

65 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE
DEPRESYON VE BİLİŞSEL BECERİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

SEDANUR KABADAYI

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2019

65 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE
DEPRESYON VE BİLİŞSEL BECERİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

SEDANUR KABADAYI

İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2015

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2019

Bu tez, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
için sunulmuştur

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2019

IŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

65 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE
DEPRESYON VE BİLİŞSEL BECERİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

SEDANUR KABADAYI

ONAYLAYANLAR:

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Hayran Işık Üniversitesi
(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel Işık Üniversitesi

Prof.Dr. Aytül Hariri Maltepe Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 14.01.2019

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION AND COGNITIVE SKILLS IN INDIVIDUALS OVER 65 YEARS OF AGE

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between perceived social support and depression and cognitive skills in the elderly.

Method: The current research consisted of 109 participants (68 male and 61 female) aged above 65 selected from 8 different Semt Konağı in Kocaeli. The participants completed the informed consent form, sociodemographic data and information form, the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), Geriatric Depression Scale (GDS) and Standardized Mini-Mental State Examination (SMMSE) respectively.

Results: When the findings of the research were examined, a significant and negative relationship between depression levels, cognitive skills and perceived social support was observed. It is observed that the perceived social support and cognitive skills decrease as the level of depression increases.

Conclusion: According to the findings from this research, It is observed that the effect of depression on cognitive skills is provided by perceived social support. Furthermore, individuals aged 65 and above with different sociodemographic characteristics showed significant differences in perceived social support, depression and cognitive skills. All results have been discussed with regard to past research.

Key Words: Old age, perceived social support, depression, cognitive skill

65 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE DEPRESYON VE BİLİŞSEL BECERİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özet

Amaç: Bu araştırma yaşlıların algıladıkları sosyal destek ile depresyon ve bilişsel beceriler arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamıştır.

Yöntem: Araştırma örneklemini Kocaeli'ndeki 8 adet Semt Konağından, 65 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. 61 kadın, 68 erkek olmak üzere 109 kişi araştırmaya katılmıştır. Veri toplama aşamasında örneklem grubuna sırasıyla, Gönüllü Olur Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Standardize Mini Mental Test (SMMT) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın bulguları incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin depresyon düzeyi ile bilişsel beceri ve algılanan sosyal destek arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Kişilerin depresyon düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek ve bilişsel becerilerde azalma olduğu gözlenmektedir.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, depresyonun bilişsel beceriler üzerindeki etkisinin algılanan sosyal destek tarafından sağlandığı gözlenmektedir. Bunun yanında sosyodemografik özelliklere göre de 65 yaş üstü bireylerin algıladıkları sosyal destek, depresyon ve bilişsel becerileri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Elde edilen tüm bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, algılanan sosyal destek, depresyon, bilişsel beceri

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tezimin her aşamasında yanımda olan değerli hocam, tez danışmanım Dr. Rukiye Hayran'a, Eğitim hayatım boyunca bilgi ve vizyonumun gelişmesinde emekleri olan tüm lisans ve yüksek lisans hocalarıma, ayrıca araştırmama gönüllü olarak katılan katılımcılara çok teşekkür ederim.

Araştırma boyunca benimle aynı süreci yaşayıp aynı duyguları paylaşan ve desteklerini esirgemeyen meslektaşım Yaprak Yurdakul'a, hayatıma girdiklerinden beri ne zaman umutsuzluğa kapılsam tek bir sözlerinin keyfimi yerine getirmeye yettiği dostlarım Sevde Deveci, Emre Eren, Faruk İdgü ve Oğuzhan Karadeniz'e teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, maddi manevi desteklerini, sınırsız anlayış ve hoşgörülerini her zaman yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemin sebepleri olan aileme; annem Sebahat Kabadayı, babam Rafet Kabadayı ve bir kardeşten çok daha fazlası olan abim Serhat Kabadayı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Tüm emekleriniz için, bana her zaman inanıp güvendiğiniz için, hep yanımda olduğunuz için ve beni ben yapan her şey için teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

Abstract.....	ii
Özet.....	iii
Teşekkürler.....	iv
İçindekiler listesi.....	v
Kısaltmalar listesi.....	viii
Tablolar listesi.....	ix
Şekiller listesi.....	xi

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Özgünlüğü.....	1
1.1.1. Araştırmanın Önemi.....	1
1.1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.1.3. Araştırma Sorusu.....	2
1.1.4. Araştırma Hipotezleri.....	2
1.2. Teorik Çerçeve ve Tanımlar.....	3
1.2.1. Yaşlılık.....	3
1.2.1.1. Dünyada Yaşlılık.....	7
1.2.1.2. Türkiye’de Yaşlılık.....	7
1.2.1.3. Genel Olarak Yaşlılık ve Yaşlanma.....	8
1.2.2. Algılanan Sosyal Destek.....	12
1.2.2.1. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek.....	13
1.2.3. Depresyon.....	14
1.2.3.1. Farklı Yaklaşımlara Göre Depresyon.....	15
1.2.3.2. Yaşlılıkta Depresyon.....	16

1.2.4. Bilişsel Beceriler.....	20
1.2.4.1. Yaşlılık Döneminde Bilişsel Beceriler ve Becerileri Etkileyen Etmeler.....	20

BÖLÜM 2

2. YAPILAN ARAŞTIRMALAR.....	24
2.1. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	24
2.2. Yaşlılarda Depresyon ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	24
2.3. Yaşlılarda Bilişsel Beceriler ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	26
2.4. Yaşlılarda Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	27
2.5. Yaşlılarda Depresyon ve Bilişsel Beceriler ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	28

BÖLÜM 3

3. YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Deseni.....	29
3.2. Araştırm Örneklemi.....	29
3.3. Veri Toplama Araçları.....	30
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi ve Veri Formu.....	30
3.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ).....	30
3.3.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ).....	30
3.3.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	31
3.4. Verilerin Analizi.....	31

BÖLÜM 4

4. BULGULAR.....	32
4.1. Demografik Bilgiler.....	32
4.2. İlişki Analizleri.....	35
4.3. Güvenilirlik Analizi.....	41

4.4. Korelasyon Analizi.....	42
4.5. Mediasyon Analizi.....	43

BÖLÜM 5

5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	60
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	61

KAYNAKLAR

EKLER

Ek A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek B: Sosyodemografik Bilgi ve Veri Formu

Ek C: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ek D: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Ek E: Standardize Mini Mental Test (SMMT)

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR LİSTESİ

Ort. : Ortalama

S.S. : Standart Sapma

M.R : Manyetik Rezonans Görüntüleme

GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri

TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu

GABA: Gama-Aminobütrik Asit

SPECT: Tek foton emisyon tomografisi

AH: Alzheimer Hastası

SMMT: Standardize Mini Mental Test

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Kronik ve Psikolojik Rahatsızlık

Tablo 3. Genel Özellikler

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Hobilerinin Dağılımı

Tablo 5. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 6. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Ölçeklerinin Dağılımı

Tablo 7. Ölçeklerin Normallik Dağılımı

Tablo 8. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Tablo 9. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin bireylerin yaşına göre karşılaştırılması

Tablo 10. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

Tablo 11. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması

Tablo 12. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 13. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin psikolojik hastalık durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 14. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin birlikte yaşanan kişilerle göre karşılaştırılması

Tablo 15. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin çocuk ziyaretlerine göre karşılaştırılması

Tablo 16. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin torun ziyaretine göre karşılaştırılması

Tablo 17. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin aile ilişki düzeylerine göre karşılaştırılması

Tablo 18. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin gelecekle ilgili beklenti durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 19. Algılanan sosyal destek, Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin hobi sayılarına göre karşılaştırılması

Tablo 20. Depresyon ve Bilişsel beceri düzeylerinin Algısal sosyal destek düzeylerine göre karşılaştırılması

Tablo 21. Algısal sosyal destek alt boyutları ile depresyon ve bilişsel beceri ölçeklerinin korelasyon analizi

Tablo 22. Ölçeklerin güvenilirlik analizi

Tablo 23. Algılanan sosyal destek ile depresyon bilişsel beceri arasındaki ilişki analizi

Tablo 24. Bilişsel beceri ile depresyon arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin rolü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1: Depresyon ve Bilişsel Beceriler Arasındaki İlişkinin, Algılanan Sosyal Destek Tarafında Açıklanması.....	3
---	---

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Özgünlüğü

1.1.1. Araştırmanın Önemi

Yaşlanma istisnasız bütün canlılarda olan ve canlıların işlevlerinde azalmaya sebebiyet veren evrensel bir aşamadır (Toprak ve ark., 2002).

Ülkemizdeki hızla artan nüfus, endüstrileşmenin getirmiş olduğu kentleşme, çekirdek aileye dönüşüm ve bunun sonucu olarak konutların küçülmesi ve yapılan bu küçük konutların yaşlı bireyler için yetersiz olması, gençlerin yaşlılık kavramına olan bakış açıları ve bu bakış açısının doğurduğu kuşaklar arasındaki iletişim sorunları, yaşlı bireylerin sağlıklarının bozulması, ekonomik sorunlar yaşlıların sosyal destek ağlarını azaltmaktadır. Bunun sonucu olarak yaşlıların kendilerini yalnız hissetmesi ruh ve bedenlerindeki bir takım sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Yaşlılarda sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda mortalite riskinin arttığı buna karşın yeterli sosyal destek alan yaşlıların kendilerini daha iyi hissettiği ve sağlık davranışlarında ilerleme olduğu belirtilmektedir (Dhar ve Aging, 2001). Yeterli düzeyde alınan sosyal destek sonucu yaşlı bireylerde, saygınlık artışına, yaşamaktan duyulan memnuniyete, moraldeki iyileşmeye ve stresli durumlarla başa çıkabilme gücünün arttığına dair veriler bulunmaktadır (Helman ve Stewart, 1999; Patterson, 1995).

Bireyin yaşlılığı kabullenmesi zor bir süreçtir ve bu bireylerin dinamiklerine göre değişiklik göstermektedir. Sevilen ve değer verilen kişilerin kaybedilmesi, yeterli maddi gücünün olmaması, yaşlının kendisini ailesine veya arkadaşlarına karşı fazlalık hissetmesi ve onlara yük olduğu fikrine kapılması yaşlı kişilerin depresyona girmesine sebebiyet verebilir.

Depresyon yaşlılık döneminde en sık rastlanan problemlerden biridir. Yapılan çalışmalarda depresyon ile algılanan sosyal destek arasında ciddi bir ilişki olduğu ortaya konmaktadır. Aileden alınan sosyal destek arttıkça yaşlının depresyon geçirme ihtimalinin azaldığına yönelik çalışmalar mevcuttur (Aksüllü, 2004; Oxman ve ark., 2001; Oxman ve Hull, 2001; Baqar ve ark., 2006; Grant ve Yager, 1998; zer ve Fadiloğlu, 2006). Bu nedenle bu gibi çalışmaların artması sosyal desteğin yaşlılık dönemi için ne kadar önemli olduğunu vurgulama açısından önem arz etmektedir.

1.1.2. Araştırmanın Amacı

Tüm bunlar göz önüne alındığında yaşlıların algıladıkları sosyal destek ile depresyon ve bilişsel beceriler arasındaki ilişkinin incelenmesi, hem yaşlının biyo-psiko-sosyal sağlığı açısından hem de toplumla bütünleşip işlevsel olması açılarından önemli olacaktır. Bu çalışmayla literatürdeki eksiklik kısmen giderilmiş olacak ve bundan sonraki araştırmalara öncülük edilmiş olunacaktır.

1.1.3. Araştırma Sorusu

65 yaş üzeri bireylerde algılanan sosyal desteğin depresyon ve bilişsel becerileri üzerine etkisi nedir?

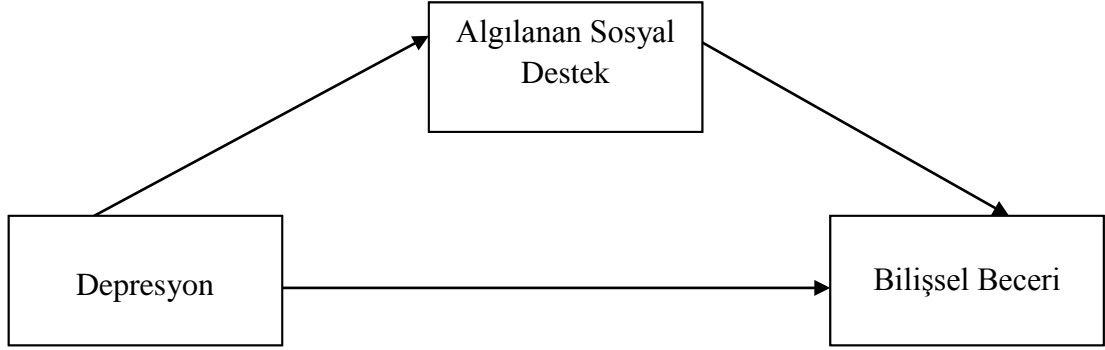
1.1.4. Başlıca Hipotezler

H₁ : 65 yaş üzeri bireylerde depresyon arttıkça bilişsel becerilerde düşüş beklenmektedir.

H₂ : Depresyon arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinde düşüş beklenmektedir.

H₃ : Depresyon ve bilişsel beceriler arasındaki ilişkinin, algılanan sosyal destek düzeyi tarafından açıklanması beklenmektedir. (Mediasyon)

Şekil 1.1. Depresyon ve bilişsel beceri arasındaki ilişkinin, algılanan sosyal destek tarafından açıklanması



1.2. Teorik Çerçeve ve Tanımlamalar

1.2.1. Yaşlılık

Yaşlılık Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre bireyin 65 yaşından sonra başlayan yaşam dönemidir. Yaşlılık dönemini kendi içerisinde: 65-74 yaşı “genç yaşlı”, 75-84 yaşı “orta yaşlı”, 85 yaş üzerini “yaşlı yaşlı” olarak yaş gruplarına ayırmıştır (WHO, 1984). Teknolojik gelişmelere bağlı bilimsel gelişmelerle birlikte, genel sağlık koşullarının daha iyiye gitmesi sonucu ortalama yaşam süresinde uzama meydana gelmiş ve böylece yaşlı nüfusunda ve bu döneme özgü olan sorunları yaşayan kişi sayısında artışa neden olmuştur (Santrock, 2011).

Yaşlı nüfusta görülen artış ile bu döneme özgü olan sorunların artması daha fazla yaşlılıkla ilgili bilimsel araştırmanın yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. İnsanların genel bakış açıları, bu dönemde ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel kayıplara odaklansa da yapılan çalışmaların, yaşlının genel sağlığını arttırmaya yönelik olması gerekmektedir (Kottke, 1982). Yaşlılık dönemiyle ilgili yapılan çalışmalarda fiziksel ve zihinsel kayıplar üzerinde durulmasından ziyade, toplumun, sağlıklı yaşlanma konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Dünyada yaşlı nüfusun artışıyla beraber sağlıklı yaşlanma konusu daha çok gündeme gelmeye başlamıştır. Sağlıklı yaşlanma; yaşlılarda fiziksel ve bilişsel kapasitenin yüksek olması, yaşlıların hayatla aktif bir bağının olması, hastalık veya hastalığa bağlı herhangi bir engelin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Ancak

sağlıklı yaşlanma yaşlılarda herhangi bir hastalığın olmaması değil, işlevselliğin bozulmamasıdır (Rowe ve Kahn, 1997).

Yaşlıların kronik rahatsızlıkları ve işlevsellikteki düşüşleri sağlıklı yaşlanmanın önündeki engellerdir (Phelan, Anderson, LaCroix ve Larson, 2004). Bu nedenle yaşlıların sağlıklı yaşlanmasının sağlanabilmesi için yaşlılıkta en sık görülen problemlerin iyileştirmeye gidilmesi gerekmektedir. Depresyon, bu problemlerin başında gelen önemli bir ruhsal sorundur (Blazer, Landerman, Hays, Simonsick ve Saunders, 1998; Chachamovich, Fleck, Laidlaw ve Power, 2008; Copeland, Davidson ve Dewey, 1992). Tedavi edilmediğinde ise yaşlının yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Blazer ve ark., 1998).

Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri; Yaşın ilerlemesiyle birlikte kardiyak atımın sayısında azalma, damarlarda duvar kalınlığının artması ve esnekliği kaybetme görülmektedir. Kanın akımı beyinde, kasta, böbreklerde ve karaciğerde azalmaktadır. Kalbin çevresindeki yağ tabakasının artması sonucu kalp kapakçıkları esnekliğini kaybederek kalınlaşmaktadır. Yaşlılıkta beliren bu değişiklikler kalbin işlevlerini ciddi derecede etkilemektedir (Kurtoğlu, 1998; Biçer, 1996; Birol ve ark., 1997; Yardımcı, 1995).

Kalp hastalığı olan bireylerde depresyona, deliryuma, kaygı, somatizasyon ve psikoseksüel bozukluklara rastlanmaktadır (Özkan 1993). Özellikle depresyona kardiyak rahatsızlığı olan kişilerde oldukça sık rastlanmaktadır (Ha ve Wong, 2011).

Solunum Sistemi Değişiklikleri; Yaşlı bireylerdeki kas ve bağ dokusundaki değişikliklerden dolayı derin soluk almada ve öksürme yeteneğinde azalmalar görülmektedir (Birol ve ark., 1997). Solunum sistemi hastalarının kullandığı ilaçlar depresyon, kaygı ve psikotik semptomların oluşmasına yol açarak bireylerde uyum güçlüklerinin oluşmasına, kişilik değişikliklerinin görülmesine, depresif semptomların ortaya çıkarak depresyona sebebiyet vermesine, kaygı ve panik bozukluğun oluşmasına neden olmaktadır (Özkan, 1993).

Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri; Yaşlanmayla birlikte vücut kas dokusu azalır, kaslar inceler, atrofiler oluşur, kas kuvveti azalır. Tüm bunlar yaşlı bireyin postürünün bozulmasına sebebiyet verir, kişinin dengede durmasında ve

yürümesinde sıkıntılar yaşamasına neden olur (Biçer, 1996; Birol ve ark., 1997). Böylece yaşlı bireyler çevresindeki insanlara daha bağımlı hale gelir. Başka bir deyişle, hareket kabiliyeti ve bağımsızlık azaldıkça sosyal desteğe duyulan ihtiyaç artar.

Sinir Sistemi Değişiklikleri; Yaşın ilerlemesiyle birlikte beyne giden kan akışı ve gerekli oksijenin sağlanmasında azalmalar görülür. Nöronların sayısında azalmalar görülür ve otonom sinir sistemi cevabında yavaşlamalar olur (Yardımcı, 1995). Sinir dejenerasyonu yaşlı bireyin reflekslerini ve görme, işitme, dokunma, koku ve tat alma duyularını azaltır (Birol ve ark., 1997).

Yaşlılıktaki en belirgin semptomlardan biri de bilişsel işlevlerdeki azalmalardır. Bireylerde özellikle yakın bellek kayıpları yaşanabilir, isimlerin akılda tutulmasında güçlükler, fikir oluşturamama, karar verememe, programlayamama gibi bozukluklar görülebilir, yeni bilgilerin öğrenilmesinde ve bu bilgilerin akılda tutulmasında kayıplar yaşanabilir. Yaşın ilerlemesiyle kişilikte de değişiklikler olabilir ve bu değişiklikler kişiyi, çevresindeki bireyleri olumsuz bir şekilde etkileyebilir. Genellikle inatçı, katı, tutucu ve bencil olmalarına karşın azınlık bir grupta tam tersi bir kişilik değişimi de yaşanabilmektedir. Yaşlılıkta esneklik azalmaktadır. Yaşlı bireylerin kendilerine ve çevrelerine karşı güvensizlikleri olmaya başlar, fikirlerini karşı tarafa kabul ettirme eğilimindedirler. Bu tip kişilik özelliklerinin oluşmasında çevrenin olduğu kadar genetiğin de etkisi vardır. Tüm bunlara ek olarak ümitsizliğin, tedirginliğin, korkunun ve şüphenin eşlik ettiği depresyona yaşlı bireylerde oldukça sık rastlanmaktadır (Yaltkaya ve ark., 2000).

Sindirim Sistemi Değişiklikleri; Sindirim salgılarında azalma, bağırsak hareketlerinde yavaşlama görülür (Kurtoğlu, 1998). Yaşlı bireyler, bazı faktörlerden ötürü dişlerinin bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş olabilirler ve bunun sonucunda sindirim fonksiyonu etkilenir. Bu durum da ilaçların metabolize edilme sürecinde sorunlar yaratabilir (Yardımcı, 1995).

Genito-üriner Sistem Değişiklikleri; 65 yaş üzerindeki kadınların %17'sini, erkeklerin ise %11'inden fazlasını etkileyen birincil problem üriner inkontinanstır. Çünkü mesane kapasitesi azalır, rezidüel idrar artar, istemsiz mesane kasılmaları artar (Birol ve ark., 1997).

Endokrin Sistem Değişiklikleri; Yaş ilerledikçe tiroid, paratiroid ve pankreas bezlerinde işlevsel gerilemeler görülmektedir ve bunlar da diyabet, tiroid hastalıklarının görülme sıklığının artmasına sebebiyet vermektedir. Tüm bunların sonucunda da yaşının günlük hayat faaliyetlerini yerine getirmesi sınırlanmakta ve davranışta, duygulanımda, düşüncede bozulmalara neden olmaktadır (Yardımcı, 1995). Endokrin hastalıklarda beyin işlevlerinde etkinin süresi ve şiddetinin artması, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. En sık ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıklar, kişilik değişiklikleri, deliryum, demans, depresyon, anksiyete bozuklukları ve şizofreni benzeri duygulardır (Özkan, 1993). Depresyon hastası yaşlı bireylerde ise hipertansiyon, diyabet gibi rahatsızlıkların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Mete, 2008).

Günlük Yaşam Aktiviteleri; Nancy Roper ve arkadaşlarının 1970'lerde insanı bütünüyle ele almak adına Günlük Yaşam Aktiviteleri Modelini sunmuşlardır. Bu modele göre GYA şunlardır: Solunum, yeme-içme, boşaltım, hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlama ve sürdürme, iletişim, cinselliğin ifadesi, kişisel temizlik ve giyim, vücut ısısını kontrol, hareket, çalışma ve uğraşlara yönelme uyku, ölüm (Biçer, 1996)

Günlük yaşam işlevlerini yerine getiremeyen yaşlı bireylerde yetersizlik hissi ortaya çıkmaktadır. Bu hissin ortaya çıkmasıyla da başkalarına yük olma endişesi artmakta, işe yaramama tedirginliği oluşmaya başlamaktadır.

Kronik rahatsızlık kişinin uyum kapasitesini değiştiren bir stresördür ve bu rahatsızlığın sonucunda kullanılan ilaçlar, tedaviler, bedenlerindeki değişiklikler ve aile ilişkilerinde bozulmalar da birer stres kaynağı sayılmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010).

Yeti Yitimi

Yeti yitimi bedensel veya sosyal olabilir. Temel motor aktivitelerindeki aksaklıklar ve hareketlilikteki azalma daha çok bedensel yeti yitimi ile ilgilidir. Gündelik yaşamda genel olarak yapılan bedensel aktivitelerin (merdiven inip çıkmak, eğilip doğrulmak, çanta, file taşımak gibi) hangi sıklıkla yapıldığı ile alakalıdır. Sosyal yeti yitimi ise sosyal rollerin davranışların yerine getirilmesindeki yetersizlikleridir. Sosyal rolleri, toplum ilişkileri, meslek, anne-babalık, evlilik, evlatlık ve vatandaşlık gibi rollerdir. Yaşlılarda ruhsal hastalıklar veya kronik

bedensel hastalıklar sebebiyle günlük sosyal yaşantılarındaki kayıplar (sosyal yeti yitimi) ile performans haricen gündelik fiziksel aktivite kayıpları (bedensel yeti yitimi) meydana gelmektedir (Kurtoğlu, 1998).

1.2.1.1. Dünyada Yaşlılık

Yirminci yüzyılda, teknolojik gelişmelere bağlı bilimsel gelişmelerle birlikte, genel sağlık hizmetlerinin daha iyiye gitmesi sonucu ortalama yaşam süresi uzamıştır ve bunun sonucunda dünyadaki yaşlı nüfusunda da ciddi oranda artışa sebebiyet vermiştir (Güleç ve Tekbaş, 1997). İstatistiklere bakıldığında tüm dünya nüfusunun yaş ortalamasının gün geçtikçe arttığı, nüfusun giderek yaşlandığı söylenmektedir. Buna sebebiyet veren etkenlerden birincisi insanların yaşam sürelerinin giderek uzaması ikincisi ise, dünya genelinde doğurganlık oranlarının azalmasıdır (DESA, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2013). Dünyada yaşlı nüfus yüzdesi en fazla olan kıta %20 oranıyla Avrupa kıtası, en azı da %5 oranıyla Afrika kıtasıdır (UNFPA, United Nations Fund For Population Activities, 2012). Dünyadaki nüfus yapısı ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun aşağı yukarı %40'ı 24 yaşından küçük olduğu görülürken gelişmişlik düzeyinin alt basamaklarına doğru bu oranın neredeyse %60'a kadar yükseldiği görülmektedir. Buna karşılık gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla çok daha fazla olduğu bildirilmektedir (DESA, 2013).

