T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YAŞLILARIN YAŞLILIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMİN EKŞİOĞLU AHAD

121106115

İstanbul, Şubat 2016

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YAŞLILARIN YAŞLILIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMİN EKŞİOĞLU AHAD

121106115

Danışman Öğretim Üyesi:

Yrd. Doç.Dr. Esin UZUN OĞUZ

İstanbul, Şubat 201

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

23.03.2016 tarihinde tezinin savunmasını yapan 12 11 06 115 numaralı Yasemin EKŞİOĞLU AHAD'a ait "Yaşlıların Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliği/Oy Çokluğuyla** Kabul Edilmiştir.

.....

Yrd.Doç.Dr. Esin UZUN OĞUZ
(Danışman)

.....

Yrd.Doç. Dr. Kuntay ARCAN

(Üye)

.....

Prof.Dr.Nermin ÇELEN
(Üye)

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bana destek veren, her sıkıntılı anımda beni rahatlatan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Esin Uzun Oğuz'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca her zaman bana inanan, her sıkıntılı anımda yanımda olan, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen ve uzmanlık yapmamda büyük emekleri olan canım babam Halil Ekşioğlu ve canım annem Mahmure Ekşioğlu'na tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmam boyunca tüm streslerime göğüs geren, her anımda yanımda olan sevgili eşim Muzaffer Ahad'a, benimle bu yolda sürüklenen, bazı zamanlar çalışmak için ihmal etmek zorunda kaldığım canım oğlum Ali Burak Ahad'a ve çalışmamın son yılında aramıza sürpriz bir şekilde katılan ve benimle çoğu geceler sabahlayan canım kızım Elif Ahad'a tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim boyunca gözüm arkada kalmadan oğlumu teslim ederek rahatlıkla derslere katılmamı sağlayan ve varlığıyla bana güç veren kıymetli teyzem Nermin Akdoğan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatıma girdiği için varlığına her zaman şükrettiğim, en zor zamanlarımda yanımda olan, bıkmadan usanmadan her zaman beni dinleyen ve bana moral veren, çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen canım arkadaşım, kardeşim, sırdaşım Ravza Ekşioğlu'na tüm kalbimle teşekkür ederim. Uzmanlık yoluna beraber çıktığım, her ne kadar uzaklarda olsada ihtiyaç duyduğumda bir telefon kadar yakınımda olan ve her zaman yardımıma koşan canım arkadaşım Yasemin Camcı'ya teşekkürlerimi sunarım. Çalışmamın en zor döneminde benden yardımını esirgemeyen arkadaşım Kübra Hacıoğlu'na teşekkür ederim. Son olarak beraber çıktığımız bu yolda bana destek olan, her vazgeçtiğimde beni tekrar ayaklandıran ve bana güç veren arkadaşım Mukaddes Hayal Kazgan'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Şubat, 2016

Yasemin Ekşioğlu Ahad

ÖZET

Bu araştırmanın amacı; Yaşlıların Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla olan ilişkisini incelemektir. Yaşlılık algısı kişinin yaşlılığa ilişkin düşünce, değer ve tutumlarını içermektedir. Bu araştırmada yaşlılık algısını oluşturan alt alanlarla, depresyon ve yaşam kalitesinin alt alanlarının ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmada katılımcılar uygun örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Araştırma örneklemini 2014-2015 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğünde kalmakta olan 100 yaşlı ve kontrol grubu olarak evlerinde kalan 30 yaşlı oluşturmaktadır. Örnekleme demans gibi herhangi bir bilişsel rahatsızlığı olan yaşlılar dahil edilmemiştir. Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA-TR), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Formu kullanılmıştır. Evde kalan yaşlıların demans durumu ise Mini Mental Durum ölçeği uygulanarak değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmış; analizlerde ise Pearson Korelasyon Analizi, ve Tek Yönlü Varyans Analiziuygulanmıştır.

Araştırmanın sonucunda; yaşam kalitesi ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşlılık algısı ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşlıların yaşlılıkla ilgili sosyal alanlardaki olumsuz düşünceleri, fiziksel sağlıkları ve sosyal alanda yaşadıkları değişimler ile duyusal işlevleri, kontrol duyguları, kişisel ilişkileri ve geleceğe bakış açıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Bu tezin sonuçları, yazındaki benzer araştırma sonuçları ile kısmen tutarlılık göstermektedir. Çalışmanın sonuçları ilgili yazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi, Depresyon.

ABSTRACT

The aim of this thesis is to examine the relationship of life quality and depression with perception of age. Perception of age refers to individual's belief, value and attitude related to aging. In this study, the relationship of the domains of depression and life quality with the domains of age perception was examined.

This study was conducted with 100 elderly living almshouse between 2014-2015 and 30 elderley living home. Elderly people with cognitive disabilities, such as dementia are exluded from the sample. The data were collected using, Personal Information Form, World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old) Europe Attitudes of Aging (EAAQ), Geriatric Depression Scale (GDS).

The data were entered into the statistical software package (SPSS 22.0), and statistical analyzes were run by this program.

Result of thiş study showed a significant positive relationship between quality of life and depression. There was also a significant negative relationship between perception of life and depression. Negative thinking of social domains related to aging, physical health and social life alterations were significantly correlated with affective functions, sense of control, interpersonal relationship and perspective of future in older people. Moreover, the findings were somewhat consistent with the literature. Findings of the study were discussed in the context of the relevant literature.

Keywords: Age, Perception of Age, Quality of Life, Depression.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI ii
ÖZET iv
ABSTRACT vi
KISALTMALAR ix
SİMGELER LİSTESİ ix
TABLOLAR x
1. BÖLÜM 1
1. GİRİŞ 1
1.1. Dünyada Yaşlılık 3
1.2. Türkiye'de Yaşlılık 6
1.3. Genel Olarak Yaşlılık ve Yaşlanma 9
1.4. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişiklikler 12
1.4.1. Biyolojik Açıdan Ortaya Çıkan Değişiklikler 13
1.4.2. Psikolojik Açıdan Ortaya Çıkan Değişiklikler 14
1.4.2.1. Bilişsel Becerilerdeki Değişiklikler……..……..14
1.4.2.2. Ruhsal Değişimler……..……14
1.4.3. Sosyal Açıdan Ortaya Çıkan Değişiklikler 15
1.5. Sağlıklı Yaşlanma 16
1.6 Yaşlılık Üzerine Bazı Kuramsal Yaklaşımlar 17
1.6.1. Sosyo-Duygusal Seçicilik Kuramı 17
1.6.2. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı 18
1.6.3. Etkinlik Kuramı 19
1.6.4. Süreklilik Kuramı 20
1.6.5. Ödünleme Yoluyla Seçici Optimizasyon Kuramı 20
1.7. Kişilik Açısından Yaşlanma 21
1.8. Yaşlılık Algısı 26
1.8.1. Toplum ve Yaşlılık Algısı 28
1.8.2. Yaşlılara Yönelik Tutumlar 29
1.8.3. Yaşlıların Yaşlılık Algısı 30
1.8.4. Yaşlılarda Stereotiplerin İçselleştirilmesi 35
1.9. Yaşam Kalitesi 38

1.9.1 Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 41
1.9.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi 42
1.10. Depresyon 48
1.10.1. Farklı Yaklaşımlara Göre Depresyon 49
1.10.2. Yaşlılarda Depresyonun Değerlendirilmesi 50
1.10.3. Yaşlılıkta Depresyonla İlgili Çalışmalar 53
1.11. Tezin Amacı 59
1.12. Tezin Önemi 60
2.YÖNTEM 63
2.1.Örneklem 63
2.2.Veri Toplama Araçları 63
2.2.1 Demografik Bilgi Formu 64
2.2.2 Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi 64
2.2.3 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Formu (WHOQOL-OLD) 64
2.2.4. Geriatik Depresyon Ölçeği (GDÖ) 65
2.3.İşlem 66
2.4. Verilerin Çözümlenmesi 66
3. BULGULAR 67
3.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 67
3.2. Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki 69
3.3. Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki 69
3.4. Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki 70
3.5. Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon'unYaşanılan Mekan, Yaş, ve Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi 71
4.TARTIŞMA 76
4.1. Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Yaşlılık Algısı İlişkisi 77
4.1.1. Yaşam Kalitesi ve Depresyon ilişkisi 77
4.1.2 Yaşlılık Algısı ve Depresyon İlişkisi 79
4.1.3. Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi 82
4.2. Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi Ve Depresyonun Yaşanılan Yer, Yaş ve Cinsyete Göre Değerlendirilmesi 85
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları, Önemi ve Gelecekteki Çalışmalar İçin Öneriler 87
5. KAYNAKLAR 91
6. EKLER 113
ÖZGEÇMİŞ 123

KISALTMALAR

AYTA **:** Avrupa Yaşlanma Tutumu Ölçeği

WHOQOL-Old **:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

GDÖ **:** Geriatrik Depresyon Ölçeği

SİMGELER LİSTESİ

$\bar{X}$ **:**Ortalama

F **:** Frekans

Ss **:** Standart sapma

p **:**Anlamlılık düzeyi

r: **:**Korelasyon

α **:** Alpha

TABLOLAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 69

Tablo 2. Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişkilere İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları ……70

Tablo3. Yaşlılık Algısı ve Depresyon Arasındaki İlişkilere İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları ……71

Tablo 4. Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkilere İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları ……71

Tablo 5. Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkilere İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları …….....71

Tablo 6. Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Yaşanılan Mekan'a Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları …….....73

Tablo 7. Yaşlılık Algısı, Yaşam kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Cinsiyete Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları…...…….....74

Tablo 8. Yaşlılık Algısı, Yaşam kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları…….....75

1. BÖLÜM

1. GİRİŞ

Yaşlılık Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre bireyin 65 yaşından sonra başlayan yaşam dönemdir (WHO, 1984). Teknolojik gelişmelere bağlı bilimsel gelişmelerle birlikte, genel sağlık koşullarının daha iyiye gitmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış ve bu durum yaşlı nüfusun artmasına ve bu döneme özgü olan sorunları yaşayankişi sayısının artışına 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. Son yıllarda yaşlılık konusunda yapılan çalışmaların sayısı önceki dönemlere göre artış göstermektedir (Er, 2009). 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 (Rowe ve Kahn, 1997).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 görülenproblemlerin 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).Yaşam kalitesi

yalnızca gençlik ve orta yaşlılık döneminde değil insan hayatının her evresinde önemlidir. Bu nedenle, yaşlılıkta kişinin yaşamış olduğu hastalık ve yaşam süresi gibi durumlarla beraber yaşam kalitesinin önemi de dikkat çekilmesi gereken konular arasındadır(Steiner ve ark., 1996). Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşam kalitesi; kişinin fiziksel ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir.Yaşlının sağlığı söz konusu olduğunda yaşam kalitesinin ve depresyon gibi duygusal problemlerin de üzerinde durulması gerekmektedir

Yaşlanma, kişinin hayata gelmesiyle başlayıp, ölüme kadar devam eden bir değişim sürecidir. Yaşlanmayla beraber kişinin yaşamış olduğu fiziksel, sosyal ve ruhsal değişimler ve bunların etkileri, her ne kadar kişiye özgü görülsede, yaşanılan toplumun ve kültürün, bu değişiklikler üzerindeki etkisi göz ardı edilemez. Bu duruma bağlı olarak yaşlılık, kişinin yaşamış olduğu toplum ve kültürden etkilenerek, herkeste farklı şekillerde ortaya çıkan bir süreçtir (Grühn ve Hess, 2012).

Günümüz toplumlarında yaşlı kişiler çoğu zaman başkaları tarafından bakıma muhtaç, yalnız, mutsuz, birçok alanda işlevlerini kaybeden kişi olarak algılanmaktadır (Ron, 2007). 1930 yılından önceki dönemde, yaşlılığın olumlu yönleri ön planda tutulmaktaydı. Bu dönemde yaşlılara saygı duyularak bilgeliklerine ve tecrübelerine önem verilmektedir. Daha sonraki dönemde ise yaşlılığın fiziksel, bilişsel ve sosyal ilişkilerdeki kayıplarının daha fazla gündeme getirilmesiyle, yaşlılıkla ilgili olumlu görüşler yerini olumsuzluklara bırakmış, yaşlılık hastalık ve düşüş dönemi olarak görülmüştür (Hoffman, Hoffman, Paris ve Hall, 1994). Bu durumun değişmesine neden olan etkenler arasında gençlik dönemine daha fazla dikkat çekilip önem verilmesi, emekliliğe bağlı rol ve statü kaybı, yaşlıların devletin desteğine daha fazla ihtiyaç duyulması sayılabilir. Diğer etkenler arasında gerontoloji alanında yapılan çalışmaların yaşlılık döneminin olumlu yanlarından daha çok olumsuz yanları üzerinde yapılarak dikkatlerin daha çok bu yöne çekilmesi sayılabilir. Bu durumda yaşlının olumsuz durumları içselleştirerek kendisiyle ilgili olan algısının değişmesine, bağımsızlığını kaybetmesine ve mutsuz bir hayat geçirmesine neden olmaktadır (Onur, 2011).

Günümüzde yaşlı nüfusun artması, toplumun yaşlı bireye bakış açısının iyileştirilmeye gidilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Toplumun yaşlıya bakış açısı kişinin kendisiyle ilgili olan algısını etkilemekte ve bu durumda yaşlının

kendini iyi hissetmesine, sağlıklı yaşlanmasına olumsuz yönde etki etmektedir (Levy, 2008).

1.1. Dünyada Yaşlılık

Yirminci yüzyılda, teknolojik gelişmelere bağlı bilimsel gelişmelerle birlikte, genel sağlık hizmetlerinin daha iyiye gitmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış ve bu durum dünyada yaşlı nüfusun artışına yol açmıştır (Güleç ve Tekbaş, 1997). Yapılan nüfus sayımları ve araştırma sonuçlarına bakıldığında da yaşlı nüfus sayısındaki artış dikkat çekmektedir. 60 yaş ve üzeri kişi sayısı, 1950 yılında tüm dünyada 200 milyon iken, 2000 yılında bu rakam 400 milyona ulaşmıştır. Dünya nüfusunun 2050 yılında 8,9 milyar olacağı ve yaşlı nüfusun da 2 milyara ulaşacağı belirtilmiştir. 2050 yılında yaşlı nüfusun tüm dünya nüfusunun %22'sini oluşturması beklenmektedir. Her 7 insandan birinin 65 yaşın üzerinde olduğu gelişmiş ülkelerde, yaşlıların bu oranının 2030 yılında her 4 insandan biri olarak değişmesi öngörülmektedir (WHO 2002).

İstatistikler genel olarak dünya nüfusunun yaş ortalamasının giderek yükseldiğini, küresel olarak nüfusun yaşlandığını ortaya koymaktadır. Buna sebep olan iki süreçten bahsedilmektedir. Birincisi insanların yaşam sürelerinin giderek uzaması ikincisi ise, dünya genelinde doğurganlık oranlarının azalmasıdır (DESA, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2013).

Uluslararası Yaşlanma Eylem Planında, yaşlı oranı 1998 ve 2025 yılları arasında Avrupa'da %20'den %28'e, Kuzey Amerika'da %16'dan %26'ya yükseleceği ve dünya genelinde ise 2000 ile 2050 yılları arasında 60 yaş üstü yaşlı nüfusun %10'dan %21'e yükseleceği bildirilmektedir (United Nations Population Division, UNPD, 2002).

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).

Dünya nüfusunun 2014 yılında %8,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %29,5 ile Monako, %25,8 ile Japonya ve %21,1 ile Almanya'dır. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında 94. sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK, 2014).

Dünyadaki nüfus yapısı gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaklaşık %40'ı 24 yaş altında olmakla birlikte, gelişmişlik düzeyinin en alt basamağında bu oran %60'a kadar yükselmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise genç nüfusun çok daha az, buna karşılık yaşlı nüfusun daha fazla olduğu bildirilmektedir (DESA, 2013).

Batılı toplumlarda yaşlıların yaşam şekilleri ekonomik gelişmelere göre değişiklik göstermektedir. Genellikle aktif bir yaşam tarzına sahip olan yaşlıların ekonomik durumunun iyi olduğu ve bu sayede daha fazla ev dışında vakit geçirebilme, seyahat edebilme imkânına sahip oldukları bilinmektedir (Someya ve Wells, 2008).

Filinson'a (1997) göre Almanya'da yaşayan yaşlıların büyük çoğunluğu riskli olmasına rağmen kendi evlerinde kalmayı tercih etmektedirler. Bağımsızlığına düşkün olan bu yaşlılar, huzurevlerini sürekli yaşlılığın hatırlatıldığı yerler olarak tanımlamaktadırlar.

Japonya'da ise ekonomik şartlar gelişmiş olmasına rağmen yaşlı nüfusun büyük çoğunluğu çocuklarıyla beraber yaşamaktadır. İkinci dünya savaşından önce doğup, Japon adetlerine göre büyüyen yaşlılar genellikle çocuklarıyla beraber yaşamaktadırlar. Hatta Japon toplumunda yalnız yaşayan yaşlılara acınmakta ve çocukları ayıplanmaktadır. Japonya'da yaşlılar hürmet edilen, bilgi birikimlerinden ve deneyimlerinden faydalanılan, bilge kişiler olarak görülmektedir. Bunlardan ötürü yaşlının sosyal statüsünün daha yüksek olduğu gözlenmektedir. (Someya ve Wells, 2008).

ABD'de 1960 yılında çok daha az sayıda yaşlı ailesiyle birlikte yaşarken, günümüzde yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %3'ü ailesiyle aynı evi paylaşmaktadır. Bir çalışmada ABD'de eşiyle birlikte yaşayan yaşlıların, genç yetişkin çiftlere oranla daha olumlu ve istikrarlı ilişki yaşadıkları ortaya koyulmuştur (King ve Scott, 2005). Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Yaşlanma Raporunda Dünya nüfusunun %40'ının bir başkasına bağımlı olmadan yaşadığı ve gelişmiş ülkelerde yaşlı insanların üçte ikisinin bağımsız olarak yaşadığı bilgisi verilmektedir (UNFPA, 2012).

Birleşik Devletlerde yaşlı grup içerisinde en hızlı büyüyen grubun 80 yaş üstü olduğu belirtilmektedir. 80 yaş üstü kişi sayısı 2000 yılında 70 milyon'dur. İlerleyen yıllarda bu oranın 5 kat daha artacağı öngörülmektedir (UNFPA, 2012).

Tüm dünyada değişen nüfus yapısı ülkelerin sosyal politikalarında değişikliklere gidilmesine sebep olmaktadır. Yaşlılara yönelik sosyal politikalara duyulan gereksinim her geçen yıl artmaktadır. Yaşlı bireylerin bakım, gözetim ve maddi gelir güvencesine sahip olmalarını öngören sosyal politikalar pek çok ülke tarafından güncel gündem konularındandır (Sherlock, 2000; Şahin 2014; Altan ve Şişman 2003).

