



Orjinal Makale

Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi

Ayşe İnel Manav,¹ Saliha Bozdoğan Yeşilot,² Pınar Yeşil Demirci,² Gürsel Öztunç²

¹Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Adana

Özet

Amaç: Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı olarak Adana/Türkiye'deki bir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 1 Mayıs–1 Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Basit Tesadüfi örnekleme formülü ile belirlenen toplam 118 yaşlı birey alınmıştır. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test (SMMT), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (DSÖYKM) ile toplanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %36.4'ü ($n=43$) kadın, %63.6'sı ($n=75$) erkek olup yaş ortalaması 74.08 ± 8.23 yıldır. Yaşlıların SMMT'den aldıkları puan ortalaması 20.37 ± 7.08 , GDÖ puan ortalaması 14.92 ± 4.29 ve DSÖYKM puan ortalaması 69.76 ± 11.54 'dür. SMMT ile GDÖ puanları arasında negatif yönde; DSÖYKM toplam puanları arasında pozitif yönde ($p < 0.01$), GDÖ puanları ile DSÖYKM toplam puanları arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.01$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda; huzurevinde yaşayan yaşlıların yarısından fazlasında bilişsel bozulma ve depresyon yaşandığı, yaşlı bireylerde bilişsel durum, depresyon ve yaşam kalitesinin birbirleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Bilişsel işlev düzeyi; depresyon; yaşam kalitesi.

Dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve toplumlarda yaşlı bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Yaşlılık bedensel, sosyal ve ruhsal sorunları da beraberinde getirmektedir.^[1-4] Yaşlılık döneminde en sık görülen ve yeti yitimi nedeniyle yaşam kalitesini en fazla etkileyen ruhsal sorunlar demans ve yaşlılık depresyonudur.^[5]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünya genelinde 47.5 milyon demansı olan birey vardır ve bu sayının 2030 yılında 76.5 milyona ulaşması beklenmektedir.^[5,6] Demans yaşlanmanın doğal bir parçası olmamakla birlikte, yaşlılıkta bilişsel bozulmaya yol açan en temel durumdur.^[7,8] DSÖ'nün belirttiğine göre Çin'de yapılan bir çalışmada, 60 yaş üstü bireylerde Ha-

fif Bilişsel Bozukluk prevalansı %12.7'dir.^[9] Tayvan'da gerçekleştirilen bir çalışmada ise 65 yaş ve üstü bireylerde bilişsel bozulma prevalansı %22.2 olarak gösterilmektedir.^[10] Brezilya'da gerçekleştirilen bir çalışmada ise uzun süreli bakım evlerinde yaşamakta olan 65 yaş ve üstü bireylerin %64.6'sında ve 13 Avrupa ülkesindeki 57 huzurevinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada bireylerin %68'inde bilişsel bozulma olduğu gösterilmektedir.^[11,12] Türkiye'de konu ile ilgili bölgesel çok fazla çalışmaya rastlanmasa da yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etmenlerle ilgili yapılan bölgesel bir araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %50.8'inde bilişsel bozukluk olduğu belirlenmiştir.^[13]



DSÖ, 2020 yılında depresyonun, sağlık üzerine olumsuz etkileri açısından başta gelen sağlık sorunlarından birisi olacağını belirtmektedir.^[5] Depresyonun, yaşlı nüfusta yaşlılıktaki çeşitli risk faktörlerinin de etkisiyle daha yüksek oranda görülmesi beklenilmektedir. Buna karşın DSÖ'nün raporuna göre depresyonun toplum içinde yaşayan yaşlılarda ortalama yaygınlığı %2-3 iken, huzurevleri ve bakımevlerindeki yaygınlığı %10 olarak belirtilmektedir.^[5] Brezilya'da gerçekleştirilen bir çalışmada uzun süreli bakım evlerinde yaşamakta olan 65 yaş ve üstü bireylerin %61.7'sinde depresyon olduğu belirtilmektedir.^[14] Türkiye'de yapılan bir çalışmada yaşlılarda görülen depresyon sıklığı değerlendirilmiş, 65-74 yaş arasındaki yaşlılarda görülen depresyon sıklığı huzurevinde ve evde yaşayanlarda sırasıyla %68.9 ve %81.8 iken, 75 ve üzeri yaş grubunda huzurevi ve evde yaşayanlarda görülen depresyon sıklığı sırasıyla %31.1 ve %18.2 olarak belirtilmiştir.^[15] Hacıhasanoğlu ve Türkleş'in (2008) yaptığı çalışmada ise 65 yaş üzerindeki bireylerin %61.1'inin kesin depresyon tanısı aldığı belirtilmektedir.^[16]

