



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN GERİATRİK BİREYLERDE
DEPRESYON ve ANKSİYETENİN YAŞAM KALİTESİ,
DENGE ve YÜRÜME BOZUKLARI İLE İLİŞKİSİ**

İPEK GÖKALP
FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİNOĞLU

İSTANBUL-2025



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
TEZ/PROJE SAVUNMASI
TUTANAK FORMU

DOKÜMAN NO: ENS.FR.007
İLK YAYIN TARİHİ:
REVİZYON NO:
REVİZYON TARİHİ:
SAYFA NO: 2 / 3

Tez Savunma Tarihi: 02/06/2025

İpek GÖKALP tarafından hazırlanan **"HUZUREVİNDE YAŞAYAN GERİATRİK BİREYLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETENİN YAŞAM KALİTESİ, DENGE VE YÜRÜME BOZUKLUKLARI İLE İLİŞKİSİ"** adlı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİNOĞLU

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Haliç Üniversitesi

İmza.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Üye: Doç. Dr. Seda SAKA

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Haliç Üniversitesi

İmza.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Filiz EYÜBOĞLU

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Üsküdar Üniversitesi

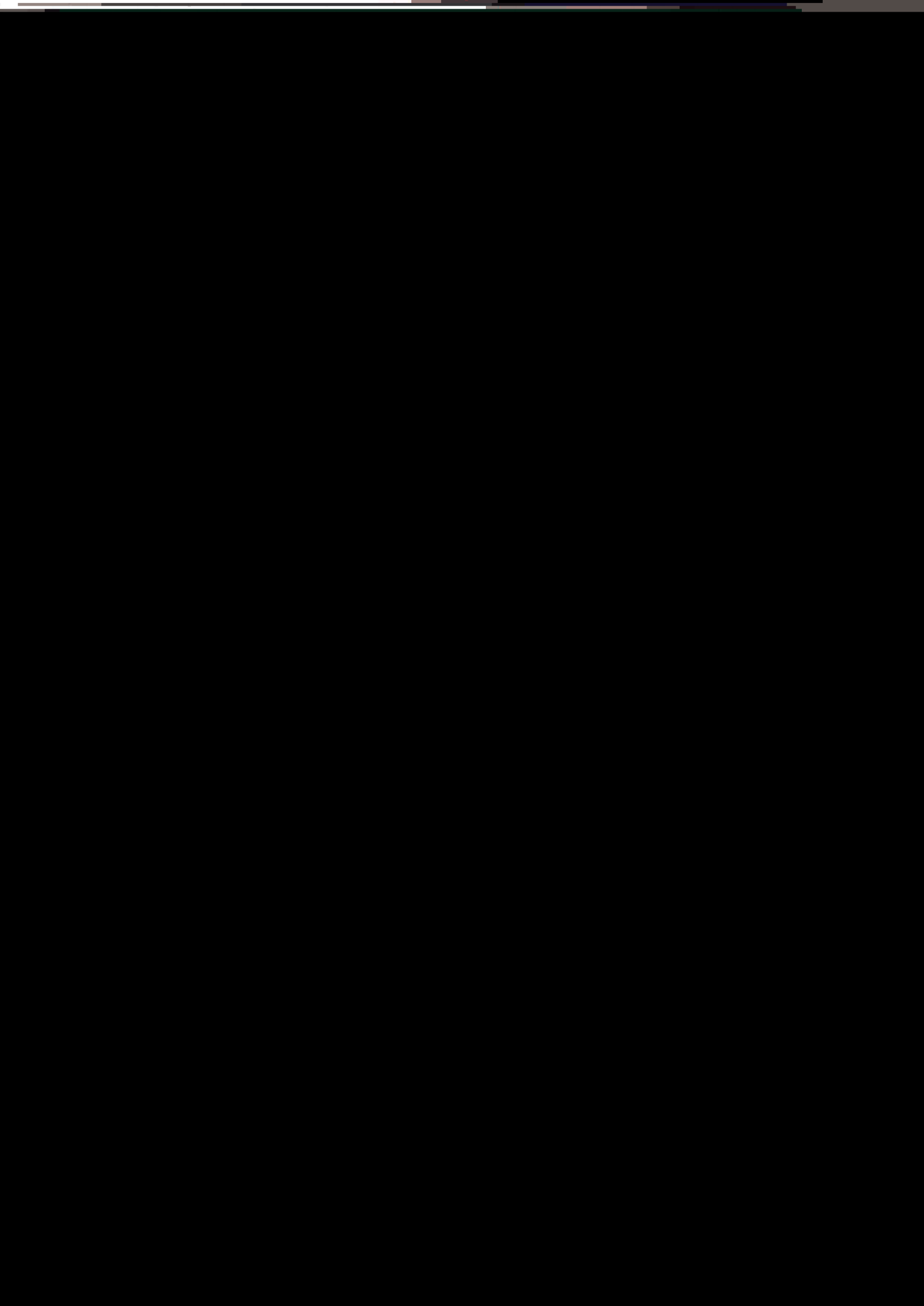
İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi/Proje olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

..... Ünvanı, Adı-Soyadı

.....Enstitüsü Müdürü





T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN GERİATRİK BİREYLERDE
DEPRESYON ve ANKSİYETENİN YAŞAM KALİTESİ,
DENGE ve YÜRÜME BOZUKLARI İLE İLİŞKİSİ**

İPEK GÖKALP
FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİNOĞLU

İSTANBUL-2025

ETİK BEYANI

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- o Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- o Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- o Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- o Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- o Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İPEK GÖKALP

10/05/2025

ÖZET

HUZUREVİNDE YAŞAYAN GERİATRİK BİREYLERDE DEPRESYON ve ANKSİYETENİN YAŞAM KALİTESİ, DENGE ve YÜRÜME BOZUKLARI İLE İLİŞKİSİ

Haliç Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Şahinoğlu
Mayıs 2025, 87 sayfa

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Toplumda yaşlı nüfusun fazla olması kronik hastalıkların da zaman içinde artışına yol açmaktadır. Kronik hastalıklar da yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete görülme riskini artırmaktadır. Yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaygın olması, onların fiziksel işlevselliklerini de ciddi anlamda etkilemektedir. Fiziksel yetersizlikler de yaşlıda yaşam kalitesinin düşmesine, denge kaybı ve yürüme bozukluklarının da artmasına neden olmaktadır. Bu çalışma da huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon ve anksiyetenin; yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma; 15 Kasım 2024- 15 Şubat 2025 tarihleri arasında yapıldı. Katılımcılar Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde ikamet eden bireyler arasından seçildi. Çalışmaya 26 birey dahil edildi. Katılımcılara; Geriatric Depresyon Ölçeği-Kısa Form, Geriatric Anksiyete Ölçeği, Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği, Zamanlı Kalk ve Yürü Testi ve Nottingham Sağlık Profili uygulandı. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testine göre belirlendi. Veriler analiz edildiğinde normal dağılmadığı için Spearman Korelasyon Analizi uygulandı ve $p < 0,05$ olarak belirlendi. Yapılan korelasyon analizinin sonucuna göre depresyon ile anksiyete arasında ($r:0,883$, $p:0,000$) depresyon ile yaşam kalitesi arasında ($r:0,795$, $p:0,000$) ve anksiyete ile yaşam kalitesi arasında ($r:0,884$, $p:0,000$) pozitif yönde ve yüksek şiddette anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ZKYT puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında pozitif yönde ve orta şiddette anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r:0,544$, $p:0,004$). Ancak ZKYT puanı ile TDYÖ puanı arasında negatif yönde ve yüksek şiddette anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r:-0,909$, $p:0,000$). GDÖ-KF puanı ile TDYÖ puanı arasında ($r:-0,586$, $p:0,002$), GDÖ-KF puanı ile ZKYT puanı arasında ($r:-0,607$, $p:0,001$), GAS puanı ile TDYÖ puanı arasında ($r:-0,553$, $p:0,003$), GAS puanı ile ZKYT puanı arasında ($r:-0,555$, $p:0,003$) ve TDYÖ puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:-0,662$, $p:0,000$) negatif yönde ve orta şiddette anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bu çalışma, huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları arasındaki doğrudan ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bulgular, ruhsal sağlığın fiziksel işlevselliği etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, huzurevlerinde psikolojik destek ve fiziksel aktiviteyi bir araya getiren bütüncül müdahalelerin uygulanması, yaşlı bireylerin sağlıklı ve bağımsız yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, denge, yürüme bozukluklar

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND ANXIETY AND QUALITY OF LIFE, BALANCE, AND GAIT DISTURBANCES IN GERIATRIC INDIVIDUALS LIVING IN NURSING HOMES

Haliç University

Graduate Education Institute

Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Master's Thesis

Advisor: Asst. Prof. Dilek Şahinoğlu

May 2025, 87 pages

The elderly population is increasing both in our country and around the world. The rise in the aging population leads to an increase in chronic diseases over time. Chronic conditions, in turn, elevate the risk of depression and anxiety in older individuals. The prevalence of depression and anxiety among the elderly significantly affects their physical functionality. These physical impairments contribute to decreased quality of life, increased balance problems, and walking disorders. This study aimed to examine the relationship between depression and anxiety with quality of life, balance, and gait disorders in geriatric individuals living in a nursing home. The study was conducted between November 15, 2024, and February 15, 2025. Participants were selected from residents of the Private Avrasya Nursing Home and Elderly Care Center. A total of 26 individuals were included in the study. The Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF), Geriatric Anxiety Scale (GAS), Tinetti Balance and Gait Evaluation Scale (TBGS), Timed Up and Go Test (TUG), and Nottingham Health Profile (NHP) were administered to participants. The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess the normality of data distribution. Since the data did not show a normal distribution, Spearman's correlation analysis was applied with a significance level of $p < 0.05$. According to the correlation analysis, a strong and significant positive correlation was found between depression and anxiety ($r = 0.883$, $p = 0.000$), depression and quality of life ($r = 0.795$, $p = 0.000$), and anxiety and quality of life ($r = 0.884$, $p = 0.000$). A moderate and significant positive correlation was observed between TUG scores and the NHP physical mobility subscore ($r = 0.544$, $p = 0.004$). However, there was a strong and significant negative correlation between TUG and TBGS scores ($r = -0.909$, $p = 0.000$). Negative and moderate correlations were also found between GDS-SF and TBGS ($r = -0.586$, $p = 0.002$), GDS-SF and TUG ($r = -0.607$, $p = 0.001$), GAS and TBGS ($r = -0.553$, $p = 0.003$), GAS and TUG ($r = -0.555$, $p = 0.003$), and TBGS and NHP physical mobility subscore ($r = -0.662$, $p = 0.000$). This study revealed direct relationships between depression, anxiety, quality of life, balance, and gait disturbances in geriatric individuals residing in a nursing home. The findings indicate that mental health is a key factor influencing physical functionality. Therefore, implementing integrative interventions that combine psychological support with physical activity in nursing homes may help elderly individuals maintain a healthy and independent life.

Keywords: Depression, anxiety, quality of life, balance, gait disturbances

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, her aşamada destek olan, akademik gelişimime büyük katkı sağlayan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dilek Şahinoğlu'na, yüksek lisans derslerinde ve tez çalışmamın şekillenmesinde destekleri bulunan Doç. Dr. Seda Saka ve Dr. Öğr. Üyesi Seda Yıldız'a da içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, bu süreçte manevi desteğini esirgemeyen, zor zamanlarımda yanımda olan değerli arkadaşlarıma gönülden teşekkür ederim. En büyük teşekkürü ise her koşulda yanımda olan, sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren kıymetli annem ve canım aileme sunmak isterim. Onların varlığı, bana güç ve motivasyon kaynağı olmuştur.

Bu çalışmanın oluşmasında emeği geçen herkese tekrardan çok teşekkür ederim.

İpek GÖKALP

Mayıs, 2025

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık.....	4
2.1.1. Normal Yaşlılık.....	5
2.1.2. Biyolojik Yaşlılık.....	5
2.1.3. Kronolojik Yaşlılık.....	5
2.1.4. Psikolojik Yaşlılık.....	5
2.1.5. Sosyolojik Yaşlılık.....	6
2.2. Türkiye ve Dünya Geneline Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler.....	7
2.4. Yaşlı Bireylerde Meydana Gelen Değişiklikler.....	9
2.4.1. Fizyolojik Değişiklikler.....	10
2.4.2. Psikolojik Değişiklikler.....	10
2.4.3. Sosyal Değişiklikler.....	11
2.5. Geriatrik Bireylerde Depresyon.....	11
2.6. Geriatrik Bireylerde Anksiyete.....	14
2.7. Geriatrik Bireylerde Denge.....	17
2.7.1. Statik Denge.....	17
2.7.2. Dinamik Denge.....	17
2.8. Geriatrik Bireylerde Yürüyüş.....	19
2.9. Geriatrik Bireylerde Yaşam Kalitesi.....	21
2.10. Depresyon ile Denge ve Yürüme Bozuklukları Arasındaki İlişki.....	25
2.11. Depresyon ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	26
2.12. Anksiyete ile Denge ve Yürüme Bozuklukları Arasındaki İlişki.....	27

2.13. Anksiyete ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	28
3. BİREYLER ve YÖNTEM.....	30
3.1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Çalışmanın Gücü.....	31
3.2. Veri Toplama Araçları.....	32
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	32
3.2.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form (GDÖ-KF).....	32
3.2.3. Geriatrik Anksiyete Ölçeği (GAS).....	33
3.2.4. Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği (TDYÖ).....	34
3.2.5. Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (ZKYT).....	34
3.2.6. Nottingham Sağlık Profili (NSP).....	35
3.3. İstatiksel Analiz ve Güç Analizi.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	69
EK-1.....	70
EK-2.....	72
EK-3.....	73
EK-4.....	75
EK-5.....	77
EK-6.....	78
EK-7.....	79
EK-8.....	81
EK-9.....	84
EK-10.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	87

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>ÇİZELGE</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	38
4.2. Katılımcıların SSMET, GDÖ-KF, GAS, TDYÖ, ZKYT, NSP verilerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	39
4.3. Katılımcıların GDÖ-KF, GAS, TDYÖ Total, ZKYT ve NSP Total puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	42



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>ŞEKİL</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2019, 2024.....	7
2.2. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 5 ülke, 2024.....	7
3.1. Katılımcılarından birinin huzurevinde GDÖ-KF doldurma süreci sırasında elde edilen görüntü.....	33
3.2. Katılımcılarından birinin huzurevinde TDYÖ doldurma süreci sırasında elde edilen görüntü.....	34
3.3. Katılımcılarından birinin huzurevinde NSP doldurma süreci sırasında elde edilen görüntü.....	36

SİMGELER DİZİNİ

%	: Yüzde Oranı
d	: Hata Payı
m/sn	: Metre/Saniye
n	: Gerekli örneklem büyüklüğü
N	: Evren büyüklüğü
p	: Anlamlılık Katsayısı
r	: Sperman korelasyon katsayısı
SS	: Standart Sapma
X	: Ortalama
Z	: Güven düzeyine karşılık gelen Z değeri

KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
et. al	ve arkadaşları
GAS	Geriatrik Anksiyete Ölçeği
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
GDÖ-KF	Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form
Max	Maximum Değer
Min	Minimum Değer
NSP	Nottingham Sağlık Profili
POMA	Performance - Oriented Assessment of Mobility Problems
in Elderly Patients	
SF-36	Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
SMMET	Standardize Mini Mental Durum Testi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDYÖ	Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği
ZKYT	Zamanlı Kalk ve Yürü Testi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VAM	Vücut Ağırlık Merkezi
vd.	ve arkadaşları
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Yaşlanma, insan ömrü boyunca devam eden ve bütün vücut sistemlerine etkisi olan geri döndürülemez bir süreçtir. Bu süreç, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle şekillenir. DSÖ'ye göre yaşlılık, bireyin çevresel koşullara uyum sağlama yetisinin azalmasıyla tanımlanmakta olup, 65 yaş ve üzerindeki kişiler yaşlı kategorisine girmektedir. Yaşlanma süreci farklı şekillerde ele alınmaktadır. Normal yaşlanma, herhangi bir hastalığa bağlı olmadan gerçekleşen değişimleri ifade ederken; biyolojik yaşlanma, hücresel düzeyde yenilenme mekanizmalarının azalmasıyla ortaya çıkan fizyolojik değişiklikleri kapsar. Kronolojik yaşlanma, yalnızca kişinin doğum yılına göre belirlenirken; psikolojik yaşlanma, bilişsel beceriler ve ruhsal durum açısından değerlendirilmektedir. Sosyolojik yaşlanma ise bireyin toplum içindeki rollerinin değişmesi ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerinin farklılaşması olarak tanımlanır (Saxon, Etten and Perkins, 2021; Yahyaoğlu, 2013; Dölek, 2011; Arpacı, 2005).

Hem Türkiye'de hem de dünya çapında yaşlı nüfusun giderek arttığı dikkat çekmektedir. TÜİK verilerine göre, 2000 yılında 3,8 milyon olan yaşlı nüfus, 2024 yılında 9,1 milyona ulaşmıştır. Yaşlanma sürecinin bu hızlı artışı, beraberinde birçok sağlık ve sosyal hizmet ihtiyacını da getirmektedir. Yaşlı bireyler için barınma ve bakım hizmetleri önemli hale gelmiş, bu durum huzurevlerine olan talebi artırmıştır. Türkiye'de 2024 yılı itibarıyla Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı 168 huzurevinde 14.712 yaşlı bireye bakım hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca, özel sektörde faaliyet gösteren huzurevlerinin sayısı da artmış olup, 267 özel huzurevinde 13.030 yaşlı bireye hizmet verilmektedir (TÜİK, 2024; WHO, 2015).

Yaşlanma süreciyle birlikte fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda çeşitli değişimler meydana gelmektedir. Kas-iskelet sisteminde görülen sarkopeni (kas kütlesinde azalma), osteoporoz (kemik yoğunluğunda azalma) ve eklem sertliği gibi sorunlar, yaşlı bireylerin hareket kabiliyetini olumsuz etkilemektedir. Kardiyovasküler sistemde, arterlerdeki sertleşme, kan basıncının yükselmesi ve dolaşım sisteminin etkinliğinin azalması görülebilir. Ayrıca, bilişsel işlevlerde gerileme, hafıza ve dikkat sorunları yaşlı bireylerde sıkça gözlemlenen durumlar arasındadır. Bunların yanı sıra,

sosyal değişimler de yaşlanma sürecinde büyük bir rol oynar. Emeklilik, eş kaybı ve aile içindeki rollerin değişmesi, yaşlı bireylerin sosyal izolasyon yaşamasına neden olabilmektedir (Algun, 2018; Fulton, Bush and Riley, 2015; Göktaş ve Özkan, 2006).

Geriatrik bireylerde depresyon ve anksiyete, yaşlılık döneminde sık karşılaşılan ruhsal sağlık sorunlarıdır. Depresyon, bireyin ilgi kaybı yaşadığı, umutsuzluk hissettiği ve günlük aktivitelerden zevk alamadığı bir durumdur. Depresyonun huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde daha yaygın olduğu ve bu bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü gösterilmiştir. Depresyonun yanı sıra, anksiyete de yaşlı bireylerde sıkça rastlanan bir problemdir. Anksiyete, bireyin gelecekle ilgili sürekli endişe içinde olması, huzursuzluk ve panik atak gibi belirtiler göstermesi ile kendini belli eder. Özellikle yalnız yaşayan ya da huzurevinde kalan yaşlı bireylerde, sosyal destek eksikliği ve bağımsızlık kaybı anksiyete seviyelerini artırmaktadır (Tural 2014; Gökulu, Uluocak, Aslan ve Bilir, 2013; Bahar, Tutkun ve Serbaş, 2005; Dişçiğil, 2003).

Yaşlanma, denge ve yürüyüş becerilerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Denge, vücut ağırlık merkezinin korunmasını sağlayan mekanizmalardan oluşmaktadır. Yaşlı bireylerde kas gücünün azalması, eklem sertliği, görsel ve vestibüler sistemdeki bozulmalar dengeyi olumsuz etkileyerek düşme riskini artırmaktadır. DSÖ verilerine göre, her yıl milyonlarca yaşlı birey düşme nedeniyle ciddi yaralanmalar yaşamakta ve bu durumun 2030 yılına kadar %100 oranında artması beklenmektedir. Yürüyüş ise, bireyin motor kontrol mekanizmalarının ve kas-iskelet sisteminin koordinasyonu ile gerçekleşen bir süreçtir. Yaşlılarda, yürüyüş hızının düşmesi, adım uzunluğunun kısalması ve denge kaybı gibi değişiklikler sıkça görülmektedir (Bilgin vd., 2018; Özerdoğan vd., 2018; Salzman, 2010; Webb, Blane, McMunn ve Netuveli, 2009).

Sonuç olarak, huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete görülme oranları yüksektir ve bu durum hem psikolojik hem de fiziksel sağlıklarını önemli ölçüde riske atmaktadır. Bu psikolojik faktörlerin, denge ve yürüme bozuklukları ile olan ilişkisini incelemek, bu bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler geliştirmede kritik öneme sahiptir. Literatür, bu ilişkilerin karmaşıklığını ve çok boyutluluğunu açıkça göstermekte, bu nedenle daha derinlemesine incelemelerin gerekliliğini vurgulamaktadır (Çavdar vd., 2024; Torpil, Uyanık ve Altuntaş, 2016).

Biz de bu çalışmayı huzurevinde kalan geriatrik bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile ilişkisini incelemek amacıyla planladık.

Tez önerisinin köken aldığı hipotezler:

Hipotez 0: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 10: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 20: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 21: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 30: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 31: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 40: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde anksiyete ile denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 41: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde anksiyete ile denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 50: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde anksiyete ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 51: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde anksiyete ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 60: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde yaşam kalitesi ile denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 61: Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde yaşam kalitesi ile denge ve yürüme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık, tüm canlılarda meydana gelen ve organizmanın bütün organ ve sistemlerini etkileyen; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal alanlarda kayıpların yaşandığı, sürekli ilerleyen ve geri döndürülemez bir biyolojik süreçtir (Akça ve Şahin, 2008).

DSÖ, yaşlılığı bireyin yaşadığı çevreye, sosyo-kültürel yapıya ve çevresel koşullara uyum sağlama yetisinin azalmasıyla tanımlamaktadır. Ayrıca DSÖ'ye göre, 65 yaş ve üzerindeki bireyler yaşlı olarak değerlendirilmektedir. Yaşlılık, kronolojik yaşa göre sınıflandırıldığında DSÖ tarafından şu şekilde gruplandırılmaktadır: orta yaşlı (45-59 yaş), yaşlı (60-74 yaş) ve ileri yaşlı (75 yaş ve üzeri) (WHO, 2015).

