutlarında ve toplam puanda aylık geliri düşük olan yaşlıların ortanca puanı aylık geliri orta ve yüksek olanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Ölüm ve ölmek alt boyutunda aylık geliri düşük olan yaşlılar ile aylık geliri orta olan yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.034$).

Çalışmamıza benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada aylık geliri olmayan yaşlıların “özerklik” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının aylık geliri olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu belirtilmektedir (82). Samsun’da bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşlının gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında sadece özerklik alt boyutunda gelir ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlıdır (84). Ankara’da 2016 yılında bir ilçede yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada aylık geliri yüksek olanların yaşam kalitesi ortalaması da anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (50). Gelir durumu, yaşlılarda barınma, beslenme, sağlık bakımına ulaşma gibi önemli yaşam ihtiyaçlarını dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemiş olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda çocuk sayısına göre “duyusal” ve “ölüm ve ölmek” alt boyutlarında ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Özerklik” alt boyutunda 4-6 çocuğu olan yaşlıların ortanca puanı ile 10 ve üstü çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.049$). “Geçmiş, bugün, gelecek” alt boyutunda 4-6 çocuğu olan yaşlıların ortanca puanı 13, 7-9 çocuğa sahip olanların ortanca puanı 12, 10 ve üstü çocuğa sahip olanları ortanca puanı 10’dur. 10 ve üstü çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanı, 4-6 ve 7-9 çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür ($p=0.012$). “Yakınlık” alt boyutunda çocuğu olmayan yaşlıların ortanca puanı ile 10 ve üstü çocuğa sahip olanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.009$). Toplam puanda 4-6 çocuğu olan yaşlıların ortanca puanı ile 10 ve üstü çocuğa sahip olan yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.005$).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada “özerklik” ve “sosyal katılım” alt boyutlarında çocuğu olmayanların yaşam kalitesi puan ortalaması anlamlı olarak yüksek iken, huzurevlerinde yapılan başka bir çalışmada ise tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamasında çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (81,82). Ülkemizde özellikle çalışmamızın yapıldığı bölge kültüründe yaşlılar için çocuk sahibi olmak bir tür resmi olmayan sosyal güvence gibi algılandığından sonuçlar farklılık göstermiş olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların birlikte yaşadığı kişiye göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Benzer şekilde Avusturya’da 2016 yılında yapılan çalışmada yalnız veya birisiyle yaşamak ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı değildir (86). Ancak Muğla’da yapılan Yaşam Kalitesi Kısa Form ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada yalnız yaşamanın yaşlı bireylerde yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Yaşlının eşiyle yaşaması ya da birlikte birileriyle yaşaması hem fiziksel hem ruhsal hem de sosyal ihtiyaçlarının karşılanması veya hayatının düzenli olması açısından önemli olabilir. Çalışmamızda fark çıkmamasının nedeni yalnız yaşayan yaşlı sayısının oldukça az olması olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların sigara kullanımına göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Benzer şekilde ülkemizde ve yurtdışında literatürde bulunan çalışmalarda da sigara kullanma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (50,82,83). Sigara kullanımının başta kanserler olmak üzere zemin hazırladığı hastalıklar nedeniyle yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülmektedir. Ancak çalışmamızda sigara kullanan yaşlı birey sayısının az olması fark çıkmamasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların kronik hastalık sayısına göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta kronik hastalığı olmayan yaşlıların ortanca puanı ile 3 adet ve üzeri kronik hastalığı olanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.008$).

Ankara’da huzurevlerinde 2015 yılında yapılan araştırmada “özerklik” alt boyutunda tanı konulmuş hastalığı bulunmayanların puan ortalamasının tanı konulmuş hastalığı bulunanlara göre puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmektedir (81). Brezilya’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada 5 ve daha fazla hastalığı olanlarda yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmektedir (83). Kronik hastalık sayısının yaşam kalitesini etkilemediğini bildiren Ankara’da ve Samsun’da yapılan çalışmalar mevcuttur. (82,84). Kronik hastalıklar sürekli, tedavi, bakım ve izlem gerektiren, hastane ve evde bakımı kapsayan dolayısıyla yaşam kalitesini düşüren uzun süreli önemli sağlık sorunlarıdır. Ankara’daki çalışmada fark çıkmamasının nedeni çalışmanın huzurevlerinde yapılmış olması dolayısıyla bakım ve tedavi açısından aksaklık olmaması bunun da yaşam kalitesini etkilememesi olabilir. Samsun’daki çalışmada fark çıkmamasının nedeni ise çalışmada kronik hastalığı olmayan yaşlı sayısının az olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların sürekli kullanılan ilaç sayısına göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta ilaç kullanmayan yaşlıların ortanca puanı ile 4 adet ilaç kullananların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.025$).

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını konu alan bir çalışma çoklu ilaç kullanımının yaşam kalitesini azalttığını belirtmiştir (91). Gaziantep’te bir huzurevinde 2019 yılında yapılan çalışmada kullanılan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir (92). Özer 2009 yılında yaptığı derleme çalışmasında akılcı ilaç kullanımının yaşam kalitesini arttıracığını belirtmektedir (93).

Araştırmaya katılan yaşlıların sağlık güvence durumuna göre “duyusal”, “özerklik”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek” ve “yakınlık” alt boyutlar ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Geçmiş, bugün, gelecek” alt boyut ve toplam puanda sağlık güvencesi olanların ortanca puanı sağlık güvencesi olmayan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Literatürdeki çalışmalarda farklı alt boyutlarda yaşam kalitesiyle sağlık güvencesi arasında anlamlı ilişki bulunmuş sosyal güvence varlığının yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Ankara’da huzurevlerinde yapılan araştırmada sosyal güvencesi olanlarda “özerklik” ve “sosyal katılım” alt boyut puan ortalaması sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek, İzmir’de bir huzurevinde yapılan çalışmada “özerklik” hariç tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamasında sağlık güvencesi olanların puanı anlamlı olarak yüksektir. ((81,85). Sağlık güvencesi sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımında önemli yer tutar ve yaşlılarda yaşam kalitesinde olumlu bir etki yapmış olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların cihaz kullanımına göre tüm alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Toplam puanda cihaz kullananların ortanca puanı cihaz kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0.045$).

Yaşam kalitesi ve teknoloji ilişkisini araştırıldığı bir çalışmada “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “ölüm ve ölmek” ve “yakınlık” alt boyutlarında cihaz kullanımının yaşam kalitesini olumlu etkilediğini düşünen yaşlıların yaşam kalitesi puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (94). Ancak Ankara’da bir hastaneye başvuran yaşlılarda yapılan araştırmada çalışmamızın aksine cihaz kullanımının yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bildirilmektedir (95). Cihaz kullanımı belirli bir bilgi, çaba, kullanım için belirli bir yer gerektirdiği için bir ölçüde yaşlıların kullanımda zorlanacağı ve az da olsa yaşam kalitesinde olumsuz etki

yapabileceği düşünülebilir. Diğer yandan tıpta yararlılık ilkesi göz önüne alınırsa cihaz kullanımının yaşlının günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmasına, yaşam kalitesine ve ergonomiye katkıları oldukça büyük olduğundan yaşam kalitesine kalitesine olumlu bir etkisi olduğunu düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan yaşlıların beslenme düzenine göre “duyusal” alt boyutta düzenli beslenenlerin ortanca puanı düzensiz beslenenlerden anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam puanda düzenli beslenenlerin ortanca puanı düzensiz beslenenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). “Sosyal katılım” alt boyutunda düzenli beslenenlerin ortanca puanı 10, düzensiz beslenenlerin ortanca puanı 10 olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.032$).

Ankara’da bir çalışmada sağlıklı ve düzenli beslenmenin özellikle meyve sebze tüketmenin yaşam kalitesine olumlu etki yaptığını bildirilmektedir (50). Yaşlılık ve beslenmeyi konu alan bir derleme olumlu beslenme davranışlarının ilerlemiş yaşlarda yaşam kalitesinde rol alan en önemli faktör olduğunu belirtmektedir (96). Aslan çalışmasında bilinçli, sağlıklı ve dengeli bir şekilde beslenmenin yaşam kalitesini arttırdığını vurgulamaktadır (97). Dengeli ve düzenli beslenme kişiye yönelik koruyucu hizmetlerden olup hayatın tüm dönemlerinde önemlidir ve yaşam kalitesini etkilediği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların sağlığını değerlendirme durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyut ortanca puanları arasında fark yoktur ($p=0.125$). “Duyusal” alt boyutunda sağlığını iyi olarak değerlendiren yaşlıların ortanca puanı 9, orta olarak değerlendiren yaşlıların ortanca puanı 10, kötü olarak değerlendirenlerin ortanca puanı 11 olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım” ve “yakınlık” alt boyutlarında sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin ortanca puanı iyi ve orta olarak değerlendirenlerden anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). Toplam puanda sağlığını iyi olarak değerlendiren yaşlılar ile kötü olarak değerlendiren yaşlıların ortanca puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$).

Ankara’da yapılan bir çalışmada sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin yaşam kalitesi ortalama puanı anlamlı olarak yüksektir (50). Yurt dışında yapılan 20 ülkeden seçilen şehirlerden (Melbourne, Avustralya; Paris, Fransa; Cenevre, İsviçre; Bath, İngiltere; Edinburgh, İskoçya; Seattle, ABD; bira Sheeva, İsrail; Barselona, İspanya; Tokyo, Japonya; İzmir, Türkiye; Vilnius, Litvanya, Prag, Çek Cumhuriyeti; Budapeşte, Macaristan; Victoria, Kanada; Oslo, Norveç; Umea, İsveç; Kopenhag, Danimarka;

Leipzig - Almanya; Porto Alegre, Brezilya; Montevideo, Uruguay) veri toplayarak yapılan araştırmada sağlık durumundan memnun olmanın yaşam kalitesini anlamlı olarak arttırdığını belirtmektedir. (98). řili’de 2011 yılında yapılan çalışmada kendisini hasta olarak algılayanların yaşam kalitesinin anlamlı derecede dűřük olduğu belirtilmektedir (99). Samsun’da bir aile sağlığı merkezine başvuruda bulunan yaşlılarda yapılan çalışmada “duyusal” ve “ölüm ve ölmek” alt boyutlarında sağlığını çok iyi olarak değerlendirenler anlamlı olarak en dűřük, sağlığını çok kűtu olarak değerlendirenler anlamlı olarak en yűksek puan ortalamasına sahiptir. “Özerklik” ve “yakınlık” alt boyutunda sağlığını çok iyi olarak değerlendirenler anlamlı olarak en yűksek, sağlığını kűtu olarak değerlendirenler anlamlı olarak en dűřük puan ortalamasına sahiptir. “Geçmiř, bugün, gelecek” ve “sosyal katılım” boyutlarında sağlığını çok kűtu olarak değerlendirenler anlamlı olarak dűřük puan ortalamasına sahiptir (84). DSÖ’ye göre yaşam kalitesi; bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, kişisel inançlarını, sosyal ilişkilerini ve çevrelerinin belirgin özellikleriyle olan ilişkilerini kapsayan ve bunlardan karmaşık bir şekilde etkilenen geniş boyutlu bir kavramdır (45). Yaşlının sağlığını iyi algılamasının yaşam kalitesini olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar çalışmamız bulgularına benzer niteliktedir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda ağrı durumuna göre “yakınlık” alt boyutunda ortanca puanları arasında fark yoktur ($p=0.073$). “Duyusal” alt boyutunda ağrısı olan yaşlıların ortanca puanı ağrısı olmayan yaşlılardan anlamlı olarak yűksektir ($p=0.024$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplam puanda ağrısı olan yaşlıların ortanca puanı ağrısı olmayanlardan anlamlı olarak dűřüktür ($p<0.05$).

