

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**İSTANBUL İLİ SINIRLARINDA HİZMET VEREN ÖZEL
HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON, ANKSİYETE,
SOMATİZASYON, YAŞAM KALİTESİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
DÜZEYİNİN HUZUREVİNDE KALMAYAN BİR GRUP YAŞLI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK DANIŞMANLIĞI

Yüksek Lisans Tezi

Özlem ERKAN

İZMİR, 2015

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

İSTANBUL İLİ SINIRLARINDA HİZMET VEREN ÖZEL
HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON, ANKSİYETE,
SOMATİZASYON, YAŞAM KALİTESİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
DÜZEYİNİN HUZUREVİNDE KALMAYAN BİR GRUP YAŞLI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK DANIŞMANLIĞI

Yüksek Lisans Tezi

Özlem ERKAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özen Önen SERTÖZ

İZMİR, 2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı) : Özlem ERKAN

(İmza) :

Başkan : Doç. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Hayriye ELBİ

Üye : Prof Dr. Artuner DEVECİ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlılar ve kontrol grubu yaşlılarının algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi; depresyon, anksiyete ve somatizasyon ile ilişkileri açısından incelenmeye çalışılmıştır.

Çalışmamda tez danışmanlığımı yürüten, bana zaman ayırıp sabrını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ'e; tez çalışması verilerinin istatistiksel analizinde bilgilerini ve tecrübelerini aktaran ve bu konuda bana yardımcı olan hocam Doç. Dr. Raika DURUSOY ONMUŞ'a ; her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen anneme, babama ve aileme teşekkürlerimi sunar; tez çalışmamın bu alanda çalışanlar için yararlı ve yol gösterici olmasını dilerim.

Ocak, 2015

Özlem ERKAN

İzmir

**İSTANBUL İLİ SINIRLARINDA HİZMET VEREN ÖZEL
HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON, ANKSİYETE,
SOMATİZASYON, YAŞAM KALİTESİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
DÜZEYİNİN HUZUR EVİNDE KALMAYAN BİR GRUP YAŞLI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın temel amacı, huzurevinde kalan ve kalmayan yaşlılarda depresyon, anksiyete, somatizasyon, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteğin karşılaştırılması ve ikincil amaç olarak yaşlılarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin depresyon, anksiyete, somatizasyon ve sosyodemografik verilerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışma; Aralık 2013- Mayıs 2014 tarihleri arasında İstanbul'daki bir grup özel huzurevinde kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla, İstanbul il sınırları içinde yaşayan ve herhangi bir huzurevinde kalmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanlara sosyodemografik veri formu, Yaşlılar için Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve D.S.Ö.Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref)_sorularını içeren anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. İstatistiksel analizde Pearson Ki-Kare testi, Student t testi, Pearson korelasyon analizi, ANCOVA kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada huzur evinde kalan yaşlılarda kontrol grubuna göre depresyon puanları daha yüksek, anksiyete, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal alt boyutları daha düşük bulunmuştur; kontrol grubunu oluşturan yaşlılar huzur evinde kalan yaşlılara göre daha yüksek oranda sosyal destek aldıklarını bildirmişler; her iki grupta da somatizasyon ile algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır; her iki grupta algılanan sosyal destek arttıkça genel olarak yaşam kalitesi artmaktadır; her iki grupta da depresyon ile algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında ters yönlü anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Tartışma: Huzurevinde kalan yaşlıların depresyon, puanlarının yüksek, algılanan sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal alt boyut puanlarının düşük bulunması literatürle uyumlu bir bulgudur. Huzurevi sakinlerinin ruhsal durumlarına ilişkin gerekli tedavi ve koruma tedbirlerinin oluşturulmasında geniş örneklemli epidemiyolojik çalışmalar daha iyi ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: Huzurevi; depresyon; anksiyete; somatizasyon; algılanan sosyal destek; yaşam kalitesi.



**COMPARISON OF DEPRESSION, ANXIETY, SOMATIZATION, QUALITY
OF LIFE AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AMONG ELDERLY
PRIVATE NURSING HOME RESIDENTS VERSUS ELDERLY PEOPLE
LIVING AT HOME IN ISTANBUL PROVINCE**

ABSTRACT

Aim: The primary objective of the present study was to compare elderly private nursing home residents and elderly people living at home in terms of depression, anxiety, somatization, quality of life and perceived social support, while the secondary objective was to evaluate the association of perceived social support and quality of life with depression, anxiety, somatization and socio-demographic characteristics.

Methods: Elderly private nursing home residents and elderly people living at home were included based on their voluntary participation in this study conducted between Dec 2013 and May 2014 in Istanbul province. Data on sociodemographic characteristics, Geriatric Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Somatosensory Amplification Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF were collected via application of questionnaire forms via face to face interview method. Statistical analysis was performed using Pearson chi-square test, student's t-test, Pearson correlation analysis and ANCOVA.

Results: Our findings revealed significantly higher scores for depression, whereas significantly lower scores for anxiety, perceived social support and physical and psychological domains of quality of life in elderly nursing home residents as compared with elderly people living at home. Higher percentage of nursing home residents than controls identified that they had social support. Somatization was determined to be associated with neither the perceived social support nor the quality of life, while a positive correlation was noted between perceived social support and quality of life along with a negative correlation of depression with perceived social support and quality of life in both groups.

Conclusion: In conclusion, in agreement with data from the literature, our findings revealed significantly higher scores for depression, whereas lower scores for perceived social support and physical and psychological domains of quality of life in elderly nursing home residents than in elderly people living at home.

Further data from future larger scale epidemiological studies are needed for the development of appropriate therapeutic and preventive measures regarding mental health condition (mental status /mental state) of nursing home residents.

Key Words: Nursing Home; Depression; Anxiety; Somatization; Perceived social support; Quality of life.



İçindekiler

Tez Değerlendirme Kurulu Sayfası.....	I
Önsöz.....	II
Özet.....	III
Abstract (İngilizce Özet).....	V
Çizelge, Şekil ve Tablolar Listesi.....	XI
1.GİRİŞ.....	
1.1. GENEL BİLGİLER.....	2
1.1.TÜRKİYE’DEKİ YAŞLILARIN DURUMUNA VE ONLARA YÖNELİK VERİLEN SOSYAL HİZMETLERE GENEL BİR BAKIŞ.....	2
1.1.1. Türkiye’de Yaşlının Durumu.....	2
1.1.2.Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet.....	5
1.1.2.2.1.Yerel Yönetimlerce Verilen Hizmetler.....	5
1.1.2.2.2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler.....	5
1.2. YAŞLILIK VE PSİKİYATRİ.....	14
1.2.1. YAŞLILIKTA EN SIK GÖRÜLEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR.....	14
1.2.1.1.Depresyon Duygudurum Bozukluğu ve Tanı Kriterleri.....	14
1.2.1.1.1.Yaşlılık Depresyonu ve Özellikleri.....	14
1.2.1.2. Yaygın Anksiyete (Bunalıtı) Bozukluğu ve Tanı Kriterleri.....	16
1.2.1.2.1.Yaşlılıkta Anksiyete Bozuklukları ve Özellikleri.....	16

1.2.1.3. Somatizasyon (Bedenselleştirme) Bozukluğu ve Tanı Kriterleri.....	17
1.2.1.3.1.Yaşlılıkta Somatizasyon Bozukluğu ve Özellikleri.....	18
1.2.2. YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK.....	19
2.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	22
2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	22
2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	22
2.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	22
3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	23
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ, ZAMANI, TASARIMI.....	23
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	23
3.2.1. İşleme Kriterleri.....	24
3.2.2. Dışlama Kriterleri.....	25
3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER.....	25
3.3.1. Olgu Rapor Formu(Sosyodemografik Anket).....	25
3.3.2. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği.....	25
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	26
3.3.4. Somatizasyon Ölçeği	26
3.3.5. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	27
3.3.6. D.S.Ö. Yaşam Kalitesi Ölçeği(Kısa Form).....	27
3.3.7. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	28
3.4.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	28

4.BULGULAR.....	29
4.1. Katılımın Değerlendirilmesi.....	29
4.2. Çalışma Grubunun Değerlendirilmesi.....	30
4.2.1.Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri.....	30
4.2.1.1. Çalışma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Doğum Yeri, En Uzun Süre Yaşanılan Yer ve Medeni Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	30
4.2.1.2. Çalışma Grubunun Eğitim Durumu, Meslek Durumu ve Madde Kullanım Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	33
4.2.1.3. Çalışma Grubunun Gelir Durumu, Sosyal Güvenlik Durumu ve Çocuk Sahibi Olma Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
4.2.1.4. Çalışma Grubunda Kronik Hastalık ve Sürekli Kullanılan İlaç Durumunun Varlığı- Karşılaştırılması.....	37
4.2.1.5. Çalışma Grubunda Psikiyatrik Hastalık ve Alınan Destek Durumunun Varlığı- Karşılaştırılması.....	39
4.2.2.Çalışma Grubunda ve Toplamda Çalışma Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	40
4.2.2.1. Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Depresyon ve Anksiyete Puanı İle Diğer Ölçek Puanlarının İlişkileri.....	42
4.2.2.1.1.Depresyon Puanı İle Diğer Ölçek Puanları İlişkileri.....	42
4.2.2.1.2. Anksiyete Puanı İle Diğer Ölçek Puanları İlişkileri	44

4.2.2.2. Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Bedensel Duyumları Abartma Puanı İle Algılanan Sosyal Destek Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri.....	47
4.2.2.3. Çalışma Gruplarında ve Toplamda Algılanan Sosyal Destek Puanı İle Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri.....	48
4.2.3. Çalışma Grubunda ve Toplamda Çalışma Ölçeklerinin Yaşın Etkisinden Arındırılarak Karşılaştırılması (ANCOVA).....	49
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	52
5.2. Çalışmanın Güçlü Yanları.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKÇA.....	55
8. EKLER VE ÖZGEÇMİŞ	

Çizelge ve Şekiller

ŞEKİL 1	: Nüfusun Yaş Yapısının Değişimi, (Türkiye 2013-2075).....	4
ÇİZELGE 1	: Ülkemizde Bulunan Huzurevlerinin Sayıları Kapasiteleri ve Doluluk Durumları.....	6
ÇİZELGE 2	: Aile ve Sosyal Politikalar İzmir İl Müdürlüğü'ne Bağlı Kamuya Ait Huzurevi/ Yaşlı Bakım Merkezi Bilgileri.....	7
ÇİZELGE 3	: Aile ve Sosyal Politikalar İstanbul İl Müdürlüğü'ne Bağlı Özel Huzurevi/ Yaşlı Bakım Merkezi Bilgileri.....	10
TABLO 1	: Katılımın Değerlendirilmesi.....	29
ŞEKİL 2	: Gruplara Göre Yaşların Dağılımı.....	30
ŞEKİL 3	: Gruplara Göre Doğum Yerlerinin Dağılımı.....	31
ŞEKİL 4	: Gruplara Göre Medeni Durum Dağılımı.....	32
TABLO 2	: Çalışma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Doğum Yeri, En Uzun Süre Yaşanılan Yer ve Medeni Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	33
TABLO 3	: Çalışma Grubunun Eğitim Durumu, Meslek Durumu ve Madde Kullanım Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	34
TABLO 4	: Çalışma Grubunun Gelir Durumu, Sosyal Güvenlik Durumu ve Çocuk Sahibi Olma Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	36
TABLO 5	: Çalışma Grubunda Kronik Hastalık ve Sürekli Kullanılan İlaç Durumunun Varlığı-Karşılaştırılması.....	38
TABLO 6	: Çalışma Grubunda Psikiyatrik Hastalık- Alınan Destek Durumunun Varlığı ve Karşılaştırılması.....	39
ŞEKİL 4	: Yaşlılar İçin Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	41
ŞEKİL 5	: Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	41
TABLO 7	: Çalışma Ölçeklerinin Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Kontrol Grubu Arasında Karşılaştırılması.....	42

TABLO 8 : Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Depresyon ve Anksiyete Puanı İle Diğer Ölçek Puanlarının İlişkileri.....	46
TABLO 9 : Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Bedensel Duyumları Abartma Puanı İle Algılanan Sosyal Destek Puanı ve Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri.....	47
TABLO 10 : Çalışma Gruplarında ve Toplamda Algılanan Sosyal Destek Puanı İle Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri.....	49
TABLO 11 : Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Kontrol Grubu Arasında Çalışma Ölçeklerinin Yaşın Etkisinden Arındırılarak Karşılaştırılması/ANCOVA (Depresyon, Anksiyete, Bedensel Duyumları Abartma ve Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri İçin).....	50
TABLO 12 : Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Kontrol Grubu Arasında Çalışma Ölçeklerinin Yaşın Etkisinden Arındırılarak Karşılaştırılması/ANCOVA/(Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin).....	51

**İSTANBUL İLİ SINIRLARINDA HİZMET VEREN ÖZEL
HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DEPRESYON, ANKSİYETE,
SOMATİZASYON, YAŞAM KALİTESİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
DÜZEYİNİN HUZUREVİNDE KALMAYAN BİR GRUP YAŞLI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

1.GİRİŞ

Yaşlanma, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden değişime uğramasıdır. Bu durum bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır. Yaşlılık zamana ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir (1).

Yaşlılık engellenmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir. İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlılık günümüzde daha da önem kazanmıştır (2).

Toplumda yaşlı denilince; bakıma muhtaç, yürüme güçlükleri olan, değişime kapalı, mutsuz, yalnız ve sosyal ilişkileri zayıflamış bireyler akla gelebilmektedir. Tecrübe ve bilgelik gibi yaşlılığın olumlu yönleri göz ardı edilerek sürekli yaşlılık ile ilgili olumsuzluklara vurgu yapılmakta, aktif ve sağlıklı yaşlılık süreci geçiren çok sayıda yaşlı değerlendirme dışı tutulmaktadır. Yaşlı bireylerin, bu olumsuz değerleri benimsemeleri, bağımsızlıklarını kaybetmelerine ve hayatlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır(3).Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmaktadır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma sağlıklı yaşlanmanın göstergelerindendir. Bireylerin sağlıklı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir. Yaşlanmaya bakış açısı; yaşlıya bakım sağlamanın ötesinde, yaşlının toplumla bütünleşmesi, kaybolan statü ve rollerin yeniden kazanımı, işlevlerinin artırılması, boş zamanlarının etkili değerlendirilmesi gibi konuların tartışılarak, ülkemizde yaşlılık olgusunun ve yaşlı refahı politikalarının yeniden gözden geçirilmesi şeklinde olmalıdır (1).

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişimin olması huzurevinde yaşayan bireylerin sayısında artışa neden olmuştur (4).

Kuruma giden yaşlının kendini kabul etme ve kendine saygı duymayı belirleyen çevreyi tanıma ve denetleyebilme olanakları kaybolmakta; yaşlı birey soyutlanma, kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Ruh sağlığı açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlılar, huzurevlerinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya kalmakta, toplumdan izole olmaya ve geri çekilmeye başlamaktadırlar (5).

Yapılan çalışmalar, kurumda kalan yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığını, sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğunu göstermektedir (6).

Tüm bunlar göz önüne alındığında, kurumda kalan yaşlıların yaşam kalitesinin ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, hem yaşlının biyo-psiko-sosyal sağlığı açısından hem de toplumla bütünleşip işlevsel olması açılarından çok önemli olacaktır.

Bu çalışma, İstanbul'daki özel huzurevlerinde kalan yaşlılar ve huzurevinde kalmayan yaşlılarda depresyon, anksiyete, somatizasyon düzeyinin incelenmesi, bu yaşlılarda yaşam kalitesinin ve algıladıkları sosyal desteğin araştırılması ve bu verilerin iki yaşlı grubu için karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.1. GENEL BİLGİLER

1.1.TÜRKİYE'DEKİ YAŞLILARIN DURUMUNA VE ONLARA YÖNELİK VERİLEN SOSYAL HİZMETLERE GENEL BİR BAKIŞ

1.1.1.Türkiye'de Yaşlının Durumu

Yaşlıların sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak, bu grubun ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanmasının yanı sıra nüfusun tüm gruplarına sunulan hizmetlerin planlanması noktasında da önemlidir. Ancak bu konularda ulusal düzeydeki veri kaynağı olarak gelen bilgi çok sınırlı düzeydedir (7).

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye'de de önem kazanması beklenmektedir (7).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2012 verileri sonuçlarına göre; 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında %7.5'tir. Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye yükselerek yaşlı nüfus yapısına sahip ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2050 yılında %20.8, 2075 yılında ise %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (8).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfuslara göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre genç bir nüfus yapısına sahip görünse de, mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmekte, ölümlülük ve doğurganlıkta azalma ile birlikte doğumdan sonra beklenen yaşam süresinde artış olmakta ve çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermektedir (8).

65 yaşın üstündeki nüfusun *cinsiyet dağılımına bakıldığında* kadınların yüzdesel olarak erkeklerden fazla bulundukları görülmektedir. Kadınlar, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de erkeklerle karşılaştırıldığında ortalama olarak daha uzun yaşam sürelerine sahiptirler (8).

