



ARAŞTIRMA

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2010: 24 (3): 147 - 153
http://www.fusabil.org

Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Tülay TARSUSLU ŞİMŞEK¹
Eylem TÜTÜN YÜMİN¹
Meral SERTEL¹
Asuman ÖZTÜRK¹
Murat YÜMİN²

¹Abant İzzet Baysal
Üniversitesi,
Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon
Yüksekokulu
Bolu, TÜRKİYE

²67 nolu Aile Hekimliği,
Bolu, TÜRKİYE

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerde depresyonun yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 65 yaş ve üstü 52 kadın, 95 erkek toplam 147 yaşlı birey dahil edilmiştir. Yaş, boy, kilo gibi demografik bilgileri alınan bireylerin, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, sosyal güvence, yardımcı araç-gereç kullanıp kullanmadıkları, kronik hastalık hikayesi alınmıştır. Depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili (NHP) ve yaşam memnuniyetini değerlendirmek için Yaşam Memnuniyeti Skalası (YMS) kullanılmıştır.

Bulgular: Depresyon oranı en yüksek kadınlarda, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti ise en yüksek erkeklerde bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasında depresyon ve yaşam kalitesi açısından pozitif yönde anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), yaşam memnuniyeti açısından bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hem kadın hem de erkek bireylerde depresyon ile NHP'nin enerji seviyesi, ağrı, emosyonel reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon parametreleri ve toplam NHP arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Depresyon yaşlı bireylerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve yaşam memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olup, yaşlı bireylerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırabilmek amacıyla fiziksel, fizyolojik ve emosyonel iyilik halinin takibi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, depresyon, yaşam memnuniyeti, yaşam kalitesi.

The Effect of Depression on Life Satisfaction and Health Related Quality of Life in The Elderly Men and Women

Objective: The aim of this study was to examine the effects of depression on life satisfaction and health related quality of life in the elderly men and women.

Materials and Methods: The study included 52 women, 95 men total 147 persons aged 65 years and older. The demographic information including age, height and weight, the individuals marital status, educational state, social security, chronic diseases and their usage of assistive devices were taken. Geriatric Depression Scale (GDS), Nottingham Health Profile (NHP) and Life Satisfaction Scale (LSS) were used to evaluate depression level, health related quality of life and life satisfaction, respectively.

Results: The highest depression rates were found on women, the highest health satisfaction and health related quality of life rates were found on men. There was found positively difference between men and women according to health related quality of life and depression ($p<0.05$), no difference was found about life satisfaction ($p>0.05$). In both men and women were found positively a relation between depression and NHP energy levels, pain, emotional reaction, sleep, social isolation and the total NHP ($p<0.05$).

Conclusion: Depression being an important factor in quality of life and life satisfaction, prosecuting is essential in order to increase the health related quality of life in the elderly individuals physical, physiological and emotional well-being.

Key Words: Elderly, depression, life satisfaction, quality of life.

Giriş

Depresif hastalıkların 2020 yılında dünya çapında ömrün en önemli nedenlerinden biri olacağı öngörülmektedir (1-3). Depresyon hastalıkları yaşlı nüfusta oldukça yaygın olarak görülen fizyolojik bir problem olup, kişiler ve aileleri üzerinde küçümsenmeyecek derecede kişisel, ekonomik ve sosyal yıkımlar meydana getirebilmektedir (4). Yapılan farklı çalışmalarda, yaşlı bireylerde depresyon prevalansının %0.4-35 oranında olduğu tespit edilmiştir (5). Depresif semptomlar genel yaşlı popülasyonunda %1-16 oranında görülürken, kurumda yaşayan yaşlı bireylerde bu oranın %14-42 arasında değiştiği tespit edilmiştir (6). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bekaroğlu ve ark. (7) yaptıkları çalışmada, kendi evinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon sıklığını %35, Nahçıvan ve Demirezen (8) ise %50 oranında bulmuşlardır.