Gelişmiş ülkelerde yaşlılık konusunda çalışan sosyal politika analistleri yaşlı bireyleri bağımlı, sosyal özerklikten yoksun, dışlanmış ve üretici dünya için yük olan kişiler olarak tanımladığını belirlemektedir (Akdemir, Çınar & Görgülü, 2007).

Türkiye'deki yaşlılara yönelik sosyal politikalar; sosyal sigorta uygulamaları, sosyal hizmet uygulamaları ve kurumsal bakım ile sosyal yardım uygulamaları olarak sınıflandırılabilir (Taşçı, 2010). Sosyal güvenlik sistemlerinin kapsam ve içeriğindeki gelişmelerin yaşlı kesime yönelik sosyal politikalar üzerindeki etkileri gelişmiş ülkelerde daha belirgin olarak gözlenmektedir (Altan & Şişman, 2003).

Lindquist (2008) Avrupa'da yaşlı bakım hizmetleri konusunda temel bir yere sahip olan İsveç yaşlı bakım politikalarını sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar şeklinde iki kategoride değerlendirmektedir. İsveç'te yaşlı hizmetleriyle ilgili büyük sorumluluk belediyelere aittir. Yerel belediyeler her birey için "makul hayat standardı" belirleyerek sosyal yardım sorumluluğunu üzerine almaktadır. Ortalama yaşam süresi en yüksek olan İsveç'te sağlık ve sosyal bakım hizmetleri, temel olarak vergi gelirleriyle kamu tarafından sağlanmaktadır. "Makul hayat standardı" kanunla tarif edilmemiş olmakla birlikte yerel belediyelerin yorumuna bırakılmıştır (akt: Taşçı 2010)

Yaşlı bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine duydukları ihtiyacın azaltılması yaşam kalitesinin geliştirilmesiyle mümkündür. Bu nedenle yaşlılara yönelik çalışmaların yaşlı sağlığının en temel unsurlarından biri olan yaşam kalitesi kavramını göz ardı etmeden sağlıklı yaşlanma sürecine odaklanmaları toplum yararına olacaktır. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli etken kronik hastalıklardır. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda depresyonun varlığını yaşam

kalitesinin etkilediği bildirilmektedir (Eyigör, Karapolat, Durmaz 2006; Sönmez ve ark., 2007).

1.2. Türkiye'de Yaşlılık

Türkiye'de demografik yapıyla ilgili olan en büyük değişiklik, nüfusun yaş yapısındaki gelişmedir. Nüfusun büyük çoğunluğunu gençlerin oluşturduğu Türkiye'de, yaşlı nüfus giderek artmakta ve yaşlı nüfus oranı gençlerinkinin önüne geçmektedir (Şahin, 2014). Türkiye yaşlanma sürecinin hızla gelişeceği ülkelerden biridir (Mandıracıoğlu, 2010).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 2014 yılında yaşlı nüfus 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak bildirilmiştir (TÜİK, 2014). 2025 yılında ise nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşması ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olması beklenmektedir. Genel nüfus oranlarına bakıldığında 2000 yılında erkek nüfusun %5,1'inin ve kadın nüfusun %6,3'ünün 65 yaş ve üstü olduğu belirtilmiştir. 2050 yılında ise 65 yaş ve üstü için bu oranların erkekler için %15,6, kadınlar için ise %19,0 olacağı öngörülmektedir. 2050 yılında her iki cinsiyet için yaşlı nüfus oranındaki artış üç kattan fazla olacaktır (Tezcan ve Seçkiner, 2012).

2013 yılında yaşlı erkek nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin oranı %9,8 iken yaşlı kadın nüfusta bu oran %34,9'dur. İlkokul mezunu olan yaşlı erkeklerin oranı %52,6 iken yaşlı kadınların oranı %32,4'tür. Yüksek okul veya fakülte mezunu olan yaşlı erkek nüfus oranı %7,1, yaşlı kadın nüfus oranı ise %2'dir (TÜİK, 2014).

Türkiye'de 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9, 1991 yılında %4,3 iken 2012 yılında %7,51'e yükselmiş, 2023 yılında %10,2, 2050 yılında ise %20,8 e yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK,2014). Yaşlı nüfus il bazında incelendiğinde 2014 yılında yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il, %17,6 ile Sinop'tur. Yaşlı nüfusun en düşük olduğu il ise %2,9 ile Hakkari'dir (TÜİK, 2014). Her iki ilde de huzurevi bulunmamaktadır. Türkiye genelinde sadece 43 ilde yaşlılar için huzurevi olanağı bulunmaktadır. Yaşlılara sunulan huzurevi hizmetlerinin sayıca

yeterliliği hususunda bir standart bulunmamaktadır. Yaşlı sayısı en yüksek olan Sinop ilinde huzurevi bulunmayışı, Türkiye'deki huzurevi dağılımındaki dengesizliğin varlığına işaret etmektedir (Vehid, 2000).

Ülkemizde bakanlığa bağlı (107), belediyelere ait (20), dernek ve vakıflara ait (31), azınlıklara ait (7), özel huzurevi (128) olmak üzere toplamda 294 huzurevi bulunmaktadır. Türkiye'deki huzurevlerinin kapasitesi 24194 iken toplam doluluk 19566'dır (Ail ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013).

Türkiye'de gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de yaşlılar çoğunlukla ailelerinin yanında yaşamaktadır. Her on yaşlıdan yedisinin çocukları ile aynı evde ya da aynı apartmanda veya aynı mahallede oturduklarını göstermektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007).

2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki erkeklerin %64,2'si, kadınların ise %57,3'ü kendilerini mutlu hissetmektedir. Yaşlı nüfusun en önemli mutluluk kaynağının aile olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2014).

Edirne'de huzurevinde kalan yaşlılarla ilgili yapılan araştırmada yaşlıların neredeyse yarısına yakınının (%47,1) dul olduğu veya çocuğunun olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç huzurevinde kalanların daha çok ailesi veya çocuğu olmayan yaşlılardan oluştuğu görüşünü desteklemektedir (Çoban ve Şirin, 2005)

Onat ve Tufan (2004) 1300 yaşlı ile yaptığı araştırmada yaşlıların neredeyse tamamına yakınının (91,7) huzurevinde kalmayı istemediklerini ve huzurevinde kalmayı istememe sebeplerinin başında ise ailesiyle kalmaktan mutlu olmasının geldiğini belirtmiştir. 2007 yılında "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" ülkemizde yaşlanma ile ilgili hazırlanan ilk rapor olma özelliğini taşır. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı'nın öncelikleri; Yaşlılar ve Kalkınma, Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması ve Yaşlılıkta Olanaklar Sunan, Destekleyici Ortamların Sağlanması olmak üzere üç ana kısımdan oluşmaktadır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007).

2012 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı" hazırlanmıştır. Eylem Planı Uygulama Programında birçok hedef ve bu hedefleri

gerçekleştirebilmek için uygulanacak eylemler yer almaktadır. Yaşlılar ve Kalkınma ana başlığındaki hedefler arasında, yaşlıların topluma ve kalkınma sürecine aktif katılım sağlamaları, çalışmak isteyen tüm yaşlılara istihdam olanaklarının sunulması, kırsal kesimde yaşam koşullarını ve altyapının iyileşmesi, kuşaklar arası dayanışmanın desteklenmesi, sosyal koruma/sosyal güvenliği ile yoksulluğun azaltılması bulunmaktadır.

Eylem planında yaşlılıkta sağlık ve refahın arttırılması amacıyla, bu dönemdeki hastalıkların önlenmesi için politika geliştirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması, yaşlıların gereksinimleri konusunda sağlık çalışanlarının ve bakım hizmeti veren diğer bireylerin bilgilendirilmesi ve eğitim olanaklarının sağlanması, yaşlıların ruh sağlığı gereksiniminin karşılanması gibi hedefler bulunmaktadır.

Eylem planındaki bir diğer ana başlık ise olanaklar sunan destekleyici ortamlar sağlanmasıdır. Bu bölümde ise konutlar ve yaşanan alanların iyileştirilmesi, yaşlıların bireysel tercihleri göz önüne alınarak toplum içinde kendi ortamlarında yaşlanmanın teşvik edilmesi, erişilebilir ulaşım sistemlerinin geliştirilmesi, her türlü ihmal, istismar ve şiddetin ortadan kaldırılması, gibi hedefler bulunmaktadır (DPT, 2007).

2014-2018 Onuncu Kalkınma Planında ülkemizde meydana gelen demografik değişlikten ve artan yaşlı popülâsyona dikkat çekilerek bahsedilmektedir. TC. Kalkınma Bakanlığı'nın yürüttüğü 10.Kalkınma Planı çalışmaları 2014-2018 yıllarını kapsamaktadır. Bu komisyon çalışmaları kapsamında Türkiye'de yaşlılık ve yaşlanmaya dair sosyal politika önerileri, hedefler ve eylemler; aktif yaşlanma, yaşlı hakları ve hukuku/yasal düzenlemeler, Türkiye'de yaşlı işgücü ve çalışma yaşamı, yaşlı yoksulluğu, yaşlılara yönelik hizmetler, yaşlılıkta psiko-sosyal yaşam ve kuşaklararası dayanışma, yaşlanma ve yaşlılık dönemi araştırma-geliştirme faaliyetleri başlıklarını içermektedir (Bakanlığı, K. 2014).

Kentleşme ve sanayileşme ile beraber Türkiye'de aile yapılarında değişiklikler meydana gelmiştir. Geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçerken bu durumdan en çok etkilenen grup yaşlılardır. Aile içinde söz sahibi olan

yaşlılar, kentleşmeyle beraber eski konumlarını kaybetmişlerdir (Akdemir, Çınar ve Görgülü, 2007).

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre tek başına yaşayan yaşlıların oranı 2011 yılında %11 ve 2013 yılında %17 iken bu oran 2014 yılında %17,3'tür. Tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %77,2'sini kadınlar, %22,8'ini ise erkekler oluşturmaktadır (TÜİK,2014).

Türkiye'de kurumsal bakım altında kalan yaşlı sayısı giderek artsa da, aile bağlarının hala güçlü olması, yaşlıların çocuklarının ya da akrabalarının yanında kalmalarını sağlamaktadır. Yapılan bir araştırmada her 10 yaşlıdan 7'sinin çocukları ile aynı evde ya da aynı binada, sokakta veya mahallede oturduklarını göstermektedir (Urfalıoğlu, Alaş ve Yıldırım, 2007).

Yaşlı bireylerde sosyal rol ve güven kaybı, faydasızlık, çaresizlik, başkasına muhtaç olma, ölüm korkusu gibi problemlere yol açmaktadır. Yakın çevresinin kendisine olan ihtiyacını hissetmek, yaşlıyı hayata bağlamakta, değer kaybını engellemekte ve aktif olmasına zemin hazırlamaktadır (GörgünBaran, 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.

Aile içinde uzunca yıllar söz sahibi olan yaşlılar, geniş aileden çekirdek aileye giden bu değişimle beraber aileye yük olarak algılanmaya başlanmıştır. Günümüzde yaşlılar modern yaşam koşullarına ayak uyduramamakta ve bu durum da onların mutsuz olmasına neden olmaktadır (Akdemir, Çınar & Görgülü, 2007).

1.3. Genel Olarak Yaşlılık ve Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 65 yaş ve üzeri olan kişiler yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 1984). Yaşlılık dönemi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan, yaşlı sağlığının korunmasına yönelik çalışmalarda, orta yaşlılık (45-59 yaş), yaşlılık (60-74 yaş), ileri derece yaşlılık (75-89 yaş) olarak üçe ayrılmıştır (akt. Kutsal, 2007). Gerontolojistlere göre ise yaşlılık; genç yaşlı (65-74

yaş), orta yaşlı (75-84 yaş) ve ihtiyarlık (85 yaş ve üzeri) olarak tanımlamaktadır (Onur, 2011).

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, bilişsel ve fiziksel alanda gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması ve sağlık kaybı gibi döneme özgü sorunları kapsayan bir kayıplar dönemidir (Işık, 1991). Diğer bir tanıma göre yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin, bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal 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'ye göre yaşlılık ise, deneyimin ve bilginin zirveye ulaştığı bir dönemdir (akt. Lehr, 1994). Bu iki düşünüre 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. Goldberg'e (2005) göre ise yaşlılık bilgi birikiminin en üst seviyeye ulaştığı dönemdir.

Yaşlılık ile ilgili çalışmalar ve tanımlar incelendiğinde, yaşlılığın çok yönlü bir şekilde ele alındığı dikkat çekmektedir (Bilginer, 1996; Hooyman ve Kiyak, 1993; Rowe ve Kahn, 1997). Gelişimsel bir süreç olan yaşlılık dönemi, kronolojik, sosyal, biyolojik ve psikolojik boyutları da içine alır. Hooyman ve Kiyak'da (1993) gerontologların yaşlılığı dört farklı süreç olarak gördüklerini belirtmektedirler. *Biyolojik yaşlılık;*insan yapısındaki ve fonksiyonlarındaki değişiklikleri içerirken, *kronolojik yaşlılık* ise yaşa bağlı olan değişimleri içermektedir. Biyolojik açıdan yaşlılık kronolojik yaş ile beraber ilerleyen bir süreçtir. Vücudun yapısal ve işlevsel değişimlerini içerir. *Psikolojik boyutuyla yaşlılık* da, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından uyum sağlama kapasitesindeki

değişiklikleri içermektedir. *Sosyolojik açıdan yaşlılık* ise, belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir. Kişinin yaşamış olduğu fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal değişimler onun yaşadığı hayata tekrardan uyum sağlamasını gerektirir (Özer ve Karabulut, 2003). Bu değişimler birbirleri ile eş zamanlı olarak gitmek zorunda değildir. Örneğin bir kişi kronolojik yaşından farklı olarak psikolojik, biyolojik veya sosyal olarak farklı yaşta olabilir.

Yaşlılık ve yaşlanma kavramları birbirleriyle aynı anlama gelmemektedir. Yaşlılık, yaşlanmadan farklı olarak, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin ortaya çıkmasıyla gerçekleşen fizyolojik ve ruhsal 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, bedenin uyum sağlama yeteneğinin azalması gibi). Bu yaşlanma tipinin saçların beyazlaması gibi bazı belirtileri görünürde fark edilirken, bedenin 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 bir çok 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.

İnsan hayatı doğumdan ölüme kadar sürekli gelişim ve değişim içerisindedir. Her dönem gibi yaşlılığın da kendine özgü sorunları, görevleri ve gereksinimleri vardır (Havighurst, 1963). Havighurst'a (1963) göre her birey gelişim dönemlerinden geçer ve bu dönemlerin kazanılması gereken gelişim görevleri vardır. Gelişim ve değişim içerisinde olan kişi yaşadığı dönemin görevini başarılı bir şekilde yerine getirebildiğinde kendini mutlu hissedip, diğer görevlerini mutlulukla karşılayabilmektedir. Aksi taktirde ise bu başarısızlık onda mutsuzluğa, diğer gelişim görevlerini zorluklarla karşılamaya neden olabilecektir. Havighurst'a (1963) göre gelişim görevleri yaş'a göre sırasıyla, dünyaya uyum sağlama (0-2 yaş), kendini tanıma (2-6 yaş), sosyalleşme (6-12 yaş), kimlik kazanma (12-18 yaş), bağımsızlık, ahlak, ilişki ve kariyer olgusunun oluşması (18-35 yaş), aile, toplum ve mesleki zirveye ulaşma (35-60 yaş) 'dır. Yaşlılık döneminde ise (65 yaş ve üzeri) karşılaşılan görev ve sorunlar Havighurst'a (1963) göre, azalan fiziksel güç ve sağlığına uyum sağlama (gücünün yettiği işleri yapma, sağlığına dikkat etme), emeklilik ve azalan gelire uyum sağlama, eşin ölümüne uyum sağlama, yaş grubu ile açık bir yakınlık kurma (kendi yaşıtlarıyla vakit geçirme), toplumsal ve vatandaşlık yükümlülüklerini yerine getirme ve doyurucu fiziksel yaşam düzenlemesi oluşturma (yaşamını kolaylaştıracak şekilde ortamsal düzenlemeler yapma) olarak belirlenmiştir. Havighurst'a (1963) göre bir dönemde kazanılamayan görevler bir sonraki dönemi olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşlılıkta ortaya çıkan psikolojik, fiziksel ve sosyal değişimler; kalıtsal özellikler, psikososyal ve sosyo-ekonomik şartlar, yaşama biçimi, geçirilen hastalıklar, yaşlının bu dönemi algılama biçimi, yaşadığı toplum ve kültür gibi faktörlerden etkilenerek kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir (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 kaçınılmazıdır.

1.4. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişiklikler

Yaşlılık biyolojik, sosyolojik ve psikolojik süreçlerdeki değişimlerin yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir (Şener, 2009). Bu üç süreçteki değişimlerin birbirinden ayrı olarak değerlendirilmemesi gerekmektedir. Bu değişimlerin bazıları

gözle görülebilen değişiklikler olmasına rağmen (biyolojik değişiklikler), bazıları ise gözle görülemeyen (psikolojik değişiklikler) değişiklerdir. Her değişimin kendi içinde kişiye özgü olduğu ve her yaşlıda yaşadığı çevre, fizyolojik özellikler gibi durumlara bağlı olarak, farklı şekillerde ortaya çıktığı, yaşlı değerlendirilmesinde unutulmaması gereken önemli bir husustur (Kotter-Grühn ve Hess, 2012).

1.4.1. Biyolojik Açıdan Ortaya Çıkan Değişiklikler

Biyolojik açıdan ortaya çıkan değişiklikler, vücudun yapısal ve işlevsel açıdan değişimlerini içermektedir (Santrock, 2011).