1.2.1.2. Türkiyede Yaşlılık

Türkiye'de demografik yapıya bağlı olarak en fazla değişikliğin nüfusun yaş oranındaki değişiklik olduğu gözlenilmektedir. Nüfusun büyük bir kısmının gençlerden oluştuğu ülkemizde artan yaşlı nüfus sayısı ile birlikte yaşlı nüfus sayısının genç nüfus sayısının önüne geçtiği bildirilmektedir (Şahin, 2014). Türkiye bu değişimiyle birlikte yaşlanma sürecinin hızla gelişmekte olduğu ülkelerin arasına girmiştir (Mandıracıoğlu, 2010). Tıpkı Türkiye'de de gelişmiş başka ülkelere benzer olarak yaşlılar genellikle aileleriyle yaşamaktadır. On yaşlıdan yedi tanesinin çocukları ile aynı evi, apartmanı ya da sokağı paylaştığı görülmüştür (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007).

Türkiye İstatistik Kurumu'na göre yaşlı nüfusu 65 yaşından büyükler olarak 2013 senesinde 5.891.694 kişi olurken son beş yıl içinde %17 oranında artış

yaşayarak 2017 senesinde 6.895.385 olmuştur. Yaşlı nüfusun %44'ünü erkekler, %56'sını kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2017).

Kentleşme ve sanayileşme ile beraber Türkiye'de aile yapılarında değişiklikler meydana gelmiştir. Geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçişin etkilerini en çok yaşayan grup yaşlılardır. Aile reisi konumunda olan yaşlılar, kentleşmeyle beraber eski konumlarını kaybetmişlerdir (Akdemir, Çınar ve Görgülü, 2007).

Türkiye'de kurumsal bakım altında kalan yaşlı sayısı giderek artsa da, aile bağlarının hala güçlü olması, yaşlıların çocuklarının ya da akrabalarının yanında kalmalarını sağlamaktadır (Urfalıoğlu, Alaş ve Yıldırım, 2007).

Yaşlı bireylerin yaşadığı faydalı olamama, muhtaç olma, ölümden korkma gibi sorunların kaynağının sosyal rol ve güven kaybı olduğu tespit edilmiştir. Ailesinin ve arkadaşlarının kendisine olan ihtiyacını hissetmek, yaşlıyı hayata bağlamakta, değer kaybını engellemekte ve aktif olmasına zemin hazırlamaktadır (Görgün Baran, 2010). Ersoy, Okçay ve Özkahraman (2013) yaptıkları araştırmada toplum içinde yaşlı bireylerin değer kaybını üç etkene dayandırmıştır. İlk olarak yaşlının üreticiyken tüketici durumuna geçmesiyle birlikte yaşanan ekonomik problemler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş ve değişen yaşam tarzına uyum sağlamada yaşanan güçlükler olarak sıralamaktadır.

1.2.1.3. Genel Olarak Yaşlılık ve Yaşlanma

Bir bireyin yaşlı sayılması için Dünya Sağlık Örgütü yaş aralığını 65 ve üzeri olarak belirlemiştir (WHO, 1984).

Yaşlılıkla ilgili genel bir tanım olmamakla beraber, olumlu ve olumsuz birçok tanımlamalar vardır. Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşlılık, kişinin çevresel faktörlere (örneğin yaşadığı mekan, yalnızlık gibi) uyum yeteneğinin azalmasıdır. Yaşlılık, kişinin fiziksel ve bilişsel alanında gerileme, üreticilikten tüketiciliğe geçme, sosyal konumunda meydana gelen bir takım değişme, kişilerarası alınan desteğin zayıflaması ve sağlık kaybı gibi döneme özgü sorunları kapsayan bir kayıplar dönemidir (Işık, 1991). Diğer bir tanıma göre yaşlılık, fizyolojik bir olay tanımında incelenip, kişinin ruhsal ve fiziksel güçlerinin bir daha eskisi gibi olamayacak ölçüde kaybedilmesi, bireyin ruhsal ve fiziksel yönden gerilemesi şeklinde tanımlanmaktadır

(Bilginer, 1996). Rowe ve Kahn'a (1997) göre ise yaşlanma kişilerin kendilerine biçilen sosyal rollerden (annelik, iş) özgürleştiği dönemdir. Bu tanımlamalarla beraber eski tarihçi ve filozoflara göre, yaşlılık bilgelik olarak da tanımlanabilmektedir. Ünlü tarihçilerden Homeros yaşlıların bilgeliğine dikkat çekmiştir. Schopenhauer ve Goethe yaşlılığı deneyim ve bilginin en üst noktada olduğu periyot olarak tanımlarlar. Bu iki düşünürü göre; kişi bu döneme güzel bir şekilde uyum sağlayabilirse (emekliliğe uyum sağlama, azalan gelire uyum sağlama gibi) mutlu olur (akt. Lehr, 1994). Lehr'e (1994) göre ise kişi yaşlılıkta zeka, düşünce ve hedefleri gerçekleştirebilme gibi eskiye nazaran artan yeteneklere sahip olur ve bunlar büyük işleri başarabilmeyi beraberinde getirir.

Yaşlılık ve yaşlanma kavramları birbirleriyle aynı anlama gelmemektedir. Yaşlılık, yaşlanmadan farklı olarak, habitatın ve genetiğin etkileşime girmesinden kaynaklanan bedende ve ruhta gerçekleşen değişim olarak ele alınır (Pekcan, 2000). Yaşlanma ise hayatın doğal bir parçasıdır (Bowling ve Windsor, 2001). Lehr (1994) yaşlanmanın; bireyin, biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarında oluşan değişimleri içerdiğini öne sürmektedir.

Yaşlanma ele alınırken farklı teoriler ortaya çıkmaktadır (Onur, 2011). Perlmutter ve Hall'a (1992) göre üç tip yaşlanma vardır. Bunlar; birincil yaşlanma, ikincil yaşlanma ve üçüncül yaşlanmadır. Birincil yaşlanma; tüm yaşlılarda ortaya çıkan değişikliklerdir (saçların beyazlaması, hareketlerin yavaşlaması, görme ve işitmede problemlerin ortaya çıkması, beden uyum sağlama yeteneğinin azalması gibi). Bu yaşlanma tipinin saçların beyazlaması gibi bazı belirtileri görünürde fark edilirken, beden uyum sağlama yeteneğindeki azalma gibi bazı belirtileri ise fark edilmez. İkincil yaşlanma ise, yaşlıların çoğunda ortaya çıksa da, bu ortaya çıkan değişiklikler kaçınılmaz değildir. Bu yaşlanma biçimi, hastalık, kullanımı bırakma (egzersizi bırakma gibi) veya kötü kullanım (sigara vb.) gibi işlev kaybını hızlandıran durumları içermektedir. Örneğin birçok yaşlı yeteneğini kaybettiğini veya kendisine bir faydası olmadığını düşünerek egzersizi bırakıp kaslarında zayıflamaya sebep olmakta ve bu durum da ikincil yaşlanmayı hızlandırmaktadır. İkincil yaşlanmanın diğer bir nedeni ise kötü kullanımı içermektedir. Bunun en belirgin örnekleri; sigara, alkol ve kötü beslenmedir. Birincil yaşlanmanın etkilerine müdahale edilemezken, ikincil yaşlanmanın etkileri geciktirilebilir veya durdurulabilir. Üçüncül yaşlanma ise; yaşamın sonuna gelindiğini işaret etmektedir.

Sağlıkta ve toplumsal alanda aşırı derecede bozulmayı içerir. Bu yaşlanma çeşidi nitelik ve nicelik bakımından dolayı birincil yaşlanmadan farklılaşır. Kişiler yaşamın büyük bir kısmını uykuda geçirmektedir.

Yaşlılıkta ortaya çıkan psikolojik, fiziksel ve sosyal değişimler; kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların sebebi olarak bireyin yaşam biçimi, psikososyal şartları, sosyoekonomik durumu, geçirdiği birtakım hastalıklar, kalıtsal özellikleri, yaşının bu dönemi algılama biçimi, yaşadığı toplum, bu toplumun kültürü gibi faktörler gösterilmektedir (Er, 2009). Yaşlılık ele alınırken sadece biyolojik kayıplarla değil, tüm artı ve eksileriyle değerlendirilmelidir. Aksi takdirde yaşlılığın bir kayıp veya problemli bir dönem olarak algılanması kaçınılmazdır.

Yaşlılık Döneminde Kişilerarası İlişkiler

Bir kişinin hayatının anlam ifade etmesi için kendisini sevmesi, diğer insanlarla ve doğayla ilişkisinin olduğunu görmesi gerekmektedir. Şahsın kendisi ve çevresi ile olan bilinçli etkileşimi, üyesi olduğu topluluktaki gerginliğe yenilmemesi için zaruridir. Sakin bir ruh hali için kişinin anlamlı görebildiği bir hayata, anlamlı görebildiği bir hayat için de bilinçli sayılabilecek bir iletişime ihtiyacı vardır (Cüceloğlu, 1993).

İnsan ilişkilerindeki bazı sorunların göstergesi olan duygu, hayatı anlamlı göstermede önemli bir eleman sayılan yalnızlık duygusudur. 65 yaş ve üzerinin %30unu yaşlılıktaki işe yaramama ve yalnızlık duygusu etkiler (Bölükbaş ve Arslan, 2003). Genel olarak bir bireyin hayatında gerçekleşen değişimlerin ortaya çıkardığı yalnızlık hissi farklı iç ve dış etkenlerin ürünüdür (örneğin eşin kaybı, sağlığın kötüleşmesi). Bireyin hayatında spesifik bir farklılık olmadan da ortaya çıkabilen yalnızlık hissine de “ilişki yetersizliği” sebebiyet vermektedir (Biçer, 2002).

Hayatın bu son dönemini Erikson “bütünleşmeye karşı umutsuzluk” olarak adlandırır. Birey hayatına dönüp baktığında ulaştığı hedeflerine göre ya umutsuzluğa kapılır ya da tatmin olur. Yaşının insanlarla ilişkilerini ve şahsını algılaması açısından şahsın kendisini gördüğü şekil önem taşır. Örnek olarak yaşlılık öncesi halindeki fiziksel güce sahip olmayan, devamlı tekrarlayan rahatsızlıkları olan, eski hobilerini artık gerçekleştirilmeyen, işe yaramadığını hisseden ve yaşadığı zamanı ölümüne yaklaşma olarak değerlendiren bir yaşlı, kendine olan saygısında ciddi sorunlar yaşarken yetememe ve bağımlılık hissi duyabilir. Bu dönemde yaşlı hali

hazırdaki ilişkilerinde kopukluk veya yeni ilişkilerinde azalma ve devamsızlık sorunu yaşayabilir (Yazgan, 2000).

Bir yaşlının kendisini yeniye kapattığı durumlarda eski alışkanlıklarıyla hayatına devam eder ve anlaşılmayı bekler. Bu durum yaşlının ilişkilerinde problemlerle karşılaşmasına sebebiyet vermektedir. Yaşlı şahıs da her yaşta insanda olduğu gibi diğerlerinin kendisi anlamasını bekler ve bu beklentisinin karşılanmadığı durumlarda kırılır ve sinirlenir. İnsanlar yaşlandığı zaman hareketlilik yerine durgunluk gelir, bu dönemde kişinin eski alışkanlıklarını bırakması oldukça zordur. Yaşlılar için hayatlarına girebilecek yeni durumlar onları korkutabilir ve endişelendirebilir (Öz, 2002).

Kişinin önceki hayatının incelendiği bu dönemde kişinin evlilik hali, sosyalleşme durumu, sağlığı, parasal durumu ve eğitim seviyesi gibi kriterler yaşlının çevresiyle ilişkisini etkilemektedir. Örneğin maddi ve sosyal olarak daha alt kademelerde olan bir birey fiziksel olarak yakınlarında olan tanıdıklarıyla görüşebilir ve bu durumda yaşlıyı yalnızlık hissine iter. Bu duruma yakın olarak düşük eğitim düzeyi şahsın sorunları çözmek için gerekli yetiye ve bilgiye sahip olamayışıyla alakalıdır (İmamoğlu, 2009). Öz'ün (2002) de belirttiği gibi yaşlının bulunduğu çevreden kendini uzaklaştırması mental olarak karşılaştığı problemlerden kaynaklanmaktadır. Böyle durumlarda yaşlı çevresiyle iletişimini sınırlandırırken kendisini yalnız hissetmekte ve bu hissettiklerinin üstesinden daha zor gelmektedir (İmamoğlu, 2009).

Kısaca, şahsın çevresiyle olan etkileşimi bireyin kişiliğinin gelişiminde ve kendisini pozitif olarak görmesinde hayattır. Bir bireyin yaşlanırken küçülen sosyal çevresinden ve kendini dışarıya kapatmasından dolayı kişinin çevresiyle olan ilişkisi yaşlılığını sorunsuz geçirmesi için daha da büyük önem taşır. Yaşlandığına adapte olmaya çalışan bir şahsın aile üyeleri ve sosyal çevresinin bu duruma destekleyici hareketlerde bulunması ve yaşlının daha sosyal olup yeni bireylerle ilişkiler kurabileceği ortamlara sokulması bu kişinin adaptasyon sürecini hızlandırıp kolaylaştırırken aynı zamanda da hayata karşı doymuşluğunu arttıracaktır. Yalnız olma hissi yaşlılarda mental ve fiziki sağlık problemlerine yol açmaktadır (Altıntaş ve ark., 2006). Bundan dolayı yaşlı bireyin çevresindeki insanlarla ilişkisini

sürdürmesi bulunduğu ortamda aktif olduğuna inanması şahsın çevresiyle uyumunu desteklemesi için önemlidir (Biçer, 2002; Öz, 2002).

1.2.2. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek genel anlamıyla; zor bir durum içerisindeki bireyin ailesi, arkadaşları, komşuları ve kurumdan sağladığı psikolojik ve fiziksel bir yardım şeklinde tanımlanır. Sosyal destek bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu etkilediği gibi kişinin kendisine olan saygısı, kendini bir topluluğun parçası hissetmesi, sevgi, bağlılık gibi ana sosyal ihtiyaçlarını da karşılamaktadır (Dhar ve ark., 2001).

Sosyal destek konusunda yapılan çalışmalardan bazıları, Cohen ve Wills'in (1985) sosyal destek kavramını temel etki modeli ve tampon etkisi modeli çerçevesinde ele almışlardır. Temel etki; sosyal destek kaynaklarının fizyolojik ve psikolojik sağlığın sağlanmasına olan eklemeleri olarak adlandırılmaktadır. Yani bireyin sosyal desteğinin olması; fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumlu anlamda etkilemektedir. Bu yaklaşıma göre, bireyin hayatında stres veren olaylar olsa dahi destek sistemleri varsa genel olarak bu desteğin varlığı olumlu bir etki yapmaktadır. Diğer taraftan, stres yaratan olaylar yaşandığında, bireyin sosyal çevresinin onun sorunlarıyla başa çıkabilmesi adına ihtiyaç duyulan kaynakları ortaya çıkarması sosyal desteğin tampon etkisi (buffering effect) olarak tanımlanmaktadır. Tampon etkisinin bireyde stres oluşturabilecek şartların olumsuz etkilerinin azaltılmasını ve bireyin sağlıklı olmasına destek olduğu söylenebilir.

Cohen ve Wills (1985)'e göre sosyal destek çeşitleri dört başlıkta toplanabilir.

1. Duygusal Destek: Bireyin başkaları tarafından sevildiğini, anlayış ve kabul gördüğünü, değer verildiğini, korunduğunu hissetmesi anlamına gelen destek türüdür.

2. Araçsal Destek: Maddi, araç gereç yardımı ve kaynakları gibi yardımları içeren destek biçim olarak tanımlanmaktadır.

3. Bilgisel Destek: Bireyin problemlerinin çözümü konusunda yardım sağlayan destek türüdür.

4. Yaygın (Sosyal) Destek: Boş zamanlarda şahsın başka bireylerle zamanını geçirmesi, sosyal ilişkiler kurması, rahatlayıp eğlenmesidir.

Barrera (1986) sosyal destek kavramını üç geniş kategoride ele alınmıştır (Akt. Eldeleklioğlu, 2006). Bunlar; sosyal bağlılık, algılanan sosyal destek, eylemlenmiş sosyal destektir. Sosyal bağlılık, bireylerin kendi sosyal çevrelerinde anlamlı insanların olması ve onlarla kurduğu ilişkiler olarak tanımlanabilir. Eylemlenmiş sosyal destek, diğer bireylerin yardıma ihtiyaç duyan bireye yardım ettiklerinde gösterdikleri eylemlerdir. Algılanan sosyal destek, diğerleri ile güvenilir bağların olduğu şeklindeki bilişsel değerlendirme olarak tanımlanmaktadır (Barrera, 1986; akt., Eldeleklioğlu, 2006).

Lakey (2007) her bir sosyal destek kategorisinin farklı ölçümü ve sonuçları olduğunu vurgulamış, özellikle algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlığın yordanmasında etkili olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle şu anki araştırmanın devam eden kısmında konuyla ilişkili olan algılanan sosyal destek üzerinde durulacaktır. Algılanan sosyal destek, bireyin kendisi ile çevresindeki insanların ilişkisini değerlendirdiği bilişsel bir değerlendirmedir (Ghorbani, Issazadegan ve Saffarinia, 2012). Bu tanıma göre bütün ilişkiler sosyal destek değildir. Alloyve Riskind (2006)'e göre bireyin sosyal destek olarak değerlendirdiği ilişkinin bireyin ihtiyaçlarına uygun ve bu ihtiyaçları doyurucu şekilde karşılayan bir ilişki olarak birey tarafından algılanması gerekir (Akt. Ghorbani, Issazadegan ve Saffarinia, 2012).

Bireylerin yaşamında stres, gerginlik ve kriz yaratan olaylar karşısında bireyler hayatlarında kendileri için en kolay ulaşabildikleri kaynak aile üyeleri ve arkadaşlarıdır. Bu kaynakların oluşturduğu destek, bireyin uyum sürecini kolaylaştırırken sağlık üzerinde de önemli etkiye sahip olduğu söylenebilir (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997).

Hem aile hem de arkadaştan sosyal destek gördüğünü hisseden birey, olumsuz yaşam koşullarını başarılı şekilde yönetebilir. Aynı zamanda da başkalarının stresli durumları karşısında karşı tarafın ihtiyacı olan sıcak ve ilgili bir tutumu yansıtabilir. Başkalarının problemleri karşısında problemlere başka açıdan bakabilme becerisini gösterebilirler (Lakey, 2007).

1.2.2.1. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek

Sosyal ilişkiler bir bireyin kişiliğinin gelişmesinde ve bireyin kendine pozitif bakmasında çok önemlidir. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi geçirmek isteyen bireyler için

sosyal ilişkilerin önemi fazladır çünkü kişinin yaşlanması ile birlikte sosyal çevresi de azalmaktadır ve bu durum yaşlının içine kapanmasına neden olup yaşlı bireyi yalnızlığa itebilmektedir (Altıparmak, 2009; Ceyhan, 2005; Erdil ve ark., 2000).

Yaşlılığa uyum sağlamaya çalışan bireylerin ailesi akrabaları ve arkadaşları tarafından desteklenmeleri, çevresindeki insanların yaşlı bireylerin yeni ilişkiler kurabileceği ortamlar sağlaması yaşlı bireyin uyumunu kolaylaştırırken aynı zamanda da yaşam doyumunu artırıcı bir etki yaratacaktır (Altındaş ve ark., 2006; Altıparmak, 2009; Bilir ve Subaşı, 2006; McNicholas, 2002; Tambağ, 2013).

Ayrıca yaşlılarda algılanan sosyal destek eksik olduğu durumlarda mortalite riskinin arttığı buna karşın sosyal desteği iyi olan yaşlı bireylerde ise iyiye gidiş ve sağlık davranışlarında olumlu yönde ilerleme tespit edilmiştir (Dhar, 2001). Sosyal destek sonucunda bireyin kazandığı saygınlık, fiziksel ve psikolojik sağlığı etkilemekle birlikte, moralinin ve yaşamdan duyduğu memnuniyetin artmasına, stres verici olaylarla baş etmesine olumlu katkılarda bulunmaktadır (Helman ve Stewart, 1994; Patterson, 1995)

1.2.3. Depresyon

Bireylerde mutsuzluk, çökkünlük, düşük yaşam doyumunu, yeme ve uyuma gibi yaşamsal faaliyetlerde aşırılık ya da yetersizlik, motor becerilerde verimsizlik, sosyal ilişkilerde ve iş ve aile yaşamında problemler gibi semptomlar depresyonla karakterizedir. Öztürk'e göre (2011) depresyon geçirmeye yatkın olan kişilerde oldukça belirli bir kişilik özellikleri kümesi bulunmaktadır. Bu bireyler çoğunlukla kimseyi üzmemeye çalışırlar, herkesi mutlu etmeye, iyilik yapmaya eğilimlidirler, duyarlıdırlar, sorumluluk duyguları fazladır, titiz bireylerdir, sevdiklerine oldukça bağlı ve hatta onlara bağımlı, kendilerinden ve çevresindeki insanlardan beklentileri oldukça yüksektir, hayatları boyunca hep mükemmeli arama peşindedirler, onurludurlar, öfke gibi duygularını bastıran, yaşadıkları şeylerden hızlı etkilenen ve üzülen, oldukça meraklı kişiler olarak tanımlanmaktadır. Tüm bu özelliklerin çoğu yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği gösterir. Bu erdemler nedeniyle bu kişiler genellikle insanların sevgisini ve saygısını kazanmış, başarılı bireylerdir. Bu bireyler yaşlandıkça hayır diyememe, kendinden aşırı verme, çok fazla sorumluluk alma erdemleri onlar için çekilmez bir hal almaya başlar.

Depresyonun semptomlarının farklı yaş dönemlerinde kendini farklı gösterdiği ile ilgili veriler vardır. Çocuklarda somatik yakınmalar, huzursuzluk gibi; ergenlerde yıkıcı davranış bozuklukları, dikkat eksikliği-bozukluğu gibi; yaşlılarda kognitif semptomlar (örneğin; yönelim bozukluğu, distraktilite (dikkati yoğunlaştıramama) ve bellek bozukluğu) özellikle belirgin olabilir (Köroğlu, 2013).

1.2.3.1. Farklı Yaklaşımlara Göre Depresyon

Depresyonun neden kaynaklandığına dair birçok yaklaşım vardır.

Psikanalitik yaklaşıma göre; depresyon, erken dönem ilişkilerindeki nesne kaybindan (anne veya bakım veren kişi kaybı) dolayı ortaya çıkar. Bu durum kişinin benliğinde; yoksullaşma, boşluk, terk edilmişlik ve öz saygıda azalma olarak ortaya çıkmaktadır. Nesne kaybindan dolayı kişide öfke ve saldırganlık duyguları ortaya çıkar ve kişi bu duyguları içselleştirir. İçselleştirilen bu duygular kişinin depresyona girmesine zemin hazırlar (Klein, 2008). Yaşlılık dönemindeki kayıplarda depresyon oluşumuna neden olabilmektedir.

Biyolojik yaklaşıma göre; depresyon biyokimyasal ve kalıtsal nedenler ile ilişkilidir. Bu yaklaşıma göre bazı insanlar stres verici bir durumla karşılaştıklarında, normal bir insana göre daha fazla tepki verirler ve hayatları boyunca daha sık depresyona girerler (Burger, 2006).

İnsancıl yaklaşıma göre; depresyon insanın kendisine duyduğu saygı ile açıklanır. Bu yaklaşıma göre insan davranışlarından ve oluşturacağı kimlikten kendisi sorumludur. İnsanların geçmiş veya geleceğe değil, yaşadıkları zamana göre hayatlarına yön vermeleri gerektiğini savunur. Kişi bunu yapamaz ve kendi değerinin bilincine varamazsa depresyona girer (Burger, 2006).

Davranışsal yaklaşıma göre; kişinin kontrol edilemeyen olaylar yaşaması kendisinde çaresizlik duygusunu ortaya çıkarır. Çaresizlik duygusunun genellemesiyle beraber de depresyon belirtileri ortaya çıkmaktadır. Örneğin yaşlı stresli bir durumla karşı karşıya kaldığında bir şey yapmanın, harekete geçmenin boşuna olduğunu düşünür ve bu durum onda depresyon yaratabilir (Blazer, 2006).