Günümüzde ise, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde fiziksel ve zihinsel yetilerde belirgin değişiklikler gözlemlenmesi nedeniyle bu yaş grubuna yönelik yeni bir sınıflandırma yapılmıştır. Bu yeni yaklaşıma göre yaşlılık dönemleri şu şekilde tanımlanmaktadır (Bahar ve Parlar, 2007):

- Erken Yaşlılık (65-74 yaş): Bu evrede işlevsel kayıplar genellikle belirgin değildir.
- Orta Yaşlılık (75-84 yaş): Fonksiyonel azalmaların başladığı bir dönemdir.
- İleri Yaşlılık (85 yaş ve üzeri): Bu yaş grubundaki bireyler genellikle bakım desteğine, özel bakım evlerine ya da barınma hizmetlerine ihtiyaç duyabilirler (Bilir, 2018; WHO, 2015).

DSÖ'ne göre yaşlanma, karmaşık bir süreçtir ve birçok faktör tarafından şekillendirilir. Biyolojik açıdan bakıldığında, yaşlanma; çeşitli moleküler ve hücresel hasarların zaman içinde birikmesiyle ortaya çıkar. Bu hasar, fizyolojik rezervlerde yavaş bir azalma, çeşitli hastalıkların artan riski ve genel kapasite kaybına yol açar ve nihayetinde ölümle sonuçlanır. Ancak, bu değişiklikler her zaman düzenli veya tutarlı bir şekilde meydana gelmez ve yaşla ilişkileri zayıftır. Bunun nedeni, yaşlanma

süreçlerinin çoğunun rastlantısal olması ve çevresel faktörlerin ve bireysel davranışların bu değişimlere güçlü bir şekilde etki etmesidir. Ayrıca, yaşlılık (veya ihtiyarlık) yalnızca biyolojik bir süreç olarak görülmemekte, sosyal ve kültürel faktörlerin de bu süreç üzerinde etkisi olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, yaşlılık çeşitli şekillerde tanımlanabilir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

2.1.1. Normal Yaşlılık

Yaşlılık sürecinde yaşam tarzı ve kalitesi, pozitif ya da negatif şekilde etkilenebilir. Normal yaşlılık, herhangi bir hastalık gelişmeden zamanla gerçekleşen değişiklikleri ifade eder. Bu, tüm canlıları etkileyen evrensel bir yaşlanma sürecidir (Yahyaoglu, 2013).

2.1.2. Biyolojik Yaşlılık

Biyolojik yaşlılık, bireyde yaşın artışıyla birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler sonucu hücrelerin yenilenememesi sonucu biyolojik yaşlılık gerçekleşir. Sağlık durumu ve iş gücüyle belirlenen hücresel düzeydeki bozulmaların yaşlanma süreciyle ilişkili olduğu bir durumdur. Biyolojik yaş, kalımsal faktörler kadar, psikolojik, çevresel etmenler ve yaşam tarzı gibi dış faktörlerden de etkilenir (Arpacı, 2005).

2.1.3. Kronolojik Yaşlılık

Bir yıllık zaman dilimiyle ölçülen yaşlılık, kronolojik yaşlanma olarak adlandırılır. Kronolojik yaşlanma yalnızca doğum tarihiyle ilişkilidir ve yaşlı bireyin sağlığı, durumu ya da başka bir özelliğiyle ilgili değildir. Ayrıca, kronolojik yaşlanmanın belirli bir yaş sınırı yoktur. DSÖ'ne göre yaşlanma başlangıcı 60 yaş kabul edilirken, geriatri kliniklerinde ve uluslararası düzeyde 65 yaş olarak kabul edilmektedir (Dölek, 2011).

2.1.4. Psikolojik Yaşlılık

Psikolojik yaşlılık, bireyin yaşlanma süreciyle birlikte hafıza, algı, öğrenme ve problem çözme gibi zihinsel yetilerinde meydana gelen değişimleri ve bu değişimlerin davranışsal uyum kapasitesine olan etkilerini ifade eder (Saxon et. al., 2021).

2.1.5. Sosyolojik Yaşlılık

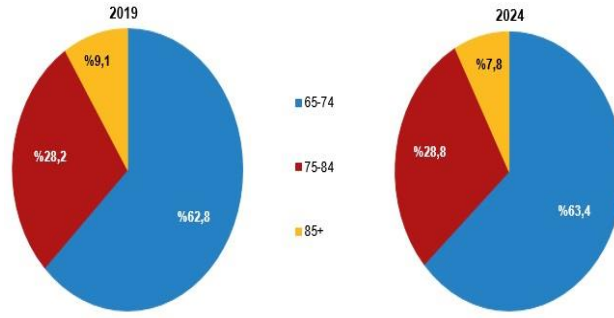
Sosyolojik yaşlılık, bireyin yaşlanmaya bağlı olarak sosyal rollerinde ve ilişkilerinde yaşanan dönüşümleri; aynı zamanda toplumun yaşlı bireylere yönelik tutumları, onlara atfettiği değerler ve beklentiler çerçevesinde şekillenen sosyal konumunu tanımlar. Emeklilik, eşin kaybı nedeniyle karı-koca ilişkilerinin sona ermesi, torun sahibi olma, arkadaşlık bağlarının değişmesi ve aile başkanının rolünün değişmesi, sosyal yaşlanmanın belirtilerindendir (Saxon et. al., 2021; Yahyaoğlu, 2013; Arpacı, 2005).

2.2. Türkiye ve Dünya Geneline Yaşlılık Epidemiyolojisi

Türkiye'de yaşlı nüfusun yıllar içinde belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir. TÜİK verilerine göre, 2000'li yıllarda yaklaşık 3,8 milyon olan yaşlı birey sayısı, zamanla artarak günümüzde 9,1 milyonun üzerine çıkmıştır. 2019 yılında yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki oranı %9,1 iken, bu oran 2024 yılı itibarıyla %10,6'ya ulaşmıştır. Aynı yılın verilerine göre, yaşlı nüfusun %44,6'sı erkeklerden, %55,4'ü ise kadınlardan oluşmaktadır (TÜİK, 2024).

Doğurganlık oranlarının düşmeye devam etmesi ve yaşam süresinin uzaması gibi demografik değişikliklerin etkisiyle, yaşlı nüfusun 2060 yılında yaklaşık 24 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu sadece sayısal bir artışı değil, aynı zamanda yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki oranının da artacağını göstermektedir. Günümüzde %15 civarında olan bu oran, 2060 yılında %27 seviyelerine çıkabilir (TÜİK, 2024; Koç, Eryurt, Adalı and Çağatay, 2010).

2019 yılında TÜİK verileri, yaşlı nüfusun %62,8'inin 65-74 yaş arasında, %28,2'sinin 75-84 yaş arasında ve %9,1'inin ise 85 yaş ve üzerinde olduğunu ortaya koymuştur. 2024 yılına gelindiğinde bu dağılım sırasıyla %63,4, %28,8 ve %7,8 olarak değişmiştir. Ayrıca 100 yaş ve üzerindeki birey sayısı da artarak, 2024 yılında 7.632 kişiye ulaşmıştır (TÜİK, 2024).

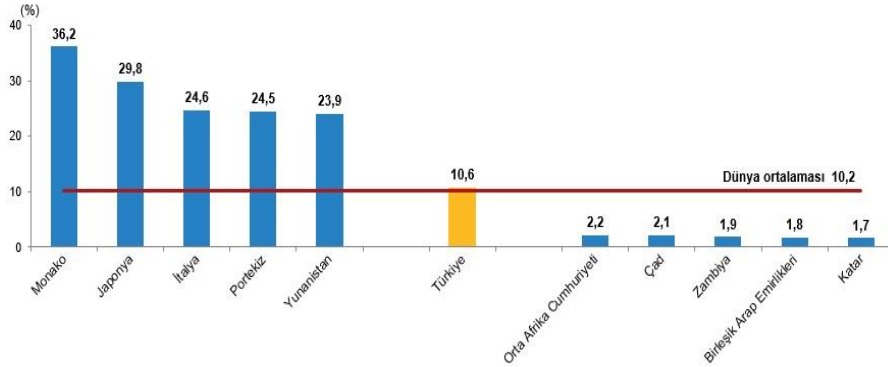


2.1. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2019, 2024

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2019, 2024

Birleşmiş Milletler'in 2024 yılına yönelik küresel nüfus projeksiyonlarına göre, dünya genelinde toplam nüfusun 8 milyar 161 milyon 972 bin 573 kişiye ulaşması beklenmektedir. Aynı tahminlere göre, yaşlı nüfusun sayısı ise yaklaşık 833 milyon 480 bin 764 kişi olacak şekilde öngörülmektedir. Bu rakamlar doğrultusunda, yaşlı bireyler dünya nüfusunun yaklaşık %10,2'sini oluşturmaktadır (United Nations, 2025).

Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında ilk sırada %36,2 ile Monako yer alırken, onu %29,8 ile Japonya ve %24,6 ile İtalya izlemektedir. Türkiye ise bu sıralamada 194 ülke arasında 75. sırada bulunmaktadır (United Nations, 2025).



2.2. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 5 ülke, 2024

Kaynak: United Nations, Population, 2024

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2024

2.3. Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Yaşlanma süreci, bireyde çeşitli sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu sorunlar arasında gelir düzeyinde düşüş, sosyal statünün azalması ya da tamamen yitirilmesi, aile yapısında meydana gelen değişiklikler (örneğin, çocukların evden

ayrılması ya da eşin vefatı nedeniyle yalnız kalma), fiziksel ve zihinsel işlevlerdeki yavaşlama ile sağlıkla ilgili çeşitli problemler yer almaktadır. Bu tür durumlar, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde sürdürmesini zorlaştırabilir ve tek başına yaşamalarını güçleştirebilir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin farklı ihtiyaçlarına uygun yeni destek mekanizmalarına ve yaşam alanlarına ihtiyaç vardır. Toplumsal destek iki şekilde sağlanabilir: İlki, yaşlıların kendi evlerinde bakım ve destek almaları, ikincisi ise yaşlıların kurumsal bakım merkezlerine (huzurevi, bakımevi, hastane gibi) yerleştirilmesidir (Doğan, 2014).

Huzurevleri, yaşlıların kendi başlarına yaşamını sürdüremeyecek durumda olduğu, aile desteği bulamayan bireylerin, yeme içme, barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayan ve toplu bakım sunan kurumlar olarak tanımlanabilir. Modern toplumlarda huzurevleri, sadece temel ihtiyaçları karşılamakla kalmayıp sundukları çeşitli hizmetler ve bakım imkanları ile kişilerin yaşam kalitesini artırmada ve sosyal refahı sağlamada önemli bir işlev görmektedir. Türkiye'de de huzurevleri, batıdaki örneklerinde olduğu gibi, yaşlıların günlük bakım ihtiyaçlarını, yeme içme, temizlik, sağlık hizmetleri gibi imkanları sağlayarak bu ihtiyacı karşılamaktadır (İçli, 2004).

Huzurevlerinde yaşlı bireylere başta beslenme, barınma ve sağlık olmak üzere temel ihtiyaçları karşılayan hizmetler sunulmaktadır. Bunun yanı sıra, yaşlıların psikolojik ve sosyal sorunlarına yönelik psiko-sosyal destekler verilmekte, fiziksel aktiviteleri teşvik eden egzersiz programları ve fizyoterapi hizmetleri sağlanmakta, ayrıca boş zamanlarını verimli değerlendirebilecekleri çeşitli sosyal faaliyetler de organize edilmektedir (Çohaz, 2010).

Huzurevini; genellikle kendi evinde bağımsız yaşayabilme potansiyeline sahip olmasına rağmen, bakım ve tedavi olanaklarına erişemeyen, maddi açıdan yetersiz olan ve fiziksel güç kaybı nedeniyle desteğe ihtiyaç duyan yaşlılar tercih etmektedir. Yaşlı bireyler açısından bakıldığında, güvenle yaşadıkları ve hatıralarla dolu evlerinden ayrılarak huzurevlerine yerleşmek oldukça zorlu bir süreçtir. Bu merkezlerde yaşamak, yaşlı bireylerin alışkın oldukları düzenin tamamen değişmesine ve farklı geçmişlere ve kültürlere sahip insanlarla bir arada bulunacakları yeni bir ortama uyum sağlamalarına neden olmaktadır (Kaptan, Dedeli ve Olgun, 2013).

2002 yılında yalnızca 63 resmi huzurevinde toplam 4.952 yaşlıya hizmet sunulurken, 2024 yılının ocak ayı itibarıyla Darülaceze Başkanlığı da dâhil olmak üzere Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı 168 huzurevinde 14.712 yaşlıya bakım hizmeti verilmektedir. Diğer kamu kurumlarına ait huzurevlerinde ise 1.940 yaşlıya hizmet sağlanmaktadır. Öte yandan, 2002 yılında faaliyet gösteren özel huzurevi sayısı yalnızca 26 iken, bu sayı 2024 Ocak itibarıyla 267'ye yükselmiş ve bu kurumlarda bakım hizmeti alan yaşlı sayısı 13.030'a ulaşmıştır. Böylece kamu ve özel sektör toplamında 29.682 yaşlıya huzurevi hizmeti sunulmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2025).

Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireyler, modern toplumların giderek artan yaşlı nüfusuyla birlikte sağlık ve sosyal hizmetlerin önemli bir parçası haline gelmiştir. Yaşlı nüfusun bu bölümünde, sağlık sorunlarının çeşitliliği ve karmaşıklığı dikkate alındığında, psikososyal ve fiziksel sağlık arasında güçlü bir ilişki vardır. Huzurevindeki yaşlılar, bağımsız yaşamdan koparak daha kısıtlı bir sosyal çevreye maruz kalmakta ve bu da onların ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle depresyon ve anksiyete, bu bireylerde yaygın olarak gözlenen psikolojik sorunlar karşımıza çıkmaktadır (Turan, 2015).

Bu bireyler genellikle yaşamlarının son dönemlerini huzurevlerinde geçirdiklerinden, psikolojik sağlığın iyileştirilmesi, onların yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynar. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaygın olması, onların fiziksel işlevselliklerini de ciddi anlamda etkiler. Literatürde depresyonun, yaşlı bireylerde denge ve yürüme bozuklukları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve bu sorunların düşme riskini artırdığı gösterilmiştir. Aynı şekilde, anksiyete, denge kontrolü ve yürüme fonksiyonlarını da olumsuz etkileyerek bireylerin bağımsızlığını kısıtlayabilir (Banovic, Gilibert and Cosnes, 2010).

2.4. Yaşlı Bireylerde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma süreci, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini etkileyen kaçınılmaz ve doğal bir süreçtir. Bu süreçte meydana gelen değişiklikler, bireyin genel sağlığı, fonksiyonel kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir rol oynar. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler genellikle fizyolojik sistemlerde

gerileme, psikolojik durumlarda dalgalanma ve sosyal ilişkilerde farklılaşma şeklinde kendini gösterir (Algun, 2018).

2.4.1. Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılıkla birlikte vücutta meydana gelen fizyolojik değişiklikler, organ ve sistemlerin işleyişinde yavaşlamaya ve verimlilikte azalmaya neden olur. Kas-iskelet sisteminde görülen değişiklikler arasında kas kütlelerinde azalma (sarkopeni), kemik mineral yoğunluğunun azalması (osteoporoz) ve eklem sertliği yer almaktadır. Bu durumlar, yaşlı bireylerde hareket kabiliyetinin azalmasına, denge ve yürüme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Kardiyovasküler sistemde ise arteriyel sertlik, kan basıncında artış ve dolaşım sisteminin verimliliğinde düşüş yaşlılıkla birlikte sık gözlemlenen değişiklikler arasındadır. Ayrıca, solunum sistemi fonksiyonları da azalarak akciğer kapasitesinde düşüşe ve solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlığın artmasına neden olabilir (Fragoso et. al., 2012).

Bilişsel işlevlerde yaşanan değişimler, hafıza, dikkat ve problem çözme yeteneklerinde azalmalar şeklinde kendini gösterebilir. Alzheimer ve diğer nörodejeneratif hastalıklar yaşlı bireylerde sıkça görülen bilişsel gerileme durumlarıdır (Prince et. al., 2013). Duyusal sistemlerde meydana gelen değişiklikler ise işitme kaybı (presbiakuzi), görme azalması (presbiyopi) ve tat ile koku duyularında azalma şeklinde kendini gösterebilir (Fulton et. al., 2015).

2.4.2. Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanma süreci sadece fiziksel sağlığı değil, bireyin psikolojik durumunu da önemli ölçüde etkileyebilir. Depresyon ve anksiyete, yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında yer almaktadır. Huzurevinde yaşayan bireylerde yapılan çalışmalar, bu bireylerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ruhsal bozukluklar, yaşlı bireylerin motivasyonunu, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Depresyonun etkileri arasında enerji kaybı, ilgi azlığı, uyku bozuklukları ve iştah değişiklikleri yer alırken, anksiyete huzursuzluk, endişe ve panik ataklara neden olabilir (Djernes, 2006).

Psikolojik sağlığın fiziksel işlevler üzerindeki etkisi de önemlidir. Yapılan araştırmalar, depresyonun ve anksiyetenin yaşlı bireylerde düşme riskini artırdığını,

kas gücünü azalttığını ve hareketliliği olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Dolayısıyla, psikolojik sağlığın korunması, yaşlı bireylerin genel yaşam kalitesini artırmada önemli bir faktördür (Lenze et. al., 2001).

2.4.3. Sosyal Değişiklikler

Yaşlanma süreci, bireyin sosyal çevresinde ve ilişkilerinde de belirgin değişikliklere neden olabilir. Emeklilik, bireyin sosyal rolünü ve günlük rutinlerini değiştirebilir. Ayrıca, eş kaybı, arkadaş çevresinin daralması ve aile içindeki rollerin farklılaşması, yaşlı bireylerin sosyal izolasyon yaşamasına neden olabilir. Sosyal izolasyon ve yalnızlık, depresyon riskini artıran önemli faktörler arasında yer almakta ve bilişsel gerilemeye yol açabilmektedir (Victor, Scambler, Bowling and Bond, 2005).

Aile desteği ve sosyal bağlar, yaşlı bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkileyebilir. Yaşlı bireylerin sosyal faaliyetlere katılımı, toplumsal etkileşimi ve destekleyici ilişkileri, psikolojik iyi oluşu artırarak depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltabilir. Bunun yanı sıra, huzurevlerinde gerçekleştirilen grup etkinlikleri ve terapötik müdahaleler yaşlı bireylerin sosyal becerilerini geliştirmesine ve yalnızlık duygusunu azaltmasına yardımcı olabilir (Cattan, White, Bond and Learmouth, 2005).

Yaş ilerledikçe, bireylerin fiziksel ve bilişsel yeteneklerinde azalma görülmektedir. Bilişsel becerilerinde düşüş yaşayan yaşlı bireylerin, günlük yaşam aktivitelerinde de zorluklar yaşadıkları gözlemlenmektedir. Bu dönemdeki değişimlerle birlikte, yaşlı bireyler üretkenlikten uzaklaşabilir, kendilerini işe yaramaz hissedebilir, çevreye olan ilgileri azalabilir ve hatta günlük rutinlerini sürdürürebilmek için yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu durum, yaşlı bireyin çevresinden uzaklaşmasına, yalnızlaşmasına ve depresyon ile anksiyete gibi ruhsal sorunlara yol açabilir (Göktaş ve Özkan, 2006).

2.5. Geriatrik Bireylerde Depresyon

Depresyon, bireyin yaşamına devam etme isteğinin kaybolduğu, henüz yaşanmamış gelecekle ilgili karamsar düşüncelerin ortaya çıktığı, geçmişteki deneyimlerine dair pişmanlık duygularının yoğunlaştığı, yaşamı sonlandırma düşüncelerinin gelişebileceği ve bu düşünceler doğrultusunda yaşamın sonlanabileceği

bir duygudurum bozukluğudur. Ayrıca depresyon, insomnia veya hipersomnia, yemek yeme alışkanlıklarında değişiklik (artma veya azalma) ve cinsel isteksizlik gibi belirtilerle de kendini gösterebilir (Bahar vd., 2005).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) (2014) göre depresyon tanı kriterleri ise şu şekildedir:

- Depresif ve öfkeli ruh hali
- Zevk alma kaybı (anhedoni)
- Yeme içme alışkanlıklarında artış veya azalma
- Uyku düzeninde bozulmalar (insomnia veya hipersomnia)
- Zihinsel ve bedensel hareketlerde yavaşlama veya ajitasyon (huzursuzluk)
- Yorgunluk, halsizlik
- Suçluluk, değersizlik hissi
- Konsantrasyon güçlüğü
- İntihar düşünceleri veya bu yönde ifadeler

Yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan psikiyatrik problemlerden biri depresyondur ve yapılan çeşitli araştırmalara göre yaşlı bireylerde depresyon görülme oranı %10,5 ile %48,1 arasında değişiklik göstermektedir (Üstün, Bahar ve Öztürk, 2008; Sütölük, Demirhindi, Savaş ve Akbaba, 2004).

Cole ve Dendukuri'nin (2003) yaşlılarda depresyonun risk etkenlerini incelediği 130 çalışmayı kapsayan sistematik tarama ve meta-analizinde, depresyon açısından beş temel risk faktörü tanımlanmıştır: kayıp yaşantıları, uyku problemleri, fiziksel engellilik, geçmişte yaşanmış depresyon öyküsü ve kadın olmak. Bu faktörler arasında özellikle kayıp (%69,4), uyku bozuklukları (%57) ve sakatlık (%56,5) depresyon açısından en baskın risk unsurları olarak ön plana çıkmaktadır (Cole and Dendukuri, 2003).

Yaşlılık dönemi depresyonunun gelişiminde etkili olan diğer faktörler ise şunlardır (Pınar ve Tel, 2012);

- Yaşlanmaya bağlı olarak görülen fiziksel ve zihinsel yeti kaybı
- Ekonomik sıkıntılar

- Yaşam tarzındaki değişiklikler
- Ulaşılmayan yaşam hedefleri ve bunun sonucunda benlik doyumunun eksikliği
- Sevilen kişilerin özellikle eşin kaybı ve buna bağlı yas süreci
- Yaşlılık döneminde daha sık görülen fiziksel hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve bunlara bağlı olarak gelişebilen nörokimyasal ya da nöroendokrin değişiklikler
- Huzurevinde kalmak
- Stres düzeyi

Yaşlı bireylerde depresyonun görülme sıklığı, yaşanan ortama göre değişiklik gösterebilmektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada, huzurevlerinde kalan yaşlıların depresyon oranının, kendi evlerinde yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir; huzurevi sakinlerinin %55'inde depresyon belirtilerine rastlanmıştır (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009).

Başka bir araştırmada ise, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon oranı %48,1 olarak belirlenirken, evde yaşayan yaşlılarda bu oran %24,3 olarak saptanmıştır. Bir diğer çalışmada da huzurevlerinde majör depresyonun %8,1, minör depresyonun %14,1 ve subklinik depresyonun %24,0 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (Gökulu vd., 2013).

Huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda standart tanı kriterleri kullanılarak yapılan çalışmalarda majör depresyon sıklığı %8-15 arasında değişmektedir. Bu bireylerde tıbbi hastalık varlığı ve olumsuz yaşam olaylarının fazla olması, fiziksel koşullardan hoşnutsuzluk, kendini düşük sosyal grupta algılama, kişisel bakımdaki yetersizlik gibi nedenler depresyon sıklığını arttırmaktadır (Parmelee, Katz and Lawton, 1989).

Monopoli vd. (2008) yaptığı bir çalışmada, yaşlı bireylerde kişilik özelliklerinin depresyon üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Araştırma bulgularına göre, özellikle baskın kişilik ve etkili olma gibi bazı bireysel özelliklerin öne çıkmasıyla depresyon seviyelerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ergoterapi kişilik özelliklerini güçlendirerek depresyonun önlenmesinde etkili bir yöntem olarak kullanılabilir (Monopoli, Vaccaro, Christmann and Badgett, 2008).

Küresel nüfusun yaşlanması ve depresyon giderek büyüyen bir sorun haline gelmektedir. Çünkü 80 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının 2019'da 143 milyon iken, 2050'de 426 milyona ulaşması beklenmektedir. Yaşlılar arasında depresyon oldukça

yaygındır ve önemli işlevsel bozukluklara, yaşam kalitesinin düşmesine ve intihar riskine yol açmaktadır. Çeşitli araştırmalar, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon ve depresif sendromların prevalansının, toplulukta yaşayanlara kıyasla dört kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Dişçigil vd.,2003).

Yaş arttıkça depresyon görülme oranı da artmaktadır. Yaşlı bireylerde depresyonun gelişmesinde en etkili risk faktörleri arasında; sosyal izolasyon, yetersiz aile desteği, kronik hastalıklar ve uyku problemleri yer almaktadır. Birçok çalışma, huzurevlerinde veya uzun süreli bakım tesislerinde yaşayan yaşlıların depresyon prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, uzun süreli bakım kurumlarında yaşayan yaşlıların psikososyal sağlıklarına daha fazla odaklanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Lu, Lo and Chen, 2022).

2.6. Geriatrik Bireylerde Anksiyete

Anksiyete, bireyin vücudunda solukluk, aşırı terleme, nabız ve kan basıncında artış, ağız kuruluğu ve titreme gibi otonom sinir sistemi belirtileriyle kendini gösteren; duygusal huzursuzluk, gerilim hissi ya da zihinsel ve duygusal tehdit potansiyeli taşıyan bir duruma denmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

İki türde ortaya çıkabilir; duruma bağlı (akut) anksiyete ve sürekli (kronik) anksiyete. Duruma bağlı anksiyete, bir olayın tetiklemesiyle farklı zaman dilimlerinde gelişirken; sürekli anksiyete, uzun süre boyunca hatta belki de yaşam boyu süren aşırı bir tepki ile karakterizedir (Öner ve Le Compte, 1998).

Anksiyete, korkuya benzeyen bir duygu durumu olmakla birlikte, bu duygunun ortaya çıkmasına yol açan uyaranlar korkuda olduğu kadar belirgin değildir. Korku ise, güvenliği tehdit eden ya da tehdit etme olasılığı bulunan belirgin bir tehlike karşısında verilen tepki olarak tanımlanır ve organizmanın somut bir tehdide karşı geliştirdiği doğal bir yanıttır. Korku, kaynağı belli, dışarıdan gelen, belirli ve çatışma içermeyen nesne ya da durumlara karşı hissedilirken; anksiyete ise yine bir tehdide verilen tepki olsa da kaynağı belirsiz, içsel ve tartışmalı bir durumdan kaynaklanır. Günlük hayatta korku ile anksiyeteyi ayırt etmek oldukça güçtür ve hissedilen öfkeyi kontrol etme çabasının anksiyete olup olmadığını anlamak zor olabilir. Kişi korku ile anksiyete arasındaki farkı belirlemeye çalışırken, Freud'un kullandığı "angst" kelimesi yanlış bir çeviri ile anksiyete olarak çevrilmiştir. Oysa bu kelime Almanca 'da korkuyu ifade

etmektedir. Freud'un çalışmalarının başında bu ayrımı tam olarak bilmediği iddia edilmiştir. Korku, bilinen dış nesnelere kaynaklanırken, anksiyete bilinçdışı nesne imgeleri, bastırılmış istekler ve fantezilerden oluşur (Tural, 2014).

Anksiyete semptomları kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bazı bireylerde çarpıntı ve terleme gibi belirtiler ortaya çıkarken, bazılarında bulantı, kusma ve boşluk hissi görülebilir. Ayrıca, gaz sancıları veya ishal gibi sindirim sistemi rahatsızlıkları da eşlik edebilir. Bazı hastalarda sık idrara çıkma, yüzeysel solunum ve göğüste baskı hissi gibi semptomlar ön plandayken, bazı vakalarda ise kas gerginliği belirgin olabilir. Kas sertliği veya spazmları olan bireylerde genellikle baş ağrısı ve boyun tutukluğu gibi şikayetler görülmektedir (Kocabaşoğlu, 2005).

Anksiyete, bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkileyebilen önemli bir psikolojik durumdur. Bireylerin gelecekle ilgili endişe duyması, kaygı hissi, fiziksel gerginlik ve huzursuzluk gibi çeşitli belirtilerle kendini gösterebilir. Geriatrik bireylerde, anksiyete genellikle depresyon, uyku bozuklukları ve fiziksel hastalıklarla birlikte görülür. Yaşlı bireylerde anksiyete, özellikle yaşlanmaya bağlı fiziksel sağlık sorunları, yalnızlık, bağımsızlık kaybı ve yaşamın son dönemi ile ilgili kaygılar gibi birçok faktör nedeniyle daha yaygın hale gelmektedir. Bu durum, huzurevlerinde yaşayan bireyler için daha belirgin bir sorun olabilir çünkü bu bireyler genellikle izolasyon, sağlık problemleri ve sosyal etkileşim eksiklikleri ile karşı karşıyadır (Chen et. al., 2013).

Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde anksiyetenin prevalansı, genellikle diğer yaşlı gruplara göre daha yüksektir. Yapılan bir meta-analiz, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde anksiyete bozukluklarının prevalansının %3,2 ile %20 arasında değiştiğini, ancak yüksek kaliteli çalışmalarda bu oranın %5 ila %5,7 olarak tahmin edildiğini belirtmektedir (Creighton, Davison and Kissane, 2016).

Ayrıca, yaşlı bireylerin yaşadıkları ortamın, sosyal etkileşim düzeyinin ve fiziksel sağlık sorunlarının anksiyete düzeylerini etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Yapılan araştırmalar, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin, bağımsız yaşam tarzlarına göre daha yüksek oranda anksiyete yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bir meta-analiz, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde genel anksiyete bozukluklarının prevalansının %3,2 ile %20 arasında değiştiğini belirtmiştir. Ancak, yüksek kaliteli çalışmalarda bu oranın %5 ila %5,7 olarak tahmin edildiği görülmektedir. Ayrıca, genel anksiyete bozukluğu ve spesifik fobilerin en yaygın anksiyete bozuklukları olduğu, klinik olarak

anlamli anksiyete semptomlarının ise daha sık görüldüğü bulunmuştur (Creighton, Davison and Kissane, 2017).

Dünyada yapılan pek çok araştırma, huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda anksiyete oranının, bağımsız yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Bagley, Cordingley ve Burns 2000). Türkiye'deki huzurevi çalışmalarında da yaşlı bireylerde anksiyete ve depresyonun yaygın şekilde görüldüğü tespit edilmiştir. Farklı araştırmalara göre, huzurevi olanaklarının, huzurevinde kalanların kurumdan memnuniyetleri ile anksiyete arasında bir ilişki olduğu ve yalnızlık, aidiyet duygusunun eksikliği ile sosyal desteğin yetersiz olmasının anksiyeteye yol açmada önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır (Demet vd., 2002).

Danış (2019) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, yaşlı bireylerin kurumda kaldığı süreyle yalnızlık skoru arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Danış, 2019).

Ancak, literatürde yer alan başka bir araştırmada, huzurevinde 5 yıldan uzun süredir kalan yaşlıların yalnızlık duygusunun daha yoğun olduğu gözlemlenmiştir (Çelik, Kin Kandaş ve Karadakovan, 2017).

Dereli vd. (2010) gerçekleştirdiği başka bir araştırmada ise huzurevinde geçirilen süre arttıkça yalnızlık skorunun azaldığı bulunmuş, ancak 1 yıldan kısa süre kalan yaşlıların yalnızlık skorlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiş, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Bu durum, kurumda geçirilen sürenin sağlık durumu ve algılama biçimine bağlı olarak yaşlı bireylerde anksiyeteyi artırdığı şeklinde açıklanmıştır (Dereli, Koca, Demircan ve Tor, 2010).

Huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde anksiyeteyi artıran önemli faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz (Zunzunegui, Beland and Otero, 2001);

- Yaşlıların çocuklarından aldıkları sosyal desteğin yetersiz olması
- Eş kaybı
- Kadın olmak
- Eğitim düzeyinin düşük olması
- Kronik bir hastalığa sahip olmak
- Huzurevinde yaşamayı seçme hakkının bulunmaması

2.7. Geriatrik Bireylerde Denge

Denge, vücut ağırlık merkezindeki (VAM) değişikliklere göre, minimum kas gerilmesi ile statik ve dinamik postürün kontrolünü sağlayabilme yeteneği olarak tanımlanır. Dengenin korunması, VAM'nin destekleyici alan içerisinde kalması ve sinir sistemi ile iskelet kas sistemlerinin uyumu sayesinde gerçekleşir (Cote, Brunet, Gansneder and Shultz, 2005).

Denge iki ana türde incelenir: Statik denge ve dinamik denge.

2.7.1. Statik Denge

Sabit bir destek alanında, dış bir kuvvet olmaksızın vücudun genel duruşunun ya da kısımlarının belirli bir pozisyonda korunmasıdır. Bu denge, otomatik olarak sağlanır ve vücut hareket etmeden dengeyi muhafaza eder (Algun, 2018).

2.7.2. Dinamik Denge

Vücuda etki eden dış kuvvetlerin, kaslar ve çevredeki yumuşak dokular tarafından dengelenmesiyle denge sağlanır. Dinamik denge ise; yürüme, merdiven inip çıkma, yük taşıma gibi günlük yaşamda sıkça yapılan hareketlerin uyum içinde gerçekleştirilmesini kapsar. Denge kontrolü, hareket halindeyken dinamik olur ve bu nedenle statik dengeye göre daha karmaşık bir mekanizmaya sahiptir (Algun, 2018).

Baltacı vd. (2006); statik dengeyi, yer çekiminin etkisiyle stabil pozisyonu koruma yeteneği olarak tanımlar ve dinamik dengeyi, yer çekimi merkezinin değişmesi durumunda vücudun otomatik postüral cevap verme yeteneği olarak ifade eder (Baltacı vd., 2006).

Dabrowska-Galas et. al. (2013); statik dengeyi, bireyin yalnızca ağırlık merkezi desteğinin üzerinde olduğu sırada pozisyonunu koruma yeteneği olarak, dinamik dengeyi ise hareket esnasında vücudun kontrolünü sağlama yeteneği olarak tanımlar (Dabrowska-Galas, Plinta, Dabrowska and Skrzypulec-Plinta, 2013)

Denge yeteneği, çevresel şartlara uyum sağlamak amacıyla postürün korunması ya da düzeltilmesi gereken faaliyetler sırasında gelişir. Statik denge, vücut hizasını kontrol etme yeteneği olarak, dinamik denge ise iç ya da dış karışıklıklara yanıt verme yeteneği olarak kabul edilir. Bu iki bileşen, dengeyi sağlamak için temel faktörlerdir

ve aynı zamanda sağlık ve bağımsızlık için de gereklidir (Aslan, Çavlak, Yağcı ve Akdağ, 2008).

Denge aynı zamanda, duyuusal uyaranlarla dolu bir ortamda yerçekimi merkezini destek yüzeyinin içinde tutma yeteneği olarak da tanımlanır. Vücut hareketlerinin duyuular aracılığıyla algılanması, duyu ve motor bilgilerin merkezi sinir sistemi tarafından işlenerek birleştirilmesi, ardından uygun nöromusküler tepkilerin planlanıp uygulanması gibi çok yönlü bir süreci kapsar. Beyin, görsel, vestibüler ve somatosensör sistemleri kullanarak vücudun uzaydaki pozisyonunu ve hareketini belirler. Yaşlanma, bu sistemlerde değişikliklere yol açarak denge kontrolünü etkiler ve düşmelerle birlikte ciddi yaralanmalara sebep olabilir (Wrisley and Kauffman, 2014).

DSÖ'ye göre, her yıl acil servislere başvuran 60 yaş üstü her 10.000 bireyden 6 ila 9'unun düşmeye bağlı sorunlar yaşadığı bildirilmektedir. Bu vakaların yaklaşık yarısı hastane yatışına neden olmaktadır. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, düşmeye bağlı yaralanma sayılarının 2030 yılına kadar iki katına çıkması beklenmektedir. Ayrıca, bu tür düşmelerin neden olduğu doğrudan sağlık harcamalarının önümüzdeki 15 yıl içinde %170 oranında artacağı öngörülmektedir (Dieen ve Pijnappels, 2017; WHO, 2015).

İleri yaşla birlikte postüral kontrol yeteneğinde gözlenen değişimler; nöromusküler sistemdeki bozukluklar, kas-iskelet yapısındaki problemler, duyu ve algı sistemlerinde meydana gelen farklılıklar ile bilişsel işlevlerdeki azalmadan kaynaklanmaktadır. Yaşlanma süreci, spinal motor nöronlarda kayıplar, kas liflerinin sayısında ve boyutlarında azalma gibi nöromusküler yapı ve işlevlerde değişikliklere yol açarak, motor becerilerin zayıflamasına ve postüral adaptasyonun bozulmasına neden olur. Özellikle tip II kas liflerinin azalması, motor nöronların sayısında ve duyarlılığında düşüş, eklem hareket açıklığının daralması ve tendonlardaki elastikiyetin azalması; yaşlı bireylerde kas kuvvetinin kontrolünde zorlanmalara ve postüral yanıtların gecikmesine neden olmaktadır. Araştırmalara göre, yaşlı bireylerde diz fleksör ve ekstansör kas kuvvetinde on yıllık bir süreçte %12 ila %17 oranında bir azalma görülmektedir. Bu azalma, özellikle daha önce düşme yaşamış huzurevi sakinlerinde daha belirgin hale gelmektedir (Bilgin vd., 2018).

Yaş ilerledikçe postür ve denge kontrolünü etkileyen faktörler arasında görme, denge (vestibüler) ve somatosensoryel sistemlerdeki yaşa bağlı değişiklikler önemli rol

oynamaktadır. Gözdeki yapısal değişiklikler, daha az ışığın retinaya iletilmesine neden olmakta ve bu da görme eşiğini yaşla birlikte düşürmektedir. Ayrıca, çevreyi ve derinliği algılama zorlukları ve görme keskinliği ile kontrast duyarlılığındaki azalma yaşanmakta, bu da postüral salınımı artırarak düşme riskini yükseltmektedir. Yaşla birlikte, semi sirküler kanallarda ve otolit fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelir ve vestibüler sistemin işlevleri değişir (Lord and Dayhew, 2001).

Yetmiş yaş üzeri yetişkinlerin çoğunda vestibüler fonksiyon bozuklukları gözlemlenmektedir. Ayrıca, propriosepsiyon da yaşla birlikte bozulma eğilimindedir. Literatürdeki bazı çalışmalar, yaşlılarda miyelinli duyuşal liflerin ve reseptörlerin kaybı ile duyarlılığın azalması nedeniyle eklem pozisyonu ve hareket hissinin zayıfladığını göstermektedir (Goble et. al., 2009).

Her ne kadar dengeye yönelik tepkiler çoğunlukla bilinçdışı gerçekleşse de bireyin bilişsel durumu bu tepkilerin oluşturulmasını ve sürdürülmesini etkileyebilir. Dikkat dağınıklığı yaşayan ya da yürütücü işlevleri zayıf olan bireyler, çevredeki değişimlere yeterince hızlı yanıt veremeyebilirler. Bireyin fiziksel kapasitesi, görevle ilgili gereksinimler ve kullanılan stratejiler, çevresel koşullarla birlikte işlevselliği belirleyen temel faktörler arasında yer alır. Özellikle yaşlanmayla birlikte dikkat süresi ve bilgi işleme hızı azalır; bu durum, birden fazla görevi aynı anda yerine getirme becerisinde zorluklara neden olabilir. Yaşlı bireyler hem konuşup hem yürürken ya da bir bardağı taşıırken denge kaybı yaşama gibi ikili görevlerde daha fazla düşme ve dengesizlik riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir (Bilgin vd., 2018).

Sonuç olarak, sağlıklı yaşlı bireylerde dahi statik, reaktif ve proaktif denge mekanizmalarında bozulmalar görülmekte; bu da postüral dengesizliklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Bu durum herhangi bir hastalık olmaksızın yaşlanma sürecine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Sağlıklı yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri sırasında fark edilmese de denge problemleri, yüksek derecede postüral düzenleme gerektiren bazı durumlarda olumsuz sonuçlar doğurabilir (Borah et. al., 2007).

2.8. Geriatrik Bireylerde Yürüyüş

Yaşlı bireylerde sıkça rastlanan bir sorun olan yürüyüş bozuklukları, 60 yaş ve üzeri bireylerin %15'ini etkilerken, 85 yaş ve üzerindeki bireylerde bu oran %80'i

aşmaktadır. Normal yürüyüş, merkezi ve periferik sinir sistemlerinin yanı sıra sağlıklı bir kas-iskelet sisteminin uyumlu çalışmasına dayalıdır. Woo et. al. (1995) araştırmalarına göre, yaşlanma süreciyle birlikte yürüyüşteki değişiklikler, yalnızca hastalıklar değil, aynı zamanda fizyolojik mekanizmaların da evrimi ile ilişkilidir. Ayrıca, yaşlı bireylerde yürütücü işlevlerdeki zayıflama ve görsel bozukluklar da yürüyüş bozukluklarına yol açmaktadır (Bock ve Beurskens, 2011).

"Senil yürüme bozukluğu" terimi, yaşlılarda herhangi bir hastalık bulgusu olmayan ancak yürüyüş bozukluğu gösteren durumları tanımlamak için kullanılır. Bu durum, yavaş yürüyüş, geniş adım atma, ayakları sürüyerek ilerleme ve temkinli yürüyüş paternleri ile karakterizedir (Salzman, 2010).

Yaşla birlikte, yürüyüş hızı ve adım uzunluğunun azalması, adım genişliğinin artması ve duruş fazındaki sürelerin uzaması, yaşlanmanın etkisiyle meydana gelen başlıca yürüyüş değişikliklerindedir. Çift destek periyodunun uzunluğu da bu değişimlerin bir yansımasıdır (Evanosky, 2014).

Yürüyüş hızındaki azalma, yaşlanmanın en belirgin etkilerinden biridir. Yürüyüş hızı 1,0 m/s'nin altına düştüğünde anormal kabul edilir; ayrıca, 60 yaş ve sonrasında bu hız genellikle her yıl %1 oranında azalmaktadır. Yürüyüş hızının 0,8 m/s'nin altına inmesi, ambulasyonun kısıtlı olduğunu gösterirken, 0,4 m/s veya daha düşük hızlar, bireylerin temel günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşadığını işaret eder. Yürüyüş hızı, kas kuvveti, denge kontrolü ve genel motor performansı hakkında bilgi verir (Cruz-Jimenez, 2017).

Yaşlı bireylerde yürüyüş hızındaki ve çift adım uzunluğundaki azalmalar, eklem esnekliği kaybı, motor nöron kaybı, kas kuvveti azalması ve biyomekanik değişikliklerle ilişkilidir. Bu değişiklikler, ayak bileği, diz, kalça gibi kas gruplarındaki zayıflıklarla doğrudan bağlantılıdır ve bu nedenle yaşlılar, yürüyüş sırasında dengeyi sağlamak için daha temkinli adımlar atmakta ve destek sürelerini artırmaktadır (Hollman, McDade and Petersen, 2011).

Zamanla, bu yürüyüş parametrelerindeki değişiklikler, yaşlı bireylerin engelleri aşma ve bağımsız yürüyüş kabiliyetlerini olumsuz etkileyebilir. Araştırmalar, yürüyüşün yüksek derecede bilişsel kaynak gerektiren bir görev olduğunu ortaya koymaktadır. Çift görevler sırasında, görevlerin zorluk seviyesine bağlı olarak yürüyüş

ve bilişsel süreçler arasında bir öncelik sırası oluşur; daha zor görevler, daha fazla dikkat gerektirdiğinden yürüyüşün düzgünlüğü bozulabilir (Tibaek et al., 2015).

Sağlıklı yaşlı bireylerde, daha düşük yürüyüş hızının bilişsel gerilemeyi öngördüğü yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Tian, Huang, He ve Wei, 2017; Best vd., 2016; Mielke vd., 2013). Ayrıca, yaşlanma ile ilişkili nörolojik değişiklikler, frontal lob ve hipokampüste azalmalarla birlikte, daha düşük yürüyüş hızı ile ilişkilidir (Ezzati et al., 2015).

2.9. Geriatrik Bireylerde Yaşam Kalitesi

Doğumda beklenen yaşam süresinin zamanla artması, yaşlılık konusunu daha görünür hale getirmiş ve yalnızca yaşam süresi değil, bu sürenin niteliği yani yaşam kalitesi de daha fazla tartışılır olmuştur. Bu doğrultuda “yaşam kalitesi” kavramı, tüm toplumların ulaşmayı hedeflediği evrensel bir ideal halini almıştır. Batılı ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de yaşlanan nüfusun sağlıklı, aktif ve mutlu bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli koşulların sağlanması temel amaçlardan biri haline gelmiştir (Akyüz, 2006).

Yaşam süresindeki uzama, yaşlı nüfusta da önemli bir artış beraberinde getirmiş ve bu artış, yaşlı bireylerin yaşam kalitesine yönelik ilgiyi daha da artırmıştır. DSÖ’nün 21. yüzyıl sağlık hedefleri arasında yer alan “sağlıklı yaşlanma” başlığı altında, 2020 yılı itibarıyla 65 yaş üstü bireylerin hem sağlıklarını koruyarak hem de sosyal yaşamda aktif olarak yer almaları gerektiği vurgulanmaktadır. Toplumların genel sağlık düzeyini gösteren yaşam beklentisi, özellikle yaşlı bireyler açısından değerlendirildiğinde; hastalıklardan uzak, bağımsız ve etkin bir yaşam beklentisi daha ön plana çıkmaktadır (Telatar ve Özcebe, 2004).