Türkiye de geleneksel aile yapısı içinde yaşlılar önemli bir konuma sahip olup ailede danışılan ve söz sahibi bireylerdir. Bu yapı içerisinde yaşlı bireyler kendilerinden sonra gelen kuşaklarla birlikte tüm gereksinimleri karşılanarak ve değer görerek yaşamlarını sürdürmektedirler. Bu durumun ülkemizdeki yaşlı bireyler için korunaklı bir konum oluşturduğunu söylemek mümkündür. Ancak, son yıllarda Türkiye'de kırsaldan kentlere doğru göçlerin artması, geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim alma sürelerinin uzaması ve çalışma hayatına daha çok dahil olmalarıyla yaşlı bireylerin kurumsal bakım ihtiyacı da artmaktadır.^[17] Kurumda yaşamanın getirdiği yaşam şekli değişikliği yaşlı bireyler üzerinde çevresel, psikososyal uyarılarda azalma, otonomi kaybı ve yalnızlık ile sonuçlanmaktadır. Bu etkenler hem bilişsel bozulma hem de depresyon görülmesinin artması açısından önemli değişkenlerdendir.^[11]

Sonuçta, nüfus içinde yaşlı nüfusun oranının artması yaşlı bireylerde bilişsel bozulma ve depresyon görülme oranını da arttırmaktadır. Yaşlı bireylerin kurumda yaşıyor olmaları da bazen yaşanan bu sorunları daha da kötüleştirebilmektedir. Yaşlı bireylerin işlevselliği ve yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesinde, yaşlıların ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemli bir bileşendir ve günümüzde önemle üzerinde durulan aktif yaşlanma ile doğrudan ilişkilidir. Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmaların sayıca az olması nedeniyle Türkiye'de yaşlıların ruh sağlığına yönelik hizmetler ve girişimlerin nasıl oluşturulacağı ve yönlendirileceğine karar verilebilmesi için durum tespiti yapılmalıdır. Kurumda kalan yaşlı bireylerin bilişsel işlevleri, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeylerinin ve bunlar arasındaki ilişkinin bilinmesi, bu bireylerin mental durumlarındaki gerileme, bozulmanın belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel ve tanımlayıcı çalışma, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü'ne bağlı Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 1 Mayıs-1 Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı huzurevinde toplam 280 yaşlı birey yaşamaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etme, Türkçe'yi akıcı bir şekilde konuşuyor olma, işitme ve konuşma problemi olmama, yeterli iletişim becerisine sahip olma çalışmaya alınma kriterleri olarak belirlenmiştir. Huzurevi bünyesindeki Özel Bakım Ünitesi'nde bulunan 80 yaşlı birey araştırmaya alınma kriterlerini karşılamadıklarından bu grubun dışında kalan 200 yaşlı birey çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Basit Tesadüfi örnekleme formülü ile çalışmaya minimum 111 kişinin dahil edilmesi gerektiği saptanmıştır (%80). Çalışma sürdürülürken doğabilecek kayıplarda göz önünde bulundurulacak toplam 118 yaşlı bireyin çalışmaya dahil edilmesine karar verilmiştir.

Çalışmanın verileri, konu ile ilgili literatür incelenerek^[3,8,13,18] hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü ile yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 50 dakikadır.

Kişisel Bilgi Formu, yaşlı bireye ilişkin sosyo-demografik özellikleri sorgulayan (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek vb.) 21, hastalıklar ve tedavi ile ilişkili bazı özellikleri sorgulayan 6 açık/kapalı uçlu soru olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmaktadır.

Standardize Mini Mental Test (SMMT) test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış ve 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen SMMT'de her doğru yanıtı bir puan verilmektedir. Türkiye'de SMMT'in geçerlilik ve güvenilirliği Gülgen ve diğerleri tarafından 2002 yılında yapılmıştır.^[19] Gülgen ve diğerlerinin çalışmasında ölçeğin eşik değerinin 23/24 olduğu, bu değer 0.91 duyarlık, 0.95 özgüllükte olduğu ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Pearson katsayısı: 0.99, Kappa: 0.92).^[19] Keskinöğlü ve diğerleri tarafından, SMMT'in eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonu yeniden düzenlenmiş ve eğitilmiş bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90.9), seçiciliğe (%97); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82.7), seçiciliğe (%92.3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğunu saptamışlardır. SMMT için 23/24 puanları demans için sınır puan kabul edilmekle birlikte; SMMT skorunun 18-23 puan arası hafif evre, 10-17 puan arası orta evre ve 10 puan ve daha az ise ciddi demans olarak değerlendirilmektedir.^[20]

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yasa-vage ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Ertan ve ark.^[21] tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Kendini bildirim türü bir ölçek olup 30 maddeden oluşmakta ve soruların evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenmektedir. Puanın yüksek

olması depresif belirti düzeyinin yüksek olması anlamına gelmektedir.

Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü, DSÖ tarafından ülkemizin de içinde bulunduğu uluslararası 22 merkezin katılımı ile geliştirilmiştir. DSÖ Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-OLD; WHOQOL-OLD); WHOQOL-100'ün yaşlıya özgü bir versiyonudur. Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında WHOQOL-OLD'un Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmıştır.^[22] Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü, altı boyut içinde, cevapların beşli Likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Bu altı boyut şunlardır: "Duyusal işlevler" (1, 2, 10 ve 20 numaralı sorular), "Özerklik" (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri" (12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular), "Sosyal Katılım" (14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular), "Ölüm ve Ölmek" (6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular) ve "Yakınlık" (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular). Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla "toplam puan" da hesaplanabilir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. "Duyusal İşlevler" boyutu ile duysal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirir. "Özerklik" boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini ifade eder. "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri" boyutu yaşamdaki başarılarından elde edilen doyum ve geleceğe bakışı gösterir. "Sosyal Katılım" boyutu özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır. "Ölüm ve Ölmek" boyutu ise ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır, "Yakınlık" boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir.^[22]

Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t-testi kullanılmıştır. Verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek Yönlü ANOVA, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Tukey HSD ve Tamhane T2 Post hoc testleri kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için uygulamaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nden yazılı kurum izni alınmıştır. Çalışmadaki hasta seçimi gönüllülük esasına dayanmakla beraber, çalışma ve amacı hakkında sözel ve yazılı olarak bilgi verdikten sonra rızası alınan yaşlılara;

gizlilik, mahremiyet gibi unsurların korunması ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları hakkında bilgi verilmiştir.

Bulgular

Çalışma huzurevinde yaşayan %36.4'ü kadın, %63.6'sı erkek olmak üzere toplam 118 yaşlı birey ile yapılmıştır. Katılımcıların en yüksek oranda (%47.5) 70–79 yaş grubunda oldukları ve yaş ortalamasının 74.08 ± 8.23 yıl olduğu tespit edilmiştir... Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) 0.904, Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü'nün ise iç tutarlılık katsayısı 0.804 olarak bulunmuştur.

Bireylerin %55.1'inin evli, %81.4'ünün çocuk sahibi olduğu, %24.6'sının hiç okula gitmediği ve %53.4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır.

Bireylerin %75.4'üne ziyaretçi geldiği, %65.3'ünün yakınlarını ziyaret etmediği, %76.3'ünün kurumdan memnun olduğu ve %76.3'ünün kurumda iyi ilişkiler kurduğunu düşündüğü arkadaşlarının olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin %49.2'si düzenli egzersiz yapmaktadır. Düzensiz egzersiz yapan bireylerin %75.9'u her gün, %20.7'si 3 günde bir ve %3.4'ü haftada bir sıklıkla egzersiz yapmaktadır. Bireylerin %36.4'ü kurumdaki aktivitelere katılırken, %63.6'sı kurumdaki aktivitelere katılmamaktadır (Tablo 1).

Bireylerin SMMT'den 20.37 ± 7.08 , GDÖ'den 14.92 ± 4.29 ve YİD-SÖYKM'den 69.76 ± 11.54 ortalama puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Standardize Mini Mental Test'inden bireylerin %8.5'inin aldıkları puanlar 0–9 arasında, %24.6'sının 10–17 arasında, %27.1'inin 18–23 arasında, %39.8'inin 24 ve üzerindedir. Geriatrik Depresyon Ölçeğinden bireylerin %37.3'ünün 0–10 arasında, %13.6'sının 11–13 arasında, %49.2'sinin 14–30 arasında puan aldığı tespit edilmiştir.

SMMT ile GDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı; YİD-SÖYKM Duyusal İşlevler alt boyutu puanları arasında negatif yönde; Özerklik alt boyutu, Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri alt boyutu, Sosyal Katılım alt boyutu, Ölüm ve Ölmek alt boyutu, Yakınlık alt boyutu ve YİD-SÖYKM toplam puanları arasında yine pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$) (Tablo 3).

GDÖ ile YİD-SÖYKM toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Yaşlılara ilişkin genel özelliklere göre Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarının değerlendirilmesi aşağıda belirtildiği gibidir.