Bilişsel yaklaşıma göre; depresyon, kişinin olayları ve yaşadığı hayatı nasıl yorumladığıyla ilişkilidir. Sürekli olarak kendini ve dünyayı kötü gören, olaylara kötümser bir bakış açısıyla bakan kişiler depresyona daha yatkın kişiler olarak ifade

edilir. Bu kişiler başlarına bir olay geldiğinde çok fazla genelleme, kişiselleştirme, abartılı tepki verirler. Bu kurama göre; kişinin sürekli olarak olumsuz düşüncelere takılı kalması kendisinde depresif duygular ortaya çıkarır (Blazer, 2003).

Depresyonun Etkileşimsel Tanımı Modeli

Coyne'nin (1976a) oluşturduğu bu model insanların depresif bireylere karşı tutum ve davranışlarını odak noktası almıştır. Bu modele göre iletişimin (sözel ve sözel olmayan) anlamı belirsizdir ve insanların doğru anlamları bulmaları için zamana gereksinimleri vardır. Tüm bunlar için gerekli vakti olmadığından birey geri bildirim alabilmek adına semptomlarını kullanmaya başlayacaktır, bunlar da bireylerle kurulan iletişimin negatif yönde etkilenmesine sebebiyet verir. Bir başka deyişle depresyondaki kişiye ne kadar ilgili davranılırsa davranılırsa bireyin depresif duygu durumu sürdüğü müddetçe, bu durum onunla iletişim halinde olan kişiye de yansıtacaktır ve bu kişi de sözel olmayan ipuçlarıyla depresif bireye bu durumu hissettirmektedir, böylece depresif birey daha çok depresif davranışlar sergilemektedir. Tüm bunların sonucunda da insanlar depresif bireylerle ilişkilerini kesmektedir. Bu model bağlamında, depresif kişinin depresyon yaşantısından ötürü dışlanması onu saldırgan bir öfke tepkisi geliştirmesine sebebiyet vermektedir. Bir başka sebebin de olumsuz kişilerarası ilişkilerin olabileceğidir. Her iki durumda da, saldırgan bir öfke tutumunun kişinin psikolojik iyilik durumuna önemli derecede zarar verecek olması insanlarla ilişkisini olumsuz etkileyeceği anlamına gelmektedir.

1.2.3.2.Yaşlılıkta Depresyon

Genellikle, depresyon belirtilerinin yaşlı bireylerde daha sık rastlandığına dair bir inanış vardır. Buna sebep olarak başta yaşlılığın çeşitli kayıp olaylarının yaşandığı dönem oluşu gelir. Yaşlı bireyin ailesinin veya arkadaşlarının ölmesi, sosyal konumunu kaybetmesi, çeşitli organlarının fonksiyonunun ve sağlığının kaybı bu kayıplar arasında sayılmaktadır. Bir diğer taraftan yaşam boyu ötelenen ölüm, yaşamın bu döneminde kişiye daha yakındır. Yaşlılık dönemi depresif bozuklukların etiolojisinde, birden fazla sebebin olduğu düşünülmektedir. Risk faktörü olarak kişinin sosyal desteğin yetersiz olması, eşlik eden tıbbi hastalığının bulunması, bilişsel yıkım ve olumsuz yaşam olayları gösterilebilir. Kadınlarda, düşük öğrenim ve gelir düzeyine sahip bireylerde risk daha fazladır (Gülseren ve ark., 2000; Kekovalı ve ark., 2002; Cole ve Dendukuri, 2003; Aksüllü ve Doğan, 2004; Birrer ve

Vemuri, 2004; Bahar ve ark., 2005; Çiğçili ve ark., 2000; Varma ve ark., 2008; Zincir ve ark., 2008; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009).

Arslan'ın (1999) yapmış olduğu çalışmanın bulgularına göre yaşlı bireylerin %25'inde psikiyatrik belirtiler bulunmuştur ve bunların başında depresyon gelmektedir. Depresyon yaşlı popülasyonda yalnız başına veyahut diğer rahatsızlıklarla birlikte görülebilen, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür.

Depresyonun tedavi edilmediği durumlarda erken ölümlere, işlev azalmasına, genel sağlık durumunun bozulmasına ve intihar riskinin artmasına sebebiyet vermekle birlikte etkili bir şekilde tedavi edildiğinde depresif semptomlar ortadan kalkabilir. Bu yüzden Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü 65 yaşın üzerindeki bireyler için depresyonu önemli bir halk sorunu olarak bildirmişlerdir (Oğuzhanoglu, 2003).

Yaşın ilerlemesi depresyon açısından bir risk etkenidir ve depresyonun var olması fiziksel hastalıkların alevlenmesine ve hastalıklardan doğan ölümlerin sayısında artmalara yol açar. Ayrıca depresyon bu yaş grubu için yeti yitimine ve bunun sonucunda bakım ve sosyal desteğe duyulan ihtiyacın artmasına sebebiyet vermektedir (Kaya, 2008).

Yaşlı popülasyon için depresyon oluşumunun sebepleri olarak; ilerleyen yaşla birlikte algılama ve yaratıcı yeteneklerde azalmanın görülmesi, özellikle yakın bellekle ilgili zayıflamaların oluşması, hayatını sürdürebilmek için başkaları tarafından yardıma ihtiyacı olan kişinin yalnız bırakılması ve çevreden soyutlanması, üretkenlik işlevinden giderek uzaklaşan ve tüketici bir hayat yaşamanın sonucu hissedilen işe yaramazlık hissinin oluşması, çevreye karşı ilgisinin azalması, giderek alınganlaşması ve kuşkucu olması, yeni olaylara karşı yanıt vermekte gecikmesi hatta zaman zaman yanıt verememesi gösterilebilir (Yıldız, 2001; Abrahams ve ark., 1992; Fessman ve Lester, 2000).

Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Epidemiyoloji

Yaşlılık dönemi bireylerinin depresyonun yaşlanmanın olağan sonucu veya toplumsal uyumsuzluk olarak ele alınmasından dolayı bilişsel yetersizlik üzerine konmadıkça veya intihara sebebiyet vermedikçe tanınmadan ve iyileştirilmeden

olağan haline bırakıldığı bildirilmiştir. İleri yaş döneminde klinik olarak önemli sayılan depresyon sıklığı %15-20 görülmektedir (Birrer ve Vemuri, 2004).

İleri yaştaki depresyon, nozolojik, fenomenolojik, tanısal ve sağaltımsal açılardan özel bir eğitimi gerektirmektedir. İleri yaş safhasında klinik yönden önemli görülen depresyon aralığı %15-20 aralığındadır. Ağır depresyon yüzdesi %3'tür. Hastanede oluşan olgularda bu yüzde %30 a kadar yükselmektedir. Bakımevlerinde bir sene içerisinde doğan olguların yüzdesi %13 olarak kayıt edilmiştir. İleri yaş popülasyonunun yükselişe geçtiği varsayıldığında mevzunun önemi açık bir şekilde görülebilir (Yüksel,1998).

Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Etiyoloji

İleri yaş dönemi depresyonunun gelişiminde oldukça çeşitli etkenlerin olduğu bilinmektedir. Etiyolojik etkenler içinde, ileri yaş döneminde tekrarı artan fiziksel rahatsızlıklar ve alınan ilaçlar, tekrar bu dönem içinde ortaya çıkan ileri yaş ile ilgili değişiklikler, fiziksel rahatsızlıklar arkasından meydana gelebilen nörokimyasal veya nöroendokrin değişiklikler ve psikososyal sebepler sıralanabilir (Tamam ve Öner, 2001).

Bedensel Hastalıklar ve Kullanılan İlaçlar: İleri yaş sürecinde meydana gelebilecek bedensel rahatsızlıkların hem rahatsızlığın depresyona olan direkt etkilerinden sebeple ayrıca kişilerde meydana çıkarabileceği yeti kaybı, bağımsız işlev görmeyi etkileme gibi sebeplerden ötürü depresyon gelişimine olan etkisi bariz hale gelmektedir. Ayrıca, özellikle kronik rahatsızlıkların meydana getirdiği depresif tablolar, ileri yaştakilerin hayat kalitesini iyice etkileyerek rahatsızlığın etkilerini çoğaltmaktadır. Bu durum kısır bir döngü haline dönmekte, kişilerin depresyon oranını arttırabilmekte ve kişinin diğer kişilerle olan bağımlılığını yükseltmektedir. Tamamlanmış araştırmalarda depresyonda olan ve başkalarına olan bağımlılık arttırmaktadır. Tamamlanmış araştırmalarda depresyonda olan ve fiziksel rahatsızlığı olan ileri yaş hastalardaki tıbbi rahatsızlıkların sayı ve şiddetinin depresyonda olmayanlara nazaran belirgin seviyede fazla olduğu bulunmuştur (Akyüz, 2004). Parkinson rahatsızlığı adrenal ve tiroid işlev hataları, felçler, kanserler ve nörodejenratif rahatsızlıkların direkt depresyona sebebiyet verdiği unutulmamalıdır. Pankreas ve akciğer kanseri gibi rahatsızlıkların ilk belirtisi çoğunlukla depresyondur (Tamam ve Öner, 2001). Öte yandan yaş almış beynin hastalıklara olan yatkınlığının

fazlalaşması da depresyonun etkisini çoğaltan sepeler arasında sayılmaktadır (Ersoy ve ark., 2001). İleri yaştaki hastalarda uygulanan çok çeşitli ilaçlar da bu aşamadaki depresyon etkisini fazlalaştıran etkenler içindedir.

Nörobiyolojik Faktörler: Yaşlılıkta merkezi sinir sisteminde meydana gelen bazı değişikliklerin depresyona eğilimi arttırdığı bilinmektedir. Yaşlanmayla birlikte özellikle serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA'nın beyin konsantrasyonlarında azalma görülmesi yaşlıların depresyona olan yatkınlığını arttıran bir faktördür (Tamam ve Öner, 2001; Janzing ve ark., 2000). Depresyonlu hastalardaki SPECT (tek foton emisyon tomografisi) çalışmalarında solda prefrontal korteks aktivitesinde azalma ile ilgili bulgular saptanmıştır (Cummings, 1993). Çalışmalar depresyonu olan yaşlılarda frontal lob hacminde kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğunu göstermektedir (Kumar ve ark., 2000; Laia ve ark., 2000). Yaşlı depresif hastalarda kranial MR'da özellikle frontal lob ve bazal ganglionlarda, sağlıklı kontrol grubuna oranla daha çok yoğunluk artışı saptanmıştır (Laia ve ark., 2000; Alexopoulos ve ark., 2002).

Yaşlılık dönemi depresyonunda "vasküler depresyon" adı altında bir alt tip tanımlanmıştır. Bu tanıyı destekleyen en önemli bulgu, depresyon ve vasküler beyin hastalıkları arasındaki yüksek birliktelik oranıdır (Krishnan, 2002; Tiemeier, 2003). Vasküler depresyonun kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarla yakın ilişkisi bulunduğu, yürütücü işlevlerde bozulmanın ve psikomotor retardasyonun temel nöropsikolojik bozulmalardan olduğu, prognozlarının ve tedaviye yanıtın düşük, relaps ve rekkürens oranlarının ise yüksek olduğu bildirilmektedir (Alexopoulos ve ark., 1998). Yaşlılık dönemi depresyonunun patojenezinde kalıtımın öneminin, erken yaşta başlayan depresyondaki önemine oranla oldukça düşük olduğu da bildirilmektedir (Tamam ve Öner, 2001).

Psikososyal Faktörler: Yaşlılık safhasında genellikle görülen yaşlanmayla alakalı bedensel ve zihinsel beceri kaybı, finansal zorlanmalar, yaşam stilindeki değişikliklerin depresyona girme olasılığını çoğalttığı görülmüştür. Yaşamsal isteklere ulaşılamaması ve bununla beraber benlik tatmininin yeterli olamaması da bu periyotta depresyon olasılığını kuvvetlendiren etkenler olarak sayılmalıdır (Bekaroğlu ve ark., 1991). Bu periyotta birey hayatına etki eden ve depresyona eğilimini kuvvetlendiren diğer majör psikososyal stres etkeni de yaşamındaki önemli

insan figürlerinin yok olması ve bu doğrultuda aks eden üzüntüdür. En ilk sırada hayat arkadaşının kaybı doğrultusunda depresyon belirtisi ve sendromlar yoğunlukla ortaya çıkabilir. Hayat arkadaşının kaybindan sonra ortaya çıkan yalnızlık düşünceleri, izolasyon ve öteki bireylerle iletişim seviyesinin düşmesi depresyona girişin temelini kurar (Fessman ve Lester, 2000). Hayat arkadaşının kaybedilmesinden sonraki özellikle iki yıl göze çarpan depresif bulgular görülebileceği, iki yıl tamamlanınca yasta olan ileri yaştaki kişilerin %14'ünün majör depresyon yaşayabileceğinin altı çizilmektedir. Majör depresyon yaşamayıp depresif bulgulara sahip ileri yaştaki kişilerin çoğunluğunda da hayat kalitelerinin önemli bir biçimde etkilenmesi ve kabiliyet hasarı gözlemlenebilmektedir (Akyüz, 2000).

İleri yaşlardaki depresif belirtiler ve negatif yaşam koşulları arasında olumlu ilişki saptanmıştır. Klinik olarak depresif tanısı almış bireyler, kontrol gruplarından daha çok ve şiddetli yaşam olayları anlatmışlardır (Morse ve Robins, 2005). Yaşlılıkta son bir senedeki olumsuz yaşam olayları ve sosyal destekteki azalmalar bilişsel bozukluğu olan bireylerde depresif semptomların daha şiddetli ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Cervilla ve Prince, 1997; Yüksel, 1997). Hastanede bulunan yaşlı hastalarda polikliniktekilere nazaran ve huzurevlerinde ikamet edenlerde ailesi ile yaşayanlara göre depresyonun daha fazla tespit edildiği raporlanmaktadır (Morse ve Robins, 2005; Yeh ve Liu, 2003).

1.2.4. Bilişsel Beceriler

Şuurluluk düzeyi, dikkat, uyarıların algılanması, tanınması, hafıza, oryantasyon, neden sonuçlarına bağlantılarının kurulması ve içinde bulunulan durumun muhakemesiyle, gerçeğin değerlendirilmesi yolunda düşünme yetilerini kapsar (Ekici, 2002; Güngen, 1999). Bilişsel işlev, beynin düşünme, bilgileri saklama, problem çözme, konuşma, algılama, görsel boyutlandırma, hesaplama ve yargılama yeteneğidir (İşeri ve Efendi, 2003).

1.2.4.1. Yaşlılık Döneminde Bilişsel Beceriler ve Becerileri Etkileyen Etmenler

Yaşlılık dönemindeki bilişsel alan çok boyutlu bir şekilde değerlendirilmektedir (Margrett ve Deshpande-Kamet, 2009). Yaş ilerledikçe bilişsel alanın bazı bölümleri yavaşlarken, bazı bölümleri ise gelişmektedir. Baltes ve Smith (2003)'e göre yaşlılarda duyuşsal işlev, dikkat, görsel ve motor bellek, ayırt etme ve karşılaştırma gibi bileşenler azalırken, okuma yazma becerileri, dilin kavranması,

eğitimsel beceriler, profesyonel beceriler, yaşamın üstesinden gelme veya baş etmemize yardımcı olan benlik gibi bileşenler ise gelişmektedir.

Bilişsel işlevlerin yaşlılık döneminde farklı şekilde etkilenmesine yönelik birtakım açıklamalar yapılmıştır. Örneğin sağ hemisferin en azından bazı kişilerde sola göre daha çabuk yaşlandığı sürülmüştür. Sağ hemisfer bilindiği gibi görsel ve bütünleyici algılama ile ilgilidir. Sol hemisfer ise temel olarak kullanılan dilden sorumludur ve yaşlılıkta sözel yetenekler daha iyi korunur (Eker, 2007). Olası iletişim güçlükleri işitme, görme gibi duyuusal yetilerindeki azalma ile ilgili de olabilir. Dikkat, yaşlılarda gençlere nazaran azalsa da, yaşlıların dikkatlerini nasıl kullanmaları gerektiği hususunda daha fazla deneyim sahibi olduğu öne sürülmektedir. Bilişsel işlevlerde olumsuz yönde en çok etkilenen alan ise öğrenme ve bellektir. Kısa süreli bellekte bozulma ortaya çıkmaktadır. Dili kullanabilme ise sabit kalmakla beraber, yaşlılar uzun ve karmaşık bir iletişimi sürdürmede zorluk yaşayabilmektedirler (Göka ve Aydemir, 2000).

Günümüzde araştırmacılar bilişsel işlevlerde gerçekleşen gerilemenin, yavaşlatılabilip, yavaşlatılamayacağı hususuna odaklanmaktadır (Lovestone ve Gauthier, 2001; Selekler, 2003). Garry Small'ın kullan ve kaybet hipotezine göre; zihinsel aktiviteler (bulmaca çözmek, satranç oynamak gibi) yaparak bilişsel işlevlerde gerilemenin yavaşlatabileceği öne sürülmektedir (Cangöz, 2008).

Yaşlıların bilişsel işlevlerde gösterdikleri performanslar uygulanan yöntemlere göre de farklılık gösterebilmektedir. Örneğin laboratuvar ortamında soyut ve mantıksal görevlerde düşük performans gösterirken; gündelik problemlerin çözümünde oldukça başarılı sonuçlar verebilmektedirler (Göka ve Aydemir, 2000).

Yıllar boyunca biriken bilgi sonucunda ortaya çıkan pratiklik ve bilgelik ise yaşam boyu devam eder (Cangöz, 2009). Goldberg'e göre, yaşlı bireyler hayat problemleri karşısında, belki de genç bireylerin sahip olamayacağı bilgelik düzeyinde geniş ve kullanışlı çözümler içeren bir davranış repertuarına sahiptir. Bu durum yaşlanmanın sadece gerilemeler dönemi olarak değil; kazanç dönemi olarak da ele alınabileceğini göstermektedir (Akt., Cangöz, 2009).

Bilişsel işlevleri etkileyen etkenleri incelediğimizde ise, bunların başında eğitimin geldiği görülmektedir. Yapılan pek çok araştırma eğitim seviyesi arttıkça bilişsel bozuklukların azaldığı yönünde sonuçlar saptamıştır (Çuhadar ve ark., 2006;

Gülseren ve ark.; 2000). Ayrıca eğitim düzeyinin düşük olmasının demans geliştirme riskini arttıran önemli bir etken olduğu da bildirilmektedir (Amuk ve ark., 2009; Çuhadar ve ark., 2006). Bunun yanında kişilik, yaşam biçimi ve kronik hastalıkla da diğer etkenler arasındadır.

Kişilik örüntüsü özellikle çok stresli durumlarda bilişsel işlevleri etkilemektedir; çünkü stres bellekten sorumlu alanlardan biri olan hipokampusta hasar oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda sürekli huzursuz, endişeli, kaygılı, stres içinde olanların %40'ından fazlasına AH bir ön tablosu olarak kabul edilen Hafif Bilişsel Bozukluk olduğu gözlenmiştir (Eker, 2007).

Yaşlıların bilişsel işlevlerini etkileyen faktörlerden biri de yaşam biçimleridir. Bilişsel anlamda gerilemeler toplumdan uzaklaşma, dul kalma veya boşanma, çalışmayı bırakma ve yoksul olma ile ilişkili olabilmektedir. Bilişsel işlevler üzerinde sözü edilen sosyal etkiler, biyolojik düzeydeki değişim ve aktiviteye de yansır ve uzun vadede biyolojik sistem üzerinde değişim yaratabilir. Wilson ve arkadaşlarına (2007) göre yalnızlık ve duygusal izolasyon AH için bir risk faktörüdür. Çalışma sırasında ölen 90 kişi üzerinde yapılan otopsiler, yaşadıkları sürece yalnızlık içinde olanların AH'lerin beyinde birtakım değişimlerin olduğu; senilplakların, içciklerin daha yoğun şekilde bulunduğu saptanmıştır.

Yalnızlık duygusunu yaşamayan, fiziki olarak daha aktif ve içinde bulunduğu insan topluluğunun aktivitelerinde daha faal yer alan şahısların bu aktivitelere daha az katılan veya katılmayan şahıslara kıyasla bilişsel işlev performanslarının daha iyi olduğu öngörülebilir. Belli periyotlarla yapılan fiziksel aktiviteler, verilen tepki süresinde azalma, hafızada artış, bir konu üzerine düşünmede geçen sürede düşüş benzeri durumlar gibi bilişin birden fazla yönde daha iyi sonuçlar almasına olanak tanır. Piaget tarafından üretilmiş somut olmayan akıl yürütme testlerinin yapıldığı yaşlıların testte gösterdikleri başarıların yaş ve farklı sağlık koşullarıyla ilgili olduğu farkedilmiştir (Onur, 2011). Eker'in (2007) de söylediği gibi beynin yaş almasını geciktiren etkenler içinde bedensel aktivitenin büyük rolü vardır. Bedensel efor hipokampüste yeni beyin hücrelerinin ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Altı senede yapılan araştırmalar bir hafta içinde üç ya da daha çok bedensel aktivite yapanların yapmayanlara kıyasla %60 oranda daha düşük demans yaşadığını kanıtlanmıştır.

Araştırıldığı takdirde eğitimin bilişsel işlevleri en çok etkileyen faktör olduğu görülür. Bilişsel bozukluklarda düşüşün eğitimin artışıyla azaldığı uygulanmış pek çok çalışmada görülmüştür (Çuhadar ve ark., 2006; Gülseren ve ark., 2000). Bu duruma ek olarak eğitim seviyesinin azalışının demans geliştirmedeki etkenlerden önemli biri olduğu da söylenmektedir (Amuk ve ark., 2009; Çuhadar ve ark., 2006).

Sonuç olarak yaşlılarda görülen bilişsel işlevlerdeki düşüşün sebebi olarak kan dolaşımındaki problemlerden ötürü beyine yeterli miktarda kan ulaşmaması, depresyon, demans, kullanılan ilaçlar, sosyal ve zihinsel yönden yalıtılmış bir yaşam şekli benimsenmesi gibi birtakım faktörler gösterilebilir. Çalışmalar çevresiyle devamlı ilişki içerisindeki ve öğrenme isteği olan kişilerin, izole bir yaşam süren diğerlerine kıyasla zihin olarak daha faal ve dinç olduklarını göstermektedir. Başka bir şekilde dile getirmek gerekirse, faal, okuyan, öğrenen ve diğer kişilerle ilişkilerine devam eden kişilerin yaşlanması, bilişsel işlevlerinde önemli değişikliklere sebebiyet vermez (Cüceloğlu, 2004). İnsan zihninin fiziki koşullardaki değişime adapte olabilen ve değişimlere açık bir sistem olduğu akılda olmalıdır (Cangöz, 2008).

BÖLÜM 2

YAPILAN ARAŞTIRMALAR

2.1. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Spitzer ve ark. (1995) yaşlılarda yapmış olduğu araştırmada sosyoekonomik durumun yükselmesinin sosyal desteği olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır.

Akyıl ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışma ile Polat ve Kahraman Bayrak'ın (2013) yapmış olduğu çalışmada evli olan ve eşi ile birlikte yaşamını sürdüren yaşlıların sosyal destek puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Aksüllü ve Doğan (2004) yaşlıların çocuk sahibi olan ve çocukları tarafından ziyaret edilen ve aile içinde kendini önemli hissettiğini dile getirenlerin algıladıkları sosyal destek ortalama puanları daha fazla bulunmuştur.

Geleneksel toplumlarda kültürel değerler büyük ölçüde korunmakta, yaşlı bireyin keder ve yalnızlık yaşamaması için sosyal destek sistemleri güçlü tutulmaya çalışılmaktadır. İç ve dış göçler ve küreselleşmenin etkisiyle çok kültürlülüğün yaygınlaşması, ilerleyen zamanlarda sosyal destek açısından sorunlar yaşanmasına sebep olabilir (Çevik Akyıl ve ark., 2018).

2.2. Yaşlılarda Depresyon ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Depresyon erişkinlerde olduğu gibi (Hasin ve ark., 2005) yaşlılarda da (Van't Veer-Tazelaar ve ark., 2008; Lue, Chen ve Wu, 2010) kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülmektedir. Ülkemizdeki çalışmalarda da major depresif bozukluk (Kurtoğlu ve Rezaki, 1999; Kalendaroğlu ve ark., 2007) ve depresif belirti sıklığının (Keskinöglü ve ark., 2006; Çınar ve Kartal, 2008) kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir.

Yapılan çalışmalar yaş farkı gözetmeksizin kadın olmanın depresyon açısından risk etmeni olduğunu, bu sürecin yaşlılıkta da devam ettiğini saptamaktadır (Beekman ve ark., 1999; Grififits ve ark., 1987; Özcankaya ve Mumcu 1996; Zunzunegui ve ark., 2001; Kulaksızoğlu ve ark., 2005; Kılıçoğlu, 2006; Kim ve ark. 2007). Tüm bunların aksine literatürde kadın olmanın depresyon semptomları ile ilişkisinin olmadığına dair çalışma bulguları da mevcuttur (Altıntaş ve ark., 2006; Boone, 1995).