DSÖ, yaşam kalitesini bireylerin içinde buldukları kültürel yapı, değerler sistemi, kişisel hedef ve beklentileri ile yaşam içindeki konumlarını nasıl algıladıkları doğrultusunda tanımlamaktadır (Ünal, 2013). Yaşam kalitesi kavramı, bireyin psikolojik, sosyal ve ekonomik durumunu kapsayan genel bir iyilik hali olarak değerlendirilmektedir. Yaşlılık dönemi ise fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevlerde azalmaların görüldüğü bir süreç olduğundan, bu durum yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilmektedir (Arslantaş, Metintaş, Ünal ve Kalyoncu, 2006).

Tıp alanındaki ilerlemeler ve teknolojinin gelişmesi, hastalıkların kontrol altına alınmasına ve yaşam süresinin uzamasına katkı sağlamıştır. Yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ise, yaşadıkları kayıplarla baş edebilme becerileri, bu kayıpları kabullenme ve telafi etme yolları ile doğrudan ilişkilidir (Günaydın, 2010).

Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarından, inançlarından ve çevreleriyle olan ilişkilerinden etkilenen geniş ve karmaşık bir kavramdır. Bu tanım göz önünde bulundurularak, sağlıkla ilgili yaşam kalitesine dair çeşitli tanımlar ortaya konulmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ilişkin görüş birliği olmamakla birlikte, genel kabul gören tanıma göre; genel sağlık, duygusal durum, cinsel sağlık, fiziksel işlev, bedensel belirtiler, bilişsel işlevsellik, fonksiyonel rol, sosyal iyilik hali ve mevcut diğer durumları içerir (Fayers and Machin, 2013).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, fiziksel, duygusal ve sosyal faktörlerin yanı sıra Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; sadece fiziksel sağlık değil, aynı zamanda duygusal, sosyal, ekonomik ve manevi unsurları da içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireylerin kişisel özelliklerine ve yaşam koşullarına göre değişkenlik gösterebilir (Ferrans, 2005).

Yaşam kalitesi doğrudan gözlemlenebilir bir durum olmadığından, onu etkileyen etmenlerin dikkate alınması gereklidir. Yaşlılar ve huzurevlerinde yaşayan bireyler üzerinde yapılan yaşam kalitesi araştırmalarında, yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler arasında şunlar yer almaktadır:

- Yaş
- Cinsiyet
- Yaşanılan ortam (ev, huzurevi, yalnız yaşama durumu vb.)
- Eğitim seviyesi
- Kültürel seviye
- Ekonomik durum
- Sosyal güvenlik
- Sağlık durumu (kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar vb.)
- Fiziksel engellilik durumu
- Fiziksel aktivite yapabilme kapasitesi

- Sigara ve alkol kullanımı
- Aile ilişkileri
- Sosyal ilişkiler
- Boş zaman aktiviteleri

Yaşlılık döneminde yaşam kalitesini en çok etkileyen faktör, kronik hastalıklardır ve bu hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi olduğu, ancak bunların kaçınılmaz olduğu göz ardı edilmemelidir (Özerdoğan vd., 2018).

Drageset et. al. (2008), huzurevinde yaşayan yaşlılar ile evde yaşayan yaşlılar arasındaki sağlıkla ilgili yaşam kalitesi farklarını değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılar ile evde yaşayan yaşlılar arasında yaşam kalitesi skorlarında belirgin farklılıklar olduğu bulunmuş ve huzurevi sakinlerinin skorlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların ağrı, fiziksel ve duygusal rol sınırlılığı alanlarında daha yüksek puanlar aldıkları, ancak diğer alt başlıklarda, özellikle fiziksel fonksiyonellikte daha düşük puanlar elde ettikleri ortaya konulmuştur (Drageset et. al., 2008).

Yaşlı bireyler için yaşam süresinin uzun olmasından daha önemli olan, bu yaşamın kalitesidir. Yaşam kalitesi, yaşlı bireyin kendi algısıyla şekilleniyor olsa da pek çok faktör yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir; bunlar değiştirilebilir, önlenemez ya da tam tersine, değiştirilemez ve önlenemez olabilir. Bu yüzden yaşam kalitesine etki eden faktörlerin tasarım, planlama ve uygulama aşamalarında daha geniş bir perspektiften değerlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılmasında büyük bir rol oynayacaktır (Şahin ve Emiroğlu, 2014).

Yaşam kalitesini teorik bir bakış açısıyla ele alan bir araştırmaya göre, araştırmaların yaşam kalitesi belirleyicileri ve fiziksel aktivite ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bireylerin algıları ve memnuniyetleri gibi unsurları da içermesi gerekmektedir (Rejeski,2001). Yaşam kalitesini değerlendirirken, araştırmacıların bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini dikkate almaları önemlidir. 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi algılarına yönelik gerçekleştirilen bir araştırmada, yaşlı katılımcılar yaşam kalitesini artıran unsurlar arasında sosyal yardımlar ve destek mekanizmaları, güçlü sosyal ilişkiler, toplum içindeki rollerini pekiştiren ve toplumsal

katılımı kolaylaştıran ulaşım imkânları, sosyal etkinliklere devam edebilme, yaşamları üzerindeki kontrolü sürdürme ve bağımsızlıklarını koruma gibi faktörleri ön plana çıkarmıştır. Ayrıca olumlu bir psikolojik bakış açısı geliştirme, değişen koşulları kabullenebilme, temel ihtiyaçları karşılayacak maddi olanaklara sahip olma, yaşanılan ev ve çevrenin koşulları da yaşam kalitesine katkı sağlayan etmenler arasında değerlendirilmiştir (Gabriel ve Bowling, 2004).

Çeşitli araştırmalarda, yaşlı bireylere sağlanan sosyal desteğin artırılması, maddi koşulların iyileştirilmesi ve aile ile olan bağların güçlendirilmesinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmüştür. Ayrıca, huzurevinde uzun süreli kalmanın da yaşam kalitesinin yüksek olduğuna işaret ettiği belirtilmiştir (Webb et. al., 2009).

Maslow'un (1943) "İhtiyaçlar Hiyerarşisi" kuramı çerçevesinde, bireyin bu kuramdaki düzene uygun bir yaşam sürmesi durumunda yaşam kalitesinin de arttığı gözlemlenmektedir. Ancak yaşlılık döneminde bu hiyerarşik sıralamada değişim görülebilmektedir. Majerk Sick'in (2005) hastanede tedavi gören 300 yaşlı hasta üzerinde yaptığı araştırma, yaşlı bireylerin öncelikli ihtiyacının kendini gerçekleştirme olduğunu ortaya koymuştur. Bu ihtiyacı sırasıyla güvenlik, saygı görme, sevgi ve değer görme izlemiş, fizyolojik gereksinimler ise son sırada yer almıştır. Chang ve Hsino (2006) ile Coughlin ve Lau'nun (2009) yaşlı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalar da benzer sonuçlara ulaşmıştır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

Yaşam kalitesindeki iyileşmelerin, ortalama yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunarak yaşlı nüfusun artmasına neden olduğu gözlemlenmektedir. Ancak bu artış, yaşlı bireylerle ilgili olarak psikolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel birçok sorunun da gündeme gelmesine yol açmaktadır. Toplumda bağımlı nüfus oranı yükselirken, çalışabilir nüfusun azalması dikkat çekmektedir. Yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimi, barınma, istihdam, gelir güvencesi, yeterli beslenme, ulaşım ve rehabilitasyon gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması, özellikle ekonomik sıkıntı yaşayan ülkelerde ciddi bir sorun oluşturmaktadır (Ercan, 2010).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan sağlık problemleri, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken, bireyler bu süreçte fiziksel, bilişsel ve ekonomik kayıplar yaşayabilmektedir. Bu kayıplarla başa çıkma becerilerine bağlı olarak, yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları tatmin düzeyi farklılık göstermektedir (Ercan, 2010).

Yaşlanmayla birlikte bireyin vücudunda meydana gelen fiziksel ve fizyolojik birçok değişiklikler de bazı günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine engel olabileceği gibi, sağlık açısından da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Aynı zamanda yaşın ilerledikçe yaşam kalitesinin olumsuz etkilenme oranının arttığı bu alandaki araştırmalarla ortaya konulmuştur (Altuğ vd., 2009).

Özellikle yaşlı nüfus oranının gelecekte artacağı tahmin edilmesi nedeniyle, yaşam kalitesinin yaşlı bireyler üzerinde daha fazla incelenmesi gerekmektedir. Bu tahmin doğrultusunda, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemler ve dikkat edilmesi gereken unsurlar sürekli olarak araştırılmalıdır.

2.10. Depresyon ile Denge ve Yürüme Bozuklukları Arasındaki İlişki

Depresyon ve denge arasındaki ilişki hem fiziksel hem de psikolojik faktörlerle açıklanabilir. Depresyon, motivasyon eksikliği ve azalmış fiziksel aktiviteye neden olarak dengeyi sağlayan kasların zayıflamasına yol açar. Ayrıca depresyonla ilişkili bilişsel gerileme, dikkat ve koordinasyon gibi denge için kritik olan yürütücü işlevleri zayıflatır. Bu nedenle depresyon yaşayan yaşlı bireylerde denge problemleri daha sık gözlenmekte ve bu kişiler düşme riski altında bulunmaktadır (Ödemişlioğlu- Aydın ve Aksoy, 2023).

Depresyon, yaşlı bireylerde yürüme hızında azalma ve genel yürüme kabiliyetinde bozulmalar ile ilişkilidir. Depresif yaşlı bireylerde yürüyüş genellikle daha yavaş olmakta, adım uzunluğu azalmakta ve adım süresi uzamaktadır. Bu bulgular, yaşlı bireylerde depresif belirtilerin yürüme hızını ve dengesini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bir çalışmada, depresif semptomları olan bireylerin daha düşük yürüme hızına sahip olduğu ve bu bireylerde adım uzunluğunun da kısaldığı saptanmıştır (Nazari, 2024).

Kvelde et. al. (2015) gerçekleştirdiği çalışma sonucunda, yaşlı bireylerde depresyon semptomlarının artmasının, yürüyüş ve fiziksel fonksiyonların azalmasına ve düşme risklerinin yükselmesine yol açtığı raporlanmıştır (Kvelde, Lord and Close, 2015).

Büker vd. (2010) gerçekleştirdiği bir araştırmada, yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin ve moral durumunun, mobilitayı ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların, evde aileleriyle

birlikte kalanlara göre daha fazla depresif semptom gösterdiği ve moral durumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur. Bu durum, aynı zamanda fonksiyonel kısıtlamalara yol açarak, yaşlılarda denge kaybı ve yürüme sorunlarına neden olmuştur (Büker, Altuğ, Kavlak ve Kitiş, 2010).

Torpil vd. (2016) yaptığı bir başka çalışmada ise, huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon düzeyindeki artışın, mobilite kaybı ile ters orantılı olduğu gözlemlenmiştir. Araştırma, bireylerin mobilite kapasitelerindeki azalmaların, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalar yarattığını ve bunun da depresyon seviyelerinin artmasına neden olduğunu göstermiştir (Torpil vd., 2016).

2.11. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Depresyon, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkileyen ve diğer sağlık sorunlarıyla etkileşimde bulunan bir durumdur. Tedavi edilebilen bir hastalık olmakla birlikte, tedavi edilmediğinde erken ölüm, işlev kaybı, intihar riski ve sağlık bozulması gibi ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu sebeple, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde depresyon önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Bingöl, Demir, Karabek ve Kepenek, 2010).

Yaşlılarda depresyon, genellikle birden fazla kronik hastalıkla ilişkilidir ve bu durum yaşam kalitesini daha da kötüleştirir. Yaşlı bireylerdeki depresyon belirtileri, kronik hastalıklar ilerledikçe daha şiddetli hale gelmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Çavdar vd., 2024).

Zincir vd. (2008) araştırmasında, huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi puanları arttıkça depresyon puanlarının azaldığı ve yaşam kalitesi ile depresyon arasında ters bir ilişki olduğu bulunmuştur (Zincir, Taşçı, Erten ve Başer, 2008).

Lynch et. al. (2010) araştırmasında ise, depresyonun ve kaygının yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğu ve yaşla birlikte artan endişelerin depresyon seviyelerini yükselttiği belirtilmiştir (Lynch, Laws ve McKenna, 2010).

Depresyon, yaşlılarda yalnızca morbiditeyi değil, aynı zamanda mortaliteyi de artıran bir hastalıktır. 75 yaş ve üzeri bireylerdeki intiharların çoğunda henüz tanı konmamış depresyon olduğu görülmüştür. Yaşlı intiharları genellikle psikotik olmayan, orta şiddette depresyonu olan ve madde kullanımı ya da kişilik bozukluğu

gibi ek komplikasyonları olmayan bireylerde gözlemlenmektedir (Amuk ve Oğuzhanoglu, 2003).

Depresyon, yaşlılık döneminde önemli bir sağlık sorunu olup, fonksiyonel kayıplara yol açarak yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürmektedir. Ayrıca bedensel hastalıklarla ilişkili ölümleri artırmakta ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Bu yüzden depresyon, tanı ve tedavi edilebilir bir durum olmakla birlikte, tedavi edilmediği takdirde intihar riski oluşturmakta ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Bu nedenle, depresyonun tedavi edilmeden önce risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici sağlık hizmetlerinin verilmesi, olumsuz sonuçları engelleyerek yaşam kalitesini artıracaktır (Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009).

2.12. Anksiyete ile Denge ve Yürüme Bozuklukları Arasındaki İlişki

Yaşlı bireylerde anksiyete ve denge arasındaki ilişki, özellikle düşme riski ve denge bozuklukları bağlamında oldukça dikkat çekicidir. Anksiyete, yaşlı bireylerde denge kontrolünde önemli bir etken olarak görülmektedir ve bu durumun çeşitli fiziksel sonuçları olabilmektedir. Çalışmalar, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşayan yaşlı bireylerin, özellikle dinamik denge ve fonksiyonel mobilitede bozulmalar yaşadığını göstermektedir. Bu da düşme riskini artıran önemli faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Serrano-Checa et. al., 2020).

Yaşlı bireylerde anksiyete ve yürüme bozuklukları arasındaki ilişki, özellikle denge ve postür kontrolüne dair bozulmalarla yakından ilişkilidir. Bu ilişki, bireylerde düşme korkusunun artmasına ve bunun sonucunda yürüyüş sırasında daha bilinçli hareket etmeye yol açar. Yürüyüş sırasında anksiyete, hareketlerin daha fazla bilinçli olarak kontrol edilmesine neden olur, bu da motor performansı olumsuz etkileyerek yürüyüş bozukluklarına yol açabilir. Özellikle adaptif yürüyüş görevlerinde, artan anksiyete durumunun yaşlı bireylerde motor kontrol bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Serrano-Checa et. al., 2020).

Mutz et. al. (2022) yaptığı bir çalışmada, yaşlı bireylerde anksiyeteye bağlı olarak hareketle ilgili bilinçli kontrol mekanizmasının devreye girdiği ve bunun, normalde otomatik olan yürüme gibi motor görevlerde performans düşüşüne neden olduğu belirtilmiştir. Bu durum, yürüme sırasında denge kaybı riskini artırır ve yürüme bozukluklarının derinleşmesine yol açabilir. Özellikle yaşlı bireylerde düşme

korkusunun, anksiyetenin şiddetini artırdığı ve bunun yürüyüş esnasındaki dengenin bozulmasına katkıda bulunduğu görülmüştür (Mutz et. al., 2022).

Feldman et. al. (2019) gerçekleştirdiği bir araştırma, anksiyetesi olan bireylerin daha yavaş yürüdüğünü, adım uzunluklarının daha kısa ve kadanslarının daha düşük olduğunu, ayrıca denge sorunları ve hareket bozuklukları yaşadıklarını ortaya koymuştur (Feldman, Schreiber, Pick and Been, 2019).

Young and Williams (2015) yaptıkları çalışmada ise yaşlı bireylerde anksiyetenin, denge ve yürüyüş dahil olmak üzere çeşitli mekanizmalar yoluyla düşme riskini etkilediğini raporlamışlardır. Anksiyetesi olan yaşlı bireylerin daha kısa adımlar atması ve daha yavaş bir yürüyüş hızına sahip olması düşme riskini artırmaktadır (Young and Williams, 2015).

2.13. Anksiyete ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Yaşlı bireylerde anksiyete, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Anksiyete bozukluğu olan yaşlı bireyler, sosyal, fiziksel ve psikolojik işlevselliklerinde önemli derecede bozulma yaşayabilir, bu da yaşam kalitelerinin düşmesine yol açar. Yapılan çalışmalar anksiyete bozukluklarının sosyal izolasyon, fiziksel sağlık sorunları ve düşük özgüven gibi faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerde, anksiyete bozukluğu daha az sosyal etkinliğe katılım, sosyal destek eksikliği ve düşük algılanan sağlık durumu ile ilişkilendirilmektedir. Yani anksiyete düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşam kalitelerinde belirgin bir düşüş gözlenir (Crocco, Jaramillo, Cruz-Ortiz and Camfield, 2017).

Salkın ve arkadaşlarının (2024) anksiyete düzeyleri farklı (hafif, orta, şiddetli) yaşlıların yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; anksiyete düzeyi hafif olan yaşlıların orta ve şiddetli; hafif ve orta düzeyde olanların ise şiddetli düzeyde anksiyete puan ortalamalarına sahip yaşlılara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmektedir. Yani yaşlı bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı görülmüştür (Salkın, Gür ve Çapri, 2024).

Bourland et. al. (2010) yaptıkları çalışmada araştırma bulgularına göre, yaşın ilerlemesiyle birlikte değişen çevresel koşullar ve azalan yaşam beklentisi anksiyete seviyesini artırmakta, bu da bireylerin yaşamdan aldıkları keyfi ve genel yaşam

kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yani bu çalışma ile anksiyete düzeyi yüksek kişilerde yaşam kalitesinin düşük olduğunu bulmuşlardır (Bourland et. al., 2010).

Banovic et. al. (2010) yaptığı çalışmada ise, Crohn hastalığı olan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışma sonuçları, psikolojik açıdan yaşlı bireylerle benzer özellikler taşıyan bu hastalarda, özellikle kadınlarda depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini düşürmede önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Banovic, Gilibert and Cosnes, 2010).

Sonuç olarak, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon ve anksiyeteye maruz kalma oranları yüksektir ve bu durum hem onların psikolojik hem de fiziksel sağlıklarını ciddi anlamda tehdit eder. Bu psikolojik faktörlerin, denge ve yürüme bozuklukları ile olan ilişkisini incelemek, bu bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler geliştirmede kritik öneme sahiptir. Literatür, bu ilişkilerin karmaşıklığını ve çok boyutluluğunu açıkça göstermekte, bu nedenle daha derinlemesine incelemelerin gerekliliğini vurgulamaktadır. Biz de bu çalışmayı huzurevinde kalan geriatric bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile ilişkisini incelemek amacıyla planladık.

3. BİREYLER ve YÖNTEM

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ve anksiyetenin; yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile olan ilişkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Gözlemsel ve kesitsel nitelikli bir çalışmadır.

Çalışma, Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun (14.11.2024/25) onayına istinaden gerçekleştirilmiştir (EK-1). 15 Kasım 2024 – 15 Şubat 2025 tarihleri arasında Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yürütülmüş olup, çalışmanın yapılacağı klinikten Kurum İzin Belgesi (EK-2) alınmıştır.

Çalışmaya katılan tüm bireylere, araştırmanın konusu, amacı ve elde edilecek bulguların yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağına dair bilgilendirme yapılarak, yazılı Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formları (EK-3) alınmıştır.

Huzurevinde ikamet eden bireyleri çalışmaya dahil edip edemeyeceğimizi belirlemek amacıyla bireylere Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT) (EK-4) uygulanmıştır. Bu testten 20 puan ve üzerinde alan geriatrik bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 65 yaş ve üzerinde olmak
- Bağımsız 10 metre yürüebilmesi (gerekirse yürüme desteği ile)
- Bilişsel fonksiyonların iletişim için yeterli olması (SMMDT \geq 20)

Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri:

- Ciddi bilişsel bozukluklar veya demans tanısı (SMMDT \leq 20)
- Yatağa veya sandalyeye bağımlılık
- Ciddi psikiyatrik bozukluklar (şizofreni, bipolar bozukluk vs.)
- Ortopedik problemler (kalça kırıkları, protez ameliyatı sonrası dönemde olan bireyler)

- Akut dönemdeki mobilitiyi değiştirebilecek kas-iskelet sistemi hastalıkları (akut romatoid artrit atakları, akut bel fitiği, akut gut hastalığı atakları, kırıklar vs.)
- Ciddi kronik hastalıklar (İleri evrede kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği veya kontrol edilemeyen diyabet)
- Akut tıbbi durumlar (Son 6 ay içinde büyük cerrahi operasyon geçiren ya da ciddi enfeksiyonlar (örneğin sepsis) geçirmiş olan bireyler)
- Yüksek dozda ilaç kullanımı (Yüksek dozda antidepresanlar, antipsikotikler veya sedatif ilaçlar kullanan bireyler)
- Görme veya işitme engeli olan bireyler

Çalışmaya katılmaya gönüllü ve dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalara, fizyoterapist tarafından gerekli bilgiler sunulmuştur. Anketler, yüz yüze olarak ve Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde fizyoterapist tarafından uygulanmıştır. Sosyodemografik Veri Formu (EK-5), Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği (EK-8) ve Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (EK-9) fizyoterapist tarafından katılımcıya sorularak doldurulmuştur. Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu (EK-6), Geriatrik Anksiyete Ölçeği (EK-7) ve Nottingham Sağlık Profili (EK-10) ise katılımcı tarafından doldurulmuş, gerekirse fizyoterapist yardımcı olmuştur.

3.1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Çalışmanın Gücü

Çalışmanın evrenini, Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde kalan dahil edilme kriterlerine uygun olan 42 geriatric birey oluşturdu. Örneklemi ise, 42 hasta arasından çalışmaya katılmak için gönüllü ve dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar oluşturdu.

Örneklem büyüklüğü ise evreni bilinen örneklem hesaplaması formülü üzerinden hesaplanmıştır. Formüle göre, çalışmamızın %95 güven aralığı ve %5 hata payına sahip olabilmesi için örneklem büyüklüğü 38 olarak hesaplanmıştır. Çalışma sürecinde 10 bireyin kurumdan ayrılması 2 bireyin ise çalışmaya katılmayı kabul etmemesi sebebiyle hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılamamıştır. Bununla birlikte primer değişken olarak belirlenen GDÖ ve TDYÖ arasındaki orta düzey ilişki ($r=0.58$, $p=0.02$) baz alınarak yapılan post-hoc güç analizinde çalışmanın gücü %94 olarak hesaplandı.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot d^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)} = \frac{42 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(42-1) \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)} = 38$$

$$N = 42$$

$$Z = 1,96$$

$$p = 0,5$$

$$d = 0,05$$

3.2. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Form (GDÖ-KF), Geriatrik Anksiyete Ölçeği (GAS), Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği (TDYÖ), Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (ZKYT) ve Nottingham Sağlık Profili (NSP).