Biyolojik açıdan ortaya çıkan değişiklikler kronolojik yaşla ilgili olan değişimleri içermektedir. Holstein, Due, Almind ve Avlund'nın (2007) 70 yaş ve üzeri kişilerle yaptığı çalışmada yaşlılarda en fazla hareketlerde gerilemenin olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşlı kişiler genç kişilere oranla daha yavaş hareket ederler. Görme, duyma, dokunma, tad alma, koklama gibi duyu organlarında rahatsızlıklar meydana gelebilmektedir (Dillon, Gu, Hoffman ve Ko, 2010). En belirgin bozulma görme duyusundadır.Yaşlılar yakın nesneleri görmekte zorlanmaya başlayabilirler. Brabyn, Schneck, Haegerstorm- Portney ve Lot'nın (2001) 58-102 yaş aralığında olan yaşlılarla yaptığı çalışmada yaşın görsel işlevsellikte önemli bir yere sahip olduğu ve yaş arttıkça görmede bozulmalar meydana geldiği sonucuna ulaşmışlardır. Bununla beraber yaşlılarda yaşın ilerlemesiyle işitme güçlüğü ve buna bağlı olarak konuşmaları anlayamama ve cevap verememe gibi güçlükler de yaşlının yaşadığı problemlerdendir (Santrock, 2011). Charness ve Bosman'a (1992) göre 65-74 yaş aralığındaki kişilere nazaran 75 yaş ve üstü olan kişilerde işitme ve görme daha zayıftır. Harris'e (1975) göre ise 45-54 yaş aralığındaki kişilerin %19'u işitme problemi yaşarken, 75-79 yaş aralığındaki kişilerde bu oran %75'e yükselmektedir. Yaşlanmanın en belirgin olarak ortaya çıktığı durum ise ciltteki değişikliklerdir. Ciltte ki en belirgin değişiklikler, incelme, kuruluk, kırışıklık, sarkma gibi durumlardır (Santrock, 2011). Dokunma, tad alma ve koklama gibi duyularda da azalma görülmektedir (Murphy, 2008). Yaşlılık döneminde görülen koku ve tad almadaki bozukluk kişilerin yemekten ve yaşamdan zevk almamalarına neden olabilmektedir (Rolls ve Drewnowski, 2007). Duyu organlarında yaşanılan bu değişimler yaşlıda uyum güçlüğüne neden olmaktadır (Onur, 2011). Yaşlılıkta

fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser, kardiyavasküler problemler en sık karşılaşılan hastalıklardır (Telatar ve Özcebe, 2004).

1.4.2. Psikolojik Açıdan Ortaya Çıkan Değişiklikler

Bu değişimler kişinin ruhsal davranışı ve bilişsel becerilerdeki gerilemeleri içermektedir (algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme, kişilik özellikleri gibi) (Er, 2009).

1.4.2.1 Bilişsel Becerilerdeki Değişimler

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 duyusal 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.

Yaşlılık döneminde bazı alanlarda gözle görülebilir değişiklikler fark edilse de, bazı araştırmacılar tarafından bu dönem sadece gerileme dönemi olarak görülmeyip, yaşlının yaşam deneyimine bağlı olarak muhakeme yapma ve dikkatini kullanma gibi bazı alanlarında daha iyi olduğu görüşü öne sürülmüştür (akt. Er, 2009). Örneğin, Blum, Jarvik, Clark, Gren, Schaieve ve Neugarten gibi araştırmacılar yaşlılık döneminde kişilerde, tecrübe ve birikime dayalı bir muhakeme gücünün arttığını öne sürerek zekanın tam anlamıyla gerilemediğini savunmaktadırlar. Uzmanlar tarafından zeka; akıcı zeka (organizmanın fizyolojik yapısına dayalı zeka) ve birikimli zeka (toplumsal deneyimler tarafından kazanılan zeka) olarak ikiye ayrılmakta ve yaşlılıkta birikimli zekada artış görülürken, akıcı zekada düşüş görülebilmektedir (Horn ve Donaldson, 1980). Diğer görüşlere göre ise yaşlanmayla beraber zeka, dil, bellek, algı ve dikkat gibi alanlarda yaşlıların zorlandığı öne sürülmektedir (Er, 2009). Dikkat, yaşlılarda gençlere nazaran azalsa da, yaşlıların dikkatlerini nasıl kullanmaları gerektiği hususunda daha fazla deneyim sahibi olduğu öne sürülmektedir (Göka ve Aydemir, 2000). 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 odaklanmaktadırlar (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).

1.4.2.2. Ruhsal Değişimler

Yaşlanmayla beraber kişinin yaşamış olduğu biyolojik, fizyolojik değişimler kendisinin ruhsal süreçlerinde değişiklikler yaratmaya neden olabilir. Bu değişimlere bağlı olarak yaşlı, yaşamdan zevk almamaya başlayabilir. Tüm değişimlere rağmen yaşlı gençliğini korumayı hedef alarak kendisi için önemli olan şeyleri sürdürmeye devam eder, yaşlanmanın getirmiş olduğu olumsuzluklara boyun eğmezse yaşamdan zevk alabilir hale gelebilir; aksi halde içine kapanır, değersizlik ve isteksizlik gibi sorunlar yaşayabilir (Ersanlı, 2005). Yaşlının maddi sıkıntı yaşaması, toplumsal desteğinin azalması, stresler, krizler, emeklilik, eş ölümü, hastalık gibi problemler, onun eski hayatına özlemeye başlamasına neden olabilir. Bu durumda eskiye olan bağlılığın artmasına neden olabilmektedir (Onur,2011). Yeniliklerle karşılaşmak yaşlının kaygı yaşamasına neden olabilmektedir. Yaşlılık döneminde kişiler, olaylara karşı aşırı hassasiyet gösterebilirler. Ben merkezci davranışlar sergileyerek kendinden başkasına önem vermemeye başlayabilirler. Ölüm korkusu ve gelecekle ilgili kaygılar yaşayabilmektedirler (Kalkan ve Ersanlı, 2008).

1.4.3. Sosyal Açıdan Ortaya Çıkan Değişiklikler

Yaşlanmayla beraber kişide rol ve statü kaybı ortaya çıkmaktadır (Spar ve Rue, 2006). Aile yaşantısı, yakın ilişkiler, arkadaşlar, saygınlık ve sosyal desteğin azalması gibi hususlarda değişiklikler meydana gelmektedir. En önemli değişikliklerden biri de emekliliktir (Göka ve Aydemir, 2000; Güz ve Çolak, 2002). Emeklilikle beraber gelirde azalma, sosyal konum kaybı yaşanabilir. Emeklilik

döneminde kişinin, daha az sorumluluğu, görevi vardır. Ancak bununla beraber daha fazla boş vakti vardır. Eğer kişi emeklilikle gelen bu durumlara karşı hazır değil ise, kendini boşlukta hissedebilir. Bazı insanlar için emeklilik rol ve statü kaybı olarak görülse de, bazıları için yapmak istediklerini gerçekleştirebilmek için yeni bir yaşam fırsatıdır. Toplum tarafından yaşlıya bakış açısı, aile ve arkadaş desteği yaşlıların bu sürece uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple yaşlıların sosyal destek kaynakları güçlendirilmelidir (Chi ve Chou 2001; Gadalla 2010; Kılıç, Karadağ, Koçak ve Korhan, 2014; Mendes de Leon, Gold, Glass, Kaplan ve George, 2001; Penninx, Deeg, Van Ejik, Beekman ve Guralnik, 2000).

1.5. Sağlıklı Yaşlanma

Sağlıklı yaşlanma; kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini korumasını, bağımsız yaşamasını devam ettirmesini ve bunun sonucundada yaşam kalitesini arttırmasını içermektedir (Aydın, 2006). Sağlıklı yaşlanmak kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1990'ların sonunda benimsenmiştir. Kişilerin sağlıklı yaşlanması için, bireysel özelliklerinin yanında, toplumsal açıdan sağlanan desteklerde (psikososyal, ekonomik ve fizyolojik destek) önemlidir (Baysan, 2008). Sağlıklı yaşlanmayı etkileyen faktörler kültür ve cinsiyet, kişisel özellikler (kişinin psikolojik durumu, yaşadığı toplum ve kendisinin yaşlılık algısı ve tutumu), çevresel faktörler (güvenli kalınacak yer, düşme, sigara- alkol gibi maddelerin ortamdan kaldırılması, sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma), sosyal çevre (sosyal destek, şiddet ve istismar, eğitim ve okur yazarlık), ekonomik destek (gelir,sosyal güvenlik , iş), sağlık ve sosyal hizmetler (koruyucu sağlık hizmetleri), davranışsal belirleyiciler (fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, alkol tütün kullanmama) olarak sıralanabilir (akt. Baysan, 2008).

Yaşlıların yalnızlıktan korunması, beslenmelerine dikkat etmesi, kötü alışkanlıklardan uzak durması (sigara, alkol gibi), spor yapmaları, sosyal aktivitelere katılmaları, ilaçlarını uygun bir şekilde kullanmaları gibi önlemler sağlıklı yaşamaları açısından önemlidir (Ersanlı, 2005). Newman ve arkadaşları (2006)'da düzenli spor yapmanın yaşlılarda sağlığı koruduğunu, fiziksel gerilemenin başlamasını geciktirdiğini öne sürmüşlerdir. Bir çok araştırmacıya göre yaşlılar, sağlıklı yaşlanma açısından sahip olduğu işlevlerini devam ettirebilir (Antonucci,

Birditt ve Ajrouch, 2011; Hughes, 2010; Lachman, Agrigoroaei, Murhpy ve Tun, 2010). Bu araştırmacılara göre uygun beslenme, aktif yaşam tarzı, zihinsel uyarı ve esneklik, olumlu başa çıkma becerileri, iyi sosyal ilişkiler, desteğin varlığı ve hastalıkların olmaması, gibi faktörler bu becerilerin devam etmesini sağlamakta etkilidir. Buchman, Boyle, Wilson, Fleischman, Leurgans ve Bennett'in (2009) sağlıklı yaşlanma açısından yaşlılıkta işlevsellik üzerine yaptıkları araştırmada fiziksel ve sosyal faaliyetlerin, yaşlıların motor kabiliyetlerini koruduğu sonucuna varmışlardır.

Aynı zamanda kişinin sağlıklı yaşlanması için dönemin getirdiği görev ve sorunları kabullenmesi ve bunlarla başa çıkması gerekmektedir (Havighurst, 1963). Kişilerin yaşlılığı bir sorun olarak görmek yerine, bu döneme nasıl daha iyi hazırlanacakları hususunda çaba sarf etmeleri sağlıklı yaşlanma açısından önemlidir.

1.6 Yaşlılık Üzerine Bazı Kuramsal Yaklaşımlar

1.6.1. Sosyo-Duygusal Seçicilik Kuramı

Sosyo duygusal seçicilik kuramı yaş ve duygusal değerlik etkileşimini anlamak için kullanılan ve deneysel olarak test edilen önemli duygu kuramlarından birisidir. Kuram yaşamda meydana gelen değişikliklerin çoğunu motivasyonel kaynaklı olduğunu savunmaktadır. Bu kurama göre gençlerle yaşlıların kendine koydukları hedefler farklılık taşımaktadır. Gençler kendilerine daha çok bilgi yönelimli hedefler koyarken yaşlılar daha çok duygu yönelimli hedefler koymaktadır (Carstensen ve Charles, 1999).

Sosyo duygusal seçicilik kuramı, yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinde daha seçici davrandıklarını savunmaktadır. Laura Carstensen (1992) tarafından geliştirilen bu kuramda yaşlı bireyler duygusal doyuma daha fazla önem vermelerinden ötürü çoğunlukla tanıdıkları ve kendilerini mutlu eden kişilerle vakit geçirmektedir. Sosyal etkileşimin seçici bir şekilde daraltılması olumlu duygusal deneyimleri arttırırken, duygusal riskleri de en aza indirmektedir (akt; Fisher ve Simmons, 2007).

Carstensen (1992) sosyal ilişkilerde yaşam boyu değişiklik olduğuna dair bir görüş savunmaktadır. Yaşla birlikte kişinin sosyal ilişkiler için sahip olduğu gereksinimlerin kalite ve miktarının değiştiğini öne sürmektedir. Yaşam boyu benzer

amaç ve hedefler peşinde koşulsa da, yaşa bağlı olarak zamanla, bu amaçların önemi değişmektedir. Yaşlı bireyler sahip oldukları sosyal çevreyle olan bağlarını güvene almak ihtiyacındayken, gençler yeni sosyal çevre konusunda daha istekli olmaktadır.

Carstensen, (1992) yaptığı araştırmada yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere oranla çok daha küçük sosyal çevreye sahip olduklarını tespit etmiştir.

Carstensen, (1992) 69 ile 104 yaşları arasındaki kişilerle yaptıkları araştırma sonucuna göre gruptaki en yaşlı katılımcıların dışarıdan kişilerle sosyal ilişkilerinin daha genç yaştaki yetişkinlere göre daha az olduğu bulunmuştur.

1.6.2. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı

Yaşamdan geri çekilme, Cummings ve Henry tarafından 1950'lerin sonlarında geliştirilen bir kuramdır. Yaşlılık konusundaki ilk sosyolojik kuramlardan birisi olan yaşamdan geri çekilme kuramı, yaşlı bireylerin sağlıklarının bozulması, fiziksel bilişsel kapasitelerinin azalması ve ölüm olasılığının artması gibi tecrübeler yaşamalarına bağlı olarak sosyal yaşama katılımlarının kademeli olarak azalmasına odaklanmaktadır (akt; Bengtson, 2011).

Bu kuram, normal yaşlanma sürecinde kaçınılmaz bir şekilde toplum ve bireyin karşılıklı olarak ilgiyi kesmesi ve geri çekilmesinden bahsetmektedir. Kurama göre yaşlı bireyler toplum içerisinde etkinlik düzeylerini azaltmakta ve daha pasif rollere kaçmaktadırlar. Tüm bireysel farklılıklara rağmen her yaşlının bu süreci yaşadığı ifade edilmektedir (akt; Akçay, 2011). Kuram bireylerin psikolojik enerjisinin yaşla birlikte azalacağını öne sürmektedir (Kimberly, Johnson, Mutchler, 2011).

Yaşlı bireyler için yaşamdan kopmanın kaçınılmaz olmadığı ve toplumdan soyutlanarak mutluluk ya da tatmin duygusuna erişemedikleri düşünülmektedir. Özellikle emeklilikle birlikte rol kaybına uğrayan yaşlı bireyler yaşama aktif olarak katılmak ve yeni statüler kazanmak yerine kendisini işe yaramaz, pasif, geri çekilmiş hissederek sosyal ilişkilerini koparabilirler. Yapılan eleştirilerde bu durum yaşlı bireyin sosyal çevresiyle bütünleşmesinde ciddi sorunlara zemin hazırlayacağı vurgulanmıştır (Baran, 2000; Emiroğlu, 1995).

Bunun yanı sıra kuramla ilgili daha ılımlı yaklaşımlara da rastlanmaktadır. Yaşlının toplumdan geri çekilmesi, çift taraflı kar olarak düşünülebilmektedir. Yaşlı birey için geri çekilme, özgürlüğün artışı ve üretkenlik adına yapılan toplumsal baskıdan uzaklaşmayı sağlayabileceği gibi daha genç dinamik becerikli kişilere gereken rolleri üstlenmesi için olanak sağlayabilecektir (Cox, 2001).

1.6.3. Etkinlik Kuramı

1953'de Robert Havighurst ve Albrecht tarafından geliştirilen kuram yaşlanma konusunda en eski ve muhtemelen en yaygın kabul gören kuramdır (akt. Onur, 2011). Etkinlik düzeyi ile yaşam doyumu arasında olumlu bir ilişki olduğu varsayılır. Kurama göre, aktif olan yaşlıların diğerlerine göre psikolojik olarak daha sağlıklı oldukları ve daha uzun yaşama istekleri olduğu iddia etmektedir (Kurt, 2008).

Etkinlik kuramı yaşlı yetişkinlerin aktif, üretken ve katılımcı olmaları halinde sağlıklı yaşlanmanın gerçekleşeceğini savunmaktadır. Bireyin orta yetişkinlikteki rollerini yaşlılıkta da sürdürebilmesi halinde yaşamdan daha çok doyum alacağını öne sürmektedir. Bu rollerin mecburen kendisinden alınması halinde ise yaşlı bireylerin yeniden aktif ve ilgili olabilecekleri, eski rollerinin yerine geçecek, yeni roller bulmalarının önemi vurgulanmaktadır (Santrock, 2011).

Etkinlik kuramı yaşamdan geri çekilme kuramının tersine, yaşlılığın pozitif yönlerini ve yaşlıların aktifleşmesi gerektiğini savunur. Bunun yolu olarak da yaşlının toplumla sürekli etkileşimde olması gerektiğini, sosyal ilişki ağından kopmaması gerektiğini ileri sürer (Kurt, 2008).

Geri çekilme kuramının aksine yaşlı bireyler toplumdan kopma davranışını isteyerek ve seçerek yapmazlar. Toplum bu davranışı yapmaya zorlar. Bu kurama göre yaşlı bireyler yaşamlarında toplumdan uzun süreli bir kopuş yaşamamaktadır (Akçay, 2011). Geri çekilme kuramının tam tersi olan etkinlik kuramı yaşlılığı çok daha iyi ve olumlu tanımlamaktadır (Wadensten, 2006).

1.6.4. Süreklilik Kuramı

Bu kuram 1971'de Robert Atchley tarafından geliştirilmiştir. Yetişkin gelişiminin sürekliliğine vurgu yapan bu kuram, etkinlik kuramına benzemekte; onun daha biçimsel detaylandırılmış halini temsil etmektedir (akt; Akçay, 2011).

Kuram kişinin sahip olduğu temel kişilik özelliklerinin gelişim dönemlerine göre değişiklik göstermediğini, birey gençlik yıllarında sorunlarıyla nasıl başa çıktıysa yaşlılığında da benzer yöntemleri kullandığını varsaymaktadır. (Atchley, 1989).

Süreklilik kuramı yaşlı bireyin kaybolan rollerinin yerine yenilerini koyarak çevresiyle uyum içinde yaşamaya devam ettiğini varsayar. Bu kurama göre temel kişilik, davranış ve tutumlar yaşam boyunca sabit kalır. Yaşlı yetişkinlerin iç ve dış yapılarını korumaya ve sürdürmeye çalıştıklarını belirtmektedir. Sürekliliği; iç ve dış süreklilik olarak iki kısımda inceler. İç süreklilik kavramı kişinin mizaç, fikir ve becerileridir. Dış süreklilik ise bireyin iç yapısını sürdürmek için dışarıdan destek veren; sosyal destek, finansal kaynak vb. unsurlardır. Bu iki süreklilik birbiriyle tamamen ilişkilidir. Birey yaşlandıkça kimlik ve ilişkilerinde genel anlamda değişiklik olmaması, sorunsuz ve sağlıklı yaşlılık için önemlidir. Bu nedenle yaşlanan bireyin hayatında sürekli olan yaşam düzeninde büyük ölçüde değişiklik yapmaması vurgulanmaktadır (Atchley, 1989).

1.6.5. Ödünleme Yoluyla Seçici Optimizasyon Kuramı

Baltes'e göre (1997) başarılı bir şekilde yaşlanmayı öğrenmenin temelinde, yetişkinlik döneminde bireylerin amaçlarının sayısını azaltması ve kapsamını değiştirmesi yolunda bir seçiciliğe gitmesi ve kayıplarla farklı yollarla başa çıkmaya çalışması bulunmaktadır. Yaşam boyu devam eden uyum sürecini anlatan bu kuramda, yaşlılığın getirdiği yaşa bağlı kayıpların nasıl düzenlendiği ve onlara nasıl uyum sağlandığı açıklanmaktadır. Yaşlı bireylerin bu yöntemle yaşam doyumuna ulaşabileceklerinden bahsedilmektedir (Uçanok, 2002). Paul Baltes ve meslektaşlarının geliştirdiği bu kuramda, sağlıklı yaşlanmanın üç temel faktöre bağlı olduğundan bahsedilmektedir. Bunlar; seçme, optimizasyon ve ödünlemedir (Zacher, Chan, Bakker ve Demerouti, 2015).