65 yaş ve daha yukarı yaştaki erkek ve kadın nüfusun *eğitim durumu incelendiğinde*; iki cinsiyet arasında erkeklerin lehine önemli farklılıklar bulunmaktadır. Okuma yazma bilmeyen 65 ve daha yukarı yaştaki kadın nüfus oranı %42 iken, erkeklerde bu oran %12.9'dur. İlkokul mezunu olan kadın oranı %30 iken, bu oran erkeklerde %51,4; yüksekokul veya fakülte mezunu olan kadın oranı %1.6 iken, erkeklerde bu oran % 6.2'dir (8).

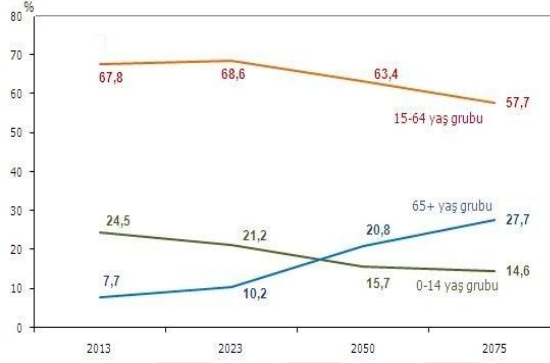
65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun *medeni durumu* incelendiğinde, erkeklerin %82,7'sinin kadınların ise %42.2'sinine evli olduğu, bu yaş grubunda evli erkek nüfusunun evli kadın nüfusunun yaklaşık iki katı bir paya sahip olduğu görülmektedir.

65 ve daha yukarı yaştaki eşi ölmüş kadın nüfusun oranı (%52.4), eşi ölmüş erkek nüfus oranının yaklaşık dört katı kadardır (8).

Yerleşim yerleri ayrımında yaş yapısı incelendiğinde önemli farklılıklar gözlenmektedir. Kentsel alanlarda yüzde 6.29 olan yaşlı nüfus oranı, kırsal alanlarda yüzde 11.69'dur. Genç nüfusun kentsel alanlara göç etmesi bu farklılığın temel nedeni olmakla birlikte emeklilik sonrası göç de göz ardı edilmemelidir (8).

65 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranının en yüksek olduğu bölge Ege Bölgesidir (%16.5). Yaşlı nüfusun daha yoğun olarak yaşadığı diğer bölgeler, sırasıyla İstanbul (%14), Akdeniz (%11.7) ve Doğu Marmara (%9.9) bölgeleridir. Yaşlı nüfus oranı en düşük olan bölge, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'dir (%2.6) (8).

Grafik 1:Nüfusun yaş yapısının değişimi, (Türkiye 2013-2075)



Kaynak: TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2012(8).

Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2011 yılı verilerine göre; Türkiye’de yaşlıların en önemli gelir kaynağı sosyal transferlerdir.

Sosyal transferler; hanelerin bazı ihtiyaçlarını karşılamak veya parasal sıkıntılarından dolayı bazı risklerle karşı karşıya kalmaları durumunda gelir referans döneminde devletten veya çeşitli kurum/kuruluşlardan aldıkları ayni veya nakdi karşılıksız yardımlar olarak nitelendirilmektedir (Aile-çocuk yardımı, konut ve kira yardımı, yoksul hane halklarına yapılan diğer sosyal yardımlar).

65 ve daha yukarı yaşta olup emekli ve dul-yetim aylığı olan erkeklerin oranı %67.4’tür.

Kadınların ise ancak %28.5’i emekli ve dul-yetim aylıklarından yararlanabilmektedir. Diğer sosyal transferlerden kadınların %58.6’sı yararlanırken erkeklerin ise %1,7’si yararlanmaktadır (9).

65 yaş üzeri nüfusun yararlandıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; 2004 yılında sağlık hizmetlerinden çok memnun ya da memnun olan 65 yaş ve yukarı yaştaki bireylerin oranı %63.5 iken bu oran 2012 yılında % 86. 7’ye yükselmiştir. 2004 yılında sağlık hizmetlerinden çok memnun ya da memnun olan erkeklerin oranı % 57.8 iken bu oran 2012 yılında 29.4 puan artarak % 87.2 olmuştur. 2004 yılındasağlık hizmetlerinden memnun olan kadınların oranı % 68.2 iken bu oran 2012 yılında 18.3 puan artarak 86.5olmuştur (8).

1.1.2.Yaşıllara Yönelik Sosyal Hizmetler

1.1.2.1.Yerel Yönetimlerce Verilen Hizmetler

Bu çerçevede belediyeler, yardıma muhtaç olan yaşlıların barınması için huzurevi yapmakta, ücretsiz muayene ve ilaç yardımı yapmakta, gıda, yakacak, ev temizliği hizmetlerine destek olmak, belediye otobüslerinden ücretsiz veya indirimli yararlanmalarını sağlamak gibi görevleri yerine getirmektedirler(7).

Ekonomik ve kültürel olarak çok gelişmiş belediyeler ise, seminer ve poliklinik hizmetleri, aşevinden evlere yemek dağıtımı, nakdi yardım, ambulansla evden sağlık hizmeti vermek, özel gün kutlamalarına, sinema ve tiyatro etkinliklerine, davetlere katılımları sağlanmakta ve gezi programları düzenlenmektedir. Ancak, bu görevler özellikle Büyükşehir Belediyeleri ile nüfus ve gelişmişlik bakımından büyük olan il ve ilçe belediyelerince yerine getirilmektedir(7).

1.1.2.2.Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler

Huzurevleri

60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet yürüten sosyal hizmet kuruluşlarıdır (10).

Huzurevlerine kabul koşulları aşağıda belirtilmiştir:

1. **60 yaş ve üzeri** yaşta olmak
2. Kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak, günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak
3. Ruh sağlığı yerinde olmak
4. Bulaşıcı hastalığı olmamak
5. Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak
6. Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde olduğu 'Sosyal İnceleme Raporu' ile saptanmış olmak (10).

Çizelge 1:Ülkemizde Bulunan Huzurevlerinin Sayıları Kapasiteleri ve Doluluk Durumları

Türü	Sayı	Kapasite	Doluluk
Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Gen. Müd.'ne Bağlı Huz	106	11732	10688
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huz.	2	566	566
Belediyelere Ait Huz.	20	2.013	1409
Dernek ve Vakıflara Ait Huz.	32	2720	1904
Azınlıklara Ait Huz.	7	961	673
Özel Huzurevleri	128	6304	4413
TOPLAM	294	24.296	19.653

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012 (10,11).

Çizelge 2: Aile ve Sosyal Politikalar İzmir İl Müdürlüğü'ne Bağlı Kamuya Ait Huzurevi/ Yaşlı Bakım Merkezi Bilgileri

Sıra No	Huz./Yaşlı Bak. Mer. İsimleri	Kapasite	Rehabilitasyon		Huzurevi		Toplam Kalan	Sırada Bekleyen
			Kadın	Erkek	Kad	Erk		
1	İzmir Huz.Yaşlı Bak.ve Reh.Mer.	266	50	27	82	93	252	123
2	Buca Huzurevi YBRM.	136	78	53	-	-	131	60
3	Nevvar Salih İşgören Bornova Huz.	95	8	13	12	51	84	24
4	Karşıyaka Zübeyde Hanım Huz. YBRM.	141	29	28	34	36	127	154
5	Reha Midilli NeclaAna Huz.	52	-	-	15	39	54	14
6	Şehit Asteğmen Adem Dertsiz Huz. YBRM	94	43	17	8	18	86	32
7	Narlıdere Dinlenme/ Bakımevi	1.076	184	60	471	274	989	781
TOP.		1.860	392	198	622	511	1.723	1.188

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar İzmir İl Müdürlüğü,2013.

Özel Huzurevleri

Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği'ne göre; 'huzurevi' yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak tanımlamakta, "bakımevi"ni ise, özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların bakım ve korunmalarını sağlamak amacıyla gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak tanımlamaktadır (10).

Aynı yönetmelikte '*yaşlı*' sosyal, fiziksel ve moral desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, kuruluş bakımına ihtiyacı olan ***en az elli beş yaşındaki*** kişidir. '*Özel bakım yaşlısı*' ise akıl ve ruh sağlığı yerinde olan veya akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda diğer hizmet alan yaşlılara karşı herhangi bir olumsuz durum oluşturmadığı sağlık kuruluşlarının psikiyatri kliniklerinden alınacak huzurevi veya yaşlı bakımm merkezinde kalmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen ve bulaşıcı veya sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan, bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyan yaşlıyı ifade etmektedir (10).

Özel huzurevine kabul koşulları aşağıdaki belirtilmektedir:

1.Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda ***elli beş yaş ve üzeri yaşlarda olma*** şartı aranır. Ancak elli beş yaşın altında olan kişilerin zorunlu hallerde kuruluşa kabulü; hazırlanacak sosyal inceleme raporu sonucuna göre sorumlu müdürün teklifi ve il müdürlüğünün onayı ile yapılır.

2.Kuruluşa yaşlı kabulünde;

a) Dilekçe

b) T.C. Kimlik Numarası beyanı

c) Yaşlının bulaşıcı hastalığı olmadığı, bulaşıcı hastalığı bulunduğu takdirde bu hastalığın enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanının toplu yaşam yerlerinde kalmasına mani bir bulaşıcı hastalık olmadığına dair raporu ile akıl ve ruh sağlığının yerinde veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (h) bendinin (1) numaralı alt bendinde belirtilen özelliklere sahip olduğunu, uyuşturucu madde ve alkol bağımlısı olmadığını kanıtlayan ve yaşlının huzurevi hizmetinden veya yaşlı bakım merkezi hizmetinden yararlanmasının uygun olacağını belirten özel veya resmi sağlık kuruluşlarının yalnızca ilgili bölümlerinden alınacak sağlık durumlarını gösterir rapor istenir.

Yaşlının bunlar dışında tıbbi takibi gerektiren kronik bir hastalığı var ise bu hastalığa ait bölüm uzmanından veya ilgili kliniklerden alınacak tabip raporunda ayrıca belirtilir.

3.Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda, ırk, renk, cinsiyet, dil, tabiyet, din, siyasi düşünce, felsefi inanç ve eğitim yönünden hiçbir ayırım yapılmaz ve geçmişteki mahkumiyetleri göz önüne alınmaz.

4.Belgeleri tamamlanan ve düzenlenen, sosyal inceleme raporuna göre değerlendirilmesi yapılan yaşlılar kuruluşa kabul edilir, sıraya alınır veya reddedilir (10).

Çizelge 3: Aile ve Sosyal Politikalar İstanbul İl Müdürlüğü'ne Bağlı Özel Huzurevi/ Yaşlı Bakım Merkezi Bilgileri

	Özel Huzurevi Adı	Kapasite
	Özel Yaşamkent Huzurevi	84
	Özel Göztepe Nezih Yaşlı Bakım Merkezi	62
	Özel Adora Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi	32
	Özel Akbal Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi	34
	Özel Aşiyen Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	26
	Özel Kadıköy Yaşam I Huzurevi	199
	Özel Kadıköy Yaşam II Huzurevi	60
	Özel Buket Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	36
	Özel Çağdaş Yaşlı Bakım Merkezi	29
	Özel Çengelköy Huz.ve Yaşlı Bakım Merkezi	55
	Özel Hayat Huzurevi	36
	Özel İkinci Bahar Huz.Yaşlı Bakım Merkezi	64
	Özel Suadiye Yaşlı Bakım Merkezi	67
	Özel Ünal 2 Huzurevi	35
	Özel Gülşah Yaşlı Bakım Merkezi	18
	Özel Samanyolu Huz. ve Yaşlı Bak. Merkezleri	49
	Özel Simge Huz. ve Yaşlı Bak. Merkezleri	40
	Özel Yeşilköy Huz. Ve Yaşlı Bak. Merkezi	41
	Özel A-Dora 2 Yaşlı Bakım Merkezi	36
	Özel Ferah Huzurevi Ve Bakımevi	29
	Özel Eski Dostlar Huz. Ve Yaşlı Bak. Merkezi	24
	Özel Bakırköy Huzurevi Ve Yaşlı Bak.Merkezi	64
	Özel Anadolu Park Huzurevi Ve Bakımevi	22
	Özel Selimpaşa Huzurevi Ve Yaşlı Bakımevi	98
	Özel Ünal Huzurevi Ve Yaşlı Bakımevi	83
	Özel Asude Huzurevi	32
	Özel Koşuyolu Huzurevi	70
	Özel Elele Huzurevi Ve Yaşlı Bakımevi	47
	Özel Göksu Huzurevi	10
	Özel Dirim Yaşlı Bakımevi	27
	Özel Erdem Huzurevi Ve Yaşlı Bakımevi	17
	Özel Avrasya Huzurevi Ve Yaşlı Bakımevi	32
	Özel Doğa Kızıltoprak Bakımevi	45
	Özel Buket 2 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	49
	Özel Yakacık Nezih Yaşlı Bakımevi	238
	Özel Evital Yaşlı Bakım Merkezi	40
	Özel Çamlıca Huzurevi	96
	Özel Moda Nezih Yaşlı Bakımevi	75
	Özel Ünal 3 Yaşlı Bakım Merkezi	57
	Özel Pendik Akbal Yaşlı Bakım Merkezi	39
	Özel Doğa Dragos Hatice Satoğlu Huz. Ve Yaş.Bak. Mer.	112
	Özel Fulya Yaşlı Bakım Merkezi	21
	Özel Şişli Nezih Yaşlı Bakım Merkezi	48
	Özel Avrupa Yaşlı Bakım Merkezi	25
	Özel Avrasya 2 Huzurevi Ve Yaşlı Bakımevi	32

	Özel Doğa Sancaktepe Yaşlı Bakım Merkezi	74
	Özel Mavi Çatı Yaşlı Bakım Merkezi	22
	Özel Rüya Huzurevi Ve Yaşlı Bakım Merkezi	37
	Özel Senbol Hayat Yaşlı Bakım Merkezi	32
	Özel Mimoza Yaşlı Bakım Merkezi	20
	Özel Suadiye 2 Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi	78
	Özel Ataşehir Yaşlı Bakım Merkezi	48
	Özel Beylikdüzü Huzurevi	51
	Özel A-Dora 3 Huzurevi Ve Yaşlı Bak. Merkezi	58
	Özel Kıvılcım Yaşlı Bakım Merkezi	27
	Özel Aşyan 2 Huzurevi Ve Yaşlı Bak. Merkezi	27
	Özel Asude 2 Huzurevi Ve Yaşlı Bakım Merkezi	63
	Özel Ay Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi	79
	Özel Tatlı 2 Hayat Yaşlı Bakım Merkezi	71
	Özel Liman Huzurevi Ve Yaşlı Bakım Merkezi	27
	Özel Kartal Anadolu Huz Ve Yaşlı Bak. Merkezi	125
	Özel Kandilli Sabanlı Yaşlı Bakım Merkezi	29
	Özel Meva Yaşlı Bakım Merkezi	111
	Özel Derman Yaşlı Bakım Merkezi	73
65	Özel Ataşehir Nezih Yaşlı Bakım Merkezi	52
	Özel Liman2 Huzurevi	32
	Özel Özgün Yaşlı Bakım Merkezi	54
	Özel Galatasaraylılar Yurdu Aileden Biri Huzurevi Ve Yaşlı Bakım Merkezi	84
Toplam (68)		3709

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar İstanbul İl Müdürlüğü, 2014(11).

Yaşlı Hizmet Merkezleri

Bu merkezler akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla imkânlar ölçüsünde ‘Evde Bakım Hizmeti’ sunumunu gerçekleştirebilmektedirler (10).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyet yürüten 5 adet Yaşlı Hizmet Merkezi üyelik esasına göre faaliyet göstermekte olup, bu merkezlerden 1076 kişi faydalanmaktadır (10).

Alzheimer Hastası Yaşlılar Gündüzlü Bakım Merkezi

Ailesinin yanında yaşayan Alzheimer hastası yaşlıların evde tek başına kalmasından kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak yaşlının güvenliğini sağlamak, Alzheimer hastası yaşlıyı çeşitli etkinliklerle aktif hale getirerek yaşlıda oluşacak ajitasyonu azaltabilmek, bu yaşlıların aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak ailelerdeki çaresizlik ve suçluluk duygularının azalmasını sağlamak, aileleri gündüzlü bakım merkezine yönelterek huzurevleri ve bakım evlerindeki yığılmaları önlemek ve Alzheimer hastası yaşlıların gündüzlü bakımlarını sağlayarak yaşlıya ve ailesine destek vermek amacıyla kurulmuş merkezlerdir (10).

Bakım Hizmetleri

Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ‘2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’ ile engelli ve yaşlı bireylerin kurum bakımından sorumlu kılınmıştır. Bu sorumluluk çerçevesinde; gündüzlü ve yatılı bakım kuruluşları aracılığı ile korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç kişilere sosyal hizmet sunulmaktadır. Başkasının bakımına muhtaç durumdaki kişilere resmî veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında bakım hizmeti verilmesi konusunda kişinin gelir durumu dikkate alınmaktadır. Bakım hizmetleri kurum bakımı ve evde bakım hizmetleri olmak üzere iki türlü verilmektedir. Bakım hizmetlerinden faydalanan kişilerin %27’si 60 üzeri yaş grubunda bulunmaktadır (10).