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu, katılımcıların sosyal ve demografik özelliklerini toplamak amacıyla uygulanmıştır. Bu form, araştırmaya katılan geriatric bireylerin temel özelliklerini anlamak için önemlidir. Form; demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi) sosyal bilgileri (eş ve çocuk durumu, ne zamandır huzurevinde kaldığı, sigara kullanma durumu) ve sağlık bilgileri (kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, kullandığı yürüme yardımcısı) kısımlarından oluşmaktadır.

3.2.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form

Sheikh ve Yesavage (1986) tarafından geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), yaşlı bireylerde depresyon riski taşıyan kişilerin tespit edilmesinde sıkça başvurulan bir değerlendirme aracıdır. Test, kullanım kolaylığını artırmak amacıyla Burke ve arkadaşları (1991) tarafından kısa formu olan 15 soruluk versiyona (GDÖ-KF) dönüştürülmüş ve bu formun geçerliliği ile güvenilirliği incelenmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Durmaz (2019) tarafından yapılmıştır. GDÖ-KF; yaşlı bireylerin kolayca yanıtlayabileceği şekilde, 15 maddeden oluşan ve son bir haftada nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan "evet" ya da "hayır" cevaplarından oluşan bir öz bildirim aracıdır. Bu ölçeğin değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır: 1,5,7,11 ve 13. sorular için "hayır" yanıtı 1 puan, "evet" yanıtı ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Buna karşılık, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 ve 15. sorularda "evet"

yanıtı 1 puan, “hayır” yanıtı ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 15’tir. Toplam puan, bireyin depresyon seviyesini belirler. Ölçeğin puanlama aralıkları şu şekildedir: 0-4 puan “depresyon yok”, 5-8 puan “hafif depresyon”, 9-11 puan “orta düzeyde depresyon” ve 12 puan ile üzeri “ağır depresyon” olarak sınıflandırılır (Durmaz, 2019; Burke, Roccaforte and Wengel, 1991; Sheikh and Yesavage, 1986).



3.1. Katılımcılarından birinin huzurevinde GDÖ-KF doldurma süreci sırasında elde edilen görüntü.

Görsel, araştırmanın veri toplama sürecini belgeleme amacı taşımaktadır.

3.2.3. Geriatrik Anksiyete Ölçeği

GAS, Pachana et. al. tarafından (2007) yaşlı bireylerde anksiyete düzeyini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Karahan vd. (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek, yaşlı bireylerin anksiyete belirtilerini anlamak ve değerlendirmek amacıyla kullanılan 23 maddeden oluşan bir öz bildirim aracıdır. Katılımcılardan, son bir hafta içerisinde her bir semptomu ne sıklıkla deneyimlediklerini belirtmeleri istenir. Soruların puanlanması şu şekildedir; 0 (Asla), 1 (Bazen), 2 (Çoğu Zaman) ve 3 (Her Zaman). Ölçekte alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 69’dur. Toplamda elde edilen puan, bireyin anksiyete seviyesini belirler. Test için kesme puanı bulunmamakla birlikte toplam puan ne kadar yüksekse anksiyete o kadar yüksektir (Karahan F., Hamarta ve Karahan A., 2019; Pachana et. al., 2007).

3.2.4. Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği

İlk olarak Tinetti et. al. (1986) tarafından düşme riski yüksek olan hastaların değerlendirilmek için geliştirilmiştir ve daha sonra denge ile yürüme bozuklarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Başlangıçta Performance-Oriented Mobility Assessment in Elderly Patients (POMA) olarak bilinen test, daha sonrasında TDYÖ olarak isimlendirilmiştir. Türkçe uyarlaması ise 2009 yılında Ağırca tarafından yapılmış ve geçerlilik ile güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. TDYÖ testi, dengeyi ve yürümeyi iki ana kategoride değerlendirir: ilk 13 soru dengeyi, sonraki 9 soru ise yürümeyi ölçer. Denge bölümündeki sorular; 2 (Normal), 1 (Adaptif) ve 0 (Anormal) şeklinde puanlanır. Bu bölümde elde edilebilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 26'dır. Toplamda elde edilen puan, bireyin denge seviyesini belirler. Yürüyüş bölümündeki sorular ise; 1 (Normal) ve 0 (Anormal) şeklinde puanlanır. Bu bölümde ise elde edilebilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 9'dur. Toplamda elde edilen puan bireyin yürüyüş bozukluğu seviyesini belirler. TDYÖ'nden alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 35'tir. Toplam puan ne kadar yüksekse bireyin dengesi ve yürüyüşü o kadar iyidir (Ağırca, 2009; Tinetti, Williams ve Mayewski, 1986).



3.2. Katılımcılarından birinin huzurevinde TDYÖ doldurma süreci sırasında elde edilen görüntü.

Görsel, araştırmanın veri toplama sürecini belgeleme amacı taşımaktadır.

3.2.5. Zamanlı Kalk ve Yürü Testi

ZKYT testi, geriatric bireylerde denge ve yürüme problemlerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla başvurulan basit bir test olup, Podsiadlo ve Richardson (1991)

tarafından geliştirilmiştir. Bu testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2019 yılında Kahraman-Özcan vd. tarafından gerçekleştirilmiştir. Test, katılımcının ayağa kalkma, yürüme, dönme ve oturma gibi fonksiyonel hareketler sırasında yürüyüş hızı ve denge durumunu ölçer. Test uygulanacak bireyden, 40 ile 50 cm arasında oturma yüksekliğine sahip standart bir sandalyeden kalkıp 3 metre mesafeyi güvenli ve normal hızda yürüdükten sonra dönüş yapıp, başlangıç noktasına geri dönerek sandalyeye oturması istenir. Test, bireyin ayakları yere paralel ve düz bir şekilde, elleri sandalyenin kol dayama yerlerinde olduğu sırada, uygulayıcının (doktor, fizyoterapist vb.) "Başla" komutuyla başlar. Test, bireyin sırtı sandalyenin sırt yaslama kısmına değdiğinde sonlanır. Test süresi saniye (sn) cinsinden ölçülür ve üç tekrar yapılır, en iyi sonuç kaydedilir. Testin daha kısa sürede tamamlanması, bireyin denge ve yürüme becerisinin daha iyi olduğunu ve düşme riskinin daha düşük olduğunu gösterir (Kahraman-Özcan vd., 2019; Podsiadlo and Richardson, 1991).

3.2.6. Nottingham Sağlık Profili

NSP, bireylerin sağlık durumları ve yaşam kalitelerini değerlendirmek için Hunt et. al. tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Durademir-Badır (1988) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, altı ana kategoriden oluşur: fiziksel hareketlilik (8 soru), enerji (3 soru), ağrı (8 soru), uyku (5 soru), sosyal izolasyon (5 soru) ve duygusal tepkiler (9 soru). Her soru, 'evet' ya da 'hayır' şeklinde yanıtlanır. Her 'evet' cevabı 100 puan olarak, 'hayır' cevabı ise 0 puan olarak değerlendirilir. Bütün kategoriler için ayrı ayrı olacak şekilde, o alanda alınan puanlar toplanır ve kategorideki toplam soru sayısına bölünür. Hesaplanan puan o alandaki problemin seviyesini belirler. 0 puan, o alanda hiçbir sorun olmadığını, 100 puan ise maksimum düzeyde sorun yaşandığını ifade eder. Sonra bütün puanlar toplanır ve toplam puan elde edilir. NSP' nde elde edilen en düşük puan 0, en yüksek puan ise 600'dür. Toplam puan ne kadar düşükse bireyin yaşam kalitesi o kadar iyidir (Durademir-Badır A, 1998; Hunt, McEwen ve McKenna, 1985).



3.3. Katılımcılarından birinin huzurevinde NSP doldurma süreci sırasında elde edilen görüntü.
Görsel, araştırmanın veri toplama sürecini belgeleme amacı taşımaktadır.

3.3. İstatiksel Analiz ve Güç Analizi

Veriler, Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Tüm analizlerde, istatistiksel anlamlılık için 'p' değeri 0,05'in altında ise anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin normal dağılımı, 30 ve altı örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurularak Shapiro-Wilk Testi ile test edilmiştir. Varyans homojenliği ise Levene Testi ile değerlendirilmiştir. Nicel veriler, ortalama ve standart sapma ($X \pm SS$) ile sunulurken, kategorik veriler frekans ve yüzdeler oranlar ($n / \%$) ile raporlanmıştır. Verilerin normal dağılmadığı durumlarda ilişkiler, nonparametrik bir test olan Spearman korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 26 geriatrik birey dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.1'de verilmiştir. Bu çizelgeye bakarak katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %46,2'sinin genç yaşlı (65-74), %34,6'sının orta yaşlı (75-84) ve %19,2'sinin ileri yaşlı (85-94) olduğu görüldü. Katılımcıların %53,8'i kadın, %46,2'si erkekti.

Medeni durum açısından; %42,3'ü bekar, %23,1'i evli ve %34,6'sı dul bireylerden oluşmaktaydı. Eğitim durumuna bakıldığında; %15,4'ü okuryazar değil, %23,1'i ilkokul mezunu, %3,8'i ortaokul mezunu, %11,5'i lise mezunu, %38,5'i lisans mezunu, %3,8'i yüksek lisans mezunu ve %3,8'i doktora mezunuydu.

Eş durumu açısından; %42,3'ünün hiç eşi olmamış, %19,2'sinin eşi yaşıyor, %38,5'inin eşi yaşamıyordu. Katılımcıların %50'sinin çocuğu var, %50'sinin çocuğu bulunmamaktadır. Huzurevinde kalma süresi değerlendirildiğinde; %30,8'i 0-3 ay, %42,3'ü 3 ay-1 yıl, %23,1'i 1-5 yıl ve %3,8'i 5 yıl ve üzeri süredir huzurevinde kalmaktaydı.

Sigara içme durumuna göre; %53,8'i hiç içmemiş, %19,2'si daha önce içmiş ancak bırakmış, %26,9'u halen sigara içmektedir. Kronik rahatsızlığı olanların oranı %46,2, olmayanların oranı ise %53,8'dir. Yürüme yardımcısı kullanımına bakıldığında; %57,7'si yürüme yardımcısı kullanmamakta, %19,2'si walker kullanmakta, %23,1'i ise baston kullanmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması $75,8 \pm 7,2$ yıl, boy ortalaması $162,3 \pm 8,1$ cm, kilo ortalaması ise $68,5 \pm 10,4$ kg olarak bulunmuştur.

4.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Değişkenler	n	%
Yaş	Genç Yaşlı (65-74)	12	46,2
	Orta Yaşlı (75-84)	9	34,6
	İleri Yaşlı (85-94)	5	19,2
	Ort ± SS		
	78,5 ± 7,2		
Boy (cm)	162,3 ± 8,1		
Kilo (kg)	68,5 ± 10,4		
Cinsiyet	Kadın	14	53,8
	Erkek	12	46,2
Medeni Durum	Bekar	11	42,3
	Evli	6	23,1
	Dul	9	34,6
Eğitim Durumu	Okuryazar Değilim	4	15,4
	İlkokul Mezunu	6	23,1
	Ortaokul Mezunu	1	3,8
	Lise Mezunu	3	11,5
	Lisans Mezunu	10	38,5
	Yüksek Lisans Mezunu	1	3,8
	Doktora Mezunu	1	3,8
Eş Durumu	Eşi olmadı	11	42,3
	Eşi yaşıyor	5	19,2
	Eşi yaşamıyor	10	38,5
Çocuk Durumu	Çocuğu var	13	50
	Çocuğu yok	13	50
Huzurevinde Kalma Süresi	0-3 ay	8	30,8
	3 ay – 1 yıl	11	42,3
	1 yıl – 5 yıl	6	23,1

	5 yıl ve üzeri	1	3,8
Sigara İçme Durumu	Hiç içmemiş	14	53,8
	İçmiş bırakmış	5	19,2
	Halen içiyor	7	26,9
Kronik Rahatsızlık Durumu	Var	12	46,2
	Yok	14	53,8
Yürüme Yardımcısı Kullanımı	Kullanmıyor	15	57,7
	Walker kullanıyor	5	19,2
	Baston kullanıyor	6	23,1

n: Frekans, %: Yüzelik dağılım, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, cm: Santimetre, kg: Kilogram.

Katılımcıların değerlendirme sonuçları Çizelge 4.2’de gösterilmiştir. Bu çizelgeye göre; katılımcıların SSMDT ortalaması $23,73 \pm 3,35$; GDÖ-KF ortalaması $5,42 \pm 4,81$; GAS ortalaması $15,07 \pm 13,58$; TDYÖ’ nün denge bölümünün ortalaması $16,65 \pm 6,72$ iken yürüyüş bölümünün ortalaması $5,11 \pm 2,3$, total ortalaması ise $21,76 \pm 8,8$; ZKYT ortalaması $13,26 \pm 4,81$; NSP’ nin fiziksel hareketlilik bölümünün ortalaması $41,11 \pm 31,43$, enerji bölümünün ortalaması $42,34 \pm 39,57$, ağrı bölümünün ortalaması $37,73 \pm 32,18$, uyku bölümünün ortalaması $40,76 \pm 34,63$, sosyal izolasyon bölümünün ortalaması $36,92 \pm 42,21$, emosyonel tepkiler bölümünün ortalaması $35,42 \pm 36,59$ ve total ortalaması ise $234,84 \pm 182,92$ bulunmuştur.

Çizelge 4.2’ ye göre anket/testlerden alınan min ve max puanlara baktığımızda SSMDT’ den 20 - 30; GDÖ-KF’ den 0 - 15; GAS ‘den 0 - 42; TDYÖ denge bölümünden 6 - 26, yürüyüş bölümünden 1 - 9, total olarak da 7 - 35; ZKYT ‘den 6 - 22; NSP’ nin fiziksel hareketlilik bölümünden 0 - 88, enerji bölümünden 0 - 100, ağrı bölümden 0 - 100, uyku bölümünden 0 - 100, sosyal bölümünden 0 - 100, emosyonel tepkiler bölümünden 0 - 100 ve total olarak da 0 - 551 puan alınmıştır.

4.2 Katılımcıların SMET, GDÖ-KF, GAS, TDYÖ, ZKYT, NSP verilerinin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçekler/Testler	X_±SS	Ortanca (Min-Max)
Standartize Mini Mental Durum Testi	$23,73 \pm 3,35$	23,00 (20,00-30,00)
Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Form	$5,42 \pm 4,81$	4,00 (0-15,00)

Geriatrik Anksiyete Ölçeği	15,07±13,58	10,00 (0-42,00)
Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği	21,76±8,81	21,50 (7,00-35,00)
Denge Puanı	16,65±6,72	16,50 (16,00-26,00)
Yürüyüş Puanı	5,11±2,3	5,00 (1,00-9,00)
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (sn)	13,26±4,81	13,00 (6,00-22,00)
Nottingham Sağlık Profili	234,84±182,92	190,50 (0-551,00)
Fiziksel Hareketlilik	41,11±31,43	44,00 (0-88,00)
Enerji	42,34±39,57	33,00 (0-100,00)
Ağrı	37,73±32,18	38,00 (0-100,00)
Uyku	40,76±34,63	30,00 (0-100,00)
Sosyal İzolasyon	36,92±42,21	20,00 (0-100,00)
Emosyonel Tepkiler	35,42±36,59	22,00 (0-100,00)

X: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum, sn: Saniye.

Katılımcıların GDÖ-KF, GAS, TDYÖ, ZKYT ve NSP değişkenleri arasındaki ilişki Çizelge 4.3' te incelenmiştir. Bu çizelgeye göre GDÖ-KF puanı ile GAS puanı arasında ($r:0,883$, $p:0,000$), GDÖ-KF puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,795$, $p:0,000$), GDÖ-KF puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:0,686$, $p:0,000$), GDÖ-KF puanı ile NSP enerji puanı arasında ($r:0,641$, $p:0,000$), GDÖ-KF puanı ile NSP ağrı puanı arasında ($r:0,610$, $p:0,000$) GDÖ-KF puanı ile NSP uyku puanı arasında ($r:0,619$, $p:0,000$), GDÖ-KF puanı ile NSP sosyal izolasyon puanı arasında ($r:0,763$, $p:0,000$), GDÖ-KF puanı ile NSP emosyonel tepkiler puanı arasında ($r:0,704$, $p:0,000$), GAS puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,884$, $p:0,000$), GAS puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:0,707$, $p:0,000$), GAS puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,782$, $p:0,000$) GAS puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,690$, $p:0,000$) GAS puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,674$, $p:0,000$) GAS puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,808$, $p:0,000$) ve GAS puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,765$, $p:0,000$) pozitif yönde ve yüksek şiddette anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

ZKYT puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:0,544$, $p:0,004$) pozitif yönde ve orta şiddette anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

ZKYT puanı ile TDYÖ total puanı arasında ($r:-0,909$, $p:0,000$), ZKYT puanı ile TDYÖ total puanı arasında ($r:-0,888$, $p:0,000$) ve ZKYT puanı ile TDYÖ total puanı arasında ($r:-0,880$, $p:0,000$) negatif yönde ve yüksek şiddette anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

GDÖ-KF puanı ile TDYÖ total puanı arasında ($r:-0,586$, $p:0,002$), GDÖ-KF puanı ile TDYÖ denge puanı arasında ($r:-0,584$, $p:0,002$), GDÖ-KF puanı ile TDYÖ yürüyüş puanı arasında ($r:-0,527$, $p:0,006$), GDÖ-KF puanı ile ZKYT puanı arasında ($r:-0,607$, $p:0,001$), GAS puanı ile TDYÖ total puanı arasında ($r:-0,553$, $p:0,003$), GAS puanı ile TDYÖ denge puanı arasında ($r:-0,552$, $p:0,003$), GAS puanı ile TDYÖ yürüyüş puanı arasında ($r:-0,478$, $p:0,013$), GAS puanı ile ZKYT puanı arasında ($r:-0,555$, $p:0,003$), TDYÖ total puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:-0,662$, $p:0,000$), TDYÖ denge puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:-0,660$, $p:0,000$) ve TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP fiziksel hareketlilik puanı arasında ($r:-0,624$, $p:0,001$) negatif yönde ve orta şiddette anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Ama ZKYT puanı ile NSP total puanı arasında ($r:0,307$, $p:0,128$), ZKYT puanı ile NSP enerji puanı arasında ($r:0,206$, $p:0,313$), ZKYT puanı ile NSP ağrı puanı arasında ($r:0,017$, $p:0,935$), ZKYT puanı ile NSP uyku puanı arasında ($r:0,216$, $p:0,289$), ZKYT puanı ile NSP sosyal izolasyon puanı arasında ($r:0,326$, $p:0,104$), ZKYT puanı ile NSP emosyonel tepkiler puanı arasında ($r:0,164$, $p:0,423$), TDYÖ total puanı ile NSP total puanı arasında ($r:-0,324$, $p:0,126$), TDYÖ total puanı ile NSP enerji puanı arasında ($r:-0,228$, $p:0,262$), TDYÖ total puanı ile NSP ağrı puanı arasında ($r:-0,120$, $p:0,559$), TDYÖ total puanı ile NSP uyku puanı arasında ($r:-0,176$, $p:0,391$), TDYÖ total puanı ile NSP sosyal izolasyon puanı arasında ($r:-0,281$, $p:0,164$), TDYÖ total puanı ile NSP emosyonel tepkiler puanı arasında ($r:-0,111$, $p:0,589$), TDYÖ denge puanı ile NSP total puanı arasında ($r:-0,315$, $p:0,117$), TDYÖ denge puanı ile NSP enerji puanı arasında ($r:-0,232$, $p:0,255$), TDYÖ denge puanı ile NSP ağrı puanı arasında ($r:-0,101$, $p:0,624$), TDYÖ denge puanı ile NSP uyku puanı arasında ($r:-0,169$, $p:0,408$), TDYÖ denge puanı ile NSP sosyal izolasyon puanı arasında ($r:-0,250$, $p:0,218$), TDYÖ denge puanı ile NSP emosyonel tepkiler puanı arasında ($r:-0,120$, $p:0,560$), TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP total puanı arasında ($r:-0,264$, $p:0,193$), TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP enerji puanı arasında ($r:-0,132$, $p:0,520$), TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP ağrı puanı arasında ($r:-0,098$, $p:0,636$), TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP uyku puanı arasında ($r:-0,099$, $p:0,631$), TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP sosyal izolasyon puanı arasında ($r:-$

0,287, p: 0,156) ve TDYÖ yürüyüş puanı ile NSP emosyonel tepkiler puanı arasında (r:-0,032 p: 0,877) anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

4.3 Katılımcıların GDÖ-KF, GAS, TDYÖ, ZKYT ve NSP değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

1.Değişken	2. Değişken	r	p
GDÖ-KF	GAS	0,883**	0,000
GDÖ-KF	TDYÖ Total	-0,586**	0,002
	Denge	-0,584**	0,002
	Yürüyüş	-0,527**	0,006
GDÖ-KF	ZKYT	-0,607**	0,001
GDÖ-KF	NSP Total	0,795**	0,000
	Fiziksel Hareketlilik	0,686**	0,000
	Enerji	0,641**	0,000
	Ağrı	0,610**	0,000
	Uyku	0,619**	0,000
	Sosyal İzolasyon	0,763**	0,000
	Emosyonel Tepkiler	0,704**	0,000
GAS	TDYÖ Total	-0,553**	0,003
	Denge	-0,552**	0,003
	Yürüyüş	-0,478*	0,013
GAS	ZKYT	-0,555*	0,003
GAS	NSP Total	0,884**	0,000
	Fiziksel Hareketlilik	0,707**	0,000
	Enerji	0,782**	0,000
	Ağrı	0,690**	0,000
	Uyku	0,674**	0,000
	Sosyal İzolasyon	0,808**	0,000
	Emosyonel Tepkiler	0,765**	0,000
ZKYT	TDYÖ Total	-0,909**	0,000
	Denge	-0,888**	0,000
	Yürüyüş	-0,880**	0,000
ZKYT	NSP Total	0,307	0,128
	Fiziksel Hareketlilik	0,544**	0,004
	Enerji	0,206	0,313
	Ağrı	0,017	0,935
	Uyku	0,216	0,289
	Sosyal İzolasyon	0,326	0,104
	Emosyonel Tepkiler	0,164	0,423
TDYÖ Total	NSP Total	-0,324	0,106
	Fiziksel Hareketlilik	-0,662**	0,000
	Enerji	-0,228	0,262
	Ağrı	-0,120	0,559
	Uyku	-0,176	0,391
	Sosyal İzolasyon	-0,281	0,164
	Emosyonel Tepkiler	-0,111	0,589
TDYÖ Denge	NSP Total	-0,315	0,117
	Fiziksel Hareketlilik	-0,660**	0,000
	Enerji	-0,232	0,255

TDYÖ Yürüyüş	Ağrı	-0,101	0,624
	Uyku	-0,169	0,408
	Sosyal İzolasyon	-0,250	0,218
	Emosyonel Tepkiler	-0,120	0,560
	NSP Total	-0,264	0,193
	Fiziksel Hareketlilik	-0,624**	0,001
	Enerji	-0,132**	0,520
	Ağrı	-0,098**	0,636
	Uyku	-0,099**	0,631
	Sosyal İzolasyon	-0,287**	0,156
	Emosyonel Tepkiler	-0,032**	0,877

GDÖ-KF: Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Form, GAS: Geriatrik Anksiyete Ölçeği, TDYÖ: Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği, ZKYT: Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, NSP: Nottingham Sağlık Profili, p: Anlamlılık katsayısı, r: Sperman korelasyon katsayısı, *p<0,05, **p<0,01.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Elde edilen bulgular, literatürdeki daha önceki çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir ve geriatric bireylerde depresyon ve anksiyetenin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde ciddi etkiler yarattığını bir kez daha göstermiştir.

