



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDAKİ SOSYODEMOGRAFİK
FARKLILIKLARIN DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ: YAŞAM KALİTESİNİN
DEPRESYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİDEM DEMİRŞAHİN

LEFKOŞA

2019

**YAŞLILARDAKİ SOSYODEMOGRAFİK FARKLILIKLARIN
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ: YAŞAM KALİTESİNİN DEPRESYON
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

DİDEM DEMİRŞAHİN

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. FATMA GÜL CİRHİNLİOĞLU

LEFKOŞA

2019

KABUL VE ONAY

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Yrd. Doç. Dr.

Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

.../ ... /2019

DİDEM DEMİRŞAHİN

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda ve tezimin hazırlanmasında desteği ile hep yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Fatma Göl Cirhinlioğlu'na teőekkürlerimi sunarım.

Ayrıca sevgili aileme hep yanımda oldukları için teşekkür ederim.

ÖZ

YAŞLILARDAKİ SOSYODEMOGRAFİK FARKLILIKLARIN DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: YAŞAM KALİTESİNİN DEPRESYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Bu çalışma yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konmasını amaçlamıştır. Çalışma Samsun'da yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri sosyo-demografik soru formu, DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL-OLD Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Veri analizinde SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde betimsel istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği skewness-kurtosis ile belirlendikten sonra değişkenler arası ilişkiler parametrik testlerle incelenmiştir. Gruplar arası farklar sürekli değişkenler için t-test ve tek yönlü anova ile incelenmiştir. Değişkenlerin yordayıcı etkilerinin incelenmesi amacıyla regresyon analizleri yapılmıştır. Çalışmaya alınan katılımcıların yaş ortalaması 72.23'tür. Katılımcıların % 51.7'si erkek, % 48.3'ü kadındır. Çalışmanın temel hipotezlerine göre yaşam kalitesi toplam puanlarının depresyon toplam puanları üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olduğu ve yaşam kalitesinin depresyonu % 25 oranında açıkladığı gözlenmiştir. Alt boyutlarının anlamlı bir etkisi olmadığı saptanırken geçmiş, bugün ve gelecek yaşam kalitesi alt boyutlarının depresyon üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin depresyonun önemli bir yordayıcısı olduğu; diğer bir ifade ile yaşam kalitesinin depresyon üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireyler depresyon açısından risk altında olmakla beraber yaşam kalitelerinden etkilenmeler yaşamaktadırlar. Yaşam süresinin giderek uzadığı ülkemizde yaşlıların yaşam kalitesi ve depresyonu taranmalı, yaşam kalitesini etkileyen faktörler tespit edilmeli ve sağlıklı yaşlanma sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması ve depresyonun önlenmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Geriatrik Depresyon, Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar

ABSTRACT

INVESTIGATION OF SOCIODEMOGRAPHIC DIFFERENCES IN ELDERLY IN TERMS OF DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE: THE EFFECT OF QUALITY OF LIFE ON DEPRESSION

The purpose of this study is to investigate the relationship between the assessment of the effects of the quality of life of elderly people on depression. The study was conducted in Samsun region with elderly individuals aged 65 years or older living in Samsun. The research data was collected using WHOQOL-OLD Beck Depression Inventory of Quality of Life in the Elderly, containing socio-demographic characteristics of the study, developed by WHO. The data of the study was obtained using face-to-face interview method. SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) program was used to process the data while analyzing the data. In the evaluation of the data, sample characteristics were examined with descriptive statistics. After it was determined whether the data showed normal distribution or not by the skewness statistic, the inter-variable correlations were examined by parametric tests for the normal distribution data. Differences between groups were examined by t-test and one-way ANOVA for continuous variables. Linear regression and multiple regression analyzes were performed to examine the predictive effects of the variables. The average age of the elderly participated in the study is 72.23. 51.7% of the elderly is male and 48.3% is female. According to the basic hypothesis of the study, total quality of life scores had a predictive effect on depression total scores and the quality of life explained the depression by 25%. sub-dimensions weren't found to be significant in the positive direction on depression. Past, present and future quality of life subscale were found to have a significant effect on depression in the negative direction. It has been determined that quality of life is an important predictor of depression in elderly people, that is, quality of life has an effect on depression. Elderly individuals are at risk from depression and are affected by their quality of life. In our increasingly aging country, the quality of life and depression of elderly

people should be studied and the factors affecting their quality of life should be determined and necessary studies should be done to increase quality of life and prevent depression by providing healthy aging.

Key words: Old Age, Quality of Life, Depression, Geriatric Depression, Quality of Life Sub-Dimensions

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR iii

ÖZ..... iv

ABSTRACT v

İÇİNDEKİLER..... vii

TABLO DİZİNİ ix

KISALTMALAR xi

1. BÖLÜM

GİRİŞ 1

1.1 Problemin Durumu..... 2

1.2 Araştırmanın Amacı 3

1.3. Araştırmanın Alt Amaçları 3

1.4. Araştırmanın Önemi..... 4

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları..... 5

1.6. Araştırmanın Temel Hiptezi..... 5

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR 6

2.1. Yaşlılığın Tanımı..... 6

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık..... 9

2.3. Yaşlılıkta Oluşan Değişiklikler 11

2.4. Yaşlanma Teorileri 13

2.5. Depresyonun Tanımı ve Bazı Kuramsal Yaklaşımlar 14

2.6. Depresyonun Epidemiyolojisi..... 18

2.7. Yaşlılarda Depresyon..... 19

2.8. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi 24

2.9. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Depresyon İlişkisi 27

2.10. Yaşam Kalitesi Tarihçesi 29

2.11. Yaşam Kalitesi Tanımı 31

2.12. Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler 32

2.13. Yaşam kalitesini Artıran ve Azaltan Durumlar 32

2.14. Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları..... 33

2.15. Yaşam Kalitesi Göstergeleri.....	34
2.15.1. Ekonomik Göstergeler	34
2.15.2. Sosyal Göstergeler.....	34
2.15.3. Psikolojik Göstergeler.....	35
2.15.4. Sağlık ile İlgili Göstergeler.....	36
2.16. Yaşam Kalitesi Algısı	36
2.17. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi	36
2.17.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı	36
2.17.2. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	38
3. BÖLÜM	
YÖNTEM	41
3.1.Araştırmanın Modeli	41
3.2.Evren ve Örneklem	41
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	41
3.3.1 Yaşlılarda Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) Türkçe Sürümü.....	41
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri.....	43
4. BÖLÜM	
BULGULAR.....	44
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA	60
6. BÖLÜM	
6.1. SONUÇ	65
6.2. ÖNERİLER	66
KAYNAKÇA	68
EKLER.....	76
Ek 1. Sosyodemografik veri formu	77
Ek 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği	78
Ek 3. Beck Depresyon Envanteri	79
ÖZGEÇMİŞ.....	80
İNTİHAL RAPORU	81
ETİK KURUL ONAY FORMU.....	82

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Eğitim Düzeylerine ilişkin Bilgiler.....	44
Tablo 2. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?	45
Tablo 3. Şu an yaşadığınız yer?	45
Tablo 4. Skewness Normallik Testi Sonuçları	46
Tablo 5. Yaş ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	46
Tablo 6. Depresyon düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	47
Tablo 7. Yaşam Kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	47
Tablo 8. Depresyon düzeylerinin tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	48
Tablo 9. Yaşam kalitesi düzeylerinin tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	48
Tablo 10. Depresyon düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	49
Tablo 11. Yaşam kalitesi düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	49
Tablo 12. Depresyon düzeylerinin çalışanlar ve çalışmayanlar arasında farklılaşma gösterip göstermediğini için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	50
Tablo 13. Yaşam kalitesi düzeylerinin çalışanlar ve çalışmayanlar arasında farklılaşma gösterip göstermediğini için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	50
Tablo 14. Depresyon düzeylerinin kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	51

Tablo 15. Yaşam kalitesi düzeylerinin kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	51
Tablo 16. Yaşam kalitesi düzeylerinin kronik ruhsal rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları	52
Tablo 17. Depresyon düzeylerinin gelir düzeyleri durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları	52
Tablo 18. Yaşlıların Depresyon Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonrası Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	53
Tablo 19. Yaşam Kalitesi puanlarının gelir düzeyleri durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları	54
Tablo 20. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonrası Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	55
Tablo 21. Depresyon puanlarının çocuklukta aile durumlarına (Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış) göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları	56
Tablo 22. Yaşlıların Depresyon Puanlarının Çocuklukta Aile Durumlarına (Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış) Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonrası Post-Hoc LSD Testi Sonuçları	57
Tablo 23. Yaşam Kalitesi puanlarının çocuklukta aile durumlarına (Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış) göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları	57
Tablo 24. Yaşam Kalitesinin Depresyon Düzeylerini Yordanmasına İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları	58
Tablo 25. Yaşlıların yaşam kalitesi alt boyutlarının depresyon düzeylerini yordamasına ilişkin Çoklu Regresyon Analizi Testi Sonuçları.....	59

KISALTMALAR

DSM : TheDiagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

ADNKS : Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Yaşlılık tanımı evrensel bir tanım olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre 65 yaş ve üzeri olan yaş skalası yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla yaşlanma konusu daha çok gündeme gelmektedir. Yaşlı bireyler yaşlanmanın getirdiği değişiklikler sonucu bakıma muhtaç, yalnız ve mutsuz olabilmektedir. Önceki dönem toplumlarında yaşlı bireylerin saygınlıklarıyla beraber tecrübelerine ve bilgilerine önem verilmekteydi. Daha sonraki dönemlerde ise fiziksel ve bilişsel kayıpların yaşanması gündeme gelerek yaşlılık konusunda olumsuz fikirler doğmuştur. Özellikle emeklilik sonrası statü ve rol kaybı bunun başlıca etmenleri arasındadır. Tüm bu olumsuz düşünceler sonucu depresyon kavramı önem kazanmaktadır.

Depresyon yaşlılarda sıklıkla görülebilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Yaşlılarda meydana gelen depresyon gençlere göre daha farklıdır. Yaşlılarda depresyon, sürekli üzüntü halinde olup ağlamak, çabuk duygulanma ve alıngan olmak, insanlardan kendisini uzak tutmak, fazla konuşma isteğinin olmaması, unutkan olmak ve sıkıntılı bir ruh haline bürünmek şeklinde görülebilmektedir.

Yaşlılarda depresyon belirtilerini yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmek yanlış bir düşünce olmaktadır. Yaşlılarda depresyonun tedavi edilmemesi sonucu olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Depresyonun tedavi edilmemesi sonucu, kalp rahatsızlıkları, tansiyon, şeker vb. gibi hastalıkların gittikçe kötüleşmesi, yaşam kalitesinin düşmesi ve intihar gibi kötü vakaların gerçekleşmesi görülebilmektedir.

Devlet planlama teşkilatı (DPT)'nin 2014 belirlemesine göre Dünyada bilimin tıbbın ve teknolojinin ilerlemesi sonucu yaşlı nüfusu artmış ve önümüzde ki yıllarda büyük oranda yaşlanan nüfusun daha da artacağı ön görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus kayıt sistemine (ADNKS) bakıldığında (2017); Türkiye'de 65 ve üzeri yaştaki bireylerin toplam nüfus içerisinde payları yüzde 8,5 olarak belirlemiştir.

Yapılan son incelemelere göre Türkiye olgun nüfus dönemini tamamlamış yaşlı nüfus dönemine geçmiştir.Yaşlı nüfusunun giderek artması yaşlıların yaşadığı sorunları gündeme getirmiştir.Yaşlılık döneminin en önemli sağlık problemlerinden birisi depresyondur ve 65 yaş ve üzeri grupta en sık karşılaşılan ruhsal sorundur. (Göktaş ve Özkan, 2006, Üstün ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarda yaşlılarda depresyon sıklığının %10,5-48.1 arasında olduğu görülmüştür (Şahin ve ark., 2003).

Depresyon riskini arttıran bir önemli etkende yaşam kalitesidir. Yaşam süresinin artması ile birlikte kronik hastalıkların ve çevreye uyumun azalmasının sonucu olarak yaşlı bireylerin günlük hayat akışının kısıtlanması depresyon için zemin hazırlamaktadır. (Dişçigil, Gemalmaz, Başak ve ark., 2005). Yapılan bir başka çalışmada yaşlıların kronik hastalıklarının yaşam kalitelerini düşürdüğü ve depresyon durumunu arttırdığı gözlenmiştir (Birtane, Tuna, Ekuklu ve ark., 2000).

Çalışmada öncelikle yaşlılığı alt dallarıyla birlikte inceleyip depresyon ve yaşam kalitesinin alt dallarıyla ilişkisi önemli yer tutmaktadır. Bu çalışma yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konmasını amaçlamıştır.

1.1 Problemin Durumu

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen problemleri belirlemek, yaşam kalitelerini arttırmak ve depresyon ile ilişkili etkenleri bulmak ve bu problemleri belirleyerek yaşlıların ruhsal yönden sağlıklı yaşam sürdürebilmelerine yönelik öneriler getirmek için araştırmalara gereksinim vardır. Bu çalışmanın yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi ve

depresyonun önlenmesine ışık tutacağı düşünülmüştür. Çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkisi değerlendirilmek amacı ile yapılmıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Samsun'da yaşayan 65 yaş üstü bireylerin yaşam kalitelerinin depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesi ve depresyonun sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının incelenmesi ve yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konması hedeflenmiştir. Bu konuda yapılacak çalışmalar sayesinde yaşlanma ve yaşlılık dönemine ait ihtiyaçların belirlenerek yaşlıların ruhsal açıdan sağlıklı olabilmeleri ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik yapılacak uygulamaların hayata geçirilmesi sağlanacaktır.

1.3. Araştırmanın Alt Amaçları

Bu çalışmada, Samsun'da yaşayan 65 yaş üstü bireylerin yaşam kalitelerinin depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesi ve depresyonun sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkların incelenmesi ve yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konması hedeflenmiştir.

Hipotez-1 Yaşlıların cinsiyetine göre yaş ortalamalarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-2 Yaşlıların cinsiyetine göre depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-3 Yaşlıların cinsiyetine göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-4 Yaşlıların tek yaşama durumlarına depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-5 Yaşlıların tek yaşama durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-6 Yaşlıların geçmişte özel eğitim alanlar ve almayanların depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-7 Yaşlıların geçmişte özel eğitim alanlar ve almayanların yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-8 Yaşlılarda çalışanların ve çalışmayanların depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-9 Yaşlıların yapmakta oldukları iş durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-10 Yaşlıların kronik rahatsızlığı olanların ve olmayanların depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-11 Yaşlıların rahatsızlık durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-12 Yaşlıların kronik ruhsal rahatsızlık durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-13 Yaşlıların gelir düzeyleri durumlarına göre depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-14 Yaşlıların gelir düzeyleri durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-15 Yaşlıların çocuklukta aile durumlarına göre depresyon puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

Hipotez-16 Yaşlıların çocuklukta aile durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mıdır ?

1.4. Araştırmanın Önemi

Bu konuda yapılacak çalışmalar sayesinde yaşlanma ve yaşlılık dönemine ait ihtiyaçların belirlenerek yaşlıların ruhsal açıdan sağlıklı ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik yapılacak uygulamaların hayata geçirilmesi sağlanacaktır.

Yaşlı nüfusun gittikçe artmasının sonucu olarak yaşlı döneme ait olan sorunların daha da önemi artmaktadır. Bütün dönemlerde yaşam kalitesinin önemi gibi yaşlılarda erken ölümlerin engellenmesi için önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum yaşlıların sadece sağlık yönü değil psikolojik ve sosyal durumun da önemli bir yön olduğu göstermektedir. Yaşlıların son dönemlerinde ortaya çıkan depresyon, ruhsal durumlarını etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu anlamda depresyonun tanınması için depresyona etki eden

faktörlerin bilinmesi ve yaşlılara karşı yapılan davranışların düzenlenmesi önemli olmaktadır. Erken tanı ve tedavi sürecinin başlaması, yaşlıların yaşam kalitelerini arttırıcı bir eylem olmaktadır. Erken tanının yapılması yaşlı bireyin tedavi sürecinin başlamasını ve sosyal desteğe gereksinimini sağlaması aşamalarını getirmektedir. Bu süreçler başarılı bir şekilde ilerletilirse tedavi başarı oranı artar ve yaşam kalitesi olumlu olarak etkilenir.

Yaşlılarda depresyonun engellenmesi için sosyal desteğin de büyük bir önemi vardır. Sosyal desteğin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin artar ve dolayısıyla depresyonun varlığı engellenmektedir. Yaşam kalitesi ile depresyon bir ilişki içerisindedirler. Yaşam kalitesini düşüren olumsuzlukların oluşması depresyona girme düzeyini arttırmaktadır. Tüm bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda yaşlı bireylerin psikolojik durumları açısından araştırmada da ortaya konulan ilişki önemli bir yer tutmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 2018 yılında TC ve KKTC uyruklu 65 yaş ve üzeri kişilere uygulanmıştır.

1.6. Araştırmanın Temel Hiptezi

Temel Hipotez-1 Yaşlılarda yaşam kalitesi düzeylerinin depresyon düzeylerini yordama gücü nedir ?

Temel Hipotez-2 Yaşlıların yaşam kalitesi alt boyutlarının (Duyusal İşlevler, Özerklik, Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri, Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek, Yakınlık) depresyon düzeylerini yordama gücü nedir ?

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Yaşlılığın Tanımı

Bütün canlılarda görülebilen yaşlanma, tüm işlevlerde azalma yaratan devamlı ve evrensel bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Vücudumuzdaki molekül, hücre, doku, organ ve sistemlerinde oluşan ve geri dönüşü bulunmayan değişikliklerin tümü yaşlanma olarak adlandırılmaktadır. Bu tanımın fizyolojik, biyolojik, ekonomik ve sosyolojik birçok tanımı bulunabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre 65 yaş üstü yaşlılık dönemi olarak bilinmektedir. Yaşlılık dönemi tanımlamaları ülkelerden ülkeye öre değişmektedir. Örneğin Birleşmiş Milletler bu dönemi 60 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki genel olarak Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre yaşlılık dönemi belirlenmektedir. Yaşlılık, bir organizmanın yaşam süresinin son dönemlerine denk gelmekte ve birçok yönde meydana gelen değişikliklerle birlikte kayıp ve çöküşler yaratmaktadır (Sözen, 2014: 3).

Yaşlanmayı sadece dış görünümdeki değişiklik olarak adlandırmamak gerekmektedir. Bu kavramı kişinin iç ve dış tüm bütünlüğüyle düşünmek gerekir. Yaşlanma genel olarak 4 aşamada gerçekleşir (www.huzurevleri.org.tr):

Gelişme, Büyüme, Duraklama ve Gerileme Başlangıcı, Gerileme

Kurt ve arkadaşlarına göre yaşlılık, kronolojik yaşın yükselmesiyle biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olan bir süreci ifade etmektedir. Zamanın ilerlemesine bağlı olarak yaşlılık, çevreye sağlanan uyumun ve bireyin iç ve dış etmenler arasındaki dengeyi kurma potansiyelinin azalmasıdır. Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin yavaş yavaş

azalması”, OECD’ye göre “davranış ve ihtiyaçları değişen heterojen bir gruptan oluşan 65 yaş üzerindeki insanlar” olarak ifade edilmektedir (Kurt vd., 2010: 33).