Depresyonun sıklığının yaşla birlikte arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Van't Veer-Tazelaar ve ark., 2008; Kaji ve ark., 2010). Jongenelis, Eisses, Beekman, Kluiterve Ribbe'nin (2004) yaşlılarla ilgili olarak yaptığı bir çalışmada da, yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca Kaçan Softa ve ark.larının (2016) yapmış olduğu çalışmada yaşın ilerlemesiyle sağlıklı yaşlanma ve sosyal destek puan ortalamalarında azalma olduğu görülmektedir. Bu alanda yapılan birçok çalışma da bulgularımızı desteklemektedir (Ekici, 2002; Özcankaya ve Mumcu, 1996; Diker ve ark., 2000; Morgan ve ark., 1993; Alessandro ve ark., 1988).

Eğitim düzeyi arttıkça depresyonun azaldığı, eğitim seviyesi daha düşük olan yaşlılarda depresyon skor ortalamasının daha yüksek olduğu yönünde araştırma sonuçlarının bir hayli fazla olduğu tespit edilmiştir (Çifçili ve ark., 2006; Çuhadar ve ark., 2003; Esengenve ark., 2000; İmamoğlu, 2009; Kurtoğlu ve Rezaki 1999). Buna karşın öğrenim durumunun artmasıyla depresyon semptomlarının artabileceğini gösteren araştırmalar da literatürde bulunmaktadır (Altay ve ark., 2010).

Maral ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında da evli olanların dul olanlara göre depresyon yüzdesinin fazla olduğu ifade edilmiştir. Trabzon'da yapılan bir çalışmada eş yitiminin depresyonu arttıran risk faktörlerinden biri olarak görülmüştür (Topbaş ve ark., 2004). Bingöl ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu araştırmada dul bireylerin depresyon puan ortalaması daha yüksektir.

Bazı çalışmalar kronik hastalığı olan kişilerde depresyon riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiş olmakla birlikte (Blay ve ark. 2007; Chang-Quan ve ark. 2010; Maral ve ark. 2001) başka çalışmalar sağlık durumunun yaşlıda görülen depresyonla ilişkisi olmadığını bildirmiştir (Cho ve ark. 2008; Cole ve Dendukuri 2003).

Aydın ve İşleyen'in (2004) çalışma bulgularına göre yaşlı kişilerin geleceğe yönelik beklentisinin olması depresyon belirtilerini düşürmektedir, buna karşın kronik hastalıkların veya benzeri rahatsızlıkların yaşlı popülasyonun gelecekle ilgili beklentilerini azalttığı ve bunun sonucunda depresif belirti görülme sıklığını arttırdığı saptanmıştır.

Sözeri Varma ve ark.larının (2008) yapmış olduğu çalışmada depresyonu olan ve olmayan grupların çeşitli hobilere katılma açısından farklılık saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda boş zamanların hobi, egzersiz gibi aktif faaliyetlerle geçirilmesinin depresif semptomları olumlu şekilde etkileyebileceği dile getirilmektedir (Demet ve ark. 2002; Bahar ve ark. 2005).

2.3. Yaşlılarda Bilişsel Beceriler ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Yaşlılarda yapılan diğer çalışmalarda da benzer bir şekilde bilişsel işlevlerde bozukluk görülme oranının kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur (Ekici, 2002; Birtane ve ark., 2000; Yoldaşçan ve Yurdakul, 2004; Özcankaya ve Mumcu, 1996; Alessandro ve ark., 1988; Esengen ve ark, 2000; Park ve ark., 1994; Haller, Weggemans ve Guigoz, 1993).

Tüm bu çalışmaların aksine Regier ve arkadaşlarının (1993) yapmış olduğu epidemiyolojik bir alan çalışmasında, erkeklerde bilişsel bozukluk seviyesinin kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Araştırmamızda erkeklerin bilişsel beceri puanı kadınlardan daha yüksek bulunmakla birlikte bilişsel beceri puanları cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık göstermemektedir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bilişsel yıkım da fazlalaşmaktadır. Folstein ve ark. (1975) yapmış olduğu çalışmada bilişsel performansta azalmaya zihinsel ve fiziksel aktivitenin azalmasının sebep olabileceği gösterilmiştir (Folstein ve ark., 1975).

Literatürde eğitim düzeyi ve bilişsel beceriler ile ilgili çalışmalara bakıldığında araştırmamızı destekleyen çalışmaların oldukça fazla olduğu görülmektedir Kurtoğlu ve Rezaki yaptıkları (1999) çalışmada, araştırmaya katılan yaşlıların eğitim düzeyleri ile bilişsel bozukluk durumları değerlendirdiğinde, öğrenim durumu 5 yılın altındakilerde bilişsel işlevlerde bozukluk görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmışlardır.

Sosyal güvencenin olmaması, gelir seviyesinin yetersiz olması gibi faktörler özellikle yaşlılık döneminde görülen depresyon riskini arttırdığına ilişkin sonuçlar saptanmıştır (Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009). Regier ve ark. (1993) çalışmalarında elde ettiği bulgular sonucunda yetersiz sosyoekonomik düzeyin bilişsel işlevlerde bozulmaya sebebiyet verdiği vurgulanmaktadır (Regier ve ark., 1993).

2.4. Yaşlılarda Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Hayatın bir çok alanında çevresindeki insanlar tarafından sevilen, ziyaret edilen, değer verilen, yardıma ve ilgiye ihtiyaç duyduğu vakitlerde bunu alabilen kişilerin yakın ilişkilerinden çok daha fazla doyum aldığı saptanmıştır (Sorias, 1988). Buna karşın çevresindeki insanlardan yeterli sosyal destek alamayan kişilerin kendisini yalnız, desteksiz hissetmesi depresyon semptomlarının ortaya çıkması için uygun olan ortamı oluşturmaktadır (Özgüven, Soykan, Haran & Gençöz, 2003).

Yaşlılık döneminde ailenin mühim bir sosyal destek unsuru olduğu, sosyal izolasyon ve yalnız yaşamının yaşlılık döneminde depresif semptomları için risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009). Kaji ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yaşlılarda sosyal ilişkilerde azalma, boşanma, yakın ilişki içindeki kişilerin ölümü ve sağlık sıkıntıları gibi stresli yaşam olaylarının yaşlılık dönemi depresyonu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Sosyal bağlamda depresif bireylerin yabancılar ve tanıdıkları tarafından diğerlerine göre daha az kabul gördüğünü ve sık reddedildiği görülmektedir (Coyne, 1976a). Depresif semptomları azaltan bir engelleme programı benzer şekilde algılanan sosyal destek düzeylerini arttırmaktadır. Subklinik depresif semptomlar gösteren ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisi sonrasında arkadaşlardan algılanan sosyal desteklerinde artış olduğunu belirtilmiştir (Stice, Rohde, Gau ve Ochner, 2011).

Joiner'in farklı popülasyonlarda tekrarladığı araştırmalarında benzer sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Oda arkadaşlarıyla yaptığı bir çalışmada depresif bireylerin normal bireylerden farklı olarak güvenlik sağlamaya yönelik isteklerinin geri tepmesinin sebebi bu isteklerin aşırı boyutlarda olması ve karşı tarafa fazlasıyla sorumluluk yüklüyor oluşundan kaynaklandığını belirtmiştir (Joiner ve ark., 1992). Yine aynı popülasyonda yaptığı farklı bir çalışmada da güvence sağlamaya yönelik

istekler ve arkadaşları tarafından reddedilme arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Joiner ve Metalsky, 1995) Benzer bir şekilde 7-17 yaş arasındaki yatılı depresyon hastalarının daha fazla güvenlik sağlamaya yönelik isteklerinin ve depresif semptomlarının kişilerarası reddedilmeye yol açtığını belirtmiştir (Joiner, 1999). Bu sosyal reddedilmelerin de algılanan sosyal desteği olumsuz etkilediği söylenebilir.

2.5. Yaşlılarda Depresyon ve Bilişsel ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Literatürde bilişsel beceriler ve depresyon arasındaki ilişki inceleyen bazı çalışmalarda depresyon düzeyi arttıkça bilişsel becerilerde gerilemeler olduğu bulunmuştur (Gödağ ve Mete, 1992; Yarış ve ark., 2001; Yoldaşcan ve Yurdakul, 2004; Kurtoğlu ve Rezaki,1999; Gülseren ve ark., 2000)

Yaşlı bireylerde işlevselliği bozan ve yaşam kalitesini düşüren en önemli sebeplerden biri depresyondur ve bunun ölüm oranının artışından da sorumlu oldukları bildirilmiştir (Beekman ve ark. 2000; Molley ve Standish 1997).

Buttres ve ark. (2004) 60 yaş üzeri, demansı olmayan yaşlılarla yaptıkları çalışmada, depresyonu olan ve olmayan kişilerin nörokognitif işlevleri karşılaştırılmış, depresyonun tüm bilişsel işlevleri negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Özetle, literatürde yaşlı popülasyonda Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Becerilerin bir arada ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın sonucunun, toplumun bilinçlendirilmesine, rehabilitasyon programlarının yaşlıların ihtiyaçlarına göre daha kaliteli hale getirilmesine, kronik ruhsal sağlık alanındaki problemlerin azaltılmasına ve bunlara erken müdahale edilerek yaşlıların yaşam kalitelerinin arttırılmasına fayda sağlaması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 3

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni

Uygulamalar Kocaeli'deki 8 adet Semt Konağında, 65 yaş üzeri bireylerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu başta olmak üzere Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Standardize Mini Mental Test katılımcılara sırasıyla verilmiştir. Yönergeler ölçeklerin başında bulunmaktadır. Katılımcılara uygulamanın başında araştırmayla ilgili bilgi verilmiş, gönüllülük esasına dayalı olduğu bildirilmiş, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır. Standardize Mini Mental Test soru cevap şeklinde birebir yapılmıştır. Uygulama esnasında kişilerin, ölçeği uygulayan kişi tarafından etki altında kalmamasına, katılımcıların sıkılmamasına, kişilerin dikkatinin dağılmamasına özen gösterilmiştir. Ancak tüm bunların kontrol altında tutulması uygulamayı zorlaştırmış ve veri toplanmasının uzun sürmesine neden olmuştur.

3.2. Araştırma Örneklemi

Araştırma örneklemi Kocaeli halkının sosyal ve kültürel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulduğu, eğitimden sağlığa çeşitli kültürel etkinliklere kadar pek çok hizmet veren, ev hanımlarına, çocuklara, gençlere ve emeklilere yönelik hizmetlerin verildiği 8 adet Semt Konağından gönüllülük esasına dayanarak 65 yaş üzeri bireylerle oluşturulmuştur. 61 kadın, 58 erkek olmak üzere 109 kişi araştırmaya katılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu (EK1)

Form, katılımcılara yönelik demografik ve diğer bilgileri toplamak üzere yaş, cinsiyet, medeni hal, öğrenim seviyesi, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, herhangi bir kronik veya psikolojik rahatsızlığının olup olmaması, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk ve torun sayısı, çocuk ve torunları tarafından ziyaret edilme sıklığı, aile bireyleriyle ilişki düzeyi, gelecekle ilgili beklenti düzeyi, hobileri gibi soruları içermektedir.

3.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK2)

Zimet ve arkadaşlarının 1988’de geliştirdiği ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde 1995’de Eker ve Arkar tarafından gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılığı ve güvenilirliği yüksektir ve cronbach’s Alpha katsayısının 0,77–0,92 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin aile (3,4,8,11.madde), arkadaş (6,7,9,12.madde) ve özel bir insan desteği (1,2,5,10.madde) olmak üzere 3 alt grubu vardır. Her grupta 4 olmak üzere toplam 12 maddeden oluşmaktadır. 12-84 arasında puan alınmaktadır. Ölçek 7 dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kesme noktası olmayıp, alınan puanın yükselmesi algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Eker ve ark., 2001).

3.3.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK3)

Yesavage ve arkadaşlarının 1983’de geliştirmiş olduğu bir ölçektir. Geriatrik popülasyonda depresyon araştırılması yapılması amacıyla geliştirilen ölçeğin, türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ertan ve Eker 1997’de yapmışlardır. Yaşlılar için tasarlanmış olduğundan uygulaması kolay tasarlanmış kısa bir ölçektir. Depresyonun affektif ve davranışsal semptomlarını içeren 30 maddeden oluşmakta ve her madde "Evet" "Hayır" şeklinde cevaplanmaktadır (Parmelee, Patricia, Lawton ve Katz, 1989). 30 maddenin 10 tanesi olumsuz, 20 tanesi ise olumlu olarak kurgulanmıştır. Sınır değer 14 kabul edilmektedir. Ölçek skoru yükseldikçe depresif duygu durum artmaktadır. Maddeler azaltılmış duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflığı, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif nitelikler ve ajitasyonu içermektedir (Kılınç ve Torun, 2011). Araştırmacılar ölçeğin yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği (0,92) ve

geçerliliğinin yüksek olduğunu saptamışlar. Geriatrik depresyon ölçeği hastalar tarafından doldurulabildiği gibi görüşme esnasında muayene eden tarafından da doldurulabilmektedir.

3.3.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (EK4)

Folstein ve arkadaşları 1975'te bu ölçeği ilk kez yayınlamışlardır. Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Güngen ve arkadaşları 1999'da yapmışlardır. Araştırmada SMMT'nin ülkemizde hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu ve ideal eşik değer 23-24 olduğunu saptamışlardır. SMMT iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yalnızca sözlü cevaplar yeterli olmakta ve kognitif fonksiyonların; oryantasyon, dikkat ve hesaplama, kayıt ve hatırlama hafızası yönleri ölçülmekteyken; ikinci bölümde adlandırma, sözlü ve yazılı komutları takip edebilme, spontan bir cümle yazabilme, kompleks bir şekli kopye edebilme gibi okuma, yazma ve çizmeyi de gerektiren kognitif fonksiyonların değişik yönleri değerlendirilmektedir. Test 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir, 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan hafif bilişsel bozukluk, 24-30 puan bilişsel bozukluk yok şeklinde değerlendirilmektedir. Sınırlı bir özgüllüğe sahip olmasına rağmen, tüm dünyada bilişsel becerilerin saptanmasında uygulanabilecek, kısa, kullanışlı ve standardize bir yöntemdir (Eker ve ark., 2001).

3.4. Veri Analizi

Araştırma ilişkisel tarama modeline uygun olup kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Veri analizleri SPSS for Windows 22. versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimsel istatistikler), bağımsız grup karşılaştırması (bağımsız t testi, One-Way ANOVA) Korelasyon, regresyon analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Ayrıca çalışmada normallik sınamaları yapılmış olup parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenin, bağımsız değişkenler ile yordanmasında ise regresyon analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Demografik Bilgiler

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	61	56,0
	Erkek	48	44,0
Yaş ort±S.S./min.-max.		70,8 ± 5,7	65-92
Medeni durum	Evli	64	59,0
	Boşanmış/Dul	45	41,0
Eğitim	Okur yazar	22	20,0
	İlkokul mezunu	41	37,5
	Ortaokul mezunu	14	13,0
	Lise mezunu	17	15,5
	Üniversite mezunu	15	14,0
Yaşanılan yer	Köy	13	12,0
	Kasaba	27	25,0
	Şehir	69	63,0
Meslek	Ev hanımı	47	43,0
	İşçi Emeklisi	23	21,0
	Memur Emeklisi	13	12,0
	Serbest Meslek	11	10,0
	Diğer	15	14,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	23	21,0
	Çalışmıyor	86	79,0
Sosyal güvence	Var	95	87,0
	Yok	14	13,0
Toplam		109	100,0

Araştırmada, kadın katılımcıların çoğunlukta olduğu, katılımcıların çoğunun evli olduğu, katılımcıların büyük bir kısmının şu an çalışmadığı ve sosyal güvencelerinin olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Kronik Fiziksel ve Psikolojik Rahatsızlık

		n	%
Kronik hastalık	Var	52	48,0
	Yok	57	52,0
Hastalıklar	Diyabet	11	21,0
	Hipertansiyon	22	42,0
	Diğer	19	37,0
Psikolojik hastalık	Var	12	11,0
	Yok	97	89,0
Toplam		109	100,0

Kişilerin %48'i kronik hastalıkları olduğunu, %52'si ise olmadığını; hastalığı olan kişilerin %21'i diyabet, %42'si hipertansiyon ve %37'si ise diğer (fitik, astım, migren) tür hastalıklara sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Genel Özellikler

		n	%
Birlikte yaşanılan kişiler	Eşim	62	57,0
	Çocuklarım	22	20,0
	Yalnız	25	23,0
Çocuk sayısı	1-2	30	28,0
	3	33	30,0
	4	23	21,0
	5 ve üzeri,	23	21,0
Çocuklar tarafından ziyaret edilme sıklığı	Her gün	44	40,0
	Haftada bir gün	34	31,0
	İki haftada bir gün ve üzeri	31	29,0
Torun durumu	Var	108	99,0
	Yok	1	1,0
Torun sayısı	1-2	28	26,0
	3-4	26	24,0
	5-6	21	19,0
	7 ve üzeri	33	31,0
Torunları tarafından ziyaret edilme sıklığı	Her gün	36	33,0
	Haftada bir gün	36	33,0
	İki haftada bir gün ve üzeri	37	34,0
Aile bireyleri ile ilişki düzeyi	Orta ve altı	34	31,0
	İyi	40	37,0
	Çok iyi	35	32,0
Gelecekle ilgili beklenti/hayal kurma	Var	56	51,0
	Yok	53	49,0
Toplam		109	100,0

Araştırmada, katılımcılarının çoğunun eşleriyle yaşadıkları, çocukları ve torunları tarafından ziyaret edilme sıklıklarının çoğunluk olarak her gün olduğunu, aile bireyleriyle ilişki düzeylerinin iyi ve neredeyse yarısının (%49) gelecekle ilgili beklentisi olmadığı görülmektedir.

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Hobilerinin Dağılımı

Hobiler	Cevap sayısı (n)	%
Televizyon izleme	62	57,0
Kitap okuma	34	31,0
Örgü/dantel örme	33	30,0
Bulmaca çözme	32	29,0
Egzersiz/yürüyüş	29	27,0
Satranç oynama	11	10,0
Diğer	4	4,0

Katılımcıların hobileri değerlendirildiğinde, her birinin en az 1 hobisi olduğu ve büyük bir çoğunluğun televizyon izlediği görülmektedir.

Tablo 5. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Ölçekler	n	Ort.	S.S.	Aralık
ASDÖ	109	55,61	19,15	22-84
Aile desteği	109	21,39	5,93	8-28
Arkadaş desteği	109	17,87	7,20	4-28
Özel kişi desteği	109	15,89	8,31	4-28
GDÖ	109	12,13	7,05	1-36
SMMT	109	22,01	4,05	12-30

Araştırmaya katılan kişilerin algılanan sosyal destek ve alt boyutları, geriatrik depresyon ve standardize minimental ölçek puanları 5.tabloda verilmiştir.

Tablo 6. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Ölçeklerinin Dağılımı

Ölçekler	n	%	
ASDÖ	Sosyal destek az	54	49,5
	Sosyal destek fazla	55	50,5
GDÖ	Yok	53	48,5
	Olası depresyon	14	13,0
	Kesin depresyon	42	38,5
SMMT	Orta bilişsel bozukluk	27	25,0
	Hafif bilişsel bozukluk	44	40,0
	Bilişsel bozukluk yok	38	35,0

Gruplar katılımcıların algıladıkları sosyal destek ölçeğinden aldıkları skorun medyan skoruna göre (55,6) ikiye ayrılmışlardır. 56 puanın altında kalanlar algılanan sosyal desteği az olan grubu, 56 ve üzeri puan alanlar ise algılanan sosyal desteği fazla olan grubu oluşturmaktadır.

Tablo 7. Ölçeklerin Normallik Dağılımı

	Shapiro-Wilk			Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	Statistic	df	p		
ASDÖ	0,931	109	0,000	-0,015	-1,383
GDÖ	0,935	109	0,000	0,380	-1,098
SMMT	0,982	109	0,144	0,012	-0,503

Araştırmada ASD, GDÖ, SMMT düzeylerine yönelik normallik dağılımı değerlendirildiğinde; bilişsel beceri dışındaki değerler normal dağılım göstermemiştir ($p < 0,05$). Ancak puanların normal dağılım göstermemesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması ve örneklem hacminin 30 ve üzerinde olduğundan ölçeklerin normal dağıldığı kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

4.2. İlişki Analizleri

Tablo 8. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Cinsiyet ¹		t	p
	Kadın	Erkek		
	Ort. \pm S.S.	Ort. \pm S.S.		
ASDÖ	57,85 \pm 17,75	51,73 \pm 20,47	1,671	0,098
GDÖ	11,61 \pm 6,09	12,79 \pm 8,13	-0,870	0,386
SMMT	21,82 \pm 3,32	22,25 \pm 4,85	-0,549	0,584

¹Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0,05$

Araştırmada kişilerin ASD, GDÖ ve SMMT puanları cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Bununla birlikte kadınların algılanan sosyal destek puanları erkeklerden yüksek, erkeklerin ise depresyon ve bilişsel beceri puanı kadınlardan daha yüksektir.

Tablo 9. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Bireylerin Yaşına göre Karşılaştırılması

		Yaş	Algılanan sosyal destek	Depresyon	Bilişsel beceri
Yaş	r				
ASDÖ	r	-0,326**			
GDÖ	r	0,274**	-0,263**		
SMMT	r	-0,337**	0,716**	-0,397**	

Pearson korelasyon, **p≤0,01

Araştırmaya katılan kişilerin yaşları ile ölçekler arasındaki ilişki durumu korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde;

Kişilerin yaşı ile depresyonu arasında pozitif yönde (r=0,274), algılanan sosyal destek ve bilişsel beceri arasında ise negatif yönde (r=-0,326; r=-0,337) ve anlamlı bir ilişki vardır (p≤0,01). Kişilerin yaşları ilerledikçe depresyon düzeyleri artış göstermekte bununla birlikte algısal sosyal destek ve bilişsel becerileri azalmaktadır.

Tablo 10. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Eğitim Durumlarına göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim ¹					F	p
	Okur yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	46,82 ± 16,68	54,54 ± 19,88	46,07 ± 16,31	62,06 ± 16,37	69,73 ± 15,85	5,291	0,001*
GDÖ	14,50 ± 6,38	12,71 ± 7,08	14,93 ± 5,30	9,88 ± 7,90	7,00 ± 5,46	4,076	0,004*
SMMT	20,09 ± 3,25	21,02 ± 3,05	21,43 ± 3,11	23,59 ± 4,14	26,27 ± 4,92	8,575	0,000*

¹One-Way ANOVA testi, * p≤0,05

Araştırmaya katılan kişilerin ASD, GDÖ ve SMMT puanları eğitim durumları arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir (p≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Üniversite mezunu kişilerin ortalama algısal sosyal desteği ve bilişsel becerisi anlamlı olarak okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan kişilerin sosyal desteğinden daha yüksek; depresyon seviyesi anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 11. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Medeni Duruma göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni durum		t	p
	Evli	Boşanmış/Dul		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	60,69 ± 19,23	47,29 ± 16,21	3,815	0,000*
GDÖ	9,37 ± 5,98	16,04 ± 6,64	-5,477	0,000*
SMMT	23,42 ± 3,85	20,00 ± 3,47	4,756	0,000*

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan evli olan kişilerin algılanan sosyal desteği ve bilişsel becerileri anlamlı olarak boşanmış/dul kişilerin sosyal destek ve becerilerinden daha yüksek; depresyon seviyesi ise anlamlı olarak daha düşüktür (p≤0,05).

Tablo 12. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Kronik Fiziksel Hastalık Durumuna göre Karşılaştırılması

	Kronik hastalık ¹		t	p
	Var	Yok		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	52,44 ± 18,5	57,63 ± 19,56	-1,420	0,159
GDÖ	12,92 ± 6,66	11,40 ± 7,37	1,125	0,263
SMMT	20,63 ± 3,68	23,26 ± 3,99	-3,561	0,001*

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olmayan kişilerin ortalama bilişsel beceri puanı anlamlı olarak kronik hastalığı olan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir (t=-3,561; p=0,001≤0,05). Kişilerin algısal sosyal destek ve depresyon düzeyleri kronik hastalık durumu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 13. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Psikolojik Hastalık Durumuna göre Karşılaştırılması

	Psikolojik hastalık ¹		t	p
	Var	Yok		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	56,08 ± 19,17	55,04 ± 19,25	0,177	0,860
GDÖ	14,67 ± 5,65	11,81 ± 7,17	1,327	0,187
SMMT	20,17 ± 3,71	22,24 ± 4,05	-1,684	0,095

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Kişilerin algısal sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri düzeyleri psikolojik hastalık durumu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Birlikte Yaşanılan Kişilere göre Karşılaştırılması

	Birlikte yaşanılan kişiler ¹			F	p
	Eşim	Çocuklarım	Yalnız		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	61,15 ± 19,37	45,09 ± 14,59	49,16 ± 16,96	8,279	0,000*
GDÖ	9,40 ± 6,02	14,95 ± 6,85	16,40 ± 6,71	13,540	0,000*
SMMT	23,55 ± 3,84	19,14 ± 3,28	20,72 ± 3,39	13,978	0,000*

¹One-Way ANOVA testi, * $p\leq 0,05$

Araştırmaya katılan kişilerin ASDÖ, GDÖ ve SMMT puanları birlikte yaşadıkları kişiler arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p\leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Eşiyile birlikte yaşayan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyi anlamlı olarak çocuklarıyla ve yalnız yaşayan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyinden daha yüksek, depresyon seviyesi daha düşüktür.