İzmir’de 2013 yılında bir huzurevinde yapılan araştırmada ağrının “duyusal”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “yakınlık” alt boyutlar ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarını anlamlı olarak dűřürdüđu belirtilmektedir (85). Konya’da 2018 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada yaşlılarda ağrının beraberinde uyku, hafıza ve konsantrasyon sorunlarına neden olduğu ve yaşam kalitesini dűřürdüđu bildirilmektedir (100). İstanbul’da iki huzurevinde yapılan çalışmada ağrısı olmayan yaşlıların yaşam kalitesinin daha yűksek olduğu belirtilmektedir (101). Çalışmamız sonuçları ve literatürdeki çalışmalar ağrının yaşam kalitesini dűřürdüđüne işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda uyku düzenine göre “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alt boyutları ve toplamda ortanca

puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). “Duyusal” alt boyutta uykusu düzenli olan yaşlıların ortanca puanı uykusu düzensiz olanlara göre anlamlı olarak düşüktür ($p=0.020$).

Ankara’da 2016 yılında yapılan bir çalışmada yeterli uyku uyuyanların yaşam kalitesi ortalama puanı yeterli uyku uyumayanlara göre daha yüksek olup aralarında anlamlı ilişki yoktur (50). Ancak İstanbul’da özel bir huzurevinde 2016 yılında yapılan bir araştırmada yaşlıların yaşam kalitesini iyi bir şekilde sürdürmek için düzenli uykuya ihtiyacı olduğu vurgulanmaktadır (102). Çalışmamız bulguları Ankara’da yapılan çalışmayla benzer olup İstanbul’da yapılan çalışmadan farklı olmasının nedeni çalışmanın huzurevinde yapılması ve yaşam koşullarının farklılığından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” boyutta fizik aktivite yapan yaşlıların ortanca puanı fizik aktivite yapmayanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0.016$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” ve toplam puanda fizik aktivite yapan yaşlıların ortanca puanları fizik aktivite yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Ankara’da bir ilçede yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada düzenli egzersiz yapanların yaşam kalitesi ortalama puanı egzersiz yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (50). Hollanda, Japonya ve Avusturya’da yapılan çalışmalarda da fizik aktivitenin yaşam kalitesini olumlu etkilediği ve fizik aktiviteyle yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. (86,103,104). Çalışmamız bulguları literatüre benzer şekilde fizik aktivitenin yaşam kalitesine olumlu etki yaptığını göstermektedir. Fizik aktivite yapmak yaşlılarda sedanter yaşamı azaltıp, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak bireyin daha iyi hissetmesine dolayısıyla yaşam kalitesini arttırmış olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyutunda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.743$). “Duyusal” alt boyutta boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların ortanca puanı boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık” ve toplam puanda boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların ortanca puanı boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Brezilya’da bir çalışmada bulgularımızla benzer şekilde “ölüm ve ölmek” alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda boş zamanını değerlendirenlerin ortalama puanı değerlendirmeyenlerden yüksek olup, “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım” alt boyutlarında aralarındaki ilişki anlamlıdır (88). Japonya’da 2012 yılında 60 yaş üstü yaşlılarda yapılan araştırmada boş zaman değerlendirme ile yaşam kalitesi

arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (104). Yaşlıların boş vakitlerini değerlendirmesi yaşlının kendini üretken hissetmesine yaşlılıkla ilgili olumsuz algıların azalmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine neden olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda cep telefonu kullanma durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyutunda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.088$). “Duyusal” alt boyutta cep telefonu kullanan yaşlıların ortanca puanı cep telefonu kullanmayan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık” ve toplam puanda cep telefonu kullanan yaşlıların ortanca puanı cep telefonu kullanmayan yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Ülkemizde yapılan, Karadeniz (Amasya, Tokat, Samsun, Ordu ve Trabzon), İç Anadolu (Ankara, Kayseri, Sivas) ve Akdeniz (Antalya, Mersin, Kahramanmaraş) bölgelerindeki 11 ili kapsayan bir çalışmada bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmanın yaşlıda yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (105). Ülkemizde yapılan yaşlı ve teknoloji ilişkisini ortaya koyan bir çalışmada yaşlılıkta bilgisayar, cep telefonu gibi teknolojik ürünleri kullanmanın yaşlı bireylerde yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (106). Çalışmamızın yapıldığı bölge gerek iklim gerekse coğrafi olarak zor bir bölge olduğundan yaşlıların sosyalleşmesinde ve bazı ihtiyaçlarına ulaşmasında cep telefonunun büyük bir katkısı olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda bağımsızlık durumuna göre “ölüm ve ölmek” alt boyutunda ortanca puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.070$). “Duyusal” alt boyutta bağımlı yaşlıların ortanca puanı bağımsız yaşlıların ortanca puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). “Özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “yakınlık” ve toplam puanda bağımlı yaşlıların ortanca puanları bağımsız olanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$).

Gaziantep’te bir huzurevinde yapılan çalışmada yaşlıda bir engelin olması, ağrı ve çeşitli fiziksel olumsuzlukların günlük yaşam aktivitesini etkilediği dolayısıyla yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtilmektedir (92). Bir üniversite hastanesinde İç Hastalıkları ve Nöroloji Kliniği hastası olan 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerde yapılan çalışmada yaşlılarda bağımsızlık arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirtilmektedir (107). Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal durumuna dolayısıyla yaşam kalitesine de olumlu etkiler yapabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda “duyusal” alt boyutta kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların ortanca puanı depresyonu olmayan ve olası depresyon olan yaşlılardan

anlamli olarak yuaksektir ($p<0.001$). “Ozerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” ve toplam puanda kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların ortanca puanı diğer gruplardan anlamli olarak düşüktür ($p<0.001$).

Denizli ve Antalya illerinde yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamli ilişki saptanmıştır (108). Brezilya’da yapılan bir çalışmada depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif ve güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (109). Brezilya’da yapılan başka bir çalışmada depresyondaki yaşlıların yaşam kalitesinin daha düşük ölçüldüğü bildirilmektedir (110). Depresyonun yaşam kalitesinin düşürdüğünü bildiren araştırmalar çalışmamızı destekler niteliktedir. Depresyon yaşlının sağlık durumunu, üretkenliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

5.2. Çalışmaya Katılan Yaşlılarda Sosyo-demografik ve Çeşitli Değişkenlere Göre Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan yaşlıların 65-74 yaş grubunun %18.2’si, 75-84 yaş grubunun %39.8’i, 85 ve üstü yaş grubunun ise %60’ı bağımlı olup tüm gruplar birbirinden farklıdır ($p<0.001$). Yaşlılıkta, 65 yaş civarının üçüncü yaş dönemi, 80 yaş civarının dördüncü yaş dönemi olarak ifade edildiği ve dördüncü yaş döneminde günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun arttığı bildirilmektedir (111). Vorst ve arkadaşlarının dört elektronik veri tabanında (CINAHL (EBSCO), EMBASE, PsycINFO ve PubMed) Ocak 1998 ile Mart 2016 tarihleri arasındaki yayınlardan oluşan 75 yaş ve üzeri yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen risk faktörleri ve koruyucu önlemleri araştırdığı sistematik derlemede, yüksek yaşın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (112). Çalışmamızla uyumlu olarak, Isparta’da üniversite hastanesine başvuran yaşlılarda ve İç Anadolu’da bir il merkezinde bulunan huzurevinde yapılan bir çalışmada yaş arttıkça yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı ve sınırlı hale geldikleri bildirilmektedir (113,114). Karaman’da 2008 yılında bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlılarda yapılan bir araştırmada bağımlılık oranları 65-74 yaş grubunda %14.1, 75 yaş ve üzerinde %36.8 ile diğer yaş gruplarından anlamli olarak yüksek olup, 75 yaş ve üzerinde olmanın günlük yaşam aktiviteleri açısından risk etmeni olduğunu belirtilmektedir (115). Konya’da bir ilçe sağlık ocağı bölgesinde bir çalışmada 70-74 ve 75 yaş ve üzeri yaş grubunun 70 yaş altı yaşlılara göre anlamli olarak daha yüksek oranda bağımlı olduğunu bildirilmektedir (116). Sivas’ta bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada bağımlılık oranları; 65-69 yaş grubunda %23, 70-74

yaş grubunda %27.8, 75 yaş ve üzerinde %54.2 olup 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi anlamlı olarak yüksektir (117). İspanya ve İngiltere’de yapılan araştırmalarda yaşın bağımlılığı anlamlı olarak arttırdığı bildirilmektedir (118,119) İsveç’te yapılan bir çalışmada yaşın bağımlılığı arttıran bir faktör olduğu belirtilmektedir (120). Literatürde ulaşılan çalışmalar çalışmamızı desteklemektedir. Bu durum yaş arttıkça yaşlılarda fiziksel olarak yetersizliklerin ortaya çıkması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan erkek yaşlıların %30.1’i, kadın yaşlıların %26.1’i bağımlı olup cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.409$). Çalışmamızla benzer şekilde Sivas’ta bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada, Konya ve Kayseri’de yapılan çalışmalarda da cinsiyet ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık arasında ilişki saptanmamıştır (116,117,121). Ancak farklı olarak ülkemizde ve yurtdışında çeşitli gruplarda yapılan çalışmalarda kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek oranda bağımlı olduğu saptanmıştır (113,114,118,120,122). İngiltere’de yapılan bir araştırmada kadınlarda bağımlılığın erkeklere göre daha erken başladığını ve anlamlı olarak yüksek olduğu, yurt dışında yapılan bir sistematik derlemede kadın cinsiyetin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğu bildirilmektedir (112,119). Çalışma grubunda cinsiyet ve bağımsızlık arasında ilişki olmasının nedeni kadınların yaşam sürelerinin erkeklerden uzun olmasından dolayı daha fazla yetersizlik yaşamaları olabilir. Çalışmamız örnekleminde kadın ve erkek sayılarının benzer olmaması bu farkı ortaya çıkarmamış olabilir.