Yaşlıların ödünleme yoluyla seçici optimizasyona ulaşmaları için uygulayabilecekleri stratejiler; seçme stratejileri, optimizasyon stratejileri ve ödünleme stratejileri olarak sıralanmaktadır (Baltes, Lindenberger ve Staudinger, 1998; akt. Santrock, 2011). Seçme stratejileri; belirli bir zaman içinde en önemli hedefe odaklanmayı, yaşamdan istenilen şeyin düşünülmesini ve kişinin kendisini bir ya da iki büyük hedefe adamasını içerir. Optimizasyon stratejileri; kişinin başarılı olana kadar planladıklarının üzerinde çalışmasını içerir. Bu stratejiye göre kişi hedefine ulaşana kadar azmeder ve denemeye devam eder. Ulaşmak istediği hedefe doğru zaman gelene kadar sabır gösterir. Ödünleme stratejileri ise; kişinin istediği işler yolunda gitmediğinde başka yollar aramasını ve başkalarının kendisine yardımcı olmasını içerir.

1.7. Kişilik Açısından Yaşlanma

Kişiliği ele alırken her insanın kendine özgü özellikleri olduğu gerçeğini unutmamak gerekir. Yaşlılık dönemindeki kişilerde, kişilik özelliklerine ve yaşam deneyimlerine bağlı olarak bu dönemde yaşamış oldukları zorluklara karşı tutum ve davranış geliştirirler (Er, 2009). Buna bağlı olarak yaşlı kişilerle çalışan gerontologlar da belirli bir kişilik tipolojisi geliştirmeye çalışmışlardır (Onur, 2011). Reichard, Livson ve Peterson (1962) 55 ve 84 yaş arasındaki 87 erkekle yaptıkları çalışmada, yaşlılığa özgü kişilik tipolojisi geliştirmeye çalışmışlardır. Yaşlılık dönemine özgü hayata uyum sağlayan yaşlılar ve daha az uyum sağlayan yaşlılar olarak iki grup oluşturmuşlardır. Bunlardan ilki olan hayata uyum sağlamış olan yaşlılar "olgun", "salıncaklı sandalyeli" ve "zırhlı" olarak gruplandırılmış, hayata daha az uyum sağlayanlar ise "kızgın" ve "kendinden nefret eden" tip olarak gruplandırılmıştır.

Olgun Tip,grubuna giren yaşlılar,yaşamdan zevk alan, yaşadığı her anı en iyi şekilde değerlendiren, etkinliklerinde ve başkalarıyla ilişkilerinde doyum arayan, yaşamı hareketli geçirmeyi seven, geçmişte yaşadıklarına takılı kalmayan ve içinde bulunduğu durumda en iyisini yapmaya çalışan yaşlıları tanımlamaktadır.

Salıncaklı Sandalyeli Tip, olgun tipteki gibi yaşlılık döneminde başarılıdırlar. Ancak yaşama olgun gruptan daha pasif bir biçimde yaklaşırlar. Emekli olduğuna ve

sorumluluktan kurtulduğuna sevinen, yaşamı daha az hareketli yaşamayı seven ve bu şekilde huzurlu yaşayan yaşlıları içermektedir.

Zırhlı Tip, yaşlanmanın getirdiği sonuçlardan korkan kişilerdir. Bu kişiler bulundukları dönemin sorunlarıyla yüzleşmekten kaçıp, duygularını denetim altında tutmaya çalışırlar. Dışarıya karşı mutlu görünmeye çalışarak yaşadıkları hayata uyum sağlamaya çalışırlar.

Kızgın Tip**,** grubuna giren yaşlılar kendi kendileriyle barışık değildirler. Sürekli olarak kendileriyle kavga halindedirler. Yaşlandığına üzülen ve kızan, ölümden korkan yaşlılardır.

Kendinden Nefret Eden Tip,ise gündelik sorunlarda kendisini kınayan ve ölümü kurtuluş olarak görenlerdir. Yaşlanmanın sonuçlarına bozulan ve bu sorunları kabul etmede güçlük yaşayan kişileri içerir.

Yaşlılıktaki kişilik tipolojisi üzerine çalışan ve bu konuda araştırma yapan diğer bir kişi ise Neugartendir. Neugarten, Crotty ve Tobin'e (1964) göre yaşlılıkta kişiler, kendi iç dünyalarına yönelerek içsel düşünce ve duygularına, dış etkenlerden daha fazla önem vermektedirler. Neugarten ve arkadaşlarına (1964) göre bu değişimin sebebi kişilerin yaşlılıkta eskiye nazaran daha edilgen bir hayat yaşamalarıdır. Yaşlı, dünyayı pasif bir açıdan görmeye başlayınca dış dünyadan iç dünyaya geçmektedir. Yaşlılar iç dünyalarına yöneldikçe, insanlarla olan duygusal bağları da kopmakta ve kendilerini eskiden nasıl görüyorlarsa, yaşlılıkta da öyle görmeye devam etmektedirler (örneğin emekli oldukları halde kendilerini çalıştıkları dönemdeki gibi meslekleriyle tanımlamaya devam etmeleri) (akt. Onur, 2011). Liberman'a göre yaşlı kişilerin kimliklerini koruma yetisi bu dönemdeki rol değişikliklerine olumlu yönde uyum sağlamalarıyla yakından ilgilidir (Schiamberg ve Smith, 1982).

Neugarten ve arkadaşları (1964) yaşlılarda kişilik tiplemeleri üzerine yaptığı araştırmada 70-79 yaşlarında 59 erkek ve kadından oluşan bir grubu ele almıştır. Kişiliği yaşam doyumu ve aktivite düzeyi ile ilişkilendirmiştir. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında kişiliğin, yaşlanma örüntülerini tanımlamada ve yaşam tatmini ile aktivite seviyesi arasındaki ilişkiyi açıklamada önemli bir yer tuttuğu sonucuna varmıştır. Neugarten ve arkadaşları (1964) 4 farklı tipte kişilik tipi

oluşturmuştur. Bunlar bütünleşmiş kişilikler, savunmacı kişilikler, edilgen-bağımlı kişilikler, ve bütünleşmemiş kişiliklerdir. Bu dört grupta kendi aralarında yaşam doyumu puanı ve aktivite puanı göz önünde bulundurularak daha küçük gruplara bölünmüş ve 8 tip ortaya çıkmıştır.

Bütünleşmiş Kişilikler, kendileriyle barışık, bilişsel yetileri tam, yaşam doyumları yüksek, iç yaşamları görece karmaşık kişilerdir. Kendi hayatları üzerinde kontrol duygusuna sahip olan bu kişiler esnek, yeniliklere açık ve olgun kişilerdir. Bu gruba giren kişiler yaşam doyumları yüksek ancak rol aktivitesi açısından farklılık gösterirler. Bu kişilikler üç gruba ayrılır.

*Yeniden örgütleyici kişilik,*sürekli aktivite içinde olan yaşlıları içermektedir. Genç ve aktif kalmayı benimseyip, yaşlanmayı reddeden kişilerdir. Bu yaşlılar eski etkinliklerinin yerine yenilerini koyarak hayatlarını yeniden düzenleyenlerdir (örneğin emekli olduklarında hayır işleri gibi etkinliklere zaman ayırırlar).

Odaklanmış kişilik, bütünleşmiş kişiliğe sahip ancak aktivite seviyesi ortalarda olan kişilerdir. Yeniden örgütleyici kişilerin aksine enerjilerini bir veya iki aktivitede yoğunlaştır ve aktivitelerini belirlerken seçici davranırlar (örneğin emekli olan birinin yalnızca ev, eş gibi rollerde aktivite göstererek diğer sosyal rollerden kendini geri çekmesi, zamanının çoğunu eşi, çocukları ve torunlarıyla geçirmesi gibi).

*Bağlantısız (kopmuş) kişilik,*bütünleşmiş kişilik tipinde yer alan bu grup'un yaşam tatminleri yüksek ancak aktivite seviyeleri düşüktür. Bu kişiler kendi istekleri doğrultusunda fiziksel ve dışsal kayıplardan bağımsız olarak, kendi dünyalarına çekilip hayatlarına devam eden kişilerdir. Öz saygıları yüksek olan bu kişiler, yaşlılığın içe çekilmiş olarak yaşanması gerektiğine inanırlar.

Savunmacı Kişilikler, başarılı olabilmek için çaba harcayan kişilerdir. Hırslı ve başarı odaklıdırlar. Kaygılara karşı yüksek savunmaları olmakla beraber yüksek kontrol hissine sahiptirler. Bu kişilikler iki gruba ayrılır;

Bekleyen kişilik, bu kişilere göre yaşlanmak onlar için bir tehdit unsurudur. Bu nedenle bu kişiler orta yaş yaşam biçimini ve etkinliklerini olanak ölçüsünde koruyup sürdürürler. Yüksek yaşam doyumuna sahip olan bu kişiler girdikleri

etkinliklerde başarılı olduklarından yüksek seviyede aktiviteye sahiptirler (örneğin çalışabileceği son güne kadar çalışmayı tercih eden kişilerdir).

Sıkıştırılmış kişilik, yaşlılık tehdidine karşı kendini koruma altına almış olan kişilerdir. Yaşlanmanın getirmiş olduğu kayıplar ve engellerle fazla uğraşırlar. Bu tehditlerle başa çıkmak için toplumsal ilişkilerini sınırlarlar ya da yeni deneyimlerden kendilerini geri çekip enerjilerini koruma altına alırlar. Kendilerini sınırlamaları aktivite düzeylerini kısıtlamaktadır. Yaşam doyumları yüksektir.

Edilgen-Bağımlı Kişilikler, bu gruba giren yaşlılar sürekli olarak başkasına bağlanma ihtiyacı olan kişileri içerir. Bu kişilikler iki gruba ayrılır.

Yardım arayan kişilik, sürekli olarak birine bağımlı olma ihtiyacı hisseden ve başkalarının desteğine ihtiyaç duyan kişilerdir. Bu gereksinimlerini karşıladıklarında ise yaşamdan daha fazla hoşnut olurlar ve kendilerini iyi bir şekilde idare edebilirler. Bu gruba giren kişilerin yaşam tatmin seviyeleri ve aktiviteleri orta derecededir.

Duygusuz kişilik, bu gruptaki kişilere göre yaşlılık duygusuzluk ve pasiflik içermektedir. Yaşam doyumları orta ile düşük arasında olan kişilerdir. Bu gruptaki kişiler edilgin ve kayıtsız bir yetişkinlik yaşamaktadırlar (örneğin bireyin yalnızca ihtiyacı olan fiziksel ihtiyaçlarını karşılayıp diğerlerini yapmaması gibi).

Bütünleşmemiş Kişilikler, bu gruptaki kişiler bütünleşmemiş kişilik özellikleri sergilerler. Yüksek derecede çözülmemiş ve örgütlenmemiş bir yaşlılık örüntüsüne sahiptirler.

Düzensiz kişilik, duyguları ve psikolojik işlevsellikleri üzerindeki kontrollerinde engelleri olan bu kişilerin, düşünce süreçlerinde bozulmalar mevcuttur. Düşük etkinlik düzeyine ve düşük yaşam doyumuna sahip kişilerden oluşmaktadır**.**

Yaşlılıktaki kişilik konusuna gelişim görevleri açısından bakılabilir. Erikson'a göre insan gelişimi, yaşamın tümünü kapsayan, bebeklikten yaşlılığa kadar süren bir süreçtir ve sekiz evreden oluşmaktadır. Erikson'a göre bu sekiz evre bir yolu çağrıştırır. Yol boyunca kişi bir takım kriz ve dönüm noktalarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Her evrede kişinin yolu çatallanır ve ilerlemek için kişi koşullarına göre ya bir durumu ya da diğerini seçer. Bu çatallanmalar kişilik gelişiminin dönüm

noktasıdır ve Erikson bu noktaları bunalım olarak adlandırmaktadır. Bunalımları atlatmak için kişilerin önüne çıkan iki alternatiften biri, kişinin uyum sağlamasına katkıda bulunur, diğeri ise bulunmaz (akt. Burger, 2006). Bu bunalımları nasıl aşacağımız kişilik gelişimimizin yönünü belirler. Eriksona göre bu krizler uygun bir şekilde çözüldüğünde kişi olgunluğa ulaşabilecektir.

Yaşlılık dönemi bu sekiz evrenin son dönemidir. Bu dönem "Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk" olarak isimlendirilmiştir. Yaşlılık dönemi Erikson'a göre bütünlük, yaşamdan duyulan memnuniyet duyguları ya da umutsuzluk ve başkalarından nefret etme duygularının yaşandığı bir dönemdir. Geçmişini düşünüp hayatından memnun olan, yaşamış olduğu dönemi üretken geçirip doyuma ulaşmış olan kişiler, bu son evreyi bütünlük duygusuyla yaşamaktadırlar. Erikson'a göre bu, yaşlının telafisi olmayan tek bir yaşama sahip olduğunun kabulüdür. Ancak bu duyguyu yaşayamayan yaşlılar umutsuzluğa kapılarak, geriye daha fazla zamanı kalmadığını, eskiden elde ettiği seçenek ve fırsatların artık kendisine verilmeyeceğini fark ederler. Erikson'a göre geçmişini düşünüp her şeyi daha farklı yaşamış olmayı dileyen bu yaşlılar, yaşamış oldukları bu umutsuzluk içinde başkalarına nefretle bakmaktadırlar. Gençlik yıllarını istedikleri gibi değerlendiremediğini düşünen yaşlılar umutsuzluk ve ölüm korkusu ile baş başa kalmaktadırlar (akt. Johansson, 2002).

İnsan kişiliğini anlamaya çalışan ve bu konu üzerinde çalışmalar yapan diğer bir kuramcı ise Abraham Maslow'dur. Maslow'un gereksinimler hiyerarşisine göre, kişilik iki güdüden oluşmaktadır. Bunlar yetersizlik ve büyüme gereksinimleridir. Yetersizlik gereksinimleri kişinin açlık susuzluk gibi temel ihtiyaçlarını içermektedir. Büyüme gereksinimi ise karşılık beklemeden sevmek ve kişinin kendini gerçekleştirme çabasıdır. Maslow yetersizlik ve büyüme gereksinimlerini beş sınıfa ayırarak gereksinimler hiyerarşisini oluşturmuştur. Bu gereksinimler, hiyerarşide önem derecesine göre en az düzeydeki gereksinimden en yüksek düzeydeki gereksinime doğru sıralanmıştır. Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinde en alt sınıfta fizyolojik gereksinimler (açlık, susuzluk, uyumak), ardından güvenlik gereksinimi (emniyet, istikrar, korunma), ait olma ve sevgi gereksinimleri (arkadaş, sevgili ya da eş), saygı gereksinimi (öz saygı, beğenilme) ve en yüksek düzeyde ise kendini gerçekleştirme (kendini geliştirme) gereksinimi yer almaktadır (akt: Burger,

2006). Maslow (1968)'e göre belirlenen bu hiyerarşik ihtiyaçların yeterince karşılanması kişinin yaşamdan duyduğu tatmini arttırmaktadır.

Yaşlılar açısından bakıldığında Maslow'un hiyerarşisinde kişi, kendini gerçekleştirme dönemindedir. Kişinin bu dönemde kendini diğerlerinden biri olarak görmesi, etkili problem çözmesi, kendi kendini yönetmesi, yeni deneyimlere açık olması, özdeşim kurması, başkaları için endişelenmesi ve yaratıcılığını geliştirmesi önemlidir. Bu ihtiyaçların karşılanması yaşlının hayattan aldığı tatmini arttırır.

1.8. Yaşlılık Algısı

Yaşlılık algısı; yaşlılığa ilişkin tutum, düşünce ve değerleri içermektedir. Yaşlılık algısı ve deneyimleri yaşlının fiziksel sağlığını, kendi kimlik algısını, davranışlarını ve iyi olma durumunu etkilemektedir (Levy, 2003). Yaşlanma sürecinde kişi birtakım bilişsel, fiziksel ve sosyal değişimler yaşar. Bu değişiklikler kişinin yaşamış olduğu yaşam biçimine, alışkanlıklarına, kalıtsal özelliklerine veya fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklarına göre kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir. Bu değişikliklerin her kişide farklı şekillerde meydana gelmesi, o kişinin yaşlılığa karşı bakış açısını da değiştirmektedir (Levy, 2003).

Bireylerin yaşlılık algısı ve deneyimleri dinamik bir süreçtir. Bu süreçte, kişinin kendisinin yaşlılığı nasıl algıladığı ile toplumun yaşlılığı nasıl algıladığının ilişkisi de önemlidir (Steverink, Westerhof, Bode ve Dittmann-Kohli, 2001). Aynı zamanda kişilerin bu toplumsal algıyı nasıl içselleştirdiği de bu süreci etkileyen faktörler arasında sıralanabilir (Westerhof ve Barrett, 2005).

Yaşlılık hakkında, kişinin sahip olduğu negatif stereotipler (yaşlılıkla ilgili olumsuz düşünceler) ve pozitif stereotipler (yaşlılıkla ilgili olumlu düşünceler), yaşlılık algısını etkilemektedir (Ron, 2007). Bu negatif ve pozitif stereotiplerin birbirinden farklı sonuçları vardır. Psikolojik açıdan bakıldığında, bu stereotipler yaşlının hayattan tatmin olmasını, hayat kalitesini, yalnızlık ve depresyon gibi durumları etkilediğini ve aynı zamanda kendiyle ilgili olan düşüncelerinde değişikliklere yol açtığı görülmektedir. Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling ve

Patter'in (2002) internet üzerinden 326.641 kişiden kesitsel verileri kullanarak, 9 - 90 yaş aralığında kişilerle yaptığı çalışmada benlik saygısının çocuklukta yüksek olduğu, ergenlikte düştüğü, erken ve orta yetişkinlikte arttığı, yetmişli ve seksenli yıllarda ise düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Bu araştırmada benlik saygısının yaşlılık döneminde düşmesi, fiziksel sağlığın bozulması ve toplumsal tutumlarla açıklanmıştır. Yaşlıların fiziksel sağlığı ve toplumsal tutumlar yaşlılık döneminde psikolojik sağlık açısından önemlidir (Sterevink ve ark., 2001).