Yaşlılık, görme, işitme, iskelet sistemindeki değişimler, beyin ve ürogenital sistemlerinde yaşanan değişimler, menapoz ve andropoz dönemlerindeki sağlık sorunları yaşlılık dönemlerinde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler yaratan bir olgudur (Terzioğlu vd., 2004: 117). Yaşlanmanın kaçınılmaz olduğu zamanlarda kişiler fiziksel, ruhsal işlevlerinde ve buna bağlı olarak sosyal yaşantısında hoşnutsuzluk yaşamaktadır. Bu hoşnutsuzluk sosyal yaşantısındaki memnuniyeti engelleyerek bir toplumsal sorun haline gelebilmektedir (Sözen, 2014: 4).

Yaşlanma üzerine birçok kuramla karşılaşmak mümkündür. Yaşlanma Hobson’a göre 5 başlıkla incelenebilmektedir (Sarı, 2013: 5).

Moleküler Yaşlanma: Zamanın ilerlemesiyle birlikte biyolojik niteliklerin değişimleriyle ortaya çıkmaktadır. İntermoleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının esnekliğinde azalmaya neden olmaktadır.

Hücrel Yaşlanma: Zamanın ilerlemesiyle mutasyonlu hücrelerin çoğalması meydana gelmektedir.

Doku ve Organ Yaşlanması: Vücuttaki organlarda yapısal ve işlevsel olarak değişimlerin ortaya çıkmasıdır. Hücrelerin işlevlerinde azalma meydana gelir ve sinirsel işlevler azalır.

Bireysel Yaşlanma: Bireyin çevresiyle yakaladığı uyum yeteneğinin azalması durumudur. Fonksiyonların azalması ya da yok olması le birlikte giderek ölümle sonuçlanır.**Toplumsal Yaşlanma:** Toplumdaki yaşlılık oranının ve nüfusunun artması durumudur.

Yaşlanma zamanın ilerlemesine bağlı olduğu gibi çevresel faktörlere bağlı olarak da yaşanabilmektedir. Buna göre yaşlanma, primer ve sekonder olmak üzere 2 kategoride de incelenebilmektedir (Dokuzcan, 2014: 10-11):

Primer Yaşlanma: Zamanın ilerlemesine ve yaşlanmanın oluşmasına bağlı olarak yapı ve işlevlerde yaşanan bozukluklardır. Primer yaşlanma, oksijen tüketiminde azalma, kardiyovasküler işlevlerde azalma, kas kütle ve gücünde yaşanan azalma, hafıza kayıpları ve deri elastikiyetinde azalma gibi durumları ifade etmektedir.

Sekonder Yaşlanma: Hastalıklar, sigara ve egzoz dumanı, radyasyon gibi çevresel faktörler sonucu yaşanan yaşlanma sekonder yaşlanma olarak bilinmektedir. Sekonder yaşlanmayı yavaşlatma demek ortalama yaşam süresinin arttırılması olarak anlam kazanmaktadır.

Genel olarak baktığımızda yaşlılık ile ilgili birçok kavramla karşılaşabilmekteyiz. Yaşlılıkta zamanın ilerlemesiyle oluşan kavram olan yaş kavramını kronolojik ve biyolojik olarak iki kategoride görebilmekteyiz (Şahin, 2000: 13):

Kronolojik Yaş: Kişinin doğumundan başlayarak içinde bulunduğu zamana kadar süregelen zamanı ifade etmektedir.

Biyolojik Yaş: İçinde bulunduğu biyolojik basamağı bir zaman birimi olarak göstermeyi ifade eder.

Yaşlılık kavramına bakıldığında zaman ise kronolojik, biyolojik, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal olmak üzere farklı şekillerde tanımlanabilmektedir:

Kronolojik Yaşlılık: Yaşanılan zamana göre yıl hesabı yapılarak yapılan yaşlılık tanımı olarak bilinmektedir.

Biyolojik Yaşlılık: Yaşlanmanın yarattığı vücuttaki organ ve dokularda yaşanan değişimlerin meydana getirdiklerini ifade etmektedir.

Fonksiyonel Yaşlılık: Kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin azalması, iş gücünün azalması, kas kütlelerinin azalması, çalışma kapasitesinin azalması ve aerobik debinin düşmesidir. Hafıza kayıpları, vücut derisinin elastikiyetini yitirmesi ve kırışıklıkların oluşması durumlarının oluşmasını sağlamaktadır.

Psikolojik Yaşlılık: Bireylerin duygularında ve algılamalarında oluşan değişimlerdir.

Sosyal Yaşlılık: Kültürde ve sosyal yaşantıda oluşan değişimler sonucu toplumların diğer toplumlardan farklı olma durumudur.

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık

Önceki dönemlere nazaran teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin daha da iyiye gitmesinin sonucu olarak ortalama yaşam sürelerinin uzadığı yönündeki bilgi yanlış olmayacaktır. Genel olarak yapılan nüfus çalışmaları sonucu yaşlı nüfus oranının gittikçe arttığı dikkat çekmektedir. Alanında yapılan çalışmalara göre 1950 yılında 60 yaş ve üzeri 200 milyon kişi olurken, 2000 yılında 400 milyona kadar ulaşmıştır. Çalışmalara göre önümüzdeki dönemlere göre öngörüler yapılabilmektedir. Bir öngörüye göre 2050 yılında Dünya nüfusu 8.9 milyar olacakken yaşlı nüfus kişi sayısı ise 2 milyar civarında olacaktır. 2050 yılındaki yaşlı nüfus oranının %22'lere ulaşacağı öngörülmektedir. Diğer bir deyişle her 7 insandan birinin yaşlı olarak sayıldığı gelişmiş ülkelerde, her 4 insandan biri 65 yaş ve üzeri olacaktır. Çalışmalar genel olarak yaşlı nüfus oranlarının arttığını ve nüfusun yaşlandığını ortaya koymaktadır. Bunun nedeni olarak 2 süreçten söz edilmektedir. Buna göre (Ekşioğlu Ahad, 2016: 3):

İnsanların yaşam sürelerinin sürekli uzaması ve dünyada genel olarak doğurganlığın azalmasıdır.

Yaşlı nüfus da kendi içerisinde alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası yaşlı, 85 ve üzeri ise en yaşlı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca genel olarak toplumun genç ya da yaşlı olması toplam yaşlı nüfusun oranına bağlı olarak belirlenmektedir. Buna göre (Dokuzcan, 2014: 6):

Genç Toplum: 65 yaş üstü oran %4'den az olan toplumdur.

Olgun Toplum: 65 yaş üstü oran %4-7 arasında bir oranda bulunan toplumdur.

Yaşlı Toplum: 65 yaş üstü oran %7-10 arasında bir oranda bulunan toplumdur.

Çok Yaşlı Toplum: 65 yaş üstü oran %10'un üzerinde olan toplumdur.

2014 yılında yapılan bir çalışmaya göre Dünyada yaşlılar toplam nüfusun %8.3'ünü oluşturmaktadır. %29.5 oranıyla Monako, %25.8 oranıyla Japonya ve %21.1 oranıyla Almanya Dünyadaki en yaşlı nüfusa sahip ilk üç ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye ise bu sıralamada 94. Sırada yer almaktadır. Dünyadaki bu yaşlı nüfus oranlarının değişmesi ülkelerde oluşan birçok alandaki farklılık ile farklılaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun %40'ı 24 yaşın altındadır. Gelişmiş ülkelerde ise genç nüfus oranı az, yaşlı nüfus da diğerlerine göre fazladır (Ekşioğlu Ahad, 2016: 4).

Genel olarak Dünyadaki yaşlı nüfus oranlarının artması birçok nedenden kaynaklanabilmektedir. Genel olarak yaşlı nüfus sayısının artmasının nedenleri arasında şunlar sayılabilmektedir (Dönmez, 2010: 6-7):

Enfeksiyon ve hastalıklar sonucu ölümlerin azalması

Sağlık alanındaki gelişmeler sonucu hizmetlerin artması

Doğuştan ölüme kadarki sürenin uzaması

Beslenme olanaklarının yeterli olarak sağlanabilmesi

Eğitim düzeyinin artması İnsanların yaşam düzeylerinin gittikçe yükselmesi

Dünyadaki nüfus oranlarının farklı olması ülkelerin sosyal politikalarında değişikliklerin olduğu durumu yaratmaktadır. Yaşlıların sürekli gündemde olması nedeniyle sosyal politikalara duyulan gereksinim gittikçe artmaktadır. Özellikle yaşlı bakım ve maddi gelirleri konusundaki sosyal politikalar yaşlı nüfus oranının azlığı ve çokluğuna göre farklılık göstermektedir (Yazgan, 2000: 35).

Yapılan çalışmalara göre Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranının arttığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalara göre 1985 yılında 65 yaş üzeri nüfus %4.2 oranında iken, 1990 yılında %4.3 oranına, 2000 yılında ise %5.6 oranına yükselmiştir. Bu çalışmalar üzerine yapılan yorumlar sonucu 2050 yılında yaşlı nüfus oranının %17.6 oranına yükseleceği öngörülmektedir (Sarı, 2013: 6).

Ülkemizde 2003 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TSNA) tarafından yapılan çalışmaya göre yaşlı nüfus %5.6 oranındadır. Bu oran

Türkiye’de yaklaşık olarak 5 milyon civarı yaşlı nüfusun olduğu bilgisini vermektedir. 2008’de yapılan çalışmaya göre ise toplam nüfus artış hızı %1,31 oranındadır. Bu orana bağlı olarak artan yaşlı nüfus oranı %6.8oranına yükselmiştir. Bu artış oranının sürekliliği, ülkemizde de yaşlı nüfusun sürekli artacağı öngörüsü yapılabilmekkanı verebilmektedir (Dönmez, 2010: 7).

2.3. Yaşlılıkta Oluşan Değişiklikler

Yaşlılığın vücuda etkilerinden sağlık sorunlarının yaşanması olasıdır. Genel olarak duyu organlarının işlevselliği azalır. Kardiyovasküler, gastrointestinal, vücut kompozisyonu ve üriner ve endokrin sistemler genel olarak değişime uğrar. Bunların yanı sıra böbrek, kemik hastalıkları, şeker hastalıkları, kanser, hipertansiyon gibi hastalıklar yaşlılarda sıkça karşılaşılan hastalıklardandır. Genel olarak değişiklikler şöyle sıralanabilmektedir (Sarı, 2013: 9-12):

Kardiovasküler Sistem Değişiklikleri: Yaşın ilerlemesine bağlı olarak kalp kasının küçülmesi sonucu pompalanan kan miktarı azalır. Maksimal oksijen tüketimi her on yılda bir %5-10 oranı arasında düşerken, kalp atım hızı ise her on yılda bir 6-10 atım/dakika düşmektedir. Yaşlanmayla beraber maksimal oksijen tüketimi ve kalp atım hacminde ve atım sayısında azalma meydana gelmektedir (Sevil, 2005: 16).

Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmayla beraber sindirim sisteminde hareket, emilim ve salgı kapasitelerinin azalmasıdır. Organların yedek kapasitelerinin fazla olduğu için fizyolojik olarak bir işlev bozukluğuna neden olmaz. Midenin boşaltımında bir gecikme gözlenir. Kalın bağırsak ve kolondaki değişimler sonucu zor dışkılama görülebilir.

Solunum Sistemi Değişiklikleri: Yaş ilerledikçe akciğerin sadece fizyolojik yapısı etkilenmez. Akciğerin iç ve dış etmenlerinin etkilenmesi sonucu enfeksiyon ve oksijen kullanımının azalması meydana gelebilmektedir. Değişime uğrayan akciğerde toraks solunum azalır ya da yerini karın

solunumuna bırakır. Bireye uygun egzersiz çalışmalarıyla bu durum normale dönüşebilir (Şener, 2009: 7).

Kas ve İskelet Sistem Değişiklikleri: Zamanın ilerlemesiyle birlikte organizmaların kas ve iskelet sistemlerinde değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bireyde kemik kaybı meydana gelir, kemik mineral yapısı bozulur ve kemik yapısı bozulur. Yaşlılıkla birlikte, eklemlerde bulunan kıkırdağın esnekliğini yitirip daha sert ve kırılabilir bir hale gelir, bağlarda ve tendonlarda yırtılma kolay hale gelir, kas liflerinin büyüklüğü ve sayısında azalma meydana gelir, omurgadaki disklerin sıvı içeriği azalır.

Sinir Sistemi Değişiklikleri: Yaşlılığın getirdiği değişiklikler arasında en önemlisi sinir sisteminde ortaya çıkan değişikliklerdir. Nöron kayıplarının yaşanması nedeniyle hareketler yavaşlarken bir etkiye karşı reaksiyonlar yavaşlar. Bu sorunların yaşanmasıyla kişilerin sosyal yaşantısındaki aktivitelerini yapmasında olumsuz etkiler yaratır. Yaşlılarda kelime haznesinin azalması, kelimeleri hatırlayamama ve hafıza kayıpları meydana gelebilmektedir.

Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler: Yaşın ilerlemesiyle birlikte duyu organlarının işlevlerinde azalma meydana gelebilmektedir. Yakın olan nesnelere odaklanma gücü ve gözyaşlarının azalması meydana gelmektedir. Görme bozuklukları, yaşam kalitesinin de olumsuz etkileyeceği sorunlar yaratabilmektedir. Yine yaşlanmayla beraber işitme zorluğu yaşanabilmektedir. Tat ve koklama duyularının kayba uğraması beslenmeyi etkileyebilmektedir. Dokunma duyusunun kaybında ise küçük objeleri tutmada ve yazmada zorluklar meydana gelebilmektedir.

Metabolik Değişiklikler: Yaşlılıkta kan şekerinin düzenlenmesinde insülinin etkisinin azalmasıyla tip 2 diyabetin oluşmasına neden olabilmektedir.

İmmün Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmanın gerçekleşmesi ile birlikte immün sistem baskılanır. Yaşanan bu değişim morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olur.

Üriner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmayla beraber böbrek kitlesi ve böbrek fonksiyonlarında azalmakta ve böbrek yetersizliğine neden olabilmektedir. Mesanenin büyüklüğü yaşlılıkla beraber küçülür. Mesanedeki kasılmaların zayıflaması ile idrar retansiyonu gözlemlenebilir. Yaşlılıkta boşaltım sistemi enfeksiyonları oluşabilmektedir.

Psikosoyal Değişiklikler: Yaşlılık sürecinde meydana gelen değişikliklerden fiziksel, psikolojik ve psikososyal değişimler birbirleriyle ilintilidir. Yaşlılığın psikolojik yönü, bilişsel becerileri ve ruhsal davranış değişimlerini ilgilendirmektedir. Bilişsel beceriler ise bellek, zeka, dikkat, öğrenme, dil, akıl yürütme ve zihinsel esnekliği ifade etmektedir. Eskiye özlemin sürekli olarak artması nedeniyle bireyler, yaşlandıkça ruhsal açıdan bir takım değişiklikler yaşamaktadırlar. Ayrıca genç kuşaklarla arasındaki uçurumların artması yaşlı bireylerin ruhsal açıdan değişim yaşamalarının diğer nedenlerindedir (Özer ve Karabulut, 2003: 73).

2.4. Yaşlanma Teorileri

Biyolojik olan yaşlanmayı açıklayan tek başına bir teori mevcut değildir. Biyolojik yaşlanmayı açıklamak üzere 100'den fazla teori saymak mümkündür fakat pek çoğu geçerliliğini yitirmiştir. Buna göre yaşlanma ile ilgili teoriler şunlardır (Aslan ve Hoccoğlu, 2017: 54):

İmmünolojik Yaşlanma Teorisi: İnsan doğumunda bağışıklık sistemi yeterince gelişmemiştir. Gittikçe artan bağışıklık sisteminin düzeyi yetişkinlik döneminde en üst seviyelerdedir. Zamanın ilerlemesi ile beraber yaşlılıkta bağışıklık sistemi çöküntüye uğrar. Bu durumla birlikte söz konusu teori, yaşlılığın vücudun kendi kendisini yaralamasıyla ve hastalıkların oluşmasıyla geliştiğini söyler (Şahin ve Yalçın, 2003: 11).

Otoimmün Teorisi: Bu teori, immünolojik yaşlanma teorisinin aksine bağışıklık sistemindeki gerileme ile vücudun kendi kendisini savunamamasından değil bağışıklık sisteminin vücudun kendi hücrelerini tanıyamamasından dolayı hücrelerini yok etmesiyle yaşlılığın oluştuğunu söyler. Bu teori bir bakıma immünolojik yaşlanma teorisinin tersi olarak görülebilmektedir.

Serbest Radikaller Teorisi: Bu teori, serbest radikallerin aerobik metabolizma anında dokularda toplanmasıyla yaşlılığın oluştuğunu ifade etmektedir. Serbest radikallerin yapılarında elektron bulunması nedeniyle aşırı aktif maddelerdir. Basit olarak açıklamak gerekirse tıpkı demirin oksijene maruz kalıp paslanması gibi solunan havadaki oksijen de bu teoriye göre aynı etkiyi göstermektedir. Alınan oksijen kan ile birlikte vücudumuzdaki tüm hücre ve dokulara ulaşmaktadır. Ulaşılan hücrelerde enerjinin ortaya çıkmasını sağlar fakat yaşlılıkta elektronların kaybedilmesi ile birlikte saldırgan bir moleküllere dönüşür. Bu saldırgan moleküller yani serbest radikaller DNA'ya saldırıp yapısını değiştirmeye başlar. Kısaca gelişen bu durum vücudun paslanması olarak belirtilmektedir (Özmenler, 2001: 110).

Genetik Yaşlanma Teorileri: Tüm canlılar, doğar, büyür, gelişir ve ölür gibi bir genetik plan vardır. Bu teoriye göre yaşlanma, söz konusu genetik planın bir aşamasıdır. Yaşlanma sürecinin genetik açıyla açıklandığı birçok araştırmaya ulaşmak mümkündür. Bu araştırmalar sonucunda genetik açıyla gelişen biyolojik yaşlanmanın birçok teoriye göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Örnek olarak:

a) Somatik Mutasyon Teorisi: Bu teoriye göre, DNA'da meydana gelen kopma, kısalma gibi bozukluklar yaşlanmaya neden olmaktadır.

b) Hata Teorisi: Bu teoriye göre RNA tarafından sentezlenen enzimlerin ve proteinlerin yanlış olarak birikmesi yaşlılığın nedenidir.

c) Programlı Yaşlanma Teorisi: Bu teoriye göre ise DNA'da biyolojik özelliklerimizi belirleyen genler ile birlikte biyolojik yaşlanma sürecinin startını veren genler de bulunmaktadır.