Araştırmaya katılan evli yaşlıların %21.1’i, bekar veya eşi ölmüş olanların %36.1’i bağımlı olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). Araştırmamızla benzer şekilde, Karaman’da bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlılarda yapılan araştırmada ve İspanya’da yapılan bir araştırmada evlilerin bekarlara göre daha az bağımlı olduğu bildirilmektedir. (115,118) Çin’de yapılan bir izlem araştırmasında evli yaşlıların bekarlara göre zaman içinde bağımlılıklarının artma ihtimalinin düşük olduğu, evli olmanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (112,123). Ancak medeni durum ile bağımsızlık arasında fark olmadığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (113,114,121). Çalışmamızda evli yaşlılar, bekar veya eşi ölmüş olanlara göre daha bağımsız olup bunun nedeni evli yaşlıların beslenme, uyku, tıbbi bakım gibi ihtiyaçlarının belirli bir düzende devam etmesi sonucu bağımsızlığın sürdürülmesi olabilir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu ilişkinin ortaya

çıkması örneklem sayılarının ve bu örnekteki bağımlı yaşlı sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda eğitim durumuna göre bağımlılık oranı okur-yazar olmayan yaşlılarda %30.4, okur-yazar olanlarda %23.8, ilköğretim ve üstünde eğitim görenlerde ise %19.6 olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.220$). Araştırmamızla uyumlu olarak, Kayseri il merkezindeki bir huzurevinde yapılan araştırmada okur-yazar olmayanlarda %9.8 oranında bağımlılık olduğunu ve daha üst eğitim düzeylerinde bağımlılık olmadığı ve eğitim düzeyi ile bağımlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ve benzer şekilde başka çalışmalarda da eğitim düzeyi ile bağımlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir (107,113,114,121). Farklı olarak, eğitim düzeyi düşüklüğünün bağımlılığı arttırdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Karaman'da 2008 yılında bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlılarda yapılan araştırmada eğitim görmemiş yaşlıların %22.8'i, eğitim görenlerin %9.5 bağımlı olup ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtilmektedir (115). Vorst ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde düşük eğitim düzeyinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (112). Eğitim düzeyinin artması olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine, sağlık hizmetlerinin bilinçli kullanımına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığa neden olacak kronik hastalıklar, kazalar gibi durumlarda daha bilinçli davranılmasına neden olabilir. Çalışmamızda eğitim durumu ile bağımlılık arasında fark çıkmamasının nedeni kültürel bazı farklılıklardan ve örneklemimizin çoğunluğunun okur-yazar olmamasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların aylık gelirine göre bağımlılık oranı aylık gelirini düşük olarak ifade eden yaşlılarda %39.3, orta olarak ifade edenlerde %22.9 ve iyi olarak ifade edenlerde %15.6 olup aylık geliri düşük olanların bağımlılık oranları anlamlı olarak yüksektir ($p=0.002$). Çalışmamızla benzer olarak, ülkemizde yapılan bir çalışmada gelir durumu orta olanlarda bağımsızlık indeks puanları anlamlı olarak düşük olduğu, yurtdışında yapılan sistematik derlemede düşük gelirin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğunu ve ekonomik bağımsızlığın kadınlarda koruyucu olduğunu saptanmıştır (107,112). Çalışmamızın aksine, gelir durumu ile bağımsızlık arasında ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (114,121). Çalışma grubunda düşük gelir durumunun bağımlılığı arttırdığına işaret etmektedir. Bunun nedeni ekonomik durumun beslenme, barınma, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi temel ihtiyaçlarda etkili olması ve bunun ilerleyen zaman içinde yaşlının sağlığını dolayısıyla bağımlılığı etkilemesi olarak düşünülebilir.

Bağımlılık oranı çocuğu olmayan yaşlılarda %33.3, 1-3 çocuğu olanlarda %33.3, 4-6 çocuğu olanlarda %22.8, 7-9 çocuğu olanlarda %29.2, 10 ve üstünde çocuğu olanlarda %28.6 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.756). Bağımlılık oranı yalnız yaşayanlarda %22.7, eşiyile yaşayanlarda %20.8 ve çocuğu veya akrabasıyla yaşayanlarda %35.8 olup çocuğu veya akrabasıyla yaşayanların bağımlılık oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir (p=0.008).

Çalışmamızla uyumlu olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlıların çocuklarının olması ile bağımsızlık durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirilmektedir (114). Ancak farklı olarak bazı çalışmalarda çocuklarıyla yaşayan yaşlıların eşiyile veya yalnız yaşayanlardan daha fazla bağımlı olduğunu, bazı çalışmalarda ise yalnız yaşamının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğu bildirilmektedir (107,112,115,123). Yalnız yaşayanlarda bağımlılığın yüksek bulunduğu çalışmalarda bunun nedeni bölgesel ve kültürel farklılıklar ile yalnız yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken isteksiz olması, yardımcı olacak bir bireyin olmaması, düzenli bir hayat sürmemeleri olabilir. Çalışmamızda çocuğu veya akrabasıyla yaşayanların yüksek oranda bağımlı olması ise kültürel özelliklerden kaynaklı olarak bakıma ihtiyacı olan yaşlılar için kurumsal bakımın ayıplanması ve bağımlı veya bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireyin kendi akrabaları tarafından bakılması gerektiği inancı olabilir.

Bağımlılık oranı sigara kullananlarda %24.2, sigara kullanmayanlarda %29.5 ve sigarayı bırakmış olanlarda %21.1 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.440). İç Anadolu'da bir il merkezinde bulunan huzurevinde yapılan çalışmada çalışmamıza paralel olarak sigara kullanma durumu ile bağımlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir (114). Ancak Vorst ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde çalışmamızın aksine sigara kullanımının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (112). Bunun nedeni sigaranın başta kronik hastalıklar kanserler olmak üzere bağımlılığa neden olacak şekilde sağlık riski oluşturması olarak düşünülebilir. Çalışmamızda ilişkili çıkmamasının nedeni sigara kullanan ve sigarayı bırakan yaşlı sayısının az olması ile açıklanabilir.

Bağımlılık oranı kronik hastalığı olmayanlarda %19.4, 1 kronik hastalığı olanlarda %28.2, 2 kronik hastalığı olanlarda %28.4, 3 ve üzeri kronik hastalığı olanlarda %34.9 olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.247).

Çalışmamızla benzer şekilde Kayseri'de bir huzurevinde yapılan çalışmada, bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada kronik hastalığı olma ile bağımlılık arasında

anlamli iliŒi bulunmadığı belirtilmiŒtir (107,121). alıŒmamızın aksine, ülkemizde ve yurtdiŒında yapılan araŒtırmalarda, kronik hastalık sayısı ile bağımsızlık arasında anlamli iliŒi olduğunu ve kronik hastalığı olanların anlamli derecede bağımlı olduğu belirten alıŒmalar da mevcuttur (112,114,115,118). Kronik hastalıkların zamanla ilerlemesi sonucu yaŒlı birey günlük yaŒam aktivitelerini bile yapamayacak hale gelebilir. alıŒmamızda kronik hastalık sayısı ile bağımsızlık arasında iliŒi saptanmamıŒ olmasının nedeni alıŒma grubundaki yaŒlılarda var olan kronik hastalıkların yeti yitimi derecesine ulaŒmamıŒ olması olarak dŒnlebilir.

Bağımlılık oranı sürekli ilaç kullanmayan yaŒlılarda %18.2, 1 adet ilaç kullananlarda %29.8, 2 adet ilaç kullananlarda %32.5, 3 adet ilaç kullananlarda %26.8, 4 adet ilaç kullananlarda %29.7, 5 ve üzeri ilaç kullananlarda %30.8 olup aralarındaki fark anlamli değildir (p=0.430). Bir niversite hastanesinde yapılan bir araŒtırmada bulgularımıza paralel olarak ilaç kullanma ile bağımsızlık durumu arasında anlamli bir iliŒi olmadığı bildirilmektedir (107). alıŒmamız bulgularının aksine kullanılan ilaç sayısı ile bağımsızlık arasında anlamli iliŒi olduğunu bildiren alıŒmalar da mevcuttur (91,114,117). Bizim alıŒma grubunda kullanılan ilaç sayısı ile bağımsızlık arasında iliŒi olmamasının nedeni yaŒlılarda polifarmasinin bağımlılık dıŒında birçok nedene bağılı olması olarak dŒnlebilir.

Sağlık güvencesi olan yaŒlıların %26.8'i, sağlık güvencesi olmayanların ise %34.1'i bağımlı olup aralarındaki fark anlamli değildir (p=0.310). Karaman'da yapılan araŒtırmada alıŒmamız bulgularına benzer olarak sosyal güvence varlığı ile bağımlılık arasında anlamli iliŒi olmadığı belirtilmektedir (115). Sağlık güvencesi varlığı, günlük yaŒam aktivitelerinde bağımlılığı oluŒturan sağlık durumlarında hizmet almayı bir derece etkilese de bağımlı olmayı anlamli derecede etkilememiŒ olabilir.

Bağımlılık oranı cihaz kullananlarda %30.9, kullanmayanlarda %27.1 olup aralarındaki fark anlamli değildir (p=0.561). Bir huzurevinde yapılan araŒtırmada alıŒmamız bulgularına benzer olarak düzenli cihaz kullanımı ile günlük yaŒam aktivitesi puanları arasındaki iliŒkinin anlamli olmadığı bildirilmektedir (114). Ancak lkemizde yapılan bir derlemede cihaz kullanan yaŒlıların %25'inin günlük yaŒam aktivitelerinin olumlu yönde etkilendiğini ifade ettiği bildirilmektedir (94). Bununla birlikte cihaz kullanımı ile bağımlılığın arttığını bildiren alıŒmalar da mevcuttur. (107,117,124). Literatürde cihaz kullanımının neden olduğu kaza, dŒme benzeri olumsuz etkileriyle birlikte günlük yaŒam aktivitelerinde kolaylaŒtırıcı etkisi de göz önünde tutulmaktadır. alıŒmamızda fark çıkmamasının nedeni alıŒmamızda cihaz kullanan yaŒlı sayısının az

olması kullanılan bu cihazların birçoğunun da gözlük, işitme cihazı gibi kullanımını yaşlı açısından pratik cihazlar olması nedeniyle bağımlılığı etkilemediği düşünülebilir.

Düzenli beslenen yaşlıların %22'si, düzensiz beslenen yaşlıların %38.5'i bağımlı olup düzensiz beslenen yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$). Sağlıklı ve bağımsız bir yaşlılık için beslenmenin temel faktörler arasında yer aldığı saptanmıştır (96). Ülkemizde bir hastane kliniğinde yatarak tedavi gören yaşlı bireylerde yapılan çalışmada yaşlılıkta fizik aktivite kısıtlılığı ve gelir durumunun yeterli olmamasının beslenmeyi ve dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (107). Benzer şekilde yaşlıların beslenme ihtiyaçlarını karşılanması, sağlığı korumak, fonksiyonel bağımsızlık kazanmak ve yaşam kalitesi için çok önemli olduğunu; iyi beslenmenin sağlık, refah ve hastalık gelişme riskinin azaltılması, fonksiyonel bağımsızlığın korunması ve böylece sürekli olan bağımsız yaşamın teşvik edilmesi üzerinde önemli etkilere sahip olduğunu belirtilmektedir (125). Beslenme durumunun sağlık durumuna direk etki eden ve düzenli olmadığında sorunlara yol açan bir faktör olduğu düşünülebilir.

Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin %9.8'i, orta olarak değerlendirenlerin %22.9'u, kötü olarak değerlendirenlerin %48.8'i bağımlı olup sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin bağımlılık oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Ülkemizde bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan araştırmada bulgularımızla benzer şekilde sağlığını kötü olarak değerlendiren yaşlıların günlük yaşam aktivite ortalama puanının sağlığını orta, iyi ve çok iyi değerlendirenlere göre düşük olduğu bildirilmektedir (126). Farklı olarak sağlığı değerlendirme durumu ile bağımsızlık arasında ilişki bildirmeyen çalışmalar da mevcuttur (114,121). Sağlık durumunu değerlendirme yaşlıların kendi değerlendirmelerine dayalı bir veri olması nedeniyle farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebilir.