Cinsiyet, medeni durum, eşin yaşama durumu, gelir durumları ile Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Çocuk sahibi olma durumlarına göre Standardize Mini Mental Test ve Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında

Tablo 1. Yaşlı bireylere ilişkin genel özelliklerin dağılımı (n=118)

	n	%
Yaş (yıl), Ort.±SS (min.-maks.)	74.08±8.23 (50-100)	
Cinsiyet		
Kadın	43	36.4
Erkek	75	63.6
Yaş grubu		
<70 yaş	35	29.7
70-79 yaş	56	47.5
≥80 yaş	27	22.8
Medeni durum		
Bekar	53	44.9
Evli	65	55.1
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	96	81.4
Hayır	22	18.6
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	29	24.6
Okur-yazar	15	12.7
İlkokul mezunu	32	27.1
Ortaokul mezunu	15	12.7
Lise mezunu	12	10.2
Yüksekokul ve üzeri mezunu	15	12.7
Gelir durumu		
Gelir giderden az	44	37.3
Gelir gidere eşit	63	53.4
Gelir giderden fazla	11	9.3
Ziyaretçi gelme durumu		
Evet	89	75.4
Hayır	29	24.6
Yakınlarını ziyarete gitme durumu		
Evet	41	34.7
Hayır	77	65.3
Kurumdan memnun olma durumu		
Evet	90	76.3
Kısmen	13	11.0
Hayır	15	12.7
İyi ilişkiler kurulduğu düşünülen arkadaşın olması durumu		
Evet	90	76.3
Hayır	28	23.7
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	58	49.2
Hayır	60	50.8
Egzersiz yapma sıklığı		
Her gün	44	75.9
Üç günde bir	12	20.7
Haftada bir	2	3.4
Kurumdaki aktivitelere katılma durumu		
Evet	43	36.4
Hayır	75	63.6

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), çocuk sahibi olanların Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalaması, çocuk sahibi olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,047$; $p<0.05$).

Eğitim durumları arasında Standardize Mini Mental Test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi eğitim durumundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucunda; ortaokul veya lise mezunu olanların Standardize Mini Mental Test puan ortalaması, okur-yazar olmayan ($p=0.004$) ve ilkökul mezunu ve altı ($p=0.003$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Lisans ve üzeri mezunu olanların Standardize Mini Mental Test puan ortalaması, okur-yazar olmayan ($p=0.019$) ve ilkökul mezunu ve altı ($p=0.020$) olanlardan anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$). Diğer eğitim durumları arasında Standardize Mini Mental Test puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Eğitim durumları arasında Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.022$; $p<0.05$). Farklılığın hangi eğitim durumundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucunda; lisans mezunu ve üzeri olanların Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalaması, okur-yazar olmayanlardan ($p=0.048$) ve ilkökul mezunu ve altı olanlardan ($p=0.049$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer eğitim durumları arasında Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Yakınlarını ziyaret edenlerin Standardize Mini Mental Test puan ortalaması ($p=0.001$; $p<0.01$), Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalaması ($p=0.001$; $p<0.01$) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalaması ($p=0.001$; $p<0.01$) yakınlarını ziyaret etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Kurumdan memnun olma durumları arasında Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonucunda; kurumdan memnun olanların Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalaması, kurumdan kısmen memnun olanlardan ($p=0.031$) ve kurumdan memnun olmayanlardan ($p=0.007$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; $p<0.01$).

İyi ilişkiler kurduğunu düşündüğü arkadaşları olanların Standardize Mini Mental Test puan ortalaması ($p=0.005$; $p<0.01$), Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalaması ($p=0.007$; $p<0.01$) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalaması ($p=0.008$; $p<0.01$) iyi ilişkiler kurduğunu düşündüğü arkadaşları olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Düzenli egzersiz yapanların Standardize Mini Mental Test puan ortalaması ($p=0.004$; $p<0.01$), Geriatrik Depresyon Öl-

Tablo 2. Yaşlı bireylerin SMMT, GDÖ ve YİDSÖYKM Alt Boyut ve toplam puanlarının dağılımı

	Minimum–Maksimum	Ortalama±Standart sapma	Medyan
Standardize Mini Mental Test (SMMT)	2–30	20.37±7,08	21
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	6–22	14.92±4,29	15
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü			
Duyusal işlevler	6–18	10.75±2,65	11
Özerklik	5–20	12.69±3.40	12
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	5–20	12.36±3.33	12
Sosyal katılım	4–20	11.66±3.80	11
Ölüm ve ölmek	4–20	9.87±4.35	10
Yakınlık	4–18	12.42±3.22	12
Toplam	44–98	69.76±11.54	69

YİDSÖYKM: Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü.