2.5. Depresyonun Tanımı ve Bazı Kuramsal Yaklaşımlar

Depresyon, günümüzde üç anlamıyla karşımıza çıkabilmektedir. Birincisi; kişilerin bir kaybetme duygusunun gelişmesiyle birlikte ortaya çıkan duygusal olarak yaşanan üzüntü ya da kederli ruh halini ifade eder. Bu söz konusu durumu her insan zaman zaman yaşayabilmektedir. Yani bu anlamdaki depresyon, insanların yaşadıkları olaylara ve durumlara verdikleri tepkidir. İkincisi; bir ruhsal belirti olarak depresyondur. Depresyonun bu anlamında, kişinin günlük yaşantısında hüznün, üzüntünün ve mutsuzluğun egemen

olduğu belirtilir. Söz konusu durumla beraber depresif belirtiler birçok psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilmektedirler. Üçüncüsü; depresyon, bir ruhsal rahatsızlığı anlatmaktadır. Bu anlamda depresyon, örgütlenmiş belirtiler ve bazen döngüsel bir nitelikte olan bir ruhsal rahatsızlıktır (Türkçapar, 2004: 12).

Üzüntülü ve bunaltılı bir ruh hali yaratan depresyon, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, kararsızlık, az konuşma isteği, fizyolojik işlevlerinde yavaşlama ve durgunlaşma gibi olumsuzluklarla birlikte ortaya çıkmaktadır. Depresyon ruh hali bozukluklarına neden olan önemli bir rahatsızlıktır. Genel olarak depresyonun tanı kriterleri şöyle sıralanabilmektedir (Ekşioğlu Ahad, 2016: 48-49):

Sinirli bir ruh hali	Genellikle yorgun hissetme hali
Normalde sevdiği aktivitelere karşı isteksizlik	Kendisi değersiz görme
Aşırı kilo kaybı ya da aşırı kilo alma	Suçluluk hali
Uykunun düzensizleşmesi	Dikkat bozukluğu
Durgunluk ya da aşırı hareket etme isteği	Umutsuzluk
Bir olaya ya da duruma odaklanamama	Olumsuz düşünceler
	Bellek ve bilgi işleme sürecinde bozukluklar
	Konsantrasyon bozukluğu
	İntihar etme düşüncesi

Depresyon, psikiyatrik bozukluklar içerisinde sık olarak görülmektedir. Depresyon, bir ruh hali, hastalık veya bir sendrom olarak karşımıza çıkabilmektedir. Depresyonda bahsedilen hastalık birçok alt başlık altında incelenebilmektedir. Depresyon, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV'e göre şöyle sınıflandırılabilir (Savrun, 1999: 11):

Majör depresif bozukluk.

Distimik bozukluk.

Bipolar bozukluktaki depresyon.

Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon.

Depresyonlu uyum bozukluğu.

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.

Premenstrüel disforik bozukluk.

Minör depresif bozukluk.

Yineleyen kısa depresif bozukluk.

Depresyonun neden oluştuğuna dair birçok yaklaşım mevcuttur. Bunlar psikanalitik, biyolojik, insancıl, davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar olmak üzere kategorize edilebilmektedir. Buna göre (Ekşioğlu Ahad, 2016: 49-50):

Psikanalitik yaklaşıma göre: Depresyon, ilişki içerisinde bulunduğu nesnelerin yok olmasıyla ortaya çıkabilmektedir. Yani anne, baba ya da bakımına yardımcı olan kişinin kaybedilmesi kişiyi etkilemektedir. Söz konusu durum kişinin boşlukta hissetmesine, terk edilmiş hissetmesine ve öz saygısında azalmanın meydana gelmesine neden olabilmektedir.

Biyolojik yaklaşıma göre: Depresyon, biyokimyasal ve kalıtsal nedenler ile de meydana çıkabilmektedir. Bazı insanlar kalıtsal nedenlerden dolayı bazı olaylara diğer insanlardan daha farklı tepki vererek hayatları boyunca daha fazla depresyona girebilmektedirler.

- İnsancıl Yaklaşıma göre: Depresyon, insanların kendilerine duydukları öz saygı ile ilintilidir. İnsanlar geçmiş ve geleceklerine göre değil de şimdiki zamanda hayatlarına yön vermelidir. Eğer bu yapılmazsa kişi kendinin farkına varmaz ve depresyona girebilir (Morgan ve Taylor, 2005).

- Davranışsal yaklaşıma göre: Kişi, gelişen olaylar karşısında kontrol mekanizmasından sorumlu olmazsa çaresizlik meydana gelebilir. Bu çaresizliği tüm hayatına genellemesiyle birlikte depresyon oluşabilmektedir. Çünkü kişi bir olayla karşı karşıya geldiğinde bir şey yapsa da çözülemeyeceğini ve harekete geçmenin gereksiz olacağını düşünür.

Bilişsel yaklaşıma göre: İnsanlar günlük yaşamlarında birçok olayla karşı karşıya gelmektedir. Burada hayatı ve karşılaştığı olayları nasıl yorumladığı önemli bir yer tutmaktadır. Sürekli kendisini ve yaşadığı dünyayı kötü olarak adlandıran ve olaylara kötümser bakan kişiler depresyona girmekte zorluk yaşamamaktadırlar. Bu yaklaşıma göre bu insanlar sürekli olumsuz düşünür ve genellikle depresif bir ruh hali içerisinde olurlar.

Depresyon alt başlıkları düşünülduğünde en fazla ilgi odağı olan majör depresif bozukluktur. Depresyonun görülme sıklığı birçok nedene bağlı olarak dünyada sürekli olarak artmaktadır. Depresyonun varlığı da birçok alanı etkileyebilmektedir. Örneğin işgücü kaybının gerçekleşmesi ekonomik olarak olumsuzluklar yaratabilmektedir. Depresyon sayısının artmasının yanı sıra görülme yaş skalası da düşmüştür. Gençlerinde depresyon yaşamaları alkol ya da madde kullanımına neden olabilmekte ve sonuç olarak genç intiharların da yükselmesine neden olabilmektedir (Savrun, 1999: 12).

Depresyon çeşitli olarak klinik görünümüyle beraber sendromal bir tanı olarak görülebilmektedir. Depresyonu daha iyi bir şekilde tanımlayabilmek üzere birçok sınıflandırma yapılmıştır. Bu sınıflandırmalarda genellikle melankolik depresyon, atipik depresyon, psikotikdepresyon daha çok dikkat çekmektedir. Aydemir'in yaptığı çalışmaya göre sınıflandırma şöyle olabilmektedir (Aydemir, 2007: 19-22):

Melankolik Depresyon: Bu depresyon tipinin en önemli özelliği önceden yapmış olduğu ya da yeni karşılaştığı etkinliklerden alınan zevkleri yaşamamaktır. Bireyin iyi bir şey ile karşılaşma durumunda bile depresif hali değişmez devam eder. Bu tip depresyon tanısının konulması için düzenli bir şekilde sabahları kötü olma, psikomotor becerilerde kayıp, iştahsızlık ve kilo kaybı, suçluluk hali gibi belirtilerden en az üçünün gözlemlenmesi yeterli olabilmektedir. Bu tip depresyonun en belirgin belirtisi psikomotor bozukluklar olarak bilinmektedir (Leahy ve Holland, 2009: 25).

Psikotik Depresyon: Bu tip depresyonlu hastalarda belirtilerin daha şiddetli olarak ortaya çıktığı ortak olarak bilinen özelliklerdendir. majör depresif bozukluğu olan bireylerde sürekli uykusuzluk, aşırı kilo kaybı ve kabızlık gibi belirtiler psikotik depresyonu ifade etmektedir. Psikotik depresyon, depresyon tipleri arasında %20 oranında görülmekte iken genel olarak toplumda %0.6 oranında yaygınlık göstermektedir. Bu oranlara rağmen nörolojik olarak açıklanamadığı pek çok sorunu bulunmaktadır. Bu tip depresyonda psikomotor becerilerde yavaşlama ve gerçek olmayan şeyleri görmek ya da

işitmek gibi belirtilerle birlikte kesin tanı konulabilmektedir. Bu belirtilerle diğer tip depresyonlardan ayrılmaktadır (Tunay, 2006: 36).

Atipik Depresyon: DSM-IV'te iki ölçüt kullanılarak bu tip depresyonun tek bir yapı olarak varlığı belirlenmiştir. A tanı ölçütünde duygusal durumlarda tepkisellik kavramı üzerinde durulmuş iken B tanı ölçütlerinde ise iştah artışı ile beraber kilo alma, hipersomni, ağır felç bulunmaktadır. Bu tip depresyonda duygusal durumlarda tepkiselliğin diğer belirtilerle arasında ilişkinin olmadığı düşünceleri de bulunmaktadır. Duygusal durumlarda tepkisellik ile depresyonun şiddetinin ters orantılı olması, tepkiselliğin tek başına atipik depresyonun varlığını gösteren bir durum olmadığını göstermektedir.

Kronik Nevrotik Depresyon ya da Distimi: Bu tip depresyon DSM-III ile yapılan sınıflandırmada ortaya konulmuştur. 10-12 yaş dönemine dayanan bu rahatsızlığı tanımak çok zordur. Bu tip depresyonda duygudurum bozukluğu anksiyete, sosyopatik özellikler ve huzursuzluklar ile desteklenmektedir. Yeni gelişen tanı metotları ile birlikte majör depresyonun belirtilerinden en az ikisinin olması halinde distimi tanısı yapılabilmektedir. Ancak bu belirtilerin ilintili olması önemli olmaktadır. Bilinmelidir ki majör depresyonda melankolik, distimide ise anksiyete belirtileri egemendir.

Anksiyeteli Depresyon: Bu tip depresyonun tanısının sürekli olarak biçim değiştirmesi hedeflenen yaygınlığa ulaşamamıştır. Genel olarak bu tip depresyon şiddetli bir şekilde anksiyete durumunun gerçekleşmesi ile tanınmaktadır. Bu tip depresyon bir görüngüsel alt tip olarak görülmektedir. Depresif bozukluklarla anksiyete bozuklukları arasındaki fark depresif belirtiler ile birlikte anlaşılmalıdır. Her depresif bozuklukta bir anksiyete bozukluğunun bulunması ve şiddeti önemli bir durum haline gelmektedir. Bu durumların baş göstermesi ile bazı psikiyatrlar tarafından bir alt tip olarak kabul edilmemektedir.

Reaktif Depresyon: Bu tip depresyon eski sınıflamalarda ortaya konulmuş ve stres faktörünün etkisinden sonra ortaya çıkan depresif durumu anlatmak üzere kullanılmaktaydı. Ancak zaman ilerledikçe gelişen gelişmelerle birlikte her ayrı psikososyal değişim sonrası farklı streslerin oluştuğu düşüncesi ile

reaktif depresyon günümüzde pek ifade edilmemektedir. Bu düşünce ile birlikte reaktif depresyon, bir depresyon alt tipi olarak görülmemeye başlamış ve sınıflandırmadan dışarı çıkmıştır.

2.6. Depresyonun Epidemiyolojisi

Psikiyatrik bozukluklarda en sık rastlanılan majör depresyondur. Yapılan çalışmalarda tanı araçları ve tanı ölçekleri sonuçların ortaya çıkmasında farklılık olması nedeni olmaktadır. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda depresyonun aynı semptomlarına cinsiyete de bağlı olarak farklı sonuçlar bulmaktadırlar. Genel olarak bilinen ECA ve NCS araştırmaları dikkat çekmektedir. ECA'nın yaptığı bir araştırmaya göre 9000 bin kişilik örneklem ile birlikte depresyonun altı aylık yaygınlığı belirlenmiştir. Buna göre kadınlarda %4.1-4.6 iken erkeklerde %1.7-2.2 oranlarında görülmektedir. Majör depresyonun DSM-III 'e göre 1 yıllık yaygınlığı ise %2.6-6.2 oranları arasındadır. Zürih'de yapılan bir araştırmaya göre ise yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı %4.4-19.6 oranları arasındadır. Majör depresyonun yaygınlığı erkeklerde %5-12 iken, kadınlarda %10-25 oranlarındadır. Çoğu çalışmalarda ortaya çıkan depresyon yaygınlığı oranlarıyla kadınlarda erkeklerden daha çok duygudurum bozukluklarının oluşabildiği ortaya çıkmaktadır (Yalvaç, 2012: 9).

Genel olarak dünyada depresyon görülme sıklığının arttırıldığı yapılan literatür araştırmalarında görülmektedir. 1980-2000 yılları arasında Amerikan toplumu üzerine yapılan bir çalışmaya göre majör depresif bozukluğun bir aylık yaygınlığı %5.2 olarak belirtilmektedir. Depresyonun erkeklere göre kadınlarda daha yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır. Yine bu araştırmaya göre yaşam boyu prevalansı %6.7, distiminin ise %3.6 oranında belirtilmiştir. Altı Avrupa ülkesinde yapılan bir araştırmaya göre herhangi bir depresyon yaşama oranı %14 olarak bulunmuş ve en sık görülen ruhsal bozukluk ise majör depresyon olarak belirtilmiştir. Yine bu çalışmada da kadınların depresyon oranı erkeklerinkinden 2 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Le ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalara göre Japonya'da yaşam boyu

depresyon yaygınlığı %2.9 iken, Çin'de %3.6 olarak bulunmuştur (Demirbağ, 2013: 4).

DSM IV'te tanımlanan majör depresyon üzerine yapılan bir çalışmayla 18 ülkeden bilgiler analiz edilmiş ve sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırmaya göre, yüksek gelirli olan 10 ülkede majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %14.6 ve 1 yıllık yaygınlığı %5.5 oranlarındadır. Düşük gelirli ve orta gelirli 8 ülkede ise majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı % 11.1 ve 1 yıllık yaygınlığı ise %5.9 oranlarında saptanmıştır. Bu araştırmalara göre yüksek gelirli ülkelerde depresyonun başlama yaşı 25.7 iken düşük ve orta gelirli ülkelerde 24 olarak belirlenmiştir. Çoğu araştırmalarda da ortaya konulduğu gibi kadınların depresyon görme oranları erkeklerin depresyon görme oranlarını 2'ye katlamaktadır (Yalvaç, 2012: 9).

Yapılan araştırmalara göre depresyonun görülme sıklığı risk etkenlerine bağlı olarak artmakta ve azalmaktadır. Psikofarmakoloji Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanan çalışmaya göre depresyon görülme sıklığını arttıran risk etkenleri şöyle sıralanabilmektedir (www.psikiyatri.org.tr):

Erken yaşlarda anne-baba kaybı	Yakın zamanda yaşanan etkileyici olaylar, stres etkenleri
Alkol ve madde kullanımı	Kişilik yapısı
Anksiyete bozuklukları	Çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel olarak kötü davranılma
Kadın olmak	Bazı ilaçlar
Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması	Tıbbi hastalıklar
Ayrı yaşama, dul olma	Hormonal değişiklikler.
İşsiz olma	
Önceden depresyon geçirmiş olma	

2.7. Yaşlılarda Depresyon

İnsan gelişimin en son dönemi olan yaşlılık, kaçınılmaz ve doğal olarak gelişen bir dönemdir. Geçen zamanla birlikte insan biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak birçok değişimle karşı karşıya kalmaktadır. Bu karşı karşıya kaldığı değişimler olumlu ya da olumsuz görülebilmektedir. Olumsuz

etkilerden birisi duygudurum bozukluğu ile birlikte depresyonun meydana gelebileceğidir. Bu depresyon, her yaşlı bireyde aynı biçimde ortaya çıkmaz ve farklı boyutlarda yaşanabilmektedir. Burada olduğu gibi yaşlılığın kendisinin de insanda uyandırdığı duygularda farklıdır. Buna göre bazı filozoflara göre yaşlılığın tanımı şu sözleriyle tanımlanmıştır (Özben, 2004:16):

Platon: Yaşlılık yalnızlıktır.

Sofokles: Kimse yaşlanmayı yaşlı bir kişi kadar sevemez.

Bergson: Varolmak değişmektir, değişmek olgunlaşmaktır. Olgunluk kişinin kendini sürekli yeniden yaratabilmesidir.

Lonesco: Kalbin yaşı yoktur.

Yaşlılarda görülen depresyon, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan ve topluma adapte olamama durumu olarak görülmektedir. Yaşlılarda depresyonun önceden tanısının yapılması yaşlı bireyin yaşam kalitesinin artırılmasına ve erken ölümlerin engellenmesine neden olabilmektedir. Yaşlılarda depresyon tanısının yapılması aşağıdaki durumlarla açıklanabilmektedir (Çalışkan, 2014: 19):

Sürekli moral bozukluğu	Aşırı kilo alma ya da kaybetme
Önceden zevk aldığı etkinliklerden	Uyku düzensizliği
şimdi zevk almaması	Cinsel isteğinin kaybolması
Umutsuzluk ve karamsarlık	Suçluluk hali
Bedensel rahatsızlıklarıyla aşırı	İntihar düşünceleri
meşgul olma	

Bazı yaşlılar depresyonlarını dışarıya belli etmez ve belirtilerini gösterdiğine karşı çıkmaktadırlar. Yaşlılarda genel olarak hastalıklarını inkar etme özelliği sıkça karşılaşılan bir eylemdir. Bu söz konusu durumun hekimlerce kolay bir şekilde anlaşılmasının nedenlerinden birisi de hastalığı yadsıma durumu olmaktadır. Bazı yaşlılar ise yaşlılığı kendisine yakıştırmayıp hiç yaşlanman insan görüntüsü ile davranışlarda bulunabilmektedir. Doğal bir sonuç olarak yaşlanmanın gerçekleştirilmesi ile yaşlılar, yaşanan yaşamın bir hesabını yapma gereksiniminde bulunurlar. Hayatının nasıl geçtiğini değerlendirmeye

başlayan yaşlı birey, iyi bir hayat geçirmiş ise bir yaşam doyumu yaşayabilmektedir. Tam aksine kötü bir hayat yaşadığı değerlendirilmesini yaparsa yaşam doyumunu olumsuz etkileyen durumlar oluşabilmektedir. Özellikle üretici bir hayat yaşamamış ve amaçlarını gerçekleştirememişse umutsuzluk duyguları gelişebilir. Yaşlanmanın getirdiği bir çöküş ile geçmişteki hataların çözümü ve amaçlarını gerçekleştirmeleri için ikinci bir şanslarının olmadığı düşüncesiyle depresyon gerçekleştirebilmektedir (Eker ve Noyan, 2004: 76).

Zamanın ilerlemesine bağlı olarak gelişen yaşlanma ile yaşlılar bazı duygular geliştirirler. Buna göre yaşlılarda görülen bazı belirtiler şöyle sıralanabilmektedir (Özben, 2004: 17):

Yaşlılık korkusu: Yaşlılık döneminde başkalarının yaşlılara bakış açısının durumu yaşlılık korkusunun gelişimini etkileyebilmektedir.