Ağrısı olan yaşlıların %31.8'i, ağrısı olmayan yaşlıların %19.5'i bağımlı olup ağrısı olan yaşlıların bağımlılık oranı ağrısı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.015$). Çanakkale'de bir huzurevinde yapılan araştırmada ağrının günlük yaşam aktivitelerini negatif yönde etkilediği bildirilmektedir (127). Çalışmamızla paralel olarak yurt dışında yapılan bir sistematik derlemede ağrının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (112). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık oluşturan sağlık problemlerine ağrının da eşlik etmesi, ağrısı olan bireylerde bağımlılık oranının yüksek çıkmasına neden olabilir.

Düzenli uykuya sahip olan yaşlıların %20.4'ü, düzenli uykuya sahip olmayan yaşlıların %34.2'si bağımlı olup düzenli uykuya sahip olmayan yaşlıların bağımlılık oranı düzenli olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.004$). Benzer şekilde Kayseri'de bir huzurevinde yapılan çalışmada uyku kalitesinin kötü olduğunu ifade eden yaşlıların %14.3'ünün günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu, uyku kalitesi orta ve iyi olanlarda bağımlılık olmadığı aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bildirilmektedir (121). Yurtdışında Tayland'da yapılan kesitsel bir çalışmada da kötü uyku kalitesinin, yorgunluk ve düşme riski de dahil olmak üzere yaşlılar üzerinde derin fiziksel etkilere sahip olduğunu ve hem hareketliliği hem de günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı tehdit ettiğini bildirmektedir (128). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olan durumlar beraberinde çeşitli sağlık problemlerini ve uyku düzensizliğini getirmiş olabilir.

Fizik aktivite yapan yaşlılarda bağımlılık oranı %14.3, fizik aktivite yapmayan yaşlılarda %38 olup fizik aktivite yapmayan yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda düzenli fizik aktivitede bulunan yaşlılarda bağımlılık durumunun anlamlı olarak düşük olduğu, yaşlılıkta ortaya çıkan fonksiyonel yetenek azalmasının en önemli nedeninin hareketsizlik olduğu ve yüksek düzeyde fizik aktivitenin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık açısından koruyucu olduğu saptanmıştır (96,112,117). Fizik aktivite yapmak fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı korumada, kronik hastalıkları ve bağımlılığa neden olacak faktörleri önlemede etkili olabilir.

Boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların %15.2'si, boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların %32.5'i bağımlı olup boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$). Araştırma sonuçlarımızla uyumlu olarak, Japonya'da ülke çapında yapılan bir araştırmada, boş zaman aktivitelerinin ve sosyal aktivitelerin yaşlı erişkinlerde günlük yaşam aktivitelerinin korunmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (129). Çalışmamızda boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlılarda anlamlı düzeyde bağımlılık olmasının nedeni günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın boş vakitlerde yapılacak uğraşları yapmaya engel teşkil etmesi olabilir.

Cep telefonu kullanan yaşlıların %19.5'i, cep telefonu kullanmayan yaşlıların %40.3'ü bağımlı olup cep telefonu kullanmayan yaşlıların bağımlılık oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Zainal yaşlıların teknolojiye daha fazla yöneldiğini ve bağımsız olarak daha uzun süre yaşamasına yardımcı olmak için yeni teknolojilerin geliştirildiğini bildirmektedir (130). Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan yaşlıların

cep telefonunu düşük oranda kullanmasının nedeni, bağımlılığın yaşlılarda cep telefonu kullanma yeterliliği ve bilgisine sahip olmasına engel olması olabilir.

Depresyonu olmayan yaşlıların %11.7'si, olası depresyonu olan yaşlıların %18.8'i, kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların %39'u bağımlı olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır ($p<0.001$). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (95,108,127,131). Ancak Muğla'da bir huzurevinde yapılan çalışmada bulgularımızın aksine depresyon düzeyi ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (132). Bunun nedeni bu çalışmanın evreninde bağımlı yaşlı sayısının az sayıda olması olarak açıklanabilir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmak yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal sağlığıyla birlikte ruh sağlığını da olumsuz etkilemiş olabilir.

5.3. Çalışmaya Katılan Yaşlılarda Sosyo-demografik ve Çeşitli Değişkenlere Göre Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi

65-74 yaş grubunun %47.2'si, 75-84 yaş grubunun %65.9'u, 85 yaş ve üstü grubun %80.0'i kesin depresyon düzeyinde olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır ($p=0.001$). Ülkemizde ve yurtdışında çeşitli yaşlı yaş gruplarında yapılan çalışmalarda çalışmamızla uyumlu olarak yaş grubunun daha yüksek olduğu gruplarda depresyon oranı da anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (133-136). Farklı olarak, depresyon ile yaş arasında ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (131,132, 137-141). İleri yaş ile birlikte fiziksel sağlığın bozulması ve bu durumun ruhsal sağlığını olumsuz etkilemesiyle depresyon oranlarının artması şeklinde açıklanabilir.

Erkeklerin %46.2'si, kadınların %61.1'i kesin depresyon düzeyinde olup, kadınların kesin depresyon oranı erkeklere göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0.011$). Çalışmamızla paralel olarak Bolu'da evde ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde 2010 yılında yapılan araştırmada depresyon puan ortalaması kadın yaşlılarda 10.21, erkek yaşlılarda 6.69 olarak saptanmış, depresyon kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (142). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan başka araştırmalarda da çalışmamıza benzer olarak kadınlarda depresyon riskinin erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir (133,134,137,139,140,143-146). Çalışmamızı destekleyen çalışmalar olmakla birlikte anlamlı fark bildirmeyen çalışmalar da mevcuttur. (131,132,135,136,141,147,148). Çalışmamızda kadınlarda depresyonun daha yüksek olması, kadınların beklenen yaşam süresinin erkeklerde daha uzun olmasıyla kronik

hastalıkların daha fazla görülmesi sonucunda depresyonun da bu hastalıklara eşlik etmesi şeklinde düşünülebilir.

Evlü yaşlıların %53.8'i, bekar veya eşi ölmüş yaşlıların %56.8'i kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.360). Literatürde benzer şekilde ülkemizde ve yurtdışında yapılan bazı araştırmalarda medeni durum ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemektedir (131,132,137,138,144,149). Bununla birlikte medeni durumla depresyon arasında ilişki saptayan, bekar ve dul yaşlılarda depresyonun evlilere göre yüksek olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur. (58,136,146,148,150). Bunun nedeni eşi olmayan yaşlıların sosyal desteklerinin az olması ve yalnızlık hissiyle birlikte sosyal izolasyona girmesi olabilir. Ayrıca depresyonun bekar veya eşi ölmüş yaşlılarda yüksek olması kültürel bir yaklaşımla eşi olmayan yaşlıların sosyal çevre tarafından yalnız bırakılmasından kaynaklanabilir.

Okur-yazar olmayan yaşlıların %59.6'sı, okur-yazar olanların %50.8'i, ilkökul ve üstü eğitim görenlerin %39.2'si kesin depresyon düzeyinde olup ilkökul ve üstü eğitim görenlerin kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür (p=0.008). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çok sayıda çalışma da araştırmamızla uyumlu olarak eğitim durumunun arttığı grupta depresyon oranlarının da anlamlı olarak azaldığı gösterilmiştir (131,133,138,139,146,147,149,151). Bununla birlikte eğitim durumunun depresyonu etkilemediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (132,136,137,140). Depresyon birçok faktörden etkilenmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin depresyonla başa çıkma becerileri artabileceğinden çalışmamızda ve literatürdeki birçok çalışmada eğitim düzeyi yüksek yaşlılarda depresyon az görülmüş olabilir.

Aylık geliri düşük olan yaşlıların %67.5'i, aylık geliri orta olan yaşlıların %49.8'i, aylık geliri iyi olan yaşlıların %43.8'i bağımlı olup aylık geliri düşük olan yaşlıların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir (p=0.008). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda çalışmamızla benzer şekilde aylık geliri düşük olan yaşlılarda depresyon oranı yüksek olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (133,134,136,137,146,149). Farklı olarak gelir düzeyi ile depresyon arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (132,138,139). Depresyonun varlığı sosyo-ekonomik koşullardan etkilenen bir durum olması sebebiyle bireylerin gelir düzeyinden etkilenebilir.

Çocuğu olmayan yaşlıların %50'si, 1-3 çocuğu olanların %50'si, 4-6 çocuğu olanların %50'si, 7-9 çocuğu olanların %59'u, 10 ve üzeri çocuğu olanların %54.5'i kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.835). Muğla ve Orduda

huzurevlerinde yapılan araştırmalarda çalışmamıza benzer Şekilde ocuk sahibi olma ile depresyon arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir (132, 134). Ancak Samsun’da niversitesinde yapılan araştırmada çalışmamızın aksine çocuğu olmayan yaşlıların %66.7’sinde depresyon olup çocuğu olanlara göre depresyon anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (133). Yunanistan’da yapılan çalışmada da ocuk sahibi olmanın depresyon açısından koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (140). ocuk sahibi olmak yaşlılar açısından bir güvence olarak algılandığından ocuk sayısı depresyonu etkileyen bir faktör olabilir. Ancak alışmamızda bunun ortaya çıkmamasının nedeni hiç çocuğu olmayan yaşlı sayısının çok az düzeyde olması ve bölgede ailelerdeki ocuk sayısının genellikle diğer bölgelere oranla fazla olması olabilir.

Yalnız yaşayan yaşlıların %54.5’i, eşiyle birlikte yaşayanların %53.8’i ve çocuğu veya akrabasıyla yaşayanların %56.6’sı kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.449$). Ülkemizde, Malezya’da ve Tayvan’da yapılan araştırmalarda yaşlıların birlikte yaşadığı kişi ile depresyon arasında anlamlı fark saptamamıştır (131,136,137). Bu alışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Yaşlının birlikte yaşadığı kişiyle depresyon arasında ilişki saptayan çalışmalar da mevcuttur (140,147,150,152). Çalışmamızda fark çıkmamasının nedeni depresyon oranlarının yakın olması ve yalnız yaşayan yaşlı sayısının az olması ile açıklanabilir.

Sigara kullanan yaşlıların %48.4’, sigara kullanmayan yaşlıların %59.4’, sigarayı bırakmış yaşlıların %36.8’i kesin depresyon düzeyinde olup sigarayı bırakmış yaşlıların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0.018$). Bu durum daha önceki dönemlerde sigara kullanıp sigarayı bırakmış yaşlıların, yaşlılıkta görülen fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlar ve kayıpların oluşturduğu durumlarla başetme ve sorunlarından uzaklaşma aracı olarak sigarayı görüyor olması olarak açıklanabilir.