Yaşlılık döneminde yaşanan ruhsal sağlık sorunları, bireyin yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu derinden etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Özellikle huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde, çevresel değişiklikler, yalnızlık, sosyal destek eksikliği ve fiziksel hastalıklar gibi çeşitli nedenlerle depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış görülmektedir. Bu iki durum, yalnızca sık görülmeleri açısından değil, aynı zamanda birbiriyle olan yakın ilişkileri nedeniyle de dikkat çekicidir (Parmelee, Katz and Lawton, 1993).

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde de depresyonun varlığının anksiyete gelişimini kolaylaştırdığı ve aynı şekilde anksiyete belirtilerinin de depresyonu şiddetlendirdiği birçok çalışmada belirtilmiştir. Türkiye’de huzurevlerinde yapılan çalışmalar da bu iki psikolojik durumun sıklıkla bir arada görüldüğünü ve birbirini etkilediğini ortaya koymaktadır. Bahar (2005) tarafından yapılan bir araştırmada, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yani depresyon düzeyi yükseldikçe, bireylerin anksiyete puanlarının da paralel şekilde arttığı belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, özellikle kurumdaki kalış süresi ve kronik hastalık varlığının bu ilişkiyi güçlendirdiği vurgulanmıştır (Bahar, 2005).

Erkan (2015) tarafından İstanbul’daki özel huzurevlerinde yapılan araştırmada, huzurevinde kalan yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete skorlarının toplumda yaşayan yaşlılarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, sosyal destek düzeylerinin düşüklüğü, bireylerin psikolojik dayanıklılığını

zayıflattığı için hem depresif belirtileri hem de kaygıyı artıran bir risk faktörü olarak öne çıkmıştır. Bu da sosyal izolasyonun, huzurevindeki yaşlı bireylerin ruhsal sağlığı üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır (Erkan, 2015).

Ulbricht et. al. (2021) gerçekleştirdiği bir başka çalışmada, huzurevinde yeni kabul edilen yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin birlikte görülme sıklığı oldukça yüksektir. Özellikle kronik ağrı, fiziksel hareketlilikte azalma ve yeni ortama uyum süreci gibi değişkenlerin hem depresif semptomları hem de anksiyeteyi artırdığı belirtilmiştir. Bu da psikolojik sağlığın yalnızca bireysel değil, çevresel faktörlerden de güçlü şekilde etkilendiğini göstermektedir (Ulbricht, Hunnicutt, Hume and Lapane, 2019).

Yaptığımız çalışmada da depresyon ve anksiyetenin yalnızca ruhsal durumla sınırlı kalmayıp, bireylerin yaşam kalitesi, denge ve yürüme gibi fiziksel işlevleriyle de doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Geriatrik bireylerde psikolojik bozuklukların, postüral denge üzerinde olumsuz etkiler yarattığı; yürüme güvenliğini azalttığı ve düşme riskini artırdığı saptanmıştır. Bu doğrultuda, depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği gibi değerlendirmelerde daha düşük skorlar aldığı ve Time Up and Go Testi sürelerinin uzadığı görülmektedir. Dolayısıyla depresyon ve anksiyete, sadece mental sağlıkla sınırlı kalmamakta; fiziksel işlevselliğin de önemli belirleyicileri haline gelmektedir. Bu nedenle, huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon ve anksiyetenin erken saptanması ve müdahalesi, yaşam kalitesini artırmak ve düşmelere bağlı komplikasyonları önlemek açısından büyük önem taşımaktadır (Chen et. al., 2013).

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ile denge ve yürüme bozuklukları arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon düzeyi arttıkça denge ve yürüme fonksiyonlarının bozulduğunu göstermektedir. Literatüre baktığımızda huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyonun denge ve yürüme bozukluklarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Örneğin, Kvelde ve arkadaşlarının (2015) gerçekleştirdiği çalışma sonucunda, yaşlı bireylerde depresyon semptomlarının artmasının, yürüyüş ve fiziksel fonksiyonların azalmasına ve düşme risklerinin yükselmesine yol açtığı raporlanmıştır (Kvelde et. al., 2015).

Büker vd. (2010) yaptıkları çalışmada ise, yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin ve moral durumunun mobilitayı ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (Büker vd., 2010).

Huzurevinde ikamet eden yaşlı bireylerin, aileleriyle birlikte kendi evlerinde yaşayanlara oranla daha fazla depresyon belirtisi gösterdiği, moral düzeylerinin daha düşük olduğu ve bunun sonucunda fonksiyonel kısıtlılıkların daha sık yaşandığı belirlenmiştir. Bu durumun yaşlılarda denge bozuklukları ve yürüme güçlüğüne neden olduğu rapor edilmiştir. Torpil ve çalışma arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdiği araştırmada ise, huzurevi sakinlerinde depresyon düzeyindeki yükselmenin mobilite azalmasıyla ters orantılı olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin hareket kabiliyetindeki azalma hem temel günlük yaşam aktivitelerinde hem de yardımcı aktivitelerde kısıtlılıklara yol açmakta ve bu durum depresyon seviyelerini artırmaktadır (Torpil vd., 2016).

Yaptığımız çalışma sonucunda, depresyon ile yaşam kalitesi arasında yüksek şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de belirgin şekilde düşmektedir. Yine literatür incelemeleri, depresyonun yaşam kalitesini düşürdüğü, sosyal izolasyonu artırdığı ve fiziksel aktivitenin azalmasına neden olarak denge ve yürüme fonksiyonlarını olumsuz etkilediği sonucunu desteklemektedir. Yani depresyonun yalnızca psikolojik değil aynı zamanda fiziksel sağlık üzerinde de belirgin etkilerinin olduğu, böylece genel yaşam doyumunu azalttığı sonucuna varılmıştır. Geçmiş çalışmalara baktığımızda, Zincir ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdiği araştırmada, huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi puanı yükseldikçe depresyon puan ortalamalarının düştüğü ve bu iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Zincir vd., 2008).

Benzer şekilde, Lynch ve arkadaşlarının (2010) yürüttükleri çalışmada ise, kaygı ile görülen depresyonun yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, yaşlanma sürecinde artan endişe düzeyinin ise depresyon belirtilerini artırdığı vurgulanmıştır (Lynch et. al., 2010).

Anksiyete, bireylerde hareketin bilinçli kontrol mekanizmasını devreye sokarak, motor fonksiyonlarda düşüşe ve yürüyüş esnasında dengenin bozulmasına yol açabilir. Bu durum da yüksek anksiyeteye sahip bireylerde denge kontrollerini olumsuz etkileyerek yürüme performanslarını azalmasına neden olmakta ve bireylerin düşme

riskini artırmaktadır. Ayrıca, anksiyeteli bireylerin özgüven kaybı yaşadığı ve hareket ederken destek alma ihtiyacı duydukları görülmüştür. Çalışmamızda, anksiyete ile denge ve yürüme bozuklukları arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yani huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde anksiyete düzeyi yükseldikçe denge ve yürüyüş bozuklukları artmaktadır. Bu bulgu, literatürdeki çalışmalarla da tutarlıdır. Örneğin; Mutz et. al. (2022) yaptığı bir çalışmada, yaşlı bireylerde anksiyeteye bağlı olarak hareketle ilgili bilinçli kontrol mekanizmasının devreye girdiği ve bunun, normalde otomatik olan yürüme gibi motor görevlerde performans düşüşüne neden olduğu belirtilmiştir. Bu durum, yürüme sırasında denge kaybı riskini artırır ve yürüme bozukluklarının derinleşmesine yol açabilir. Özellikle yaşlı bireylerde düşme korkusunun, anksiyetenin şiddetini artırdığı ve bunun yürüyüş esnasındaki dengenin bozulmasına katkıda bulunduğu görülmüştür (Mutz et. al., 2022).

Feldman et. al. (2019) gerçekleştirdiği araştırmada, anksiyete yaşayan bireylerde yürüyüş hızının daha düşük, adım uzunluğunun ve kadansın daha kısa olduğu; buna ek olarak denge sorunları ve hareket bozukluklarının da sıkça görüldüğü saptanmıştır (Feldman et. al., 2019).

Young ve Williams (2015) yaptıkları çalışmada ise yaşlı bireylerde anksiyetenin, denge ve yürüyüş dahil olmak üzere çeşitli mekanizmalar yoluyla düşme riskini etkilediğini raporlamışlardır. Anksiyetesi olan yaşlı bireylerin daha kısa adımlar atması ve daha yavaş bir yürüyüş hızına sahip olması düşme riskini artırmaktadır. Bu bulgular ışığında, anksiyete yönetiminin düşme riskini azaltmaya yönelik rehabilitasyon programlarında önemli bir bileşen olması gerektiği söylenebilir. Özellikle denge eğitimi ve kaygı yönetimi tekniklerinin bir arada uygulanması, bireylerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlıklarını iyileştirebilir (Young and Williams, 2015).

Anksiyete aynı zamanda bireylerde yaşam kalitesini de düşürmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde hem duygusal hem de fiziksel sağlığı etkileyerek yaşam kalitesinde de belirgin bir düşüşe yol açabilir. Yüksek anksiyete seviyeleri, bireylerin günlük aktivitelerden kaçınmasına, fiziksel hareketlerinin kısıtlanmasına ve sosyal izolasyonun artmasına neden olabilir. Çalışmamızda da benzer bir eğilim gözlemlenmiş, anksiyete ile yaşam kalitesi arasında yüksek şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde anksiyete düzeyinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş gözlenmektedir.

Literatürü incelediğimizde; Crocco et. al. (2017) yaptığı bir çalışmada; anksiyete bozukluklarının sosyal izolasyon, fiziksel sağlık sorunları ve düşük özgüven gibi faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Crocco et. al., 2017).

Salkın vd. (2024) anksiyete düzeyleri farklı (hafif, orta, şiddetli) yaşlıların yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; anksiyete düzeyi hafif olan yaşlıların orta ve şiddetli; hafif ve orta düzeyde olanların ise şiddetli düzeyde anksiyete puan ortalamalarına sahip yaşlılara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu sonucu raporlanmıştır (Salkın vd., 2024).

Bourland et. al. (2010) yaptıkları bir çalışmadaki araştırma bulgularına göre ise, yaşın ilerlemesiyle birlikte değişen çevresel koşullar ve azalan yaşam beklentisi anksiyete seviyesini artırmakta, bu da bireylerin yaşamdan aldıkları keyfi ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (Bourland et. al., 2010).

Banovic et. al. (2010) Crohn hastalığı olan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışma sonuçları da psikolojik açıdan yaşlı bireylerle benzer özellikler taşıyan bu hastalarda, özellikle kadınlarda depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini düşürmede önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Banovic et. al., 2010).

Yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyetenin birlikte bulunması hem mental hem de fiziksel sağlığı daha fazla olumsuz etkileyebilir. Özellikle huzurevi gibi sosyal izolasyonun daha yoğun yaşandığı ortamlarda bu etkilerin daha belirgin hale gelebileceği görülmektedir. Literatürde, depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini düşürdüğü ve bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarını sınırlandırdığı belirtilmektedir. Örneğin, [Smalbrugge](#) et. al. (2006) Hollanda'da 14 huzurevinde yaşayan 350 yaşlı birey üzerinde yaptığı bir çalışmada, depresyon ve anksiyete varlığının yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını, ancak fiziksel işlevsellik üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermiştir. Ayrıca, depresyon ve anksiyete, sağlık hizmetlerinin kullanımında değişikliklere yol açmıştır; bu durum, huzurevi sakinlerinin sağlık ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması ve karşılanması gerektiğini vurgulamıştır ([Smalbrugge](#) et. al., 2006).

Serrano-Checa et. al. (2020) yaptığı çalışmada ise, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşayan yaşlı bireylerin, özellikle dinamik denge ve fonksiyonel mobilitede bozulmalar yaşadığını göstermektedir. Bu da düşme riskini artıran önemli faktörlerden

biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda da benzer bulgular elde edilmiş ve bu bireylerde psiko-sosyal desteğin ve fiziksel rehabilitasyonun önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Serrano-Checa et. al., 2020).

Yaşlılık sürecinde fiziksel işlevlerdeki kayıplar, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde de ciddi etkiler yaratmaktadır. Denge ve yürüme gibi temel motor fonksiyonlar, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmenin temelini oluşturur. Bu becerilerdeki bozulmalar ise bireylerde bağımsızlık kaybı, sosyal izolasyon ve depresyon gibi sorunlara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Özellikle huzurevinde yaşayan bireylerde, çevresel değişiklikler ve sosyal destek eksikliğiyle birleştiğinde bu etkiler daha belirgin hale gelir. Araştırmalar, yaşlı bireylerin denge ve yürüme kapasitelerindeki azalmaların, yaşam kalitesi skorlarında belirgin düşüşlerle paralel ilerlediğini göstermektedir. Hollman ve arkadaşları (2011), yaşlanmaya bağlı kas-iskelet sistemi değişikliklerinin yürüyüş parametrelerini bozduğunu ve bu durumun bireylerin genel yaşamdan tatmin düzeylerini düşürdüğünü raporlamıştır. Aynı şekilde, yaşlı bireylerde yürüyüş hızının azalması ve adım uzunluğunun kısılması gibi değişiklikler, bireyin mobilitesinde kısıtlamalara neden olmakta ve yaşam kalitesinde azalma yaratmaktadır (Hollman et. al., 2011).

Özerdoğan vd. (2018) çalışması da benzer şekilde yaşam kalitesinin düşmesinin, postüral kontrol ve hareketlilik üzerinde olumsuz etkiler yarattığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahalelerin yalnızca psikolojik değil, fiziksel işlevselliği de destekleyecek şekilde planlanması gereklidir (Özerdoğan vd., 2018).

Tez çalışmamızda elde edilen bulgular da literatürle uyumlu olarak bulunmuştur. Yapılan Spearman korelasyon analizine göre, yaşam kalitesinin fiziksel hareketlilik bölümü ile denge ve yürüme performansı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Nottingham Sağlık Profili- Fiziksel Hareketlilik puanı arttıkça bireylerin TDYÖ ve ZKYT skorlarının arttığı gözlemlenmiştir. Bu durum, yaşam kalitesinin azalmasının denge ve yürüme bozukluklarını da beraberinde getirdiğini göstermektedir (Hollman et. al., 2011; Özerdoğan vd., 2018; Borah et. al., 2007).

Her ne kadar denge ve yürüyüş, bireyin fonksiyonel kapasitesinin temel belirleyicileri olsa da bu fizyolojik parametrelerin huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarıyla doğrudan ve güçlü ilişkiler

göstermediği bazı çalışmalarda da ortaya konmuştur (Kuczmarski, Kotler and Johnson, 2010).

Çalışmamızda elde edilen bulgularda ZKYT ve TDYÖ ile yaşam kalitesini ölçen Nottingham Sağlık Profili (NSP) alt parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaması, literatürde bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Özellikle enerji düzeyi, ağrı, uyku ve emosyonel tepkiler gibi subjektif yaşam kalitesi alt bileşenlerinin, bireyin denge ve yürüme kapasitesiyle her zaman doğrudan bir korelasyon göstermediği vurgulanmaktadır. Bunun nedeni, yaşam kalitesinin algısal ve bireysel değerlere dayalı bir yapı sergilemesi ve çok sayıda biyopsikososyal faktörden etkilenmesidir (Brown, Sinacore and Host, 2003).

Literatürde, fiziksel işlevselliğin yaşam kalitesine katkısı olduğu kadar, bu katkının bireyin öznel deneyimlerine, sosyal destek düzeyine ve ruhsal durumuna bağlı olarak değişebileceği ifade edilmiştir. Örneğin, bir birey fiziksel olarak bağımsız olsa dahi depresyon ya da yalnızlık hissi nedeniyle yaşam kalitesini düşük algılayabilmektedir. Aynı şekilde, bazı yaşlı bireylerde denge sorunları olsa da güçlü aile desteği, sosyal çevre ve kişisel baş etme mekanizmaları yaşam kalitesini yüksek tutabilmektedir (Walker, Maxwell, Hogan and Ebly, 2007).

Araştırmamızda NSP'nin alt boyutları (ağrı, uyku, emosyonel tepkiler, sosyal izolasyon vb.) ile denge ve yürüme skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemesi, bu çok boyutlu yapının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Özellikle yaşlı bireylerde yaşam kalitesi, fiziksel kapasitenin ötesinde bilişsel durum, psikolojik iyilik hali, geçmiş yaşam deneyimleri ve geleceğe dair beklentilerle şekillenmektedir. Bu durum, bazı çalışmalarda da benzer şekilde ortaya konmuş; örneğin, Vellas et. al. (1997), fiziksel performansla yaşam kalitesi arasında zayıf ya da orta düzeyde ilişkiler bulduklarını rapor etmişlerdir (Vellas et. al., 1997).

Diğer yandan, yürüyüş performansı veya denge kabiliyetinde azalma, her birey için aynı derecede yaşam kalitesini düşüren bir faktör olmayabilir. Özellikle huzurevi gibi kurumsal bakım ortamlarında, bireylerin fiziksel sınırlılıklarını kabul edip ona göre yaşamlarını yeniden organize ettikleri ve bu nedenle fonksiyonel kayıpların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin daha sınırlı hissedildiği bazı çalışmalarla desteklenmektedir (Tinetti, Mendes de Leon, Doucette and Baker, 1994).

Bu doğrultuda, çalışmamızda yaşam kalitesi ile denge ve yürüme puanları arasındaki korelasyonların anlamlı düzeye ulaşmaması, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen parametrelerin yalnızca fiziksel değil, çoklu sistem etkileşimiyle şekillendiğini göstermektedir. Özellikle küçük örneklem grubunun (n=26) bulunması da istatistiksel anlamlılık düzeyini etkilemiş olabilir. Yine de elde edilen bu sonuç, fiziksel performansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin bireyden bireye farklılık gösterebileceğini vurgulamaktadır (Kuczmarski et. al., 2010; Walker et al., 2007; Brown et. al., 2003; Vellas et. al., 1997; Tinetti et. al., 1994).

Bu çalışma, depresyon ve anksiyete ile denge, yürüme bozuklukları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri sistematik ve bütüncül biçimde değerlendiren sınırlı sayıdaki araştırmalardan biridir. Literatürde genellikle depresyon ile yaşam kalitesi veya anksiyete ile denge arasındaki tek yönlü ilişkiler ele alınırken, bu araştırma depresyon ve anksiyeteyi birlikte değerlendirerek hem fiziksel hem de psikososyal işlevlerle olan etkileşimlerini karşılaştırmalı olarak ortaya koymuştur (Bilgin vd., 2018; Djernes, 2006; Lenze et. al., 2001).

Ayrıca, çalışmanın huzurevinde yaşayan geriatric bireyler üzerinde gerçekleştirilmiş olması, sosyal izolasyonun psikolojik değişkenlerle etkileşimini anlamada önemli bir katkı sağlamaktadır. Özellikle, huzurevi ortamında sosyal destek eksikliği, bireylerin yalnızlık duygularını artırmakta ve depresyon ile anksiyete semptomlarının şiddetlenmesine yol açmaktadır. Önceki çalışmaların çoğunluğunun 2000'li yılların başında yapıldığı göz önüne alındığında, bu araştırma günümüzün değişen sosyoekonomik, kültürel ve demografik koşullarını dikkate alarak güncel bir boşluğu doldurmaktadır (Gökulu vd., 2013; Victor et. al., 2005; Cole and Dendukuri, 2003; Dişçigil vd., 2003).

Günümüzde yaşlılık süreci, geçmiş dönemlere kıyasla çok daha farklı dinamiklerin etkisi altındadır. Türkiye ve dünya genelinde emeklilik sistemleri, sosyal güvenlik uygulamaları, sağlık hizmetlerine erişim olanakları, bireysel gelir seviyeleri ve refah algısı ciddi değişimler geçirmiştir. Bu değişimler, yaşlı bireylerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlık durumlarına doğrudan yansımaktadır. Çalışmamız, 2024-2025 yıllarını kapsayan örneklemeyle bu değişimlerin etkilerini güncel verilerle inceleme fırsatı sunmuştur (Yahyaoglu, 2013; Fragoso et. al., 2012).

Aynı zamanda genç neslin yaşlılığa bakış açısındaki değişim ve sosyal destek sistemlerindeki dönüşüm de bu durumu derinleştirmektedir. Aile yapılarının küçülmesi, bireysel yaşam tercihlerinin artması ve kariyer odaklı yaşam tarzları, yaşlı bireylerin yalnızlık ve izolasyon riskini yükseltmiştir. Bu durum, depresyon ve anksiyete oranlarının huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda toplumdaki yaşlılarına göre daha yüksek seyretmesine neden olmaktadır (Crocco et. al., 2017; Lynch et. al., 2010).

Bununla birlikte, teknolojinin yaşamın her alanında artan etkisi yaşlı bireylerin psikososyal durumlarını hem destekleyen hem de zorlayıcı bir unsur haline getirmiştir. Dijitalleşme, bir yandan iletişim ve bilgiye erişimi kolaylaştırırken, diğer yandan dijital okuryazarlık eksikliği nedeniyle teknolojik yabancılaşma, kaygı ve stres düzeylerinde artışa sebep olabilmektedir. Çalışmamızın elde ettiği veriler, bu karmaşık etkileşimlerin huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde nasıl şekillendiğini ortaya koymaktadır (Chen et. al., 2013; Bourland et. al., 2010).