Kurum Bakım Hizmeti

07.07.2005 tarihinde yürürlüğe giren ‘5378 sayılı Özürlüler Kanunu’ ile engellilere yönelik kurum bakım hizmetlerini Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’ndan ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşlarının da verebilmesi öngörülmüştür. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından özel bakım merkezlerinden bakım hizmeti alan engelliler için özel bakım merkezine, söz konusu hizmetin karşılığı olarak her ay net iki aylık asgari ücret ile KDV toplamı tutarında ödeme yapılmaktadır (10).

Evde Bakım Hizmeti

‘5378 sayılı Özürlüler Kanunu’ ile evde bakım hizmetlerinin verilmesi imkânı sağlanmıştır. Buna göre, bakıma muhtaç engelli bireyler için nitelikli ve sistemli bakım hizmetlerinin verilmesine yönelik düzenlemeler getirmekte ve öncelik, kurum bakımından çok kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın bakımının sağlandığı, evde bakım modeline yer verilmektedir (10).

Kanunun bu konudaki hükmü gereğince, engellilerin ikamet ettiği hanede kişi başına gelir düzeyinin aylık net asgarî ücret tutarının 2/3'ünden daha az olması ve sağlık kurulu raporunda %50 + ağır engelli olması şartı aranmaktadır. Evde bakım aylığı, engelliye bakmakla yükümlü olan ve bilfiil engellinin bakımını yapan kişiye verilmektedir. Evde bakım uygulamasına ilişkin olarak ilgili mevzuat hükümlerine göre; evde bakılan engelliler için Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından bakım ücreti olarak her ay bir aylık net asgarî ücret tutarında ödeme yapılmaktadır (10).

Yaşlılık Aylığı

Ülkemizde 2022 sayılı ‘65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun’un uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir. Bu politika, ‘Sosyal Devlet’ anlayışının bir örneğini oluşturmaktadır. Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü tarafından 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamında ödenen aylıklar, 2012 yılından itibaren 633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından ödenmeye başlanılmıştır(10).

1.2. YAŞLILIK VE PSİKİYATRİ

1.2.1.YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Türkiye’de beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla, yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır ve önümüzdeki yıllarda bu artış daha da belirgin olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, Türkiye en hızlı yaşlı nüfusu artan ülkeler içinde ilk üçtedir. Yaşlılık ve buna bağlı her türlü tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorun ileriki yıllarda artarak karşımıza çıkacaktır. Yaşlılıkta sık görülen psikiyatrik hastalıkları tanımak bu nedenle önemlidir.(12).

Bu psikiyatrik hastalıklar:

- ❖ *Yaşlılıkta duygudurum bozuklukları: Depresif bozukluklar ve iki uçlu duygudurum bozukluğu*
- ❖ *Yaşlılıkta anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk*
- ❖ *Yaşlılıkta psikotik bozukluklar: Geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozlar ve geç başlangıçlı hezeyanlı bozukluk*
- ❖ *Yaşlıda akut konfüzyonel durum: Deliryum*
- ❖ *Demanslar ve Alzheimer Hastalığı*

1.2.1.1.Depresyon (Çökkünlük) Duygudurum Bozukluğu

1.2.1.1.1. Yaşlılık Depresyonu ve Özellikleri

Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönem olduğundan bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarından farklı olması gerekmektedir (14,15).

Yaşlılarda sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir ve yaşlılık dönemi depresyonu sıklıkla tıbbi hastalıklarla birliktelik gösterir. Önemli risk etkenleri; normal yaşlanma süreci, tıbbi hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaçlar, psiko-sosyal etkenler ve genetik etmenlerdir. Bu depresyon türü genç ve orta yaş depresyonlarından farklıdır. Bedensel şikayetler ve bilişsel bozulmalar yaşlı nüfusta görülen depresyonda çok siktir (16).

Yaşlılarda depresyon tanısı; hem hastalığın yeterince dikkate alınmamasından hem de hastaya, ailesine ve doktorlara bağlı çeşitli nedenlerden dolayı sıklıkla atlanmakta ve depresyon belirtilerinin başka nedenlerle(fiziksel rahatsızlık ya da yaşlılık) ile ilintili olduğu düşünülmektedir (17). Bu da çoğu zaman tedavinin aksamasına, gecikmesine ve depresyon sonlanımının kötüleşmesine, kimi olgularda ise özkıyım riskinin artmasına neden olabilmektedir (18).

Depresyon yaşlılık döneminde görülen en yaygın sorunlardan biridir. Yaşlılarda yapılan çalışmalarda; **depresif bozukluk sıklığı** %13-17 olarak bildirilmiştir(16). Yaşam boyu depresyon sıklığı kadınlarda %20. 4, erkeklerde %9. 6'dır(54). Avustralya'daki huzurevlerinde majör depresyon yaygınlığı %9.7; A.B.D.'ndeki huzurevlerinde yaşayan bireylerde %14.4 olarak bulunmuştur (71, 72).

Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar, yaşlılarda depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir(45). Ülkemizde Kurtoğlu ve Rezaki (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, toplumdaki yaşlı bireylerin %13.5'inde depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada Demet ve arkadaşları(2001) huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığını %36 olarak bulmuşlardır (19).

Depresyon sıklığının karşılaştırıldığı diğer çalışmalarda ise, huzurevinde yaşayan yaşlılarda Aksüllü ve Doğan depresyon yaygınlığını %69, Maral (2001) ise %48 olarak tespit etmiş, bu oranlar evde yaşayanlarda %28 ve %24 olarak tespit edilmiştir (4,20).

Yaşlılardaki depresyon oranı yaşlının yaşadığı yere göre değişmektedir. Toplumda saptanan oranlar %1-5 arasındadır. Tıbbi ve cerrahi nedenlerle hastaneye yatmış yaşlılar arasında bu oran %12 civarındadır. Yaşlı bakım evlerinde kalan, bilişsel açıdan sağlam, süregelen bedensel hastalığı olan yaşlılar arasında ise bu oran %20-25'e kadar çıkmaktadır (21).

Yaşlılarda depresyon yaygınlığı; alınan grubun özelliği, yapılan çalışmaların amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre %1 ile %60 arasında değişmektedir. Yaşlılıkta depresyona, bedensel ve nörolojik hastalığın eşlik etmesi belirtilerin ayırt edilmesinde sorun oluşturabilir.(21).

Bunun dışında yaşlılıkta ciddi ve bireyi kısıtlayan ancak geçici olan depresif durumlar da sıktır. Normal erişkin nüfusu değerlendirmede kullanılan araştırma

yöntemleri, yaşlılıkta depresif belirtilerden bazılarını değerlendirmekte yetersiz kalabilir. Yaşlılarda sevilen bir nesnenin kaybı sık karşılaşılan bir durum olduğu için bu yaş grubunda yas oranı üç kat daha fazladır (21).

Çoğu zaman depresyon ile yas arasındaki ayırım güç yapılabilmektedir. Yukarıda sayılan bu gibi nedenlerle, çalışmanın yapıldığı süreçte yaşlılık çağı depresyon yaygınlığı gerçek değerinden farklı oranda saptanabilir. Genelde psikiyatrik görüşme yoluyla klinik depresyon tanısını araştıran çalışmalarda saptanan depresyon yaygınlığı düşükken, değerlendirme ölçekleri ile depresif belirtilerin tarandığı çalışmalarda yüksektir (18).

Yaşlılıkta depresif bozukluklar için risk artırıcı faktörler aşağıda sıralanmıştır(25):

- ❖ Kadın cinsiyet
- ❖ Erkekler için bekarlık
- ❖ Düşük eğitim ve gelir düzeyi
- ❖ Barınma ve beslenme şartları
- ❖ İleri yaş nedeniyle yaşanan kısıtlılık ve zorluklar
- ❖ Tedavi ve ilaç konusunda yetersizlik
- ❖ Yeti yitimi ve kronik hastalık sahibi olmak
- ❖ Kronik ağrılı hastalıklar
- ❖ Olumsuz yaşam olayları
- ❖ Sosyal destek sistemlerinde eksiklik
- ❖ Bilişsel bozukluğun varlığı
- ❖ Biyolojik yatkınlık yaratan hastalıklar

1.2.1.2.Yaygın Anksiyete (Bunaltı) Bozukluğu ve Tanı Kriterleri

1.2.1.2.1. Yaşlılıkta Anksiyete Bozuklukları ve Özellikleri

Yaşlı bireyler arasında anksiyete sıklığına bakıldığında; yaşlı bireyler arasında anksiyetenin sık olduğu görülmüştür. Yaşlı hastaların %10-20'sinde, özellikle kadınlarda önemli ölçüde anksiyete bulunmaktadır (64,73).

Heun ve arkadaşları, kurumda yaşayan yaşlılarda minör anksiyete oranını %15.4 olarak saptamış; majör anksiyete bulgusuna rastlamamışlardır. Anksiyete bozukluklarının yaygınlığının yaş, cinsiyet ve önceki mesleki düzeyden etkilendiğini bildirmişlerdir (74)

Bouisson, bakım evlerinde yaşayanların anksiyete düzeylerinin yüksek bulunduğunu, zor yaşam koşulları ve stresli olayların anksiyete düzeyini artırdığını bildirmiştir (75) Manoğlu, İzmir huzurevlerinde yaşlıların anksiyete düzeyini yüksek bulmuştur. Kadınlarla, kronik hastalığı ve sağlık durumu kötü olanlarla anksiyete ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptamış; yaşlıların sosyal uğraşlara yönelmesinin anksiyeteyi azalttığını bildirmiştir (63). Coşkun, huzurevi grubunun ortalama anksiyete puanının evde yaşayan yaşlı gruptan daha yüksek olduğunu saptamış ve anksiyete düzeyinin yaşla arttığını, kadınlarda ise yüksek anksiyete düzeyine rastlandığını bildirmiştir (64).

Agorafobi dışında anksiyete bozukluklarının birincil olarak yaşlılıkta başlaması nadirdir. Genellikle klinik ortamda görülen yaşlanan hastalardaki uzun süreli anksiyete bozukluklarıdır, bazen ileri yaşta şiddeti artabilir. Eğer ilk kez ileri yaşta ortaya çıkıyorsa mutlaka eş tanılarını düşünmek gerekir; depresyon, demans veya yeni eklenen bir fiziksel hastalık gibi (22).

1.2.1.3. Somatizasyon (Bedenselleştirme) Bozukluğu

1850'lerde Fransız ruh hekimi Paun Briquet'nin tanımladığı ve yaklaşık 30-35 yıl öncesine dek histeri olarak ele alınmış olan bu sendromu yeni baştan ele alan Guze ve arkadaşları da yine histeri terimini kullanarak bozukluğun sınırlarını çizmeye çalıştılar (23, 24).

*Bedenselleştirme(somatizasyon)*terimi, değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Örneğin, çökkünlüklerde ruhsal acının bedensel olarak anlatılması, psikosomatik hastalıklarda ruhsal acının somatik bozukluk yaratması ya da böyle bir bozukluğu tetiklemesi, şiddetlendirmesi, konversiyonda bunaltının bir organ işlevine döndürülmesi ve beden dili ile anlatılması gibi.Briquet sendromunda belirtilerin bütün bir yaşam boyunca sürmüş olması ile,hastalığın bir yaşam biçimi durumuna gelmesi söz konusudur (13).

Somatizasyonun Görülme Sıklığı

Somatizasyon genel nüfusta yaygın olup, *temel sağlık hizmetlerinde görülme oranının %20-30* arasında olduğu bildirilmektedir(26).

Fiziksel ve ruhsal hastalıkların somatik bileşeninin objektif ölçümü özellikle psikiyatrist olmayan hekimleri zorlamaktadır (13). Somatizasyon görülme sıklığı kadınlarda daha çoktur. Bir çalışmada fiziksel morbidite daha sık olmadığı halde kadınların fiziksel belirtileri daha sık ve daha yüksek puanladıkları bildirilmiştir.

Bu görüngü kadınlarda somatizasyonun neden daha sık olduğunu açıklamamakla birlikte semptomun algılanmasının psikososyal bir boyutu olduğunu düşündürmektedir (27). Sağlıklı popülasyonda yapılan bir çalışmada mevsimsel değişikliklerle somatizasyon sıklığı arasında kadınlarda, erkeklerde gösterilemeyen bir ilişki gösterilmiştir (28). Bu çalışmada somatizasyon ile gün ışığı süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde somatik belirtilerle başvuran olgularla yapılan bir çalışmada bu olguların çoğunlukla kadınlar olduğu belirtilmiştir (30). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre erkekler depresif epizod sırasında ortaya çıkan çoğul somatik belirtilerden kadınlara göre iki kat daha fazla yakınmaktadır (29).

1.2.1.3.1.Yaşlılıkta Somatizasyon Bozukluğu ve Özellikleri

Bazı araştırmacıların somatizasyonun ileri yaşlarda daha yaygın olduğunu ileri sürmelerine rağmen bununla ilgili açık ve tutarlı araştırma sonuçları bulunmamaktadır (31). Son yıllarda yaşlılarda aleksitimi ve somatizasyon eğiliminin daha sık olduğu ve bu yaş grubunda görülen depresyonlarda, somatizasyonun depresyonun diğer bulgularını baskıladığı üzerinde durulmaktadır (32, 33, 34, 35).

Aleksitimi ve somatizasyonun yaşlı popülasyonda major depresyonun öncülü olabileceği ya da tam remisyonu engelleyebileceği üzerinde durulmaktadır ve fiziksel hastalığı olmanın ve toplumdan uzak yaşamının risk etkenleri olduğu ileri sürülmektedir. 65 yaşın altındaki ve üzerindeki major depresyon olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada, 65 yaşın üzerindeki olgularda depresif bozukluğun çoğunlukla tek epizod biçiminde ortaya çıktığı; somatizasyonun, hipokondriyak uğraşların, gerginlik ve ajitasyonun, kronisitenin daha sık bulunduğu bildirilmiştir (36).

Somatik yakınmalarla başvuran olgular arasında gençler hastalık fobisi ve hastalıkla aşırı uğraş biçiminde bir hastalık davranışı sergilerken, daha yaşlı olguların hastalıklarının ve yakınmalarının fiziksel bir nedeni olduğuna dair güçlü bir inanç beslemeleri biçiminde bir hastalık davranışı ortaya koydukları belirtilmiştir (37).

Yaşlılarda görülen depresyon, sıklıkla maskeli depresyon şeklinde kendini göstermekte ve bu bireylerde depresyon şiddeti ile birlikte belirgin somatik yakınmalarla karşılaşılmaktadır. Somatizasyon, genel olarak emosyonel disforiyi bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi olarak tanımlanmakta ve sıklıkla depresyon ve anksiyeteye eşlik ettiği bilinmektedir (38).

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık dönemine özgü sorunlar da artış göstermektedir (70). Bu sorunlardan en önemlilerinden biri özellikle huzurevinde yaşayan yaşlılarda görülen ağrıdır (5). Literatür incelendiğinde yaşlılarda ağrı prevalansının %88.5- %99.7 arasında olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada 80-84 yaş grubunda kronik ağrı oranını %31 olarak bulunmuştur (76, 78). Farklı çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı oranını %50-57.9 olarak saptanmıştır (77,79).

1.2.2. YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Yaşam kalitesi, karmaşık ve soyut bir kavramdır. Bu konu hakkında düşünürler yaşam kalitesini maddi çevrenin uygunluğu ve insanların bunu algılayış biçimi olarak yorumlamaktadır. Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin 'iyi olma' durumu olarak da değerlendirilmektedir. Meeberg yaşam kalitesini çok yönlü tatmin olma, mutluluk ve zevkin kişisel algısı olarak değerlendirmiştir (39). Buna rağmen düşünürler çoğunlukla yaşam kalitesini; hayattan tatmin olma, mutluluk ve moral kavramlarının yerine de kullanırlar (40).

Yaşam kalitesinin ilerleyen yaşla birlikte bozulmaya eğilimli olduğu gösterilmiştir. Toplumda önemli ve problemlili bir sosyal grup oluşturan yaşlılarda yaşam kalitesini irdeleyen çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, hayat konforunun genellikle belirli alt etmenlerden etkilendiği görüşü yaygındır. Yaşla birlikte bu alt etmenlerdeki bozulmanın kalitenin düşmesinden sorumlu olması olası görülmektedir. Bu etmenler; fiziksel sağlık, fonksiyonel durum, psiko-sosyal durum, kognitif durum ve sosyal iletişimidir.(41).

Genel olarak *sosyal destek*; güç bir durum içindeki bireye aile, arkadaş, komşular ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanır. Sosyal destek bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar; fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler (42).