Tablo 3. Yaşlı bireylerin SMMT, GDÖ ve YİDSÖYKM Alt Boyut ve toplam puanlarının korelasyon değerlendirmesi

	SMMT	
	r	P
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	-0.435	0.001**
DSÖYKM		
Duyusal işlevler	-0.314	0.001**
Özerklik	0.466	0.001**
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	0.447	0.001**
Sosyal katılım	0.399	0.001**
Ölüm ve ölmek	-0.302	0.001**
Yakınlık	0.361	0.001**
Toplam	0.313	0.001**

Pearson Korelasyon Analizi. **p<0.01. SMMT: Standardize Mini Mental Test; YİDSÖYKM: Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü.

çeği puan ortalaması (p=0.008; p<0.01) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (p=0.001; p<0.01) toplam puan ortalaması, düzenli egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Kurumda aktivitelere katılanların Standardize Mini Mental Test (p=0.001; p<0.01), Geriatrik Depresyon Ölçeği (p=0.008; p<0.01) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (p=0.001; p<0.01). toplam puan ortalaması kurumdaki aktivitelere katılmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Tartışma

Bireylerin Standardize Mini Mental Test'inden aldıkları puan ortalaması 20.37±7.08 ve medyanı 21'dir. Bireylerin %60.2'sinde bilişsel bozukluk bulunmaktadır. İlhan ve ark.nın^[13] Türkiye/Ankara'da iki huzurevinde gerçekleştirdikleri çalışmada bireylerin %50.8'inde bilişsel bozukluk olduğu gösterilmiştir. Brezil-

ya'da uzun süreli bakım evlerinde gerçekleştirilen bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %64.6'sında bilişsel bozulma olduğu belirtilmektedir.^[14] Onder ve ark.nın^[12] İngiltere, Fransa, Almanya, Finlandiya, Hollanda, İsrail ve Çek Cumhuriyeti'ndeki 57 huzurevinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında yaşlı bireylerin %68'de bilişsel bozulma olduğu gösterilmektedir. Björk ve ark.nın^[23] İsviçre'de bir bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerin ağır, bilişsel durum, nöropsikiyatrik belirtiler ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında, bireylerin %66.6'sında bilişsel bozulma olduğu belirlenmiştir. Buna göre çalışmamızın bulgularının diğer çalışmalara benzerlik gösterdiği ve huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin yarısından fazlasının bilişsel bozukluğu olduğu söylenebilir.

Yaşlı bireylerin GDÖ'nden aldıkları puan ortalaması 14.92±4.29 ve medyanı 15'tir. Bireylerin yaklaşık yarısında kesin depresyon vardır. Türkiye'de konu ile ilgili yapılan bazı çalışma sonuçları şöyledir; Softa'nın^[24] Kastamonu'da iki huzurevinde gerçekleştirdiği çalışmasında, huzurevinde kalan yaşlıların GDÖ puan ortalamalarının 13.52 olduğu gösterilmektedir. Gül ve ark.nın^[25] huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi ve ilişkili risk faktörleri ile ilgili çalışmalarında yaşlı bireylerin %53'ünde kesin depresyon olduğu, Altun ve Yazıcı'nın^[26] yaşlılarda yaşam doyumu, cinsiyet, sosyal güvenlik ve depresif belirtiler arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalarında, kendi evinde ya da akrabalarıyla yaşayan 65 üstü yaşlı bireylerin %42.1'inde kesin depresyon, %15.8'inde olası depresyon olduğu görülmektedir. Büker ve ark.nın^[27] huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlıların depresyon düzeyi ve moral durumlarının fonksiyonel durumları üzerine etkisini inceledikleri bir diğer çalışmada ise evde yaşayan yaşlılarda depresyonun düzeyinin anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre bizim çalışmamızın sonuçları literatürü desteklemektedir ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon görülme sıklığının fazla olduğu düşünülebilir.

Volkert ve ark.nın^[28] Kuzey Amerika ve Avrupa'daki yaşlı bireylerde ruhsal bozuklukları inceledikleri meta analiz çalışmasında, yaşlılık döneminde depresyon oranının %19.47 olduğu gösterilmektedir. Konu ile ilgili yapılan bazı diğer çalışma so-