Toplumsal rol beklentisi: Toplumda insanlar yaşlılara belirli roller dışında önemli roller verilmez.

Yaşlılıkta kayıplar: Bir birey, çalışırken emekli olarak yaşamına devam ettiğinde adaptasyon sorunları yaşayabilmektedir.

Yalnızlık: Araştırmalara bakıldığında zaman yaşlılarda yalnızlığın yaygın olduğu görülmektedir.

Yaşam doyumu: Yaşlıların kendilerini iş görmez, değersiz ve küçük olarak görmelerinden kaynaklı yaşam doyumu etkilenebilmektedir.

Bedensel rahatsızlıklar: Yaşlanmanın olmasıyla birlikte bireyde kronik rahatsızlıklar oluşabilmektedir.

Ruhsal rahatsızlıklar: Yapılan araştırmalara göre yaşlılar ruhsal bozukluklar yaşayabilmektedirler.

Yaşlılık döneminde depresyon sık olarak görülebilen ve tehlikeli bir durumdur. Yaşlılarda depresyon, işlev yapabilme yeteneklerini yok eder, yaşam kalitesi düzeyini düşürür, beden hastalıklarının oluşmasını sağlar, intihara bağlı ölümlerin oluşmasına neden olur ve bunlara bağlı olarak bakım hizmetlerinin oluşması için maddi sıkıntılar yaşatır. Yaşlı bireyler genel olarak intihar düşüncelerini dile getirmemektedirler. Yaşlı bireyler, daha çok yemek

yemeyi reddetme, hayati ilaçların kullanımını reddetme, alkol kullanma, tıbbi olarak tavsiyelere uymama gibi eylemlerle intihar girişiminde bulunmaktadırlar. Depresyonun erken tanınması ve tedavisinin yapılması ile birlikte yaşlı bireyin yaşam kalitesi artırılıp erken ölümlerin önüne geçilebilmektedir (Çalışkan, 2014: 20).

Depresyonun her yaş gruplarında farklı farklı etmenleri bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin depresyon rahatsızlığını yaşamasındaki başlıca faktörler şöyle sıralanabilmektedir (Çalışkan, 2014: 19):

Öncesinde depresyon atağı geçirmesine rağmen tedaviyi reddetme ya da tedaviyi yarım bırakma	Yaşamında uzun bir süre alkol ve sigara kullanımı
Emekliliğin gelmesiyle beraber kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görme	Yaşadığı birçok hastalık yüzünden bağımlılık yaratan maddelerle tedavi olma
Eşini kaybetme	Kendi anlayacağı insanın olmaması düşüncesiyle çevresindeki insanlarla az iletişim kurma
Başka bireylere bağımlı olma	Hoşgörülü olmama, alıngan olma, ve sert kişiliğe sahip olma gibi davranışsal sorunlar
Diabet, Kalp yetmezliği vb. kronik rahatsızlıklar	Ekonomik sorunlar.
Tedavi edilemeyen ağrılar	

Yaşlılıkta görülen depresyonun nedenleri psikososyal, fiziksel hastalıklar ve ilaçlar ve nörobiyolojik olmak üzere 3 faktör altında toplanabilmektedir. Buna göre (Erdoğan, 2013: 19):

Psikososyal Faktörler: Zamanın ilerlemesiyle birlikte yaşlı bireylerde gücün ve saygınlığın azalması, cinsel isteklerin azalması, emeklilik, fonksiyonel engelin oluşması, eş kaybı ve buna bağlı olarak gelişen yas, psikososyal faktörleri oluşturmaktadır.

Fiziksel Hastalıklar ve İlaçlar: Kanserler, sinir sistemi, dolaşım sistemi ve solunum sistemi hastalıkları, diyabet, enfeksiyonlar, beslenme bozuklukları ve diğer kronik hastalıklar söz konusu etmeni oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sonucu yaşlı bireyde ağrı, günlük yaşamda pratikleşen aktivitelerin

yapılamaması gibi nedenlerle yaşam kalitesinin azalması ile birlikte depresyon oluşabilmektedir. Diğer bir depresyon nedeni ise sıkça ilaç kullanımınıdır. Yaşlı bireylerde sık ilaç kullanımı ile yan etkilerin oluşumu depresyon riskini arttırmaktadır.

Nörobiyolojik Etmenler: Yaşlanma ile birlikte gelişen serotonin, dopamin, noradrenalin seviyelerinde azalma ve zihinsel işlevlerde bozukluk durumları depresyon riskini arttırmaktadır.

Yaşlanmanın gerçekleşmesi ile birlikte gelişen değişikliklerde, ailenin yaşlı bireye karşı duygu ve düşünceleri ikiyüzlülüğü anımsatabilmektedir. Bir yandan suçluluk bir yandan kızgınlık duyguları gelişebilmektedir. Ailenin yetemeyeceği durumlarda yaşlı bakım merkezleri önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlılıktaki en çok görülen bir hastalık olan depresyon, çok sayıda etkenle ortaya çıkabilmektedir. Alanda yapılan ve belirli örneklemeler seçilerek yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ulaşılan ortak bilgi; depresyon tanısının yapıp hemen tedavisinin yürütülmesi ile yaşlıların kendilerini sosyal çevreden kendisini uzaklaştırma, gündelik aktivitelerini yerine getirememe ve fonksiyonel işlevleri engelleme gibi olumsuzlukları engellediği gibi yaşam kalitesini arttırıcı özelliği dikkat çekmektedir (Kekovalı vd., 2002: 2).

2.8. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi

Yapılan çalışmalara gözetim zamanının ilerlemesi ile gelişen yaşlılıktaki depresyonun tedavisi, yavaş bir şekilde cevap alınmasıyla beraber %60-80 oranları arasında başarıya ulaşmaktadır. Bu konuyla alakalı Hinrichsen'in yürüttüğü çalışmasında yaşlı bireylerin depresyon tedavisine başarılı olarak yanıt verme oranları %70 olarak belirlenmiştir. Yaşlılarda depresyon tanısının gerçekleştirildiği anda acilen tedavi sürecinin başlaması gerekmektedir. Çünkü erken tedavi edilmesiyle birlikte yaşlılarda erken ölüm, intihar düşüncelerinin yok edilmesiyle beraber engellenebilmektedir. Genel olarak yaşlıların depresyon tedavilerinde farmakoterapi, elektrokonvulziv terapi ve psikoterapötik yaklaşımlar kullanılmaktadır (Şahin vd., 2012: 39).

Psikiyatri asistanların yaşlı hastalara tedavini sürecini aktarırken ve gerekli bilgileri anlatırken gerekli bilgi birikimine sahip olmaları gerekmektedir.

Depresyon nedeniyle başvuran yaşlı hastaların nedenleri genel olarak; baş, sırt, mide, karın ağrıları, anksiyete, hafızanın kaybolması, kolay yorulma, uyku düzensizliği ve alkol kullanımındır. Bu gibi durumların bilgilerinin de aynı asistanlar tarafından bilinmesi gerekmektedir. Örneğin hastanın fiziksel durumu kötü, tedaviye uyumun iyi olmadığı anlaşılırsa ve hezeyanlar varsa hospitalizasyon gerekebilir. Yaşlılarda depresyon tanısının yapılması için belirtilerin ayrıntılı bir şekilde analizinin yapılması gerekmektedir. Öncelikle hastanın genel sağlığıyla alakalı öyküsünün alınması gerekmektedir. Özellikle kardiyovasküler sistem, akciğer, böbrek ve tiroid işlevleri iyi bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastanın kullandığı diğer ilaçlar öğrenilmelidir. Önceden depresyon tedavisi için bir teknik kullanılmışsa ayrıntılı bir şekilde asistanlar tarafından öğrenilmelidir. Bu öykü alma işlemlerinden sonra bir tanı konulmalı ve tedavi süreci başlatılmalıdır (Eker ve Noyan, 2004: 79).

Yaşlı hastalarda depresyon tedavilerinin gerçekleşmesi için bazı öncelikler ve önemli detaylar bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin depresyon tedavilerinde etkili tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin depresyon tedavileri için kullanılan yöntemler şunlardır (www.rehabayar.com):

Psikoterapiler: Yaşlılarda depresyon tedavi sürecinde ilaç ile birlikte ya da ilaçsız bir şekilde tedavi başarısının artması için önemli katkı sağlar. Psikoterapi ile tedavi süreci hafif ve orta düzey hastalarda tek başına uygulanabilmektedir. 10-20 hafta süresince kısa süren psikoterapinin etkili olacağı ortak olarak bilinmektedir. 45 dakika süren görüşmeler ile tek tek ya da grup şeklinde tedavi uygulanmaktadır.

Antidepresan ilaçlar: Beyinde bulunan nörotransmitter kimyasalların düzeylerini değiştirerek bireyde etki sağlamaktadır. Etkinin oluşması için 2 ya da 3 haftalık bir sürecin geçmesi gerekmektedir. İlaçlar, doktor kontrolünde 6 ay ile 1 yıl boyunca kullanılmalıdır. Yaşlılarda antidepresan ilaçlar genellikle düşük dozda başlanır fakat ihtiyaç durumunda doz artırılma yoluna gidilmelidir. Beklenen etkinin oluşmaması durumunda doktora danışılmalı ve doktor kontrolünde başka bir ilaç kullanılmalıdır. İyileşmenin oluşmasıyla ilacın belirtilen süreden önce kesilmesi depresyonun tekrardan ortaya

çıkmasına neden olabilmektedir. Depresyonun tekrardan nüksetmesini engellemek için antidepresan bırakılırken psikiyatrların belirttiği süreye göre yine onların kontrolünde bırakılmalıdır.

Elektrokonvulsifterapi: Yaşlılarda görülen depresyonun en ileri derecede olduğu durumlarda kullanılarak hayat kurtarıcı bir nitelik kazanmaktadır. Söz konusu terapi, ağır depresyonlar için en emin, en hızlı ve en güvenilir yöntemlerdendir. Şok tedavisi antidepresan ilaçlara cevap vermeyen ve hayati riskleri bulunan hastalar için iyi bir seçim olmaktadır. Yaşlı bireylerde bazen depresyon bunamanın belirtilerini taklit edebilmektedir. Bu durum yalancı bunama olarak bilinen psödodemans tablosudur. Bu durumdaki yalancı bunama görülen yaşlı depresyon hastasında antidepresan ilaçlar yerine şok tedavi uygulanmalıdır.

Yaşlanma ile birlikte oluşabilecek felçler ve işlev bozuklukları depresyona neden olan önemli faktörlerdendir. Özellikle felç sonrası oluşan depresyon ile yaşam kalitesi arasında ters bir orantı bulunmaktadır. Yaşlılık döneminde depresyonların engelenmesinin kolaylaştırılması için bazı konuların detaylıca araştırılması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Buna göre bu konular şöyle sıralanabilmektedir (Yüksel, 1998: 21):

Tanı teknik ve yöntemlerinin geliştirilmesi

Depresyon ile zihinsel bozukluklar arasındaki ilişkilerinin açıklığa kavuşturulması

Çok yaşlılardafarmakokinetik değişikliklerin ortaya çıkarılması ve metabolik anlamda sınıflandırma yapılması

Depresyon ve yaşlılıkta gelişen kronik hastalıklar arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması

Genel olarak bilinen risk etkenleri ve depresyonun arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması

Demografik özellikler bağlamında depresyon ve intihar ilişkilerinin açıklığa kavuşturulması

Yaşlılarda tedavi için yapılan şok tedavisinin geçerliliği

Yaşlılarda özellikle eş kayıpları sonrasında gelişebilen yas ve buyas tepkilerinin tedavisi

2.9. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Depresyon İlişkisi

Dünyadaki yaşlı nüfus oranları, yapılan çoğu araştırmalara göre sürekli olarak artmaktadır. Bu yaşlı nüfus oranının artması ve dolayısıyla yaşam süresinin uzaması istenilen bir sonuçtur. Bu istenilen sonuca toplumlar hazırlıklı olmalı ve bu durumun getireceği değişiklikler detaylıca analiz edilmelidir. Yaşlı olan bireylerin çokluğuyla gelişen yaşlı toplumlarda yaşam kalitesini olumlu anlamda sürdürme durumu sosyal ve ekonomik olarak önemli yer tutmaktadır. Özellikle yaşam süresinin uzaması ile yaşlılıktaki sorunların ya da bozulmaların oluşması yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek sorunlardır. Bu sorunların çözümlerine odaklanma yaşam kalitesinin olumlu anlamda sürdürülmesi için önemli bir eylem olmaktadır (Ercan Şahin ve Emiroğlu, 2014: 58).

Genel anlamda yaşam kalitesi, “iyi olma durumu” olarak bilinen mutlu olmayı ve yaşamdan zevk almayı ifade eden bir kavram olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” olarak adlandırdığı yaşam kalitesi, toplum açısından önemli bir yer tutmaktadır. Yaşam Kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda belirtildiği üzere, yaşam kalitesini etkileyen etmenler şunlardır(Ercan Şahin ve Emiroğlu, 2013: 58):

Yaş	Fiziksel anlamda aktivite
Cinsiyet	yapabilme yetisi
Eğitim durumu	Boş zaman aktiviteleri
Kronik hastalıklar	Sosyal güvence
İlaç kullanma	Ekonomik durum
Fiziksel olarak gelişen yetersizlikler	Eşle birlikte yaşama durumu

Zamanın ilerlemesiyle birlikte gelişen ve kaçınılmaz bir doğal süreç olan yaşlanma ile fiziksel ve fizyolojik birçok değişim meydana gelebilmektedir. Bu değişimler bazı yaşamsal aktivitelerinin yerine getirilmesine engel olmakta iken sağlık açısından da yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle yaşam kalitesinin yaşlılar üzerinde sıkça araştırılmasının nedeni yaşlı nüfus oranının gelecek senelerde yükselmesinin öngörülmesidir. Bu öngörü sayesinde yaşam kalitesinin artırılması için yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için gerekenler ve önemli olan detaylar sıkça çalışılmaktadır. Yaşam kalitesini fiziksel ve maddi olarak iyi olma durumu, sosyal yaşamda aktiflik, yaşamsal aktiviteleri yerine getirebilme, psikolojik durum ve aile ilişkileri gibi birçok durum iyileştirebilmektedir. İlerleyen yaş le birlikte yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesinin oranı alanda yapılan çalışmalarca yüksek olduğu söylenmektedir (Altuğ vd., 2009: 49).

Yaşlılık döneminde gelişebilecek yaşam kalitesinin olumsuzluğu, yaşlılıkta sıkça görülen psikiyatrik sorunlar arasında olan depresyonun ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Özellikle bakımlarının aileleri tarafından yapılmayan yaşlıların birçoğu depresyon rahatsızlığı yaşamaktadırlar. Yaşlılarda depresyonun varlığı yaşlı bireyin diğer bedensel rahatsızlıklarına neden olmakla beraber, bu hastalıklar yüzünden erken ölümüne neden olabilmektedir. Bu yaştaki gelişen depresyon ile yaşlı bireylerde, fonksiyonel işlevlerde azalma gelişirken bakıma muhtaç hale gelmekte, sosyal destek alma gereksinimi duymakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (Demir vd., 2013: 3).

Hem Dünyada hem ülkemizde depresyonun belirtileri duygulanım anlamında çöküntü, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama, davranışlarda kontrol kaybı, bilişsel olarak karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uykuda düzensizlik ve aşırı kilo alma ya da verme, cinsel isteksizlik ve intihar düşünceleri olarak görülmektedir. Bilimsel çalışmalarının Hipokrat'la birlikte başladığı depresyon, değişik çağlarda ve toplumlarda, çeşitli mitolojilerde ve semavi dinlerde insanlık tarihi boyunca bir sorun olarak görüldüğü

bilinmektedir. Bu belirtilen sorunların yaşam kalitesini etkileme açısından incelediğimizde genel bir faktör olarak sayılabilmektedir (Demirbağ, 2013: 1). Depresyon yıkımlarla birlikte de ortaya çıkabilen bir rahatsızlıktır. Daha önceleri depresyon ataklar geçirilen ve tam iyileşme ile seyreden bir süreç olarak bilinmekteydi. Ancak, günümüzde depresyon rahatsızlığının kronikleştiği ve ataklarının artmasıyla yıkımların daha çok olduğu görülmektedir. Tedavi edilmeyen yaşlı bireye birçok tahribat yaratmakta ve tehlikeli bir durum haline gelmektedir. Yaşlılarda özellikle yaşam kalitesinin düşmesi ve depresyon varlığı ilişkisiyle birlikte yaşlı bireylerin depresyona ve yaşam kalitesinin düşüklüğüne bağlı olarak intihar sebebiyle ölümler gerçekleşmektedir. Özellikle yaşlılarda intihar düşüncelerinin engellenmesi için yaşam kalitesinin artırılması, dolayısıyla depresyonun yok edilmesi önemli bir hale gelmektedir. Ayrıca depresyon varlığı başlangıç yaşının gittikçe gençleşmesi araştırmaların bu yöne gelmesini sağlamalı ve detaylıca tanı ve tedavi süreçleri belirlenmelidir (Savrun, 1999: 16).

2.10. Yaşam Kalitesi Tarihçesi

Yaşam kalitesinin anlamının ne olduğu konusunda felsefecilerin tartışma konularından biri olmuştur. Daha 2000 sene önce mutluluk doyumunun bir türü olduğu söylenmiştir. Bu, bugünlerde bahsi geçen yaşam kalitesi kavramını da kapsamaktadır. Mutluluk kavramı ilk dönemlerde sadece başarı anlamında kullanılırken; orta çağda bu kavram, bireyin kusursuz bir durumunu veya en yüksek düzeyde güzelliklere sahip olması şeklinde algılanmıştır. Toplum bilimciler tarafından genellikle iyilik hali, güzel bir hayata sahip olma anlamlarında kullanmıştır. Sonralarında bu kavram sağlık bakım sistemi içerisinde de yer almaya başlamıştır. Bazı kaynaklarda bu kavramın tarihçesi "Yaşam kalitesi, 1960'lı senelerde ABD'de siyasal tartışmalardan kaynak alan ve o senelerden sonra gittikçe yayılan bir kavramdır" şeklinde ifade edilmektedir. Tüm bunların günlük hayatta yer edinmesi, ekonomi ve toplum biliminin içinde 1960'lı senelerde olmuştur (Demirkıran, 2012: 18).