Ancak çalışmacılar bireylerin sosyal ağını oluşturan kişi ve kurumların her zaman olumlu ve destekleyici olmayacağını, hatta zaman zaman olumsuz etki göstereceğini, güçlü bir sosyal ağın zaman zaman ters etki yaratarak diğer destekleri engelleyebileceğini belirtmekte ve bu nedenle sosyal ağdan çok, kişinin hissettiği ve algıladığı desteğin birey için yarar sağlayıcı olduğu vurgulanmaktadır (43).

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişimin olması huzurevinde yaşayan bireylerin sayısında artışa neden olmuştur (4).

Ülkemizde kurumda yaşayan yaşlılara yönelik psiko-sosyal çalışmalar oldukça sınırlıdır. Az sayıdaki çalışmalarda kurumda yaşayan yaşlıların bazı psiko-sosyal sorunları ortaya konulmuştur. Aksayan ve arkadaşları(1998) huzurevinde yaşayan bireylerde umutsuzluk oranının toplumda yaşayanlardan 2.85 kat fazla olduğunu bulmuşlardır (44). Bir başka çalışmada depresif belirti oranı, kurumda yaşayanlarda (%41), ailesiyle birlikte yaşayanlara(%29) göre yüksek bulunmuştur(45). Yaşlılarla ilgili olarak yapılan bazı çalışmalar depresyon ile sosyal destek arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (46, 47, 48).

Yaşlılık çok sayıda kaybın yaşandığı riskli bir dönemdir. Kurumda yaşayan yaşlılar ise ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmış olarak daha fazla kayıp yaşar. Kuruma giden yaşlının kendini kabul etme ve kendine saygı duymayı belirleyen çevreyi tanıma ve denetleyebilme olanakları kaybolmakta; yaşlı birey soyutlanma, kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Ruh sağlığı açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlılar huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar, kurumda yaşayan yaşlı izole olmaya ve toplumdan geri çekilmeye başlamaktadır (5).

Tüm bu sebeplerden dolayı huzurevinde sosyal destek önemli bir olgudur. Ayrıca, yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığı, sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (6).

Yaşlılar için sosyal destek, yalnızca dışarıdan bilgi, kaynak ya da yardım alma işi değil, aynı zamanda manevi destek alma, bir yere ait olma duygusunu hissetme, insanlarla ilişki kurarak kendi farkındalığında olma durumlarını da içine almaktadır. Yakın arkadaşlardan ve oda arkadaşlarından alınan sosyal desteğin yaşam kalitesini belirleyen önemli bir yordayıcı olduğu ortaya konmuştur (49).

Yaşlının çevresindeki eş, aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağ bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler. Sosyal destek sonucu ortaya çıkan saygınlık, moral artışına, yaşamdan duyulan memnuniyete ve stres verici olaylarla baş etmeye olumlu katkılarda bulunmaktadır (49, 50, 51).

Yaşlılarda sosyal destek faktörü çok önemli olmasına rağmen, ülkemizde yaşlı popülasyonunun sosyal destek faktörlerini belirlemeye yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır (52,53). Bununla birlikte özellikle kurumda yaşayan yaşlıların algıladıkları sosyal desteği ve bunların yaşlıların ruh sağlığına etkisini irdeleyen çalışmalar yetersizdir (5).



2.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Araştırmanın konusunu; İstanbul ili sınırları içindeki özel huzurevlerinde kalan yaşlılar ile bir huzurevinde kalmayan bir grup yaşlıda depresyon, anksiyete, somatizasyon, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteğin karşılaştırılmasıdır.

2.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, huzurevinde kalan ve kalmayan yaşlılarda depresyon, anksiyete, somatizasyon, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteğin karşılaştırılması ve ikincil amaç olarak yaşlılarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin depresyon, anksiyete, somatizasyon ve sosyodemografik verilerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

2.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri;

1-Huzurevinde kalan yaşlılarda huzurevinde kalmayan yaşlılara göre; depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanları daha yüksek, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek puanları daha düşük bulunacaktır

2-Algılanan sosyal destek arttıkça depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyi azalacaktır.

3-Yaşam kalitesi arttıkça depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyi azalacaktır.

2.4.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Literatürde kurum bakımı altında huzurevlerinde kalan yaşlılarla ilgili yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. İçlerinde İstanbul'daki huzurevi yaşlılarıyla ilgili araştırmalar da mevcuttur; fakat yapılan araştırmaların çoğu makale düzeyinde kalmış, örneklem sayısı bakımından yeteri kadar yaşlıya ulaşamamıştır.

Diğer taraftan yapılan çalışmalarda huzurevi yaşlılarında depresyon ve anksiyete düzeyleri araştırılmış; fakat -depresyon ve anksiyeteye birlikte görülebilen-somatizasyon düzeyini araştıran çalışmalar yetersiz kalmıştır.

Bu araştırma; İstanbul'da özel huzurevlerinde kalan yaşlıların sosyal destek durumuna, yaşam kalitesine ve psikiyatrik tanı düzeyine kapsayıcı bir bakış açısı getirecek olması açısından önemli bir araştırmadır.

3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Yeri, Zamanı, Tasarımı

Araştırma; Aralık 2013- Mayıs 2014 tarihleri arasında,

-Özel Akbal Huzurevi

-Özel Asude Huzurevi

-Özel Avrasya Huzurevi

-Özel Hayat Huzurevi

-Özel Kadıköy Yaşam 1 Huzurevi

-Özel Kadıköy Yaşam 2 Huzurevi

-Özel Koşuyolu Huzurevi

- Özel Suadiye 2 Huzurevi

-Özel Kartal Anadolu Huzurevi

-Özel Surp Agop Huzurevi 'nde yürütülmüştür.

Bu çalışma kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır. Yukarıda belirtilen tarihler arasında belirtilen huzurevlerinde kalan yaşlılardan çalışmaya katılmayı kabul edenler ve İstanbul il sınırları içinde yaşayan ve huzurevinde kalmayan yaşlılardan çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın, İstanbul il sınırları içinde kamuya ait huzurevlerinde kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla yapılması planlanmış; fakat Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim-Yayın Dairesi Başkanlığı'ndan gerekli izin alınamamıştır. Bunun üzerine çalışmanın, İstanbul'daki özel huzurevlerinde kalan yaşlılarla ve kontrol grubu yaşlıları ile yapılmasına karar verilmiştir. Şubat, 2014 tarihinde İstanbul Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü bünyesindeki Özel Huzurevleri sayısının toplamda 61 olduğu öğrenilmiş, bu huzurevlerinden 42 tanesi ile ancak iletişime geçilebilmiştir. Ulaşılan 42 huzurevinden sadece 10 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Bu çalışma; İstanbul'daki bir grup özel huzurevinde kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla İstanbul il sınırları içinde yaşayan, huzurevlerinde kalmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, *Aralık 2013- Mayıs 2014 tarihleri arasında*, İstanbul il sınırları içerisinde yer alan Özel ‘Akbal, Asude, Avrasya, Hayat, Kadıköy Yaşam 1, Kadıköy Yaşam 2, Kartal, Koşuyolu, Suadiye 2, Surp Agop’, Huzurevleri’nde kalan yaşlılardan çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 109 yaşlı ve kontrol grubu olarak, İstanbul ili sınırları içerisinde yaşayan, huzurevinde kalmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 50 yaşlı oluşturmuştur.

Özel huzurevlerine araştırma için gidildiğinde huzurevi sakinleri ile özellikle çay saatinde görüşülmüş ve çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Çay saatinde odasında dinlenen huzurevi sakinlerine çalışma, odalarına gidilmek suretiyle anlatılmış ve kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

Kontrol grubu için İstanbul’da merkezi yerlerdeki (İstiklal Caddesi, Bağdat Caddesi, Bahariye Caddesi) kafelere gidilmiş, buradaki 55 yaşın üzerindeki yaşlılara çalışmanın içeriği ve amaçları anlatılarak yaşlılar bilgilendirildikten sonra, araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. 55 yaş ve üzeri yaşlı alınmasının nedeni özel huzurevlerine ön kabul koşulu yaş sınırının 55 yaş ve üzeri olarak belirlenmesidir.

Araştırma sonucunda özel huzurevlerinde kalan 11 yaşlı; kontrol grubu içerisinde yer alan 5 yaşlı araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her katılımcıdan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

İlk aşamada, yaşlılara sosyo- demografik anket verilerek doldurmaları istenmiş ve böylelikle yaşlıların sosyo- demografik verileri tespit edilmiştir. İkinci aşamada ise, yaşlılara Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve D.S.Ö.Yaşam Kalitesi Ölçeği(WHOQOL-Bref) kısa formu verilerek, yaşlıların algıladıkları sosyal destek ve yaşam kaliteleriyle psikiyatrik tanı düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2.1. İşleme Kriterleri

- Belirtilen özel huzurevlerinde ikamet ediyor olmak (Huzurevi Grubu İçin)
- İstanbul’da ikamet ediyor olmak ve 55 yaş üzerinde olmak (Kontrol Grubu İçin)
- Okuma yazma biliyor olmak(Her iki grup için)

3.2.2. Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya devam etmeyi engelleyecek düzeyde zeka geriliğine sahip olmak(Her iki grup için)

-Çalışmaya devam etmeyi engelleyecek düzeyde bilişsel bozukluğa sahip olmak(Her iki grup için)

- Çalışmaya devam etmeyi engelleyecek düzeyde aktif psikotik bozukluğa ya da duygudurum bozukluğuna sahip olmak(Her iki grup için)

3.3. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler

3.3.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyo- demografik verileri çalışmacı tarafından hazırlanan form ile değerlendirilmiştir. Bu form; huzurevinde kalan yaşlılar ve kalmayan yaşlılar için iki ayrı formda düzenlenmiştir.

Bu formda yaşlıların;

- Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini belirleyen sorular,

-Kronik hastalığı olma, sürekli olarak kullanılan ilaç bilgileri, psikiyatrik hastalık durumu, madde kullanım durumu vb.sağlık durumunu sorgulayan sorular

- Yaşlıların yaşam kalitesini, destek durumunu, algılanan sosyal destek durumunu sorgulayan sorular bulunmaktadır.

Huzurevinde kalan yaşlılar için hazırlanan formda ayrıca huzurevinde kalma süresi, huzurevinden önce nerede yaşanıldığı gibi huzurevinde kalış ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği

Yesevage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, özellikle yaşlı nüfustaki depresyonu ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış öz bildirime dayalı bir ölçektir (55).

Ölçek, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, vücutta ağrı sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere yaşlı nüfus için depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek nedenlerin yer almadığı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği ‘evet’ ya da ‘hayır’ olarak yanıtlanabilecek biçimde hazırlanmıştır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır.

Çalışmacılar ölçeğin yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği(0.92) ve geçerliliğinin yüksek olduğunu saptamışlar ve ölçeğin kesme puanını, 0-11 puanı ‘depresyon yok’; 11-14 puanı ‘olası depresyon’; 14 ve üzerindeki puanları ‘kesin depresyon’ olarak belirlemişlerdir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır (55).

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında oluşturulan 21 maddelik bir ölçektir. Gümüş Avcı’ya göre, B.A.Ö.’nin çevirisi Şahin tarafından, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy tarafından 1998 yılında yapılmıştır(56). Yanıt verenler her belirtiden rahatsız olma düzeyini belirtir. Her belirti 0 (hiç yok) ile;3 (şiddetli) arasında 4 puan üzerinden değerlendirilir (57).

3.3.4. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği:

Kişinin normal bedensel duyumlarını büyütmesini araştıran ölçektir. Likert tipi, 1-5 arası puanlanan,10 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir (58).

Barsky ve arkadaşları (1988)tarafından bedenselleştirmeyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Hastaların bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarını ve somatizasyona yatkınlıklarını ölçen bir değerlendirme aracıdır. Türkçe güvenilirlik çalışması Sayar ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır (58).

3.3.5. Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok yönlü algılanan sosyal destek ölçeği, 1988’de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup; Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Arkar(1995)tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır (4).

3.3.6. D.S.Ö. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form)

Orijinal ölçekteki (whoqol-100) genel bölümden(fasetten) 2, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir.

WHOQOL-Brief, uzun ölçeğin aksine 4 Alan (domain)'den oluşmuştur, ayrı ayrı bölümleri yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır (59).

Bu ölçeğin dört alt skorundan **fiziksel sağlık alanı**, üç temel konuyu içine almaktadır. Bunlar kişilerin ağrı ve rahatsızlık, canlılık ve bitkinlik, uyku ve dinlenme durumlarıdır. Bu üç konu baz alarak, kişilerin yaşadığı hoş olmayan bedensel duyumları ve bunların ne derece rahatsız olduğunu ortaya çıkarır. Kişinin serbest etkinlikleri sırasındaki canlılık, coşku ve dayanıklılığını araştırır. Ne kadar uyunup dinlenildiği, bu alandaki sorunlar ve tüm bunların kişinin yaşam kalitesine olan etkileri ile ilgilidir (59).

Psikolojik sağlık alanı, kişinin iç huzuru, denge, barışıklık, mutluluk, ümit, neşe, yaşamdaki iyi şeylerden tat alma gibi olumlu duyguların yanı sıra; ümitsizlik, suçluluk, üzüntü, sinirlilik, bunaltı, yaşamdan haz alamama gibi olumsuz duygularında ne ölçüde yaşadığını, düşünme, öğrenme, bellek, dikkat toplama ve karar verme yetisi hakkındaki görüşünü, kişinin kendisi hakkında ne hissettiğini ve dış görünüşüne bakış açısını inceler (59).

Çevre alanı; kişinin fiziksel emniyet ve güvenlik algısını ve yaşadığı yerin onun yaşamına olan etkisini, maddi kaynaklarına, yakın çevresindeki sağlık hizmetlerine ve sosyal yardıma bakış açısını inceler (59).

Ayrıca kişinin neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi beceriler edinme arzu fırsatlarına, boş zaman değerlendirme fırsatlarına ve çevresine bakış açısını bir yerlere gidebilmek için ulaşım araçlarını bulabilmesinin ve onlardan yararlanabilmesinin ne kadar kolay olduğu hakkındaki görüşünü araştırır (82).

Sosyal ilişkiler alanı; kişilerin diğer kişilerle kurduğu yakın ilişkilerinden ne ölçüde dostluk, sevgi ve destek beklediklerini, kişinin ailesinden aldığı destek, onay ve gündelik yardımları nasıl değerlendirdiğini araştırır. Aynı zamanda bu bölüm kişinin cinsel dürtü ve isteğini kapsar. Cinsel arzusunu uygun biçimde ifade edebilme ve yaşayabilme düzeyi ile ilgilidir (59).

3.3.7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmaya katılan her kişiye çalışmanın özetini, amacını kısaca yöntemini içeren 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' verilerek gerekli açıklamalar yapılmıştır. Katılımcılardan bu formu dikkatlice okumaları ve özgür iradeleriyle çalışmaya katılmaya karar verdikleri taktirde imzalamaları istenmiştir.

3.4. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0 programında oluşturulan veri tabanına girilmiş; istatistiksel analizler aynı program ile yapılmıştır. Sınıfsal değişkenler çapraz tablolar şeklinde frekans ve yüzdeler halinde hazırlanmış; sürekli değişkenlerin tüm alt gruplarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile araştırılmıştır. Gerek grafiksel araştırma gerekse normallik testleri ve örnek çapı göz önünde bulundurularak, değişkenlerin tümünde normal dağılıma uygunluk koşullarının sağlanmadığına karar verilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanı sıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test kullanılmıştır.

Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile kontrol grubunun yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği için iki grubun sayısal değişkenler açısından ikinci kez karşılaştırılması yaş değişkeni kontrol edilerek ANCOVA analizi ile yapılmıştır.