Kronik hastalığı olmayan yaşlıların %40.3’, 1 adet kronik hastalığı olan yaşlıların %50.9’, 2 adet kronik hastalığı olan yaşlıların %50.9’, 3 ve üzeri kronik hastalığı olan yaşlıların %76.2’si kesin depresyon düzeyindedir. Kronik hastalığı olmayanlarda kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşük, 3 ve üzeri kronik hastalığı olanların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Bulgularımızla paralel olarak kronik hastalığı olanlarda depresyon kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandığı çok sayıda çalışma mevcuttur (131,135-137,143,146,151). Ayrıca lkemizde ve yurtdışında yapılan anlamlı fark saptamayan çalışmalar da mevcuttur (132,133,141,144,149). Kronik hastalıklar özellikle yaşlılık döneminde bireyin sadece günlük hayatlarını etkilemekle kalmayıp yaşamsal

faaliyetlerini de aksatabilecek düzeye ulaşması sebebiyle depresyon oranlarını da arttırmış olabilir.

Sürekli ilaç kullanmayan yaşlıların %40.3'ü, 1 adet ilaç kullanan yaşlıların %50.9'u, 2 adet ilaç kullananların %55.8'i, 3 adet ilaç kullananların %53.7'si, 4 adet ilaç kullananların %64.9'u, 5 ve üzeri ilaç kullananların %70.8'i kesin depresyon düzeyinde olup sürekli ilaç kullanmayan yaşlıların kesin depresyon oranı diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0.001$). Ülkemizde yapılan çalışmalarda çalışmamızla benzer şekilde günlük ilaç kullananlarda depresyonun ilaç kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (58,143). Çalışmamızda ilaç kullanımı ile depresyon ilişkili olup anlamlı fark saptamayan çalışmalar mevcuttur (132,133,137). Buna neden olarak; ilaç kullanımı ve kullanılan ilacın sayısı, yaşlıda bulunan sağlık problemlerinin göstergesi olarak kabul edilirse fiziksel sağlığın bozulmasının ruhsal sağlığı da olumsuz etkilemesi düşünülebilir.

Sağlık güvencesi olan yaşlıların %53.2'si, sağlık güvencesi olmayan yaşlıların %68.2'si kesin depresyon düzeyinde olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.143$). Çalışmamız bulgularına benzer olarak sağlık güvencesi varlığı ile depresyon arasında anlamlı fark bildirmeyen çalışmalar literatürde mevcuttur (132,143,153). Ancak Amerika'da Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen bir veri sisteminden alınan ve 12 eyaleti kapsayan yapılan çalışmada sağlık hizmetlerinde tıbbi maliyet yüküyle karşılaşan yaşlıların depresyon belirti bildirme olasılığının yüksek olduğunu belirtmektedir (154). Çalışmamız bulguları ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer şekilde olup Amerika'daki çalışmadaki farklılık sağlık sistemlerinin işleyişine bağlı oluşmuş olabilir.

Cihaz kullanan yaşlıların %56.4'ü, cihaz kullanmayan yaşlıların %54.8'i kesin depresyon düzeyinde olup cihaz kullananların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p=0.023$). Bulgularımızın aksine Amerika'da yapılan bir çalışmada optik cihaz kullanımının depresif belirtileri anlamlı derecede azalttığı belirtilmektedir (155). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yaşlılarda işitme cihazı kullanımı öncesi ve sonrasında depresyonla ilişkili anlamlı fark saptamamıştır (156). Ülkemizde cihaz kullanmak negatif beden imajı oluşturabilir. Ayrıca kullanılan cihazın çeşidi ve hangi amaçla kullanıldığı da depresyon durumuna etki edebilir.

Düzenli beslenen yaşlıların %47.4'si, düzensiz beslenenlerin %69.7'si kesin depresyon düzeyinde olup düzensiz beslenen yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Çalışma verilerimizle uyumlu olarak; malnütrisyon ve

mikrobesin eksikliğinin depresyon oranlarını arttırdığına işaret eden ülkemizde ve yurtdışında yapılmış çalışmalar mevcuttur (137,157-159). Düzensiz beslenme ve vücutta besin yönünden eksiklik olması fiziksel sağlığı bozabilir. Fizik sağlık ve ruh sağlığı birbirini olumsuz etkileyebileceğinden düzensiz beslenme depresyonu arttırabilir.

Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren yaşlıların %29.3'ü, orta olarak değerlendirenlerin %49.3'ü, kötü olarak değerlendirenlerin %82.6'sı kesin depresyon düzeyinde olup tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklıdır ($p<0.001$). Samsun'da üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, Gaziantep huzurevinde yapılan çalışmada, Muğla huzurevinde yapılan araştırmada ve Güney Afrika'da yapılan çalışmada sağlığını kötü olarak değerlendirenlerde depresyon riskinin anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir (132,133,148,160). Kişinin sağlığını olumsuz olarak değerlendirmesi ruh sağlığına da benzer şekilde olumsuz olarak yansiyabilir.

Ağrısı olan yaşlıların %62.7'si, ağrısı olmayanların %39.8'i kesin depresyon düzeyinde olup ağrısı olan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Çalışmamız bulguları ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalara benzer sonuçlar ortaya koyarak ağrının depresyonu arttırdığına işaret etmektedir. (144,161-163). Ağrı yaşlıda yorgunluk, uyku bozukluğu, hafıza ve konsantrasyon problemleriyle birlikte depresyona neden olabilir.

Uykusu düzenli olan yaşlıların %44.9'u, düzensiz olanlarda %64.2'si kesin depresyon düzeyinde olup uykusu düzensiz olan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Uyku düzensizliği zamanla ruh sağlığını da bozabilir. Aynı zamanda depresyon da uykusuzluğa neden olmuş olabilir (135,149,161,163,164).

Fizik aktivite yapan yaşlıların %42.2'si, yapmayanların %65'i kesin depresyon düzeyinde olup fizik aktivite yapmayan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Benzer şekilde yurtdışında yapılan iki çalışmada yüksek fiziksel performans düzeyinin düşük depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (163,165). Farklı olarak fizik aktivite ile depresyon arasında anlamlı fark bildirmeyen ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar da vardır (131,143). Fizik aktivite kişide ruhsal olarak pozitif etki yapabilir. Fark bildirmeyen çalışmalara bakıldığında ülkemizde yapılan çalışmanın huzurevinde yapıldığı ve yaşlıların günlük rutinlerinin olması, egzersiz yapan yapan yaşlı sayısının az olması buna neden olabilir. Yurtdışında yapılan çalışmada ise yine fizik aktivite yapan yaşlı sayısının oldukça az olması bu sonucu doğrulamış olabilir.

Boş vakitlerini değerlendiren yaşlıların %33.3'ü, boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların %63.5'i kesin depresyon düzeyinde olup boş vakitlerini değerlendirmeyen yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda boş zaman aktivitelerini arttırmanın depresif belirtileri anlamlı derecede azalttığı belirtilmektedir (160,166). Denizli huzurevinde yapılan çalışmada bulgularımızın aksine hobi varlığı ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (143). Boş vakitlerinde hobileri ile uğraşmak yaşlıların yaşamdan memnuniyetini ve ruhsal olarak iyi hissetmesini sağlayabilir.

Cep telefonu kullanan yaşlıların %44.7'si, cep telefonu kullanmayan yaşlıların %71.2'si kesin depresyon düzeyinde olup cep telefonu kullanmayan yaşlıların kesin depresyon oranı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$). Çalışma bulgularımızla uyumlu olarak Amerika'da yapılan çalışmalarda sosyal teknoloji kullanımının (e-posta, sosyal ağ siteleri, çevrimiçi video / telefon görüşmeleri, çevrimiçi sohbet/anlık mesajlaşma, akıllı telefon kullanma) yaşlılarda depresyonu düşürdüğü belirtilmektedir (167,168). Çalışmamızın yapıldığı bölgede gerek iklim gerekse coğrafi olumsuzluklar yaşlılarda alan sınırlaması oluşturmuş ve yaşlıların sosyalleşmesinde bu alan dışında iletişim kurabileceği bir araç olarak cep telefonu ruh sağlığına olumlu etki yapmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında; Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi, depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve ilişkili olduğu düşünülen faktörler incelenmiş olup; çalışma bulgularından aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Yaşam kalitesi toplam puanlarına göre; eğitim düzeyi, aylık gelir, çocuk sayısı, beslenme düzeni, cihaz kullanımı, sağlık güvence durumu, sağlığını değerlendirme, ağrı durumu, fizik aktivite durumu, boş vakit değerlendirme, cep telefonu kullanımı, bağımsızlık ve depresyon durumu yaşlılarda yaşam kalitesini etkilemektedir. 85 yaş ve üstü yaşlılarda bazı boyutlarda gelir durumu kötü olan, 10 ve üstü sayıda çocuğa sahip olan, düzensiz beslenen, sağlığını kötü olarak değerlendiren, ağrısı olan, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan ve depresyonu olan yaşlılarda yaşam kalitesi anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$). Fizik aktivite yapan, boş vakitlerini değerlendiren, cep telefonu kullanan yaşlılarda yaşam kalitesi anlamlı olarak yüksektir.
2. Yaşlıların %27.7'si günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı, %72.3'ü bağımsızdır. Yaş ilerledikçe bağımlılık anlamlı olarak yükselmektedir. Bekar veya eşi ölmüş, gelir düzeyi düşük, çocuğu veya akrabasıyla yaşayan, düzensiz beslenen, sağlığını kötü olarak değerlendiren, ağrısı olan, uykusu düzensiz olan, cep telefonu kullanmayan ve depresyonu olan yaşlılarda bağımlılık anlamlı olarak yüksektir. Fizik aktivite yapan ve boş vakitlerini değerlendiren yaşlılarda bağımlılık anlamlı olarak düşüktür.
3. Yaşlıların % 55.1'i kesin depresyon düzeyindedir. Yaş arttıkça yaşlılarda depresyon sıklığı anlamlı olarak artmıştır. En yüksek depresyon oranı 85 yaş ve üstü yaşlılarda saptanmıştır. Kadın yaşlılarda, aylık geliri düşük olan, cihaz kullanan, düzensiz beslenen, sağlığını kötü olarak değerlendiren, ağrısı olan, uykusu düzensiz olan yaşlılarda depresyon anlamlı olarak yüksektir. İlkokul ve üstü eğitim alan, kronik hastalığı olmayan, sürekli kullandığı bir ilacı olmayan, fizik aktivite yapan, boş vakitlerini değerlendiren ve cep telefonu kullanan yaşlılarda depresyon anlamlı olarak düşüktür.

Yaşlı sağlığını koruma ve geliştirme çalışmaları, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler, aktif ve sağlıklı yaşlanma için sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine

yönelik çalışmalar daha etkin şekilde sürdürülmeli, yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler arttırılmalıdır. Sağlığı korumak ve geliştirmek için yapılacak halk sağlığı müdahaleleri ve politikaları, tarama programlarından sosyal yardımlara kadar geniş bir yelpazede uygulanmalıdır. Yaşlı bireylere “Yaşam Boyu Öğrenme” programları sunulmalıdır. Yaşlılara, yakınlarına ve tüm topluma yönelik; yaşlılık, sağlıklı yaşam davranışları, sağlık hizmetlerin kullanımı, yeterli ve dengeli beslenme, fizik aktivite, stres yönetimi gibi konularda broşürler, kamu spotları, sağlık eğitimi çalışmaları uygulanmalı, birinci basamak hizmetlerinde izlemler yapılmalıdır.