Fernandez ve ark.'nın (2013) 50-87 yaş aralığında 313 kişiyle yaptığı araştırmada kişilere, kendilerinin eğitim ve bilgi düzeylerini arttırmak ve aynı zamanda iyi olma hali ve yaşlanmaya yönelik pozitif bakış açılarını geliştirmeyi hedefleyen bir eğitim programı uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçları bu eğitim programı süresince yeni beceriler ve bilgiler edinebildiklerini gören yaşlıların, yaşlılığı bağımlılık, yeni beceri edinebilme yetisinin olmadığı bir dönem olarak gösteren negatif stereotipik inançlarının zayıfladığı ve böylece kendi yaşlanma süreçlerini olumlu olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Yaşlıların olumsuz stereotipik inançlarının azalmasıyla kendi yaşlanma süreçlerini olumlu olarak algılamaları sağlıklı ve uzun yaşamın belirleyicileri olarak görülmektedir (Levy, Chung ve Canavan, 2011).

Yaşlı kişiler, fiziksel, bilişsel kayıplara ve sosyal açıdan yetersizliklere maruz kalmaktadırlar. Bu kayıplar ve yetersizlikler, yaşlının yaşadığı çevreyi değiştirir ve güvenlik sorunlarını ortaya çıkarır (Snowdon, 2001). Örneğin emeklilikle birlikte maddi geliri düşen yaşlıların, yaşam koşulları kötüleşebilir veya demans gibi kronik bir rahatsızlığı olan yaşlıların tek başlarına yaşamaları güvensiz bir durum oluşturabilir. Böyle durumlarda yaşlı başkasına bağımlı hale gelir veya hayatta kalma çabasına girer. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan bu değişimler, kişinin ruhsal çöküntü yaşamasına neden olmaktadır (Snowdon, 2001). Bu dönemde yaşlıya toplum tarafından gösterilen destek (yaşlının dışlanmaması, sevilmesi gibi), yaşlının kendisi ile ilgili olan algısını olumlu hale getirmesi ve bu dönemi kabullenebilmesi açısından çok önemlidir (Langford, Bowsher, Maloney ve Lillis, 1997).

Yaşlılık dönemi bireyin toplumdaki rolü ve ilişkilerinin en çok değişikliğe uğradığı dönemdir. Bu toplumsal rol ve ilişkiler, kişinin kendisiyle ilgili olan algısını

etkileyen önemli faktörlerdendir (Ron, 2007). Bu faktörlerin bilinmesi yaşlının psikolojik sağlığı açısından önemlidir (Levy, 2003).

1.8.1. Toplum ve Yaşlılık Algısı

Toplumun yaşlı bireye bakış açısı ve ondan beklentileri ve yaşlının kendi durumunu algılama biçimi, sağlıklı yaşlanma açısından önemlidir (Dixon, 2007). Bedensel ve ruhsal hastalıklar, yeti yitimi, ekonomik ve sosyal kayıplar gibi yaşlılıkta görülen sorunları ele alırken, çok yönlü yaklaşım önemlidir (Gülseren, Koçyiğit, Erol, Kültür, Memiş ve Vural, 2000).

Toplum tarafından yaşlılara verilen önem belirlenirken toplumsal değerler göz ardı edilemez. Yaşlılara karşı tutum ve davranışlar, yaşlılığa verilen anlam, her toplumda birbirinden farklılık göstermektedir. Geleneksel toplumlarda genellikle yaşlılar, görmüş geçirmiş, toplumsal roller üstlenen bireyler olarak görülmektedir. Modern toplumlarda ise üretkenliği bitmiş, aileye yük olan bireyler olarak görülmektedir. Toplumlar arasındaki bu farkın nedeninin kentleşme ve sanayileşme olduğu düşünülmektedir (Er, 2009). Sanayileşmenin ekonomik ve sosyal değişimlere yol açmasıyla beraber çalışma koşulları ve yaşam biçimleri değişmiştir. Bu da yaşlının aile içindeki iletişimini ve konumunu değiştirmiştir. Aile içinde belli bir otoriteye sahip olan yaşlı, sanayileşme ve modern yaşama biçimine geçişle birlikte, kuşak farklılığı yaşayan bir birey gibi görülmeye başlanmış ve toplum tarafından yalnızlığa itilmiştir (Er, 2009). Macia, Lahmam, Baali, Boetsch ve Chapuis (2009) Fransız ve Faslı yaşlılarla yaptıkları çalışmada, kırsal kesimde yaşayan yaşlıların şehirlerdeki yaşlılara oranla daha fazla olumlu stereotipleri olduğunu bulmuşlardır. Macia ve arkadaşları (2009) bu durumun nedeni olarak, şehirdeki yaşam stilinin, yaşlılıkla ilgili olumlu geleneksel değerlerin yok olmasına sebep olduğunu göstermektedirler.

Toplumun etkisiyle yaşlı bireylerin yaşlılığa karşı tutum ve yaşlılık algısı değişebilmektedir. Örneğin geleneksel toplumlarda yaşlılık, "bilgelik ve olgunluk" olarak algılanırken, modern toplumlar yaşlılığı, yoksunluk, zayıflık ve bağımlılık olarak algılamaktadırlar (Levy, 2003). Geleneksel olmayan toplumlar tarafından yaşlı, bazı rol ve statü kayıpları yaşayan bir birey olarak görülebilmektedir (Kutsal,

2007). Farklı toplumlarda yaşayan yaşlıların hepsinin aynı yaşlılık algısına sahip olması beklenemez.

1.8.2. Yaşlılara Yönelik Tutumlar

Stereotipler belirli sosyal gruplara ve bu grupların üyelerine ait olduğu düşünülen özelliklerdir ve bu gruplara yapılan atıflar olarak kendilerini göstermektedir (Levine ve Hogg, 2010). Farklı sosyal gruplar (etnik gruplar, din grupları, yaş grupları) arasında görülen ilişkilerde ortaya çıkarlar. Diğer gruplara çeşitli özelliklerin atfedilmesi olarak tanımlanan stereotipler önyargı ve ayrımcılık kavramlarıyla da yakından ilgilidir. Gruplar arası ilişkilerin bilişsel bileşeni stereotipler, duygusal bileşeni önyargı ve davranışsal bileşeni ayrımcılık olarak görülebilir (Levine ve Hogg, 2010).

Yaşlılık dönemiyle ilgili bir çok stereotip vardır. Bu stereotipler genellikle negatiftir. Bunların içinde en klasik olanı yaşlı bedeninin genç beden ile karşılaştırılmasıdır. Genç beden genellikle güzel, enerjik, fit, zarafetli, iyimser ve dayanıklı bir ruhsal yapı olarak tanımlanırken, yaşlı bedeni çirkin, tembel, bozulmuş ve dayanıksız bir ruhsal yapı olarak tanımlanır (Bond ve Corner, 2004). Butler'e (1974) göre yaşlılar ile ilgili yapılan stereotipler çoğu zaman genellemelerle ortaya çıkmaktadır. Butler'e göre yaşlı insanlar bunak, katı düşünce ve tutuma sahip, ahlak ve denetim açısından da eski moda olarak algılanmaktadırlar. Butler insanların yaşlılıkla ilgili genellemeler içeren stereotiplere sahip olmasında, bilimsel araştırmaların da etkili olduğunu ve genellikle yaşlılığın negatif yönlerini insanlarda pekiştirdiğini öne sürmektedir. Örneğin bilimsel araştırmalarda genellikle yaşlıların hafıza problemi yaşadıkları ve demans açısından riskli grup oldukları söylenir (Onur, 2011). Bu olumsuz stereotipler yaşlıların yaşam kalitesi deneyimlerini ve günlük ilişkilerini önemli derecede etkilemektedir. Butler'e göre stereotiplerin nedeni bilgisizlik ve yaşlılarla yeteri kadar ilişki içerisinde bulunmamaktır (akt. Onur, 2011).

Yaşlılara yapılan birçok etiketleme vardır. Bu etiketlemeleri ilk olarak Goffman üç tip olarak açıklamıştır (akt. Bond ve Corner, 2004). Bu etiketlemelerin birincisi, yaşlıların dış görünüşlerindeki bozulmalarla ilgilidir. Bu bozulmalar yaşlıların kel, topal kambur ve kırışık olduğudur. İkincisi yaşlıların karakterleriyle ilgili olan etiketlemelerdir. Bu etiketlemeler yaşlıların sabit fikirli ve eski moda

olduklarıdır. Üçüncüsü ise yaşlılara karşı farklı yaş grubundan kişiler tarafından kabilecilik (kendi yaş grubundan insanları olumlu görme eğilimi) davranışının gösterilmesidir. Kabileye ait veya küçümsenen bir grubun üyeliğine veya din, ırk ulusa ilişkin yapılan etiketlemelerdir. Goffman bu kabilecilik davranışının yaşlılarda etiketlemeye sebep olduğunu ve yaşlıların gündelik ilişkileri ile yaşam kalitelerine olumsuz bir şekilde etki ettiğini öne sürmüştür. Palmore'a (2004) göre ise yaşlılarla ilgili kalıp yargılar en çok yaşa bağlı hastalık ve güçsüzlüklerle ilgilidir.

Yaşlılarla ilgili yapılan stereotip ve etiketlemeler, toplumu yaşlı ayrımcılığına itmektedir. Yaşlı ayrımcılığı, insanların sırf yaşlı oldukları için toplumdan ayrı bir sınıf olarak görülerek kalıplara sokulmasıdır. Yaşlıların sosyal katılımı (iş hayatına katılımı, sağlık hizmetlerinden faydalanmak gibi) yaş ayrımcılığı nedeniyle çoğu zaman engellenmektedir (Levy, 2009). Yaşlılar genellikle toplum tarafından mantıklı düşünemeyen, yeni şeyler öğrenemeyen, topluma bir katkısı olmayan ve sorumluluk almayan kişiler olarak algılanmaktadır. Bu durumda yaşlıların sosyal alanlardan dışlanmasına sebep olmakta, yaşlının kendisiyle ilgili olan algısını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Levy, 2009).

1.8.3. Yaşlıların Yaşlılık Algısı

Yaşlılıkla beraber kişinin fiziksel güç kaybı, işlevsel kayıplar ve bedeninde değişen durumlara uyumda güçlükler yaşaması yaşlının kendisine olan saygısını azaltmakta, bağımlılık ve yetersizlik duygusuna neden olmaktadır (Akdemir, Çınar & Görgülü, 2007). Demircan ve arkadaşlarının (2005) yaşlıların yaşlılığa ilişkin görüşlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, yaşlıların %87,5'inin yaşlılığı yaşamın sonu olarak tanımladığı, %90'ının geçmişte yaşamayı tercih ettiği, %62,5'inin yaşlıları hep yakınan ve sosyal olarak izole edilmiş olarak gördüğü, %85'inin doyumlu bir yaşam beklemediği, %92,5'inin deneyimlerinden yararlanılması gerektiğini belirttiği ve %87,5'inin kendi evinde yaşaması gerektiği görüşünde olduğu sonucuna varılmıştır. Özdemir, Akdemir ve İmatullah'ın (2005) 65 yaş üstü 70 kişi ile yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, yaşlıların çoğunun yaşlılığa yönelik olumlu görüşlere sahip olmadıkları, araştırmaya katılan yaşlıların %51,5'inin yaşlılığı hasta olma (%34.3), bağımlı olma ve yalnızlık (%17.2)

olarak algıladığı sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda kadınların erkeklere nazaran yaşlılığı daha olumlu algıladığı bulunmuştur.

Yaşlanma deneyimi kişiden kişiye değişen çok yönlü ve çok boyutlu bir süreçtir (Keller, Leventhal ve Larson, 1989). Yaşam boyu gelişim uzmanları bu konu üzerinde çalışmış ve yaşlanma deneyiminin aile, sağlık, kişisel gelişim gibi farklı yaşam süreçlerindeki kazanımlar ve kayıplardan oluştuğunu öne sürmüşlerdir. Keller, Leventhal ve Larson'da (1988) bu konu üzerine araştırma yaparak bazı kişilerin yaşlanma sürecinin getirdiği kazanımları, bazılarının ise kayıpları algıladıkları ve bunlar üzerine yoğunlaştıkları sonucuna varmışlardır. Keller, Leventhal ve Larson (1988) yaptıkları çalışmada 50-80 yaş aralığında 32 kişi ile görüşme yapmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda pozitif ve negatif içerikli (kazanımlar ve kayıplardan oluşan) 5 tane kişisel yaşlanma deneyimi belirlemişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre kişisel yaşlanma deneyimi; herhangi bir özellik taşımayan doğal ve ilerleyen bir süreç olarak yaşlanma (biyolojik yaşlanma), olgunlaşma dönemi olarak yaşlanma (kişinin yaşadığı hayatı değerlendirilmesi, kendini kabullenmesi ve sınırlarını bilmesi), daha az talebin olduğu yaşlanma (kişinin daha az talepkar olması, özgürlüğüne yönelmesi ve yeni ilgilerinin olması), fiziksel sağlık problemleri ve bunlar üzerinde endişelerin olduğu bir dönem olarak yaşlanma (kişinin fiziksel yeteneklerin ve enerjisinin düşmesi), kişisel ve işle alakalı kayıpların (sosyal ilişki kaybı) olduğu bir dönem olarak yaşlanma olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara bağlı olarak kişilerde yaşlanmanın olumsuz algısı genellikle sağlıktaki düşüş (işlevselliğin azalması) ve sosyal ilişkilerin (sevilen birinin ölmesi, toplum içerisinde saygınlığını yitirmesi) azalması yönündeyken, pozitif algısı ise yaşlanmanın özgürlük, bilgelik ve hayat tecrübelerinin arttığı yönündedir. Connidis'in (1989) yaptığı farklı bir çalışmada ise 65 yaş ve üstü 400 kişi ele alınmış ve bu kişilere bulundukları yaştan memnun olup olmadıkları, yaşlanmayla ilgili herhangi bir endişelerinin olup olmadığı sorulmuştur. Çıkan sonuçlardan yaşlanmaya pozitif tutum gösterenler, yaşlanmaya negatif tutum gösterenler ve yaşlanmaya hem negatif hem pozitif tutum gösterenler diye üç grup oluşturulmuştur. Pozitif tutuma sahip olan yaşlılar negatif tutuma sahip olanlara göre daha genç ve sağlıklıdır. Negatif tutuma sahip olanların pozitif tutuma sahip olanlara göre daha yaşlı, daha az sağlıklı ve daha az çocuğu vardır. Negatif tutuma sahip olanların hem negatif ve hem pozitif tutuma sahip olanlara göre ise daha yaşlı,

ekonomik olarak daha kötü durumda, daha az sağlıklı ve hiç evlenmemiş olmaları sonucuna varılmıştır. Yapılan bu araştırmalarda, kişinin yaşlanma deneyimlerini incelerken gerçek yaşından ziyade, kişinin sağlık durumu, medeni durumu, ekonomik durumu ve dönemin getirdiği zorunluluklara adapte olması gibi faktörlerin daha önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Catherine, Sarkisian, Hays ve Mangione (2002) yaptığı bir çalışmada ise yaşlıların yarıdan fazlası depresyonda olmayı, daha bağımlı olmayı, daha fazla ağrı ve şikâyetlerin olmasını, cinsel deneyimlerin daha az yaşanabilmesini ve daha az enerjiye sahip olmayı yaşlılığın beklenen yönlerinden olduğunu düşünmektedir. Ülkemizde Özyurt ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada ise yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumlarını en çok etkileyen değişkenlerin yaş, yalnız yaşama, son bir yılda sağlıkta değişim ve günlük işlerini yaparken başkasına ihtiyaç duyma olduğu bulunmuştur.

Yaşlıların yaşlılık algısı zamanla değişebilmektedir. Yaşlının hangi yaş aralığında olduğu yaşlılık algısını etkilemektedir. Özyurt, Tunç ve Hatipoğlu'nun (2012) yaptığı çalışmada da yaşın yaşlılığa bağlı tutumda etkili olduğu, yaş arttıkça yaşlılıkta görülen fiziksel, bilişsel ve sosyal olarak kayıpların daha fazla yaşandığı ve bu nedenle 65-69 yaş grubundaki genç yaşlı grubuna giren kişilerin yaşlılıkla ilgili algılarının diğer yaş gruplarına göre daha iyi olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların yaşlılık algısı; kişinin yaşadığı toplum, toplumun kendisinde yarattığı stereotipler, kişinin hangi yaş grubunda olduğu, kendisinde meydana gelen fizyolojik ve sosyolojik değişiklikler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Keller ve ark., 1989). Bunların yanında, yaşlıların yaşlılık döneminde sahip olduğu denetim duygusunun da, kendisiyle ilgili olan algıyı oluşturmada ve yaşadığı dönemi mutlu geçirmede etkisi büyüktür (Gadalla, 2010).Denetim duygusu; bir kişinin kendi hayatı ve çevresi üzerinde kontrol sahibi olma hissi olarak tanımlanmaktadır (Gadalla, 2010). Yaşlıların algıladıkları ve deneyim sahibi oldukları denetim duygusu da yaşlılık dönemine uyum sağlamada oldukça önemlidir. Çünkü yaşlıların psikolojik olarak iyi olmaları ve yaşam kalitelerinin yüksek olmasında denetim duygusu önemli bir faktör olarak görülmektedir (Hoffman ve ark., 1994).

. Bu konuyla ilgili olarak Corner (1999), yaşlıların denetim duygusunu esas alarak bir çalışma yapmış ve bu çalışmada yaşlılık dönemi ile ilgili olan stereotipilerin yaşlıların yaşam kalitesiyle ilişkisini incelemiştir. Corner (1999) yaptığı çalışmada yaşlılarla derinlemesine görüşmeler yapmıştır. Bu görüşmelerde yaşlılar, yaşlanma deneyimlerini, bu deneyimlerin hayatlarına nasıl etki ettiğini ve hayatlarının farklı yönlerini ortaya koymuşlardır. Araştırmada denetim duygusu, insanlar arasında farklılıkları ayırt etmede kullanılmıştır. Bu faktör yaşlının yaşlılık dönemine uyum sağlamasında önemli bir etken olarak ele alınmıştır.Bu gruplarda ki kişilerin denetim duygusu, kişilerin yaşam olaylarına karşı tutumu, stresle nasıl başa çıktıkları, duygusal olarak iyi olmaları, sağlık sonuçları, davranış değişiklikleri gibi faktörleri içermektedir. Araştırma raporlarında farklı anlatımlara rastlanılsa da, katılımcılar arasında benzer ve örtüşen alanlarda bulunmaktadır. Corner (1999), katılımcıların kişisel açıklamalarını dikkate alarak güçlenmiş bireyler,gönülsüz işbirlikçiler ve baskı altındaki bireyler olarak üç grup tanıtmıştır. Bu gruplar oluşturulurken katılımcılar tarafından algılanan ve deneyim sahibi olunan kontrol duygusu esas alınmıştır. Güçlenmiş bireyler; denetim ve özerkliği benliklerinin merkezine koymuş olan kişilerdir. Bu kişiler hayatlarını denetim altına almak ve yaşamak için ihtiyaçları olan şeylerin farkındadırlar. Başkaları tarafından yaşlı oldukları için değersizleştirilseler bile bunun bilincindedirler ve bununla baş etme yöntemlerini kullanırlar. Başkalarının olumsuz söylemlerini dikkate almadan haytalarına devam ederler. Yaşam kalitelerine olumsuz etki edecek durumlara izin vermezler. Gönülsüz işbirlikçiler; yetersizlikleri yüzünden hayatlarının yönlerini belirleyemeyen ve stresli durumlara karşı yaşamlarını denetim altına alamayan kişilerdir. Bu yüzden hayal kırıklığı yaşamaktadırlar. Kendileri için farklı seçeneklere sahip olduklarını bilmelerine rağmen halk söylentilerine boyun eğerler. Güçlenmiş bireylerin aksine bu kişiler bu söylentileri benimseyip kendi durumlarıyla ilgili yapılan yorumları isteksizce kabul etmişlerdir. Bu şekilde; yaşam kalitelerine olumsuz etki eden durumlara karşı kontrol duygusu geliştirememektedirler. Baskı altındaki bireyler ise; yaşlı ayrımcılığını diğer gruplara nazaran daha fazla yaşayan ve olumsuz stereotipileri benimseyen kişilerdir. Özellikle bu kişiler bakım alırken olumsuzluklarla daha fazla yüz yüze kalmaktadırlar. Bakım veren kişiler tarafından emredici bir tavır sergilenmesi, denetimin yaşlılarda değil, bakım veren kişilerde olduğunun göstergesidir. Bu kişilerdeki denetim eksikliği, yaşamlarındaki değişikliklerin onların kontrolünün dışında olduğuna inanırlar. Buda zamanla bu

kişilerde öğrenilmiş çaresizliğe sebep olmaktadır. Yaşlı bu hayatı normal olarak kabul etmekte ve bulunduğu bu duruma çaresizce boyun eğmektedir.