Ölçek puanlarının etkilerini değerlendirmede olguların yaşları kovaryat olarak alınarak, yaşı etkisinden arındırıldıktan sonra oluşturulan ANCOVA modeli ile tahmin edilen ölçek değerleri ortalama±standart hata şeklinde verilmiştir.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Yates Continuity Correction test, Fisher's Exact testi ve Fisher-Freeman Halton testi kullanılmıştır. Sayısal nitelikteki değişkenler arası ilişkinin yönü ve düzeyinin değerlendirilmesinde ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel karşılaştırma testlerinde, 1. Tip hata payı $\alpha:0,05$ olarak belirlenmiş ve çift yönlü olarak test edilmiş, "p" değerinin 0.05'ten küçük olması durumunda gruplar arası fark, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Katılımın Değerlendirilmesi

Huzurevi grubunda yer alan Aralık 2013- Mayıs 2014 tarihleri arasında İstanbul il sınırları içerisinde yer alan Özel 'Akbal, Asude, Avrasya, Hayat, Kadıköy Yaşam 1, Kadıköy Yaşam 2, Kartal, Koşuyolu, Suadiye 2, Surp Agop', Huzurevleri'nde kalan ve çalışma kriterlerine-içleme ve dışlama kriterleri- uyan 109 yaşlı; kontrol grubunda yer alan İstanbul ili sınırları içerisinde yaşayan, huzurevinde kalmayan ve çalışma kriterlerine uyan 50 yaşlı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Belirtilen özel huzurevlerinde kalan ve çalışma kriterlerine uyan 11 yaşlı; kontrol grubu içerisinde yer alan, huzurevlerinde kalmayan ve çalışma kriterlerine uyan 5 yaşlı araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

TABLO 1: Çalışma Grubunun Katılım Durumunun Değerlendirilmesi

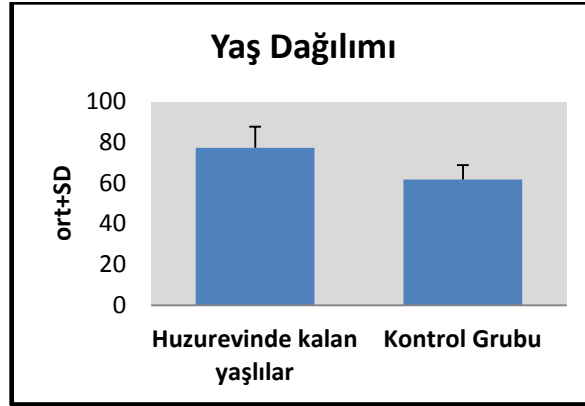
ÇALIŞMAYA KATILIM	Kabul Edenler	Kabul Etmeyenler
Huzurevi Grubu	109	11
Kontrol Grubu	50	5
Toplam	159	16

4.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri:

4.2.1.1. Çalışma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Doğum Yeri, En Uzun Süre Yaşanılan Yer ve Medeni Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması:

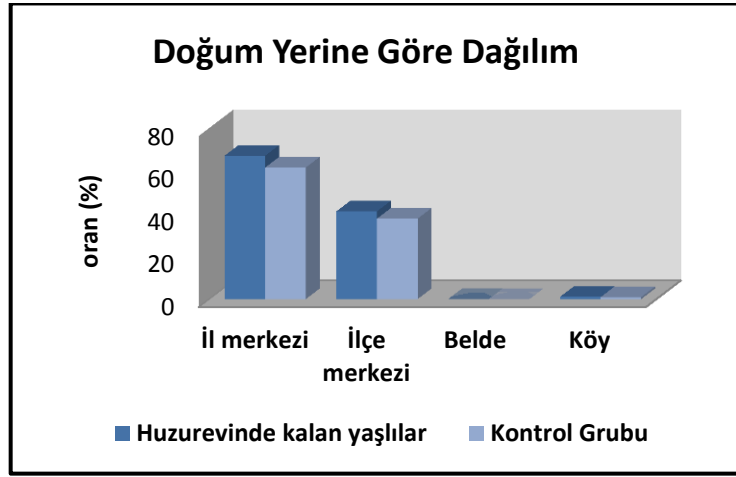
Huzurevinde kalan yaşlıların yaş ortalaması 77.3; kontrol grubunun ise 61.8 olduğu görülmüştür. Gruplara göre olguların **yaş dağılımları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$); huzurevinde kalan yaşlıların yaş ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 2. Gruplara göre yaşların dağılımı

Çalışma grubunun **cinsiyet** özelliklerine bakıldığında, huzurevi grubu yaşlıların % 56'sının kadın, % 44'ünün erkek; kontrol grubu yaşlılarının %54'ünün kadın, %46'sının erkek olduğu görülmüştür. Gruplar cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,86$).

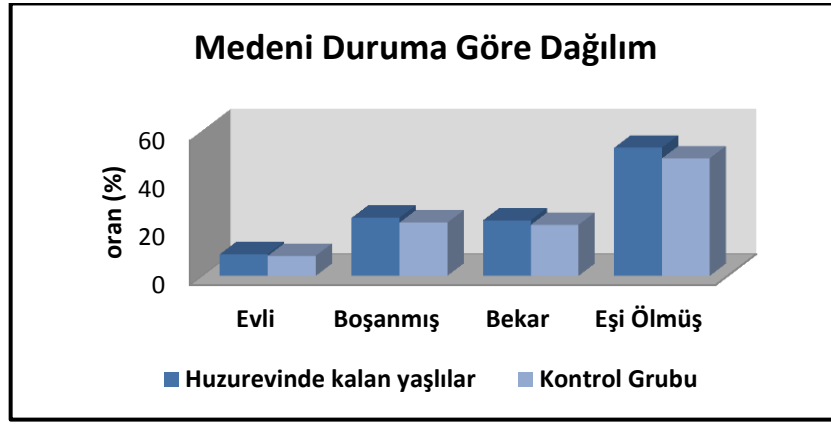
Çalışma grubunun **doğum yeri** özellikleri incelendiğinde, huzurevi grubu yaşlılarının %61,5'inin il merkezi, %37,6'sının ilçe merkezi, %0,9'unun köy doğumlu olduğu; kontrol grubu yaşlılarının %24'ünün il merkezi, %40'ının ilçe merkezi, %36'sının köy doğumlu olduğu; iki gruptan hiçbir yaşlının doğum yerinin belde statüsünde olmadığı saptanmıştır. Grupların doğum yerlerine göre dağılımları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda il merkezinde doğum oranı yüksek iken, kontrol grubunda köyde doğum oranı anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 3. Gruplara göre doğum yerlerinin dağılımı

Grupların *en uzun süre yaşanılan yer* özellikleri incelendiğinde; huzurevi yaşlılarının %76.1'inin il merkezinde, %20.2'sinin ilçe merkezinde, %3.7'sinin belde yaşadığı; kontrol grubu yaşlılarının %84'ünün il merkezinde, %16'sının ilçe merkezinde yaşadığı bulunmuştur. En uzun süre yaşanılan yer dağılımları gruplarda anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,29$).

Çalışma grubunun *medeni durum özellikleri* incelendiğinde, huzurevi yaşlılarının %8.3'ünün evli, %22'sinin boşanmış; %21.1'inin bekar, %48.6'sının eşinin ölmüş olduğu; kontrol grubu yaşlıların % 82'sinin evli, %2'sinin boşanmış, %16'sının eşinin ölmüş olduğu, kontrol grubu yaşlılarının hiçbirinin bekar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Medeni duruma göre dağılımlar gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kontrol grubunda evli oranı bir hayli yüksek iken, örneklem grubunda eşi ölmüş, boşanmış ve bekar oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur



Şekil 4. Gruplara göre medeni durum dağılımı

TABLO 2: Çalışma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Doğum Yeri, En Uzun Süre Yaşanılan Yer ve Medeni Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Huzurevinde kalan yaşlılar n:109		Kontrol Grubu n:50		Test Değeri	P
	Ort	SD	Ort	SD		
Yaş	77.3	10.4	61.8	7	t:11,061	<0.001**
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Kadın	61	56	27	54	χ^2 :0,053	0.817
Erkek	48	44	23	46		
Doğum Yeri						
İl merkezi	67	61,5	12	24,0	$f\chi^2$:43,895	<0,001**
İlçe merkezi	41	37,6	20	40,0		
Belde	-	-	-	-		
Köy	1	0,9	18	36,0		
En Uzun Süre Yaşanılan Yer						
İl merkezi	83	76,1	42	84,0	$f\chi^2$: 1.885	0.362
İlçe merkezi	22	20,2	8	16,0		
Belde	4	3,7	0	0		
Köy	-	-	-	-		
Medeni Durum						
Evli	9	8,3	41	82,0	$f\chi^2$:89,073	<0,001**
Boşanmış	24	22,0	1	2,0		
Bekar	23	21,1	0	0		
Eşi Ölmüş	53	48,6	8	16,0		

SD: Standart Sapma t: Student t test χ^2 : Pearson Ki kare test
 $f\chi^2$: Fisher Freeman Halton test **p<0,001

4.2.1.2. Çalışma Grubunun Eğitim Durumu, Meslek Durumu ve Madde Kullanım Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması:

Çalışma grubunun *eğitim durumu* özellikleri incelendiğinde, huzurevi yaşlılarının %34,9'unun ilkokul ve altı, %18.3'ünün ortaokul ve dengi, %22.9'unun lise ve dengi, %23.9'unun yüksekokul ve dengi eğitim düzeyinde olduğu; kontrol grubunun %44'ünün ilkokul, %8'inin ortaokul ve dengi, %22'sinin lise ve dengi, %26'sının yüksekokul ve dengieğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur. Gruplara göre olguların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunun *mesleksel dağılımı* incelendiğinde, huzurevi yaşlılarının %27.7'sinin esnaf, %34,9'unun ev hanımı, %12.8'inin memur, %23.9'unun diğer meslek sahibi, %2.8'inin işsiz olduğu; kontrol grubu yaşlılarının %24'ünün esnaf, %40'ının ev hanımı, %18'inin memur, %18'inin diğer meslek sahibi olduğu, tüm kontrol grubu yaşlılarının çalıştığı sonucuna varılmıştır. Gruplara göre olguların mesleklerinin dağılımı anlamlı farklılık göstermemektedir($p=0,693$).

Çalışma grubunun *madde kullanım durumlarının* dağılımları incelendiğinde, huzurevi grubu yaşlılarının %16.5'inin; kontrol grubu yaşlılarının %30'unun sigara ve/veya alkol kullandığı sonucuna varılmıştır. Gruplara göre olguların *madde kullanım durumlarının* dağılımları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,052$).

TABLO 3:Çalışma Grubunun Eğitim Durumu, Meslek Durumu ve Madde Kullanım Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Huzurevinde kalan yaşlılar n:109		Kontrol Grubu n:50		Test Değeri	P
	N	%	N	%		
Eğitim Durumu						
İlkokul mezunu ve altında eğitim	38	34,9	22	44,0	$f\chi^2$:3,275	0,352
Ortaokul ve dengi okul mezunu	20	18,3	4	8,0		
Lise ve dengi okul mezunu	25	22,9	11	22,0		
Yüksekokul veya fakülte mezunu	26	23,9	13	26,0		
Meslek Durumu						
Esnaf	28	25,7	12	24,0	$f\chi^2$:2,371	0,693
Ev Hanımı	38	34,9	20	40,0		
Memur	14	12,8	9	18,0		
Diğer	26	23,9	9	18,0		
İşsiz	3	2,8	0			
Madde Kullanım Durumu						
Sigara &Alkol	18	16,5	15	30,0	χ^2 :3,790	0,052
Herhangi bir madde kullanmıyorum.	91	83,5	35	70,0		
SD: Standart Sapma	χ^2 : Pearson Ki kare test		$f\chi^2$: Fisher Freeman Halton test			

4.2.1.3. Çalışma Grubunun Gelir Durumu, Sosyal Güvenlik Durumu ve Çocuk Sahibi Olma Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması:

Çalışma grubunun **gelir durumları** incelendiğinde, huzurevi grubu yaşlılarının %49.5'inin 1-1000 TL arasında, %39.4'ünün 1001-5000 TL arasında, %3.7'sinin 5001-10000 TL arasında geliri olduğu, %7.3'ünün gelirinin olmadığı; kontrol grubu yaşlılarının %34'ünün 1-1000 TL, %56'sının 1001-5000 TL, %6'sının 5001-10000 TL arasında geliri olduğu; %4'ünün gelirinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Gruplara göre olguların aylık gelir dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,172).

Çalışma grubunun **sosyal güvenlik durumları** incelendiğinde, huzurevi grubu yaşlılarının %23.9'unun Emekli Sandığı, %36.7'sinin SSK, %31.2'sinin Bağkur, %1.8'inin Özel Sigorta, %0.9'unun Yeşilkart'a bağlı olduğu; %5.5'inin hiçbir güvenlik kuruluşuna bağlı olmadığı; kontrol grubu yaşlılarının %28'sinin Emekli Sandığı, %10'unun SSK, %52'sinin Bağkur, %10'unun Özel Sigortası olduğu sonucuna varılmıştır.

Sosyal güvenlik kurumuna bağı olma oranlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Huzurevinde kalanlar SSK, kontrol grubunda olanlarda ise Bağkur oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışma grubunun *çocuk sahibi olma durumları* incelendiğinde, huzurevi yaşlılarının %66.1'inin; kontrol grubunun %84'ünün çocuk sahibi olduğu sonucuna varılmıştır. Çocuk sahibi olma oranları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,032$); huzurevinde kalanlarda çocuk oranı düşükken, kontrol grubunda ise çocuk oranı daha yüksektir.

TABLO 4: Çalışma Grubunun Gelir Durumu, Sosyal Güvenlik Durumu ve Çocuk Sahibi Olma Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Huzurevinde kalan yaşlılar		Kontrol Grubu		Test Değeri	P
	n:109		n:50			
	n	%	N	%		
Aylık Gelir						
Geliri Yok(0 TL)	8	7,3	2	4,0	$f\chi^2:4,969$	0,172
1-1000 TL	54	49,5	17	34,0		
1001-5000 TL	43	39,4	28	56,0		
5001-10.000 TL	4	3,7	3	6,0		
Sosyal Güvenlik						
Emekli sandığı	26	23,9	14	28,0	$f\chi^2:43,895$	<0,001**
SSK	40	36,7	5	10,0		
Bağkur	34	31,2	26	52,0		
Özel sigorta	2	1,8	5	10,0		
Yeşil kart	1	0,9	0	0		
Hiçbir yere bağlı değilim	6	5,5	0	0		
Çocuk Sahibi Olma						
Evet	72	66,1	42	84,0	$Y\chi^2:4,591$	0,032*
Hayır	37	33,9	8	16,0		

SD:Standart Sapma $f\chi^2$: Fisher Freeman Halton test

$Y\chi^2$:Yates Continuity

Correction

* $p<0,05$

** $p<0,01$

4.2.1.4. Çalışma Grubunda Kronik Hastalık ve Sürekli Kullanılan İlaç Durumunun Varlığı-Karşılaştırılması:

Çalışma grubunda *kronik hastalık varlığı* incelendiğinde, kronik hastalıklardan nefes (p=1.0), alerji (p=1.0), kalp (p=0.52), seker (p=0.49), tansiyon (p=0.61), mide (p=0.54) romatizma (p=0.53), psikiyatri (p=0.17), nöroloji (p=0.309) prostat (p=0.72) ve diğer kronik hastalık (p=0.411) oranları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken; kolesterol oranı kontrol grubunda örneklem grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p=0,002).

Çalışma grubunda *sürekli kullanılan ilaçlar* incelendiğinde, kullanılan ilaçlardan nefes (p=1.0) alerji (p=0.53) kalp (p=0.79), şeker(p=0.49), tansiyon (p=0.61), mide (p=0.54), romatizma (p=0.53), psikiyatri (p=0.17), nöroloji (p=0.309), prostat (p=0.72) ve diğer ilaç kullanımı oranları (p=0.79) gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken; kolesterol ilacı kullanım oranı (p=0.002) kontrol grubunda örneklem grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

TABLO 5:Çalışma Grubunda Kronik Hastalık ve Sürekli Kullanılan İlaç Durumunun Varlığı-Karşılaştırılması

	Huzurevinde kalan yaşlılar n:109		Kontrol Grubu n:50		Test Değeri	P
	N	%	N	%		
<i>Kronik Hastalık</i>						
Nefes	7	6,4	3	6,0	$fe\chi^2:0,010$	1,000
Alerji	2	1,8	1	2,0	$fe\chi^2:0,005$	1,000
Kalp	10	9,2	7	14,0	$Y\chi^2:0,407$	0,524
Kolesterol	10	9,2	14	28,0	$\chi^2:9,479$	0,002**
Seker	25	22,9	14	28,0	$\chi^2:0,475$	0,491
Tansiyon	28	25,7	11	22,0	$\chi^2:0,252$	0,616
Mide	8	7,3	5	10,0	$fe\chi^2:0,323$	0,549
Romatizma	12	11,0	8	16,0	$Y\chi^2:0,389$	0,533
Psikiyatri	9	8,3	1	2,0	$fe\chi^2:2,777$	0,173
Nöroloji	4	3,7	0	0	$fe\chi^2:1,882$	0,309
Prostat	6	5,5	4	8,0	$fe\chi^2:0,362$	0,726
Diğer	26	23,9	15	30,0	$\chi^2:0,677$	0,411
<i>Sürekli Kullanılan İlaçlar</i>						
Nefes	8	7,3	3	6,0	$fe\chi^2:0,095$	1,000
Alerji	1	0,9	1	2,0	$fe\chi^2:0,323$	0,531
Kalp	10	9,2	6	12,0	$Y\chi^2:0,071$	0,790
Kolesterol	10	9,2	14	28,0	$\chi^2:9,479$	0,002**
Seker	25	22,9	14	28,0	$\chi^2:0,475$	0,491
Tansiyon	28	25,7	11	22,0	$\chi^2:0,252$	0,616
Mide	8	7,3	5	10,0	$fe\chi^2:0,323$	0,549
Romatizma	12	11,0	8	16,0	$Y\chi^2:0,389$	0,533
Psikiyatri	9	8,3	1	2,0	$fe\chi^2:2,277$	0,173
Nöroloji	4	3,7	0	0	$fe\chi^2:1,882$	0,309
Prostat	6	5,5	4	8,0	$fe\chi^2:0,362$	0,726
Diğer	26	23,9	11	22,0	$\chi^2:0,066$	0,797
SD:Standart Sapma χ^2 : Pearson Ki kare test					$fe\chi^2$: Fisher's Exact test	
$Y\chi^2$:Yates Continuity Correction					**p<0,01	

4.2.1.5. Çalışma Grubunda Psikiyatrik Hastalık ve Alınan Destek Durumunun Varlığı- Karşılaştırılması:

Çalışma grubunun geçmişte ya da şu an *psikiyatrik hastalık varlığı* incelendiğinde, huzurevi yaşlılarının %22.9'unun; kontrol grubu yaşlılarının ise %12'sinin psikiyatrik hastalığı olduğu sonucuna varılmış; çalışma grubunun destek durumu incelendiğinde ise, huzurevi yaşlılarının %18.3'ünün psikiyatristten; %2.8'sinin psikolog ve/veya sosyal hizmet uzmanından destek aldığı, %78.9'unun hiçbir yerden destek almadığı; kontrol grubu yaşlılarının %10'unun psikiyatristten destek aldığı, %90'ının hiçbir yerden destek almadığı sonucuna ulaşılmıştır

Psikiyatrik hastalık oranları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0.106$); psikolojik destek alma durumu da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.223$). Sosyal destek alma oranı kontrol grubunda huzurevi grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p=0.002$).