Tablo 15. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Çocuk Ziyaretlerine göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Çocuk ziyaret sıklığı				F	p
	Her gün	Haftada bir gün	İki haftada bir gün	Ayda bir gün		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	55,61 ± 21,08	58,56 ± 15,64	60,53 ± 19,55	41,63 ± 14,86	3,677	0,014*
GDÖ	11,5 ± 6,96	9,21 ± 5,19	12,4 ± 7,62	19,81 ± 4,68	10,664	0,000*
SMMT	21,82 ± 4,02	22,76 ± 4,12	22,67 ± 5,09	20,31 ± 2,33	1,515	0,215

¹One-way ANOVA testi, * $p\leq 0,05$

Araştırmaya katılan kişilerin sosyal destek ve depresyon puanları çocukların ziyaret sıklığı arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p\leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Haftada bir gün ve iki haftada bir gün çocukları tarafından ziyaret edilen kişilerin ortalama sosyal destek puanı anlamlı olarak ayda bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama puanından daha yüksektir. Bununla birlikte ayda bir gün çocukları tarafından ziyaret edilen kişilerin depresyon puanı anlamlı olarak diğer zamanlarda çocukları tarafından ziyaret edilen kişilerin ortalama puanından daha yüksektir

Tablo 16. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Torun Ziyaretine göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Torun ziyaret sıklığı				F	p
	Her gün	Haftada bir gün	İki haftada bir gün	Ayda bir gün		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	56,17 ± 21,12	61,42 ± 16,34	55 ± 19,8	44,33 ± 15,73	4,217	0,007*
GDÖ	11,31 ± 6,73	8,67 ± 5,03	13,46 ± 8,73	17,83 ± 5,61	10,735	0,000*
SMMT	21,94 ± 4,02	23,69 ± 3,9	20,54 ± 4,84	20,38 ± 2,95	4,315	0,007*

¹One-way ANOVA testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan kişilerin sosyal ASDÖ, GDÖ ve SMMT puanları torun ziyaret sıklığı arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir (p≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Haftada bir gün torunları tarafından ziyaret edilen kişilerin ortalama sosyal destek ve bilişsel beceri puanı anlamlı olarak ayda bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama puanından daha yüksek, ayda bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama depresyon puanı anlamlı olarak her gün ve haftada bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama depresyon puanından daha yüksektir.

Tablo 17. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Aile İlişki Düzeylerine göre Karşılaştırılması

	Aile bireyleriyle ilişki düzeyi			F	p
	Orta ve altı	İyi	Çok iyi		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	38,5 ± 13,76	59,45 ± 16,17	66,43 ± 15,85	30,998	0,000*
GDÖ	18,00 ± 6,49	11,28 ± 5,66	7,40 ± 4,67	31,067	0,000*
SMMT	19,62 ± 3,6	22,65 ± 3,74	23,6 ± 3,84	10,771	0,000*

One-Way ANOVA testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan kişilerin ASDÖ, GDÖ ve SMMT puanları aile bireyleriyle ilişki durumu arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir (p≤0,05).

Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Aile bireyleriyle ilişki düzeyi çok iyi olan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyi anlamlı olarak ilişki düzeyi iyi ve orta ve altında olan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyinden daha yüksek, depresyon seviyesi ise daha düşüktür.

Tablo 18. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Gelecekle İlgili Beklenti Durumuna göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Gelecekle ilgili beklenti/hayal kurma		t	p
	Var	Yok		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	65,63 ± 16,83	44,09 ± 14,81	7,074	0,000*
GDÖ	8,68 ± 4,94	15,77 ± 7,15	-6,057	0,000*
SMMT	24,09 ± 3,74	19,81 ± 3,12	6,468	0,000*

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Araştırmada kişilerin ASDÖ, GDÖ ve SMMT puanları gecelele ilgili beklenti durumu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Gelecekle ilgili beklentisi olan kişilerin ortalama sosyal destek ve bilişsel becerileri daha yüksek ve depresyon düzeyleri daha düşüktür.

Tablo 19. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Hobi Sayılarına göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Hobi sayısı			F	p
	1 hobi	2 hobi	3 ve üzeri		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	48,36 ± 19,21	57,2 ± 18,03	66,38 ± 15,26	7,632	0,001*
GDÖ	14,72 ± 7,46	10,98 ± 5,61	8,57 ± 6,75	7,132	0,001*
SMMT	20,47 ± 3,68	22,41 ± 3,47	24,67 ± 4,49	9,383	0,000*

¹One-way ANOVA testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan kişilerin ASDÖ, GDÖ ve SMMT puanları hobi sayıları arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir (p≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Hobi sayısı 2 ve üzerinde olan kişilerin sosyal destek ve bilişsel becerileri yüksek, depresyon seviyeleri anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 20. Depresyon Düzeylerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ve Bilişsel Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması

	GDÖ			F	p
	Depresyon Yok	Olası Depresyon	Kesin Depresyon		
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
ASDÖ	60,65 ± 19,51	59,81 ± 18,34	51,12 ± 18,82	3,095	0,049*
SMMT	23,18 ± 2,65	23,63 ± 4,74	20,82 ± 3,62	6,438	0,002*

¹One-way Anova testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan kişilerin ASDÖ ve SMMT puanları GDÖ arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir (p≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile ölçeklerin gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde;

Kesin depresyonu olan kişilerin ortalama algısal sosyal destek ve bilişsel beceri puanı anlamlı olarak depresyonu olmayan ve olası depresyonu olan kişilerin ortalama puanlarından daha düşüktür.

4.3. Güvenilirlik Analizi

Tablo 21. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
ASDÖ	0,958	12
Aile desteği	0,935	4
Arkadaş desteği	0,937	4
Özel kişi desteği	0,970	4
GDÖ	0,895	30

Bu şekilde algılanan sosyal destek ve alt boyutları ve depresyon ölçekleri için güvenilirlik analizi uyguladığımızda; cronbach's alfa katsayısı sırasıyla **0,958; 0,935; 0,937; 0,970 ve 0,895** olarak bulunmuştur. Sonuç olarak geliştirdiğimiz bu ölçek ölçmek istediğimiz olguyu iyi bir şekilde ölçmektedir. Kısaca uygulayacağımız bu ölçekler güvenilir denebilir.

4.4. Korelasyon Analizi

Tablo 22. Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutları ile Depresyon ve Bilişsel Beceri Ölçeklerinin Korelasyon Analizi

		Aile desteği	Arkadaş desteği	Özel kişi desteği	GDÖ	SMMT
Aile desteği	r					
Arkadaş desteği	r	0,684**				
Özel kişi desteği	r	0,617**	0,766**			
GDÖ	r	-0,736**	-0,639**	-0,565**		
SMMT	r	0,579**	0,677**	0,650**	-0,701**	

Pearson korelasyon, *p≤0,05, **p≤0,01

Araştırmaya katılan kişilerin ASDÖ alt boyutları ile GDÖ ve SMMT arasındaki ilişki durumu korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde;

Kişilerin aile (r=-0,736), arkadaş (r=-0,639) ve özel kişi desteği (r=-0,565) ile depresyon arasında negatif yönde; bilişsel beceri düzeyi ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (p≤0,01). Aile, arkadaş ve özel kişi desteği arttıkça depresyon düzeyi azalmakta bununla birlikte bilişsel beceri düzeyi ise artmaktadır.

Tablo 23. Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Bilişsel Beceri Arasındaki İlişki Analizi

Ölçekler		ASDÖ	GDÖ	SMMT
ASDÖ	r			
GDÖ	r	-0,713**		
SMMT	r	0,716**	-0,701**	

Pearson korelasyon, *p≤0,01

Araştırmaya katılan kişilerin depresyon düzeyi ve bilişsel beceri arasında negatif yönde (r=-*,701) algılanan sosyal destek düzeyi ile bilişsel beceri arasında pozitif yönde (r=0,716), algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon arasında ise negatif yönde (r=-0,713) ve anlamlı bir ilişki vardır (p≤0,01). Kişilerin algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça bilişsel becerilerinde artma, depresyonda ise düşüş olacaktır.

4.5. Mediasyon Modeli

Tablo 24. Bilişsel Beceri ile Depresyon Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Rolü

Aşama	Yordayıcılar	SMMT			
		β	R ²	F	p
1	GDÖ	-0,70**	0,49	103,10**	0,000**
2	GDÖ	-0,39**	0,59	74,93**	0,000**
	ASDÖ ¹	0,44**			

¹Algılanan Sosyal Destek; *p<0,05; *p<0,01

Depresyonun bilişsel beceriyi nasıl yordadığı değerlendirildiğinde; depresyonun, bilişsel beceriyi yordadığı tespit edilmiştir (F=103,10; p<0,01). Modeldeki R² değeri oluşturulan denklemin tahmin gücünü göstermektedir. İlk modelin tahmin gücü %49 olarak görülmektedir. 2.modelde %59 olarak görülmektedir.

Daha sonra ise algılanan sosyal destek 2. Aşamada modele dahil edildiğinde, model yine anlamlı bulunmuş olup bilişsel becerideki değişimin %10'u algılanan sosyal destek tarafından belirlenmektedir (F=74,93; p=0,000; p<0,01).

İlk modelde depresyon arttıkça bilişsel beceri azalmaktadır. Yani depresyon düzeyi yüksek olan kişilerin bilişsel becerisi azalmaktadır.

Algısal sosyal desteğin aracı rol oynadığı 2.modelde ise, yine bilişsel beceri artarken depresyon azalmaktadır. Kişilerin bilişsel becerileri depresyon ile azalırken, algılanan sosyal destek ile büyük oranda artış göstermektedir. Algılanan sosyal destek, bilişsel beceri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu çalışma 65 yaş üzeri bireylerde algıladıkları sosyal desteğin depresyon ve bilişsel beceriler ilişkisindeki rolünü incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma hipotezlerini test etmek üzere 61 kadın, 48 erkek olmak üzere toplam 109 katılımcının verileri belirtilen semt konaklarından gönüllülük esasına dayalı olarak toplanmış olup elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır. Ayrıca araştırmanın sınırlılıklarına da değinilmiştir.

Araştırmanın sosyodemografik verileri cinsiyet açısından incelendiğinde; katılımcıların %56'sını kadın, %44'ünü erkek bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada kişilerin algılanan sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanları cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte kadınların algılanan sosyal destek puanları erkeklerden yüksek, erkeklerin ise depresyon ve bilişsel beceri puanı kadınlardan daha yüksektir.

Hasin ve ark.larının (2005) yaşlı bireylerde yaptığı epidemiyolojik çalışmada, kadınlarda depresyonun erkeklerden daha sık görüldüğü ve kadınların daha fazla tedavi aldıkları saptanmıştır. Hacıhasanoğlu ve Türkleş'in (2008) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %61,1'inde depresyon bulunmuştur. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyetlerine ilişkin depresyon sıklığı incelendiğinde, kadınların %70.7'sinde ve erkeklerin %51.6'sında depresyon olduğu saptanmıştır. Zunzunegui, Beland, Llacer ve Leon (1998) yaşlılarla yaptığı çalışmada depresyon oranına erkeklerde %20, kadınlarda %46 olarak bulmuşlardır. Dişçigil ve ark.'nın (2005) çalışmasında da araştırmamızı destekler nitelikte kadınların depresyon skoru erkeklere kıyasla daha yüksektir.

Depresyon erişkinlerde olduğu gibi (Hasin ve ark., 2005) yaşlılarda da (Van't Veer-Tazelaar ve ark., 2008; Lue, Chen ve Wu, 2010) kadınlarda erkeklere oranla daha çok görölmektedir. Ülkemizdeki çalışmalarda da major depresif bozukluk (Kurtoğlu ve Rezaki, 1999; Kalendaroğlu ve ark., 2007) ve depresif belirti sıklığının (Keskinoğlu ve ark., 2006; Çınar ve Kartal, 2008) kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir.

Yapılan çalışmalar yaş farkı gözetmeksizin kadın olmanın depresyon açısından risk etmeni olduğunu, bu sürecin yaşlılıkta da devam saptamaktadır (Grififits ve ark., 1987; Özcankaya ve Mumcu 1996; Beekman ve ark., 1999; Zunzunegui ve ark., 2001; Kulaksızoğlu ve ark., 2005; Kılıçoğlu, 2006; Kim ve ark. 2007). Tüm bunların aksine literatürde kadın olmanın depresyon semptomları ile ilişkilisinin olmadığına dair çalışma bulguları da mevcuttur (Altıntaş ve ark., 2006; Boone, 1995). Bu çalışmalar da araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Çuhadar'ın (2005) yapmış olduğu araştırmada cinsiyete göre bilişsel bozukluk durumuna baktığımızda, bilişsel işlev bozukluğun görölme sıklığının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu görölmektedir. Yine aynı şekilde Kurtoğlu ve Rezaki yaptıkları (1999) çalışmada da kadınların %40,7'sinde, erkeklerin ise %28,1'inde bilişsel işlevlerde bozukluk saptamışlardır. Araştırmaların çoğunluğu demans insidansının kadınlarda erkeklere oranla göre fazla olduğunu göstermesine rağmen, bu durumda birliktelik sağlanamamıştır. Kadınlardaki bu artışa hangi faktörlerin sebebiyet verdiği henüz tam bilinmemekle birlikte kadınlarda beklenen yaşam süresinin daha uzun olmasından kaynaklandığı hipotezi ağırlık göstermektedir (Ekici, 2002).

Yaşlılarda yapılan diğer çalışmalarda da benzer bir şekilde bilişsel işlevlerde bozukluk görölme oranının kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur (Ekici, 2002; Birtane ve ark., 2000; Yoldaşçan ve Yurdakul, 2004; Özcankaya ve Mumcu, 1996; Alessandro ve ark., 1988; Esengen ve ark, 2000; Park ve ark., 1994; Haller, Weggemans ve Guigoz, 1993).

Tüm bu çalışmaların aksine Regier ve arkadaşlarının (1993) yapmış olduğu epidemiyolojik bir alan çalışmasında, erkeklerde bilişsel bozukluk seviyesinin kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Araştırmamızda erkeklerin bilişsel beceri

puanı kadınlardan daha yüksek bulunmakla birlikte bilişsel beceri puanları cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık göstermemektedir.

Yapılan bu araştırmada algılanan sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanlarında yaş ve cinsiyete bağlı olarak farklılık çıkmamasının nedeni olarak katılımcıların çoğunun neredeyse aynı sosyoekonomik düzeye, sağlık durumuna ve aynı yaşam koşullarına sahip olmaları söylenilebilir.

Araştırmamıza katılan kişilerin ortalama yaşı $70,8 \pm 5,7$ yıldır. Araştırmaya katılan kişilerin yaşları ile ölçekler arasındaki ilişki durumu korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde; Kişilerin yaşı ile depresyonu arasında pozitif yönde, algılanan sosyal destek ve bilişsel beceri arasında ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kişilerin yaşları ilerledikçe depresyon düzeyleri artış göstermekte bununla birlikte algısal sosyal destek ve bilişsel becerileri azalmaktadır.

Literatürde araştırma bulgularımızı destekler nitelikte depresyonun sıklığının yaşla birlikte arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Van't Veer-Tazelaar ve ark., 2008; Kaji ve ark., 2010). Jongenelis, Eisses, Beekman, Kluitert ve Ribbe'nin (2004) yaşlılarla ilgili olarak yaptığı bir çalışmada da, yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca Kaçan Softa ve ark.larının (2016) yapmış olduğu çalışmada yaşın ilerlemesiyle sağlıklı yaşlanma ve sosyal destek puan ortalamalarında azalma olduğu görülmektedir. Bu alanda yapılan birçok çalışma da bulgularımızı desteklemektedir (Ekici, 2002; Özcankaya ve Mumcu, 1996; Diker ve ark., 2000; Morgan ve ark., 1993; Alessandro ve ark., 1988).

Buna karşın, Fiske ve arkadaşları (2009) depresyonun yaşlılarda gençlere oranla daha az görüldüğünü, fakat ciddi sonuçları olması bakımından önemli olduğu, yaşla birlikte psikolojik esnekliğin arttığını, yüksek eğitim ve yüksek sosyoekonomik durumun depresyon açısından koruyucu olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmaya göre yaşlılarda depresyonun daha az görülmesinin nedeni orta yaşa göre daha az ekonomik zorluk, daha az olumsuz sosyal değişim yaşaması ve artan dindarlık ile ilişkilidir (Turner, Gundy, ve Toylar 2004).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bilişsel yıkım da fazlalaşmaktadır. Folstein ve ark. (1975) yapmış olduğu çalışmada bilişsel performansta azalmaya zihinsel ve fiziksel aktivitenin azalmasının sebep olabileceği gösterilmiştir (Folstein ve ark., 1975)

Kurtoğlu ve Rezaki yaptıkları (1999) çalışmada 60-69 yaş grubundaki yaşlıların %17'sinde, 70-79 yaş grubunun %40'ında ve 80 ve üzeri yaş grubunun %77'sinde bilişsel işlevlerinde bozukluk saptanmıştır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bilişsel işlevlerde bozulma oranı da fazlalaşmaktadır. Güngen ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasında 80 ve üzeri yaş grubunda SMMT puan ortalamasının daha az görüldüğü sonucuna ulaşmışlardır.

Maral ve ark (2001) yaptıkları çalışmada 60-74 yaş grubundakilerin %27'sinde, 75 ve üzeri yaş grubunun %56'sında bilişsel işlevlerde bozukluk saptamışlardır. Yapılan bir başka araştırmaya göre 60-74 yaş grubu yaşlıların %28'sinde, 75-94 yaş grubunun %72'sinde bilişsel işlevlerde bozukluk bulunmuştur (Yoldaşcan ve Yurdakul, 2004). Tüm bu araştırmaların sonuçlarına bakıldığında araştırmamızı destekler nitelikte, kişilerin yaşları ilerledikçe depresyon düzeylerinde artış gösterdiğini bununla birlikte algısal sosyal destek ve bilişsel becerileri azalma olduğu görülmektedir.

Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artması bu döneme özgü olan problemleri daha da önemli hale getirmektedir. Her yaş grubundan insan gibi yaşlılarında yaşadıkları yıllara değer vermesi en doğal haklarıdır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü de son yıllarda bu konuya dikkat çekmiş ve "Aktif Yaşlanma", "Başarılı Yaşlanma" gibi kavramları öne sürmüştür. Bu kavramlar sadece yaşlıların sağlık açısından iyilik hali değil, bunun yanında psikolojik ve sosyal açıdan da iyilik haline işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; %20'si okuryazar, %37,5'i ilkokul, %13'ü ortaokul, %15,5'i lise ve %14'ü ise üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan kişilerin sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanları eğitim durumları değerlendirildiğinde; üniversite mezunu kişilerin ortalama algısal sosyal desteği ve bilişsel becerisi anlamlı olarak okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan kişilerin sosyal desteğinden daha yüksek; depresyon seviyesi anlamlı olarak daha düşüktür.

Literatüre bakıldığında çalışmamızı destekleyen çalışmaların olduğu görülmektedir. Weyerer ve ark. (2008) yapmış olduğu bir çalışmada 75 yaş üzerinde demansı olmayan kişilerde depresif belirtilerle ilişkili etmenleri araştırmıştır ve bu etmenlerden birinin de düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Hacıhasanoğlu ve Türkleş'in (2008) yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan yaşlı bireylerin eğitim düzeyine göre depresyon sıklığı incelendiğinde, okuma yazma bilmeyenlerin% 76'sında depresyon olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyi arttıkça depresyonun azaldığı, eğitim seviyesi daha düşük olan yaşlılarda depresyon skor ortalamasının daha yüksek olduğu yönünde araştırma sonuçlarının bir hayli fazla olduğu tespit edilmiştir (Çifçili ve ark., 2006; Çuhadar ve ark., 2003; Esengen ve ark., 2000; İmamoğlu, 2009; Kurtoğlu ve Rezaki 1999). Kurtoğlu ve Rezaki yaptıkları (1999) çalışmada, araştırmaya katılan yaşlıların eğitim düzeyleri ile bilişsel bozukluk durumları değerlendirdiğinde, öğrenim durumu 5 yılın altındakilerde bilişsel işlevlerde bozukluk görülme sıklığının daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Gülseren ve ark (2000) yaptıkları çalışmada öğrenim seviyesinin bilişsel işlev ile aralarında pozitif yönde korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Öğrenim seviyesi yüksek olanlarda bilişsel bozukluğun daha az olduğu, huzurevinde yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Yoldaşcan ve Yurdakul, 2004; Kurtoğlu ve Rezaki, 1999). İleri yaşta düşük öğrenim seviyesinin demans prevalansını artırdığı bilinmektedir, bunun en azından demans görülme yaşını geciktirdiği ileri sürülmüştür (Ekici, 2002). Yapılan bir çalışmada SMMT puan ortalaması 9 yıl ve üzeri eğitim alanlarda 29 olarak, 5-8 yıl arası eğitim alanlarda 26 olarak, 0-4 yıl arası eğitim alanlarda 22 olarak bulunmuştur (Crum ve ark., 1993). SMMT kullanılarak yapılan diğer araştırmalarda da öğrenim seviyesi ile SMMT puanı arasında ilişki olduğu görülmektedir (Brayne ve Calloway, 1990; Tangalos ve ark., 1996; Liu ve ark., 1994).

Sözeri-Varma ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada, eğitim yılı ile SMMT puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu, eğitimin bilişsel işlevlere olumlu etkisini göstermesi bakımından önemlidir. Bilişsel işlevlerin kötüleşmesi yaşlının günlük işlevselliğini etkilemekte ve tek başına yaşamasını güçleştirmekte, destek ihtiyacını arttırmaktadır. Depresyonun tanınması ve tedavisi bu açıdan da önem kazanmaktadır.

Araştırmamıza katılan kişilerin %43'ü ev hanımı, %21'i işçi emeklisi, %12'si memur emeklisi, %10'u serbest meslek ve %14'ü ise diğer meslek gruplarında olduklarını belirtmişlerdir. Kişilerin %79'u çalışmadıklarını bununla birlikte %87'si ise sosyal güvencelerinin olduklarını belirtmişlerdir.

Demet ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında yaşlıların %55'inde sosyal güvencesi bulunmadığı görülmektedir. Altıntaş ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında ise yaşlıların %10'nunun düzenli geliri olmadığı, %16'sının da sosyal güvencesinin olmadığını görülmektedir.

Spitzer ve ark. (1995) yapmış olduğu araştırmada sosyoekonomik durumun yükselmesinin sosyal desteği olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır. Sosyal güvencenin olmaması, gelir seviyesinin yetersiz olması gibi faktörler özellikle yaşlılık döneminde görülen depresyon riskini arttırdığına ilişkin sonuçlar saptanmıştır (Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009). Regier ve ark. (1993) çalışmalarında elde ettiği bulgular sonucunda yetersiz sosyoekonomik düzeyin bilişsel işlevlerde bozulmaya sebebiyet verdiği vurgulanmaktadır (Regier ve ark., 1993).

Yaşlı bireylerin sosyoekonomik seviyeleri ile bilişsel durumları arasındaki bu ilişkinin sebeplerinden biri sosyoekonomik seviyesi yüksek olanların, sosyal güvenceleri olanların sağlık hizmetlerine ulaşımının daha kolay olması olabilir.

Sevim ve Şahin'in (2007) yapmış olduğu araştırmada yaşlı bireyin yaşam standartlarını karşılayabilmeleri için ekonomik durumlarının daima daha yüksek seviyede olması gerektiğini dile getirdikleri aktarılmıştır. Yaşlı bireylerin yaşam hedeflerine ulaşamaması benlik doyumunda azalmaya sebebiyet verecek bu da depresyon riskini arttıracaktır (Tamam ve Öner, 2001).

Araştırmaya katılan kişilerin %59'u evli, %41'i ise boşanmış/dul olarak görülmektedir. Araştırmaya katılan evli olan kişilerin algısal sosyal desteği ve bilişsel becerileri anlamlı olarak boşanmış/dul kişilerin sosyal destek ve becerilerinden daha yüksek; depresyon seviyesi ise anlamlı olarak daha düşüktür.