nuçları şöyledir; Kleisiaris ve ark.nın^[29] Yunanistan'da bir bakımevinde yaşlı bireylerde depresif belirtilerin prevalansını inceledikleri çalışmalarında bu bireylerin %58.8'inde depresif belirtiler görüldüğü, Kim ve ark.nın^[30] Kore'de bakımevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde geriatrik depresyon prevalansını değerlendirmek için gerçekleştirdikleri çalışmalarında bireylerin %63'de depresyon olduğu, Goud ve ark.nın^[31] Hindistan'da yaşlı bakım evlerinde depresyon düzeyini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, bu bireylerin %53.75'inde depresyon belirlendiği görülmektedir. Marinho ve ark.nın^[32] huzurevi ve toplumda yaşayan yaşlı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında huzurevinde yaşayanların %61.7'si, evde yaşayanların %22'sinde depresyon olduğu ve bunlar arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Bu bulguların ışığında çalışmamız yalnızca huzurevinde yaşayan bireylerin depresyon durumları üzerindeki sonuçları içerse de literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Kılıçoğlu ve Yenilmez^[33] çalışmalarının sonucunda, depresyon ile sosyal destek arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda evde yaşayan yaşlıların depresyonla ilişkili risk faktörlerine ek olarak sosyal destek yetersizliği gösterilebilir.^[34] Türkiye'de yaşlı bireylerin geleneksel aile yapısı içinde ve evlerinde yaşamaya daha istekli oldukları, huzurevinde yaşamayı tercih etmedikleri bilinmektedir. Bunun yanı sıra ülkemizde yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamalarına ilişkin olumsuz önyargılar, huzurevlerinde yaşayan bireylerin olumsuz etkilemekte ve mutsuz olmalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalaması 69.76 ± 11.54 'tür. Bireylerin YİDSÖYKM alt boyutu puan ortalamaları şöyledir; Duyusal İşlevler 10.75 ± 2.65 , Özerklik 12.69 ± 3.40 , Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri 12.36 ± 3.33 ve Sosyal Katılım 11.66 ± 3.80 , Ölüm ve Ölmek 9.87 ± 4.35 , Yakınlık 12.42 ± 3.22 'dir. Çalışmaya katılan bireylerin Özerklik alt boyutundan en yüksek puanları aldığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Ercan Şahin ve Emiroğlu'nun^[35] Ankara'da bulunan üç huzurevinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında yaşlıların yaşam kalitesi WHOQOL-OLD temel alanları puan ortalamaları değerleri "Duyusal Yetiler" 15.82 ± 3.73 ; "Özerklik" 12.49 ± 2.86 ; "Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler" 11.80 ± 3.3 ; "Sosyal Katılım" 12.35 ± 3.22 ; "Ölüm ve Ölmek" 11.63 ± 3.49 ; "Yakınlık" 11.80 ± 3.2 ve Toplam Skor 76.11 ± 16.8 olarak bulunmuştur. Arpacı ve ark.nın^[36] huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada duyusal fonksiyonlar, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık alt alan puanları ortalaması sırası ile 11.09 ± 2.94 , 12.24 ± 2.28 , 11.66 ± 2.60 , 10.81 ± 2.61 , 14.12 ± 2.97 , 11.97 ± 3.60 'tır. Toplam puan 71.90 'dır. Altay ve ark.nın^[37] toplum içindeki yaşlıların yaşam kalitelerinin araştırıldığı çalışmada yaşlıların duyusal yetiler, otonomi, geçmiş-bugün-gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alt boyutlar puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması sırasıyla 11.38 ± 2.81 , 13.19 ± 2.72 , 13.36 ± 2.69 , 12.68 ± 2.91 , 10.76 ± 4.30 , 14.35 ± 2.95 ve 75.74 ± 9.99 'dur. Vitorino ve ark.nın^[38] Brezilya'da bakım evlerindeki yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışma-

larında yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları; duyusal yetiler 73.7 ± 22.7 , otonomi 56.9 ± 22 , geçmiş, bugün, gelecek 60.2 ± 19.2 , sosyal katılım 58.6 ± 21.5 , ölüm ve ölmek 71.8 ± 23 , yakınlık 58.4 ± 21.7 'dir. Buna göre, ülkemizde huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin benzer yaşam kalitesi düzeylerine sahip olduğu söylenebilir. Bununla birlikte ülkemizdeki huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi yurt dışında yaşayanlardan düşüktür.

Çalışmamızın bulgularına göre, SMMT ile GDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamızın bu verilerine göre yaşlı bireylerin bilişsel durumları bozuldukça depresyon düzeyleri artmaktadır. Bu sonuçlar literatür ile uyumlu görülmektedir.^[39-41] Yaşlı bireylerde bilişsel bozulma ve depresyon karşılıklı ilişkili görünmektedir.