Geliş Tarihi : 11.05.2010
Kabul Tarihi : 20.09.2010

Yazışma Adresi Correspondence

Tülay TARSUSLU
ŞİMŞEK
Abant İzzet Baysal
Üniversitesi,
Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon
Yüksekokulu,
Bolu-TÜRKİYE

tulay_tarsuslu@yahoo.com

Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (9), Demet ve ark. (10), Maral ve ark. (11) huzurevinde yaşıyan yaşlılarda yaptıkları çalışmada ise depresyon görülme sıklığı sırasıyla %55, %35.9, %48.1 olarak bulunmuştur.

Depresyon yaşlı bireylerde fiziksel ve kognitif özre neden olmakta, demans insidansı ve intihar eğilimini arttırabilmekte, enerjide azalma ve negatif ruh hali ile birlikte motivasyonda azalmaya neden olabilmektedir (12-17). Depresyonun neden olduğu bu gibi faktörler bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki performansını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (17-21). Depresif veya irrite ruh hali bireyin günlük aktivitelere olan ilgisini veya memnuniyetini azaltmaktadır (18). Buna paralel olarak, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmak da depresif ruh haline neden olmaktadır (18-20). Yapılan çalışmalarda, depresif hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin sağlıklı popülasyona oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (22, 23). Depresif yaşlı bireylerde yapılan bazı çalışmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve fonksiyonel yetenekler arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (20, 22, 24). Depresyon tedavisinin bireylerin enerji düzeyini arttırdığı ve kişinin ruh halini düzelttiği, bunun da bireyin yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir (18, 25).

Bu çalışmanın amacı, kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyonun yaşam memnuniyeti ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Bolu ilinde yaşıyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, kooperasyonu olan 65 yaş ve üstü yaşlı bireyler dahil edilmiştir. Değerlendirmeler yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak yapılmıştır. Okuma yazması olan bireylerin anket formunu doldurmaları istenmiş, okuma güçlüğü çeken veya okuma yazması olmayan bireyler için sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve bireylerin vermiş olduğu cevaplar araştırmacı tarafından işaretlenmiştir.

Bu çalışma, Bolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur (2009/18).

Çalışma kapsamında yaş, boy, kilo gibi demografik bilgileri alınan bireylerin, medeni durumu, eğitim durumu, çocuklarının olup olmadığı, sosyal güvenceleri, yardımcı araç-gereç kullanıp kullanmadıkları, kronik hastalık hikayesi alınmıştır. Depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (26), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili (NHP) (27, 28) ve yaşam memnuniyetini değerlendirmek için Yaşam Memnuniyeti Skalası (The Satisfaction with Life Scale -YMS) (29, 30) kullanılmıştır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Brink ve ark.(31) tarafından oluşturulan yaşlı popülasyona yönelik bir ölçektir ve 30 sorudan oluşan bir değerlendirme aracıdır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Sağduyu ve ark. (26) tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçeğin puanlamasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, depresyonu desteklemeyen yanıtlara 0 puan verilerek toplam depresyon puanı olarak kabul edilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır. GDÖ'de kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde, ölçeğin duyarlılığının 0.90, özgüllüğünün 0.94 olduğu hesaplanmıştır.

Nottingham Sağlık Profili (NHP): Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için NHP'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (27). NHP, kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi anketidir. Anket, 38 maddeden oluşur ve sağlık statüsü ile ilgili altı boyutu değerlendirir: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Sorulara evet veya hayır şeklinde cevap verilir. Her bir bölüme 0-100 arası puanlama yapılır. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu gösterir. Çalışma kapsamında NHP'nin alt skorları ve toplam NHP puanı değerlendirilmiştir. Toplam NHP puanı alt skorların toplamından elde edilmiştir (28).

Yaşam Memnuniyeti Skalası (YMS): Yaşam memnuniyetini değerlendirmek amacıyla Yaşam Memnuniyeti Skalası'nın Türkçe versiyonu kullanılmıştır (29). YMS, 1985 yılında Diener ve ark. (28) tarafından geliştirilmiş geçerli ve güvenilirliği olan bir skaladır. 5 maddeden oluşan 7 puan üzerinden değerlendirilen likert tip skaladır. 7 ile 35 puan arasında puanlanır ve puanın yükselmesi kişinin yaşam memnuniyetindeki artışı ifade eder.