Son yıllarda yaşanan küresel COVID-19 pandemisi de yaşlı bireyler üzerinde derin etkiler yaratmıştır. Uzun süreli karantinalar, sosyal etkileşimlerin kısıtlanması ve fiziksel aktivite imkanlarının azalması hem psikolojik yüklenmeyi hem de fiziksel inaktivite kaynaklı denge ve yürüme bozukluklarını artırmıştır. Yapılan geçmiş çalışmalar, bu dönemin oluşturduğu ek ruhsal yükü değerlendirme şansı bulamamıştır. Oysa bu çalışma, pandemi sonrası yeniden şekillenen yaşlı sağlığı dinamiklerini kapsayan güncel veri seti ile literatüre önemli bir katkı sunmaktadır (Mutz et. al., 2022; Serrano-Checa et. al., 2020).

Ayrıca, çalışmamızda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları aynı bireyler üzerinde eş zamanlı ve çoklu değişken analiziyle değerlendirilmiştir. Literatürde bu değişkenleri tümüyle korelasyonel olarak birlikte ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu yönüyle çalışmamız, konuya farklı bir bakış açısı kazandırmıştır (Prince et. al., 2013; Webb et. al., 2009; Zincir vd., 2008).

Literatürdeki birçok araştırma toplumda yaşayan yaşlı bireyleri kapsarken, bu çalışma huzurevinde kurumsal bakım altında yaşayan bireyler üzerine odaklanmasıyla da farklılık göstermektedir. Kurumsal bakım ortamları, bireyin bağımsızlık düzeyinden sosyal çevresine kadar pek çok değişkeni etkileyerek depresyon ve anksiyete seviyelerinde farklı dinamikler oluşturabilmektedir (Lu et. al., 2022; Aslan vd., 2008).

Tüm bu yönleriyle çalışmamız, klinik uygulamalarda fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon programlarının planlanmasına, huzurevi hizmetlerinde psiko-sosyal destek modellerinin geliştirilmesine ve yaşlı bakım hizmetlerinin güncel gereksinimlerine yanıt verecek multidisipliner yaklaşımların oluşturulmasına katkı sağlayacak güncel ve özgün bilgiler sunmaktadır.

Limitasyon ve Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile ilişkisini incelemiş olsa da bazı sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle, çalışmanın örnekleme belirli bir huzurevi ile sınırlı tutulmuş olup, farklı huzurevi ortamlarında yaşayan bireyleri kapsayacak daha geniş bir popülasyona genellenebilirliği kısıtlı olabilir. Farklı sosyoekonomik ve kültürel geçmişe sahip bireylerin çalışmaya dâhil edilmesi, elde edilen bulguların daha geniş bir perspektiften yorumlanmasına olanak tanıyabilirdi.

Bunun yanı sıra, çalışmada kullanılan ölçekler ve testler bireylerin anlık durumlarını değerlendiren ölçüm araçlarıdır. Ancak depresyon, anksiyete, denge ve yürüme bozuklukları zaman içinde değişkenlik gösterebilecek faktörlerdir. Dolayısıyla, uzun vadeli takip çalışmaları ile psikolojik ve fiziksel değişimlerin nasıl bir seyir izlediğini incelemek, daha güçlü ve kalıcı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Bir diğer sınırlılık, çalışmanın çapraz kesitsel tasarıma sahip olmasıdır. Bu tasarım, değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisini kesin olarak ortaya koymada yetersiz kalabilir. Gelecekte longitudinal çalışmalar yapılarak depresyon ve anksiyetenin zaman içinde denge ve yürüme bozukluklarına olan etkisi daha iyi anlaşılabilir.

Ayrıca, katılımcıların bilişsel durumu ve kronik hastalıkları gibi ek faktörler çalışmaya doğrudan dahil edilmemiştir. Oysaki bilişsel gerileme veya belirli nörolojik ve kas-iskelet sistemi hastalıkları, denge ve yürüme performansı üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Gelecekteki çalışmaların bu faktörleri de içerecek şekilde genişletilmesi, bulguların daha güçlü yorumlanmasını sağlayabilir.

Son olarak, çalışmada kullanılan değerlendirme yöntemleri arasında objektif laboratuvar analizleri veya ileri düzey biyomekanik ölçümler yer almamaktadır. Daha ileri tekniklerle yapılan analizler, denge ve yürüme bozukluklarının biyomekanik ve nörolojik temellerini daha ayrıntılı olarak incelemeye olanak tanıyabilir.

Tüm bu sınırlılıklar göz önüne alındığında, elde edilen bulguların dikkatle yorumlanması gerektiği söylenebilir. Gelecekte, daha büyük örneklerle, farklı metodolojik yaklaşımlarla ve uzun vadeli takip çalışmaları ile desteklenen araştırmalar, huzurevinde yaşayan geriatric bireylerin psikososyal ve fiziksel sağlığına dair daha derinlemesine bilgiler sunabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ve anksiyete ile yaşam kalitesi, denge ve yürüme fonksiyonları arasındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçlamış ve sonuçlar huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozukluklarının birbiriyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir. Bulgular, depresyon ve anksiyete düzeylerinin artmasıyla yaşam kalitesinde anlamlı düşüşler meydana geldiğini, buna paralel olarak denge ve yürüme performansında da bozulmalar görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu durum, psikolojik sağlığın sadece bireyin zihinsel durumu üzerinde değil, aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerine katılım, bağımsız hareket edebilme ve çevreyle etkileşim düzeyi üzerinde de belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir (Gökulu vd., 2013; Prince et. al., 2013; Djernes, 2006).

Elde edilen bu sonuçlara dayanarak, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin ruhsal sağlıklarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve bu doğrultuda erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin psikososyal destek programlarıyla azaltılması hem yaşam kalitelerini artıracak hem de fiziksel işlevselliklerini korumaya katkı sağlayacaktır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda depresyon ve anksiyetenin bilişsel işlevlerle olan ilişkisine de odaklanılması, bu psikolojik durumların çok boyutlu etkilerinin daha kapsamlı biçimde anlaşılmasını sağlayacaktır. Ayrıca, farklı sosyo-kültürel yapılardaki huzurevlerinde, daha geniş örneklerle gerçekleştirilecek karşılaştırmalı çalışmalar, elde edilen bulguların genellenebilirliğini artıracaktır (Chen et. al., 2013; Üstün vd., 2008; Zunzunegui et. al., 2001).

Psikolojik sağlığın korunması amacıyla huzurevlerinde bireysel danışmanlık, grup terapileri ve sosyal etkileşim programlarının yaygınlaştırılması önerilmekte; bu uygulamaların fiziksel egzersiz programlarıyla entegre edilmesi, bireyin hem bedensel hem ruhsal kapasitesini destekleyecektir. Egzersiz programlarının yalnızca fiziksel kazanıma odaklanmak yerine, motivasyonu ve sosyal etkileşimi artıracak biçimde yapılandırılması gerektiği düşünülmektedir. Bu bağlamda, egzersizlere müzik, dans,

açık hava etkinlikleri gibi psikoduygusal bileşenlerin dahil edilmesi bireyin sürece daha istekli katılmasını sağlayabilir. Ayrıca, teknolojik yeniliklerin (örneğin dijital egzersiz ve tele psikoloji uygulamaları) yaşlı bireylerin sağlığına entegre edilmesi, özellikle izolasyon yaşayan bireyler için sürdürülebilir çözümler sunabilir (Lu et. al., 2022; Frago et. al., 2012; Bahar vd., 2005).

Sonuç olarak, huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksekliği, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve denge-yürüme gibi temel fiziksel işlevlerde zayıflamalara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu durum, yalnızca tıbbi müdahale ile değil; çok disiplinli bir yaklaşımla ele alınmalı, psikolojik destek, fizyoterapi, sosyal aktivite ve çevresel düzenlemeleri içeren bütüncül müdahale stratejileri geliştirilmelidir. Gelecek araştırmalarda uzun süreli takip çalışmalarına yer verilmesi, bu psikolojik faktörlerin zaman içindeki etkilerini daha iyi anlamamıza katkı sağlayacaktır. Böylelikle, yaşlı bireylerin daha sağlıklı, aktif ve bağımsız bir yaşam sürmeleri yönünde etkili fizyoterapi programları oluşturulabilecektir (Tural, 2014; Banovic et. al, 2010; Dişçigil vd., 2003).

KAYNAKLAR

- Ağırcan, D. (2009). Tinetti Balance and Gait Assessment'ın (Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Pamukkale Üniversitesi.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2025). Yaşlanma Vizyon Belgesi. *Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Yayınları*. <https://www.aile.gov.tr>
- Akça, F. ve Şahin G. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11(4), 190-199.
- Akyüz, G. (2006). Geriatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Geleneksel Çubukçu Günleri Konuşması*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 1 Kasım.
- Algun, C. (2018). *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 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.
- Amuk, T. ve Oğuzhanoğlu, N. K. (2003). Yaşlanma ve depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 113-121.
- Arpacı, F. (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Ankara: Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Arslandaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A. ve Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2), 81-89.
- Aslan, U., Çavlak, U., Yağcı, N. ve Akdağ, B. (2008). Balance performance, aging and falling: A comparative study based on a Turkish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 283– 292.
- Bagley, H., Cordingley, L. and Burns, A. (2000). Recognition of Depression by Staff in Nursing and Residential Homes. *J Clin Nurs*, 9, 445-450.

Bahar, A ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.

Bahar, A., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 227-239.

Baltacı, G., Bayrakçı Tunay, V., Tuncer, A. & Ergün, N. (2006). *Spor Yaralanmalarında Egzersiz Tedavisi*. Alp Yayınları.

Banovic, I., Gilibert, D. and Cosnes J. (2010). Crohn's disease and fatigue: Constancy and co-variations of activity of the disease, depression, anxiety and subjective quality of life. *Journal of Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 394-405.

Beğir, T ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(3), 1- 3.

Best, J. R., Liu-Ambrose, T., Boudreau, R. M., Ayonayon, H. N., Satterfield, S., Simonsick, E. M., Studenski, S., Yaffe, K., Newman, A. B. & Rosano C. (2016). An evaluation of the longitudinal, bidirectional associations between gait speed and cognition in older women and men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 71(12), 1616-1623.

Bilgin, S., Yıldız, Ş., Aydoğan Arslan, A., Yapalı, G. & Büyükturan B. (2018). *Yaşlanma ve Mobilite*. Ankara: Hipokrat Yayınevi.

Bilir, N. (2018). Yaşlılık ve solunum hastalıkları. İçinde N. Bilir (Edt.) *Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler*. İstanbul: TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi.

Bingöl, G., Demir, A., Karabek, R. ve Kepenek, B. (2010). Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(4), 169-176.

Bock, O. and Beurskens, R. (2011). Effects of a visual distracter task on the gait of elderly versus young persons. *Curr Gerontol Geriatr Res*, 1(7).

Bourland, S.L., Stanley, M.A., Snyder, A.G., Novy, D.M., Beck, J.G., Averill, P.M. & Swann A.C. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Aging & Mental Health*, 4(4), 315-323.

- Brown, M., Sinacore, D. R. and Host, H. H. (2003). The relationship of strength, power, and flexibility to function in the older adult. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 33(8), 429–441.
- Borah, D., Wadhwa, S., Singh, U., Yadav, S. L., Bhattacharjee, M. & Sindhu, V. (2007). Age related changes in postural stability. *Indian J Physiol Pharmacol*, 51(4), 395-404.
- Burke, W. J., Roccaforte, W. H. and Wengel, S. P. (1991). The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 4, 173- 8.
- Büker, N., Altuğ, F., Kavlak, E. ve Kitiş, A. (2010). Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 44-53.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., and Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41-67.
- Chen, W. L., Liu, G. J., Yeh, S. H., Chiang, M. G., Fu, M.Y. & Hsieh, Y. K. (2013). Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 19(5), 464-470.
- Cole, M. G. and Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis, *Am J Psychiatry*, 160, 1147–1156.
- Cote, K. P., Brunet, M. E., Gansneder, B. M. and Shultz, S. J. (2005). Effects of pronated and supinated foot postures on static and dynamic postural stability. *Journal of Athletic Training*, 40(1), 41- 46.
- Çohaz, A. (2010). Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. *Akademik Geriatri Sempozyumu*. Gazimoğusa, 26-30 Mayıs.
- Creighton, A. S., Davison, T. E. and Kissane, D. W. (2017). The corralite of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2, 141-154.

Creighton A. S., Davison T. E. and Kissane D. W. (2016). The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, (6), 555-566.

Crocco, E.A., Jaramillo, S., Cruz-Ortiz, C. and Camfield, K. (2017). Pharmacological management of anxiety disorders in the elderly. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(1), 33-46.

Cruz-Jimenez, M. (2017). Normal changes in gait and mobility problems in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 28(4), 713-725.

Çavdar, V. C., Ballica, B., Aric, M., Karaca, Z. B., Altunoğlu, E. G. & Akbaş F. (2014). Exploring depression, comorbidities and quality of life in geriatric patients: A study utilizing the Geriatric Depression Scale and WHOQOL-OLD questionnaire. *BMC Geriatrics*, 24(1), 687.

Çelik, A., Kin Kandaş, Ö. ve Karadakovan, A. (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşama biçimi davranışları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 17-23.

Dabrowska-Galas, M., Plinta, R., Dabrowska, J. and Skrzypulec-Plinta, V. (2013). Physical activity in students of the Medical University of Silesia in Poland. *Journal of Physical Therapy*, 93(3), 384-92.

Danış, M. Z. (2009). Türkiye’de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 20(1), 67-84.

Demet, M. M., Taşkın, E. O., Deniz, F., Karaca, N. & İçelli, İ. (2002). Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 290-299.

Dereli, F., Koca, B., Demircan, S. ve Tor N. (2010). Bir huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27(2), 93-97.

Dieën, J. H. and Pijnappels, M. (2017). *The Role of Aging and Movement Disorders*, Cham: Springer International Publishing.

Dişçigil, G., Gemalmaz A., Başak, O., Gürel, S.F. & Tekin, N. (2005). Birinci basamakta geriatik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(3), 129-133.

Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.

Drageset, J., Natving, G. K., Eide, G. E., Clipp, E. C., Bondevik, M., Nortvedt, M. W. & Nygaard, H. A. (2008). Differences in Health-Related Quality Of Life Between Older Nursing Home Residents Without Cognitive impairment And The General Population Of Norway. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1227–1236.

Doğan Z. B. (2014). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme ile İlişkili Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Hacettepe Üniversitesi.

Dölek, B. Ö. (2011). Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi. Doktora tezi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, Hacettepe Üniversitesi.

Durademir-Badır, A. (1998). Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Bakım Davranışları. Doktora Tezi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul Üniversitesi.

Ercan, N. (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Hacettepe Üniversitesi.

Erkan, Ö. (2015). İstanbul İli Sınırlarında Hizmet Veren Özel Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Yaşam Kalitesi ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Huzurevinde Kalmayan Bir Grup Yaşlı ile Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ege Üniversitesi.

Evanosky, N.L. (2014). *A Comprehensive Guide To Geriatric Rehabilitation*. China: Elsevier Ltd.

Ezzati, A., Katz, M. J., Lipton, M. L., Lipton, R.B. & Verghese, J. (2015). The association of brain structure with gait velocity in older adults: A quantitative volumetric analysis of brain MRI. *Neuroradiology*, 57(8), 851-861.

Fayers, P. M. and Machin, D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. England: John Wiley & Sons.

- Feldman, R., Schreiber, S., Pick, C. G. and Been, E. (2019). Gait, balance, mobility and muscle strength in people with anxiety compared to healthy individuals. *Human Movement Science*, 67, 102513.
- Ferrans, C. E. (2005). *Definitions and conceptual models of quality of life: Measures, Methods and Applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Folstein M. F., Folstein S. E. and McHugh P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-98.
- Fragoso, C. A., Gahbauer, E. A., Van Ness, P. H., & Gill, T. M. (2012). Multifactorial basis of functional decline in aging. *Journals of Gerontology Series, A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 67(5), 505-510.
- Fulton, S. E., Lister, J. J., Bush, A. L., and Riley, J. L. (2015). Aging and speech perception in noise: The importance of high-frequency audibility. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 58(2), 863-875.
- Gabriel Z. and Bowling A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-910.
- Goble, D. J., Coxon, J. P., Wenderoth, N., Van Impe, A. & Swinnen, S. P. (2009). Proprioceptive sensibility in the elderly: degeneration, functional consequences and plastic-adaptive processes. *Neurosci Biobehav Rev*, 33(3), 271-278.
- Gökulu, G., Uluocak, Ş., Aslan, C. ve Bilir O. (2013). Çanakkale merkezindeki 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(34), 666-677.
- Göktaş K. ve Özkan İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Turkey*, 8(1), 30-37.
- Günaydın, R. (2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(4), 278-284.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R. & Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
- Hablemitoğlu, Ş. ve Özmete, E. (2010). *Yaşlı Refahı- Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet*. Ankara: Kilit Yayınları.

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

Hollman, J. H., McDade, E. M and Petersen, R. C. (2011). Normative spatiotemporal gait parameters in older adults. *Journal of Gait Posture*, 34(1), 111-118.

Hunt, S. M., McEwen, J. and Mckenna, S. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 185–188.

İçli, G. (2004). Huzurevinde kalan yaşlılar üzerine bir araştırma. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 5-24.

Kahraman-Özcan, B., Özsoy, İ., Akdeniz, B., Özpelit, E., Sevinç, C., Acar, S. & Savcı S. (2019). Test-retest reliability and validity of the Timed Up and Go Test and 30-Second Sit To Stand Test in patients with pulmonary hypertension. *International Journal of Cardiology*, 304, 159-163.

Kaptan, G., Dedeli, Ö. ve Olgun, S. (2013). *Geriatrik Bakım İlkeleri*. Nobel Tıp Kitabevi.

Karahan, F. S., Hamarta, E. ve Karahan, A. Y. (2018). The Turkish adaptation and psychometric properties of the Geriatric Anxiety Scale. *Mental Illness*, 10(1).

Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Kocabaşoğlu, N. (2005). Stres ve anksiyete. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri*. İstanbul: Aksu Basım.

Koç, İ., Eryurt, M. A., Adalı, T. ve Çağatay P. (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü Doğurganlık Aile Planlaması Anne Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Kuczmarski, M. F., Kotler, D. P. and Johnson, M. A. (2010). Health status, physical functioning, and physical activity in older adults. *The Journals of Gerontology*, 65(5), 533–540.

- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135.
- Lord, S. R. and Dayhew, J. (2001). Visual risk factors for falls in older people. *J Am Geriatr Soc*, 49(5), 508-515.
- Lu A.L., Lo S.F. and Chen P.Y. (2022). Effects of Group Music Intervention on Depression for Elderly People in Nursing Homes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 1-9.
- Lynch, D., Laws, K. R. ve McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med*, 40(1), 9-24.
- Mielke, M. M., Roberts, R. O, Savica, R., Cha, R., Drubach, D. I., Christianson, T., Pankratz, V. S., Geda, Y. E., Machulda, M. M., Ivnik, R. J., Knopman, D. S, Boeve, B. F., Rocca, W. A. & Petersen, R. C. (2013). Assessing the temporal relationship between cognition and gait: slow gait predicts cognitive decline in the Mayo Clinic Study of aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 68(8), 929-937.
- Monopoli, J., Vaccaro, F., Christmann, E. and Badgett, J. (2000). Personality as a Predictor of Depression Among the Elderly. *Journal of Clinical Gerontologist*, 21(3), 49-63.
- Mutz, J., Hoppen, T.H., Fabbri, C. & Lewis, C.M. (2022). Anxiety disorders and age-related changes in physiology. *Br J Psychiatry*, 221(3), 528-537.
- Nazari, T., Moodi, M., Fakhrzadeh, H., Khodabakhshi H., Khorashadizadeh, M., Arzaghi, S. M., Şhoae, Ş., Varmaghani, M., Ejtahed, H. S. & Sharif, F. (2024). The association of depressive symptoms with handgrip strength and gait speed in community-dwelling older adults: data from the baseline phase of Birjand Longitudinal Aging Study. *B.M.C. Geriatrics*, 24, 393.
- Ödemişlioğlu- Aydın, E. A. ve Aksoy, S. (2023). Evaluation of balance and executive function relationships in older individuals. *Aging Clin Ex. Res*, 35, 2555–2562.
- Öner, N. ve Le Compte A. (1998). *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Evanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S. & Bakar, Ç. (2018). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*, 16(2).

Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.

Parmelee, P. A., Katz, I. R., Lawton, M. P. (1993). Anxiety and Its Association With Depression Among Institutionalized Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1(1), 46-58.

Parmelee, P. A, Katz, I. R. and Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *J Gerontol*, 44(1), 22-29.

Pınar, Ş.E. ve Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86-91.

Podsiadlo, D. and Richardson S. (1991). The Timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 39(2), 142-148.

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.

Salkın, Y., Gür, T. B. ve Çapri, B. (2024). Uyku kalitesi ve anksiyete düzeyleri farklı yaşlıların yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(14), 305-320.

Salzman, B. (2010). Gait and balance disorders in older adults. *Am Fam Physician*, 82(1), 61-68.

Saxon, S. V., Etten, M. J. and Perkins E. A. (2021). *Physical Change & Aging: A Guide for the Helping Professions*. Newyork: Springer Publication Company.

Saygılı, S. (2011). *Yaşlılık Psikolojisi*. Türdav Yayınları.

Şahin, E. N. ve Emiroğlu, O. N. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1).

Serrano-Checa, R., Hita-Contreras, F., Jimenez-Garcia, J. D., Achalandabaso-Ocho, A., Aibar-Almazan, A. & Martinez- Amat, A. (2020). Sleep quality, anxiety, and

depression are associated with fall risk factors in older women. *Int. J. Environ Res Public Health*, 17(11), 4043.

Sheikh, J. I. and Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165-173.

Smalbrugge M., Anne Margriet A. , Çizgi Jongenelis Ç. , Gundy Ç M. , Beekman A. & Eefsting O. A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(4), 325-32.

Sütölk, Z., Demirhindi, H., Savaş, N. ve Akbaba, M. (2004). Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, (3), 148-151.

Telatar, T. G. ve Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(3), 162-165.

Tian, Y., Huang, Y., He, J. ve Wei, K. (2018). What affects gait performance during walking while texting? A comparison of motor, visual and cognitive factors. *Journal of Ergonomics*, 61(11), 1507-1518.

Tibaek, S., Holmestad-Bechmann, N., Pedersen, T. B., Bramming, S. M. & Friis, A. K. (2015). Reference values of maximum walking speed among independent community-dwelling Danish adults aged 60 to 79 years: A cross-sectional study. *Journal of Physiotherapy*, 101(2), 135- 140.

Tinetti, M. E., Mendes de Leon, C. F., Doucette, J. T. and Baker, D. I. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol*, 49(3): 140-147.

Tinetti, M. E., Williams, T. F. and Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am. J. Med.*, 80(3), 429-34.

Torpil, B., Uyanık, M. ve Altuntaş, O. (2016). Huzurevinde yaşayan geriatric bireylerde denge ve yürüme fonksiyonları ile depresyon ve fonksiyonel bağımsızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 73-80.