Denetim duygusu aynı zamanda kişinin sağlıklı yaşlanmasıyla doğrudan ilişkilidir. (Bandura, 2012). Jopp ve Rott'un (2006) yaşlılarla ilgili yapmış olduğu çalışmada bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Çalışmada 100 yaş 1 ay ve 100 yaş 11 ay arası 179 yaşlı ile, 99 yaş 4 ay ve 99 yaş 11 aylık 70 yaşlı bir araya getirilerek toplamda 249 katılımcıya ulaşılmıştır. Bu çalışmada mutlulukla ilgili faktörler incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, bu kişilerin mutlu olduğu ve bu durumunda denetim duygusu ve iyimserlikle ilgili olduğu görüşüne varılmıştır. Rodin ve Langer'in (1977) yapmış olduğu ise bakım evinde kalan yaşlıların kontrol ve kendini idare etme duygularının önemi incelenmiştir. 65-90 yaş aralığın da 91 yaşlıya günlük yaşamlarına ilişkin seçimler yapmalarıyla ilgili sorumluluklar (örneğin ne yedikleri, ne giydikleri, ziyaretçilerinin ne zaman geleceğiyle ilgili kararlar gibi) vererek kendi hayatları üzerinde kontrol duygusuna sahip oldukları hissettirilmiştir. Diğer gruptaki yaşlılara ise bakım evinin çok ilgili olduğu ve personelin her konuda yardımsever olduğu bilgisi verilmiş ancak kendilerine hayatlarına dair hiçbir sorumluluk verilmemiştir. On sekiz ay takip edilen bu yaşlılar araştırmanın sonunda karşılaştırılmıştır. Hayatlarına dair sorumluluk ve kontrol duygusu verilen yaşlılar diğer gruba göre daha canlı ve aktif bulunmuşlar ve kendilerinin mutlu olduğunu ifade etmişlerdir. Sorumluluk sahibi olan kişiler aynı zamanda diğer gruba göre daha uyanık görülmüştür. Bu araştırma sonuçlarına göre kişinin çevresi üzerinde kontrol duygusuna sahip olduğu algısı, hayatını olumlu yönde etkilemektedir.

Yaşlıların yaşam olaylarında sahip oldukları bu denetim duygusu, kendilerinin duygusal olarak iyi olmalarına, başarılı bir şekilde stresle başa çıkmalarına, sağlık durumlarına ve performanslarına önemli derecede etki etmektedir (Santrock, 2011). Toplumdan ayrıştırılmak yaşlılar için önemli bir stres kaynağıdır. Bu stresle başa çıkabilmek için de yaşlının denetim duygusuna sahip olması beklenir. Yaşlının iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasında toplumdan destek görmesi kadar denetim duygusuna sahip olması da önemlidir (Hoffman ve ark., 1994).

1.8.4. Yaşlılarda Stereotiplerin İçselleştirilmesi

Stereotipler olumlu ya da olumsuz nitelikte olabilirler. Her birey üyesi olduğu sosyal gruplardan dolayı olumlu ya da olumsuz stereotiplere maruz kalır. Bu stereotipler grupların üyelerinin çeşitli davranışlarda bulunacağını, çeşitli özellikler sergileyeceğini öngörmektedir. Bu stereotiplere maruz kalan bireyler farkında olmaksızın bu beklentileri karşılamaya yönelik davranışlarda bulunabilirler. Bu süreç "stereotiplerin içselleştirilmesi" olarak adlandırılmaktadır (Heiden ve Harpel, 2013).

Fennell, Phillipson ve Evers (1988) yaşlılığı, olumsuz kalıp yargıların haksız bir şekilde toplum tarafından yaşı büyük insanlara yüklenmesi olarak tanımlamıştır. Toplumlarda yaşlılığa ön yargılarla bakılması, yaşlının duygularına ve yaşam koşullarına etki etmektedir (Akdemir, Çınar & Görgülü, 2007). İrlanda'da yapılan bir çalışmada yaşlanmanın negatif sonuçlarıyla kendilerini özdeşleştiren yaşlıların, yaşlanmanın pozitif sonuçlarıyla özdeşleştirenlere kıyasla, yaşlılığa yönelik daha maladaptive algılar geliştirmelerine ve daha negatif duygusal tepkiler vermelerine neden olduğu bulunmuştur (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey ve Conroy, 2007). Genellikle toplumlarda yaşlılar ayrı bir grup olarak görülerek, ayrımcılık yapılmaktadır (Ron, 2007). Yaşlı insanların daha çok hastalanması ve yalnız yaşamaları, toplumun yaşlılığı bozulma, faydasızlığa ve üretken olmamaya doğru bir yol olarak görmesine neden olmaktadır (Ron, 2007). Nosek, Banaji ve Greenwald (2002) Amerika'da gerçekleştirdikleri çalışmalarında insanların stereotipik inançlarını ölçmüştür. Araştırma kapsamında bir web sitesi üzerinden yaşlı ve genç gruplarına yönelik stereotipler açık ve örtük olarak iki farklı şekilde ölçülmüştür. Açık ölçümler kişinin farkında olarak, niyetli bir şekilde gerçekleştirdiği, örtük ölçümler ise bireyin farkında ve niyetli olmadan gerçekleştirdiği stereotiplerin açığa çıkmasında rol oynayan bilişsel süreçleri ölçmektedir. Açık ölçümlerde katılımcılardan yaşlı gruplarına ve genç gruplarına yönelik tutumlarını 5'li likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Örtük ölçümlerde ise katılımcıların kendilerine bilgisayar üzerinden gösterilen yaşlı ve genç kişilere ait resimler ile iyi ve kötü anlamı olan sıfatlara yönelik tepki süreleri ölçülmüştür. Yaşlı birinin resminin ardından kötü anlamı olan bir sıfat geldiğinde kişinin verdiği tepki süresinin, genç birinin resminin ardından kötü bir sıfat geldiğinde gösterdiği tepki süresinden daha kısa olması bu kişinin örtük olarak stereotipik inançları olduğunu göstermektedir. Araştırmanın sonuçları katılımcıların açık ölçümlerde olumlu

stereotiplere, örtük ölçümlerde ise olumsuz stereotiplere uygun cevaplar verdiğini göstermektedir. Bu sonuçlar insanların kontrollü davranışlarında olumlu stereotiplere uygun olarak davranmalarına rağmen, otomatik olarak gerçekleşen davranışlarının olumsuz stereotiplere uygun olarak gerçekleşebileceğini göstermektedir.

Bu olumsuz tiplemeler, sadece toplumun yaşlılara bakış açısını değil, aynı zamanda yaşlıların kendilerine karşı bakış açılarını da etkilemektedir (Coudin ve Alexopoulos, 2010). Bu stereotipler yaşlıların hayatlarını üç yönden etkilemektedir. Bunlar bilişsel ve fiziksel aktivite, hastalıkların gidişatı, hayat kalitesi ve uzunluğudur (Horton, Baker &Deakin, 2007).Yaşlının sahip olduğustereotiplerinin kendi fiziksel sağlığına, hastalıkların gidişatına ve yaşam kalitelerine nasıl etki ettiğini gösteren araştırmalar vardır (Levy, 1996; Levy, 2009; Levy, Ashman ve Dror, 1999-2000). Örneğin Levy'nin (1996) gerçekleştirdiği bir araştırmada iki yaşlı grubundan birisi pozitif diğeri negatif stereotiplere maruz bırakılmışlardır. Bu kişilere yaşlılıkla ilgili olumsuz cümleler okunmuştur. İlk grupta yaşlılık bilgelik, hikmet sahibi olma olarak tanımlanırken diğer grupta güçsüzlük ve yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Bu stereotiplere maruz kalan yaşlılardan çeşitli matematik sorularını çözmeleri istenmiştir ve bu esnada kalp atış hızı ve tansiyonları ölçülmüştür. Negatif stereotiplere maruz kalan yaşlıların diğer gruba oranla tansiyon ve kalp hızı ölçümlerinin daha kötü olduğu gözlenmiştir. Yine Levy ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışma bu duruma örnek gösterilebilir. Levy ve arkadaşları 49 yaş ve daha genç kişilerin dahil olduğu (yaş ortalaması 36.5) 440 kişi ile yapmış oldukları çalışmada, 1968 yılından 2007 yılına kadar katılımcıların takibini yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda erken dönem yaşlarda sahip olunan negatif stereotiplerin ileriki yaşlardaki sağlık durumunu etkilediği öne sürülmüştür. Gençliğinde negatif yaşlılık algısı olan kişilerin, 38 yıl sonra kalp rahatsızlığından daha fazla şikayet ettikleri bulunmuştur. Yine aynı çalışmaya göre negatif yaşlılık sterotiplerine sahip olan yaşlılarda, pozitif stereotiplere sahip olanlardan daha fazla tansiyon, kalp atış sayısında yükseklik bulunmuştur. Levy, Ashman ve Dror (1999-2000) yaptıkları araştırmada iki grup yaşlıdan birincisine yaşlılıkla ilgili negatif stereotipler, ikincisine pozitif stereotipler göstermiştir. Daha sonra bu kişilerden kendilerinin ölümcül bir hastalıkları olduğunu hayal etmeleri ve böyle bir durumda nasıl bir tıbbi bakım isteyeceklerini belirlemeleri isteniyor. Negatif stereotiplere maruz kalan gruptaki yaşlılar böyle bir durumda bir ay içerisinde ölmeyi tercih edeceklerini

söylerken, pozitif stereotiplere maruz kalan kişiler, masrafına bakmaksızın çeşitli tıbbı tedavileri isteyeceklerini belirtmişlerdir.

Ülkemizde yaşlılık algısı üzerine yapılan sayılı çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlıların kendilerini yalnız, işe yaramaz ve başkasına bağımlı olan kişiler olarak algıladıkları ve bu kişilerin depresyon puanlarının yüksek olduğu sonucuna varılmış ve bu sonucun ortaya çıkma nedeni de kendisini yaşlılık dönemine iyi bir şekilde hazırlamayan bireylerin, kendilerini değersiz, işe yaramaz ve bağımlı hissetmelerinin sonucu olduğu düşünülmüştür (Aksüllü ve Doğan, 2004; Bahar, Tutkun ve Serbaş, 2005; Özdemir ve ark., 2005). Kılıç ve arkadaşları (2014) yaptığı araştırmaya ise evde yaşayan 228 yaşlı birey katılmış ve bu araştırmada yaşlıların yaşam biçimi ile yalnızlık puan ortalamaları ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algıları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda ise yalnızlık ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Yalnız yaşayan yaşlıların depresyon puanlarının yüksek olduğu ve diğer gruplara nazaran kendilerini daha fazla yaşlı olarak algıladıkları sonucuna varılmıştır. Coudin ve Alexopoulos'un (2010) yaptığı bir araştırma ise, negatif sterotipin yaşlılardaki işlevsellik kaybıyla birlikte davranışlarında (fiziksel ve duygusal olarak) başka bir insana olan bağımlılığını ve buna bağlı olarak çaresizlik duygusunu arttırdığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre negatif stereotip yaşlıların kendilerini yalnız hissetmesine, risk almaktan kaçınmasına ve yardım talep etmesine neden olmaktadır.

Yaşlıların yaşlılığa karşı bakış açısı ve tutumu, kendilerinin sağlıklı yaşlanması açısından önemli olduğu için yaşlıların olumlu bir yaşlılık algısına sahip olmaları yukarıda bahsedilen toplumsal önyargılarla mücadele etmelerini de gerektirmektedir. Nitekim Levy, Slade, Kunkel ve Kasl'ın (2002) 50 yaş ve üstü 660 kişiyle yaptığı çalışmada yaşlıların yaşlılıkla ilgili olumlu algılarının ömrü uzattığını ortaya koymuştur. Avrupa'da Levy, Hausdorff, Hencke ve Wei (2000) tarafından yapılan başka bir çalışmada da pozitif yaşlılık algısının öznel sağlığı ve olumlu sağlık davranışlarını (sağlıklı beslenme, egzersiz yapmak, sigara-alkol kullanmamak gibi) yine olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada olumlu yaşlılık algısının yaşam süresi üzerinde diğer değişkenlere nazaran daha etkili olduğu bulunmuştur. Levy ve Myers'in (2004)'in yaşlılarla ilgili yaptığı çalışmada ise olumlu yaşlılık algısına sahip olan yaşlıların, bu algıya sahip olmayanlara nazaran

daha fazla koruyucu sağlık davranışları (sağlıklı beslenme, spor yapma) yaklaşımlarını uyguladıklarını ortaya koymaktadır.

1.9. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı çok eski zamanlara dayanmaktadır. Aristo ve ardından gelen birçok filozofa göre hayatta en yüksek düzeye ve en iyi duruma sahip olan kişiler, yüksek yaşam kalitesine sahiptir. Terim olarak yaşam kalitesi ilk kez Priestley'in 1943'deki oyununda kullanılmıştır. Tıp literatüründe ise yaşam kalitesi kavramı ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmektedir. Yaşam kalitesi kavramının tanımı konusunda ortak bir tanıma rastlanılmamıştır. Liu 1976, dünya üzerinde ne kadar insan varsa o kadar yaşam kalitesi tanımı olduğunu söyleyerek bu duruma dikkat çekmiştir. Baker ve Intagliata 1982 da bu alanda çalışan kişilerin ortak bir tanımda uzlaşamadıklarından bahsetmektedir (aktaran Felce & Perry, 1995). Dünya Sağlık Örgütü de 1946 yılında sağlığı "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak tanımlamış ve sonrasında yaşam kalitesi kavramına karşı ilgi son yıllarda oldukça artmıştır (akt. Müezzinoğlu, 2005).

Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalara bakıldığında farklı çalışmalarda farklı tanımlar kullanılması dikkat çekmiştir (Bond ve Corner, 2004). Bu durum yaşam kalitesinin ortak bir tanıma sahip olmadığının göstergesidir. Yaşam kalitesinin tanımı için ilk olarak Farquhar (1994) bir tanımlama yapmıştır. Farquhar'ın yaşam kalitesinin tanımı için yaptığı sınıflandırma önemli bir çıkış noktası olarak görülmüştür. Farquhar yaşam kalitesi tanımını uzman tanımları ve söyleyici tanımları (laydefinitions) olarak ikiye ayırmıştır. Uzman tanımlarını da küresel, tamamlayıcı ve odaklanılmış tanımlar olarak üçe ayırmıştır.

Küresel tanımlar; yaşam kalitesi ile ilgili olan genel tanımlardır. Küresel tanımlara örnek olarak Abrams 1973 yaşam kalitesini; insanların hayatlarının çeşitli yönlerini göz önünde tutarak hissettiği memnuniyet veya memnuniyetsizlik derecesi veya mutluluk ve memnuniyet için gerekli olan koşulların sağlanması olarak tanımlamıştır (akt. Bond ve Corner, 2004).

Farquhar (1994) ortaya koyduğu uzman tanımlarının ikincisi olan tamamlayıcı tanımlar ise yaşam kalitesinin çok boyutlu doğasını vurgular ve yaşam kalitesini farklı bölümlere ayırır. Bu tanıma örnek olarak George ve Bearon (1980) dört tane farklı boyut tanımlamıştır. Bunlardan iki tanesi objektiftir (genel sağlık ve fonksiyonel durum, sosyo ekonomik durum). Diğer iki tanesi ise özneldir (yaşam memnuniyeti ve benlik saygısı). Gerorge ve Bearon'un (1980) tanımladığı bu iki boyuta karşılık Hughes (1990) yedi tane önemli boyut tanımlamış ve bu boyutları yaşam kalitesi kavramının önemli kurucu elementleri olarak belirtmiştir (kişisel özerklik, fiziksel ve ruhsal iyilik, sosyo-ekonomik durum, yaşanılan çevrenin kalitesi, sosyal katılım, kültürel faktörler, bir amaca yönelik aktiviteler).

Üçüncü olan odaklanılmış tanımlar ise farklı disiplinlerin siyasi ve mesleki gündemini yansıtan tanımları içermektedir. Buna örnek olarak sağlık hizmetleri araştırmalarında yaşam kalitesinin genellikle sağlık ve fonksiyonel durum ile sağlık ekonomisi üzerine odaklanması gösterilebilir.

Farquar'un yaşam kalitesi tanımı için yaptığı sınıflandırmadan ikincisi söyleyici tanımlarıdır. Son yıllardan uzman tanımlarından ziyade söyleyici tanımları daha fazla gündeme gelmektedir (Bond ve Corner, 2004).Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bazı halk araştırmalarında yaşlı insanların yaşam kalitesini tanımlaması istenilmiştir (Bury ve Holme; 1991; Smith, Scharf ve Phillipson, 2004; Windsor ve Bowling, 2001). Farquar'da (1995) yaptığı çalışmada bu konuya değinmiş 65 yaş ve üstü olan yaşlı insanlara yaşam kalitesinin kendileri için ne anlama geldiği sorusunu sormuştur. Araştırmaya katılan kişilerden yaşam kalitesini kendi cümleleri ve kendi yaşam çerçevelerini düşünerek cevaplamaları istenmiştir. Yaşlı söyleyicilerin yaptığı bu tanımlamalar farklı içeriklerde olsa da önemli bazı noktalarda birleştiklerine de rastlanılmıştır. Yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili en sık dile getirdikleri benzer noktalar; aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, sağlık, hareketlilik-yeterlilik, maddi koşullar, aktiviteler ve mutluluktur. Yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı bu tanımlamalar genellikle onların hayat deneyimleri ve beklentilerini içermektir.