İstatistiksel analiz: Verilerin analizi için SPSS 10.0 for Windows istatistik programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçları aritmetik ortalama \pm standart sapma ($X \pm SD$) olarak verilmiştir. İstatistiksel analizde değerlendirme parametreleri arasındaki ilişki için Pearson korelasyon katsayısı, kadın ve erkek bireyler arasında değerlendirme parametrelerindeki farklılığı belirleyebilmek için *t testi* kullanılmıştır. Depresyon, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti arasındaki etkileşime lineer regresyon analizi ile bakılmıştır. Uygulanan tüm analizlerde anlamlılık derecesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 52 (%35.4) kadın, 95 (%64.6) erkek toplam 147 yaşlı birey dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin demografik bilgileri, eğitim, çocuk sayısı medeni durum, kronik hastalık varlığı, yardımcı cihaz kullanımı ve sosyal güvenceye ait bilgiler Tablo 1. de gösterilmiştir. Kronik hastalık öyküsünde kadınlarda diyabet, hipertansiyon ve romatizmal hastalıklar, erkeklerde ise kronik akciğer hastalıkları, kalp yetmezliği ve hipertansiyon şikayetlerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 1. Bireylere ait sosyo-demografik bilgiler.

| Özellikler | Kadın (52) | | Erkek (95) | |
|----------------------|-------------|------|-------------|------|
| | n | % | n | % |
| Yaş (yıl, X±SD) | 73.15±6.91 | | 73.23±6.48 | |
| Boy (cm, X±SD) | 33.79±64.31 | | 28.01±60.72 | |
| Kilo (kg, X±SD) | 70.66±10.70 | | 72.78±13.32 | |
| Medeni durum | | | | |
| Evli | 19 | 36.5 | 58 | 61.1 |
| Bekar | 3 | 5.8 | 7 | 7.4 |
| Dul | 29 | 55.8 | 28 | 29.5 |
| Boşanmış | 1 | 1.9 | 2 | 2.1 |
| Eğitim | | | | |
| Okuma-yazma bilmiyor | 23 | 44.2 | 21 | 22.1 |
| İlkokul | 22 | 42.3 | 54 | 56.8 |
| Orta okul | 1 | 1.9 | 8 | 8.4 |
| Lise | 3 | 5.8 | 5 | 5.3 |
| Üniversite | 3 | 5.8 | 5 | 5.3 |
| Yüksek lisans | - | | 2 | 2.1 |
| Çocuk sayısı | | | | |
| Hiç | 8 | 15.4 | 7 | 7.4 |
| 1 | 2 | 3.8 | 12 | 12.6 |
| 2 | 20 | 38.5 | 26 | 27.4 |
| 3 | 14 | 26.9 | 32 | 33.7 |
| 4 ve üstü | 8 | 15.7 | 18 | 19.9 |
| Kronik hastalık | | | | |
| Var | 39 | 75 | 65 | 68.4 |
| Yok | 13 | 25 | 30 | 31.6 |
| Sosyal güvence | | | | |
| Var | 48 | 92.3 | 84 | 88.4 |
| Yok | 4 | 7.7 | 11 | 11.6 |
| Yardımcı cihaz | | | | |
| Kullanıyor | 16 | 30.8 | 18 | 18.9 |
| Kullanmıyor | 36 | 69.2 | 77 | 81.1 |

Yapılan istatistiksel analizde bütün bireylerin %17.7'sinin, kadınların %25'inin, erkeklerin ise %13.7'sinin depresif olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kadın bireylerde depresyon ile NHP'nin enerji seviyesi, ağrı, emosyonel reaksiyon, sosyal izolasyon, uyku, fiziksel aktivite ve toplam NHP ile pozitif yönde bir ilişki bulunmuş, depresyon ve YMS arasında ise negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek bireylerde de depresyon ile NHP'nin enerji seviyesi, ağrı, emosyonel reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon parametreleri ve depresyon ile toplam NHP arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Depresyon ile NHP'nin fiziksel aktivite parametresi ve depresyon ile YMS arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2).