TABLO 6:Çalışma Grubunda Psikiyatrik Hastalık- Alınan Destek Durumunun Varlığı ve Karşılaştırılması

	Huzurevinde kalan yaşlılar n:109		Kontrol Grubu n:50		Test Değeri	P
	N	%	N	%		
Psikiyatrik Hastalık						
Evet	25	22,9	6	12,0	$\chi^2:2,612$	0,106
Hayır	84	77,1	44	88,0		
Destek Durumu						
Destek Almadım	86	78,9	45	90,0	$f\chi^2:2,801$	0,223
Destek Aldım (Hastane-Psikiyatrist)	20	18,3	5	10,0		
Destek Aldım (Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı)	3	2,8	0	0		
Sosyal Destek Durumu						
Evet Alıyorum	64	58,7	42	84,0	$\chi^2:9,861$	0,002**
Hayır Almıyorum	45	41,3	8	16,0		

SD:Standart Sapma χ^2 : Pearson Ki kare test
test

$Y\chi^2$:Yates Continuity Correction

$f\chi^2$: Fisher Freeman Halton

** $p<0,01$

4.2.2. ÇALIŞMA GRUBUNDA ÇALIŞMA ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yaşlılar için Depresyon puanı; huzurevinde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,001$, Bkz. Tablo:7). Yaşlılar için depresyon ölçeğinde depresyon için kesme puanı ≥ 14 'e göre gruplar depresyon var ve yok olarak sınıflandırıldığında, huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon oranı %44 (n: 48), kontrol grubunda %20 (n:10) bulunmuştur.

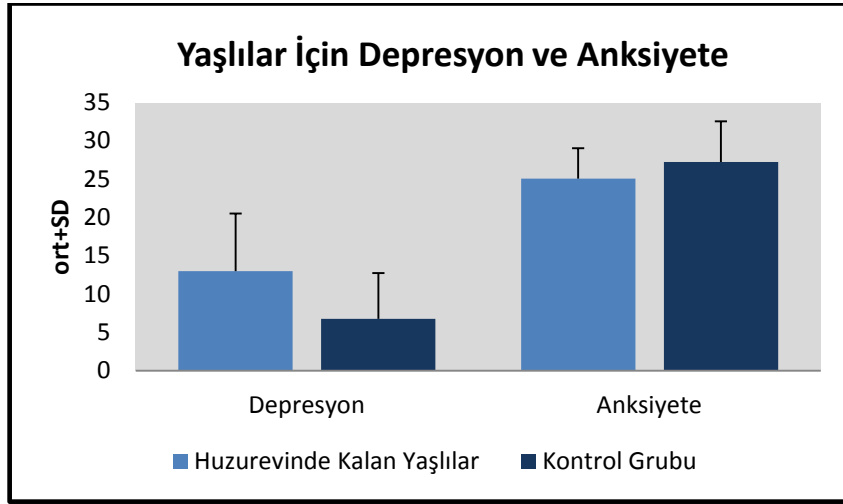
Beck Anksiyete ölçeği puanı huzurevinde kalanlara göre kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.004$, Bkz. Tablo:7).

Bedensel duyumları abartma ölçeği puanları iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0.718$, bkz. Tablo:7).

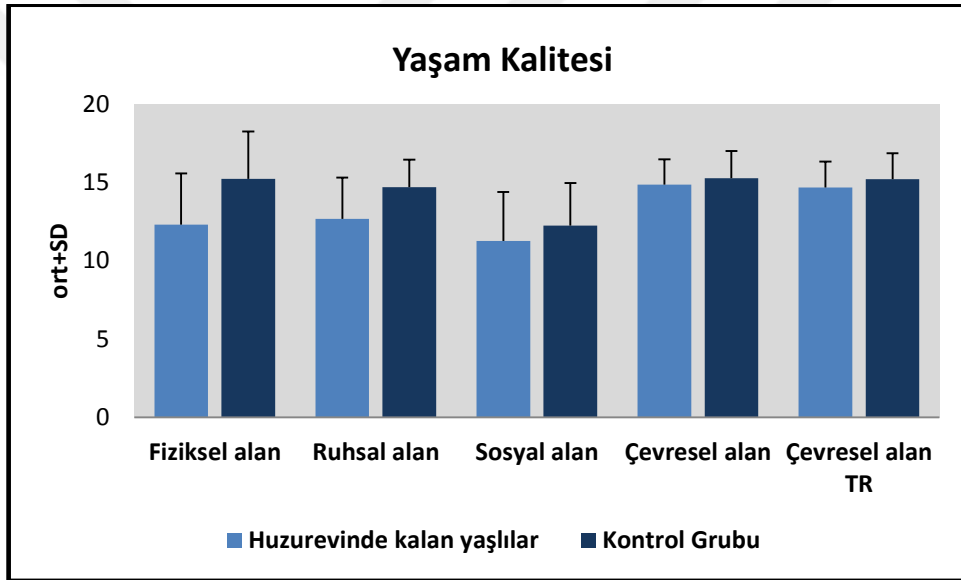
Algılanan sosyal destek ölçeği puanları ise *kontrol grubu* olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,001$, Bkz. Tablo:7).

Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ($p<0.001$) ve ruhsal ($p<0.001$) alan alt boyut puanları kontrol grubunda huzurevinde kalan yaşlılara göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo:7). Sosyal alan, çevresel alan ve çevresel alan TR puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$, Bkz. Tablo:7).

Çalışmada kullanılan ölçeklerden alınan toplam puanların iki grupta cinsiyetler arasında anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Student t testi ile bakılmıştır. Huzurevinde kalan yaşlılarda kadın erkek açısından karşılaştırma yapıldığında sadece anksiyete toplam puanı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.027$). Kadınların anksiyete puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise bedensel duyumları abartma ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt boyut puanında cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p=0.048$, $p=0.004$). Kadınların somatizasyon ve yaşam kalitesi sosyal alan alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.



Şekil 4: Yaşlılar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği



Şekil 5:Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLO 7:Çalışma Ölçeklerinin Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Kontrol Grubu Arasında Karşılaştırılması

Çalışma Ölçekleri	Huzurevinde Yaşlılar n:109 Ort±SD	Kalan Kontrol Grubu n:50 Ort±SD	Test Değeri	P
*Depresyon	12,99±7,55	6,78±5,96	5,587	<0,001**
*Anksiyete	25,07±3,98	27,28±5,28	-2,916	0,004**
*Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	28,90±5,05	28,60±4,86	0,361	0,718
*Algılanan Sosyal Destek	47,71±19,58	57,36±15,90	-3,293	<0,001**
*Yaşam Kalitesi				
Fiziksel alan	12,30±3,27	15,22±3,02	-5,344	<0,001**
Ruhsal alan	12,67±2,63	14,69±1,75	-5,754	<0,001**
Sosyal alan	11,25±3,14	12,24±2,72	-1,913	0,058
Çevreselalan	14,85±1,62	15,25±1,74	-1,401	0,163
Çevresel alan TR	14,66±1,67	15,19±1,66	-1,858	0,065

* Tablo 7’de Çalışma Ölçekleri olarak; Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği,Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Kısa Formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form kullanılmıştır.Student t testi: **p<0,001

4.2.2.1.Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Depresyon ve Anksiyete Puanı İle Diğer Ölçek Puanlarının İlişkileri:

4.2.2.1.1. Depresyon Puanı İle Diğer Ölçek Puanları İlişkileri:

Huzurevinde kalan yaşlılar grubunda;

Depresyon ile **anksiyete** arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Depresyon ile **bedensel doyumları abartma ölçeği** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir(Bkz. Tablo:8).

Depresyon ile **algılanan sosyal destek puanı** arasında ise ters yönlü (algılanan sosyal destek puanı arttıkça depresyon düşmekte) %59,5 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Depresyon puanı ile **yaşam kalitesi puanlarından**, fiziksel alan puanı arasında ters yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça depresyon düşmekte) %41,6 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8). Ruhsal alan puanı ile de ters yönlü %73,7 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Sosyal alan puanı ile de yine ters yönlü %53,8 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).Çevresel alan puanı ile depresyon arasında ters yönlü %41,5 düzeyinde, istatistikse olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile depresyon puanı arasında ters yönlü %55,0 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Kontrol grubunda;

Depresyon ile **anksiyete** arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Depresyon ile **bedensel doyumlari abartma ölçeği** arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir (Bkz. Tablo:8).

Depresyon ile **algılanan sosyal destek puanı** arasında ise ters yönlü (algılanan sosyal destek puanı arttıkça depresyon düşmekte) %65,5 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:8).

Depresyon puanı ile **yaşam kalitesi puanlarından**, fiziksel alan puanı arasında ters yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça depresyon düşmekte) %78,9 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:8).Ruhsal alan puanı ile de ters yönlü %82,1 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).Sosyal alan puanı ile de yine ters yönlü %55,4 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:8).

Çevresel alan puanı ile depresyon arasında ters yönlü %58,6 düzeyinde, istatistikse olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile depresyon puanı arasında ters yönlü %66,3 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Tüm olgularda;

Depresyon ile **anksiyete** arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Depresyon ile **bedensel doyumlari abartma ölçeği** arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).

Depresyon ile **algılanan sosyal destek puanı** arasında ise ters yönlü (algılanan sosyal destek puanı arttıkça depresyon düşmekte) %63,7 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Depresyon puanı ile **yaşam kalitesi puanlarından**, fiziksel alan puanı arasında ters yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça depresyon düşmekte) %58,1 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).Ruhsal alan puanı ile de ters yönlü %78,6 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Sosyal alan puanı ile de yine ters yönlü %55,3 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).Çevresel alan puanı ile depresyon arasında ters yönlü %46,4 düzeyinde, istatistikse olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8). Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile depresyon puanı arasında ters yönlü %58,3 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

4.2.2.1.2. Anksiyete Puanı İle Diğer Ölçek Puanları İlişkileri:

Huzurevinde kalan yaşlılar grubunda;

Anksiyete ile *bedensel doyumları abartma ölçeği* arasında, pozitif yönde %21,1 zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).

Anksiyete ile *algılanan sosyal destek puanı* arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo:8).

Anksiyete puanı ile *yaşam kalitesi puanlarından*, fiziksel alan puanı arasında ters yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça anksiyete düşmekte) %25,0 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).Ruhsal alan puanı ile de ters yönlü %31,7 düzeyinde anlamlı ilişki saptanırken; sosyal alan puanı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo:8).

Çevresel alan puanı ile anksiyete arasında ters yönlü %20 düzeyinde, istatistikse olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile anksiyete puanı arasında ters yönlü %24 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Kontrol grubunda;

Anksiyete ile *bedensel doyumları abartma ölçeği* arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir (Bkz. Tablo:8).

Anksiyete ile *algılanan sosyal destek puanı* arasında ise ters yönlü (algılanan sosyal destek puanı arttıkça anksiyete düşmekte) %34,1 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Anksiyete puanı ile *yaşam kalitesi puanlarından*, fiziksel alan puanı arasında ters yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça anksiyete düşmekte) %55,3 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).Ruhsal alan puanı ile de ters yönlü %53,6 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8). Sosyal alan puanı ile de yine ters yönlü %41,6 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8). Çevresel alan puanı ile anksiyete arasında ters yönlü %55,2 düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).

Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile anksiyete puanı arasında ters yönlü %59,6 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

Tüm olgularda;

Anksiyete ile *bedensel doyumları abartma ölçeği* arasında, pozitif yönde %20,9 zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).

Anksiyete ile *algılanan sosyal destek* puanı arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo:8).

Anksiyete puanı ile *yaşam kalitesi puanlarından*, fiziksel alan puanı arasında ters yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça anksiyete düşmekte) %22,7 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz.Tablo:8). Ruhsal alan puanı ile de ters yönlü %24,4 düzeyinde anlamlı ilişki saptanırken; sosyal alan puanı ile zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo:8). Çevresel alan puanı ile anksiyete arasında ters yönlü %30,1 düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo:8).Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile anksiyete puanı arasında ters yönlü %32,4 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:8).

TABLO8: Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Depresyon ve Anksiyete Puanı İle Diğer Ölçek Puanlarının İlişkileri

Çalışma Ölçekleri	YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON						YAŞLILAR İÇİN ANKSİYETE					
	Huzurevinde		Kontrol Grubu		TOPLAM		Huzurevinde		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	Kalan Yaşlılar		n:50		n:159		Kalan Yaşlılar		n:50		n:159	
	n:109						n:109					
	R	P	R	p	R	P	R	P	R	P	r	P
<i>Yaşlılar İçin Depresyon</i>	-	-	-	-	-	-	0,355	0,000**	0,617	0,000**	0,299	0,000**
<i>Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği</i>	0,171	0,076	0,225	0,117	0,181	0,022*	0,211	0,027*	0,245	0,087	0,209	0,008**
<i>Algılanan Sosyal Destek</i>	-0,595	0,000**	-0,656	0,001**	-0,637	0,000**	-0,154	0,111	-0,341	0,016*	-0,145	0,069
<i>Yaşam Kalitesi</i>												
Fiziksel alan	-0,371	0,000**	-0,789	0,001**	-0,445	0,000**	-0,203	0,034**	-0,337	0,017**	-0,194	0,014**
Ruhsal alan	-0,535	0,000**	-0,821	0,001**	-0,622	0,000**	-0,270	0,005**	-0,402	0,004**	-0,180	0,023**
Sosyal alan	-0,538	0,000**	-0,554	0,001**	-0,553	0,000**	-0,148	0,123	-0,416	0,003**	-0,192	0,015*
Çevreselalan	-0,415	0,000**	-0,586	0,001**	-0,464	0,000**	-0,200	0,037*	-0,552	0,000**	-0,301	0,000**
Çevresel alan TR	-0,408	0,000**	-0,663	0,001**	-0,466	0,000**	-0,206	0,031*	-0,528	0,000**	-0,277	0,000**
<i>r.Pearsonkorelasyon katsayısı</i>			<i>*p<0,05</i>			<i>**p<0,001</i>						

4.2.2.2. Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Bedensel Duyumları Abartma Puanı İle Algılanan Sosyal Destek Puanı ve Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri:

Huzurevinde kalan yaşlılar, kontrol grubu ve tüm olgular grubunda; bedensel duyumları abartma (Somatizasyon) puanı ile;*algılanan sosyal destek puanı,yaşam kalitesi ölçeği* alt boyutlarından fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve çevresel alan TR puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0.05$, Bkz. Tablo:9).

TABLO 9: Çalışma Gruplarında ve Toplamda Yaşlılar İçin Bedensel Duyumları Abartma Puanı İle Algılanan Sosyal Destek Puanı ve Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri

Çalışma Ölçekleri		Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği					
		Huzurevinde Kalan Yaşlılar n:109		Kontrol Grubu n:50		TOPLAM n:159	
		R	P	R	P	R	P
Algılanan Sosyal Destek		-0,051	0,595	-0,119	0,410	-0,074	0,355
<i>Yaşam Kalitesi</i>							
Fiziksel alan		-0,036	0,712	-0,160	0,266	-0,075	0,350
Ruhsal alan		-0,128	0,183	-0,082	0,569	-0,083	0,301
Sosyal alan		0,030	0,758	-0,065	0,656	0,000	0,995
Çevreselalan		-0,173	0,072	0,090	0,533	-0,091	0,254
Çevresel alan TR		-0,189	0,049	0,084	0,564	-0,109	0,173
<i>r.Pearsonkorelasyon katsayısı</i>				<i>*p<0,05</i>		<i>**p<0.001</i>	

4.2.2.3. Çalışma Gruplarında ve Toplamda Algılanan Sosyal Destek Puanı İle Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri:

Huzurevinde kalan yaşlılar grubunda;

Algılanan sosyal destek puanı ile *yaşam kalitesi puanlarından*, fiziksel alan puanı arasında pozitif yönde yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça algılanan sosyal destek puanı artmakta) %20,3 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz.Tablo:10) Ruhsal alan puanı ile de pozitif yönlü %56,5 düzeyinde anlamlı ilişki saptanırken; sosyal alan puanı %78,4 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:10). Çevresel alan puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında pozitif yönde %35,5 düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir(Bkz. Tablo:10).Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında pozitif yönlü %43,6 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:10).