Sonraki senelerde yaşam kalitesi bir yaşam biçimi olarak değerlendirilip, sosyal bilimlere doğru genişlemiştir. "Sosyal bilimciler, felsefeciler ve siyasetçiler 1960 ve 1970'li senelerde yaşam kalitesi kavramına karşı merak duymaya başlamışlardır. Önceleri yaşam kalitesi geri kalmış, ülke gelirinin bireyler arasındaki dağılımı eşit olmayan ülkelerin bir problemi şeklinde görülüyordu. Sosyal Devlet kavramının ilerleyişi, toplumsal ve iyi oluş ile ilgili belirleyicileri tetiklemiştir. Konu ile ilgili çalışmalar, iş kalitesi, aile hayatı ve işsizlik sorunu üzerinde toplanmıştır. Tıp literatüründe hayat kalitesiyle ilgili yayınlar 1960'lı senelerde başlamaktadır. İnsanlar ilk olarak temel gereksinimlerini, ekonomik ve toplumsal gereksinimlerini tamamlamışlardır. Psikolojik yöndeki ihtiyaçlarına sıranın gelmesiyle 1970'li senelerde ise psikologların yaşam doyumu konusu gündeme gelmiştir. 1970'li senelerde psikoloji konusunda yaşam kalitesi ilgili çalışmalara merak artmış, psikologlar yaşam kalitesinin barınma, gelir gibi nesnel durumların dışında bu durumlardan boyum bulup bulmama ile ilgili olduğunu düşünmüşlerdir. Psikologlara göre hayat kalitesi insanın kendi hayatı ile ilgili hoşnutluğu ve mutluluğu ile ilgilidir". Hayatı meydana getiren ya da diğer bir deyişle insanın hayatını içerisinde bulunan her türlü ögenin kişi üzerinde oluşturduğu etki, doyum, memnuniyet yaşam kalitesi ile ilgilidir diyebiliriz (Turgut, 2010: 41).

Yaşam kalitesi kavramının sosyal bilimlerde kullanılması tıp alanını da etkilemiş, sınırlı kaynak, klinik karar vermenin kolay hale getirilmesi, özgür karar vermesi gibi hastalara yardım edilmesi maksatlarıyla hastalık durumlarında, farklı tedavilerin etkinliğinin kıyaslanmasında ve hastaya tedavi kararlarının verilmesinde hayat kalitesi çalışmaları yapılmaya başlanmıştır. Yaklaşık son 20-25 senedir, sağlık hizmeti sunanlar ve araştırmacılar, tedavi metotlarının hastanın yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini imtihan etme, iyilik seviyelerini tanımlama konusunda giderek artan bir efor sarf etmektedirler. Tüm bunların sonucunda iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilir olmasını sağlamak için olan girişimleri sonuç vermektedir (Gülmez, 2013:12).

2.11. Yaşam Kalitesi Tanımı

Kalite kavramının tanımına bakıldığında Tengilimoğlu birkaç madde halinde bu kavrama yönelik tanımları şu şekilde sıralamıştır:

- Kalite, herhangi bir ürün veya hizmetin değeridir.
- Kalite, daha önce belirlenen niteliklere uygunluktur.
- Kalite, gereksinimlere uygunluktur.
- Kalite, eksikliklerden uzak kalmaktır.
- Kalite, kullanım şekline uygun olma durumudur.
- Kalite, şartlara uygunluktur.
- Kalite, bir malın veya hizmetin belirlenmiş gereksinimleri karşılama yeteneğine dayalı niteliklerdir” (Tengilimoğlu, 2011: 308).

Bahsi geçen tanımlamalardan hepsi farklı içerikleri ve özellikleri vurgulamaktadır. Başka bir tanıma göre ise bireyin, ürünün veya hayatın nitelikçe nasıl olduğunu belirten, başka şeylerden ayırt edici avantajını değerlendirebilen niteliğe kalite denir. Yaşam kalitesi bireyin kendini geliştirmesi, şahsi hayatını zenginleştirmesi ve amaçlarına varması ile ilgilidir. Yaşam kalitesi, hayattan duyulan memnuniyet ve mutluluk şeklinde tanımlanabilir. Yaşam kalitesi kapsamında, bireylerin fiziksel işlevleri, ruhsal durumları, aile içinde ve dışındaki toplumsal ilişkileri ve inançları yer almaktadır (Arslantaş, 2006: 85).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaşam kalitesi ile ilgili tasnifine bakıldığında fiziksel kategori altında ağrı, rahatsızlık, yorgunluk, uyku gibi kişinin iş yapmasını, günlük hayatını etkileyen fiziksel bazı problemler ortaya konulmaktadır. Beden imajı, pozitif veya negatif düşünceler, konsantrasyon ve özgüven ögeleri kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bağımsızlık seviyesi başka bir yaşam kalitesi grubu olarak değerlendirilmektedir. Bağımsızlık seviyesinde kişilerin kendi kendilerine iş yapabilme, kapasite, ilaç ya da tedaviye bağımlılık temel alınmaktadır. Toplumsal ilişkiler içerisindeyse, ev çevresi, finansal kaynaklar, fiziksel çevre, sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları değerlendirilmektedir. Kişinin inancını özgür bir

şekilde yaşayabilmesi de tüm bu unsurlar gibi yaşam kalitesini etkileyen bir ögedir (Oktik, 2004: 85).

İnsan hayatının iyileştirilmesi ile ilgili bir öge olan yaşam kalitesi; insan istek ve ihtiyaçlarının doyuma ulaşabilmesi olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi psikolojik, sosyal ve ekonomik refahın elde edilmesi ve dengeli bir şekilde sürdürülmesine temellenmiştir.

2.12. Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler

Yaşam kalitesine etki eden bazı faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler insanlara göre bazen değişiklik göstermektedir. Bu faktörleri tam anlamıyla ortaya koyabilmek için bilim dünyasındaki liste oldukça geniştir. Bir yazar bu faktörleri şu şekilde vermiştir:

Bağımsızlık ve egemenliğin kabul edildiği ekonomik açıdan zengin olan bir ülkede yaşamak yaşam kalitesini yükseltmektedir. Mesela İskandinav ülkelerinin refah seviyeleri oldukça yüksektir ve burada yaşanan insanların yaşam kalitesi algısını da pozitif yönde etkilemektedir.

Saygın az olanların yanında çoğunluğun içerisinde olmak, saygınlık görmek ve elde etmek insanın yaşam kalitesini etkilemektedir.

Toplumdaki sosyal tabakasının üst grubunda bulunmak, yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Fiziksel ve psikolojik olarak güçlü olmak, insanın kendi kendine bir şeyler başarması ve doyumu için oldukça önemlidir.

Kendi yaşamlarının kontrolünün kendi ellerinde olduğunu hissetmek, kendilerine güvenleri ve öz yeterlilik açısından oldukça önemlidir (Turgut, 2010: 41).

2.13. Yaşam kalitesini Artıran ve Azaltan Durumlar

Yaşam kalitesi, bazı etkenler sebebiyle artabilir ya da azalabilir. İnsanın yaşam kalitesi algılaması da farklılık göstermektedir. Bu yönden yaşam kalitesi dört ayrı şekilde sınıflandırılabilir. Bunlar aşağıda verilmiştir:

Ruhsal Esenlik

Fiziksel Esenlik

Toplumsal ve Kişisel Esenlik

Maddi Esenlik

İnsanın hayat dairesini saran ruhsal, fiziksel, toplumsal ve kişisel, maddi refah algısı yaşam kalitesi anlamına da gelebilmektedir. Bu kategoriler aslında insanların yaşamlarının bir anlamda özeti gibidir (Boylu, Paçacıoğlu, 2016: 141).

Yaşam kalitesi insanlar tarafından negatif bir şekilde değerlendiriliyorsa, algılama negatif yönlüyse, insan yaşam kalitesinin düşük olduğuna inanıyorsa yaşam kalitesini etkileyen öğelerin insanın yaşam kalitesini azaltan öğeler olduğunu söyleyebiliriz. Bu açıdan yaşam kalitesini azaltan durumlar ise aşağıda verilmiştir:

En temel gereksinimlerin karşılanamaması yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir.

Fiziksel olarak insanın kendisini negatif bir şekilde değerlendirmesi yaşam kalitesini düşürmektedir.

Bireyin kendisine zaman ayıramaması, günlük hayatta devamlılığını sağlayamaması yaşam kalitesini negatif etkilemektedir.

Bireyin kendisini devamlı yorgun hissetmesi, kronik rahatsızlıklar yaşamaması yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir.

2.14. Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları

Bireyin hayatında sağlıklı olması yaşam kalitesini etkileyen çok önemli faktörlerden biridir. Egzersiz ve spor yaşam kalitesi üzerinde oldukça etkilidir. İnsanın hayat hakkındaki pozitif düşünceleri sağlığının düzelmesiyle beraber artar. Spora günlük hayatta kesinlikle yer verilmelidir. Beslenme alışkanlığı ise böyle bir süzen için oldukça gereklidir. Fakat beslenme hazır gıdalar ile değil doğal bir beslenme şekli ile olmalıdır. Düzenli bir hayat içinde uyku da çok önemlidir. Kaliteli ve düzenli uyku sağlık için en az beslenme ve spor kadar önemlidir. 4-6 saatlik uyku bazılarında yeterken bazıları ise 10-12 saat uyurlar. Uyku hem de psikolojinin bir göstergesidir. Birçok psikiyatrik rahatsızlıkta uyku ritmi ve zamanlaması bozulur. Bununla birlikte yeteri kadar

uyunmadığında bireyin fiziksel ve psikolojik streslere dayanıklılığı da azalır (Altay, Çavuşoğlu, 2016: 181).

Zaman yönetimi de yaşam kalitesini etkiler ve bir hayat şekli oluşturulması konusunda önemli bir etkidir. Zaman verimli bir şekilde kullanılmalıdır. Zamanla ilgili endişeler devamlı bir strese sebep olur. Zamanın ne şekilde kullanılacağı oldukça önemlidir. Bu sebeple zaman yönetimi yapılması gereklidir. Zamanı doğru bir şekilde kullanarak verimli neticeler elde edilebilir.

2.15. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

2.15.1. Ekonomik Göstergeler

Olumlu hava, yaşam kalitesi ile paralel gitmektedir. Yaşam kalitesinin, ekonomik ve toplumsal refahla birlikte ilişkili olduğu kabul edilirse, yaşam kalitesiyle ilgili ögeler, siyasal olanı da etkilemiştir. “Yaşam kalitesi kavramına tarihi yönden bakıldığında; refah, yaşam seviyesi, kalkınma gibi kavramlardan sonra geldiği ve kalkınmanın daha gelişmiş bir özelliği olarak ekonomistlerce değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesine ekonomik açıdan bakıldığında; Gayrisafi milli hasıla (GSMH), istihdam olanakları, aile içinde çalışan sayısı gibi değişkenler kullanılmıştır (Demirkıran, 2012: 19).

Ekonomik göstergeler yalnızca ekonomi bilimi açısından değerlendirilmemelidir. Bu açıdan ekonomi bilimi ve bilhassa literatürde bazen ülke ve toplum gerçekleriyle uyşamayacak soyut çözümlere karşılaşmakta, kriz zamanlarının tahmin edilmesi, kişi ve toplum yaşam kalitesi, ekonomik kalkınma açısından somut analizlere gereksinim duyulmaktadır.

2.15.2. Sosyal Göstergeler

Günümüzde ekonomik büyüme ve GSMH ile ilgili göstergelere ait negatifliklerin ortaya çıkmasıyla sosyal göstergelerin kullanımı gittikçe yaygınlaşmıştır. Bu sebeple de, gelişme ve yoksulluk kavramları yeni kalkınma planlarının güncelleştirilmesi ve değerlendirilmesi konusunda en önemli konularını oluşturmuştur. Bilindiği üzere, GSMH artmasına karşın

çevresel bozulmalar ve gelir eşitsizlikleri gittikçe artmaktadır. Bu noktada insanlara sosyal göstergeler ile ölçülebilen refahı ve yaşam kalitesini anlatan istatistikler yardım etmektedir (Boylu, Paçacıoğlu, 2016: 142).

Demirkıran (2012)'ye göre yaşam kalitesi, "hayat biçimi ya da hayat tarzı kavramlarıyla benzerlik göstermektedir. Sosyal hareketlilik düşüncesi, yaşam kalitesiyle paralel bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Sosyolojik alanlı çalışmalarda, yaşam kalitesi göstergeleri olarak coğrafi hareketlilik, dengeli beslenme, eğitim durumu, meslek dağılımı, sağlık şartları, sosyal ve mesleki etkinliklere katılma, kültür, gelişme imkânları yer almaktadır. Bloom ise gerçekleştirdiği çalışmada toplumsal göstergeleri sağlık, eğitim, refah ve kamu güvenliği şeklinde sıralamıştır. Sosyal göstergelerle yaşam kalitesi çalışmalarında problem, toplum seviyesinde meydana gelmekte ve değişiklik gösteren bir toplum söz konusu olmaktadır". Sosyal göstergeler sosyal hayatın algılanışı ve kişiyi ne şekilde etkilediğini de ifade etmektedir. Kültürel yapı bu yönden oldukça önemlidir. İnsan, içerisinde olduğu durumu kültürel kodlar ve sosyal algı ile beraber değerlendirebilmektedir. Hayat kalitesi algısı bu yönden tüm dünya ülkelerinde benzer göstergelerle değerlendirilebilir fakat kesin neticelere ulaşmak için bu yönden oldukça güç görünmektedir (Demirkıran, 2012: 37).

2.15.3. Psikolojik Göstergeler

Psikolojik parametreler denilince kişinin kendi algıları, durumları değerlendiriş şekli ve olaylara olan atıfları önceliklidir. Çünkü bir durumun ifade edilmesi, anlatılması genellikle duygularımız ile olmaktadır. Hisler, mutluluklar, üzüntüler bazı yargılarla dile getirilmektedir. "Yaşam kalitesi göstergeleri olarak; bireyin meslek hayatından aldığı doyum, aile hayatından aldığı doyum, şahsi hayatından aldığı doyum gibi insanın kendi yaşam tecrübelerine gösterdiği reaksiyonlar ile beceri ve öğrenme gibi değişkenler kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ile ilgili ruhsal yönelimli araştırmalarda merkezi bir önemi olan yaşam doyumunu kavramı ilk kez 1960 senesinde Neugarten aracılığıyla kullanılmıştır. Neugarten'e göre; yaşam doyumunu, kişinin istedikleri ile elindekilerin kıyaslanmasıyla elde edilen sonuçtur. İnsanın beklentilerine

ulaşmadaki bilişsel değerlendirmesinin bir sonucudur. Hayatın tümünü ve türlü boyutlarını kapsamaktadır. Kişi istediklerini elde ediyorsa ve mutlu oluyorsa hayattan istediği birçok şeyi yakalamışsa mevkii ve görevi de kusursuz ise, ayrıca hiçbir sağlık sorunu da yoksa yaşam doyumu da tamamlanmış demektir” (Oktik, 2004: 42).

2.15.4. Sağlık ile İlgili Göstergeler

Yaşam kalitesi, iyilik halinin bir aşaması olarak tanımlanır. Sağlığa bağlı olan yaşam kalitesi, bireyin sağlığını göstermekten daha geniş bir alanı kapsar. Bu konuya toplumsal rolü yerine getirmeyi de kapsayan fonksiyonel beceriler, sosyal etkileşimin derecesi, psikolojik sağlık ve hayatta olan memnuniyet gibi birçok sözcüğe yer verilir.Sağlık ve fonksiyonellik, sağlığa bağlı yaşam kalitesinin yalnızca iki boyutudur. Yaşam kalitesinin sağlık şartları ile bağlantısı oldukça güçlüdür. Sağlık hizmet harcamalarındaki olağanüstü yükseliş bunda etkilidir. Çünkü sağlık giderlerinin artmaması için bireyin hayat kalitesini yakalamış olması oldukça önemlidir. Bunun yanında sağlık teknolojisindeki ilerlemelere bağlı olarak hayatın uzunluğundan çok kalitesine önem verilmektedir (Aydın, Karaoğlu, 2012: 12).

2.16. Yaşam Kalitesi Algısı

Meslek hayatında gerçekleşen gelişmeleri ve değişimleri konu eden çalışmalar meslek hayatını ve işverenlerin çalışanlarıyla olan ilişkilerini, iş görenlere olan bakışlarını değiştirmiştir. İşverenler, çalışanlara ve etrafa karşı olan mesuliyetleri üzerinde çalışmaya başlamışlardır. Çalışan kişilerin iş doyumlarının artması, kendilerini işyerinin bir parçası şeklinde hissetmelerini sağlayacaktır. Böylelikle performanslarında ve verimlerinde pozitif yönde ilerlemeler olabilecektir (Gülmez, 2013: 14).

2.17. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

2.17.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi genel olarak, insanın hayat şartlarına uyumunun sağlanmasında şahsi doyumunu etkileyen bir tür memnuniyettir.Bugün,

yaşam kalitesiyle ilgili çok fazla tanım olmasına karşın, dünya çapında kabul gören bir tanım bulunmamaktadır. Var olan tanımların da mutluluk, hoşnutluk, yaşam doyumu, bilişsel değerlendirme, sağlık, toplumsal yararlılık, duygusal ve ekonomik mevki gibi pek çok unsurdan oluştuğu görülmektedir (Turgut, 2010: 42).

Yaşam kalitesini hoşnutluk ve doyum olarak tanımlayan çok sayıda araştırmacı vardır. Örnek olarak Hörnquist, kişinin fiziksel, toplumsal ve ruhsal alanda tatmin derecesiyle ilişkilendirmiştir. Vetter ise, insanın hayatı ya da çevresiyle ilgili hissettiği tatmin derecesi olarak tanımlamıştır (Dedhiya, Kong, 1995: 147).

Naess ise kendini yenilemeye önem vermiş ve hayat kalitesini bireyin etkenliğini, diğer bireylerle olan ilişkilerini, öz saygısını ve mutluluğunun düzeyi olarak tanımlamıştır. Başlangıçta felsefe ve toplum biliminde sözü geçen yaşam kalitesi kavramı bugün popüler sinema, müzik, psikoloji gibi alanlar ve sağlık alanında da yaygın bir şekilde kullanılmıştır (Şahin, 1997: 41).

Sağlık sektöründe çalışan araştırmacılar iyilik halinin düzeyini değerlendirmesi için farklı niceliksel ölçümler ortaya koymuşlardır. Bunları yalnızca hastalıkla meydana gelen belirtilerin oluşturduğu durumlar ve işlev bozuklukları olanlarda, sağlık durumunu değerlendirmek için kullanmışlardır. Bu durum sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmiştir. Carr, Gibson ve Robinson'a göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireyin sağlık, hastalık, engellilik ve iyileştirmenin doğrudan ya da dolaylı tecrübelerini tanımlamak için geliştirilmiştir. Ferrans, Zerwic, Wilbur ve Larson (2005) ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını, insanların şahsi özellikleri, hayatını sürdürdüğü çevreyi ele alarak, kişilerin biyolojik fonksiyonları, hastalık belirtileri, işlevsel durumlarını genel sağlık algısının etkileşimi modeliyle açıklamıştır (Maral, Aslan, İlhan, Yıldırım, Candansayar, 2001: 254).