Maral ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında da evli olanların dul olanlara göre depresyon yüzdesinin fazla olduğu ifade edilmiştir. Trabzon'da yapılan bir çalışmada eş yitiminin depresyonu arttıran risk faktörlerinden biri olarak görülmüştür

(Topbaş ve ark., 2004). Bingöl ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu araştırmada dul bireylerin depresyon puan ortalaması daha yüksektir.

Çınar ve Kartal'ın (2008) araştırmasında da yaşlı bireylerin medeni durumlarının depresyon skor ortalaması ile ilişki incelenmiş; evli olan yaşlı bireylerin depresif belirtilerinin dul ve boşanmış yaşlı bireylere oranla daha düşük olarak saptanmış ve medeni durumun depresif belirtilerin oluşumunda etkili olduğu görülmüştür. Literatürdeki bu bulgular araştırma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Yaşlılık döneminin tek başına geçirmenin hayatı zorlaştırdığı ve bunun da depresyon yatkınlığını artırabileceği düşünülmektedir. Kişinin evli olması; hayatını birlikte geçirecek, üzüntülerini, sevinçlerini paylaşacak ona yoldaş olacak, evde fazladan bir nefes, bir ses olması anlamına gelmektedir. Özel kişi desteği arttıkça depresyon seviyesi düşmekte bilişsel beceri düzeyi ise artmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin %57'si eşleriyle, %20'si çocuklarıyla ve %23'ü ise yalnız yaşadıklarını; kişilerin %28'i 1-2 çocuğu, %30'u 3 çocuk, %21'i 4 çocuk ve %21'i ise 5 ve üzerinde çocukları olduklarını; %40'ı çocuklarının kendilerini her gün, %31'i haftada bir gün ve %29'u ise iki haftada bir ve daha nadir zamanlarda ziyaret ettiklerini belirtmişlerdir. Kişilerin %99'u torunu olduğunu; %26'sı 1-2 torunu, %24'ü 3-4 torunu, %19'u 5-6 torunu ve %31'i ise 7 ve üzerinde torunu olduklarını; %33'ü her gün, %33'ü haftada bir gün, %12'si iki haftada bir gün, %18'i ayda bir gün ve %4'ü ise diğer zamanlarda torunlarının kendilerini ziyaret ettiklerini belirtmişlerdir. kişilerin %31'i aile bireyleriyle ilişkilerinin orta düzeyde, %37'si iyi ve %32'si ise aile bireyleriyle çok iyi düzeyde ilişkileri olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kişilerin sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanları birlikte yaşadıkları kişiler arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir. Eşyle birlikte yaşayan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyi anlamlı olarak çocuklarıyla ve yalnız yaşayan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyinden daha yüksek, depresyon seviyesi daha düşüktür.

Bireyin nerede (toplum içinde veya bir kurumda) ve kimlerle beraber yaşadığı (yalnız veya aile bireyleriyle ya da diğer insanlarla) sosyal ilişkiler açısından önemli bir noktadır. Çünkü kişinin sosyal ağını ve sosyal bağlarını oluşturabilmesi için nerede ve kimle yaşadığı bireye değişik fırsatlar sağlayabilir.

Akyıl ve ark.larının (2018) yaptığı çalışma ile Polat ve Kahraman Bayrak'ın yapmış olduğu çalışmada bulgumuza benzer şekilde evli olan ve eşi ile birlikte yaşamını sürdüren yaşlıların sosyal destek puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Buz ve Beydilli (2015)'nin evde yalnız yaşayan yaşlı kadınlarla yaptıkları çalışmalarında yaşlıların eşlerinin vefatı nedeniyle on yıldır yalnız yaşadıklarını eşlerinin yanında olsa hayatının daha iyi olacağını düşündükleri ve çocuklarıyla olan görüşmelerinin az olmasının yaşlıyı sosyal izolasyona sürüklediği belirtilmektedir.

Yaşlılık döneminde yalnızlık; sosyal ilişkilere girmeme, utangaçlık, sağlık problemleri, sosyal, kültürel ve ekonomik koşulların yetersizliği gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır (Hansson ve Carpenter, 1994). Aktif çalışma ve üretkenlik döneminin bitmesiyle başlayan emeklilik süreci bireyin sosyal çevreden biraz daha uzaklaştığı ve izole olduğu dönemdir. Yalnızlık çoğu toplumda yaşanan, yaşlılık döneminin önemli sorunlarından biridir. Eşleri olmayan yaşlıların diğerlerine göre daha fazla yalnızlık hissettikleri ve izole yaşama eğilimli oldukları bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada da tek başına yaşamının sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi riskini artırdığı bulunmuştur (Coyle ve Dugan, 2012)

Geleneksel toplumlarda kültürel değerler büyük ölçüde korunmakta, yaşlı bireyin keder ve yalnızlık yaşamaması için sosyal destek sistemleri güçlü tutulmaya çalışılmaktadır. İç ve dış göçler ve küreselleşmenin etkisiyle çok kültürlülüğün yaygınlaşması, ilerleyen zamanlarda sosyal destek açısından sorunlar yaşanmasına sebep olabilir (Çevik Akyıl ve ark. 2018).

Ayrıca aile bireyleriyle ilişki düzeyi çok iyi olan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyi anlamlı olarak ilişki düzeyi iyi ve orta ve altında olan kişilerin algısal sosyal destek ve bilişsel beceri düzeyinden daha yüksek, depresyon seviyesi ise daha düşüktür. Siedleck ve ark. (2013) yaptıkları araştırma sonucuna göre sosyal ilişkileri tatmin edici olan yaşlı kişilerin hayatlarından çok daha memnun oldukları, mutluluklarını daha çok dile getirme buna karşı üzüntülerini daha az ifade eğiliminde oldukları saptanmıştır.

Tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılık döneminde de kişilerin sosyal destek sistemlerinin güçlü olması ve kendini yalnız hissetmemesi yaşamdan doyum almasını dolayısıyla öznel mutluluğu da olumlu yönde etkilemektedir. Her yönden

sosyal desteğin özellikle yaşlılık döneminde var olması, sağlık çıktılarını da olumlu olarak etkilemekte (Nicholson, 2009); yokluğu ise olumlu duygulanım ve psikolojik iyi oluşu azaltmaktadır (Liu, Li ve Lian 2008; Su ve ark., 2009)

Araştırmaya katılan kişilerin sosyal destek ve depresyon puanları çocukların ziyaret sıklığı açısından değerlendirildiğinde; haftada bir gün ve iki haftada bir gün çocukları tarafından ziyaret edilen kişilerin ortalama sosyal destek puanı anlamlı olarak ayda bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama puanından daha yüksektir. Bununla birlikte ayda bir gün çocukları tarafından ziyaret edilen kişilerin depresyon puanı anlamlı olarak diğer zamanlarda çocukları tarafından ziyaret edilen kişilerin ortalama puanından daha yüksektir

Araştırmaya katılan kişilerin sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanları torun ziyaret sıklığı açısından değerlendirildiğinde; haftada bir gün torunları tarafından ziyaret edilen kişilerin ortalama sosyal destek ve bilişsel beceri puanı anlamlı olarak ayda bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama puanından daha yüksek, ayda bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama depresyon puanı anlamlı olarak her gün ve haftada bir gün ziyaret edilen kişilerin ortalama depresyon puanından daha yüksektir.

Eksen ve Aslaner'in (2002) huzurevinde kalan 65 yaş üzeri 41 yaşlıyla yaptığı çalışmada depresyon belirtileri incelenmiştir. Ziyaretçisi gelen kişilerde depresyon görülme oranı %31 iken, ziyaretçisi gelmeyenlerde depresyon görülme oranı %66.7'dir. Aksüllü ve Doğan (2004) yaşlıların çocuk sahibi olan ve çocukları tarafından ziyaret edilen ve aile içinde kendini önemli hissettiğini söyleyenlerin algıladıkları sosyal destek ortalama puanları daha fazla bulunmuştur. Benzer şekilde Aydıner Boylu ve Günay'ın (2018) yapmış olduğu araştırma sonucundan elde edilen bulgulara göre de algılanan sosyal destek ile yaşlı kişilerin kiminle yaşadığı, çocuklarını, akrabalarını görme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eurostat'ın (2010) 27 Avrupa ülkesinde yapmış olduğu bir çalışmasında, yaşın artmasıyla doğru orantılı olarak sosyal izolasyonun da arttığı, yaşlandıkça arkadaşlıklarıyla eskisi kadar görüşemediği, arkadaşlıkların dağıldığı, hatta arkadaş ölümlerinden olumsuz etkilendiğini, bu yitirilen ilişkilerin yerine yenilerinin kurulmasının bir hayli zor olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocukları, torunları, akrabaları ve arkadaşları ile görüşme sıklığının artmasıyla yaşam doyumlarının da

arttığı belirtilmektedir. İspanya’da yapılan bir araştırma bulgularında da benzer sonuçlara rastlanmıştır (Fernandez-Ballesteros, 2002)

Yapılan tüm bu araştırmaların sonucunda yaşlı bireyin maddi ve manevi yaşadığı birtakım sorunların çözümünde sosyal destek sistemini oluşturan kişiler tarafından destek görmesi, sorunlar çözülme bile kişinin kendini daha güçlü ve daha iyi hissetmesini sağlayarak hayatını kolaylaştırabilir. Bireyi hayattaki en büyük ihtiyaçlarından biri de yaşı fark etmeksizin, kendisine ihtiyaç duyulmasıdır. Sağlıklı ve kaliteli bir şekilde yaşlanan birey, kendini her daim ihtiyaç duyulan kişi halinde tutabilir. Tüketici olan yaşlıları üretici hale getirmek, onların yüksek tecrübe, uzmanlık, bilgeliğinden yararlanmak topluma fayda sağlar.

Kişilerin %48’i kronik fiziksel hastalıkları olduğunu, %52’si ise olmadığını; hastalığı olan kişilerin %21’i diyabet, %42’si hipertansiyon ve %37’si ise diğer tür hastalıklara sahip olduklarını belirtmişlerdir. ayrıca kişilerin %11’i psikolojik hastalığı olduğunu, %89’u ise herhangi bir psikolojik hastalığı olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olmayan kişilerin ortalama bilişsel beceri puanı anlamlı olarak kronik hastalığı olan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir. Kişilerin algısal sosyal destek ve depresyon düzeyleri kronik hastalık durumu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir.

Bazı çalışmalar kronik hastalığı olan kişilerde depresyon riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiş olmakla birlikte (Blay ve ark. 2007; Chang-Quan ve ark. 2010; Maral ve ark. 2001) başka çalışmalar sağlık durumunun yaşlıda görülen depresyonla ilişkisi olmadığını bildirmiştir (Cho ve ark. 2008; Cole ve Dendukuri 2003). Bu konu çelişkili olmakla birlikte bizim sonuçlarımız, kronik hastalık varlığının ölçek puanlarını etkilemediğini belirtmektedir.

Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında kronik hastalıkla depresyon arasındaki ilişki konusunda birbirinden farklı bulgular elde edilmiştir (Altay ve Avcı, 2009; Yıldız, Erol ve Ergün, 2009; Maral ve ark., 2001; Çiftli ve ark. 2006). Maral ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu araştırma ile Altay ve Avcı’nın (2009) yapmış olduğu araştırmada kronik hastalığı olmayan kişilerde olan kişilere oranla depresyon belirtilerinin görülme olasılığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çifçili ve arkadaşların (2006) yaptığı araştırma ile Çınar ve Kartal’ın (2008) yaptığı

araştırma ise kişilerin kronik hastalığı olması ile depresyon riski arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşlılık dönemindeki fiziksel rahatsızlıklar ile depresyon arasında bir ilişki vardır (Snowdon, 2001). Ancak fiziksel rahatsızlıkların yaşlılarda depresyonun artmasında etkili olabileceği gibi, depresyonda, yaşlılarda fiziksel rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Ersanlı, 2005). Örneğin yaşlıların çektiği ağrıların yaşamını kısıtlaması, fiziksel hastalığının yaşamını tehdit etmesinin yanında, depresyonda ki yetersiz beslenme, bağışıklık sisteminde zayıflama da bazı sağlık problemlerine yol açabilmektedir (Ersanlı, 2005).

Araştırmaya katılan kişilerin %51'i gelecekle ilgili beklentileri/hayalleri olduğunu %49'u ise herhangi bir beklentileri olmadıklarını belirtmişlerdir. Kişilerin algılanan sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanları gelecekle ilgili beklenti durumu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. Gelecekle ilgili beklentisi olan kişilerin ortalama sosyal destek ve bilişsel becerileri daha yüksek ve depresyon düzeyleri daha düşüktür.

Aydın ve İşleyen'in (2004) çalışma bulgularına göre yaşlı kişilerin geleceğe yönelik beklentisinin olması depresyon belirtilerini düşürmektedir, buna karşın kronik hastalıkların veya benzeri rahatsızlıkların yaşlı popülasyonun gelecekle ilgili beklentilerini azalttığı ve bunun sonucunda depresif belirti görülme sıklığını arttırdığı saptanmıştır. Bilhassa emeklilik zamanında yaşlı kişilerin beklenti seviyeleri düşer, gelecekle ilgili hayal kurmamaya başlarlar bu da yaşlı kişileri umutsuzluğa sürüklemektedir (Bulduk ve ark., 2003; Tamam ve Öner, 2001). Yaşlı kişilerin gelecekle ilgili hayalinin olmaması kişinin yıkıcı bir sürece girmesine, fiziksel rahatsızlıklara yakalanma riskini arttırmasına sebebiyet vererek depresyon semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Kaya,1999) Gelecekle ilgili hayal kurmanın olmamasının depresyon belirtisini arttırdığına yönelik sonuçlar mevcut araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Kişilerin hobileri sırasıyla değerlendirildiğinde; kişiler daha çok televizyon izlediklerini (%57), kitap okuduklarını (%31), örgü/dantel ördüklerini (%30), bulmaca çözdüklerini (%29) ve egzersiz/yürüyüş (%27) yaptıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kişilerin sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri puanları hobi sayıları arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir. Hobi sayısı 2 ve üzerinde olan

kişilerin sosyal destek ve bilişsel becerileri yüksek, depresyon seviyeleri anlamlı olarak daha düşüktür.

Sözeri Varma ve ark.larının (2008) yapmış olduğu çalışmada depresyonu olan ve olmayan grupların çeşitli hobilere katılma açısından farklılık saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda boş zamanların hobi, egzersiz gibi aktif faaliyetlerle geçirilmesinin depresif semptomları olumlu şekilde etkileyebileceği dile getirilmektedir (Demet ve ark. 2002; Bahar ve ark. 2005). Henderson ve ark. (1997) yapmış olduğu çalışmada aktivite düzeyinin düşük olmasının depresif belirtilerin sayısını arttırdığı belirtilmiştir. Yaşlıların sosyokültürel özelliklerinin bilinerek onlara uygun etkinliklerin planlanması bu uğraşılara katılımı arttırabilmek açısından önem arz etmektedir.

Etkinlik kuramı; yaşlı kişilerin ne kadar çok sosyal hayata katılır ve yaşamlarında aktif olurlarsa, yaşamdan o kadar çok doyum alacağına ve bunun sonucunda da bu kişilerin mutlu olacağına dikkat çekmektedir (akt. Santrock, 2011). Kişilerin hayatlarında aktif olması sağlıklı yaşlanmaları açısından önemlidir (Erickson ve Kramer, 2009). Egzersiz yapma, faaliyetlere katılma, dışarı çıkma gibi gündelik yaşam faaliyetlerine devam eden yaşlıların yaşamdan aldıkları doyum fazladır (Levin, Chatters ve Taylor, 2010).

Çalışmada bireylerin çoğunun televizyon izlediği saptanmıştır. Yapılan benzer araştırmalarda da sonuç çalışma bulgularıyla uyumludur (Yazıcı, 1994; Üzeriner Top ve ark., 2010) Buna neden olarak, yaşlılarımızın erken yaşlardan itibaren sosyal uğraşlar edinememiş olması düşünülebilir. Yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun hayata dönük üretici bir faaliyette bulunmadıkları, yaşamlarına anlam katacak faaliyetlere katılmadıkları, sonuçta da geri çekildikleri görülmektedir. Bunun yerine yaşlıların çalışmamanın, anne-babalık rollerini kaybetmenin karşılığını; özgürlüğün keyfini çıkarma ve eskiden beri arzuladıkları işleri yapma olanağı olarak görmeleri onları daha aktif hale getirebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin algılanan sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri düzeylerinin dağılımı değerlendirildiğinde; Kişilerin %49,5'inin algılanan sosyal desteği az, %50,5'inin algılanan sosyal desteği fazla olduğu; kişilerin %13'ünde olası depresyon, %38,5'inde kesin depresyon olduğu bununla birlikte ise %48,5'inde ise depresyonu olmadığı görülmektedir. Ayrıca kişilerin %25'inde orta

bilişsel bozukluk, %40'ında hafif bilişsel bozukluğu olduğu görülmekte olup %35'inde ise herhangi bir bilişsel bozukluk olmadığı görülmektedir. Araştırmada algısal sosyal desteği fazla olan kişilerin depresyon düzeyleri anlamlı olarak sosyal desteği az olan kişilerin depresyon düzeylerinden daha düşük; bilişsel becerileri ise anlamlı olarak daha yüksektir.

Literatürde bilişsel beceriler ve depresyon arasındaki ilişki inceleyen bazı çalışmalarda araştırma sonucumuzu destekler nitelikte depresyon düzeyi arttıkça bilişsel becerilerde gerilemeler olduğu bulunmuştur (Gödağ ve Mete, 1992; Yarış ve ark., 2001; Yoldaşcan ve Yurdakul, 2004; Kurtoğlu ve Rezaki,1999; Gülseren ve ark., 2000).

Yaşlı bireylerde işlevselliği bozan ve yaşam kalitesini düşüren en önemli sebeplerden biri depresyondur ve bunun ölüm oranının artışından da sorumlu olduğu bildirilmiştir (Beekman ve ark. 2000; Molley ve Standish 1997). Dünyanın değişik bölgelerindeki geriatrik popülasyonlar üzerinde yapılan 74 araştırmanın dahil edildiği bir gözden geçirme araştırmasına göre depresif bozuklukların dünya çapındaki yaygınlığı %4.7-16 arasında değişmekte olup, yalnız yaşamının yaşlılık depresyonu için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Barua ve ark. 2010; Barua ve ark. 2011). Dünyanın en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkesi olan Japonya'da 65 yaş üzeri 964 kişide Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada; katılımcıların %20.5'inde depresyon olduğu, yalnız yaşamının depresyonla anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiş ve yalnız yaşamının bu etkisinin iyi bir sosyal destek sistemi ile giderebileceği ileri sürülmüştür (Fukunaga ve ark., 2012)

Yaşlılık dönemi depresyonunda yürütücü işlevler, bellek ve dikkat bozukluklarının olabileceği bilgisi literatürde vardır (Lockwood ve ark. 2002, Crocco ve ark. 2010). SMMT kolayca yapılabilen ve bilişsel kayıplar hakkında kabaca fikir veren bir testtir. Sözeri-Varma ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada, eğitim yılı ile SMMT puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu, eğitimin bilişsel işlevlere olumlu etkisini göstermesi bakımından önemlidir. Bilişsel işlevlerin kötüleşmesi yaşlının günlük işlevselliğini etkilemekte ve tek başına yaşamasını güçleştirmekte, destek ihtiyacını arttırmaktadır. Depresyonun tanınması ve tedavisi bu açıdan da önem kazanmaktadır. Yaşlılık dönemindeki depresyonun

bilişsel işlevlere etkisinin daha ayrıntılı araştırıldığı çalışmalar bu konuda yol gösterici olabilir.

Buttres ve ark. (2004) 60 yaş üzeri, demansı olmayan yaşlılarla yaptıkları çalışmada, depresyonu olan ve olmayan kişilerin nörokognitif işlevleri karşılaştırılmış, depresyonun tüm bilişsel işlevleri negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada (Reifler ve ark. 1982), bilişsel bozukluğu bulunan yaşlı hastaların %23'ünde depresyon belirtileri saptanmış ve depresyonun altta yatan bilişsel bozukluğun sebebinden ziyade bilişsel bozukluğa eklendiği, bilişsel bozukluğun derecesi arttıkça depresyon sıklığının belirgin olarak azaldığı bulunmuştur. Farklı çalışmalarda bilişsel bozulmanın şiddeti arttıkça depresyonun şiddetinin (Mast, 2005), depresyon varlığının kişinin hayati aktivitelerini, sosyal işlevlerini ve demans şiddetini arttırdığı (Starkstein ve ark., 2005) tespitleri yapılmıştır.

Araştırmada algısal sosyal desteği fazla olan kişilerin depresyon düzeyleri anlamlı olarak sosyal desteği az olan kişilerin depresyon düzeylerinden daha düşük; bilişsel becerileri ise anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyal destek artışı, depresyonun azalmasını ve bilişsel becerilerin artmasını sağlayacaktır.

Kişilerin %49,5'inin algılana sosyal desteği az, %50,5'inin algılana sosyal desteği fazla olduğu; kişilerin %13'ünde olası depresyon, %38,5'inde kesin depresyon olduğu bununla birlikte ise %48,5'inde ise depresyonu olmadığı görülmektedir.

Hayatın birçok alanında çevresindeki insanlar tarafından sevilen, ziyaret edilen, değer verilen, yardıma ve ilgiye ihtiyaç duyduğu vakitlerde bunu alabilen kişilerin yakın ilişkilerinden çok daha fazla doyum aldığı saptanmıştır (Sorias, 1988). Buna karşın çevresindeki insanlardan yeterli sosyal destek alamayan kişilerin kendisini yalnız, desteksiz hissetmesi depresyon semptomlarının ortaya çıkması için uygun olan ortamı oluşturmaktadır (Özgüven, Soykan, Haran & Gençöz, 2003). Henderson ve arkadaşlarının (1997) Avustralya'da yapmış olduğu topluma dayalı ileriye yönelik bir çalışmada depresif belirtilerin sayısını arttıran sebeplerden birinin sosyal destekten yoksun olma olduğu saptanmıştır (Henderson ve ark., 1997). Tüm bu araştırmaların sonucu yaşlı bireylerin psikososyal iyilik durumlarını sürdürme ve geliştirmede sosyal desteğin önemli bir yer kapladığını göstermektedir.

Yaşlı bireyler çoğunlukla aileleri ile yaşamasına rağmen sorunlarının üstesinden yalnız başına gelmek durumunda kalabilmektedir. Gelenek ve göreneklerine bağlı, aile bağlarının güçlü olduğu Türk toplumunda genellikle yaşlı bireyler aile ile yaşama eğilimindedir. Aileden alınan bu sosyal destek günlük hayatın stres verici olayları ile yaşlı bireyin baş etmesinde önemli bir faktördür çünkü yaşlı bireylerin sosyal destekleri yükseldikçe yaşlılık dönemi sorunlarıyla baş etme güçleri de yükselmektedir ve hatta sosyal desteğin yüksek olması yaşlı bireylerin bilhassa psikolojik problemleri daha az yaşayabileceklerini düşündürülebilir. Yapılan araştırmalar da sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapmaktadır. (Oxman ve ark., 1999; Oxman ve Hull, 2001; Baqar ve ark., 2006; Grant ve Yager, 1998). Ayrıca sosyal destek, bireyin hayatında ortaya çıkan psikolojik zorluklara karşı koruyucu bir kalkan görevi görmektedir (Kurlowicz, 1993; Powers, 1992).

Yaşlılık döneminde ailenin mühim bir sosyal destek unsuru olduğu, sosyal izolasyon ve yalnız yaşamının yaşlılık döneminde depresyon semptomları için risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009). Kaji ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yaşlılarda sosyal ilişkilerde azalma, boşanma, yakın ilişki içindeki kişilerin ölümü ve sağlık sıkıntıları gibi stresli yaşam olaylarının yaşlılık dönemi depresyonuyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kaji ve ark. 2010)

Yaşlılarda depresyonu etkileyen faktörlerden biri olan sosyal destek alanında birçok çalışma yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda depresyonla sosyal destek arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Chi ve Chou 2001; Gadalla 2010, Mendes deLeon ve ark., 2001; Penninx ve ark., 2000). Örneğin Chi ve Chou'nun (2001) HonKong'da 60 yaş ve üzeri kişilerle yapılan araştırmanın sonuçlarına göre kişinin çevresindeki insan sayısı, sosyal ilişki sıklığı, sosyal destekten tatmin ve duygusal destekler azaldıkça depresyon artmaktadır. George ve Bearon'a (1989) göre sosyal destek kadınlarda erkeklerden daha önemlidir. Gadalla'nın (2010) 65 yaş ve üzeri (542 erkek ve 835 kadın) kişilerde sosyal desteğin önemiyle ilgili yaptığı çalışmada da buna benzer sonuçlara rastlanılmıştır.