Kontrol grubunda;

Algılanan sosyal destek puanı ile *yaşam kalitesi puanlarından*, fiziksel alan puanı arasında pozitif yönde yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça algılanan sosyal destek puanı artmakta) %59,9 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:10) Ruhsal alan puanı ile de pozitif yönlü %62,5 düzeyinde anlamlı ilişki saptanırken; sosyal alan puanı %83,4 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:10) Çevresel alan puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmazken; çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında pozitif yönlü %29,4 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:10)

Tüm olgularda;

Algılanan sosyal destek puanı ile *yaşam kalitesi puanlarından*, fiziksel alan puanı arasında pozitif yönde yönlü (fiziksel alan puanı arttıkça algılanan sosyal destek puanı artmakta) %36,4 oranında anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:10). Ruhsal alan puanı ile de pozitif yönlü %60,7 düzeyinde anlamlı ilişki saptanırken; sosyal alan puanı %80 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır(Bkz. Tablo:10) Çevresel alan puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında pozitif yönde %33,2 düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir(Bkz. Tablo:10). Çevresel alan TR ulusal sorulu puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında pozitif yönlü %41,5 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo:10).

TABLO 10: Çalışma Gruplarında ve Toplamda Algılanan Sosyal Destek Puanı İle Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkileri

Çalışma Ölçekleri	Algılanan Sosyal Destek					
	Huzurevinde Kalan Yaşlılar n:109		Kontrol Grubu n:50		TOPLAM n:159	
	R	P	R	P	r	P
Yaşam Kalitesi						
Fiziksel alan	0,385	0,000*	0,489	0,000*	0,435	0,000*
				*		*
Ruhsal alan	0,458	0,000*	0,523	0,000*	0,514	0,000*
		*		*		*
Sosyal alan	0,784	0,000*	0,834	0,000*	0,800	0,000*
		*		*		*
Çevresel alan	0,355	0,000*	0,228	0,111	0,332	0,000*
		*				*
Çevresel alan	0,350	0,000*	0,232	0,105*	0,341	0,000*
TR		*				*
<i>r.Pearson korelasyon katsayısı</i>			<i>*p<0,05</i>		<i>**p<0,001</i>	

4.2.3. Çalışma Grubunda Çalışma Ölçeklerinin Yaşın Etkisinden Arındırılarak Karşılaştırılması(ANCOVA):

İki grup arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. İki grup arası ölçek puanları değerlendirmeleri yaşın etkisi de göz önünde bulundurularak karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlar aşağıdaki şekildedir:

Yaşlılar için depresyon puanı huzurevinde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Beck Anksiyete puanı ise *kontrol grubu* olgularda anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,001$).

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puanları (somatizasyon) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0.163$).

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ise, *kontrol grubu* olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p=0.024$, bkz. Tablo 11).

TABLO 11:Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Kontrol Grubu Arasında Çalışma Ölçeklerinin Yaşın Etkisinden Arındırılarak Karşılaştırılması/ANCOVA (Depresyon, Anksiyete, Bedensel Duyumları Abartma ve Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri İçin)

Çalışma Ölçekleri	Huzurevinde Kalan Yaşlılar n:109	Kontrol Grubu n:50	Test Değeri	P
	Ort±SH	Ort±SH		
Depresyon	12,76±0,74	7,28±1,19	12,821	<0,001**
Anksiyete	24,66±0,46	28,18±0,73	13,940	<0,001**
Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	29,28±0,52	27,79±0,83	1,961	0,163
Algılanan Sosyal Destek	47,87±1,94	57,01±3,11	5,225	0,024*

* Tablo 1*'da Çalışma Ölçekleri olarak; Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Kısa Formu kullanılmıştır.

ANCOVA (Olguların yaşları kovaryat olarak kullanılmıştır. Yaşın etkisinden arındırıldıktan sonra oluşturulan modelle tahmin edilen ölçek değerleri ortalama±standart hata şeklinde verilmiştir.)

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

İki grup arası ölçek puanları değerlendirmeleri yaşın etkisi de göz önünde bulundurularak gerçekleştirildiğinde *yaşam kalitesi için* elde edilen sonuçlar ise aşağıdaki şekildedir:

Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel alt boyut puanı, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.036$).

Yaşam Kalitesi Ölçeği ruhsal alt boyut puanı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Sosyal alan, çevresel alan ve çevresel alan

TR puanları ise gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Bkz. Tablo:12).

TABLO 12:Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Kontrol Grubu Arasında Çalışma Ölçeklerinin Yaşın Etkisinden Arındırılarak Karşılaştırılması/ANCOVA

Çalışma Ölçekleri	Huzurevinde Kalan Yaşlılar n:109	Kontrol Grubu n:50	Test Değeri	P
	Ort±SH	Ort±SH		
Yaşam Kalitesi				
Fiziksel alan	12,78±0,32	14,18±0,51	4,495	0,036*
Ruhsal alan	12,66±0,25	14,70±0,40	15,712	<0,001**
Sosyal alan	11,35±0,32	12,02±0,51	1,059	0,305
Çevresel alan	14,93±0,17	15,09±0,28	0,204	0,652
Çevresel alan TR	14,72±0,17	15,07±0,28	0,992	0,321

* Tablo 11’de Çalışma Ölçekleri olarak; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form kullanılmıştır. ANCOVA (Olguların yaşları kovaryat olarak kullanılmıştır. Yaşın etkisinden arındırıldıktan sonra oluşturulan modelle tahmin edilen ölçek değerleri ortalama±standart hata şeklinde verilmiştir.)

*p<0,05 **p<0,01

5.TARTIŞMA

Bu çalışmanın en önemli bulguları; I) Huzurevinde kalan yaşlılarda kontrol grubuna göre depresyon puanları daha yüksek, anksiyete, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal alt boyutları daha düşük bulunmuştur; II) Her iki grupta da somatizasyon ile algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır; III) Her iki grupta algılanan sosyal destek arttıkça genel olarak yaşam kalitesi artmaktadır; IV) Her iki grupta da depresyon ile algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında ters yönlü anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur; V) Huzurevinde yaşayan yaşlılarda kontrol grubuna göre yalnız yaşama (bekar, dul veya boşanmış olanlar) daha yüksek bulunmuş; VI) Kontrol grubunu oluşturan yaşlılar huzur evinde kalan yaşlılara göre daha yüksek oranda sosyal destek aldıklarını bildirmişlerdir.

Gruplara göre olguların *cinsiyetlere göre dağılım durumları, en uzun süre yaşanan yer dağılımları, eğitim durumları, mesleki dağılımları, madde kullanım durumları, aylık gelir dağılımları, psikiyatrik hastalık varlığı* arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır.

Gruplara göre olguların cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklı çıkmaması, literatürdeki bazı araştırmalarla benzeşmemektedir. Bahar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde erkeklerin sayısının kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu bulgu erkeğin bakımına ilişkin değerler ve sosyalleşme özelliklerimize bağlı olarak yakınlarını kaybeden ya da bekar yaşlı erkeklerin, yaşlandıklarında yalnız kalmak istememeleri ya da yalnız bırakılmaları nedeniyle kurum bakımını tercih ettikleri yönünde yorumlanmıştır (61,62). Çalışmamızda cinsiyet açısından Türkiye literatüründen farklı bir sonuç bulunması örneklem sayısının azlığına veya sadece özel huzurevinde kalan yaşlıların çalışmaya dahil edilmiş olmasına bağlı olabilir.

Huzurevi yaşlılarında depresyon puanının ve depresyon oranının yüksek çıkması literatürdeki çalışmalarla da paralellik göstermektedir. Literatüre göre, yaşlılardaki depresyon sıklığı evde ve huzurevinde yaşayanlarda farklılık göstermekte, huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (60). Aksüllü ve Doğan'ın araştırmasına göre, huzurevinde yaşayan yaşlıların depresif belirtileri evde yaşayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (44).

Bekaroğlu ve arkadaşları da huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon oranını kendi evinde yaşayan yaşlılardan anlamlı düzeyde fazla bulmuştur (45).

Bu çalışmada literatürden farklı olarak kontrol grubunda huzurevinde yaşayan yaşlılara göre anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca cinsiyete göre anksiyete puanı her iki grupta karşılaştırıldığında huzurevinde kalan kadınlarda erkeklere göre anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur. Coşkun, huzurevi grubunun ortalama anksiyete puanının evde yaşayan yaşlı gruptan daha yüksek olduğunu saptamış ve anksiyete düzeyinin yaşla arttığını, kadınlarda ise yüksek anksiyete düzeyine rastlandığını bildirmiştir (64). Manoğlu ise, İzmir huzurevlerinde yaşlıların anksiyete düzeyini yüksek bulmuştur. Kadınlarla, kronik hastalığı ve sağlık durumu kötü olanlarla anksiyete ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptamış; yaşlıların sosyal uğraşılara yönelmesinin anksiyeteyi azalttığını bildirmiştir (63).

Bu bulgunun Türkiye’de yapılan çalışmalarla uyumlu olmaması örneklem seçimi ile ilişkili olabilir. Ayrıca, kontrol grubu yaşlıları halen aktif çalışan ve çoğunluğu esnaf olarak gelirlerini sağlayan bireylerden oluşmaktaydı bu durum anksiyete düzeylerinin yüksek çıkmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlılarda somatizasyon puanının yüksek çıkacağı yönündeki hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Bu çalışmada, huzurevinde kalan yaşlılarda yaşam kalitesi, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Mikami ve arkadaşlarına göre yaşlanma ile yaşam kalitesinin gözle görülür derecede azalma potansiyeli taşıdığı bilinmektedir (65).

Yaşlıda yaşam kalitesi azaldıkça depresyon düzeyi artmaktadır. Literatüre göre, yaşlandıkça yaşam kalitesinde azalma gözlemlenmekte bu durum da dolaylı olarak yaşlıdaki depresyon düzeyini arttırmaktadır.

Huzurevi sakinlerinin depresif belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çalışmalar incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt ölçek puanlarının, depresif belirtiler arttıkça olumsuz yönde etkilendiği sonucuna varılmış; buna karşın depresif belirtileri fazla olan huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, sadece depresyon tedavi edildiğinde ise bu kişilerin yaşam kalitesinin düzelmediği bildirilmiştir (68,69). Bizim çalışmamızda da depresyon puanları arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur; bu bulgu literatürle uyumludur.

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ve yaşam doyumu düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam doyumu arasında pozitif bir korelasyon bulunduğu başka bir ifadeyle huzurevinde kalan yaşlılarda sosyal destek arttıkça yaşam doyumunun arttığı belirlenmiştir (70).

Bu çalışmada da algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin arttığı her iki grup için gösterilmiştir; bu bulgu literatür ile uyumludur.

Literatürde yaşlılarla ilgili olarak yapılan bazı çalışmaların depresyon ile sosyal destek arasında bir ilişki olduğunu ortaya koyduğu, kurumda yaşayan yaşlıların ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmış olarak daha fazla kayıp yaşadığı ve diğer yaşlılara göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyacı olduğu bulunmuştur (46,47). Ancak çalışmacılar, bireylerin sosyal ağını oluşturan kişi ve kurumların her zaman olumlu ve destekleyici olmayacağını, hatta zaman zaman olumsuz etki göstereceğini, güçlü bir sosyal ağın zaman zaman ters etki yaratarak diğer destekleri engelleyebileceğini belirtmekte ve bu nedenle sosyal ağdan çok, kişinin hissettiği ve algıladığı desteğin birey için yarar sağlayıcı olduğu vurgulanmaktadır (66,67). Bu çalışmada her iki grupta depresyon ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı ters bir ilişki bulunmuştur; bu bulgu literatür ile uyumludur.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma, örneklem sayısı bakımından huzurevi prosedürleri nedeniyle hedeflenen sayıya ulaşamamıştır. Ayrıca bulgular neticesinde, huzurevinde kalan yaşlıların yaş ortalaması kontrol grubu yaşlılarına oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş; kontrol grubu yaşlıları yaş bakımından huzurevi yaşlılarının yaş seviyesinde seçilememiştir. Fakat bu kısıtlılık istatistiksel olarak aşılmaya çalışılmıştır, bu nedenle yaş kontrol edilerek grup karşılaştırmaları tekrar yapılmıştır.

5.2. Çalışmanın Güçlü Yanları

Huzurevinde kalan yaşlılarla ilgili yapılan çalışma sayısının az olması bu çalışmayı literatüre katkı sağlaması açısından önemli kılmaktadır. Kontrol grubunun olması bu çalışmanın güçlü bir yanıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öncelikle yaşlılık, yaşlılara uygulanan sosyal hizmetler, depresyon, anksiyete, somatizasyon, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi kavramları açıklanmış; ilgili araştırmalara yer verilmiştir. Huzurevinde kalan yaşlılarda ve kontrol grubunda algılanan sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmış, bunların yaşlıdaki psikiyatrik tanı varlığı- depresyon, anksiyete ve somatizasyon- ile ilişkileri açıklanmaya çalışılmıştır.

Ardından çalışma grubunun verileri- huzurevinde kalan yaşlılar ve kontrol grubu yaşlıları için- karşılaştırılmalı olarak analiz edilmiş, bulguların büyük bir kısmının konu ile ilgili yapılmış çalışmalar ve literatür bilgileriyle örtüştüğü görülmüştür. Literatür verileri ile örtüşmeyen bulguların yorumlandığı yerlerde literatür çalışma verilerine de yer verilerek yorumlama ve tartışmalar yazılmıştır.

Çalışma sonucunda, huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon düzeyinin kontrol grubu yaşlılarına göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu; anksiyete düzeyinin kontrol grubu yaşlılarında daha yüksek bulunduğu; somatizasyon düzeyinin her iki grup için anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediği; algılanan sosyal destek düzeyinin ve yaşam kalitesinin- (fiziksel, ruhsal alan puanı için) kontrol grubu yaşlılarında daha yüksek bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Huzurevi yaşlılarında, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arttıkça depresyon düzeyinin azalma gösterdiği; anksiyete düzeyinin algılanan sosyal destekten etkilenmediği, yaşam kalitesi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı (sosyal alan puanı hariç); somatizasyon düzeyinin algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı; algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

Öneriler:

Çalışma, örneklem sayısı bakımından huzurevi prosedürleri nedeniyle hedeflenen sayıya ulaşamamıştır. Ayrıca bulgular neticesinde, huzurevinde kalan yaşlıların yaş ortalaması kontrol grubu yaşlılarına oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş; kontrol grubu yaş açısından eşleştirememiştir. Örneklem ve kontrol grubunun daha iyi temsil edilebilmesi için çalışma grubunun yaş ortalamasının birbirine yakın bir şekilde seçilmesinin çalışma için yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın farklı türdeki huzurevlerinden (diğer özel huzurevleri ve kamuya ait huzurevleri) katılımcılarla tekrar yapılmasının örneklem evreni daha iyi temsil etmesini sağlayarak sonuçların genellenebilirliğini arttıracakı düşünülmektedir.

Huzurevlerinde kalan yaşlıların sosyal destek sistemleri ile ilişkilerini düzenleyici ve harekete geçirici çalışmalar yapılmasının, yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyini arttıracakı düşünülmektedir.

Yaşlılarla çalışan görevlilere yaşlılık süreci, yaşlıların ruh sağlığı, sosyal desteğin önemi gibi konularda eğitim verilmesi yönünde çalışmaların yapılmasının yaşlılar için yararlı olacağı düşünülmektedir(4).

Yaşlıların bireysel yeteneklerini kullanmalarına olanak sağlayan programlar düzenlenmesi ve yaşlının yaşadığı ortama ve topluma karşı aidiyet duygusu geliştirmesi yönünden desteklenmeleri önerilmektedir.

Yaşlılarda depresyonu önleyici yaklaşımların etkisini ortaya koyan araştırmaların yapılması; huzurevinde yaşayan yaşlılarda özellikle ileri yaşta, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan ve ziyaret edilmeyenlerin ruhsal yönden öncelikle değerlendirilmesi ve kurumsal desteklerini artırma yönünde ele alınmaları önerilmektedir (4).