Yaşam kalitesi, fiziksel, ruhsal ve toplumsal işlev olarak üç alandan etkilenmiştir. Fiziksel işlev alanı, işlevsel durum ve ağrı, halsizlik, nefes

darlığı gibi belirtileri kapsamaktadır. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde hayat ekinlikleri (ev işleri, yemek yapmak), hareketlilik (yürümek, koşmak) ve genel işlerdeki hafif etkinlikler göz önüne alınmaktadır. Ruhsal fonksiyon alanı iyilik hali, ruhsal stres ve mental becerilerle ilgilidir, anksiyete ve depresyon ölçümüne odaklanmıştır. İnsanlar arası ilişkiler, ebeveyn fonksiyonları, seksüel fonksiyonlar ve toplumsal katılım gibi sosyal rollerin gerçekleştirilmesi sosyal fonksiyon alanının içerisinde bulunmaktadır. Sağlık sektöründe yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesinde, hasta bakımında psikolojik ve sosyal sorunların belirlenmesi, kontrol altına alınması, sağlık sorunlarıyla ilgili popülasyon çalışmaları, sağlık hizmetleri ile ilgili ölçüm sonuçları, çalışmalar ve maliyet analizlerinden yararlanılır (Eser, Saatli, Baydur, 2010: 38).

2.17.2. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde, sağlıklı hayat davranışlarının ciddiye alınması, globalleşme ve teknolojinin gelişmesi, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması ile insanların hayat kalitesiyükselmektedir (Arpacı, 2008). Yaş yükseldikçe insanların yaşam kalitesinde bir düşüş olduğu görülmektedir. Yaşlanma durumuna bağlı olarak hastalıkların tedavi ve iyileştirme giderlerinin artması, yaşlılıkta görülen Alzheimer gibi birkaç hastalığın da yaşlılarda giderek artması sonucu yaşlılarda görülme sıklığı gittikçe artan rahatsızlıklara bağlı problemlerin sıklaşması, günümüzde yaşlı bireylerin sağlığında koruyucu bakım hizmetlerinin ve hayat kalitesinin yaşlı sağlığının çok önemli bir parçası haline gelmesine sebep olmuştur. Yaşın artmasıyla birlikte toplumun gereksinimlerinde de artış gerçekleşmiştir. Artan kronik rahatsızlıklara paralel bir şekilde sağlık hizmetlerine olan gereksinim de aynı oranda artmıştır. Yaşlılıkta tedavi edici hizmetlerin yanında özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin de çok önemli bir yeri vardır. Bu hizmetler ile birlikte yaşam kalitesi de bir gereksinim haline gelmiştir. Yaşlılıkta amaç, yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutmak ve daha da geliştirmektir (Tel, Sabancıoğulları, 2006: 35).

Yaşlılık dönemi; yaşlıların fiziksel işlevlerinin sınırlandığı (hareket becerisi ve günlük hayatsal etkinliklerin azalması, görme ve işitsel eksilmeler, kronik ve bağımsızlık yaratan rahatsızlıklara sahip olma), ruhsal unsurların etkilendiği (fiziksel disabilite, bağımlı olma, toplumsal izolasyon, ağrı, uyku bozukluğu gibi sebeplerle depresyon) ve toplumsal ilişkilerde eksilmenin görüldüğü yaşam kalitesinin negatif etkilendiği bir süreçtir. Toplumun bir parçası olan yaşlıların hayatlarının bu zamanlarında yaşam kalitelerini korumak, faal bir hayat sürmelerini ve sağlıklı bir şekilde yaşlanmalarını sağlamak hem toplumdaki kişilerin hem de sağlık hizmetlerinde çalışanların duyarlılığıyla mümkündür (Şahin, 1997: 43).

Yaşlılarda yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda; huzurevinde kalma sürelerinin uzunluğu, ekonomik durum, eğitim, günlük işlerde zorlanma, bir hobiye sahip olmak, herhangi bir özre sahip olmak, egzersiz, depresyon ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini büyük oranda etkilediği bildirilmiştir (Kılıçoğlu, 2006: 49).

Bu konu ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda; yaşam kalitesinin öncelikle bilişsel işlevler ve aktivite seviyesinden etkilendiği, depresyon ve endişenin hayat doyumunu, depresyon ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında sosyal ve ekonomik durumun, hayat aktivitelerinde zorlanmanın, hastalık varlığı ve kullanılan ilaç sayılarının, huzurevinde geçirilen sürenin, çalışanlarda ilişkilerin, ziyaret sıklığının huzurevinde bulunmaktan hoşnutluk hissini yaşam kalitesini farklı boyutlarda etkilediği görülmüştür (Arslantaş, Metintaş, 2006: 83).

Bu açıdan, yaşlıların fiziksel, emosyonel, entelektüel işlevlerinin devamlılığı, aile, iş ve sosyal yaşamda etkinliğinin sağlanması yönünden yaşam kalitelerinin belli aralıklarla kontrol edilmesi gereklidir. Yaşam kalitesi ve sağlık durumunun değerlendirilmesinin yaşlı takibi ve geriatric çalışmalarda ne kadar önemli olduğu bilinmesine karşın bu ölçütlerin nasıl uygulanacağı ve değerlendirileceği ile ilgili ortak bir görüş yoktur. Yaşam kalitesini değerlendirmede tercih edilecek metot yaşlıların sorunlarına ve hedefe göre değişiklik gösterebileceğinden, öncelikler ve hangi boyutun önemli olduğu

belirtilmelidir. Mesela yalnızca fiziksel işlevlerin değerlendirilmesi yaşam kalitesini küçük bir pencereden yansıtır. Sonuç olarak kronik rahatsızlıkları olan yaşlılarda işlevsel gereksinimlerin belirlenmesi, var olan rahatsızlıkların yaşlıları nasıl etkilediğini göstermek, yaşlı bireylerin bakımına ve iyileştirilmesine yön vermek açısından hayat kalitesini değerlendirmek önemlidir. Klinik araştırmalarda yaşlı kişiler için bir ölçek seçilirken, içeriğin yararlılığı, yaşlı kişi ve ortam için ölçek özelliklerinin yararlılığı dikkate alınmalıdır (Aksüllü, Doğan, 2004:77).

Yaşam kalitesine etki eden birçok unsur bulunmaktadır. Özellikle yaşlı kişilerin yaşam kalitelerini etkileyen sosyal sorunlara ve birincil korunma tedbirlerine bakarsak:

Yaşlıların Yaşam Kalitelerini Olumsuz Etkileyebilecek Bazı Toplumsal Sorunlar

Yalnızlık	Ekonomik nedenler
Meslek hayatından uzaklaşma	Beslenmedeki eksiklikler
Toplumsal ilişkilerin zayıflığı	Barınma problemleri

Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Arttırılmasında Birincil Korunma Önlemleri

Yalnızlıktan korunmaları	Kazaların önlenmesi
Beslenme programları	Toplumsal etkinlikler
Sigara ve alkolden uzak durma	İlaçların doğru bir şekilde kullanılmasıdır.
Spor, egzersiz yapma	

Yaşlı bireylerin kronik rahatsızlıklarının varlığı da yaşam kalitelerini ve sağlık algılarını etkilemektedir. Fiziksel belirtilerin olması, yaş ve anksiyeteninde varlığıyla kronik hastalıklarda yaşam kalitesi büyük oranda etkilenmektedir (Ünsal, 2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların evde yaşayan yaşlı bireylere oranla yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fakat huzurevinde yaşamak insanın aile ile ilgili olan beklentilerini, yaşamla ilgili genel beklentilerini hayattan memnuniyet durumunu etkileyen unsurlar olarak belirlenmiştir. Birçok çalışmada huzurevinde uzun bir zaman geçirenlerin yaşam kaliteleri daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Huzurevinde

yaşayan yaşlıların ölümedaha duyarlı olmaları beklenebilir ama çalışmalar sonucunda bu konuda tam tersi sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bakımevlerinde kalan yaşlı bireylerin ruhsal durumları da etkilenmekte türlü ruhsal patolojiler görülebilmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen değişkenler arasında; ev ve aile ortamı, hayattan alınan tat, iş şartları, sosyal sigorta olması, yeşil kart, sağlık hizmetlerinden yararlanma sayılabilmektedir. Sağlık durumu ve fiziksel çevrenin indirekt olarak hayat kalitesini etkilediği saptanmıştır (Erol, Sarıçiçek, Gülseren, 2006: 242).

Yaşlanma sonucu meydana gelen fonksiyonel becerilerdeki azalma, yaşlıların günlük hayat etkinliklerinde kısıtlılıklara sebep olmaktadır. Hayatını sürdürebilmek için başkalarının yardımına gereksinimi olan yaşlıların yalnız kalması ve toplumdan soyutlanması, depresyona sebep olmaktadır. Fiziksel işlevlerindeki sınırlılıklar depresif bulguları beraberinde getirmektedir. Fiziksel işlevlerindeki küçük avantajlar yaşam kalitesinde, emosyonel durumda ve işlevsel aktivitelerde artışla sonuçlanmaktadır. Yaşlılık döneminde mobilitenin azalması ile birlikte bireyin önceden var olan toplumsal ilişkilerinde farklılıklar ortaya çıkarken, ilişki kurabileceği arkadaş sayısında azalmalar meydana gelmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerde genel bir toplumsal izolasyon meydana gelmekte ve yaşlılık döneminde depresyon sıklığını arttırmaktadır (Gülseren, Koçyiğit, 2000: 134).

Yalnız başına yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi daha düşük olmaktadır (Çalıştır, 2006). Evde yardım alarak hayatlarını sürdüren yaşlıların yaşam kalitesi negatif yönde etkilenebilmekte, bu kişilerin yalnızlıkları, duygu durumlarının depresif olması, karın ağrısı gibi birtakım belirtilerin bulunması yaşam kalitelerinin düşüklüğünü etkilemektedir. Ev ortamında yardım almadan hayatını sürdüren yaşlı bireylerin yaşam kalitesini negatif etkileyen unsurlar: hastalık sayısı ve uyku problemi olarak belirlenmiştir (Kaya, 2007). Buradan da alenen görülmektedir ki toplumsal katılım yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir (Turgut, 2010: 41).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu çalışma betimsel, enlemesine kesitsel bir çalışmadır. Mevcut durumun araştırılması, belirlenmesi amacıyla veriler toplanarak toplanan veriler analiz edilip, matematiksel tabana atılmıştır. Sonuçların sayısal olarak ifade edilmesi ve betimlenmesi yapılmıştır.

3.2.Evren ve Örneklem

Çalışma Samsun bölgesinde 01.01.18 –01.06.18 tarihleri arasında Samsun'da yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada katılımcılara kolay örnekleme yoluyla ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu, DSÖ tarafından geliştirilen Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış olan WHOQOL-OLD Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

3.3.1 Yaşlılarda Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD)

Türkçe Sürümü

WHOQOL-OLD 24 likert tipi soru ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler, 'duyusal Yetiler', 'Özerklik ve Bağımsızlık', 'Geçmiş, Bugün, Gelecek ile ilgili

aktiviteler', 'Sosyal Katılım', 'Ölmek ve Ölüm', 'Yakınlık', alanlarıdır. Duyusal Yetiler: görme, işitme, tat alma, koku, iştah ve dokunma yetilerindeki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, özerklik; genel olarak yaşamı kontrol edebilme, saygı görme, bağımsızlık, özgür bir şekilde karar verme faktörlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini sorgulamaktadır.

Geçmiş, Gelecek ve Bugün Aktiviteleri; Geçmiş de elde edilen başarılarından yaşam boyu memnuniyeti ve geçmiş ve gelecek hakkında duygu ve düşünceleri sorgulanmaktadır. Sosyal Katılım zamanı verimli kullanabilme ve bunun ile ilgili görüşler, faaliyetlere katılma durumu, Yakınlık, diğer kişiler ile iletişimi, Ölüm ve Ölüm Düşüncesi; ölümü kabullenmek ve değiştirilemez olması ile ilgili görüşleri ve ölümün anlamını araştırmaktadır (Eser ve ark., 2010).

Her bir sorunun en düşük puanı 1.0, en yüksek puan 5.0 dir. Her alanın 4 sorusu vardır. Tüm alan içerikleri doldurulduğunda her alan için minimum 4 puan maksimum 20 puan alınabilir (Aydın ve ark., 2012). Temel olarak yüksek puanlar yüksek yaşam kalitesini gösterir. Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve WHOQOL-OLD-TR olarak adlandırılmıştır. Türkiye'de yaşayan yaşlıların diğer ülkelerdeki yaşlılar ile yaşam kalitesi açısından karşılaştırma az sayıdaki çalışmalar ile karşılaştırılma yapıldığında genel olarak Türkiye'de yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan büyük oranda dezavantaj durumunda oldukları anlaşılmaktadır.

Türkiye'de dahil 22 ülkede Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda yaşam kalitesi modülü geliştirme projesi verilerine göre Türk olan yaşlıların diğer bireylerden yaşam kalitesi açısından bazı farklılıklar gösterdikleri ortaya konmuştur. Katılan diğer ülkeler için orta önem sayılan bazı kavramlar Türk yaşlılar için çok önemli olarak vurgulanmıştır. Bunlar yet kayıpları, hastaneye yatma, aile ilişkileri, iştahın yerinde olması, karar verebilme özgürlüğüdür. Diğer ülkelerce önemli sayılan ve Türk yaşlılar için önemsiz olarak kabul edilen kavramlar ise şöyledir, yaşlılar ile ilgili negatif ayrımcılık, toplum içerisinde gönüllü faaliyetlere katılım, topluma katılımdır (Eser ve ark.,2010).

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen beck depresyon envanteri depresyonda görülen bilişsel, duygusal, bedensel belirtilerin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçek likert tipi toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 63 tür. :Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre depresyon düzeyleri; 00-13 puan depresyon yok, 14-19 puan düşük, 20-28 puan orta, 29-63 puan yüksek derecede depresyon şeklinde sınıflandırılmıştır Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ve şiddetinin yüksek olduğunu gösterir (Hisli,1989).

4. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmaya katılan örneklemin (n = 87) % 51.7'si Erkek (n = 45), % 48.3'ü Kadın (n = 42)'dir. Katılımcıların yaş ortalaması 72.23 (ss= 7.019)'tür. Araştırmaya katılanların % 59.8'i (n = 52) ilköğretim mezunuyken % 11.5'i (n = 10) üniversite mezunudur. Demografik bilgi istatistikleri **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Tablo 1.

Eğitim Düzeylerine ilişkin Bilgiler

	n	%
İlköğretim	52	59,8
Lise	21	24,1
Yüksekokul / Üniversite	10	11,5
Diğer	4	4,6
Toplam	87	100,0

Tablo 2'ye göre katılımcıların % 11.5'i (n = 10) yalnız yaşamaktayken, % 24,1 (n = 21) diğer bir şekilde yaşamaktadır. Diğer istatistiki bilgiler Tablo 3' te sunulmuştur.

Tablo 2.*Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?*

	n	%
Yalnız	10	11,5
Sadece Eşinizle	29	33,3
Eş Ve Çocuklar	27	31,0
Diğer	21	24,1
Toplam	87	100,0

Tablo 3'e göre katılımcıların % 16.1'i (n = 14) köy'de yaşamaktayken, % 79.3 (n = 69) şehirde yaşamaktadır.

Tablo 3.*Şu an yaşadığınız yer?*

	n	%
Köy	14	16,1
Kasaba	2	2,3
Şehir	69	79,3
Diğer	2	2,3
Toplam	87	100,0

Bu tez çalışmasında hangi analizlerin yapılacağına karar vermeden önce verilerin normal dağılıp dağılmadığına yapılan Skewness Testi sonuçlarına göre karar verilmiştir. Test sonuçları **Tablo 4**'te sunulmuştur. Tablo incelendiğinde Skewness değerleri -1 ile + 1 arasında yer aldığından dolayı veriler normal dağılım gösterdiği bulgulanmış olup, veriler parametrik test sonuçlarıyla analiz edileceği belirlenmiştir.

Tablo 4.*Skewness Normallik Testi Sonuçları*

	Skewness
Depresyon Puan Ortalamaları	,597
Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	-,739

Tablo 5 Araştırma **Hipotezi 1**'de yaş puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir $t_{(85)} = -.010$; $p = .992$. Bulgulara göre cinsiyet gruplarında yaş ortalamaları eşit olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5.*Yaş ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları*

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Yaş	Erkek	45	72.222	7,282	-.010	85	.992
	Kadın	42	72.238	6,813			

Tablo 6 Araştırma **Hipotezi 2**'de depresyon puanlarının cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde depresyon düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma gözlenmiştir. Dolayısıyla kadınlarda depresyon puanlarının erkeklere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. $t_{(70,496)} = -2.095$; $p = .040$.

Tablo 6.

Depresyon düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Depresyon	Kadın	42	19.86	10.80	-2.095	70,496	.040
	Erkek	45	15.71	7.16			

Tablo 7 Araştırma **Hipotezi 3'**te yaşam kalitesi puanlarının cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma gözlenmiştir. Dolayısıyla erkeklerde yaşam kalitesi puanlarının kadınlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. $t_{(85)} = 2.52$; $p = .014$.

Tablo 7.

Yaşam Kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Erkek	45	77.76	9.75	2.52	85	.014
	Kadın	42	71.81	12.21			

Tablo 8 Araştırma **Hipotezi 4'**de depresyon puanlarının tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde depresyon düzeylerinin tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma gözlenmiştir. Dolayısıyla tek başına yaşayan yaşlı bireylerin depresyon puanlarının tek başına yaşamayanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. $t_{(85)} = -2.097$; $p = .039$.

Tablo 8.

Depresyon düzeylerinin tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Tek başına yaşayıp yaşamama	Tek Başına Yaşayan	39	77.76	15.87	2.97	85	.039
	Tek Başına Yaşamayan	48	71.81	19.92			

Tablo 9 Araştırma **Hipotezi 5**'de yaşam kalitesi puanlarının tek başına yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde yaşam kalitesi düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma anlamlı bir farklılaşma göstermediği gözlenmiştir $t_{(85)} = 0.609$; $p = .544$. Dolayısıyla tek başına yaşamamanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 9.

Yaşam kalitesi düzeylerinin tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Tek başına yaşayıp yaşamama	Tek Başına Yaşayan	39	75.71	12.06	0.609	85	.544
	Tek Başına Yaşamayan	48	74.71	10.86			

Tablo 10 Araştırma **Hipotezi 6**'da depresyon puanlarının özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde depresyon düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir. Dolayısıyla

özel eğitim almanın depresyon puanları üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır. $t_{(85)} = 0.530$; $p = .597$.

Tablo 10.

Depresyon düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Özel Eğitim Aldınız mı	Evet	2	21.500	4.95	0.530	85	.597
	Hayır	85	18.022	9.21			

Tablo 11. Araştırma **Hipotezi 7**'de yaşam kalitesi puanlarının özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde Tablo 2.0'de yaşam kalitesi düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma göstermediği gözlenmiştir $t_{(85)} = 0.897$; $p = .373$. Dolayısıyla özel eğitim almanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 11.