Bowling (1997) yaşam kalitesini, bireylerin yaşamış oldukları kültür ve değerler ve kendi yaşam algıları olarak tanımlamıştır. Lawton'a göre (1991) yaşam kalitesi dört alandan oluşmaktadır. Bu alanlar; psikolojik olarak iyi olma, yaşam kalitesi algısı, davranışsal yeterlilik ve içinde bulunduğun fiziksel çevredir.

Psikolojik olarak iyi olma; kişinin olumlu duygular yaşayarak kendisini iyi hissetmesi, arzularını gerçekleştirdiğini algılama şekli ve olumlu sosyal ilişkilere sahip olmayı içerir. Yaşam kalitesi algısı, kişinin istediği ve elde ettiği başarılar arasındaki algılanan farktır. Davranışsal yeterlilik; sağlık durumu ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yetisidir ve 3 ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar kişide rahatsızlık sonucu ortaya çıkan bozulma (psikolojik, fizyolojik ya da anatomik işlevlerde oluşan bir kayıp ya da anormalliktir), yeti yitimi ve sakatlıktır (kişide bulunan davranışsal yetersizlik veya yeti yitiminin yol açtığı durumdur). Fiziksel çevre ise kişilerin özgür bir şekilde hareket etmelerini sağlayarak, güvenli ve huzurlu bir yaşam imkanı sunmalıdır. Çevre, kişinin evdeki imkanlarını, yakın çevresindeki imkanları ve ülke koşullarını içerir. Lawton'a (1991) göre bu dört alan birbiri ile ilişkilidir. Fiziksel çevre, davranışsal yeterliliği etkiler, davranışsal yeterlilik kaliteli yaşam algısını etkiler. Psikolojik iyilik hali ise bu üç alanın sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Yaşam kalitesi,kişinin yaşamının kalitesine ilişkin duygu ve yargılarının değerlendirmesini içermektedir (Bowling 1997; Lawton, Winter, Kleban ve Ruckdeschel, 1999). Kişinin kendi yaşamıyla ilgili olan değerlendirmesi ise kişinin edindiği birikim (gelir, aile hayatı, iş, fiziksel ve ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler) ile yaşadığı çevrenin birikiminden (sosyal güvenlik, kamu güvenliği, yaşanılan mahalle, şehir, ülke) etkilenmektedir (Bowling, 1997).

Yapılan birçok çalışmada yaşam kalitesinin biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerden oluştuğu sonucuna varılmıştır (Bowling 1997; Hendry ve McVittie 2004; Oswald, Wahl, Mallenkopf ve Schilling, 2003). Biyolojik faktörler yaş, cinsiyet ve fiziksel sağlığı içermektedir. Psikolojik faktörler, mutluluk, algılanan refah, iyi olma, korku ve stresi içerir. Sosyolojik faktörler ise sosyal ilişkiler, gelir ve medeni durum gibi değişkenleri içermektedir (Bowling 1997; Hendry ve McVittie 2004; Oswald ve ark. 2003).

Günümüzde teknolojinin ilerlemesiyle, sağlık alanında ciddi şekilde ilerlemeler olmuştur. Bu gelişmelerle birlikte kişiler kronik hastalıkları olmasına rağmen teknolojinin ilerlemesine bağlı olarak daha uzun süre yaşama imkanına sahip olmuştur (Bond ve Corner, 2004). Kişilerin hastalıklarının arasındaki tedavi farklarındaki en önemli fark ise yaşam kaliteleri ve bunların hastalıkları üzerine

etkisi olmuştur. Bu nedenle yaşam kalitesi, her yaş grubu insan için önem ifade etmektedir (Bond ve Corner, 2004).

1.9.1 Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesini değerlendirmede farklı bakış açılarının olduğu görülmektedir (Aslan, 2009). Ancak yaşlılıkla ilgili yapılan sosyal araştırmalarda yaşam kalitesinin bireyin yaşamış olduğu sosyal ve fiziksel çevre içerisinde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Allardt, 1993; Aslan, 2009; Hughes, 1990). Hughes (1990) yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi üzerine yaptığı çalışmada yaşlılarda yaşam kalitesi ile ilgili alanlar belirlemiştir. Bu alanların yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmesinde önemli olduğunu belirtmiştir. Bunlar; kişisel memnuniyet, fiziksel çevresel faktörler, sosyal çevresel faktörler, sosyo-ekonomik faktörler, kültürel faktörler, sağlık durumu, kişilik faktörü, kişisel özerklik faktörüdür.

- Kişisel Memnuniyet: Burada yaşam kalitesi tamamen yaşlının kendisi tarafından değerlendirilir. Bu, yaşlıların yaşam kalitesi değerlendirmesinde en önemli alanıdır. Kişinin kendi yaşamından tatmin olup olmadığını içerir.
- Fiziksel-Çevresel Faktörler: Bu alan, yakın çevre koşulları (toplu taşıma, eğlence merkezi ve mağaza gibi yerlere ulaşımda kolaylık gibi), evdeki imkan ve koşullar (oda sayısı, mutfak banyo, sıcak su gibi), ülke koşullarını (kamu ve sosyal güvenlik gibi) içeren, kişinin fiziksel çevresi üzerine kontrolünü içerir.
- Sosyal Çevresel Faktörler: Bu alan aile ve sosyal ilişkileri ve desteği, eğlenceli aktiviteleri ve resmi ve gönüllü kuruluşlarla ilişkileri içermektedir. Örneğin; herhangi bir dernek ya da vakıfa üyelik, aile üyeleri ile görüşme durumu ve sıklığı ve arkadaş sayısı.
- Sosyo-Ekonomik Faktörler: Bu alan gelir, beslenme ve genel yaşam standartlarını içerir.
- Kültürel Faktörler: Bu alan yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ve din gibi önemli faktörleri içerir.

- Sağlık Durumu: Bu alan fiziksel olarak iyi olmayı, kişinin yeterliliğini ve zihinsel sağlığını içerir.
- Kişilik Faktörü:İnsanların kişilik özellikleri psikolojik olarak iyi olma durumları, moralleri ve hayattan memnuniyetleri ile ilişkilidir. Bu nedenle kişilik kişinin yaşam kalitesinin artmasına ya da azalmasına neden olmaktadır.
- Kişisel Özerklik Faktörü: Bu alan kişinin kendi kararlarını kendisinin verebilmesini, egzersiz kontrol yeteneğinin olmasını ve kendi fiziksel veya sosyal çevresi ile kontrol yeteneğinin olmasını içerir.

Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin çok boyutlu olarak ele alınması gerekliliğini savunanlardan biri olan Allardt'de (1993) bu konuya değinmiştir. Allardt'e göre yaşam kalitesi değerlendirilirken hem öznel (kişinin memnuniyet düzeyi) hem nesnel (fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve ruhsal sağlık gibi) faktörler bir araya gelerek değerlendirme yapılmalıdır. Örneğin yaşam kalitesi ölçülürken kişinin gelir düzeyinin yanında bu gelir düzeyinden memnun olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Bu bütünün parçaları birbirini etkilediği gibi yaşam kalitesini de etkilemektedir.

Toplumdaki olumsuz stereotipler ve önyargılar yaşlıların yalnızca zihinsel ve fiziksel değişimlerinin ön planda tutulup yaşlıların yaşam kalitesinin göz ardı edilmesine neden olabilmektedir (Brouwer, Walker, Rydahl ve Cukham, 2003). Ancak yaşlı bakımında, hastalıkların tedavisi kadar, yaşam kalitesinin de en üst seviyede tutulması gerekmektedir (Brouwer ve ark., 2003). Kottke'de (1982) yapmış olduğu çalışmalarda bu konuya değinmiş ve sadece uzun yaşamanın önemli olmadığını, uzun yaşamakla beraber yaşam kalitesinin de önemli olduğunu vurgulamıştır.

1.9.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Dünya'da teknolojik gelişmelere bağlı olarak yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus oranındaki artışa ve beraberinde yaşlılık kavramının önemine dikkat çekmiştir. Yaşlılık dönemi yaşam kalitesinin azaldığı bir durum olarak görülebilmektedir. Yaşlıların ev ve aile durumları, yaşamdan aldıkları zevk, çalışma durumları, sağlık

durumları, sosyo- demografik özellikleri, yaşadıkları mekan ve çevre gibi özellikler yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerdir. Bu durumlar sadece yaşlılara özgü olmasa bile yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemlidir (Aslan, 2009).

Farklı yaş, karakter, sağlık durumu ve farklı hayat şartlarına sahip olan insanların farklı öncelikleri olması kaçınılmazdır. Örneğin daha genç yetişkinlerde iş ve sosyal ilişkiler ön plandayken 65 yaş üstü kişilerde aile ve sağlık ön planda olabilmektedir (Bowling ve Windsor, 2001; Browne ve ark. 1994; Farquar, 1995). Yaşlıların yaşam kalitelerine ilişkin önceliklerinin ne olduğunu içeren birçok araştırma yapılmıştır. Fry'ın (2000) yapmış olduğu 286 kişilik (150 erkek, 136 bayan) çalışmada 65 yaş üstü kişilere yaşam kalitesi algısının neyi içerdiği sorulmuştur. Kişilerin yaşam kaliteleriyle ilgili olan şimdiki ve gelecekteki öncelikleri, beklentileri, endişelerini içeren görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda yaşlıların kişisel kontrole, bağımsızlığa, kendi kendine yeterliliğe, istedikleri yaşam sitilini seçme ve mahremiyet haklarına sahip olmaya önem gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bowling ve Gabriel'in (2004) bu konuyla ilgili yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlara rastlanılmıştır. Çalışmada 65 yaş ve üstü kişilerin yaşam kalitesi algısı ölçülmüş ve sonucunda yaşlıların hayattan pozitif beklentileri olması, sağlık ve işlevsellik durumlarının iyi olması, sosyal aktivitelerin çok olması, sosyal desteğin olması, yalnızlığın az olması, yaşadıkları çevredeki güvenlik ve sosyal servis kalitesinin onların yaşamları açısından önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Daha ilerleyen yıllarda Bowling ve Gabriel (2007) tekrar bu konuya değinmiş 624 yaşlı katılımcıyla görüşmeler yaparak yaşam kalitesinin tanımı ve altında yatan sebeplerin ne olduğunu çalışmışlardır. Katılımcıların %62 (n=624)'si 65-74 yaş, %38 (375)'i ise 75 yaş üstü kişilerdir.Yapılan görüşme analizleri sonucunda katılımcıların % 81'i sosyal ilişkiler ve roller, % 48'i serbest zaman aktiviteleri, %44'ü sağlık, %38'i psikolojik iyi hal ve görünüm, %33'ü finansal durum ve %27'si ise bağımsızlık gibi faktörlerin kendileri için önemli olduğu sonucuna varmışlardır. Bu durumların neden önemli olduğunu ise; herhangi bir kısıtlama olmadan istediklerini yapabilme, hayattan tatmin ve memnun olma, zihinsel uyum, sosyal ilişkiler ve kendilerini güvende hissedebilmeleri gibi faktörlere bağlamışlardır.

Gelişimsel bir süreç olan yaşlanma deneyimi her kişide farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Kişilerin aile yapısı, imkanları, tutumları, hayattan beklentileri, yaşadıkları çevre gibi durumlar bu hususta etkilidir. Bu deneyimlere bağlı olarak kişilerin yaşam kaliteleri birbirinden farklılıklar göstermektedir (Bowling ve Gabriel, 2007). Farklı toplumlar arasında kişilerin yaşam kalitelerinde farklılıklar görülebileceği gibi, aynı toplumda yaşayan insanların da yaşam kalitelerinde de farklılıklar görülebilmektedir. Bu durumla ilgili Albrecht ve Devlieger (1999) bir çalışma yapmış ve çalışmasında yaşları 18 - 74 arasında değişen engelli153 kişi ile derinlemesine görüşme yapmıştır. Araştırmada katılımcıların %54.3 'ü ciddi bir şekilde sağlık ve ekonomik zorluklar yaşasa da, bu durumları yaşamayanlara göre yaşamlarından daha fazla memnuniyet ifade etmektedir. Bu durum yetersizlik çelişkisi olarak adlandırılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre yaşam kalitesinden memnuniyetin, beden ve zihin arasındaki dengeye dayandığı ve bu şekilde uyumlu ilişkiler sürdüğü sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan görüşmelerde kişilerin yaşam kalitesini değerlendirirken sağlıklarından ziyade, ilişkilerine, çevrelerine ve sosyal hayatlarına önem verdikleri dikkat çekmektedir. Engellilikleriyle beraber yeni hayatlarını nasıl yorumladıkları, bu hayata nasıl adapte oldukları ve baş etme stratejileri yaşam kalitelerini değerlendirmede önemli bulunmuştur. Albrecht ve Devlieger'e göre bu durum denge teorisiyle açıklanmaktadır. Denge teorisi, ileri derecede sakatlığı olan ve dışarıdan düşük yaşam kalitesine sahip olduğu düşünülen kişilerin yaşam kalitelerini olumlu değerlendirmesi olarak açıklanabilir (akt. Bowling, Seetai, Morris, Ebrahim, 2007). Denge teorisine göre hastalıklarda kişinin elde ettiği ikincil kazançların önemli olduğu; kişinin kendisini, dünyasını ve sosyal çevresini nasıl tanımladığıyla ilişkili olan kişisel deneyimin yaşam kalitesini değerlendirmede önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu durumla ilgili olarak Bowling ve arkadaşları (2007) 65 yaş ve üstü 999 katılımcıyla yüzyüze görüşme yaparak, zayıf fiziksel işlevsellikle yüksek yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sonuçlar, hastalık yükünün az olması, psikososyal kaynağın çok olması, işlevsellik derecesi ve algılanan yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Fiziksel işlevselliğinde bozukluk olduğu halde yaşam kalitelerini iyi olarak ifade edenlerin, kötü olarak ifade edenlere göre hastalık yükünün daha az olduğu, sosyal ilişkilerinin ve hayatları üzerindeki kontrolün yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum beden ve zihin arasındaki denge teorisini desteklemekle beraber kişilerin kontrol duygusunun, sosyal ilişkilerinin ve sahip oldukları hayatı nasıl algıladıklarının

önemini ortaya koymaktadır. Bowling'e göre sağlık açısından bakıldığında yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Ancak kişinin sağlık probleminin olması, sağlığını ve yaşam kalitesini zayıf algılamasıyla aynı şey değildir.

Rejeski ve Mihallo (2001) yaşlılarda fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi ele alınırken kişinin sağlık durumunun ve psikolojik olarak hayattan tatmin olmasının önemli olduğunu, bu iki durumu göz önünde tutarak değerlendirme yapılması gerektiğini savunmuşlardır. Bu şekilde bakmanın yüksek yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkide etkili olan değişkenlerin belirlenmesine yardımcı olacağını öne sürmektedirler. Hulter Arsberg insanların hayattaki amacının sağlıklı olmak olmadığını, ancak sağlığın kişinin yaşamak istediği hayat için önemli olduğunu vurgulamıştır (akt. SarvimaEki 2000). Bu nedenle sağlık yaşam kalitesi için önemlidir.

Yaşlılık ile beraber kişinin yaşamış olduğu sağlık gibi kayıplar, yaşam kalitesini etkilemektedir. Molzahn ve Low (2007) 'in 202 katılımcıyla yaptıkları çalışmada yaşlılıkta yaşam kalitesinin altında yatan kavramsal faktörlerin sağlık, mali durum ve yaşamın anlamı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle yaşlılıkta yaşanan sağlık problemleri, kişinin depresyon yaşamasına zemin hazırlamakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Oleson, Headin, Shadick ve Bistodeau (1994) yapmış olduğu çalışmada kişilerin yaşlarının artmasıyla, sağlık problemlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü sonucuna varmıştır. Zincir, Taşçı, Erten ve Başer'in (2008) yaptığı çalışmada da huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesi, depresyon düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. Çalışmaya 65 yaş ve üstü 93 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre yaşam kalitesi ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, yaşlıların yaşam kaliteleri arttıkça depresyon puanlarının düştüğü sonucuna varılmıştır. Ayrıca yaşam kalitesi ve depresyon ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır. Erkeklerde yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunurken, kadınlarda depresyon erkeklerden daha fazla görülmektedir. 65-74 yaş arasındaki kişilerde yaşam kalitesi diğer yaş gruplarına göre daha yüksek iken, depresyon puanları daha düşüktür. Browne ve arkadaşları (1994), yaptıkları çalışmada da yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında; yalnızlık, çalışma hayatından uzaklaşma, sosyal ilişki kaybı, ekonomik sorunlar gibi toplumsal faaliyetlerin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen önemli sağlık problemlerinden biri depresyondur. Wada, Ishine, Sakagami ve Okumiya'ın (2004) yaptıkları çalışmada, depresif yaşlılarda yaşam kalitesini, depresif olmayan yaşlılardan daha düşük bulmuşlardır. Demura ve Sato (2003) 65 yaş ve üstü, 657 erkek ve 645 bayan olmak üzere toplamda 1302 kişi ile yaşlılarda cinsiyet ve yaş gruplarını göz önünde tutarak, depresyon, yaşam stili ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakmışlardır. Araştırmanın sonunda depresyon ve yaşam kalitesi arasında bir ilişkiye rastlanmıştır. Kişinin öznel mutluluğu, öznel yaşam stili tatmini ve ilişkilerin yüksek yaşam kalitesi açısından önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. En yaşlı grupta, özellikle kadınlarda, depresyon genç yaşlı gruba göre daha fazla görülmüş ve depresyonu olan kişilerin yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, arkadaş sayısı, moral ve yaşam stiliyle ilişkilidir. Prince, Harwood, Blizard, Thomas ve Mann (1997) 65 yaş ve üstü yaşlılarla yaptığı çalışmada yaşlılarda depresyon ile sosyal destek, yalnızlık ve yaşam olaylarının ilişkisini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda yaşlıların yaşadığı sosyal destek, yalnızlık ve olumsuz yaşam olaylarının (hastalık, yakının ölümü, hırsızlık) depresyon için risk oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Depresyon ile sosyal destek ve yalnızlık arasında yüksek seviyede ilişki bulunmuş ve bu durumun yaşlıların yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir. Chachamovich ve arkadaşları'da (2008) uluslararası büyük bir örneklem kullanarak 65 yaş ve üstü, 20 ülkeden toplamda 4,316 yaşlı ile yaptıkları çalışmada depresyonun yaşam kalitesi ve yaşlanma deneyimi üzerinde etkisini incelemiş ve depresyonun yaşlılarda düşük yaşam kalitesine ve olumsuz yaşlanma deneyimlerine neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy ve Moriguch (2003) iyi bir yaşam kalitesinin tanımının her kişide farklı şekillerde ortaya çıktığını öne sürmüş ve yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili araştırma yapmışlardır. 219 katılımcının dahil edildiği çalışmada iyi bir yaşam kalitesinin belirleyicileri araştırılmıştır. Analizler sonucunda katılımcıların %57 (n=38)'si yaşam kalitesini pozitif yönde değerlendirirken; %18 (n=12)'si negatif yönde değerlendirmiştir. %25 (n=17)'i ise ne negatif ne de pozitif bir değerlendirme yapmıştır. Sonuçlara göre; negatif yaşam kalitesinin sağlık kaybıyla ilişkili olduğu ve bu kişilerin depresyonlarının yüksek olduğu, pozitif yaşam kalitesinin ise her kişide farklı şekillerde ortaya çıkan gelir, aktivite, sosyal yaşam ve aile ilişkilerinden etkilendiği sonucuna ulaşmışlardır.