Kadın ve erkek bireyler arasında yapılan istatistiksel analizde GDÖ, NHP'nin emosyonel reaksiyon, ağrı, enerji seviyesi, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite parametreleri ve toplam NHP arasında bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). YMS ile NHP'nin uyku parametresi arasında ise bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Yapılan regresyon analizinde kadın ve erkek bireylerde depresyonun yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 2. Kadın ve erkek bireylerde depresyon, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki

| Erkek | | | | | | | | | | |
|------------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|--------|
| Kadın | | GDÖ | NHPES | NHPA | NHPER | NHPSE | NHPU | NHPFA | Toplam NHP | YMS |
| GDÖ | r | 1 | 0,428 | 0,31 | 0,553 | 0,347 | 0,379 | 0,198 | 0,494 | -0,176 |
| | p | | 0.000** | 0,003 | 0.000 | 0,001** | 0.000 | 0,057 | 0.000** | 0,092 |
| NHPES | r | 0,478 | 1 | 0,422 | 0,475 | 0,336 | 0,294 | 0,521 | 0,687 | -0,029 |
| | p | 0.000** | | 0.000** | 0.000** | 0,001** | 0,004** | 0.000** | 0.000** | 0,78 |
| NHPA | r | 0,471 | 0,65 | 1 | 0,597 | 0,434 | 0,449 | 0,63 | 0,776 | 0,118 |
| | p | 0.000** | 0.000** | | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0,257 |
| NHPER | r | 0,708 | 0,548 | 0,688 | 1 | 0,61 | 0,672 | 0,532 | 0,838 | 0,045 |
| | p | 0.000** | 0.000** | 0.000** | | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0,665 |
| NHPSE | r | 0,711 | 0,618 | 0,642 | 0,838 | 1 | 0,47 | 0,531 | 0,739 | -0,055 |
| | p | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0,597 |
| NHPU | r | 0,509 | 0,486 | 0,663 | 0,615 | 0,492 | 1 | 0,498 | 0,736 | 0,053 |
| | p | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | | 0.000** | 0.000** | 0,615 |
| NHPFA | r | 0,566 | 0,722 | 0,532 | 0,587 | 0,672 | 0,48 | 1 | 0,782 | 0,11 |
| | p | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | | 0.000** | 0,293 |
| Toplam NHP | r | 0,697 | 0,821 | 0,854 | 0,866 | 0,86 | 0,747 | 0,79 | 1 | 0,045 |
| | p | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | 0.000** | | 0,667 |
| YMS | r | -0,427 | -0,054 | -0,179 | -0,286 | -0,305 | -0,119 | -0,255 | -0,247 | 1 |
| | p | 0,002** | 0,708 | 0,214 | 0,044* | 0,031* | 0,411 | 0,074 | 0,084 | |

** $p<0.01$, * $p<0.05$, Pearson korelasyon katsayısı

GDÖ: Geriatrik Depresyon Skalası, NHPES:Nottingham Sağlık Profili enerji seviyesi, NHPA: Nottingham Sağlık Profili ağrı, NHPER: Nottingham Sağlık Profili emosyonel reaksiyonlar, NHPU: Nottingham Sağlık Profili uyku, NHPFA: Nottingham Sağlık Profili Fiziksel aktivite, YMS: Yaşam Memnuniyeti Skalası