Yaşlı yoksulluğunu önleme amaçlı istihdam, sosyal yardım, tıbbi giderlerin tamamen karşılanması veya etkili sağlık hizmeti sunumuyla tıbbi harcamaların azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bölgede karşılanmamış ihtiyaç olarak aile planlaması hizmetlerinin daha yaygın ve etkili sunulması uzun vadede gereklidir. Bölgede ulaşım ve iklim koşullarının zorluğu, yaşlı bireyin sosyal faaliyetlerinin azlığı göz önüne alınarak iletişimi artırma amaçlı teknoloji/telefon kullanımı imkanı ve bilgisi sunma yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

Fizik aktivite yaşamın her döneminde sağlığı korumaya ve geliştirmeye katkı sunduğundan öncelikle yaşlılara uzun vadede sonuç almak için tüm yaş gruplarına bu konuda bilinçlendirme ve teşvik edici çalışmalar, programlar, eğitimler verilmelidir. Boş zaman aktiviteleri, gönüllü ya da kamu destekli toplu etkinlikler arttırılmalı, hobi merkezleri kurulmalıdır.

İleri yaşta ruh sağlığı göz ardı edilmemeli, tanı ve tedavi konusunda titizlik gösterilmelidir. Kadının eğitimi arttırılmalı, sosyo-ekonomik düzeyini yükseltmeye ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önlenmesine çalışmalar yapılmalıdır. Yaşlılarda polifarmasinin önüne geçilmeli, akılcı ilaç kullanımına yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Cihaz kullanan yaşlılarda; cihazın pratik kullanımı, esnekliği ve teknik bilgi kolaylığı sağlanmalı, kaza riski azaltılmalıdır.

Yaşlı sağlığı sorunlarına yönelik hizmetleri artırma amaçlı ilde Geriatri poliklinik ve servisleri, Uyku Bozuklukları ve Nörofizyoloji Laboratuvarı, Algoloji poliklinik veya merkezleri açılmalıdır. Bitlis ilinde kurumsal bakımı sağlamak için kamu yada özel huzurevleri kurulmalı bununla birlikte gönüllü ya da kamu organizasyonlarıyla yaşlılara kendi yaşam alanlarında verilecek tıbbi, öz bakım ve günlük yaşamlarını sürdürmeye yönelik bazı sağlık ve sosyal hizmetler verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N, Erbaydar NP. Yaşlılık Sorunları. İçinde: Güler Ç, Akın L (editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, 3. Baskı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2015: 1528-1557.
2. Yılmaz A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler. İçinde: Altındiş M (editör). Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakım, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2013: 1-9.
3. Baykan Z. Yaşlı Sağlığı. İçinde: Öztürk Y, Günay O (editörler). Halk Sağlığı Genel Bilgiler, 1. Baskı. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Yayınları, 2011: 769-789.
4. World Health Organization. Ageing and health. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 10 Aralık 2019.
5. Kurtkapan H. Türkiye’de demografik dönüşümün sosyal yansımaları ve yaşlılık. *Sosyal Güvençe Dergisi* 2019, 15: 27-46.
6. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. Yaşlanan Toplumlar ve Sağlık. <https://www.tuseb.gov.tr/EnstituSayfa/yaslanan-toplumlar-ve-saglik-4/>. 20 Ocak 2020.
7. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim* 2012, 25: 1-3
8. Kalkan M. Yaşlılık: Tanımı Sınıflandırılması ve Genel Bilgiler. İçinde: Eranlı K, Kalkan M (editörler). Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık, 1. Baskı, Pegem Akademi Yayınları, 2008: 1-17
9. Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2018, 3:1.
10. Kutsal YG. Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilik_kaliteli_yasam_son.pdf. 7 Kasım 2019.
11. Özer S. Sık Rastlanan Psikiyatrik Sorunlar. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilik_kaliteli_yasam_son.pdf. 12 Kasım 2019.
12. Kutsal YG. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilik_kaliteli_yasam_son.pdf. 13 Kasım 2019.

13. Kalıncara, V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayınları, 2014: 1-43.
14. Bektaş OE. Postmodern dünyada yaşlı olmak. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2017, 10: 9-18.
15. Duben A. Giriş. İçinde: Duben A (editör). Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açılıarı. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2018: 1-6.
16. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016, 12:57-63.
17. Uludağlı NP. Prenatal dönemden yaşlılığa stres ve sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2017, 9: 189-208.
18. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017, 7: 53-62
19. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2014: 3-15.
20. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. İçinde: Aslan D, Ertem, M (editörler). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme Yayıncılık, 2012: 1-8.
21. Salur G. Yaşlılık ve Bilişsel Süreçler. İçinde: Duben A (editör). Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açılıarı. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2018: 9-28.
22. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2014, 21: 835–8.
23. Karakaş SA, Durmaz H. Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2017, 18: 32-6.
24. Umutlu S. Türkiye’de yaşlı nüfus ve sosyal politika uygulamaları. *Sosyal ve Beşeri Bilimleri Dergisi* 2019, 11: 29-43.
25. Nazlı A Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. *Ege Journal of Medicine* 2016; 55: 1-5.

26. Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017, 10:1278-87.
27. United Nations. World Population Ageing 2019. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>. 5 Şubat 2020.
28. The World Bank. Life expectancy at birth, male (years). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>. 6 Şubat 2020.
29. The World Bank. Life expectancy at birth, female (years). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>. 7 Şubat 2020.
30. Türk İstatistik Kurumu. Tük İstatistiklerle Yaşlılar 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronikhastalıklarengellidb/hastalıklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf. 3 Kasım 2019.
31. The World Bank. Population Ages 65 and Above (% of total population).
32. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>. 7 Şubat 2020.
33. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni 2019 Temmuz. https://ailevecalisma.gov.tr/media/11564/eyhgm_buelten_temmuz2019.pdf. 5 Şubat 2020.
34. Doğanyigit SÖ. Yaşlı Sağlığında Gerontolojik Ürünlerin Kullanımı. İçinde: Duben A (editör). Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açıları. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2018: 135-152.
35. Kılıç D. Yaşlı Sağlığı. İçinde: Erci B (editör). Halk Sağlığı Hemşireliği, 2. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 176-196.
36. Bingöl A. Zihin Sağlığı. <http://geriatri.org.tr/pdfler/zihinsagligi.pdf>. 14 Aralık 2019.
37. World Health Organization. Mental Health of Older Adults. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. 15 Aralık 2019.
38. Türk Nöroloji Derneği. Alzheimer Hastalığı. <https://www.noroloji.org.tr/menu/94/alzheimer-hastaligi>. 20 Ocak 2020.
39. Şeker A, Kurt G. Bir sosyal politika alanı olarak yaşlılık ve sosyal hizmet uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi* 2018, 40: 7-30.

40. Daniş MZ. Yaşlılık Yoksulluk ve Yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf. 19 Şubat 2020.
41. Çunkuş N, Yiğitoğlu GT, Akbaş E. Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatric Bilimler Dergisi* 2019, 2: 58-67.
42. Kaya NT, Örsal Ö. Sosyal bir sorun: Yaşlı ayrımcılığı. *Social Sciences Studies Journal* 2018, 4 :1350-5.
43. Hagerty MR, Cummins RA, Ferris AL, Land K, Michalos AC, Peterson M, Sharpe A, Sirgy J, Vogel J. Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research. *Social Indicators Research* 2001, 55: 1–96.
44. Akyol AD. Yaşam kalitesi yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1993, 9 :75-80.
45. Demirdağ S. Development of higher education quality of life scale and measuring its psychometric properties. *Asya Öğretim Dergisi* 2017, 5: 19-31.
46. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. 3 Mart 2020.
47. Şener A. Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/yasamdoyumu.pdf>. 2 Şubat 2020.
48. Eyigör S. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. <http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=11>. 1 Şubat 2020.
49. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* 2016, 8:137-50.
50. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_8598/25-29.pdf. 22 Aralık 2019.
51. Yılmaz F, Çağlayan Ç. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2016, 20: 129-40.
52. Leidl R. Preferences, quality of life and public health. *European Journal of Public Health* 2009, 19: 228–9.
53. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı https://www.huzurevleri.org.tr/docs/Yaslilik_Doneminde_Yasam_Kalitesi_Kavrami.pdf. 15 Ocak 2020.

54. World Health Organization. Depression. https://www.who.int/healthtopics/depression#tab=tab_1. 25 Ocak 2020.
55. World Health Organization. Depression Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. 26 Ocak 2020.
56. U.S.A. The National Institute of Mental Health. Depression. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>. 25 Ocak 2020.
57. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>. 12 Şubat 2020.
58. *Türkiye Psikiyatri Derneği*. Türkiye’de Yaşlıların Ruhsal Durumu: Depresyon Ve Demans Yaşlıların Kaderi Mi, Yoksa Önlenebilir Bir Durum Mu? <http://www.psikiyatri.org.tr/basin/268/turkiye-de-yaslilarinruhsaldurumudepresyon-ve-demans-yaslilarin-kaderi-mi-y>. 19 Şubat 2020.
59. Tan O. Depresyon Önemli Bilgiler, Çıkış Yolları, 2.baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2009: 205-211.
60. Mental Health America. Depression In Older Adults: More Facts. <https://www.mhanational.org/depression-older-adults-more-facts>. 20 Şubat 2020.
61. U.S. Department of Health and Human Services. Depression and Older Adults. <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>. 21 Şubat 2020.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yaşlılık Döneminde Depresyon. <https://sagligim.gov.tr/ruh-sagligi/yaslilik-doneminde-depresyon.html>. 10 Ocak 2020.
63. The University of Southern California. Mental Illness and Public Health. <https://mphdegree.usc.edu/blog/mental-illness-and-public-health/>. 21 Şubat 2020.
64. Cassano P, Fava M. Depression and public health an overview. *Journal of Psychosomatic Research* 2002, 53: 849– 57.
65. Jacob KS. Depression: a major public health problem in need of a multi-sectoral response. *Indian Journal of Medical Research* 2012, 136: 537–9.
66. Macedo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Functional assessment of elderly with cognitive deficit. *Acta Paul Enferm.* 2012, 25:358-63.