Yaşam kalitesi düzeylerinin özel eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılaşma olup olmadığını saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Özel Eğitim Aldınız mı	Evet	2	82.00	1.42	0.90	85	.373
	Hayır	85	74.72	11.41			

Tablo 12 Araştırma **Hipotezi 8**'de depresyon puanlarının çalışanlar ve çalışmayanlar arasında farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde depresyon düzeylerinin çalışanlar

ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir. Dolayısıyla çalışma şartları ve durumları depresyon puanları üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır. $t_{(85)} = -0.776$; $p = .440$.

Tablo 12.

Depresyon düzeylerinin çalışanlar ve çalışmayanlar arasında farklılaşma gösterip göstermediğini için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Çalışma Durumu	Çalışıyor	23	16.83	9.44	-0.776	85	.440
	Çalışmıyor	64	18.56	9.05			

Tablo 13 Araştırma **Hipotezi 9**'de yaşam kalitesi puanlarının çalışanlar ve çalışmayanlar arasında farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde yaşam kalitesi düzeylerinin çalışanlar ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma göstermediği gözlenmiştir $t_{(85)} = -0.585$; $p = .560$. Dolayısıyla yaşlılarda yapmakta olunan bir işin veya çalışma durumu yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 13.

Yaşam kalitesi düzeylerinin çalışanlar ve çalışmayanlar arasında farklılaşma gösterip göstermediğini için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Çalışma Durumu	Çalışıyor	23	73.70	12.11	-0.585	85	.560
	Çalışmıyor	64	75.31	11.12			

Tablo 14 Araştırma **Hipotezi 10**'da depresyon puanlarının kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t testi analizinde depresyon düzeylerinin

kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma gözlenmiştir. $t_{(85)} = 2.482$; $p = .015$. Dolayısıyla kronik fiziksel rahatsızlığı olanların depresyon puanları olmayanlara oranla daha fazla olduğu bulunmuş ve kronik fiziksel rahatsızlık olması depresyon üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır.

Tablo 14.

Depresyon düzeylerinin kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Kronik fiziksel rahatsızlığınız var mı ?	Evet	45	20.38	8.431	2.482	85	.015
	Hayır	42	15.66	9.318			

Tablo 15 Araştırma **Hipotezi 11**'de yaşam kalitesi puanlarının kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde yaşam kalitesi düzeylerinin kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma göstermediği gözlenmiştir $t_{(85)} = -0.412$; $p = .682$. Dolayısıyla yaşlılarda kronik fiziksel rahatsızlık olma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 15.

Yaşam kalitesi düzeylerinin kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Kronik fiziksel rahatsızlığınız var mı ?	Evet	45	74.40	11.29	-	85	.682
	Hayır	42	75.41	11.51			

Tablo 16 Araştırma **Hipotezi 12**'de yaşam kalitesi puanlarının kronik ruhsal rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Bağımsız Grup t Testi analizinde yaşam kalitesi düzeylerinin kronik ruhsal rahatsızlığı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma göstermediği gözlenmiştir $t_{(85)} = -1.527$; $p = .130$. Dolayısıyla yaşlılarda kronik ruhsal rahatsızlık olma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 16.

Yaşam kalitesi düzeylerinin kronik ruhsal rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediğini saptamak için yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	t Testi		
					t	sd	p
Kronik Ruhsal rahatsızlığı var mı ?	Evet	18	71.27	14.003	-	85	.130
	Hayır	69	75.82	10.453	1527		

Tablo 17 Araştırma **Hipotezi 13**'de yaşlıların depresyon puanlarının gelir düzeyi durumlarına göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan yapılan Tek Yönlü Varyans analizinde depresyon puanlarının gelir düzeylerine göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği gözlenmiştir ($F_{(3-83)} = 4.443$, $p = .006$).

Tablo 17.

Depresyon düzeylerinin gelir düzeyleri durumlarına göre farklılaşp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Guruplar Arası	992.565	3	330.855	4.443	.006
Guruplar İçi	6180.575	83	74.465		
Toplam	7173.140	86			

*P > .05

Tablo 18'de Yaşlıların depresyon puanlarının gelir düzeylerine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonrası post-hocscheffe testi sonuçlarına göre gelir düzeyi 500 ile 1000 TL arasında olanla 2000 TL'in üstünde olan yaşlıların depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < .05$). Bu durum, gelir düzeyi 500 ile 1000 TL olan yaşlıların depresyon puanlarının; gelir düzeyi 2000 TL'in üstünde olan yaşlılarında depresyon puanlarından fazla olduğunu göstermektedir. Diğer gelir düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > .05$).

Tablo 18.

Yaşlıların Depresyon Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonrası Post-HocScheffe Testi Sonuçları

Gelir Düzeyleri (i)	Gelir Düzeyleri (j)	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
500 TL nin altında	500 ile 1000 TL arasında	-12.87994	5.18556	.112
	1000-1500 TL arası	-4.07677	4.54189	.848
	2000 TL ve üzeri	-1.53057	4.54189	.990
500 ile 1000 TL arasında	500 TL nin altında	12.87994	5.18556	.112
	1000-1500 TL arası	8.80316	3.20725	.064
	2000 TL ve üzeri	11.34936	3.20725	.008
1000-1500 TL arası	500 TL nin altında	4.07677	4.54189	.848
	500 ile 1000 TL arasında	-8.80316	3.20725	.064
	2000 TL ve üzeri	2.54620	2.00627	.658
2000 TL ve üzeri	500 TL nin altında	1.53057	4.54189	.990
	500 ile 1000 TL arasında	-11.34936	3.20725	.008
	1000-1500 TL arası	-2.54620	2.00627	.658

Tablo 19 Araştırma **Hipotezi 14**'te yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının gelir düzeyi durumlarına göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan yapılan Tek Yönlü Varyans analizinde yaşam kalitesi puanlarının gelir düzeylerine göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği gözlenmiştir ($F_{(3-83)} = 4.070, p = .009$).

Tablo 19.

Yaşam Kalitesi puanlarının gelir düzeyleri durumlarına göre farklılaşp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Guruplar Arası	1418.361	3	472.787	4.070	.009
Gruplar İçi	9641.685	83	116.165		
Toplam	11060.046	86			

*P > .05

Tablo 20'de Yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının gelir düzeylerine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonrası post-hocscheffe testi sonuçlarına göre gelir düzeyi 500 ile 1000 TL arasında olanla 2000 TL'in üstünde olan yaşlıların yaşam kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < .05$). Bu durum, gelir düzeyi 500 ile 1000 TL olan yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının; gelir düzeyi 2000 TL'in üstünde olan yaşlılarında yaşam kalitesi puanlarından fazla olduğunu göstermektedir. Diğer gelir düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > .05$).

Tablo 20.

Yaşlıların Yaşam Kalitesi Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonrası Post-HocScheffe Testi Sonuçları

Gelir Düzeyleri (i)	Gelir Düzeyleri (j)	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
500 TL nin altında	500 ile 1000 TL arasında	9.73191	6.47676	.524
	1000-1500 TL arası	-.64346	5.67281	1.000
	2000 TL ve üzeri	-4.17615	5.67281	.909
500 ile 1000 TL arasında	500 TL nin altında	-9.73191	6.47676	.524
	1000-1500 TL arası	-10.37538	4.00585	.090
	2000 TL ve üzeri	-13.90806	4.00585	.010
1000-1500 TL arası	500 TL nin altında	.64346	5.67281	1.000
	500 ile 1000 TL arasında	10.37538	4.00585	.090
	2000 TL ve üzeri	-3.53268	2.50583	.577
2000 TL ve üzeri	500 TL nin altında	4.17615	5.67281	.909
	500 ile 1000 TL arasında	13.90806	4.00585	.010
	1000-1500 TL arası	3.53268	2.50583	.577

Tablo 21 Araştırma **Hipotezi 15'**te yaşlıların depresyon puanlarının çocuklukta aile durumlarına (bütün, parçalanmış ve boşanmış) göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan yapılan Tek Yönlü

Varyans analizinde depresyon puanlarının çocuklukta aile durumlarına göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği gözlenmiştir ($F_{(2-84)} = 4.997, p = .009$).

Tablo 21.

Depresyon puanlarının çocuklukta aile durumlarına (Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış) göre farklılaşp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Guruplar Arası	762.628	2	381.314	4.070	.009
Guruplar İçi	6410.512	84	76.316		
Toplam	7173.140	86			

*P > .05

Tablo 22'de Yaşlıların depresyon puanlarının çocuklukta aile durumlarına göre hangi alt guruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonrası post-hoc LSD testi sonuçlarına çocuklukta aile durumları bütün yaşlılar ile aile durumları boşanmış ve parçalanmış olan yaşlıların depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$). Bu durum aile durumları bütün olan yaşlılarda depresyon puanları, aile durumları parçalanmış ve boşanmış olan yaşlılara göre daha az olduğu gözlenmiştir.

Tablo 22.

Yaşlıların Depresyon Puanlarının Çocuklukta Aile Durumlarına (Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış) Göre Hangi Alt Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonrası Post-Hoc LSD Testi Sonuçları

Çocuklukta Aile Durumları (i)	Gelir Düzeyleri (j)	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
Bütün	Boşanmış	-12.12695	5.14626	.021
	Parçalanmış	-6.41700	2.82546	.026
Boşanmış	Bütün	12.12695	5.14626	.021
	Parçalanmış	5.70995	5.69002	.319
Parçalanmış	Bütün	6.41700	2.82546	.026
	Boşanmış	-5.70995	5.69002	.319

Tablo 23 Araştırma **Hipotezi 16**'da yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının çocuklukta aile durumlarına (*Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış*) göre farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek için yapılan yapılan Tek Yönlü Varyans analizinde yaşam kalitesi puanlarının gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gösterdiği gözlenmemiştir ($F_{(2-84)} = 0.518$, $p = .597$). Bu durum çocuklukta aile durumlarının yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

Tablo 23.

Yaşam Kalitesi puanlarının çocuklukta aile durumlarına (Bütün, Parçalanmış ve Boşanmış) göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Guruplar Arası	134.816	2	67.408	.518	.597
Guruplar İçi	10925.230	84	130.062		
Toplam	11060.046	86			

*P > .05

Tablo 24 Çalışmanın 1. Temel Hipotezi, Yaşam kalitesinin depresyonu ne derece yordadağını analiz etmek için yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizine göre yaşam kalitesi depresyonu % 25 oranında açıkladığı saptanmıştır. Bu durum yaşam kalitesinin depresyonun önemli bir yordayıcısı olduğunu yani yaşam kalitesi depresyon üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir, $\beta = -.050$, $t(87) = 8.428$, $p < .001$.

Tablo 24.

Yaşam Kalitesinin Depresyon Düzeylerini Yordanmasına İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları

Model	B	SH _B	β	t	P
1 Sabit	48.275	5.728		8.428	.000
Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	-.403	.076	-.500	-5.327	.000

R= 0.500. R²= 0.25. AdjR²= 0.241. F_(1, 85) =28.38. p =0.000

Tablo 25 Çalışmanın 2. Temel Hipotezi, Yaşam kalitesi alt boyutlarının depresyonu ne derece yordadağına ilişkin yapılan Çoklu Regresyon analizine göre yaşlıların yaşam kalitesi alt boyutlarının depresyon puanlarını % 51 oranında açıkladığı gözlenmiştir. Beta değerleri incelendiğinde duygusal işlevler ($\beta = -.083, p = .339$), özerklik ($\beta = -.156, p = .141$) ve ölüm ve ölmek ($\beta = .035, p = .694$) alt boyutlarının depresyon üzerinde pozitif yönde anlamlı; sosyal katılım ($\beta = -.200, p = .085$) ve yakınlık ($\beta = -.173, p = .144$) alt boyutlarının negatif yönde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanırken geçmiş, bugün ve gelecek yaşam kalitesi alt boyutunun depresyon üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta = -.486, p = .000$). Bu duruma göre yaşam kalitesi alt boyutlarından duygusal işlevler, özerklik, ölüm ve ölmek, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarının depresyonu önemli bir yordayıcısı olmadığı ancak geçmiş, bugün ve gelecek yaşam kalitesi alt boyutunun depresyonu doğrudan yordadığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 25.

Yaşlıların yaşam kalitesi alt boyutlarının depresyon düzeylerini yordamasına ilişkin Çoklu Regresyon Analizi Testi Sonuçları

Model	B	SH _B	β	t	p
1 (Sabit)	38.265	5.390		7.100	.000
Duyusal İşlevler	.434	.451	.083	.962	.339
Özerklik	.402	.271	.156	1.487	.141
Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri	-1.327	.348	-.486	-3.809	.000
Sosyal Katılım	-.518	.298	-.200	-1.741	.085
Ölüm ve Ölmek	.070	.176	.035	.395	.694
Yakınlık	-.469	.318	-.173	-1.474	.144

$R = 0.715, R^2 = 0.511, AdjR^2 = 0.475, F_{(6, 80)} = 13.961, p = 0.000$

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı yaşlı bireylerdeki yaşam kalitesi ve depresyonun sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkların incelenmesi ve yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda ortaya konulan çalışmada araştırma sorularına uygun istatistiksel analizlerle cevap aranmış ve elde edilen bulgular, temel alınan teoriler ve diğer araştırma bulguları çerçevesinde tartışılmıştır.

Yapılan çalışmada bireyin yaşam kalitesindeki düşüşün depresyon üzerinde olumsuz yönde etkili olduğu görülmüştür. Çalıştır (2006) yaşam kalitesi kavramını birçok değişkene bağlı, karmaşık bir kavramdır ve en önemli belirleyicilerden biri kişinin genel sağlık durumudur, şeklinde açıklamıştır. Altuğ vd (2009) kronolojik olarak 60 yaştan sonra başlayan bir süreç olarak kabul edilen yaşlılık, yaşam konusunda birçok kayıpların olduğu bir süreç olarak tanımlanır ve ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesinin bütün alt alanlarında ortalama değerlerin düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak Altuğ vd. (2009) yaşlanmayla birlikte mobilite yeteneği azalacağından dolayı kişinin kendi işlerini yapabilme yeteneği azalır ve ihtiyaçlarını karşılaması zorlaşır ve kendini daha yetersiz görmeye başlayarak, depresyon gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir şeklinde bulguya ulaşılmıştır.

Yaşam kalitesinin, özellikle duyuşal işlevler, özerklik ve ölüm ve ölmek düşüncelerinin, sosyal katılım ve yakınlığın depresyon üzerinde bir etkisi olmadığı saptanırken geçmiş, bugün ve gelecek yaşam kalitesinin depresyon üzerinde olumsuz yönde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu duruma

göre duyuşal işlevler, özerklik, ölüm ve ölmek, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarının depresyon üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı ancak geçmiş, bugün ve gelecek yaşam kalitesinin depresyonu doğrudan etkilediği sonucuna varılmıştır. Sözen (2014) yapmış olduğu bir çalışmada yaşam kalitesi alt boyut skor ortalamaları arasında 'Özerklik', 'Geçmiş, Bugün, Gelecek' ait aktiviteler 'Sosyal Katılım ve Ölüm, ölmek' alt boyutlarında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Özen (2008:3) yaşlılarda ölüm kaygısını inceleyen çalışmasında ölüm korkusu, yok olma, tükenme ile eş anlamlı ve çaresizlik içinde kadercilikle karşılanan bir duygu olarak kabul etmekte ve bir taraftan benimseme, diğer taraftan ölümün zorluğu kolaylığı, kabir azabı, öte dünyadaki sınavlar, cennet-cehennem belirsizliği gibi söylemlerden yaşlıların etkilenmekte olduğu sonucuna varmıştır. Arpacı vd. (2011) evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayanlara göre daha çok ölüm kaygısı yaşadığı bunun sebebinin de nereye, nasıl defnedileceklerine dair kafalarında sorgulamaların olduğu oysa huzurevinde yaşayan yaşlıların depresif düzeyleri daha yüksek olduğu için nereye ve nasıl gömüleceklerine dair bir kaygı yaşamadığı bu nedenle evde yaşayanlara göre daha yüksek ortalama puana sahip ve istatistiksel açıdan önemli farklılıklar olduğu bulunmuştur. Çalışmada ayrıca yaşlıların eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığı söylenebilir şeklinde bulguya ulaşılmıştır.

Araştırmada örnekleme alınan yaşlıların %11.5'i yalnız yaşamaktadır. Çalışmamızda depresyon düzeylerinin tek yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu ve dolayısıyla tek başına yaşayan yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin tek başına yaşamayanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. şimşek vd. (2018) Yaşlılık ve Yalnızlık adlı makale çalışmasında da araştırmamızdaki benzer sonuca ulaşılmıştır. Çalışmada yalnızlık, yaşlıların tüm yaşam sürecini önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle yaşlılar bütüncül bir yaklaşımla ele alınırken özellikle yalnızlık yönünden risk taşıyan yaşlıların (eşini kaybetmiş olanlar, kurumlarda yaşayan, ekonomik güçlükler yaşayan, sosyal ilişkilere giremeyen, sağlık sorunları olanlar) düzenli olarak izlenmesi ve bu alanda çalışan sağlık ekibi tarafından tedavi ve bakım programlarının oluşturulması,

riskli yaşlıların toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi önerilmektedir. Buz ve Beydilli (2015) tarafından evde yalnız yaşayan yaşlı kadınlar üzerinde yapılan çalışmada eşleri vefat ettiği için yalnız yaşayan kadınların, eşlerinin yanında olmaları halinde kendilerini daha iyi hissedecekleri ve çocukları ile az görüştikleri için sosyal açıdan yalnızlaştıkları tespit edilmiştir.

Araştırmada depresyon düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olduğu gözlenmiştir. Dişçigil ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada kadınların depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Maral ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada depresyon düzeyinin erkeklerde %12,1, kadınlarda ise %33,7 olduğu görülmüştür. Dolayısıyla araştırmamız sonucunda elde edilen bilgiler ile literatürde yer alan çalışma sonuçları paralellik göstermektedir. Kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük seviyede olmasının sebebi çalışma durumu, eğitimi, ekonomik statü ve sosyal pozisyon açısından kadınların erkeklere göre dezavantajlı olmalarıdır (Şimşek vd. 2010).

Araştırmada yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Araştırmada erkeklerde yaşam kalitesi düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hawthorne ve Osborne (2005) tarafından Avustralya'da yapılan çalışmada yaş ilerledikçe her iki cinsiyette de yaşam kalitesi düzeylerinin düştüğü saptanmıştır. Şimşek vd. (2010) kadın ve erkekler arasında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından fark olup, yaşam memnuniyeti açısından fark olmadığını. Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin ve yaşam memnuniyetlerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde, erkeklerle karşılaştırıldığında çalışma durumu, eğitim, ekonomik statü ve sosyal pozisyon açısından kadınlar erkeklere göre daha dezavantajlı konumdadır. Ataerkil toplum yapısına sahip olan ülkemizde, kırsal kesimlerde daha çok olmak üzere, gelenek ve görenekler doğrultusunda cinsiyete göre yapılan rol paylaşımları ve bu rol paylaşımlarında kadınlara getirilen kısıtlılıkların daha fazla

olmasının kadınlarda yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetinde azalmayla sonuçlandığını düşünüyörüz sonucuna varılmıştır.