Sosyal desteğin yaşlının hayatındaki stresli olayların etkisini azaltmada önemli bir yeri vardır. Aynı zamanda kişinin fiziksel ve duygusal olarak da kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır (Mendes de Leon ve ark., 2001; Penninx ve ark., 2000).

Sosyal destek yaşlıların depresyon geliştirip geliştirmemesinde oldukça önemlidir. Günümüzde sosyal desteğin önemiyle ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Chi ve Chou 2001; Gadalla 2010, Mendesde Leon ve ark., 2001; Penninx ve ark., 2000). Bu çalışmalar depresyonla sosyal destek arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin Chi ve Chou'nun (2001) yaptığı çalışmada kişinin çevresindeki insan sayısı, duyuşsal destek, sosyal ilişki sıklığı ve bu durumdan memnuniyet depresyon açısından önemli bulunmuştur. Gadalla'nın (2010) sosyal desteğin önemiyle ilgili yapmış olduğu çalışmada da buna benzer sonuçlara rastlanılmıştır.

Yapılan bir takım başka çalışmalar ise tüm bunların aksine, kişilerin sosyal hayatındaki insanların her daim ona pozitif yaklaşmayacağını, destekleyici olmayacağını hatta bazen negatif etkiler gösterebileceğini, güçlü sosyal ağın bazen ters etki yaratabileceğini, bu durumun da diğer destekleri engelleyebileceği belirtmişlerdir. Bir başka deyişle mühim olanın sosyal ağın çok olması değil, bireyin algıladığı ve hissettiği desteğin kişi için fayda sağlayıcı olduğu vurgulanmaktadır (Langfordve ark., 1997; Norbeck ve ark., 1988; Lee ve Crittenden, 1996; Goldberg ve ark., 1985, Oxman ve ark., 1989; Commerford ce Reznikoff, 1996; Antonucci ve ark., 1997; Masuchi ve Kishi, 2001; Farber ve ark., 1991).

Sosyal bağlamda depresif bireylerin yabancılar ve tanıdıkları tarafından diğerlerine göre daha az kabul gördüğünü ve sık reddedildiği görülmektedir (Coyne, 1976). Depresif semptomları azaltan bir engelleme programı benzer şekilde algılanan sosyal destek düzeylerini arttırmaktadır. Subklinik depresif semptomlar gösteren ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisi sonrasında arkadaşlardan algılanan sosyal desteklerinde artış olduğunu belirtilmiştir (Stice, Rohde, Gau ve Ochner, 2011).

Joiner'in farklı popülasyonlarda tekrarladığı araştırmalarında benzer sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Oda arkadaşlarıyla yaptığı bir çalışmada depresif bireylerin normal bireylerden farklı olarak güvenlik sağlamaya yönelik isteklerinin geri

tepmesinin sebebi bu isteklerin aşırı boyutlarda olması ve karşı tarafa fazlasıyla sorumluluk yüklüyor oluşundan kaynaklandığını belirtmiştir (Joiner ve ark., 1992). Yine aynı popülasyonda yaptığı farklı bir çalışmada da güvence sağlamaya yönelik istekler ve arkadaşları tarafından reddedilme arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Joiner ve Metalsky, 1995) Benzer bir şekilde 7-17 yaş arasındaki yatılı depresyon hastalarının daha fazla güvenlik sağlamaya yönelik isteklerinin ve depresif semptomlarının kişilerarası reddedilmeye yol açtığını belirtmiştir (Joiner, 1999). Bu sosyal reddedilmelerin de algılanan sosyal desteği olumsuz etkilediği söylenebilir.

Sonuç olarak literatürdeki birçok araştırmada gözlemlendiği gibi algılanan sosyal destek düzeyi ile bilişsel beceri arasında pozitif yönde, depresyon arasında ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Bizim araştırmamızda hem bilişsel beceri hem depresyon algılanan sosyal destek ile anlamlı derecede ilişkili çıkmıştır. Kişilerin bilişsel becerileri depresyon ile azalırken, algılanan sosyal destek ile büyük oranda artış göstermektedir. Algılanan sosyal destek, bilişsel beceri üzerinde aracı bir role sahiptir. Sosyal destek artışı, depresyonun azalmasını ve bilişsel becerilerin artmasını sağlayacaktır.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarında öncelikle örneklemin sosyodemografik özellikleri ele alınmaktadır. Örneklemin tek bir şehirden, 8 adet Semt Konağına giden 65 yaş üzeri bireylerden oluşması araştırmayı yaşlı popülasyonuna genelleme yapmak için yeterli değildir. Toplamda 109 kişiye ulaşılmış olduğundan katılımcı sayısının daha fazla olması beklenebilir. Araştırmanın daha büyük bir popülasyonla, farklı kesimden, farklı şehirlerden alınan örnekleme yapılmasının daha uygun olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca araştırmada incelenen algılanan sosyal destek, depresyon ve bilişsel beceri değişkenlerinin verileri yine araştırmada kullanılan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Standardize Mini Mental Test ile sınırlıdır. Kullanılan veri toplama araçlarına verilen yanıtların kişilerin kendini bildirmeye yönelik olması, bulguların yanlışlık durumunu da düşündürülebilir. SMMT ölçeği soru cevap şeklinde birebir yapılmıştır. Uygulama esnasında kişilerin, ölçeği uygulayan kişi tarafından etki altında kalmamasına, katılımcıların sıkılmamasına, kişilerin dikkatinin dağılmamasına özen gösterilmiştir. Ancak tüm bunların kontrol altında

tutulması uygulamayı zorlaştırmış ve veri toplanmasının uzun sürmesine neden olmuştur. Uygulamanın soru cevap şeklindeki birebir yapılan kısmında, kültürel ve eğitim seviyesi düşük olan yaşlılardan alınan cevapların güvenilirliği araştırmanın sonuçları için önemlidir. Katılımcılara anlaşılmayan sorular tek tek, ayrıntılı bir şekilde anlatılmış ve tarafsız bir şekilde cevap vermeleri kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır. Bu şekliyle bakıldığında sonuçların güvenilir olduğu araştırmanın güçlü yönü olarak düşünülebilir.

Bir diğer kısıtlılık olarak araştırmaya dahil edilen yaşlı kişilerin neredeyse yarısının (%48) kronik bir hastalığının var olması olabilir. Kişilerde görülen kronik hastalıklar farklı olduğundan, hastalıklarına yönelik kullandıkları ilaçlar da farklıdır. Ancak, bu çalışmada temel amaç olmaması dolayısıyla, yaşlılarda görülen bu hastalıklar ve kullanılan ilaçların depresyon üzerine etkileri incelenmemiştir. Buna ek olarak çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin çoğunun Geriatrik Depresyon Ölçeğinden düşük puan aldığı gözlenmiştir. Bunun sebebi olarak araştırma örnekleminin yaşlı bireylerin sosyalleşebileceği alandan seçilmiş olması gösterilebilir.

Kullanılan araştırma deseninin ilişkisel nitelikte olması, değişkenler arasındaki ilişkinin yalnızca ele alınan yönü hakkında bilgi edinilmesi imkanını vermektedir. Yapılacak boylamsal çalışmalar ile yaşlılarda depresyonun ortaya çıkış dönemi öncesi ve sonrasındaki bilişsel işlevler incelenebilir. Nedensel ilişkiler üzerine ayrıntılı bilgiler edinilebilir.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak literatürdeki birçok araştırmada gözlemlendiği gibi algılanan sosyal destek düzeyi ile bilişsel beceri arasında pozitif yönde, depresyon arasında ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Bizim araştırmamızda hem bilişsel beceri hem depresyon algılanan sosyal destek ile anlamlı derecede ilişkili çıkmıştır. Kişilerin bilişsel becerileri depresyon ile azalırken, algılanan sosyal destek ile büyük oranda artış göstermektedir. Algılanan sosyal destek, bilişsel beceri üzerinde aracı bir role sahiptir. Sosyal destek artışı, depresyonun azalmasını ve bilişsel becerilerin artmasını sağlayacaktır.

Yapılan bu araştırma yaşlıların psikolojik yönden iyi olmalarını hedef almaktadır. Yaşlıların en çok yaşadığı problemlerden biri olan depresyon, diğer

geçmişte yapılan araştırmalardan farklı olarak bu araştırmada genel sağlıktan bağımsız bir şekilde ele alınmıştır. Depresyon, bilişsel beceri ve bunlara etki ettiği dūřünölen algılanan sosyal destek ilişkisi incelenmiştir. Yaşlılarda tanı ve tedavisi zor olan depresyona etki ettiği dūřünölen algılanan sosyal desteğin, önemli olduğu araştırmanın çıkan sonuçlarında görölmektedir.

Sosyal desteğin yaşlının hayatı için önemli olduğu görölmektedir. Yapılan birçok çalışmada ve bu araştırmada göröldüğu üzere sosyal destek ile depresyon arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla sosyal desteğin yaşlıların yaşamış olduğu depresyonu etkilediği kaçınılmaz bir gerçek olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal destek yaşlının yaşadığı olumsuz olayların etkisini azaltmada önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle yaşlıların sosyal destek alanlarının çoğaltılarak depresyon yaşamalarına engel olunması yaşadıkları yılları kaliteli geçirmeleri açısından önemlidir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda araştırmanın yaşlıların psikolojik sağlığı açısından önemli olduğu görölmektedir.

Bu araştırmada yaşlılığın bir bütün olarak ele alınması, fiziksel, psikolojik, toplumsal boyutuyla değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Her yaşlının farklı birer kiři olduğu ve bireysel olarak değerlendirilmesi gerekliliği yapılan müdahaleler açısından önemlidir. Araştırmanın geneline bakıldığında, yaşlıların temel olarak sıkıntılarının başında kendi bağımsızlıklarını kaybettiklerini dūřünmeleri, yalnızlık ve iře yaramamazlık duygularına kapıldıkları görölmektedir. Bu duruma etki ettiği dūřünölen önemli faktörlerden biri ise kişinin yaşadığı toplum ve çevresidir. Bu nedenle yaşlılığın yeni bir dönemin başlangıcı olarak görölmesine yönelik, toplumun yaşlılık konusunda bilinçlendirilmesi ve yaşlı ayrımcılığının önüne geçilmesi gerekmektedir. Sosyal etkinlik alanlarının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bireyselliklerinin ve bağımsızlıklarının toplum, aile ve çevreleri tarafından desteklenmesi önemlidir. Yaşlıların yaşamış oldukları depresyonun özelliklerinin bilinmesi, bu kişilere olan tutumun daha sağlıklı hale getirilmesine ve depresyonun var olan fiziksel rahatsızlıklara etki eden olumsuz sonuçlarının önüne geçilmesine etki edecektir. Ayrıca depresyona etki eden araştırmaların yapılması, yaşlının yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal zorlukların önüne geçilmesi açısından önemlidir.

Bu araştırmanın sonucu, toplumun bilinçlendirilmesine, rehabilitasyon programlarının yaşlıların ihtiyaçlarına göre daha kaliteli hale getirilmesine, kronik ruhsal sağlık alanındaki problemlerinin azaltılmasına ve bunlara erken müdahale edilerek yaşlıların yaşam kalitelerinin arttırılmasına fayda sağlaması açısından önemlidir. nemli olan hayata yeni yıllar eklemek değil, yıllara hayat eklemektir.

KAYNAKÇA

- Abrams, R.C. ve Teresi, J.A., Butin, D.N. (1992). Depression in nursing home residents. *Clin Geriatr Med*, 8:309-322.
- Akdemir, N., Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset; 193-200.
- Akdemir, N., Çınar, İ. F. ve Görgülü, Ü. (2007). Perception of ageing and ageism. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10 (4), 215-222.
- Akiskal, H. S. (1992). Duygudurum bozukluklarının doğasına ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 3(3):163-169
- Akiskal, H. S. (2007). *Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel Gelişimi ve Kavramın Tanıtımı*. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.baskı. Güneş Kitabevi.: 1559-74.
- Aksüllü, N., Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 5 (2): 76–84.
- Akyüz, A. (2004). *Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların, Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alessandro, R. D., Gallassi, R., Benassi, G., Morreale, A., Lugaresi, E. (1988). Dementia in Subjects Over 65 Years of age inThe Republic of San Marino. *The British Journal of Psychiatry*. 153: 182-186.
- Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Silbersweig, D., Kalayam, B., Stern, E. (1998). Vascular depression: a new view of late-onset depression. *Dialogues Clin Neurosci.*; 1(2): 68–80.
- Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R. (2002) Comorbidity of Late Life Depression: an Opportunity for Research on Mechanisms and Treatment. *Biol Psychiatry.*; 52:543-58.
- Altay, B., Avcı, A. İ. (2009). Samsun Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bazı Özellikleri İle Depresyon Riski Arasında İlişki. *Turkish Journal of Geriatrics*; 12 (3): 148-53.

- Altay, B., Gönener, D. ve Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15 (1), 10-16.
- Altıntaş, H., Attila, S., Sevensan, F., Akçalar, S., Sevim, Y., Solak, Ö. S., Şahin, K. E. ve Velagiç, Z. (2006). *Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5 (5), 332- 342.
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan bireylerin yaşam doyumu sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3): 159 164.
- Amuk, T., Kalkan, O. N., Oğuzhanoğlu, A.,Varma, S. G. ve Karadağ, F. (2009). Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (4), 301-309.
- Andreasen, N. C., Rice, J., Endicott, J., Coryell, W., Grove, W. M., Reich, T. (1987) Familial rates of affective disorder. A report from the National Institute of Mental Health Collaborative Study. *Arch Gen Psychiatry*.; 44: 461-9.
- Antonucci, T. C., Fuhrer, R., Dartigues, J. F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychol Aging*. 12:189-195.
- Arnone, D., McIntosh, A. M., Ebmeier, K. P., Munafo, M. R., Anderson, I. M. (2012). Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: Systematic review and metaregression analyses. *European Neuropsychopharmacology*.; 22: 1-16.
- Arslan, Ş., Kutsal, Y. G. (1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Turkish Journal of Geriatrics*;2(4):173-178.
- Aydın, İ. ve İşleyen, S. (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7 (3), 19-25.
- Aydiner Boylu, A., Günay, G. (2018). Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 7(2); 1351-1363
- Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005). Huzur evinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6:227 239.
- Baqar, A., Husaini, R. S., Castor, J., Gary Linn, S. T., Moore, H. A., Warren, R. W. (2006) Social support and depression among the black and white elderly. *Journal of Community Psychology*.; 18(1): 12-18.
- Baqar, A., Husaini, R. S., Castor, J., Gary Linn, S. T., Moore, H. A., Warren, R. W. (2006) Social support and depression among the black and white elderly. *Journal of Community Psychology*.; 18(1): 12-18.
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N. (2010). Socio-demographic factors of geriatric depression. *Indian J Psychol Med*, 32:87-92.

- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N. ve ark. (2011). Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann Saudi Med*, 31:620-624.
- Beekman, A. T., Copeland, J. R., Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174:307-311.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J. ve ark. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 157:89-95.
- Belek, İ. (1998) *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*. İstanbul, Sorun Yayınları.
- Bhagwagar, Z., Wylezinska, M., Jezard, P., Evans, J., Boorman, E., Matthews, M. P. ve ark. (2008). Low GABA concentrations in occipital cortex and anterior cingulate cortex in medication-free, recovered depressed patients. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*;11: 255–260.
- Biçer, H. (2002). *Sosyal sorunlar çerçevesinde yaşlılar*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Biçer, S. (1996). *60+Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu*. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik programı, Yüksek Lisans Tezi., Sivas
- Bilginer, B. (1996) *Adana huzurevi ve yeni baraj sağlık ocağı bölgesindeki 65 yaş ve üzeri yaşlının demografik özellikleri*. V. Ulusal halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı.
- Bilir, N. ve Subaşı, N. P. (2006). *Yaşlılık sorunları. İçinden: Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güler, Ç. ve Akın, L. (editör) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Bingöl, G., Demir, A., Karabek, R., Kepenek, B., Yıldırım, N., Kaytaç, E. G. (2010). Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*;25(4):169-176,
- Bingölo, C. (2015). *Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Fenomenolojik Özellikler, Bilişsel İşlevler ve Homosistein ile İlişkisi*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi.
- Biol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci*. Etki Marbaacılık. İzmir.
- Birtane, M., Tuna, H., Ekuklu, G., Uzunca, K., Akçi, C., Kokino, S. (2000). Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 3(4): 141-145
- Blay, S. L., Andreoli, S. B., Fillenbaum, G. G. ve ark. (2007). Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15:790-799.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology: Medical Science*, 58, 245-269

- Blazer, D. G., Landerman, L. R., Hays, J. C., Simonsick, E. M. ve Saunders, W. B. (1998). Symptoms of depression among community-dwelling elderly African-American and white older adults. *Psychological Medicine*, 28(6), 1311-1320.
- Boone, K. B., Lesser, I. M., Miller, B. L., Wohl, M., Berman, N., Lee, A., Barton, P. ve Caria, B. (1995). Cognitive functioning in older depressed outpatients: relationship of presence and severity of depression to neuropsychological test scores. *Journal of Neuropsychology*, 9 (3), 390-398.
- Bowling, A. ve Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R. ve Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36(3), 310-315.
- Bölükbaş, N. ve Arslan, H. (2003). Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Düşünen Adam Dergisi*, 16 (4), 235-239.
- Brayne, C., Calloway, P. (1990). The Association of education and Socioeconomic Status With Mini Mental State Examination and The Clinical Diagnosis of Demantia in Elderly People. *Age and Ageing*. 19: 91-96.
- Bruce, M. L., Takeuchi, D. T., Leaf, P. J. (1991). Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*.; 48(5):470-4.
- Bulduk, S., Yabancı, N., Demircioğlu, Y. (2003). *Bir sosyal hizmet kurumu olan huzurevinde kalan yaşlıların karşılaştıkları sorunlar*. I. Ulusal Aile Hizmetleri sempozyumu (200'li yıllarda aile hizmetler). 9-11 Mayıs Ankara; 330-335.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. Deniz, İ. ve Sarıoğlu, E. (editör). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Butters, M. A., Whyte, E. M., Nebes, R. (2004). The Nature and Determinants of Neuropsychological Functioning in Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 587-595.
- Buz, S. ve Beydili, E. (2015). Ankara örneğinde yalnız yaşayan yaşlı kadınların gereksinimleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(37): 557- 570.
- Cangöz, B. (2008). Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? *Türk Geriatri Dergisi*, 11 (3), 143-150.
- Ceyhan, S. (2005). *Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K. ve Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602.

- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D. ve ark. (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*, 39: 23-30.
- Chapman, D. P., Perry, G. S. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*;5(1):1-9.
- Chi, I., Chou, K. L. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 231-252.
- Cho, H. J., Helen, L., Richard, O. ve ark. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry*, 165: 1543-1550.
- Cole, M. G., Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and metaanalysis. *Am J Psychiatry*, 160: 1147-1156.
- Commerford, M. C., Reznikoff, M. (1996) Relationship of religion and perceived social support to self esteem and depression in nursing home residents. *J Psychol*; 130:35-50.
- Copeland, J. R. M., Davidson, I. A. ve Dewey, M. E. (1992). Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three year outcome in Liverpool. *Br J Psychiatry*, 161, 230-239.
- Coyle, C. E., Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*; 24 (8), 1346-63.
- Coyne, J. C. (1976a). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39. 28-40.
- Coyne, J. C. (1976b). Depression and the Response of Others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85. 186-193.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M. (1987). Living With a Depressed Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55. 347-352.
- Crocco, E. A., Castro, K., Loewenstein, D. A. (2010). How Late-life depression affects cognition: neural mechanisms. *Curr Psychiatry Rep*; 12: 34-8.
- Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., Folstein, M. F. (1993). Population Based Norms for the Mini- Mental State Examination by Age and Educational Level. *Jama*. 12;269(18): 2386- 2391.
- Cummings, J. L. (1993). The Neuroanatomy of Depression. *J Clin Psychiatry*.; 54 (Suppl):14-20.
- Cüceloğlu, D. (1993). *İnsan İnsana*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan ve Davranışı* (13. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Çakır, Y., Palabıykoğlu, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24.
- Çevik Akyıl, R., Adıbelli, D., Erdem, N., Kırağ, N., Aktaş, B. ve Karadakovan, A. (2018). Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlılarda Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek ile Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;21(1):33-41
- Çınar, I. O. ve Kartal, A. (2008). Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. *TAF Prev Med Bull*. 7(5):399-404.
- Çifçili, S., Yazgan, Ç., Ünalın, P. (2006). Bir Huzurevinde Depresyon Taraması Sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics*; 9 (3): 122-5.
- Çuhadar, D., Sertbaş, G. ve Tutkun, H. (2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (4), 232-239.
- Danter, J. H. (2003). Geriatric Assessment. *Nursing*. 33(12): 52-55.
- Demet, M. M., Taşkın, E. O., Deniz, F. ve ark. (2002). Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4):290-299.
- Dhar, H. L. (2001).. Gender, Aging, Health and Society. *J Assoc Physicians India*; 49: 1012-1020.
- Diker, J., Etiler, N., Yıldız, M., Şeref, B. (2000). *Association Between Cognitive Status And Activities of Daily Living, Life Quality And Some Demographic Variables In Elderly Older Than 65 Years Old*. International Public Health Congress “Health 21 In Action” . Abstracts. October 8-12, 151, İstanbul.
- Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Başak, O., Gürel, F. S., Tekin, N. (2005). Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*;8(3):129-133.
- Drevets, W. C., Frank, E., Price, J. C. (1999). PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biological Psychiatry*;46: 1375–1387.
- Dybedal, G. S., Tanum, L., Sundet, K., Gaarden, T. L., Bjølseth, T. M. (2013). Neuropsychological functioning in late-life depression. *Front Psychol*. 27;4:381
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*; 367: 153-167.
- Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(1):17-25

- Eker, E. (2007). Yaşlılıkta bilişsel yıkım ve önlenmesi. 08.Mart.2018
[Htp://www.yaslilikrehberi.org.tr/UserFiles/File/494_YASLILIKTA_BILISSEL_YIKIM_VE_ONLENMESI.doc](http://www.yaslilikrehberi.org.tr/UserFiles/File/494_YASLILIKTA_BILISSEL_YIKIM_VE_ONLENMESI.doc)
- Ekici, İ. (2002). *Elazığ İli Abdullahpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları*. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Elazığ.
- Eldeleklioğlu, J. (2006). *Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki ilişki*. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 6(3), 727-752
- Elliott, R., Zahn, R., Deakin, J. F., Anderson, I. M. (2011.) Affective cognition and its disruption in mood disorders. *Neuropsychopharmacology*.; 36: 153–182.
- Er, D. (2009) Psiko-sosyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 132-143.
- Erdil, F., Şenol, Ç. ve Subaşı, B. (2000). Yaşlılık ve hemşirelik hizmetleri. İçinden: *Yaşlılık Gerçeği*. Kutsal, G. Y. (editör) Ankara: Hacettepe Üniversiteleri Hastaneleri Basımevi.
- Erickson, K. I. ve Kramer, A. F. (2009). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 22-24.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M. ve ark. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları*. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1. Baskı. Ankara.
- Ersanlı, K. (2005). *Davranışlarımız Gelişim ve Öğrenme*. Samsun: Eser Matbaacılık.
- Ersoy, F., Boratav, C., Edirne, T. (2001). Yaşlılarda görülen depresif bozukluklar. *Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.; 10(5):180-181.
- Ersoy, S., Okçay, H. ve Özkahraman, Ş. (2013). Kentleşmenin yaşlı üzerine etkileri. *Akademik Geriatri Dergisi*, 5, 51-56.
- Ertan T, Eker E, Şar V. (2000). Reliability, validity and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr*; 12:163-172.
- Esengen, Ş., Seçkin, Ü., Borinan, P., Bodur, H., Gökçe-Kutsal, Y. ve Yücel, M. (2000). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda işlevsel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3 (1), 6-10.
- Eurostat (European Statistics) (2010). *Social participation statistics*. Erişim tarihi: 17 Eylül 2018, [ftp://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Social_participation_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Social_participation_statistics)

- Eyigör, S., Karapolat, H. ve Durmaz, B. (2006). Bir Üniversite Kliniğine Başvuran Yaşlı Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Bulguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatr Derg*, 9, 130-135.
- Farber, H. J., Brod, M., Feinbloom, R. L. (1991). Primary family contacts and emotional health in the institutionalized elderly. *Fam Pract Res J*; 11:309-317.
- Fava, M., Borus, J. S., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Rosenbaum, J. F., Bottiglieri, T. (1997). Folate, vitamin B12, and homocysteine in major depressive disorder. *Am J Psychiatry*.; 154(3):426-8.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58, 645 – 659.
- Fessman, N. ve Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *International Journal of Aging and Human Development*. 51:137-141.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 5: 363-89.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res*. 12(3); 189-98
- Fukunaga R, Abe Y, Nakagawa Y ve ark. (2012). Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12:179-85.
- Gadalla, T. M. (2010). The role of mastery and social support in the association between life stressors and psychological distress in older Canadians. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(6), 512-530.
- Ghorbani, E., Issazedegan, A., Saffarinia, M. (2012). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and perceived social support among individuals with multiple sclerosis. *Inter Personal Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 3(5), 2647-2650.
- Goldberg E, Natta P, Comstock G. (1985). Depressive symptoms, social network and social support of elderly women. *Am J Epidemiol*; 121:448-456.
- Goldberg, E. (2005). *The Wisdom Paradox: How Your Mind Can Grow Stronger As Seen On Tv*
- Gödağ, F., Mete, S. (1992). *Elazığ Yöresindeki Yaşlıların Günlük Yaşam Alışkanlıkları*. “Sağlıklı Yaşlanma” Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması. Sempozyum Kitabı, 26-27 Kasım Ankara. , 189-198
- Görgün Baran, A. (2008). Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2), 86-97.
- Grant, I. P., Yager, J. (1998). Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am.J.Psycology*.; 145: 1254- 1258.