Tural, Ü. (2014). Anksiyete Bozuklukları. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Dönem- 5 Ders Notları. http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/u_tural/anksiyete.pdf. İndirilme Tarihi: 29.08.2017.

Turan, F. G. (2015). Bir İş-Uğraş Terapisi Olarak Yemek Terapisinin Huzurevinde Yaşayan Kadın Yaşlılarda Ortaya Çıkan Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Beykent Üniversitesi.

TÜİK. (2024). İstatistiklerle Yaşlılar. *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2024-54079>.

Ulbricht, C. M., Hunnicutt, J. N., Hume, A. L. and Lapane, K. L. (2019). Depression, Anxiety, and Pain among Newly Admitted Nursing Home Residents. *J Nurs Home Res Sci*, 5: 40-48.

United Nations. (2025). Population. *United Nations*. <https://www.un.org/en/global-issues/population>

Ünalın, P. C. (2013). *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*. İstanbul Tıp Kitabevi.

Üstün, B., Bahar, Z. ve Öztürk, M. (2008). Effects of Nursing Care on The Level of Depression and Nursing Diagnoses of Elderly People. *Geriatric Depression and Nursing Intervention*, 1(2), 96-107.

Vellas, B. J., Wayne, S. J., Romero, L. J., Baumgartner, R. N., Rubenstein, L. Z., & Garry, P. J. (1997). One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(6), 735–738.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. and Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(3), 357-375.

Walker, J. D., Maxwell, C. J., Hogan, D. B., and Ebly, E. M. (2007). Does self-rated health predict survival in older persons with cognitive impairment? *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12), 1842–1846.

Webb, E., Blane, D., McMunn, A. and Netuveli, G. (2009). Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(6), 542-700.

WHO. (2015). World Report on Aging and Health. *World Health Organization*. <https://www.who.int>.

Wrisley, D. M. and Kauffman, T. L. (2014). *A Comprehensive Guide To Geriatric Rehabilitation*. China: Elsevier Ltd.

Yahyaolu, R. (2013). Yaşlanma ve Zaman Algısı. Yüksek Lisans Tezi. *İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Arel Üniversitesi.

Zincir, H., Taşçı, S., Erten, Z. K ve Başer M. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 168-174.

Zunzunegui, M. V., Beland, F. and Otero, A. (2001). Support from Children Living Arrangements, Self-Rated Health and Depressive Symptoms of Older People in Spahr. *Int J Epidemiology*, 30(5), 1090-9.





EKLER

EK-1 ETİK ONAY



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 01.11.2024

Sayı: 197

Konu: Etik Kurul İzni

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİNOĞLU, İpek GÖKALP

Yapmış olduğunuz 2024/132 dosya numaralı başvurunuz Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir. **"Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireylerde Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi, Denge ve Yürüme Bozuklukları ile İlişkisi"** konulu araştırmanız etik yönden uygun bulunmuş olup tutanak ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ece SALİHOĞLU

Haliç Üniversitesi

Kurul Başkanı



Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12, 34060 Eyüpsultan/İstanbul

Tel: (0 212) 924 24 44-2630 | Faks: (0 212) 999 78 52

e-mail: kliniketikkurul@halic.edu.tr

197

		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi: 10.12.2015 Revizyon Tarihi: 16.09.2020 Revizyon No: 02 Sayfa No: 1/1	
Tarih: 01.11.2024 (Dosya 19-2024-132)		Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİNOĞLU, İpek GÖKALP'in planladığı "Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireylerde Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi, Denge ve Yürüme Bozuklukları ile İlişkisi" konulu araştırmanın etik yönden değerlendirilmesi			
Toplantı Sayısı: 7					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof.Dr. Ece SALİHOĞLU (Başkan)	Kalp Damar Cerrahisi	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Doç. Dr. Pınar KÖROĞLU AYDIN	Histoloji-Embriyoloji	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Doç.Dr. Nevra ALKANLI	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Doç. Dr. Hatice İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Burcu TÜRK	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Gülcan KENDİRKIRAN	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Seda SAKA	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİNOĞLU	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input checked="" type="radio"/> Yok <input type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input checked="" type="radio"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Maral TÖRENLİ	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Fatih ŞİRİN	Matematik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Sevim YAĞIZ	Tıp Tarihi ve Etik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
ETKU:10					

EK-2 KURUM İZİN BELGESİ

10/09/2024

T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA,

T.C. Haliç Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü ██████████ numaralı Yüksek Lisans öğrencisi İpek Gökalp'ın 'Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireylerde Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi, Denge ve Yürüme Bozukları ile İlişkisi' adlı çalışmayı Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

Burak  AYDIN

EK-3 GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir çalışma olup çalışmanın adı “Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireylerde Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi, Denge ve Yürüme Bozuklukları ile İlişkisi” dir. Bu çalışma, gözlemsel ve nitelikli bir çalışmadır. Çalışmamızın amacı huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde depresyon ve anksiyetenin; yaşam kalitesi, denge ve yürüme bozuklukları ile olan ilişkisini ayrı ayrı incelemektir. Değerlendirme; 38 katılımcıya uygulanacaktır. Katılımcıların mental durumunu anlamak ve çalışmaya dahil etmek için Mini Mental Durum Testi (MMSE), depresyon düzeylerini ölçmek için Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Form (GDÖ-KF), anksiyete düzeylerini ölçmek için Geriatrik Anksiyete Ölçeği (GAS), denge ve yürüme bozukluklarını değerlendirmek için Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği (TDYÖ) ve Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (ZKYT), yaşam kalitelerini değerlendirmek için ise Nottingham Sağlık Profili (NPS) kullanılacaktır. Anketler yüz yüze ve 1 gün içerisinde uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılmayı denek olarak kabul ederseniz, sizden istenen şeyler bu formları YANITLAMANIZ dır.

Çalışma; Haliç Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü kadrosunda yer alan Dr. Öğr. Üyesi Dilek Şahinoğlu danışmanlığında yürütülecektir.

Araştırmaya 38 katılımcı ile dahil edilecektir.

Anketler,

15 Kasım 2024 – 15 Şubat 2025 tarihleri arasında bulunduğunuz huzurevinde yapılacaktır.

Uygulanacak anketlerin herhangi bir riski yoktur.

Elde edilen veriler SPSS 25.0 istatistiksel program ile değerlendirilecektir.

Bu araştırma kapsamında sizden hiçbir ücret alınmayacak, bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumundan hiçbir ücret alınmayacak ve size hiçbir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurlar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilerinize ulaşabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

Tel.No:

Kaldığı Huzurevinin Adı: Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi

Fizyoterapist Adı Soyadı: İpek Gökalp

İmza:

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın İpek Gökalp tarafından Bitirme Projesi kapsamında, gözlemsel ve nitelikli bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte İpek Gökalp’e ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK-4 STANDARTİZE MİNİ MENTAL DURUM TESTİ (SSMDT)

Ad- Soyad:

Tarih:

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Bugün ayın kaçı?

Hangi gündeyiz?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şuan hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şuan bulunduğunuz semt neresidir?

Şuan bulunduğunuz bina neresidir?

Şuan bu binada kaçınıcı kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn. süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan.
.....

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

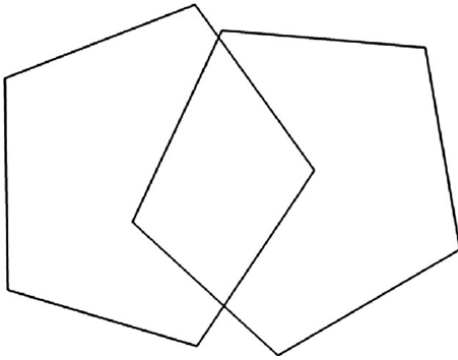
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72,65).

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukanda tekrar ettiğiniz kelimeleri tekrar söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise) (Her kelime 1 puan)

Lisan (Toplam puan 9)

- a. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir?
(saat, kalem) 1'er puan toplam 2 puan (20 saniye süre ver)
- b. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 saniye süre ver) 1 puan
- c. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
"Masada duran kağıdı elinizle alın, iki elinizde ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
Toplam puan: 3, süre: 30 sn. her bir doğru işlem: 1 puan
- d. Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
Bir kağıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin.
- e. Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)
.....
- f. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; aşağıdaki şekli arka sayfaya (1 puan)
.....



Toplam Puan (0-30):

EK-5 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adınız-Soyadınız:
.....
2. Yaşınız
.....
3. Cinsiyetiniz?
Kadın () Erkek ()
4. Medeni Durumunuz?
Bekar () Evli () Dul () Diğer ()
5. Eğitim Durumunuz?
Okuryazar değilim () Okuryazarım () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Lisans () Yüksek Lisans () Doktora ()
6. Eşiniz yaşıyor mu?
Evet () Hayır ()
7. Çocuğunuz var mı?
Evet () Hayır ()
8. Ne zamandır huzurevinde kalmaktasınız?
3 aydan az () 3 ay-1 yıl arası () 1-5 yıl arası () 5 yıl ve üzeri ()
9. Sigara kullanıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
10. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?
Evet () Hayır ()
Varsa;
.....
11. Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?
.....
.....
12. Yürüme yardımcı kullanıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
13. Hangi yürüme yardımcısını kullanıyorsunuz?
.....

EK-6 GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ- KISA FORM (GDÖ-KF)

Ad- Soyad:

Tarih:

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

1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	
2. Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı?	
3. Hayatınızın boş/anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı?	
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?	
6. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	
8. Sıklıkla kendinizi çaresiz/ yardıma muhtaç hissediyor musunuz?	
9. Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde oturmayı tercih ediyor musunuz?	
10. Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden daha fazla probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?	
11. Şu anda yaşıyor olmanızın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	
13. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz?	
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	

Toplam Puan:

EK-7 GERİATRİK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (GAS)

Ad- Soyad:

Tarih:

Aşağıda kaygı ya da stresin yaygın belirtilerinin bir listesi yer almaktadır. Lütfen listedeki her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz. Bugün de dahil geçen hafta boyunca her bir belirtiyi ne kadar sıklıkta yaşadığınızı soruya karşılık gelen cevabınızın altına işaretleyiniz.

	Asla (0)	Bazen (1)	Çoğu zaman (2)	Her zaman (3)
1.Kalbim hızlı attı ya da güçlü çarptı.				
2.Olaylar gerçek değilmiş ya da ben kendimde değilmişim gibi hissettim.				
3.Kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissettim.				
4.Başkaları tarafından yargılanmaktan korktum.				
5.Aşağılanmaktan ya da mahcup olmaktan korktum.				
6.Uykuya dalmakta güçlük çektim.				
7.Uykuyu sürdürmekte güçlük çektim.				
8.Sinirliydim.				
9.Öfke patlamaları yaşadım.				
10.Odaklanmakta güçlük çektim.				
11.Kolaylıkla afalladım ya da altüst oldum.				
12.Genelde zevk aldığım şeyleri yapmaya daha az ilgi gösterir oldum.				
13.Kendimi diğerlerinden farklı ya da ayrı hissettim.				
14.Kendimi afallamış gibi hissettim.				

15.Hareketsiz bir şekilde oturmaktan dolayı zorluklar yaşadım.				
16.Çok fazla endişelendim.				
17.Kaygımı kontrol edemedim.				
18.Kendimi huzursuz, gergin, ya da hassas hissettim.				
19.Kendimi yorgun hissettim.				
20.Kaslarım gergindi.				
21.Sırt ağrım, boyun ağrım, ya da kas kramplarım vardı.				
22.Yaşamım üzerinde kontrolüm yokmuş gibi hissettim.				
23.Bana kötü bir şey olacaktı gibi hissettim.				

Toplam Puan:

EK-8 TİNETTİ DENGE VE YÜRÜME ÖLÇEĞİ (TDYÖ)

Ad- Soyad:

Tarih:

Özellikle yaşlılarda düşme riskinin belirlenmesinde tercih edilen bu test, denge için 13, yürüyüş için 9 maddeden oluşmaktadır. Sorular 0-1-2 şeklinde puanlanır. Maksimum 26 puanlık denge skoru ve maksimum 9 puanlık yürüme skoru hesaplanır. Total skor (denge + yürüme) 35' tir. Testin internette farklı şekilleri mevcuttur. Biz 1986 yıla ait orijinal makaleye sadık kalarak testi Türkçe 'ye çevirdik.

Denge Testi				
	Normal (2 Puan)	Adaptif (1 Puan)	Anormal (0 Puan)	Puan
Oturma Dengesi	Sağlam ve stabil	Dik durmak için sandalyeye tutunuyor	Oturamıyor, sandalyeden kayıyor	
Sandalyeden Kalkış	Kollarını kaldırmadan tek bir hareketle kalkabiliyor	Kalkmak için kollarını kullanıyor ve/veya kalkmadan önce sandalyenin önüne doğru hareket ediyor	Pek çok kere denemek zorunda veya bir insanın yardımına ihtiyacı var	
Ani Dik Durma Dengesi (ilk 3-5 sn)	Herhangi bir yürüme yardımcı aracına veya desteğe ihtiyaç duymadan sağlam dengesi vardır	Sağlam dengesi vardır ama bir yürüme yardımcı aracına veya desteğe ihtiyacı vardır	Bir destek nesnesine sıkıca tutunmak, sendelemek, ayağın yerini değiştirmek, gövdenin belirgin sallanması gibi kararsız durum varlığı	
Ayakta Durma Dengesi	Herhangi bir yürüme aracına ihtiyaç duymadan ayaklar yan yana sağlam dengededir	Sağlam dengededir ama ayaklarını yan yana getiremez	Yukarıdaki açıklamaya ilaveten herhangi bir nesneye tutunmak	

Gözler Kapalıyken Denge	Ayaklar yan yana iken herhangi bir nesneye tutunmadan sağlam dengededir	Sağlam dengededir ama ayakları yan yana getiremez	İki yukarıdaki açıklamaya ilaveten herhangi bir nesneye tutunmak	
Dönme Dengesi (360 °)	Hiçbir şeye tutunmadan, sendelemen akıcı bir şekilde döner	Adımlar kesintilidir (önce ayağını tamamen yere basar sonra diğerini kaldırır)	Üç yukarıdaki açıklamaya ilaveten herhangi bir nesneye tutunmak	
Sternumu Döndürmek (hasta ayakları yan yana ayakta dururken test uygulayıcısı 3 kez hafifçe ittirir)	Denge sağlamdır. Hasta kuvvete karşı direnir.	Hasta ayağını oynatmak zorunda kalır ama dengesini korur	Düşmeye başlar ya da test uygulayıcısı tutmak zorunda kalır	
Boyunu Çevirmek (hasta ayakları yan yana ayakta dururken her iki yana ve tavana bakar)	Her iki servikal rotasyonun en az yarısını yapar, tavana bakar; tutunmak zorunda kalmaz, sersemlik hissi, ağrı olmaz	Her iki taraf servikal rotasyonu ve ekstansiyonu yapar ama hareket kısıtlıdır, tutunmak zorunda kalmaz, sersemlik hissi, ağrı olmaz.	Kafasını çevirdiğinde bu durumlardan biri veya birkaçı oluşur	
Tek Ayak Üstü Duruş Dengesi	Bir nesneye tutunmadan 5 sn. boyunca tek ayak üzerinde durabilir	-	Yapamaz	
Geriye Eğilmek	Bir nesneye tutunmadan geriye doğru yeterli miktarda eğilebilir	Geriye doğru eğilme miktarı benzer yaş grubundan daha azdır ya da bir nesneye tutunur	Denemez, eğilemez ya da sendeler	
Yukarı Uzanmak (parmak uçlarına yükselip gerilerek alabileceği bir üst raftan nesne almak)	Herhangi bir yere tutunmadan nesneyi yukarıdaki raftan alabilir	Nesneyi yukarıdaki raftan alabilir ancak bir yere tutunması gerekir	Yapamaz, dengesini koruyamaz	
Yere Eğilmek	Yerdeki kalemi tek seferde bir yerden yardım almadan yerden alabilir	Yerdeki kalemi tek seferde yerden alabilir ancak bir yerden yardım alır	Eğilemez ya da kalkmak için bir çok kez uğraşır	
Oturmak	Tek seferde ve düzgün şekilde oturabilir	Oturmak için kolları ile sandalyeye tutunur ya da hareket pek düzgün değildir	Sandalyeye düşer, mesafeyi hesaplayamaz	
Toplam Denge Puanı (0-26):				

Yürüme Testi			
	Normal (1 Puan)	Anormal (0 Puan)	Puan
Yürümenin Başlatılması	Hasta seri bir şekilde çekinmeden yürümeye başlar	Çekinir, bir çok kez dener, hareketler düzgün değildir	
Adım Yüksekliği	Ayak teması kesilir, yükseklik 5 cm'den fazla değildir	Ayakları yere sürter ya da 5 cm'den fazla yükselir	
Adım Uzunluğu	Başparmağın temasının kesilip topuğun yere değinceye kadar alınan mesafe ayağın uzunluğundan fazladır	Adım uzunluğu, ayak uzunluğundan kısadır	
Adım Simetrisi	Çoğu zaman her 2 adım mesafesi aynıdır ya da benzerdir	Adım mesafesi farklıdır ya da bir taraf hep aynı şekilde kısadır	
Adım Devamlılığı	Bir ayağın topuğu yerden kalkarken diğer topuk yere temas eder, adımlar arası durma yoktur, mesafeler aynıdır	Bir ayağını kaldırmadan önce diğeri ile tamamen yere basar, adım uzunluğu değişkendir	
Yürüme Hattından Sapma	Arkadan bakınca düz bir hatta ilerler	Yürüme hattı ya adımdan adıma değişir ya da bir yöne doğru yürür	
Gövde Stabilitesi	Gövde kaymaz, denge için kolları abduksiyona getirmez	Gövde kayar, düz postür fleksiyondadır, kollar abduksiyona gelebilir	
Yürüme Durumu	Adım atarken ayak neredeyse diğerine değecek kadar yukarıdadır	Adımları ayrı ayrı geniş atar	
Yürürken Dönmek	Yürümeye devam ederken sendelemeden döner	Sendeler, dönmeden önce durur, adımlar devamlı değildir	
Toplam Yürüme Puanı (0-9):			

EK-9 ZAMANLI KALK ve YÜRÜ TESTİ (ZKYT)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Yaşlılarda düşme riskini ve mobilitiyeyi değerlendiren testin uygulanışı için bir sandalye ve bir kronometre gereklidir. Test hastanın her zaman kullandığı ayakkabı ile yapılır ve eğer ihtiyaç duyuyorsa yürümeye yardımcı araçlarını kullanabileceği söylenir. Sandalyenin önündeki 3 metrelik alan belirlenir. Hastadan sandalyeden kalkıp bu mesafeyi yürüyüp tekrar oturması istenir. Geçen zaman testin sonucunu verir.

Hastaya söylenecekler: Başla dediğimde sırasıyla aşağıdaki işlemleri yapın;

1. Sandalyeden kalkın
2. İlerideki çizgiye kadar normal tempunuzda yürüyün

3. Geri dönün
4. Sandalyeye doğru normal tempunuzda yürüyün

Geçen Süre: saniye

Yaşlı bir birey bu testi 12 saniyeden daha uzun sürede tamamlıyorsa düşme riski vardır

Var olanları işaretleyin:

<input type="checkbox"/> Yavaş ve değişken tempo	<input type="checkbox"/> Denge kaybı
<input type="checkbox"/> Kısa adım aralığı	<input type="checkbox"/> Kol sallama kısa ya da yok
<input type="checkbox"/> Duvara tutunuyor.	<input type="checkbox"/> Ayaklarını sürüyor
<input type="checkbox"/> Kalıp gibi dönüyor	<input type="checkbox"/> Yürüme araçlarını düzgün kullanmıyor

EK-10 NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ (NSP)

Ad- Soyad:

Tarih:

İnsanların günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri bazı sorunlar aşağıda sıralanmıştır. Aşağıdaki listeyi inceleyiniz ve eğer bu sorun sizde varsa 'EVET' kutusunun içine yoksa 'HAYIR' kutusunun içine 'X' işareti koyunuz.

Lütfen her ifadeye yanıt veriniz. Eğer 'EVET' veya 'HAYIR' yanıtını vermekte tereddüt ediyorsanız, şu anda gerçeğe en yakın olana işaretleyiniz.

SORU	EVET	HAYIR
1. FİZİKSEL HAREKETLİLİK		
Sadece evin içinde yürüyebiliyorum.		
Eğilmek çok zor oluyor.		
Hiç yürüyemiyorum.		
Merdiven inip çıkarken zorlanıyorum.		
Bazı şeyleri elimi uzatıp almakta zorlanıyorum.		
Kendi kendime zor giyiniyorum.		
Uzun süre ayakta durmakta zorlanıyorum.		
Dışarda yürümek için yardıma (walker, baston vs.) ihtiyacım oluyor.		
Toplam Puan		
2. ENERJİ		
Her zaman yorgunum.		
Her şeyi çaba sarfederek yapabiliyorum.		
Gücüm hemen tükeniyor, yoruluyorum.		
Toplam Puan		
3. AĞRI		
Geceleri ağrım oluyor.		
Dayanılmaz ağrım oluyor.		
Pozisyon değiştirirken, hareket ederken ağrım oluyor.		
Yürüdüğümde ağrım oluyor.		
Ayakta kaldığım zaman ağrım oluyor.		
Sürekli ağrım var.		
Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor.		
Otururken ağrım oluyor.		
Toplam Puan		

4. UYKU		
Uyumak için ilaç alıyorum.		
Sabah çok erken saatlerde uyanıyorum.		
Geceleri çoğunlukla uyanık yatıyorum.		
Uykuya çok uzun sürede dalıyorum.		
Gece uykularım çok kötü.		
Toplam Puan		
5. SOSYAL İZOLASYON		
Kendimi yalnız hissediyorum.		
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum.		
Hiç kimse bana yakın değilmiş gibi hissediyorum.		
İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum.		
İnsanlarla anlaşmakta zorlanıyorum.		
Toplam Puan		
6. EMOSYONEL TEPKİLER		
Her şey beni üzüyor.		
Nelerden hoşlandığımı unuttum.		
Kendimi sinirli hissediyorum.		
Günler geçmek bilmiyor.		
Bu günlerde kolayca hiddetleniyorum.		
Sanki kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum.		
Endişelerim yüzümden geceleri uyanık geçiriyorum.		
Hayatın yaşanmaya değer olmadığını düşünüyorum.		
Sabahları bunalmış bir şekilde uyanıyorum.		
Toplam Puan		

Lütfen şimdi başa dönünüz ve her soruya ‘EVET’ veya ‘HAYIR’ cevabı verdiğinizden emin olunuz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: İpek Gökalp

Yabancı Dil: İngilizce

Eğitim Durumu:

Lisans: Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi / 2019-2023

Yüksek Lisans: Haliç Üniversitesi / 2023-2025

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl/Yıllar: Özel Avrasya Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi / 2023-Devam Ediyor

Yayımları (SCI) : -

Yayımları (Diğer) : -

Araştırma Alanları : -