Kaynakça

1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı. Ankara; 2013: s.2.
2. Bahar G, Bahar A, Savaş H. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(12): s. 85-98.
3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. [Online]. [cited 2014 EKİM]. Available from: <http://www.eyh.gov.tr/tr/html/8384/Yasli+Hizmetleri>.
4. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004; 5(2): s. 76-84.
5. Karataş S. Yaşlılıkta yaşam doyumu ve etkileyen etmenler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi. 1990; 8(1-2-3): s. 105-114.
6. Dhar H. Gender, aging, health and society. The Journal of the Association of Physicians of India. 2001; 49: s. 1012-1020.
7. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Ankara Devlet Planlama Teşkilatı. 2007: s. 14-15; 17-18; 20-21; 27-28.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar 2012. [Online].; 2013 [cited 2013 Ekim]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>

9. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. [Online].; 2011[cited2013Ekim.Availablefrom: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10902>.
10. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. [Online]. [cited 2013 Ekim. Available from: <http://eyh.aile.gov.tr/>.
11. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.[Online].[cited2013,2014.Availablefrom: <http://eyh.aile.gov.tr/kuruluslarimiz/kuruluslarimiz-yasli/diger-huzurevleri/gercek-kisilere-ait-huzurevleri>
12. Kulaksızoğlu I. Yaşlılık ve psikiyatrik hastalıklar. Klinik Gelişim Dergisi. 2009; 22(4).
- 13.Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I Ankara; 2008: s. 342-347; 452-455; 537-39.
14. Gülseren L . Yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi. 1995; 3: s. 185-92.
15. Aydemir Ç. Türkiye’de yaşlı intiharlar. Kriz Dergisi. 1999; 7: s. 21-25.
16. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. Türkiye’de Psikiyatri. 2006; 8(1).
- 17.Penninx BWJH, Deeg DJH,van Eijk JTM ve ark. Changes in depression and physical decline in older adults; Alongitudinal perspective. J Affect Disord. 2000; 61: s. 1-12.
- 18.Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi. 2001; 1(2): s. 50-60.

- 19.Kurtoğlu D, Rezaki SM. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999; 10(3): s.173-179.
20. İlhan MN, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır M, Bumin MA Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. Klinik Psikiyatri. ; 9: s. 177-84.
21. Eker E. Yaşlılık Psikiyatrisi. Psikiyatri Temel Kitabı. 1998; 2: s. 1263-1289.
22. Flint A. Anxiety disorders. In: Sodovoy J, Jarvik L, Grossberg G, Meyers B. Comprehensive textbook of geriatric psychiatry. 2004
23. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB ve ark. A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. Am. J. Psychiatry. 1986; 143: s.873-878.
24. Guze SB, Cloninger CR ve ark. A follow-up and family study of Briquet's Syndrome'. Brit J Psychiatry. 1986; 149: s.17-23.
25. Barry KL, Fleming MF, Manwell LB et. Prevalence of and factors associated with current and lifetime depression in older adult primary care patients. Fam Med. 1998; 30: s.366-371.
26. Bridges RN, Goldberg. Somatic presentation of DSM-III. Psychiatric Disorder in primary care. J Psychosom Res. 1985; 29: s. 563-569.
27. Von Wijk CM, Kolk AM. Sex difference in physical symptoms. Soc Sci Med. 1997; 45: s. 231-246.
28. Schlager D, Schwartz YE, Bromet EJ. Seasonal variations of current symptoms in a healthy population. Br J Psychiatry. 1993; 163: s. 322-326.
29. Köroğlu E. Depresif bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 1998: s.512.
30. Çevik A, Aysev A, Bogenç A. Polikliniğe başvuran hastalarda somatoform bozuklukların değerlendirilmesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (Serbest Bildiri). Ankara. 1988.

31. Wilson DR, Widmer RB, Cadoret RJ ve ark. Somatic symptoms: a major feature of depression. *J Affect Disord.* 1983; 5: s.199-207.
32. Gutzmann H. Diagnosis and therapy of depression in advanced age. *Ther Umsch.* 2000; 57: s. 95-99.
33. Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. *Drugs Aging.* 1995; 6: s. 278-292.
34. Howard R. Syndromes of depression in the elderly. *Depression in Elderly People.* 1997: s.33.
35. Verster GC, Gagliano CA. Masked depression. *S Afr Med J.* 1995; 85: s.759-762.
36. Musetti L, Perugi G, Soriani A. Depression before and after age 65. *Br J Psychiatry.* 1989; 155: s.330-336.
37. Chaturvedi SK, Bhandari S. Somatisation and illness behaviour. *J Psychosom Res.* 1989; 33: s.147-153.
38. Özen EM, Serhatlı ZNA, Gülten E. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2010; 23: p. 60-65.
39. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 32-38.
40. Ferrans CE ve Powers MJ. Psychometric assessment of quality of life index. *Research in Nursing and Health* 1992; 15: 29-38.
41. Pascual-Millan LF: Quality of life and dementia. *Rev Neural.* 1998; 26(152): s.582-4.
42. Reis J. A factorial analysis of a compound measure of social support. *Journal of clinical psychology.* 1988; 44(6): p. 876-890.

43. Longford, CP, Browsher, J, Moloney JP, Lillis PP. Social support: A conceptual analysis. *Journal Advanced Nursing*. 1997; 25: s. 95-100.
44. Teresi J, Abrams R, Holmes D ve ark. Prevalance of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*. 2001; 36(12): s. 613-620.
45. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S ve ark. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 84(2): s. 174-178.
46. Kurlowicz LH. Social factors and depression in late life. *Arch Psychiatric Nurs*. 1993; 7: s. 30-36.
47. Lee M, Crittenden K. Social support and depression among elderly Korean immigrant in the United States. *Int J Aging Hum Dev*. 1996: s. 313-327.
48. Goldberg E, Natta P, Comstock G. Depressive symptoms, social network and social support of elderly women. *Am J Epidemiol*. 1985; 121: s. 448-456.
49. Aller LJ, Coeling HVE. Quality of life: Its meaning to the long term care resident. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995; 21(2): s. 20-25.
50. Helman EA, Stewart C. Social support and the elderly client. *Home Health Nurs*. 1994; 12: s. 51- 60.
51. Patterson BJ. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nursing*. 1995; 21: s. 682-689.
52. Durmaz P, Ünal B. Narlıdere bölgesinde yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı*. 2000: s. 144.
53. Özgür G. Bornova bölgesinde oturan emeklilerde sosyal destek, depresyon ilişkisinin incelenmesi. *I. Ege Geriatri Kongresi Özet Kitabı*. 1992.
54. Steffens DC, Hays JC, George LK, et al. Sociodemographic and clinical correlates of number of previous depressive episodes in the depressed elderly. *J Affect Disord*. 1996; 39: s. 99-106.

55. Ertan T, Eker E, Şar V. Reliability, validity and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures. *Int Psychogeriatr*. 2000;12: s.163-172.
56. Gümüş AM. Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. 1995.
57. Kabacoff RI, Segal DI, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*. 1997;11: s.33-47.
58. Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2007; 20: 16-24.
59. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 2009: s.334-337; 440-448.
60. Nyth AL, Gottfries CG, Lyby KA. Controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:138-145.
61. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6(4):227-239
62. Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:148-151.
63. Manoğlu Z. İzmir huzurevlerinde depresyon ve kaygı üzerine bir çalışma, Kadın erkek karşılaştırması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir; Ege Üniversitesi, 1990.
64. Coşkun M. Samsun il merkezinde yaşayan yaşlıların sürekli kaygı düzeyleri ve bazı sosyoekonomik etmenleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 1998.

65. Mikami H, Ogihara T. Quality of life in the pharmacologically treated elderly patients. *Nippon Ronen Igakai Zasshi*. 1999; 36(3): s. 86-90.
66. Langford CP, Browsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs* 1997; 25:95-100.
67. Norbeck JS, Bornos LE. Social support. HS Wilson (ed), *The Theoretical Basic for Psychiatric Nursing*. California: Addison-Wesley.
68. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9 (3): 143-149.
69. Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Depression and quality of life in the elderly in a special nursing home. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993; 47(3):52-59.
70. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi* 2009; 23 (3): s. 159-164
71. Phillips CJ, Henderson AS: The prevalence of depression among Australian nursing home residents: results using draft ICD-10 and DSM-III-R criteria. *Psychol Med* 1991; 21: s.739-748.
72. Steinbach U: Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *J Gerontol* 1992; 47: s. 183-189.
73. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. *Geriatrik Psikiyatri*. İzmir: Saray Tıp Kitabevleri; 1992.
74. Heun R, Papassotiropoulos A, Ptok U. Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *Eur Psychiatry* 2000; 15: s.173-182.

75. Bouisson J. Routinization preferences. Anxiety and depression in an elderly French sample. *J Aging Stud* 2002; 16: s.295-302.
76. Ordu Gokkaya NK, Gokce-Kutsal Y, Borman P, Ceceli E, Dogan A, Eyigor S, et al. Pain and quality of life (QoL) in elderly: the Turkish experience. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(2) : s. 357-62.
77. Gümüş AB, Keskin G, Orgun F. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: Depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. *Türk Geriatri Dergisi* 2012;15(3): s. 299-305.
78. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89 (2-3): s. 127-34.
79. Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir Huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. *Türk Geriatri Dergisi* 2009; 12 (3): s. 156-6

EK-1:Olgu Rapor Formu/ Huzurevinde Kalan Yaşlılar İçin Anket Formu

Bu araştırmanın amacı; İstanbul il sınırları içinde özel huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerde depresyon, anksiyete, somatizasyon düzeyini incelemek, yaşam kalitesini ve algılanan sosyal destek düzeyini araştırmak ve bu doğrultuda temel sorunları belirlemektir.

Araştırmada, sorulara vereceğiniz yanıtlar amaca ulaşma açısından çok değerlidir. Vereceğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırma Yürütücüsü

Sosyal Hizmet Uzmanı

Ege Üniversitesi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

Özlem ERKAN

SORULAR

1. Doğum tarihiniz:.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın

b) Erkek

3. Doğum yeriniz neresidir?

a) İl merkezi

b) İlçe merkezi

c) Belde

d) Köy

4. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

a) İl merkezi

b) İlçe merkezi

c) Belde

d) Köy

5. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar ama ilkokul bitirmemiş

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul ve dengi okul mezunu

e) Lise ve dengi okul mezunu

f) Yüksekokul veya fakülte mezunu

6. Mesleğiniz nedir?

7. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli

2. Boşanmış

3. Bekar

4. Eşi ölmüş

8. Huzurevinde kalmadan önce nerede yaşıyordunuz?

İlçe.....Semt.....

* 8. Soruyu yalnızca huzurevinde kalan yaşlılar cevaplayacaktır.

9.Hangi sosyal güvenlik kuruluşuna bağlısınız? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**)

1. Emekli sandığı
2. SSK
3. Bağkur
4. Özel sigorta
5. Yeşil kart
6. Hiçbir yere bağlı değilim

10. Aylık geliriniz ne kadardır? (**Lütfen Ortalama olarak gelirinizi TL cinsinden belirtiniz**).....

11. Herhangi bir madde kullanıyor musunuz?

- a) Alkol
- b) Sigara
- c) Herhangi bir madde kullanmıyorum

12. Çocuğunuz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır(**15.Soruya geçiniz**)

13. Kaç çocuğunuz var?.....

14. Çocuklarınız nerede yaşıyor?.....

15. Bilinen kronik(sürekli olan) bedensel bir hastalığınız var mı, varsa adı nedir?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Sürekli olarak kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....

17. Geçmişinizde psikiyatrik bir rahatsızlığınız oldu mu, şu an psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır(**19. Soruya geçiniz**)

18. Bunun için herhangi bir yardım ya da destek aldınız mı? (Hastaneye gitme, psikolog görme vb.)

19. Psikolojik ve sosyal açılardan, manevi olarak, ailenizden ve çevrenizden yeterli desteği aldığınızı düşünüyor musunuz?

EK-2: YAŞLILAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Buna göre aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.

1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz? Evet/Hayır
2. Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı? Evet/Hayır
3. Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz? Evet/Hayır
4. Sıklıkla canınız sıkın mıdır? Evet/Hayır
5. Gelecekte ümitli misiniz? Evet/Hayır
6. Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı? Evet/Hayır
7. Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi? Evet/Hayır
8. Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz? Evet/Hayır
9. Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz? Evet/Hayır
10. Sıklıkla çaresiz hisseder misiniz? Evet/Hayır
11. Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olur musunuz? Evet/Hayır
12. Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa, evde kalmayı mı tercih edersiniz? Evet/Hayır
13. Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz? Evet/Hayır
14. Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı? Evet/Hayır
15. Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi? Evet/Hayır
16. Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz? Evet/Hayır
17. Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz? Evet/Hayır
18. Geçmişini düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu? Evet/Hayır
19. Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu? Evet/Hayır
20. Yeni bir şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu? Evet/Hayır
21. Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi? Evet/Hayır
22. Durumunuz size ümitsiz geliyor mu? Evet/Hayır
23. Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz? Evet/Hayır
24. Küçük şeyler sık sık canınızı sıkıyor mı? Evet/Hayır
25. Sıklıkla ağlamaklı olur musunuz? Evet/Hayır
26. Dikkatinizi toplamada güçlüğü var mı? Evet/Hayır
27. Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu? Evet/Hayır
28. Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz? Evet/Hayır
29. Kolayca karar verebiliyor musunuz? Evet/Hayır
30. Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz? Evet/Hayır

EK-3:BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİLSON BİR HAFTADIR**sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarakbelirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi; Ama katlandım	Ciddi Düzeyde Dayanma ta çokzorlan dım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olmaduygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4 :BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ

Somatosensory Amplification Scale

(Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği)

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz. Doğru değilse (1); tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Doğru Değil				Tamamen Doğru
1. Birisi öksürdüğünde benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2.Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3.Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4.Bir yerim morardığında uzunca süre öyle kalır.	1	2	3	4	5
5.Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6.Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7.Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8.Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9.Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10. Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK-5:ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü,akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmayaisteklidir.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

EK- 6: D.S.Ö. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ(KISA FORM)/ WHOQOL-BREF(TR)

WHOQOL Türkiye Grubu-İzmir

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlak altına alınız.

	Çok Kötü- Hiç Hoşnut Değil- Hiç1	Biraz Kötü- Çok Az Hoşnut- Çok Az2	Ne İyi Ne Kötü-Ne Hoşnut Ne Değil – Orta Derece3	Oldukça İyi- Epeyce Hoşnut- Çokça4	Çok İyi- Çok Hoşnut-Aşırı Derece5
1G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?				
2G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.					
3F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?				
4F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?				
5F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?				
6F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?				
7F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?				
8F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?				
922.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?				
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.					
10F2.1	Günlük yaşamı sürdürebilmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?				
11F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?				
12.F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?				
13.F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?				
14.F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?				
Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.					
15.F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?				
16.F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?				
17.F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
18.F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?				
19.F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
20.F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
21.F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
22.F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?				
23.F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?				
24.F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
25.F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
26.F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?				
27.U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?				
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı? Yardımlarınız için teşekkürler.					

EK- 7: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırma Adı: İstanbul il sınırları içinde özel huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon, anksiyete, somatizasyon düzeyi ve yaşam kalitesi, algılanan sosyal desteğin araştırılması.

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme doğrultusunda özgürce vermeniz gerekmektedir. Lütfen bu bilgilendirmeyi dikkatlice okuyunuz.

Bu çalışmanın temel amacı, huzurevinde kalan yaşlılarda yaşam kalitesiyle birlikte algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi; ikincil amaç olarak yaşlılarda psikiyatrik tanı varlığının -depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden- yaşlıların algıladıkları sosyal destekle ilişkisinin araştırılmasıdır.

Bu amaçla sizden, sosyodemografik verilerin ve sizinle ilgili birtakım bilgilerin yer aldığı bir *olgu rapor formunu*; bir de depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyini ölçen *ölçekleri* doldurmanız istenmektedir.

Bu araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz.

Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak; sizinle ilgili tüm bilgiler **kesinlikle gizli tutulacaktır**.

Yukarda yer alan araştırmaya başlanmadan önce gönüllü kişiye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, bana yapılan açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için yeterli zaman tanınmıştır.

Bu koşullar altında bana ait bilgilerin incelenmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
Adı- Soyadı		
Adresi		
Tel		
Tarih		

EK- 8 Çalışma Zaman Çizelgesi

Aylar	Çalışmanın Fiziksel Koşullarının Hazırlığı	Olguların Çalışmaya Katılımı	Verilerin Analizi	Tez Yazımı	Tez Dağıtımı	Tez Savunması
Ekim 2013	✓					
Kasım 2013	✓					
Aralık 2013	✓					
Ocak 2014	✓					
Şubat 2014		✓				
Mart 2014		✓				
Nisan 2014		✓				
Mayıs 2014		✓				
Haziran 2014			✓			
Eylül 2014			✓			
Ekim 2014			✓			
Kasım 2014			✓			
Aralık 2014				✓		
Ocak 2015					✓	
Şubat 2015						✓

ÖZGEÇMİŞ

Özlem ERKAN

Denizli, 03.01.1990

EĞİTİM BİLGİLERİ

Lisans:

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet (2008-2012)

Yüksek Lisans:

Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sağlık Danışmanlığı Programı, (2012-2015)

İLETİŞİM:

ozlemerkan510@gmail.com