- Grant, I. P., Yager, J. (1998). Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am.J.Psycology*; 145: 1254- 1258.
- Grant, I., Patterson, T. L., Yager, J. (1988). Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry*; 145:1254-1257.
- Griffiths, R. A., Good, W. R., Watson, N. P. ve ark. (1987). Depression, dementia and disability in the elderly. *Br J Psychiatry*, 150:482- 493.
- Güleç, C. (1981). *Affektif Bozuklukların Yaygınlığı Ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma*. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1981.
- Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A. ve Vural, N. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3 (4), 133-140.
- Güngen, C. (1999). *Satandardize Mini Mental Testin Türk Yaşlı Popülasyonunda Demansiyel Sendromların Tanınmasında Eğitim Düzeylerine Göre Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Güngen, C. (1999). *Standardize Mini Mental Testin Türk Yaşlı Popülasyonunda Demansiyel Sendromların Tanınmasında Eğitim Düzeylerine Göre Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD.
- Ha, J. H., Wong, C. K. (2011). Pharmacologic treatment of depression in patients with myocardial infarction. *Journal of Geriatric Cardiology*; 8: 121- 6.
- Hacıhasanoğlu, R., Türkleş, S. (2008). Depression And Affecting Factors In The Old At The Age Of 65 And Over. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 2
- Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. (2009). Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*;12(1):25–30.
- Haller, J., Weggemans, R. M., Guigoz, Y. (1996). *Mental Health: Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Score of Elderly Europeans in The SENECA Study 1993*. *Euro Journal Clinical Nutrition*. 50(2): 112-116.
- Hamilton, M. A. (1960). Raiting scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 23:56-62.
- Hansson, O. R., Carpenter, B. N. (1994). *Relationships in old age*. New York: The Guilford Press.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 62: 1097-106.

- Helman, E. A., Stewart, C. (1994). Social support and the elderly client. *Home Health Nurs.*; 12: 51- 60.
- Henderson, A. S., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Mackinnon, A. J., Jorm, A. F., Christensen, H. ve ark. (1997). The course of depression in the elderly: a longitudinal community based study in Australia. *Psychol Med.*; 27: 119-29.
- Işık, E. (1991). *Duygulanım bozuklukları Depresyon ve Mani*. Boğaziçi Matbaası, İstanbul, 19-71.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.
- İmamoğlu, S. E. (2009). *Kişilerarası İlişkiler*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınları.
- İşeri, P. K., Efendi, H. (2003). Demanslı hastaya Klinik Yaklaşım ve Tedavi. *Sted*. 12(12): 458-461
- Janzing, J., Teunisse, R., Bouwens, P. (2000). The Course of Depression in Elderly Subjects With and Without Dementia. *J Affect Disord.*; 57(1-3):49-54.
- Joiner Jr, T. E., Alfano, M. S., ve Metalsky, G. I. (1992). When depression breeds contempt: Reassurance-seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 165-173.
- Joiner, T. E., Metalsky, G. I. (1995). A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 778–788.
- Joiner, T. E., Jr. (1999). A test of interpersonal theory of depression in youth psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 77–85.
- Jongenelis, K., Pot, A., Eisses, A., Beekman, A ., Kluiters, H. ve Ribbe, M. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 135-142.
- Kaji, T., Mishima, K., Kitamura, S., Enomoto, M., Nagase, Y., Li, L. (2002). Relationship between late-life depression and life stressors: large-scale cross sectional study of a representative sample of the Japanese general population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 64:426-34.
- Kalenderoğlu, K., Yumru, M., Selek, S., Cansel, N., Virit, O., Savaş, H. A. (2007). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi'ne başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergi*.8: 179-185.
- Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 99-111.
- Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve depresyon – I tanı ve değerlendirme. *Türk Geriatri Dergisi*, 2 (2), 76-82.

- Kaya, B. (2008). *Geriatrik Depresyon*. In: Mas, R., Turan Işık, A., Karan, A., Beğer, T., Akman, Ş., Tahir Ünal, M. (Ed): Geriatri cilt II. Fersa Matbaacılık, Ankara, 2008: 1097-98.
- Kaya, B., Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*; 10:3-10.
- Kaya, M., Aslan, D., Vaizoğlu, S. ve ark. (2008). Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler . *Türk Geriatri Dergisi*; 11(1)
- Keskinioğlu, P., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Bilgiç, N., Uçku, R., Tunca, Z. (2006). Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*. 16(1), 21-6.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. ve ark. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). *Jama*; 289: 3095-3105.
- Kılıçoğlu, A. (2006). Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1):49-54.
- Kim, M. D., Hong, S. C., Lee, C. I. ve ark. (2007). Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms for residents in the urban part of Jeju Island. *Korea. Int J Soc Psychiatry*, 53(2):123- 34.
- Klein, M. (2008). *Sevgi, Suçluluk ve Onarım*. İstanbul: Pusula Yayıncılık.
- Koçan Softa, H., Bayraktar, T., Uğuz, C. (2016). Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 9(6);1-12
- Koenig, A. M., DeLozier, I. J., Zmuda, M. D., Marron, M. M, Begley, A. E, Anderson, S. J. (2015). Neuropsychological functioning in the acute and remitted States of late-life depression. *J Alzheimers Dis*. 45(1):175-85
- Krishnan, K. R. (2002). Biological Risk Factors in Late Life Depression. *Biol Psychiatr*; 52:185-92.
- Kulaksızoğlu, I. B., Gürvit, H., Polat, A. ve ark. (2005). Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *Int Psychogeriatr*, 17(2):303-12.
- Kumar, A., Bilker, W., Jin, Z., Udupa, J. (2000). Atrophy and High Intensity Lesions, Complementary Neurobiological Mechanisms in Late-Life Major Depression. *Eur Neuropsychopharmacol.*; 22:264-74.
- Kunst, A. E., Mackenbach, J. P. (1995). *Measuring socio- economic inequalities in health*. WHO, Copenhagen.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet.*; 379: 1045 1055.

- Kurlowicz, L. H. (1993). *Social factors and depression in late life*. Arch Psychiatric Nurs.; 7(1): 30-36.
- Kurtoğlu, D. (1998) *Seyranbağları Huzurevindeki yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi ve bu kişilerde depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi sıklığı araştırması*. Yayınlanmış doktora tezi. Gazi üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü halk sağlığı anabilim dalı. Ankara.
- Kurtoğlu, D. ve Rezaki, S. M. (1999). Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.10(3):173-179.
- Laia, T. J., Paynea, M. E., Byruma, C. E., Steffensa, D. C., Krishnan, K. R. (2000). Reduction of Orbital Frontal Cortex Volume in Geriatric Depression. *Biol Psychiatry*.; 48:971-5.
- Lakey, B. (2007). *Social support and social integration*. In M. Gerrard ve K. D. McCaul, (Eds.), Health Behavior Constructs and Measures. National Cancer Institute Website: <http://cancercontrol.cancer.gov/constructs> 06.03.2018
- Langford, C. P., Browsher, J., Maloney, J. P., Lillis, P. P. (1997). Social support: a Lillis P P:Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*; 25:95-100.
- Lee, M., Crittenden, K. (1996). Social support and depression among elderly Korean immigrant in the United States. *Int J Aging Hum Dev*; 42:313327
- Lehr, U. (1994). *Yaşlanmanın Psikolojisi*. (Çotuk, B. ve Eryar, N., Çev.). İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı.
- Levin, J., Chatters , L. M. ve Taylor, R. J. (2010). Theory in religion, aging and health. An overview. *Journal of Religion and Health*.
- Liu, H., Teng, El., Lin, K., Hsu, T., Guo, N., Chou, P. ve ark. (1994). Performance on a Dementia Screening Test in Relation to Demographic Variables. *Arch Neurology*. 51: 910-915.
- Liu, J. W., Li, F. Y., Lian, Y. L. (2008). Investigation of reliability and validity of the social support scale. *Journal of Xinjiang Medical University*; 31, 1-3.
- Lockwood, K. A., Alexopoulos, G. S., van Gorp, W. G. (2002). Executive dysfunction in geriatric depression. *Am J Psychiatry*; 159:1119–1126.
- Lue, B. H., Chen, L. J., Wu, S. C. (2010). Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 50 Suppl 1: 34-8.
- Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yıldırım, A., Candansayar, S., Bumin, M. A. (2001). Depresyon Yaygınlığı Ve Risk Etmenleri: Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*;12 (4): 251-9.
- Mast, B. T. (2005). Impact of cognitive impairment on the phenomenology of geriatric depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(8):694-700.

- Masuchi, A., Kishi, R. (2001). A review of epidemiological studies on the relationship of social networks and support to depressive symptom in the elderly. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*; 48:435-448.
- Mayberg, H. S., Liotti, M., Brannan, S. K. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *American Journal of Psychiatry*.; 156: 675–682.
- McDermott, L. M., Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J Affect Disord*. 119(1-3):1-8.
- McNicholas, S. L. (2002). Social support and positive health practices. *West J Nurs Res.*, 5: 772-787.
- Mendes de Leon, C. E., Gold, D. T., Glass, T. A., Kaplan, I. ve George, L. K. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986–1992. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56, 179–190.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*; 11:3-18.
- Molloy, D. W., Standish, T. I. M. (1997). Mental Status and Neuro psychological Assessment A Guide to the Standardized Mini- Mental State Examination. *Int Psychogeriatr*, 9:87-94.
- Monkul, E. S., Silva, L. A., Narayana, S., Peluso, M. A., Zamarripa, F., Nery, F. G. ve ark. (2011). Abnormal resting state corticolimbic blood flow in depressed unmedicated patients with major depression: a (15) O-H(2)O PET study. *Human Brain Mapping*.; 33: 272–279.
- Morgan, K., Lilley, J. M., Arie, T., Byrne, E. J., Jones, R., Waite, J. (1993). Incidence of Dementia in a Representative British Sample. *The British Journal of Psychiatry*.
- Morse, J. Q., Robins, C. J. (2005). Personality-Life event congruence effects in late life depression. *Journal of Affective Disorders*.; 84,25-31
- Nelson, P. B. (1989). Social support, self esteem, and depression in the institutionalized elderly. *Issues Ment Health Nurs*; 10:55-68.
- Nicholson Jr, N. R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*; 1342-52.
- Norbeck, J. S., Bornos, L. E. (1988). Social support. HS Wilson (ed): The Theoretical Basic for Psychiatric Nursing'de. *California, Addison-Wesley Publishing Company*, s.149-167.
- Onur, B. (2011). *Gelişim Psikolojisi*. Ankara: İmge Kitapevi yayınları.
- Oxman, T., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman, D. H. Jr, Barrett, J. (1999). Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol*; 135:356-368.

- Oxman, T., Hull, J. (2001). Social Support and Treatment Response in Older Depressed Primary Care Patients. *Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*; 56(1): 35-45.
- Öz, F. (2002). Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10 (2), 17-28.
- Özcanakaya, R., Mumcu, N. (1996). Huzurevi yaşayanlarında depresif, psikotik ve bilişsel değişiklikler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33(2):115-120.
- Özer, S., Fadiloğlu, Ç. (2006). 65 Yaş ve Üzeri Bir Grup Yaşlının Aile Sağlıklarının, Sosyal Ağlarının ve Algıladıkları Aile Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi.*; 9(3): 158-164.
- Özgüven, H. D., Soykan, Ç., Haran., S. ve Gençöz, T. (2003). İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (52), 1-11.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche; 83-291.
- Öztürk, O. (2002). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 9. basım, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.; 293.
- Park, J., Ko, H. J., Park, Y. N., Jung, C. H. (1994). Dementia Among The Elderly in a Rural Korean Community. *The British Journal of Psychiatry*. 164: 796-801.
- Patterson, B. J. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nursing.*; 21(4): 682-689.
- Paydaş, M. (1994). *Ktonik Hemodiyaliz Hastalarında Recombinant İnsan Eritropoetini Tedavisinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi*. Marmara Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı. Diyaliz Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Pedro, L., Delgador, M. D., Francisco, A. (2007). *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. İstanbul: Sigma Publishing.; 101-116
- Pekcan, H. (2000). *Yaşlılık*. Antropoloji ve Yaşlılık, 51-55.
- Penninx, B. W., Deeg, D. J., Van Eijk, J. T. M., Beekman, A. T. ve Guralnik, J. M. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorders*, 61(1), 1-12.
- Perlmutter, M. ve Hall, E. (1992). *Adult Development and Aging*. New York: John Wiley & Sons.
- Phelan, E., Anderson, L., LaCroix, A. ve Larson, E. (2004). Older Adults' Views of "Successful Aging"—How Do They Compare with Researchers' Definitions? *American Geriatric Society*, 52, 211-216.
- Polat, Ü., Kahraman Bayrak, B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*; 18(4), 213-18.

- Potter, P. A., Perry, A. G. (1993). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process & Practice*. Third Edition. Mosby-Year Book Inc. USA; 830-840.
- Powers, A. B. (1992). The roles staffs play in the social networks of elderly institutionalized people. *Sci Med*; 34:1335-1343.
- Price, J. L., Drevets, W. C. (2012). Neural circuits underlying the pathophysiology of mood disorders. *Trends in Cognitive Sciences.*; 16: 61–71.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiological Catchment Area Study. *Acta Psychiatr Scand*; 88:35-47.
- Reifler, B. V., Larson, E., Hanley, R. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 139(5):623-626.
- Reis, J. A., (1988). Factorial analysis of a compound measure of social support. *Journal of clinical psychology*; 44(6): p. 876-890.
- Rowe, J. ve Kahn, R. (1997). Successful aging. The *Cerontological Society of America*, 37(4), 433-440.
- Santrock, J. W. (2011). *Yaşam Boyu Gelişim*. (Yüksel, G. çeviri). Ankara: Nobel Yayın. 13. Basım. 2011.
- Saveanu, R. V., Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: Genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America.*; 35: 51–71
- Schechter, L. E., Ring, R. H., Beyer, C. E. ve ark. (2005). Innovative approaches for the development of antidepressant drugs: Current and future strategies. *Neuro Therapeutics.*; 2: 590-611.
- Sedille-Mostafaie, N., Zehetmayer, S., Krampla, W., Krugluger, W., Fischer, P. J. (2015). Influence of vascular risk factors on executive function among an age homogeneous elderly cohort. *Neural Transm.*
- Siedlecki, K., Salthouse, T., Oishi, S. ve Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561 – 576.
- Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age. *N Z J Psychiatry*, 35, 782.
- Sorias, O. (1988). Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: Toplumdan seçilmiş bir örneklemede sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi *Psikoloji Seminer Dergisi* 6, 18-26.
- Sözeri Varma, G., Toker Uğurlu, T., Korkmaz, A., Kalkan Oğuzhanoğlu, N. (2012). Depresyon Tanılı Yaşlı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Yeni Symposium Journal*, 50(2)
- Spitzer, A., Bar, T., Golander, H. (1995). Social support: How does it really work? *J Adv Nurs.*; 22(5): 850-854.

- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., Robinson, R. G. (2005). The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 162(11):2086-2093.
- Steinbach, U. (1992). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *J Gerontol*; 47:183-189
- Su, D., Wu, X. N., Zhang, Y. X., Li, H. P., Wang, W. L., Zhang, J P ve ark. (2009). Depression and social support between China's rural and urban empty-nest elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 55, 564-69.
- Swindle, R. W. Jr, Cronkite, R. C., Moos, R. H. (1998). Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis.*; 186(8):462-9
- Şahin, M., Yalçın, M. (2003). Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics*; 6(1):10-3
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L.S. (2013) *Using Multivariate Statistics*. Pearson, Boston.
- Tamam, L. ve Öner, S. (2001). *Yaşlılık çağı depresyonları*. Demans Dergisi, 1 (2), 50- 60.
- Tambağ, H. (2013). Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. Mustafa Kemal Üniversitesi. *Tıp Dergisi*;4:16.
- Tiemeier, H. (2003). Biological Risk Factors for Late Life Depression. *Eur J Epidemiol.*; 18:745-50.
- Topbaş, M., Yarış, F., Can, G., Kapuca, M., Sayar, K. (2004). The effect of socio demographic factors and medical status on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and community- dwelling elders in Trabzon Turkey. *Bull Clin Psychopharmacol.*; 14(2): 57-60.
- Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E., İnan, F., Aksakal, N., Altınyollar, H., ve ark. (2002). Yaşlı Sağlığı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Pelin Ofset*. Ankara.
- Turner, R. J., Taylor, J. ve Van Gundy, K. (2004). Personal resources and depression in the transition to adulthood: Ethnic comparisons. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 34-52.
- TÜİK, H. Ü. İ. (2017). *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*.
- Urfalıoğlu, F., Alaş, T. ve Yıldırım, E. (2007). *İstanbul'da yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun demografik, ekonomik ve sosyal profili*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyon Başkanlığı.
- Üstüner Top, F., Saraç, A., Yaşar, G. (2010). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 13: 14-22

- Van't Veer-Tazelaar, P. J., Van Marwijk, H. W., Jansen, A. P., Rijmen, F., Kostense, P. J., Van Oppen, P. (2008). Depression in old age (75+), The PIKO Study. *J Affect Disord.* 106: 295-9.
- Willner, P., Scheel-Krüger, J., Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.*; 37(10Pt1):2331-71.
- Wilson, R. S, Schneider, J. A., Boyle, P. A., Arnold, S. E., Tang, Y. ve Bennett, A. D. (2007). Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*, 68 (24), 2085-2093.
- Yaltkaya, K., Balkan, S., Oğuz, Y. (2000). *Nöroloji Ders Kitabı*. Palme Yayıncılık. Ankara; 321-325.
- Yardımcı, E. (1995). *İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Yarış, F., Çan, G., Topbaş, M., Kapucu, M.(2001) Trabzon 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Medikosoyal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Geriatrici.* 4(4): 159-171.
- Yazgan, G. (2000). *İleri yaşlarda psikolojik sorunlar*. Üçüncü Bahar: Yaşlılık ve Bilgelik içinde (129-135). İstanbul: Evrim yayınları.
- Yazıcı, R. (1994). *Yaşlı Bireyler Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yeh, S. C., Liu, Y. Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Serv Res.*; 3(1):1-9.
- Yıldız, A., Erol, S., Ergün, A. (2009). Bir Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ağrı Ve Depresyon Riski. *Turkish Journal of Geriatrics*; 12 (3): 156-62.
- Yıldız, M. (2001). Dindarlık ve Ölüm Kaygısı. Tasavvufi Yaklaşım ve Günümüz Üniversite Öğrencileri. *Journal of Religious Culture*, Nr. 43b: 1-7.
- Yoldaşcan, E., Yurdakul, R. S. (2004). *Adana Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*
- Yüksel, N. (1998). Yaşlılık çağı depresyonları. *Turkish Journal of Geriatrics, Geriatrici.*; 1(1):19-23.
- Yüksel, N. (2007). Paroksetin ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10:3-8.
- Zunzunegui, M. V., Beland, F., Llacer, A. ve Leon, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 195-205.
- Zunzunegui, M. V., Beland, F., Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol*, 30(5):109

EKLER
EK A

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**“65 Yaş Üstü Bireylerin Algıladıkları Sosyal Desteklerinin Depresyon ve Bilişsel Becerileri Üzerine Etkisi”
Başlıklı Tez/Proje Araştırması İçin**

Katılımcı için Bilgiler:

Tarih:/...../.....

Bu araştırmanın amacı, 65 yaş üstü bireylerin algıladıkları sosyal desteklerinin depresyon ve bilişsel becerileri üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda Sedanur Kabadayı tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verdi

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:/...../.....

Katılımcı Adı Soyadı:

Adres / Tel:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Adres / Tel:

İmza:

EK B
Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu

1. Cinsiyet:

Kadın () Erkek ()

2. Yaş:

3. Eğitim Durumunuz

Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ()

4. Medeni Durumunuz

Evli () Bekar () Boşanmış () Eşi ölmüş ()

5. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?

Köy () Kasaba () Şehir ()

6. Mesleğiniz?

İşsiz () Ev hanımı () İşçi Emeklisi ()
Memur Emeklisi () Serbest meslek () Diğer ()

7. Şu an çalışma durumunuz?

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

8. Sosyal güvenceniz?

Var () Yok ()

9. Hehangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

Var () belirtin..... Yok ()

10. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Var () belirtin..... Yok ()

11. Birlikte yaşadığınız kişiler kimler?

Eşim () Çocuklarım () Yalnız () Diğer ()

12. Çocuğunuz var mı, varsa kaç tane?

Var () kaç tane..... Yok ()

13. Çocukları tarafından ziyaret edilme sıklığı

Her gün () Haftada bir gün () İki haftada bir gün ()
Ayda bir gün () Diğer ()

14. Torunuz var mı, varsa kaç tane?

Var () kaç tane..... Yok ()

15. Torunları tarafından ziyaret edilme sıklığı

Her gün () Haftada bir gün () İki haftada bir gün ()

Ayda bir gün () Diğer ()

16. Ailenizdeki bireylerle ilişki düzeyiniz?

Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()

17. Gelecekle ilgili beklenti/hayal kurma?

Var () Yok ()

18. Hobiler (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Stranç oynama () Bulmaca çözme () Kitap okuma ()

Egzersiz/Yürüyüş () Örgü/dantel örme () Televizyon izleme ()

Diğer ()

Sıklığı.....

EK C

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

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 cümlenin 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 olmaya isteklidir.

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 C

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize dair aşağıdaki sorulara uygun olan yanıtı daire içine alınız.

1	Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	Evet	Hayır
2	Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	Evet	Hayır
3	Yaşamınızın bomboş olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
4	Sık sık canınız sıkılır mı?	Evet	Hayır
5	Gelecekte umutsuz musunuz?	Evet	Hayır
6	Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	Evet	Hayır
7	Genellikle keyfiniz yerinde midir?	Evet	Hayır
8	Başınıza kötü bir şey geleceğinizden korkuyor musunuz?	Evet	Hayır
9	Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
10	Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
11	Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	Evet	Hayır
12	Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	Evet	Hayır
13	Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	Evet	Hayır
14	Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
15	Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	Evet	Hayır
16	Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
17	Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
18	Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	Evet	Hayır
19	Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	Evet	Hayır
20	Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	Evet	Hayır
21	Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
22	Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır

23	Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
24	Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	Evet	Hayır
25	Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	Evet	Hayır
26	Dikkatinizi toparlamakta güçlük çekiyor musunuz?	Evet	Hayır
27	Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	Evet	Hayır
28	Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	Evet	Hayır
29	Karar vermek sizin için zor oluyor mu?	Evet	Hayır
30	Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mı?	Evet	Hayır

EK E

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeysiz ()

- Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

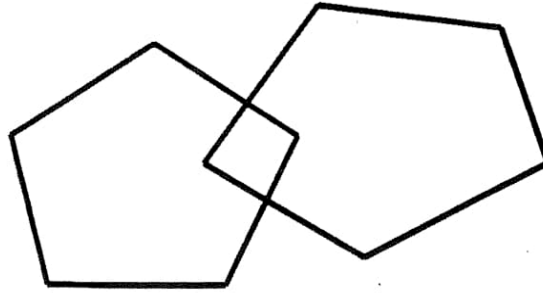
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

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



ÖZGEÇMİŞ

Sedanur Kabadayı 9 Haziran 1993 yılında Kocaeli’nde doğdu. 2015 yılında İstanbul Ticaret Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. Lisans eğitimi boyunca stajlarını Çocuk Kasabası Anaokulu, Kocaeli Devlet Hastanesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapmıştır. 2016 yılında Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisansına kabul edilmiştir. Yüksek Lisans eğitimi süresince Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde uzmanlık stajlarını tamamlamış olup yüksek lisansının son senesinde süpervizör eşliğinde danışan görmeye başlamıştır. GENOM-ist projesi kapsamında Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda 13-17 yaş arası erkek çocuklarına psikoeğitim vermiştir. Projenin 2. etabında Gaziosmanpaşa çevresinde suça eğilimli çocuklarla çalışmıştır.

E-mail: psk.sedakabadayi@hotmail.com