Tablo 3. Kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyon, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti arasındaki farklılık

| | Kadın X±SD | Erkek X±SD | t | p |
|-----------|---------------|---------------|--------|-------|
| GDÖ | 10.21±6.51 | 6.69±4.69 | 3.744 | 0.000 |
| NHPES | 42.74±37.56 | 23.67±29.03 | 3.397 | 0.001 |
| NHPA | 36.09±34.67 | 17.36±27.65 | 3.555 | 0.001 |
| NHPER | 28.08±32.51 | 12.86±20.61 | 3.444 | 0.001 |
| NHPSE | 26.02±33.93 | 11.21±22.51 | 3.147 | 0.002 |
| NHPU | 27.39±29.34 | 23.49±26.73 | 0.808 | 0.420 |
| NHPFA | 26.88±22.73 | 12.35±15.34 | 4.573 | 0.000 |
| NHPToplam | 185.99±156.12 | 101.38±107.62 | 3.839 | 0.000 |
| YMS | 25.08±5.76 | 26.27±3.96 | -1.466 | 0.145 |

GDÖ: Geriatrik Depresyon Skalası, NHPES:Nottingham Sağlık Profili enerji seviyesi, NHPA: Nottingham Sağlık Profili ağrı, NHPER: Nottingham Sağlık Profili emosyonel reaksiyonlar, NHPSE: Nottingham Sağlık Profili sosyal izolasyon NHPU: Nottingham Sağlık Profili uyku, NHPFA: Nottingham Sağlık Profili Fiziksel aktivite, YMS: Yaşam Memnuniyeti Skalası

Tablo 4. Kadın ve erkeklerde depresyon, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti ilişkisini gösteren lineer regresyon analizi

| | Kadın (R ² =0.690, F=34.072) | | | Erkek (R ² =0.331, F=14.700) | | |
|-----|---|--------|-------|---|--------|-------|
| | Beta | t | p | Beta | t | p |
| YMS | -0.248 | -2.931 | 0.005 | -0.278 | -3.201 | 0.002 |
| NHP | 0.130 | 3.076 | 0.02 | 0.295 | 3.168 | 0.002 |

Bağımlı değişken: GDÖ

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, yaşlı kadın ve erkek bireylerde depresyonun yaşam memnuniyeti ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir. Çalışmanın sonundaki temel bulgu, depresyon oranının kadınlarda daha fazla, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetinin erkeklerde daha fazla olduğu, her iki cinsiyette de depresyon ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğudur.

Yapılan çalışmalarda düşük eğitim düzeyi, görme problemleri, yutma güçlükleri, ekonomik yetersizlikler, yaşam memnuniyetsizliği, kronik hastalığa sahip olma, bayan olma, kötü aile ilişkileri, fiziksel hastalıklar, ilaç kullanımı, boşanmış veya ayrılmış olma, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma, yalnız yaşama ve üriner inkontinansın yaşlılarda depresyon için risk faktörleri olduğu belirlenmiştir (18, 32-35). Yaşlı bireylerde depresyon oranının kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (8, 9, 34). Artrit gibi kronik hastalıkların kadınlarda zre neden olduğu, kronik hastalıklara bağlı olarak görülen yürüme problemlerinin günlük yaşam aktivitelerinde memnuniyetsizliğe ve depresyon artışına neden olduğu grlmştir (17, 20, 21, 36). Bizim alışmamızda da yukarıdaki çalışmalara paralel olarak erkeklere oranla (%13.7) depresyon oranı kadınlarda (%25) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki bireylerde okuma oranı en düşük kadınlarda (kadınlarda %44.2, erkeklerde %22.1), dul olma (kadınlarda %55.8, erkeklerde %29.5), kronik hastalığa sahip olma (%75, erkeklerde %68.4) ve günlük işlerde yardımcı araç gereç