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin SMMT puanları ile Duyusal İşlevler alt boyutu puanları arasında negatif yönde; Özerklik alt boyutu, Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri alt boyutu, Sosyal Katılım alt boyutu, Ölüm ve Ölmek alt boyutu, Yakınlık alt boyutu ve YİDSÖYKM toplam puanları arasında yine pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Kitiş ve ark.nın^[42] evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında yaşlı bireylerin bilişsel durumları ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Abrahamson ve ark.nın^[43] uzun süreli bakım evlerinde gerçekleştirdikleri çalışma, Missotten ve ark.nın^[44] hafif bilişsel bozukluğu, demansı olan yaşlı bireyler ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerde yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Yaşlı bireylerin bilişsel durumları düzeldikçe yaşam kaliteleri artmaktadır. Bunun yanında bireylerin, bilişsel yıkımları arttıkça günlük yaşam işlevlerini yerine getirebilme becerileri azalmakta ve bunun sonucunda yaşam kaliteleri de bozulmaktadır.

GDÖ ile YİDSÖYKM toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Lin ve ark.nın^[45] geriatrik değerlendirmede yaşam kalitesi ve yaşam sonu depresyonunu inceledikleri çalışmalarında, yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin düzeyinin azaldığı gösterilmektedir. Sivertsen ve ark.nın^[46] yaşlı bireylerde depresyon ve yaşam kalitesini ele aldıkları çalışmalarında depresyonu olan yaşlı bireylerin depresyonu olmayanlara göre daha düşük seviyede yaşam kalitesine sahip oldukları ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olan bireylerde depresyon düzeyinin şiddetinin arttığı belirtilmektedir. Halvorsrud ve ark.nın^[47] Norveç'te evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında depresyon düzeyinin arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmektedir. Buna göre bizim çalışmamızın sonucu literatürle uyumludur ve yaşlı bireylerde depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesi bozulmaktadır.

Sonuç

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; huzurevinde yaşayan yaşlıların yarısından fazlasında bilişsel bozulma, dep-

resyon olduğu YİDSÖYKM Özerklik alt boyutundan en yüksek puanları aldıkları görülmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerde bilişsel durum, depresyon ve yaşam kalitesi ilişkilidir. Bilişsel durum iyileştikçe depresyon azalmakta ve yaşam kalitesi iyileşmektedir. Bunun yanında bireylerin depresyon düzeyleri azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Bu nedenle huzurevlerinde yaşayan bireylerin bu konu ile ilgili durumlarının değerlendirildiği ve bilişsel durum, duygudurum ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla çok merkezli çalışmaların gerçekleştirilmesi ve bu doğrultuda girişimlerin ön plana alınması önerilmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D., G.Ö.; Dizayn – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D., G.Ö.; Denetim – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D., G.Ö.; Finansman – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D.; Meteryal – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D.; Veri toplama veya işleme – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D.; Analiz ve yorumlama – A.İ.M., S.B.Y., P.Y.D., G.Ö.; Literatür arama – A.İ.M., S.B.Y.; Yazan – A.İ.M., S.B.Y.; Kritik revizyon – A.İ.M., S.B.Y., G.Ö.

Kaynaklar

- Erden-Aki Ö. Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar. In: Ankara Tabip Odası. Birinci Basamak için Temel Geriatri. 1st ed. Ankara: Algi Tanıtım 2012. p. 34–8.
- Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2012.
- Tufan I. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu 2007. Antalya: Geroyay; 2007.
- Segal DL, Qualls SH, Smyer MA. Aging and Mental Health. 2nd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell 2011.
- World Health Organization. World report on Ageing and Health 2015. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=20BE43ED341B5B9FFD7264FCB448D8D?sequence=1. Accessed Jun 1, 2018.
- World Health Organization. Dementia a public health priority; 2012. Available at: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_executivesummary.pdf. Accessed Jun 1, 2018.
- Imperio K, Pusey-Reid E. Cognitive and Neurologic Function. In: Meiner SE, Lueckenotte AG, editors. Gerontologic Nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2006.
- Ulaşahin A, Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 12th ed. 2. Volume. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
- World Health Organization. China country assessment report on ageing and health 2015. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194271/9789241509312_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed Jun 1, 2018.
- Wu MS, Lan TH, Chen CM, Chiu HC, et al. Socio-demographic and health-related factors associated with cognitive impairment in the elderly in Taiwan. BMC Public Health 2011;11:22.
- Medeiros de A Nunes V, Alchieri JC, Azevedo LM, Varela de Oliveira KM, et al. Cognitive assessment in elderly residents of long-stay institutions. Dement Geriatr Cogn Disord 2014;37:27–33.
- Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, et al; SHELTER project. Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. BMC Health Services Research 2012;12:5.
- İlhan MN, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, et al. Factors Influencing Depressive Symptoms and Cognitive Disorders Among Elderly [Article in Turkish]. Klinik Psikiyatri 2006;9:177–84.
- Miranda Lde P, Silveira MF, Oliveira TL, Alves SF, et al. Cognitive impairment, the Mini-Mental State Examination and socio-demographic and dental variables in the elderly in Brazil. Gerodontology 2012;29:e34–40.
- Demir G, Ünsal A, Gürol Arslan G, Çoban A. Study of prevalence of depression among elders living at nursing home and house [Article in Turkish]. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2:1–12.
- Hacıhasanoğlu R, Türkleş S. Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11:55–60.
- Yaşar Ekici F. Change and transformation of turkish family structure and evaluation of the elements that affecting this change and transformation [Article in Turkish].The Journal of Academic Social Science Studies 2014;30:209–24.
- Cabrera E, Sutcliffe H, Verbeek K, Saks K, et al. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. European Geriatric Medicine 2015;6:134–50.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, et al. Reliability and validity of the standardized mini mental state examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population [Article in Turkish]. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13:273–81.
- Keskinoglu P, Ucku R, Yener G, Yaka E, et al. Reliability and validity of revised Turkish version of mini mental state examination (rMMSE-T) in community-dwelling educated and uneducated elderly. Int J Geriatr Psychiatry 2009;11:1242–50.
- Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 1997;2:62–71.
- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, et al. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old) [Article in Turkish]. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21:37–48.
- Björk S, Juthberg C, Lindkvist M, Wimo A, et al. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. BMC Geriatrics 2016;16:154.
- Kaçan Softa H. Physical, mental and social investigation of elders staying at home and nursing home [Article in Turkish]. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2015;2:63–76.
- Gül LH, Evçili G, Karadaş Ö, Gül ES. Geriatric Depression and Associated Risk Factors: The Level of Depression Symptom at Elderly Living in Nursing Home [Article in Turkish]. Clin Anal Med 2012;3:308–10.
- Altun F, Yazıcı H. The relationships between life satisfaction,