67. Edemekong PF, Boomgaars DL, Sukumaran S, Levy SB. Activities of Daily Living (ADLs). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>.21 Şubat 2020.
68. U.S. Department of Health and Human Services. Measuring the Activities of Daily Living among the Elderly: A Guide to National Surveys. <https://aspe.hhs.gov/basic-report/measuring-activities-daily-living-among-elderly-guide-national-surveys>. 5 Mart 2020.
69. World Health Organization. Global Health and Aging. https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. 20 Ocak 2020.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf>. 1 Ocak 2020.
71. Liotta G, Canhao H, Cenko F, Cutini R, Vellone E, Illario M, Kardas P, Poscia A, Sousa RD, Palombi L, Marazzi MC. Active ageing in Europe: Adding healthy life to years. *Frontiers in Medicine* 2018, 5:1-4.
72. Ballesteros RF, Robine JM, Walker A, Kalache A. Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2013, 1-4.
73. European Commission. Active Ageing. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1062>. 12 Şubat 2020.
74. Aslan D. Aktif Yaşlanma Kavramı. <http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=12> 20 Ocak 2020.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması. <http://yasam.ankara.edu.tr/wpcontent/uploads/sites/259/2019/05/T%C3%9CRK%C4%B0YEAKT%C4%B0FVESA%C4%9ELIKLIYA%C5%9ELANMAARA%C5%9ETIRMASI-kitap.pdf>. 21 Ocak 2020.
76. World Health Organization. What is Healthy Ageing? <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/> 2 Ocak 2020.
77. Türk İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. 30 Ekim 2017

78. Demir, G., Ünsal, A., Arslan, GG., Çoban, A. (2013) Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 2013;2(1)
79. Eser S, Saatlı 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: 37-48.
80. Arik G, Varan HG, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, Kizilarslanoglu MD, Sumer F, Kuyumcu ME, Yesil Y, Halil M, Cankurtaran M. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2015, 61: 344–50.
81. Ertan T. Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği'nin 60 Yaş Üzeri Türk Populasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik İncelemesi. Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1996.
82. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015,1: 1-11.
83. Şahin NE, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 57–66.
84. Viana DA, Andrade FCD, Martins LC, Rodrigues LR, Tavares DMS. Differences in quality of life among older adults in Brazil according to smoking status and nicotine dependence. *Health and Quality of Life Outcomes* 2019, 17:1-11.
85. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016, 15: 181-9.
86. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı* 2013, 25: 93-100.
87. Haider S, Luger E, Kapan A, Titze S, Lackinger C, Schindler KE, Dorner TE. Associations between daily physical activity, handgrip strength, muscle mass, physical performance and quality of life in prefrail and frail community-dwelling older adults. *Qual Life Res* 2016, 25:3129–38.

88. Şahin H, Çiçek B, Yılmaz M, Ongan D, Kaya N, İnanç N. Kayseri ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013, 16: 322-9.
89. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012, 20: 1186-95.
90. World Health Organization. Gender and Ageing. <https://www.who.int/ageing/gender/en/>. 22 Ocak 2020.
91. Varela FRA, Ciconelli RM, Campolina AG, Soares PC. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2015, 61: 423-30.
92. Kutsal YG. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. http://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_326.pdf. 12 Aralık 2019.
93. Bağlama SS, Bakır E, Köleoğlu Ş, Dişli E, Çırak K. Huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesi: Özürlülük ve ilaç kullanımının etkisi. *CU Sağlık Bil Derg* 2019, 10: 277-81.
94. Özer E, Özdemir L. Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009, 42-51.
95. Hazer O, Ateşoğlu M. Yaşam kalitesine geronteknolojik bakış. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2017, 63: 471-86.
96. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Geriatrik popülasyonda dengenin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2014, 60: 147-54.
97. Aksoydan E. Yaşlılık ve Beslenme. 1. Baskı. Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008: 3-45.
98. Aslan P. Yaşlılıkta Sağlıklı ve Bilinçli Beslenme. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf. 13 Kasım 2019.
99. Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013, 11: 1-10.
100. Urzua A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev Med Chile* 2011, 139: 1006-14.

101. Durduran Y, Okka B, Şafak Ş, Karaoğlu N, Uyar M. Yaşlılıkta yaşam kalitesi değerlendirilmesi: kamu hastanesine başvuranlar örneği. *Genel Tıp Dergisi* 2018, 28: 113-20.
102. İlhan N, Arpacı S, Havaoğlu D, Kalyoncuoğlu H, Sarı P. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Clin Exp Health Sci* 2016, 6: 56-65.
103. Sarıkaya NA, Oğuz S. Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016, 7: 55–60.
104. Gobbens RJJ, van Assen MALM. Associations between multidimensional frailty and quality of life among Dutch older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2017, 73: 69–76.
105. Sampaio PYS, Ito E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. *Occup. Ther. Int.* 2013, 20: 1–10.
106. Kalıncara V. Başıbüyük GÖ, Ay F. Yaşlıların gerontechnolojik ürünleri kabule yönelik tutumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2016, 9: 1-19.
107. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı ve teknoloji. <http://www.egegeriatri.org.tr/images/pdf/10-ileri-yas-kitap.pdf>. 18 Ocak 2020.
108. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6: 21-9.
109. Kitiş A, Ülgen SY, Zencir M, Büker N. Evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2012, 23: 137-43.
110. Margis R, Donis KC, Schönwald SV, Rieder CRM. WHOQOL-OLD assessment of quality of life in elderly patients with Parkinson's disease: influence of sleep and depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010, 32: 125-31.
111. Costa Dias FL, Teixeira AL, Guimaraes HC, Santos APB, Ritter SRF, Machado JCB, Barbosa MT, Caramelli P. Prevalence of late-life depression and its correlates in a community-dwelling low-educated population aged 75+ years: The Pietà study. *Journal of Affective Disorders* 2019; 242: 173–9.

112. Karakuş B. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı Ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu. <https://ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yaslilara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9F1%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>. 7 Kasım 2019.
113. van der Vorst A, Zijlstra GAR, De Witte N, Duppen D, Stuck AE, Kempen GIJM, Schols JMGA. Limitations in activities of daily living in community-dwelling people aged 75 and over: a systematic literature review of risk and protective factors. *Plos One* 2016; 1-18.
114. Yazıcı SÖ, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 2015, 3: 385-90.
115. Pınar ŞE, Demirel G. Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2016, 9: 39-52.
116. Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 33-9.
117. Çivi S, Tanrıkuşu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Geriatrisi* 3: 85-90.
118. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9: 85-93.
119. Calenti JCM, Tubio J, Fernandez SP, Abraldes IG, Lorenzo T, Arruty TF, Masada A. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010, 50: 306–310.
120. Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, Clarke M. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *American Geriatrics Society* 2001, 49: 404–9.

121. von Strauss E, Torres HA, Kareholt I, Winblad B, Fratiglioni L. Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003, 56: 669–677.
122. Göçer Ş, Günay O. Kayseri’de Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Depresif Belirti Düzeyleri. *Euras J Fam Med* 2018, 7: 116-24.
123. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne huzurevi’nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. *Geriatrics* 2002, 5: 144-9.
124. Wang D, Zheng J, Kurosawa M, Inaba Y, Kato N. Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. *Environ Health Prev Med* 2009, 14: 128–41.
125. Sato S, Demura S, Kobayashi H, Nagasawa Y. The Relationship and Its Change with Aging between ADL and Daily Life Satisfaction Characteristics in Independent Japanese Elderly Living at Home. *Journal of physiological anthropology and applied human science* 2002, 21: 195–204.
126. Leslie W, Hankey C. Aging, Nutritional Status and Health. *Healthcare* 2015, 3: 648-58.
127. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011, 2: 59-67.
128. Gümüş AB, Keskin G, Orgun F. huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012, 15: 299-305.
129. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. *Epidemiol Health* 2018, 40: 1-9.
130. Monma T, Takeda F, Noguchi H, Takahashi H. The impact of leisure and social activities on activities of daily living of middle-aged adults: evidence from a national longitudinal survey in Japan. *Plos One* 2016, 11: 1-13.

131. Zainal A, Ahmad NA, Abdul Razak FH. Older People and the Use of Mobile Phones Real Issues: An Interview Study. 2013 International Conference on Advanced Computer Science Applications and Technologies.
132. Mohd Aznan MA, Mohamad CM, Nur Suriati S, Muhammad Zubir Y. Prevalence of depressive symptoms among elderly and its predictors: a cross sectional study in community Felda Bukit Goh, Kuantan Pahang. *J Fam Med Forecast*. 2019, 2: 1-6.
133. Karakuş A, Süzek H, Atay MA. Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi* 2003, 11: 39-51.
134. Altay B, Üstün G. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Yaşlı Hastalarda Depresyon Riski ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 3: 108-16.
135. Top FÜ, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2010, 13: 14-22.
136. Cong L, Dou P, Chen D, Cai L. Depression and associated factors in the elderly cadres in Fuzhou, China: A community-based study. *International Journal of Gerontology* 2015, 9: 29-33.
137. Liu PC, Chung MS. The prevalence and correlates of depression of the elderly in local community centers in Nantou, Taiwan. *Taiwan J Psychiatry* 2019, 33: 110-3.
138. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012, 10: 37-43.
139. Tel H, Tay NB, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. *F.N. Hem. Dergisi* 2014, 22:69-75.
140. Zincir H, Taşçı S, Erten ZY, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008, 17: 168-174.
141. Babatsikou F, Konsolaki E, Notara V, Kouri M, Zyga S, Koutis C. Depression in the elderly: a descriptive study of urban and semi-urban Greek Population. *International Journal of Caring Sciences* 2017, 10: 1286-95.

142. Goyal A, Kajal KS. Prevalence of depression in elderly population in the Southern Part of Punjab. *J Family Med Prim Care* 2014, 3: 359–61.
143. 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. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi* 2010, 24: 147-153.
144. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Amuk T, Ateşçi F. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:25-32.
145. Saltan A. Yaşlılarda depresyon, ağrı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017, 7: 67-72.
146. Pilania M, Yadav V, Bairwa M, Behera P, Gupta SD, Khurana H, Mohan V, Baniya G and S. Poongothai. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2019 19: 1-18.
147. Nascimento PPP, Batistoni SST, Neri AL. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study – UNICAMP. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2016, 29: 1-11.
148. Ağırman E, Gençer MZ, Arıca S, Kaya E, Eğici MT. Depression and loneliness levels among the older people, a comparison between living alone, living with family or living at nursing home. *J Contemp Med* 2017, 7: 234-40.
149. U Padayacheya, S Ramlalla, J Chipps. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice* 2017, 59: 61–6.
150. Cao W, Guo C, Ping W, Tan Z, Guo Y, Zheng J. A community-based study of quality of life and depression among older adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13: 1-10.
151. Softa HK, Karaahmetoğlu GU, Bir fizik tedavi rehabilitasyon hastanesinde yatan yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016, 7: 18–24.

152. 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* 2010, 25: 165-73.
153. Fatima M, Sehar A, Ali M, Iqbal A, Shakuat F. Incidence of depression among community dwelling healthy elderly and the predisposing socio-environmental factors. *Cureus* 2019, 11: 1-7.
154. Altay B, Avcı İA. Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2009, 8: 139-146.
155. Chevuru VK, Chiyaka ET. Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. *BMC Geriatrics* 2019, 19: 1-10.
156. Horowitz A, Brennan M, Reinhardt JP, MacMillan T. The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2006, 61B: 274-80.
157. Saatci Ö, Polat B. Geriatrik popülasyonda işitme kaybının ve işitme cihazı kullanım memnuniyetinin yaşam kalitesine etkisi. *KBB-Forum* 2016, 15: 81-8.
158. Tarleton E. Depression and nutrition in the elderly. *The Digest* 2014, 49: 1-20.
159. Wiliamson C. Dietary factors and depression in older people. *British Journal of Community Nursing* 2009, 14: 424-6.
160. Ahmadi SM, Mohammadi MR, Mostafavi SA, Keshavarzi S, Ali kooshesh SM, Joulaei H, Sarikhani Y, Peimani P, Heydari, ST, Lankarani KB. Dependence of the geriatric depression on nutritional status and anthropometric indices in elderly population. *Iran J Psychiatry* 2013, 8: 92-6.
161. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005, 6: 227-39.
162. Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar HD. Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3: 38-41.

163. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clinical Interventions in Aging* 2017,12:709–20.
164. Silva MR, Ferretti F, Pinto SS, Tombini Filho OF. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level *Br J Pain. São Paulo* 2018, 1: 293-8.
165. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi* 2001, 1: 50-60.
166. Lee YC. A Study of the relationship between depression symptom and physical performance in elderly women. *Journal of Exercise Rehabilitation* 2015, 11: 367-71.
167. Poelke G, Ventura MI, Byers AL, Yaffe K, Sudore R, Barnes DE. Leisure activities and depressive symptoms in older adults with cognitive complaints. *Int Psychogeriatr* 2016, 28: 63–9.
168. Cotten SR, Ford G, Ford S, Hale TM. Internet use and depression among retired older adults in the united states: a longitudinal analysis. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2014, 69: 763–71.
169. Chopik WJ. The benefits of social technology use among older adults are mediated by reduced loneliness. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking* 2016, 9: 551-6.

EKLER



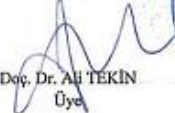
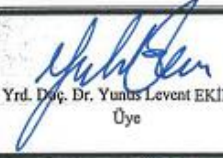



EK-1. Öz Geçmiş

1982 Adıyaman doğumludur. İlk ve ortaöğrenimini Malatya'da tamamladı. 2004 yılında İnönü Üniversitesi Adıyaman Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne hemşire olarak atandı. 2010 yılında Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak göreve başladı. 2011 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programına başladı ve 2012 yılında mezun oldu. 2015 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programına başladı ve 2020 yılında mezun oldu. Evli, 3 çocuk annesidir.

EK-2. Etik Kurul İzni



T.C.
BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	: 13.12.2017	
Toplantı Sayısı	: 2017/12	
Üniversitemiz Etik İlkeleri ve Etik Kurulu 13/12/2017 Çarşamba günü saat 16.00'da Prof. Dr. Ahmet BEYARSLAN başkanlığında toplanarak aşağıdaki karar/kararları almıştır.		
KARAR: IV 2017/12-VII Genel Sekreterliğin 05.12.2016 tarihli ve 19016 sayılı yazısı ekindeki 04.12.2017 tarihli ve 640 sayılı başvuru görüşüldü.		
Yrd. Doç. Dr. Emrah AYKORA' nın "Spor Tırmanışa Yönelik ve Tabata Protokolüne Göre Uyarlanmış 16 Haftalık Egzersizlerin Sedanter Üniversite Öğrencilerinin Bazı fiziksel ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.		
KARAR: V 2017/12-VIII Etik İlkeleri ve Etik Kuruluna yapılan 29.11.2017 tarihli ve 9686 sayılı başvuru görüşüldü.		
Öğr. Gör. Esmâ AKSOY KENDİLCİ' nin "Vejetaryen Beslenmenin Sağlık Üzerine Etkisi: Sistemik Derleme" adlı çalışmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.		
KARAR: VI 2017/12-IX Etik İlkeleri ve Etik Kuruluna yapılan 12.12.2017 tarihli ve 9987 sayılı başvuru görüşüldü.		
Fatma SÖYLEMEZ' in " Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler" adlı çalışmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.		
 Prof. Dr. Ahmet BEYARSLAN Başkan		
 Yrd. Doç. Dr. Ayye Nur BUYRUK AKBABA Başkan Yardımcısı	 Doç. Dr. Ali TEKİN Üye	 Yrd. Doç. Dr. Yunus Levent EKİNCİ Üye
 Yrd. Doç. Dr. Seda DURSUN OĞUR Üye	 Yrd. Doç. Dr. Cihan ÖNEN Üye	 Serdal ÖZBAY Üye

EK-3. Kurum İzni

T.C.
BİTLİS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü




SAYI : 75384813
KONU : Anket Çalışması Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Öğr.Gör.Fatma SÖYLEMEZ'in "Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi,Depresyon Sıklığı,Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler" konulu doktora tez anket çalışmasını Bitlis Merkez ve İlçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.


Uzm.Dr. Yunus Emre BULUT
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2017
Koray OKUR
İl Sağlık Müdürü



EK:7 Sayfa

EK-4. Anket Formu

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma; Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi, depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve bu konularla ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmaktadır.

Sizin cevaplarınızdan elde edilecek veriler/sonuçlar doktora tezinde kullanılacak ve bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz cevaplamaya son verebilirsiniz. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anket 75 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formundaki sorulara seçenekler arasından seçerek veya sorudaki boşluk kısmına yazarak cevap verebilirsiniz. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü Kısa Versiyonu, Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi ve Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası'nda size uygun gelen cevapları seçiniz.

Anketi cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi: Prof. Dr. Ali ÖZER İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Fatma SÖYLEMEZ Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO

Çalışmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve bir sonraki sayfaya geçiniz.

- Kabul ediyorum.
 Kabul etmiyorum.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Doğum tarihiniz(yıl olarak).....

2.Cinsiyetiniz

1. Erkek 2. Kadın

3.Medeni durumunuz

1. Evli 2.Bekar 3.Eşi ölmüş 4.Boşanmış 5. Ayrı yaşıyor

4.Eğitim durumunuz

1.Okur-yazar değil

2.Okur-yazar

3.İlkokul

4.Ortaokul

5.Lise

6.Üniversite ve üstü

5.Aylık gelirinizi nasıl ifade edersiniz?

1. Düşük 2. Orta 3. İyi

6. Çalışma durumunuz nedir?

1.Çalışıyorum 2. Emekliyim 3. Çalışmıyorum

7. Kaç çocuğunuz var.....

8.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız

2. Eşimle birlikte

3.Çocuğumla

4.Akrabalarım

5.Diğer.....

9.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

10. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

11.Kronik bir hastalığınız (tansiyon, kalp, şeker, astım) var mı?

1. Var.....tane

2.Yok

12.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1.Var.....tane

2.Yok

13.Sağlık güvenceniz var mı?(Cevabınız yok ise 15. soruya geçiniz)

1.Var 2. Yok 3. Bilmiyorum

14.Sağlık güvenceniz hangisidir?

1. Yeşil kart veya ücretsiz

2.Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK)

3. Bağ-Kur

4.Emekli Sandığı

5.Ücretli (Genel Sağlık Sigortası)

6.Bilmiyorum

15. Herhangi bir cihaz kullanıyor musunuz?

1.Evet

2. Hayır

16.Beslenme şekliniz nasıldır?

1.Düzenli 2.Düzensiz

17.Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.İyi 2. Orta 3. Kötü

18.Baş ağrısı diş ağrısı gibi günlük hayatta olan can sıkıcı ağrılar dışında ağrınız var mı?

1.Var 2. Yok

19.Uykunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Düzenli 2. Düzensiz

20.Fizik aktivite yapar mısınız?

1.Evet hergün

2.Haftada birkaç gün

3. Hayır

21. Üz olduğünüzde, umutsuzluğa kapıldığınızda rahatlamak için neler yaparsınız?

.....
.....
.....

22.Boş vakitlerinizi değerlendirmek için edindiğiniz bir hobiniz var mı?

1.Evet.....

2.Hayır

23. Cep telefonu kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

YAŞLILAR İÇİN DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ MODÜLÜ

Aşağıdaki soruları geçtiğimiz hafta boyunca yaşadığımız deneyimlerimizi dikkate alarak yanıtlayınız					
	Hiç	Biraz	Orta Düzeyde	Çok	Oldukça Fazla
Duyusal İşlevler					
Duyularınızdaki bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?					
Duyularınızla ilgili işlevler sizce nasıldır?					
İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük aktivitelere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?					
Duyularınızdaki sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?					
Özerklik					
Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?					
Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?					
Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?					
Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?					
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri					
Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?					
Başarılı bir yaşam sürdürebilme olanaklarınızdan ne kadar memnunsunuz?					
Yaşamınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?					
Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?					
Sosyal katılım					
Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Yaptığımız aktivitelerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?					
Her gün yapacak işinizin olduğunu ne ölçüde düşünüyorsunuz?					
Toplumsal aktivitelere katılma olanaklarınızdan ne ölçüde hoşnutsunuz?					
Ölüm ve ölmek					
Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?					
Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?					
Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?					
Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkuyorsunuz?					
Yakınlık					
Yaşamınızda dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?					
Yaşamınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?					
İnsanları sevebilme olanağınız ne kadar oluyor?					
İnsanlar tarafından ne kadar sevilebilme olanağınız oluyor?					

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK İNDEKSİ

AKTİVİTE	BAĞIMSIZ Denetim, yönlendirme ve yardım YOK	BAĞIMLI Denetim, yönlendirme ve yardım VAR
BANYO YAPMA	Kendi başına banyo yapmayı tamamlayabilir yada sırt, genital bölge ya da engelli ekstremiteler gibi vücudunun yalnızca bir bölümünün yıkanmasında yardıma ihtiyaç duyar.	Küvetin içinde ya da dışında banyo yaparken veya duş alırken; vücudun birden fazla bölgesi için yardıma ihtiyaç duyar. Tüm banyo için yardım gerekir.
GIYİNME	Dolap ve çekmecedeki giysilerini alır, giyinir ve bağlantı elemanları ile dış giysilerini giymeyi tamamlar. Ayakkabılarını giyerken yardım alabilir.	Kendi başına giyinirken yardım edilir ya da giyinmek için tümüyle yardım gerekir.
TUVALET	Tuvalete gider, tuvalete oturup kalkar, giysilerini düzeltir, yardımsız genital bölgesini temizler.	Tuvalete ulaşımında, tuvalet yapmada, kendini temizlemede yardım gerekir ya da sürgü veya oturaklı sandalye kullanır.
YER DEĞİŞTİRME	Yataktan ya da sandalyeden yardımsız kalkar ve hareket eder. Mekanik transfer araçlarının kullanımı kabul edilir.	Yataktan yada sandalyeden kalkmak için yardıma ihtiyaç duyar ya da tamamen yardım gerekir.
MESANE VE BARSAK KONTROLÜ	İdrar yapma ve dışkılama üzerinde tam kontrole sahip.	Kısmi ya da tam, mesane ya da barsak konstinansında yetersizlik.
BESLENME	Tabaktan yemeğini alıp yardımsız ağzına götürebilir. Gıda hazırlaması başka bir kişi tarafından yapılabilir.	Beslenme için kısmi ya da tam yardım gerekir ya da parenteral beslenme gerekir.
TOPLAM PUAN		

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI

Geçtiğimiz 7 gün boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan EVET yada HAYIR cevabını veriniz.

Sorular	EVET	HAYIR
1.Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?		
2. Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı?		
3.Hayatınızın boş/anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?		
4.Çoğunlukla canınız sıkılır mı?		
5.Gelecekte umutsuz musunuz?		
6.Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?		
7.Çoğu zaman moraliniz iyi midir?		
8.Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9.Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10.Sıklıkla kendinizi çaresiz /yardıma muhtaç hissediyor musunuz?		
11.Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?		
12.Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde oturmayı tercih ediyor musunuz?		
13.Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?		
14.Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden daha fazla probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?		
15.Şu anda yaşıyor olmanın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?		
16.Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?		
17.Son zamanlarda kendinizi 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.Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz?		
23.Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24.Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25.Sık sık kendinizi ağlayacak gibi hisseder misiniz?		
26.Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		
27.Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		
28.Sosyal topluluklara katılmaktan kaçınır mısınız?		
29.Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		
30.Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mı?		
Toplam Puan		