kullanımı en çok kadınlarda (kadınlarda %30.8, erkeklerde %18.9) grlmştir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmamasının yanı sıra, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsar (37-39). Fiziksel, fizyolojik, mental sağlık problemleri yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesinde azalmayla sonuçlanmaktadır (19-21, 25, 35). Chan ve ark. (22) yaptıkları çalışmada, fiziksel durum ve depresyon ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Sharma'nın (40) yaptığı çalışmada, birçok kronik hastalığın aynı anda olmasının yarattığı kümülatif travmaların depresyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde düşüşle birlikte olduğu bulunmuştur. Kim ve ark. (41) yaptıkları çalışmada, yaşlılarda düşük fiziksel fonksiyon, genel sağlık durumundaki kötüleşme ve yalnızlığın depresif semtomlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bizim alışmamızda da hem kadın hem de erkeklerde depresyon ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu, ayrıca, kadınlarda depresyon ile yaşam memnuniyeti arasında da negatif yönde bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Her iki cinsiyette de depresyon ile enerji seviyesi, ağrı, emosyonel reaksiyon, sosyal izolasyon ve uyku arasında da pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bunun bir nedeninin, yaşlı kadın ve erkek bireylerin sosyal rolünü gerçekleştirmesine engel olan sağlık problemleri ve fiziksel aktivite güçlüklerinin bireyde üzüntü, sıkıntı ve rahatsızlık hissine neden olması ve sağlık durumundaki kötüleşme, fiziksel iyilik halindeki bozulma ile birlikte

sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki düşüş olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuç, kadın ve erkekler arasında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından fark olup, yaşam memnuniyeti açısından fark olmadığıdır. Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin ve yaşam memnuniyetlerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde, erkeklerle karşılaştırıldığında çalışma durumu, eğitim, ekonomik statü ve sosyal pozisyon açısından kadınlar erkeklere göre daha dezavantajlı konumdadır. Ataerkil toplum yapısına sahip olan ülkemizde, kırsal kesimlerde daha çok olmak üzere, gelenek ve görenekler doğrultusunda cinsiyete göre yapılan rol paylaşımları ve bu rol paylaşımlarında kadınlara getirilen kısıtlılıkların daha fazla olmasının kadınlar için yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetinde azalma ile sonuçlandığını düşünüyoruz. Yapılan çalışmalarda, yaşlı kadın ve erkeklerde yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti açısından farklılıkların olduğu, evli bayanların yalnız ve boşanmış olan bayanlara göre daha yüksek yaşam memnuniyetine sahip oldukları bulunmuştur (25, 35). Finlandiya, Tayvan, Polonya, Hırvatistan, Japonya, Tahran'da yapılan farklı çalışmalarda, bizim çalışmamıza paralel olarak erkeklerle karşılaştırıldığında, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde kadınların daha dezavantajlı olduğu belirlenmiştir (42-46). Orfila ve ark. (36) yaptıkları çalışmada, kronik hastalıklar ve buna bağlı olarak görülen özürlerin kadınlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada, NHP'nin enerji seviyesi, uyku, ağrı, sosyal izolasyon, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite değerlerinin de erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda daha kötü olduğu bulunmuştur. Tajvar ve ark. (43) yaptıkları çalışmada da fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel reaksiyon parametreleri açısından karşılaştırıldığında kadın ve erkekler arasında bir farklılığın olduğu görülmüştür. Orfila ve ark. (36) ve Tajvan ve ark. (43) çalışmalarına paralel olarak bizim çalışmamızda da kadın ve erkek bireylerde enerji seviyesi, ağrı, emosyonel reaksiyon, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite açısından farklılık olduğu, bu konuda erkeklerin daha avantajlı oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen kadın bireylerde ciddi eklem ağrılarına ve yürüme güçlüklerine neden olan romatizmal hastalıkların daha yüksek oranda olmasının bu farklılığı açıklayan önemli bir ayrıntı olduğunu düşünüyoruz. Yürüme güçlükleri, ağrı ve düşük enerji düzeyi aktivite katılımını etkileyerek sosyal izolasyon ve emosyonel problemlere yol açabilmektedir.