- gender, social security, and depressive symptoms among elderly in Turkey. *Educational Gerontology* 2015;41:305–14.
27. Bükler N, Altuğ F, Kavlak E, Kitiş A. Investigation of the effects of morale status and depression level on functional status in aged people living at home and community [Article in Turkish]. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2010;1:44–53.
 28. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, et al. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12:339–53.
 29. Kleisaris C, Maniou M, Papatthasiou I, Sfiniadaki A, et al. The prevalence of depressive symptoms in an elderly population and their relation to life situations in home care. *Health Science Journal* 2013;4:417–23.
 30. Kim J, Choe M, Chae YR. Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2009;3:121–9.
 31. Goud AA, Nikhade NS. Prevalence of depression in older adults living in old age home. *IAIM* 2015;2:1–5.
 32. Marinho PE, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50:151–5.
 33. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. The evaluation of quality of life and related individual factors in nursing home residents [Article in Turkish]. *Düşünen Adam* 2005;18:187–95.
 34. van Beek AP, Frijters DH, Wagner C, Groenewegen PP, et al. Social engagement and depressive symptoms of elderly residents with dementia: A cross-sectional study of 37 long-term care units. *Int Psychogeriatr* 2011;4:625–33.
 35. Ercan Şahin N, Emiroğlu ON. Quality of life and related factors of older people in nursing home [Article in Turkish]. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;57–66.
 36. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Life quality of elderly living in the nursing home [Article in Turkish]. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015;8:1–11.
 37. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. The factors affecting the perception of elderly patients towards health, quality of life and health-related quality of life [Article in Turkish]. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15:181–90.
 38. Vitorino LM, Paskulin LM, Vianna LA. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Rev Latino Am Enfermagem* 2012;20:1186–95.
 39. Kavakcı Ö, Bilici M, Çam G, Ülgen M. Prevalence of depression and cognitive impairment in old age in Trabzon [Article in Turkish]. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12:258–65.
 40. Bostancı Daştan N, Akkuş NY. Investigation of depression and cognitive functions in the elderly in Kars. *Turkish Journal of Geriatrics* 2016;19:113–21.
 41. Weisenbach SL, Boore LA, Kales HC. Depression and cognitive impairment in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:280–8.
 42. Kitiş A, Ülgen SY, Zencir M, Bükler N. Investigation of relationship between functional level, cognitive status, emotional status, and quality of life in elderly people living at home [Article in Turkish]. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2012;23:137–43.
 43. Abrahamson K, Clark D, Perkins A, Arling G. Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents? *Gerontologist* 2012;52:632–40.
 44. Missotten P, Squelard G, Ylief M, Di Notte D, et al. Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive impairment, and controls. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1103–9.
 45. Lin JH, Huang MW, Wang DW, Chen YM, et al. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatr* 2014;14:77.
 46. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, et al. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015;40:311–39.
 47. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A, Kirkevold M. Quality of life in older Norwegian adults living at home: A cross-sectional survey. *Journal of Research in Nursing* 2010;17:12–29.