Araştırmada depresyon düzeylerinin kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar ve olmayanlarda farklılaşma gösterip göstermediği test edilmiş, kronik fiziksel rahatsızlığı olanların depresyon düzeyleri olmayanlara oranla daha fazla olduğu bulunmuş ve kronik fiziksel rahatsızlık olması depresyon üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Şimşek vd. (2010) yaptığı çalışmada elde edilen bulguların depresyon için risk faktörleri içerisinde kronik hastalıklar ve bunun getirisi olan yaşam memnuniyetsizliği bulunmaktadır. Çalışmada artrit gibi kronik hastalıkların kadınlarda özre neden olduğu, kronik hastalıklara bağlı olarak görülen yürüme problemlerinin günlük yaşam aktivitelerinde memnuniyetsizliğe ve depresyon artışına neden olduğu görülmüştür. Şimşek vd. (2010) yaptığı araştırmanın tartışma bölümünde Chan ve ark. (22)'nin benzer konuda yaptıkları çalışmada fiziksel durum ve depresyon ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olduğu şeklinde aynı yönde bir sonuç bulunmuştur. Yine aynı çalışmanın tartışma bölümünde Sharma'nın (40) yaptığı çalışmada, birçok kronik hastalığın aynı anda olmasının yarattığı kümülatif travmaların depresyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde düşüşle birlikte olduğu şeklinde bulgular elde etmiştir. Ersoy ve Demirel (2003) tarafından yapılan çalışmalarda kronolojik olarak 60 yaşından itibaren başlayan bir süreç olduğu ön görülen yaşlılığın artan kronik hastalıklar nedeniyle bireyin genel sağlığını etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Altuğ ve arkadaşlar (2009) tarafından yapılan çalışmada ise yine kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin kronik hastalığı olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Altay ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise önceki bulguların aksine 65 yaş ve üzeri yaşlılarda kronik hastalıkların yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Bu durum yaş ortalamasının (68.6) erken yaşlılık döneminde olması ve var olan kronik hastalıklara (%77.2) bağlı yan etki, kısıtlılık ve özürllük durumunun ileri düzeyde olmaması ile açıklanabilir.

Araştırmada yaşlıların depresyon düzeylerinin gelir düzeyi durumlarına göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği gözlenmiştir. Yapılan alışma sonuçlarına göre gelir durumu düşük olan bireylerin, daha yüksek gelire sahip bireylere göre daha yüksek depresyon oranlarına sahip olduğu grlmştir. Özmete (2008) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve gelir düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşamdan daha fazla tatmin oldukları, ekonomik koşulları kötü olan yaşlıların ise depresyon düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Gülseren (2000) ve çalışır (2006) tarafından yapılan çalışmalarda gelir düzeyi yüksek yaşlı bireylerde yaşam kalitesi düzeyleri, gelir düzeyi düşük olan yaşlı bireylerin düzeylerinden yüksek bulunmuş ve bu bulgular çalışmamız ile paralellik göstermiştir. Polat ve ark. (2013) yaptığı çalışmada yaşlılıkta depresyon ve ekonomik koşullar ile ilgili yaptığı analizde çalışmamızı destekler bulgular elde etmiş ve durumu şöyle açıklamıştır, ekonomik düzeyi yüksek olan kişiler yaşlılık sürecinde de iyi bir yaşam kalitesine sahip olurlar, yaşlılar için düzenlenebilecek özel aktivitelere katılabilir, sosyal yaşam alanları yaratabilir ve sosyalliğe bağlı olarak stres ölçeğinde azaltma sağlanır. Bireyin ekonomik durumu yükseldikçe günlük ihtiyaçları ve diğer ekonomik, sağlık gibi sorunlarını daha kolay çözebilmesi bu bireylerin daha yüksek yaşam kalitelerine sahip olmasını açıkladığı düşünülmektedir.

6. BÖLÜM

6.1. SONUÇ

Her yaşlı birey yaşlılığında farklı değişimler yaşamaktadırlar. Bu aşamada yaşlı bireylerin semptomlarında ayrı ayrı düşünülüp bireye göre ayrı müdahaleler düşünülmelidir. Yaşlı bireylerde oluşan değersizlik, umutsuzluk ve yalnızlık duyguları, yaşlı bireylerin depresyona girmelerinde etkili duygulardır. Bu durumun doğmasına neden olan en büyük faktör yaşlı bireyin çevresindeki yakınlarıdır. Yaşlılarda erken ölümlerin ve intihar düşüncelerinin yok olması açısından yaşlıya bakış açısının ve yaşlılık konusunda bilinçlendirmenin önemi büyüktür. Yaşlılarda sosyal aktivitelerin arttırılmasına yönelik uygulamalar düzenlenmelidir. Yaşlılarda beliren depresyon belirtilerinin nedenlerinin analiz edilip, bu analizlere göre davranışların gelişmesi sonucunda depresyonun fiziksel rahatsızlık yaratma eylemi engellenip dolayısıyla yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin arttırılmasına neden olur.

Çoğunlukla huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin evde yaşayan yaşlı bireylerden daha fazla depresyon riski bulunmaktadır. Bu durumda bakım hizmeti veren kurumların depresyon riskini etkilemeleri açısından davranış ve tutumları önemlidir. Burada yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi için sosyal aktivitelerini gerçekleştirebilecekleri ortamların yaratılması da bir öneri olabilmektedir. Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin olumlu hale gelmesi için ayrıca bakım hizmeti veren personellerinin yaşlılara karşı tutumunun önemli olmasıyla beraber yaşlılarda psikoloji alanında eğitim almaları gerekmektedir.

Genel olarak yaşlı bireylerin sosyal yaşamdan uzaklaşması, yalnızlaşması, umutsuzluğunun oluşması, intihar düşüncelerinin artması, sürekli moral

bozukluğu yaşaması, uykusuzluk sorunu gibi durumların gelişmesi sonucu yaşam kalitelerini etkileyerek yaşamdan alınan zevki etkileyebilmektedir. Yaşamdan alınan zevkin azalmasıyla beraber bir duygudurum bozukluğu olan depresyon rahatsızlıkları oluşabilmektedir. Depresyon ile birlikte bedensel rahatsızlıkların artması sonucu fonksiyonel işlemlerin sekteye uğraması tekrar yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir.

Sonuç olarak yaptığımız çalışmada yaşam kalitesinin depresyon üzerinde ciddi bir önemi olduğu gözlenmiştir. Yaşam kalitesinin düştüğu, işlevselliğin azaldığı dönem olan yaşlılık ile beraber önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan depresyonun önlenmesi ve farkındalığın artırılması tedaviye teşvik edilmesi önem taşımaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Depresyon tanındığı zaman tedavi süreci daha başarılı bir şekilde ilerlemektedir. Ruh sağlığı uzmanlarına öneriler şu şekildedir; yaşlının içinde bulunduğu çökkün duygu durumundan çıkartılarak gerekli tedavi planlamasının yapılması yaşlının işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırdığı için emek ve zaman harcamaya değer görülmektedir. Yaşlı bireylerde belirli test ve taramalar ile depresyon için risk grubunda olan yaşlılar belirlenmeli ve erken tanı ve tedaviye teşvik edilmelidir.

Devlete öneriler şu şekildedir; Türkiye yaşlanma sürecinin hızla gerçekteştiği ülkelerden birisidir. Ülkemizde yaşlıların sağlık problemleri ile beraber sosyal, ekonomik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Sosyal servislerin, evde kısa ve uzun süreli bakım hizmetlerinin ve sağlıklı yaşlanma gibi eğitimlerin düzenlemesi açısından yeniliklere ve düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Araştırmacılara öneriler ise şu şekildedir; yapılacak olan uygulamalar herkese eşit ve ulaşabilir bir kurumsal hizmet anlayışı ile yapılmalıdır. Yaşlıların yaşam haklarının korunması ve iyi yönde geliştirilmesi de sağlıklı yaşlanma açısından geliştirilmesine emek ve zaman harcanmaya değer görülmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceği düşünülen değişkenler ele alınmıştır. Fakat araştırmaya katılan örneklem grubundaki yaşlıların herhangi bir hastalıklarının olup olmadığı çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu çalışmamız örneklem grubu ve kullanılan ölçeklerle ilgili de kısıtlılığı bulunmaktadır.

KAYNAKÇA

- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,5:76-84
- Altay, B., Çavuşoğlu, F. ve Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 15(3), 181.
- Altıntaş H, Attila S, Sevensan F, Akçalar S, Sevim Y, Saygın Ö, ve ark. (2006). Ankara'da Bir Yaşlı Bakım Evinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *Kor Hek.* 5(5): 332- 342.
- Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N., & Cavlak, U. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2(1), 48-60.
- Arpacı, F., Açıkel, C. H., & şimşek, I. (2008). Ankara'da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. *TAF PrevMedBull*, 7(6), 515-522.
- Arslantaş, D.,Metintaş, S., Ünsal, A.& Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2), 81-89.
- Aslan, M.& Hoccoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 53-62.
- Aydemir, Ö. (2007). Depresyon Alt Tiplerinin Varlığı Üzerine. *Türkiye Klinikleri J IntMedSci*, 3(29), 19-23.
- Aydın, S. & Karaoğlu, L. (2012). Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. *Turkishjournal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 15(4).

- Bahar A, Tutku H, Sertbaş G. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatry*. 6: 227-239.
- Boylu, A. A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Breeze E, Jones DA, Wilkinson P ve ark: Association of quality of life in oldage in Britain with socioeconomic position: baselinedata from a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 58:667-673, 2004.
- Buz, S. & Beydili, E. (2015). Ankara örneğinde yalnız yaşayan yaşlı kadınların gereksinimleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(37): 557- 570.
- Çalışkan, M. B. (2014). *Huzurevinde Yasayan Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesi*. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Dedhiya, S., & Kong, S. X. (1995). Quality of life: an overview of the concept and measures. *Pharmacy World and Science*, 17(5), 141-148.
- Demir, G., Ünsal, A., Arslan, G. G., & Çoban, A. (2013). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1).
- Demirbağ, E. (2013). *Depresyonun Sağıltımında Sorun Çözme Eğitiminin Etkililiği*. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

- Dişçıgil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2005; 8(3): 129-133.
- Dokuzcan, D. A. (2014). *Bir Yaşlı Hizmet Merkezine Kayıtlı Yaşlılarda Depresyon Demans ve Hafif Kognitif Bozukluk Durumları Ve Etkili Faktörler*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Dönmez, G. (2010). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- E. Maden Turgut, (2010). İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi ve İstanbul'daki Devlet Üniversite Hastanelerinde Çalışan Ameliyathane Hemşirelerine Yönelik Bir Araştırma, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul.
- Eker, E. ve Noyan, A. (2004). Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 2, 75-83.
- Ekşioğlu Ahad, Y. (2016). *Yaşlıların Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ercan Şahin, N. ve Emiroğlu, O. N. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1).
- Erdoğan, Z. (2013). *Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Üzerine Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Erol, A., Sarıçiçek, A., & Gülseren, Ş. (2006). Asistan hekimlerde tükenmişlik düzeyi: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 241-247.

- Ersoy, AF, Demirel H. (2003). Yaşlılarda Sağlık Açısından Yaşam Kalitesi, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Bildiriler, Denizli. (s:248–60).
- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H. ve Fidaner, C. (2010). Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülüwhoqol-old: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1):37-48.
- Gülmez, H.Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, http://www.cukurovaale.org/tjfmpe/2013_4/2013_4_3.pdf, (09.10.2013)
- Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A., & Vural, N. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Geriatrici*, 3(4), 133-140.
- Günaydın R. (2010). Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *TurkishJournal of Geriatrics*. 13(4): 278-84
- Hawthorne G ve Osborne R: PopulationnormsandmeaningfuldifferencesfortheAssessment of Quality of Life (AQoL) measure. *Aust N Z J PublicHealth*29:136- 42, 2005.
- İlgün Ö.,Ç., Kartal A., (2008). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi, *TAF PrevMedBull*, 7(5):399-404
- Kekovalı, M.,Baymek, H., Eksen, M., & Aslaner, B. (2002). Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin incelenmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(7).
- Kiliçoğlu, A. (2006). Yaslılıkçagi depresyonunun risk etkenleri ve etiyolojisine yönelik bir gözden geçirme/Risk factorsandetiology of

depressionamongelderly: a review. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 49.

Leahy, R. L.,Holland, S. J. (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri*. S. Aslan, H. Türkçapar ve E. Köroğlu(çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Maral I, Aslan S, İlhan NM, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(4): 251-259.

Maral, I., Aslan, S., İlhan, MN., Yıldırım, A., Candansayar, S. ve Bumin, MA. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (4):251-259.

Martha L, (2002). Bruce GJ, McAvayPatrick JR. MajorDepression in Elderly Home HealthCarePatients. *Am J Psychiatry*. 159: 1367-1374.

Morgan, N., Taylor, D. (2005). Psychodynamicpsychotherapyandthetreatment of depression. *Psychiatry*. 4(5), 6-9.

Oktik, N. (2004). *Huzur evinde yaşam ve yaşam kalitesi: Muğla örneği*. Muğla Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.

Özben, Ş. (2004). Yaşlılarda depresyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı 15, 16-21.

Özer, M. ve Karabulut, Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Türk Geriatri Dergisi*, 6(2), 72-74.

Özmenler, K. N. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 3, 109-115.

- Özmete, E. (2008). Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 10(4): 1-14.
- S. Demirkıran (2012). *Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), İstanbul.
- Sarı E. (2013). *Edirne Merkezinde Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Savrun, B. M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumunda sunuldu, İstanbul*.
- Sevil, H.T. (2005), *Yaşlılığın Sosyal Anotimisi* , Sabev Yayınları, Ankara.
- Sözen, F. (2014). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği*. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Şah, M., Özer, C., Ölüç, F. ve Tunç, Z. (2005). Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8 (1): 22-24
- Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması, *Türk Geriatri Dergisi* 2003; 6(1): 10-13
- Şahin M, Yalçın M. (2003). Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. *Geriatri*. 6(1): 10-13.
- Şahin, E. M. ve Yalçın, B. M. (2003). Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Geriatri*, 6(1), 10-13

- Şahin, F.(2000), *Rol Teorisi Açısından Yaşlılık. Antropoloji ve Yaşlılık* (Ed: G. Erkan ve V. Işıkhan).HÜ Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No:006,Ankara.
- Şahin, H. (1997). Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim*, 12(77), 40-46
- Şener, A. (2009). Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman aktiviteleri. Hacettepe Ün. *Sosyolojik Araştırmalar e-dergisi*, 1-18.
- Tajvar, M, Arab M. ve Montazeri, A.(2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC PublicHealth*, 8: 323
- Tel, H., Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (1): 34-40.
- Tengilimoğlu, D.,& Öztürk, Y. (2011). *İşletmelerde halkla ilişkiler*. Seçkin Yayıncılık
- Terzioğlu, G., Güven, S., Hazer, O., Öztop, H., Şener, A. *Yaşlılıkta sosyal ve ekonomik yaşam, Yaşlılık gerçeği, içinde* Ankara: H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını, 2004: 115-130.
- Tunay, Ş. (2006). *Depresyon ve Kaygı Belirtilerinde Örtüşen ve Ayrışan Özelliklerin Endişe Olgusu Açısından İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek, 4, 12-16.
- Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults. *Gerontologist*. 41: 82-88.
- Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.

Yazgan, G.(2000). *İleri Yaşlarda Psikolojik Sorunlar: Üçüncü Bahar Yaşlılık ve Bilgelik*. İstanbul:Evrım yayınları.

Yüksel, N. (1998). Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Türk Geriatri Dergisi*, 1, 19-23.

İnternet Kaynakları

<http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz>

https://www.huzurevleri.org.tr/docs/shcek_yasliliga_genel_bakis.pdf

<http://www.rehabayar.com/yazilar/108-yaslilik-depresyonu-belirtileri-ve-tedavisi.html>

EKLER

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans programında yürüttüğüm çalışmam için araştırma yapmaktayım.

Aşağıda sunulan anketler, yaşlılık ile beraber yaşam kalitesinin depresyon ile ilişkisini anlamaya yönelik yürütülen bugüne kadar ki bilimsel çalışmalardan birine daha katkı sağlaması amacıyla sizlere ulaştırılmıştır.

Her bir ölçeği yanıtlamaya geçmeden önce ölçek başlarında sunulan kısa açıklamaları dikkatlice okuyunuz.

Lütfen ölçeklerdeki soruların hepsini yanıtladığınızdan emin olunuz. Aşağıdaki ankette yer alan soruların hepsini cevaplamanız bu araştırmanın sonuçları için kritik önem taşımaktadır.

Araştırmamız açısından kimliğinizin bilinmesi önem taşımadığından, anket formları üzerine ad ve soyadı yazılması gerekmemektedir. Vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmacı tarafından bilimsel veri amacıyla kullanılacaktır.

Ankette yer alan hiçbir sorunun doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Yapılan bilimsel çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkürler.

Araştırmacı : Psk. Didem Demirşahin

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Fatma Gül Cirhinlioğlu

Ek 1. Sosyodemografik veri formu

1.Ad ,Soyadı;

2.Yaşınız?

3.Cinsiyet

a)erkek b)kadın

4.Medeni Durumunuz

a) evli

b) bekar

c) boşanmış

d) eşinden ayrı yaşıyor

e) dul

Ek 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-OLD .TR anket no:

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü

2005

Yönerge

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

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

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

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir: **Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?**

mı?

Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle

okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

ÖZGEÇMİŞ

Didem Demirşahin 25 nisan 1992 yılında Samsun da doğmuştur. İlkokulu Şehit Onbaşı Yücel Ünsal ilköğretim okulunda okumuştur. Lise öğrenimini de Samsun 19 Mayıs Lisesinde tamamlamıştır. Üniversite öğrenimini ise 2010 yılında Kıbrıs Doğu Akdeniz Üniversitesinde Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümüne yerleşmiş daha sonra 2014 yılında yine Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji bölümüne geçiş yapmış 2015 yılında Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesinde staj yapmış ve lisans eğitimini yüksek onur listesinde yer alarak 2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesinden mezun olmuştur. Mezun olduktan hemen sonra Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalında Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrenimine başlamıştır. 2017 yılında Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesinde stajını tamamlamıştır. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra Dolunay Danışmanlık Merkezini kurarak halen hizmet vermeye devam etmekte aynı zamanda yüksek lisans öğreniminin tez aşamasında bulunmaktadır.

İNTİHAL RAPORU

didem demirşahin tez

ORJİNALLIK RAPORU

% 12	% 5	% 3	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 4
2	Submitted to Düzce Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	vdocuments.site İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 1
7	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	% 1
8	www.bilmal.ktu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
9	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1

ETİK KURUL ONAY FORMU



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

29.03.2018

Sayın Prof. Dr. Fatma Gül Cirhinlioğlu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/116 proje numaralı ve “**Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Depresyon İle İlişkisi**”başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.