Oishi ve ark. (47) yaptıkları çalışmada, yakın ilişkilerin ve gönüllü çalışmaların yüksek yaşam memnuniyetine neden olduğunu, yaşam memnuniyeti yüksek olan bireylerin aktivite katılımlarının, gelir ve eğitim düzeylerinin daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Daig ve ark. (37) yaptıkları çalışmada, yaşlı kadın ve erkeklerin yaşam memnuniyeti açısından farklılıklara sahip olduğu, aile bireyleri ile vakit geçirmenin kadınlarda yaşam memnuniyetini arttırdığı, erkeklerde ise boş vakit

aktivitelerinin yaşam memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur. Çalışmaya göre kadınlar çocukları ile vakit geçirmekten ve onlara bakmaktan zevk almakta, erkekler ise boş vakit aktivitesi yapmaktan zevk almaktadır. Gautam ve ark. (39) yaptıkları çalışmada erkeklerde televizyon izleme, radyo dinleme, fiziksel aktivite katılımının, kadınlarda ise televizyon izleme ve radyo dinlemenin düşük depresyon oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ülkemizde de yaşlı erkekler günün büyük bir bölümünü boş vakit aktiviteleri (kahvehane vb. ortamlara gitme gibi) yaparak ve arkadaşları ile görüşerek, kadınlar ise evde çocuklarına yardım ederek ve torunlara bakarak geçirmektedirler. Evde buldukları süre içerisinde yaşlılar, televizyon izleme, müzik dinleme, komşuları ile vakit geçirme, bahçe düzenlemeleri gibi aktiviteler yapmaktan hoşlanmaktadırlar.

Bu çalışmanın birkaç kısıtlılığı bulunmaktadır. Birincisi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmış olan NHP yaşam kalitesinden çok sağlık sorgulaması olup, fiziksel ve mental özüllük ve kısıtlılığı değerlendirmektedir. Bunun yerine jenerik ve yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren daha spesifik bir skala veya değerlendirme yöntemi kullanılarak çalışmanın sonuçları çok daha farklı bir şekilde yorumlanabilirdi. Bir diğer kısıtlılık ise çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun kronik bir hastalığı söz konusu idi. Bireylerde görülen kronik hastalıklar farklı olup buna yönelik ilaç kullanımları da söz konusu idi. Fakat, bu çalışmada temel amaç olmaması dolayısıyla, yaşlılarda görülen bu hastalıklar ve kullanılan ilaçların depresyon üzerine etkileri incelenmemiştir. Yapılması planlanan başka çalışmalarda, yaşlılarda görülen hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların depresyon üzerine etkilerinin incelenmesinin veya göz önünde bulundurulmasının sonuçların yorumlanması açısından önemli olacağını düşünüyoruz.

Ülkemizde yaşlı bireylerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetini inceleyen ve bu parametreleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışma sayısı oldukça yetersizdir. Bu çalışmanın sonuçlarının, yaşlı kadın ve erkeklerin sağlık durumlarını ele alırken, önleyici yaklaşımlarda bulunurken önemli olacağını ve bu konu ile ilgili yapılacak çalışmalar için referans olacağını düşünüyoruz.

Sonuç olarak, çalışmamızda depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu, hem kadın hem de erkeklerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini azalttığı, kadınlarda aynı zamanda yaşam memnuniyetini de düşürdüğü bulunmuştur. Günümüzde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi optimal tıbbi bakım için temel teşkil eder hale gelmiştir. Özellikle, giderek artan bir popülasyonu oluşturan yaşlı bireylerin izlemlerinde ve rehabilitasyonlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçütleri her geçen gün daha fazla alanda kullanılmaktadır. Yaşam kalitesini optimum düzeyde tutmayı hedeflediğimiz yaşlılar için sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve yaşam memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenerek, sorunların çözülmesi yaşlı bireylerin

hayatına renklilik katacak ve pozitif yaşam tarzının benimsenmesini sağlayacaktır. Ülkemizde birey sayısı artırılarak, geniş yaş grubunda yaşlı bireylerle birlikte

yaş sınıflamasına göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetini değerlendiren daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünüyüyoruz.

Kaynaklar

1. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, *et al.* The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 113-135.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-1504.
3. World Health Organization (WHO). *World Health Report*. WHO: Geneva, 2004.
4. Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14: 185-189.
5. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-311.
6. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in population of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 372-387.
7. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 174-178.
8. Nahçıvan NO, Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample. *J Clin Nurs* 2005; 14: 1232-1240.
9. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 2005; 12: 25-30.
10. Demet MM, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13: 290-299.
11. Maral I, Aslan S, İlhan MN, *ve ark.* Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12: 251-259.
12. Bruce ML. Depression and disability in late life. Directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 102-112.
13. Dotson VM, Resnick SM, Zonderman AB. Differential association of concurrent, baseline, and average depressive symptoms with cognitive decline in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 6: 318-330.
14. Koenig HG, George LK. Depression and physical disability outcomes in depressed medically ill hospitalized older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6: 230-247.
15. Devanand DP, Sano M, Tang MX, *et al.* Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 175-182.
16. Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, *et al.* The relationship between suicide ideation and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 1024-1033.
17. Carbonare LD, Maggi S, Noale M, *et al.* Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: A complex relationship. The Italian longitudinal study on aging (ILSA). *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 144-154.
18. Ganatra HA, Zafar SN, Qidwai W, Rozi S. Prevalence and predictors of depression among an elderly population of Pakistan. *Aging Ment Health* 2008; 12: 349-356.
19. Gallegos-Carrillo K, Garcia-Pena C, Mudgal J, *et al.* Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *J Psychosom Res* 2009; 66: 127-35.
20. Wada T, Ishine M, Sakagami T, *et al.* Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 39: 15-23.
21. Wada T, Ishine T, Sakagami T, *et al.* Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 41: 271-280.
22. Chan S, Chiu H, Chien WT, Thompson DR, Lam L. Quality of life in Chinese older people with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 312-318.
23. Koivumaa-Honkanen HT, Viinamaki H, Honkanen R, *et al.* Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scand* 1996; 94: 372-378.
24. Naumann VJ, Byrne GA. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2004; 16: 159-173.
25. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica* 2009; 43: 613-621.
26. Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1997; 8: 3-8.
27. Kükükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, *et al.* The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res* 2000; 23: 31-38.
28. Tarsuslu T, Livanelioglu A. Relationship between quality of life and functional status of young adults and adults with cerebral palsy. *Disabil Rehabil* 2010; 32: 1658-65.
29. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49: 71-75.
30. Köker S. Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1991.
31. Brink TL, Yesavage JA, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1: 37-43.
32. Al-Shammari Sa, Al-Subai A. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 739-747.

33. Chow ES, Kong BM, Wong MT, *et al.* The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 734-740.
34. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-1156.
35. Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, *et al.* Depressive symptoms among older adults in Mexico city. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 1973-1980.
36. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, *et al.* Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc Sci Med* 2006; 63: 2367-2380.
37. Daig I, Herschbach P, Lehmann A, Knoll N, Decker O. Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Qual Life Res* 2009; 18: 669-678.
38. Herschbach P. The well-being paradox in quality of life research. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52: 141-150.
39. Gautam R, Saito T, Kai I. Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. *BMC Public Health* 2007; 7: 299.
40. Sharma AL. Geriatrics a challenge for the twenty first century. *Indian J Public Health* 2003; 47: 16-20.
41. Kim O, Byeon Y-S, Kim J-H, *et al.* Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nurs Res* 2009; 3: 63-70.
42. Noro A, Aro S. Comparison of health and functional ability between noninstitutionalized and least dependent institutionalized elderly in Finland. *Gerontologist* 1997; 37: 374-383.
43. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8: 323-331.
44. Tsai SY, Chi L, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural and Island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2004; 103: 196-204.
45. Knurowski T, Lazic D, van Dijk JP, *ve ark.* Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *J Med* 2004; 45: 750-756.
46. Lee Y, Shinkai SA. A comparison of correlates of self-reported health and function disability of older person in the far east: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37: 63-76.
47. Oishi S, Diener E, Lucas RE. The optimum level of well-being. can people be too happy? *Perspect Psychol Sci* 2007; 2: 346-360.