Ayrıca yaşam kalitesini olumsuz değerlendiren katılımcıların (n=12) depresyon puan ortalamaları (3.2±2,2), olumlu değerlendiren katılımcıların (n=38) depresyon puan ortalamaları (5.3±2.9) arasında anlamlı derecede farklılık bulunmuştur.

Smith, Sim, Scharf ve Philipson'ın (2004) 60 yaş ve üstü 600 kişiyle İngiltere'de yaptığı çalışmada, gelir, emeklilik, ev, eğitim, sosyal ilişkiler, medeni durum ve çevresel faktörler gibi durumların yaşam kalitesini değerlendirmede etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bunların yanında kişinin yaşlanma deneyimi, değerleri, kendini iyi hissetmesi ve yaşamından tatmin olması da yaşam kalitesi için önemlidir (Brown ve ark. 2004). Yaşam kalitesiyle ilgili yapılan bazı araştırmalarda kadınlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılırken (Netuveli ve Blane, 2008), bazı çalışmalarda cinsiyete göre farklılık bulunmadığı ileri sürülmektedir (Wiggins, Higgs, Hyde ve Blane, 2004). Barrett, Savva, Timonen ve Kerry (2011) göre ise yaşam kalitesi 50-74 yaş arasında yüksek bulunurken, 75 yaşından sonra düşmeye başlamaktadır.

Ülkemizde Top, Eriş ve Kabalcıoğlu (2012) 65 yaş ve üstü 550 kişi ile yaptıkları araştırmada yaşam kalitesi ve yaşlanma tutumu arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmaya göre yaşlanma tutumunun iki boyutunun fiziksel değişim (yaşlanmayla beraber ortaya çıkan fiziksel değişiklikler) ve psikolojik gelişim (yaşlanmayla beraber değişen ruhsal süreç) yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Eğitim, cinsiyet, sosyal güvenlik, yaş ve medeni durumun yaşlanma tutumu ve yaşam kalitesinin alt ölçeklerini etkilediği sonucuna varmışlardır. Eser, Saaatli, Eser, Baydur ve Fidaner (2010) yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da yaşam kalitesi ile yaşlanma tutumu arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmış ve yaşlanma tutumunun iki boyutunun (fiziksel değişim ve psikolojik gelişim) yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli olduğunu öne sürmüşlerdir. Yapılan başka çalışmalarda da buna benzer sonuçlara rastlanılmıştır (Fang ve ark., 2011; Low, Molzahn ve Kalfoss, 2008).

Yaşam kalitesi kavramı genel bir kavram olmakla birlikte, kişinin fiziksel sağlık, ruhsal durum, bağımlılık düzeyi, sosyal ilişkiler, kişisel inanışlar ve içinde bulunduğu fiziksel çevrenin özelliklerini içine alır (Özyurt ve ark. 2007). Arslan ve

Kutsal'a (1999) göre de yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve somatik duyu gibi farklı ölçümleri kapsaması gerekmektedir.

Günümüzde hem yaşlılarının sayılarının hem de iyi bir hayat yaşama arzusunun artması sosyal politika çalışmalarına yön vermekte ve yaşam kalitesi araştırmaları uluslararası bir ilgi odağı olmaktadır. Yapılan politika çalışmaları, yaşlıların hareketlerini sürdürmelerini, bağımsızlıklarını ve topluma aktif katılımlarını, yaşlılığın fiziksel, sosyal ve psikolojik zorluklarını etkili bir şekilde sürdürmelerini sağlamayı içermektedir. Bu şekilde geçirilen yılların kaliteli olmasını sağlamaya çalışmaktadırlar (Bowling ve Gabriel 2007).

Yaşlı nüfusun artmasıyla, yaşlılara yönelik yapılan sosyal ve sağlık hizmetlerinin topluma getirdiği mali yük de artar. Yaşlı nüfusun artmasıyla yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar daha fazla görülür ve bu hastalıklara yönelik tedavi ve rehabilitasyon harcamaları da artar. Bu yükün artması verilen hizmetlerin kalitesinin ve dolayısıyla yaşam kalitesinin de düşmesine neden olabilir. Günümüzde başarılı sağlık hizmetleri sadece hastalığın yol açtığı ağrı ve halsizlik gibi fiziksel durumlarla sınırlı kalmayıp aynı zamanda kişinin psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile de ilgilidir. Bu durum yaşanılan yılların niteliğini de önemli hale getirmiş ve yaşam kalitesinin arttırılması tüm toplumların ulaşmayı hedeflediği bir durum haline gelmiştir (Aslan, 2009).

1.10. Depresyon

Depresyon, üzüntülü ve bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile ortaya çıkan bir sendromdur (Öztürk, 2004). Depresyon duygu durum bozuklukları içerisinde önemli ve geniş bir alana sahiptir. DSM-V 'de (2014) depresyon için tanı kriterleri aşağıdaki gibidir;

- Depresif veya sinirli ruh hali

- Her zaman ilgisini çeken aktivitelere karşı isteksizlik
- Aşırı kilo kaybı veya aşırı kilo alma
- Düzensiz uyku
- Aşırı hareketlilik veya durgunluk
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Kendini değersiz hissetme
- Suçluluk duygusu
- Konsantrasyon bozukluğu
- İntihar düşüncesi veya eylemi

Depresyon, diğer yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılıktada sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Bu durum yaşlının hayatında önemli olumsuzluklara neden olmaktadır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak birçok faktörün bir araya gelip kişinin hayatını olumsuz etkilemesi depresyona neden olabilmektedir.

1.10.1. Farklı Yaklaşımlara Göre Depresyon

Depresyonun neden kaynaklandığına dair birçok yaklaşım vardır. Psikanalitik yaklaşıma göre; depresyon, erken dönem ilişkilerindeki nesne kaybından (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 kaybından 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 kalıtımsal 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 gore*;* 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, 2003).

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).

1.10.2. Yaşlılarda Depresyonun Değerlendirilmesi

Yaşlılarda depresyona zemin hazırlayan bazı risk alanları vardır. Aile yapısının değişmesi, sosyal desteğin azalması, ekonomik zorluklar, düşük sosyoekonomik durum, farklı hastalıkların varlığı, yeti yitimi, bakımevi veya huzurevinde kalmak, çok sayıda ilaç kullanımı, beslenme yetersizliği, sosyal ilişkilerde zayıflık, düşük benlik saygısı ve eş kaybı gibi faktörler yaşlıların depresyon geliştirmesinde etkili olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bunlarla beraber bireyin kişilik yapısı, psikolojik yapısı, insanlarla olan ilişkisi, içinde yaşadığı kültür yapısı da depresyonu etkileyen faktörler arasında sayılabilmektedir.

Araştırmalarda depresyon semptomlarında(eşlik eden farklı bir rahatsızlık yoksa) genç-yaşlı, cinsiyet, ırk gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik olmadığı savunulsa da (Blazer, Mrkides ve Miller, 1998; Blazer, 2003; Jenike, 1995), bazı araştırmalar farklı yaş gruplarında, depresyonun farklı semptomlarının daha çok öne çıkabileceğini öne sürmüşlerdir (Gebretsadik, Jayaprabhu, ve Grossberg, 2006). Yaşlılarda görülen depresyonda uyku problemi, ilgide azalma, suçluluk duygusu, enerji kaybı, konsantrasyon bozukluğu, iştah bozukluğu, psikomotor ve düşünce bozuklukları hakimdir (Jenike, 1995). Uyku problemi yaşlılarda kendini sabahları

erken uyanma olarak gösterirken, motor hareketlerinde gerileme, ajitasyon, ölüm düşünceleri ve buna bağlı olarak öz yıkım (intihar) düşünceleri en sık rastlanan belirtilerdir. Henriksson ve arkadaşları (1995), depresif yaşlılarda, öz yıkıma bağlı olan ölüm oranlarının, gençlere göre daha yüksek olduğunu belirtmiş ve bunun nedenini yalnızlık olarak ifade etmiştir. Blazer'a (1994) göre ise depresyon semptomlarına bakıldığında yaşlılarda gençlere nazaran intihar düşünceleri ile suçluluk düşünceleri daha az görülürken, somatik belirtiler, kaygı hissi ve bilişsel fonksiyonların bozulmasıyla ilgili olan alanlardaki bozulmalara daha fazla rastlanılır. Depresif yaşlılarda duygu durumunda hüzün, elem, üzüntüden ziyade yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, yakınma, aşırı talep edicilik görülür (Shulman, 1989). Bedensel yakınmalar ve endişeler yaşlılardaki depresyonda ön plandadır. Yaşlılarda major depresyon kendini kaygı, somatik yakınmalar veya bilişsel yaralanmalar ve panik semptomlar şeklinde gösterir (Gebretsadik, Jayaprabhu, ve Grossberg, 2006).

İleri derecede yaşlı olan kişilerde, yaşı daha küçük olan yaşlılara nazaran depresyon daha fazla görülebilmektedir (Blazer, 2000; Schneider ve Zemansky, 1990; White, Wykoff, Tynes). Bu durum yaşlanmanın semptomlarıyla açıklanabilir. Örneğin bu yaşlılarda kadın sayısının daha çok olması, düşük sosyo-ekonomik durum, daha fazla fiziksel ve bilişsel bozulmanın olması depresyon riskini arttırır. Bunlar kontrol altına alındığında yaş ile depresyon arasında ilişki bulunmayabilir (Blazer, 2000; White ve ark. 1990).

Yaşlılarda görülen depresyon kişinin bilişsel yetilerinde azalmaya ve yaşam kalitesini düşürmeye neden olur ve sağlık ve bakım servislerini kullanma oranını da arttırır (Steffens, Skoog, Norton, Hart, Tschanz ve Plasman, 2000).Yaşlılık döneminde depresif belirtilerle karşı karşıya kalınması hem yaşlıyı hem de aile üyelerini veya bakım veren kişileri zorlamaktadır (Woods ve Clare, 2008).

Depresyon ileriki yaşamda bir çok hastalıkla beraber görülebilir (Blazer. 2000). Örneğin kalp rahatsızlığı (Sullivan, LaCroix ve Baum, 1997), diabet (Blazer, Ayers, Morgan ve Burchett, 2002), kalça kırığı (Magaziner, Simonsick ve Kashner, 1990) veya felç olanlarda (Robinson ve Price, 1982) bu hastalıklara sahip olmayanlara kıyasla daha fazla depresyon görülebilir. Black ve arkadaşlarının (1998) Meksikalı Amerikalı yaşlılarla yaptığı çalışmada da buna benzer sonuçlara

rastlanılmış, depresyon, diabet, kireçlenme, böbrek ve ülser gibi rahatsızlıklarla beraber görülmüştür.

Yaşlılarda görülen depresyonda en önemli sorunlardan biriside tanı sürecinde yaşanan zorluklardır. Yaşlılarda depresyon tanısını koymak gençlerdekinden daha zordur. Çünkü yaşlılık dönemindeki depresyon çoğu zaman yaşlılığın doğal bir süreci olarak görülebilmektedir (Blazer, 1994; Tamam ve Öner 2001). Yaşlıların çoğu zaman depresif belirtilerden ziyade bedensel ve fiziksel kayıplarından yakınmaları doktorları depresyon tanısı koymaktan uzaklaştırabilmektedir. Bazı yazarlar yaşlılarda görülen depresyonu maskeli veya somatik depresyon olarak adlandırmışlardır (Blazer, 1994).

Yaşlılarda depresyon tanısının göz ardı edilmemesi için yaşlının klinik değerlendirmesinin iyi ve ayrıntılı bir şekilde yapılması gerekmektedir. Kişinin depresyon geliştirip geliştirmemesinde önemli olan geçmiş yaşantısı ile, depresif bir döneme neden olan yaşam olaylarının dikkatli bir şekilde ele alınarak depresyon değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Gerekirse yaşlının öyküsü ailesinden de ayrıntılı bir şekilde öğrenilmelidir.Genetik yatkınlık, cinsiyet, kişilik, yakınının ölümü, ayrılık, kalınacak mekanın değişmesi, maddi sıkıntılar, emeklilik gibi psikososyal problemler yaşlılarda depresyon için risk oluşturabilir (Graham, Baldwin ve Burn, 2008). Yaşlı hastalarda depresyona zemin hazırlayabilecek fiziksel ve bilişsel rahatsızlıkların ve laboratuar sonuçlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Tanı koymada önemli olan bu durumların değerlendirmede yer alması gerekmektedir (Özmenler, 2001).

Yaşlılarda depresyona karşı koruyucu faktörler (sosyal destek, başa çıkma davranışı, iyi beslenme, fiziksel uygunluk, problemlere karşı kontrol duygusu) dikkate alınarak tedaviye yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Graham, Baldwin ve Burn, 2008). Aksi takdirde bu durum yaşlıların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler ve depresyona bağlı intihar ve ölüm oranlarının artmasına neden olabilir (Graham, Baldwin ve Burn, 2008).

1.10.3. Yaşlılıkta Depresyonla İlgili Çalışmalar

Beck'in (1963) kuramına göre insanların yaşadığı depresyonun temelinde umutsuzluk yatmaktadır. Umutsuzluk insanlarda, başarısızlıklarını tolere edememe, problemlerini çözememe, kimsenin onlara yardımcı olabileceğine inanmama, düşüncelerinde gerçekçi olmayan anlamlar bulundurma, amaçlarına ulaşmak için gayret etmediği halde olumsuz sonuçlar bekleme gibi durumlarla ortaya çıkmaktadır (Beck, 1963). Melges'a (1969) göre umutsuz olan insanlarda değersizlik, çaresizlik, kararsızlık ve suçluluk duyguları da ortaya çıkmakta ve bu olumsuz algılar kişinin geleceğine yansımaktadır. Buna bağlı olarak yaşlılarda umutsuzluk sıkça karşılaşılan bir problemdir. Yaşlılar geçmişteki başarısızlıkları veya hatalarından dolayı sürekli kendilerini suçlayarak gelecekten umutsuz olup, depresif duygular yaşayabilmektedirler (Melges, 1969).

Depresyon yaşlılık döneminde sıkça görülen önemli bir sağlık problemidir. Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber, bu döneme özgü olan psikiyatrik hastalıklar önemli hale gelmektedir. Depresyon da yaşlılık döneminde özellikle öne çıkmaktadır (Kılıçoğlu, 2006). Jongenelis, Eisses, Beekman, Kluiter ve Ribbe'nin (2004)yaşlılarla ilgili olarak yaptığı bir çalışmada, yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütüne göre ise depresyon, fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır (akt. Göktaş ve Özkan, 2006). Yapılan değişik çalışmalarda yaşlılarda görülen depresyon sıklığı amaç ve kullanılan yöntemlere bağlı olarak değişmektedir. 65 yaş ve üstü yaşlılarda majör depresyon sıklığı % 1-3 arasındayken, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtilerinin ise % 8-15 sıklıkta olduğu belirtilmektedir (akt. Keskinoğlu ve ark. 2006). Geriatrik depresyon prevelansıülkelere göre değişiklikler göstermektedir (Demet, Taşkın, Deniz ve Karaca, 2002; Kai, Ene ve Kadri, 2002; Sütoluk, Demirhindi, Savaş ve Akbaba, 2004; Şahin ve Yalçın, 2003; Whooley, Soghikian ve Stone, 2000; Wada ve ark., 2004). ABD'de yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstü yaşlılarda depresyon prevelansı %14 olarak belirtilmiştir (Whooley ve ark., 2000). Estonya'da ise bu oran %40.2, Japonya'da ise %33.5 olarak bildirilmiştir (Wada ve ark., 2004; Kai ve ark., 2002). Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise bu oran 65 yaş ve üstü kişilerde %26.1-%48,1 arasında

değişmektedir (Demet ve ark., 2002; Sütoluk ve ark., 2004; Şahin ve Yalçın, 2003). Steffens ve arkadaşlarının (2000) yapmış oldukları çalışmada depresif yaşlı bireylerin, depresif olmayanlara göre pratisyen hekime başvuru oranını 2-3 kat fazla belirlemişlerdir.

Yaşlılıkta oluşan biyokimyasal değişiklikler, bedensel hastalıklar, ilaç tedavisi, psikososyal etkenler ve beslenme alışkanlıkları yaşlılıkta depresyona zemin hazırlayan temel etkenler olarak görülmektedir (Kaya ve Ünal, 1999).

Yaşlılıkta depresyon riski açısından önemli olan faktörler vardır. Bunlar; kadın olmak, eşini kaybetmiş olmak veya bekar olmak, gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal desteğin olmaması, önemli kayıplar yaşanması, fiziksel bir hastalığın bulunması ve bu hastalığın uzun sürmesi ve yaşlılığa bağlı biyokimyasal değişikliklerdir (Eker ve Noyan, 2004). Depresyon kadınlarda daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Zunzunegui, Beland, Llacer ve Leon (1998) yaşlılarla yaptığı çalışmada kadınlardaki depresyon oranını %46, erkeklerde ise %20 bulmuşlardır. Zunzunegui ve arkadaşları (1998) görülen bu önemli farkın sebebini kadınların daha düşük gelir ve eğitime sahip olması, eş kaybı, düşük kendine güven ve sosyal izolasyon gibi nedenlere bağlamıştır. Mavandadi ve arkadaşlarının (2007) de yaptığı çalışmada ise düzenli spor yapan yaşlılarda depresyon daha az görülürken, sağlığı iyi olmayan, ağrı çeken yaşlılarda depresyon daha çok görülür.

Fiske, Wtherell ve Gatz'ın (2009) yapmış olduğu bir gözden geçirme çalışmasında yaşlılarda depresyonun gençlerdekinden daha az olduğu sonucuna varılmıştır. 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).

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 yaşlının çektiği ağrılarının yaşamını kısıtlaması, fiziksel hastalığının yaşamını tehdit etmesinin yanında, depresyonda ki yetersiz beslenme, bağışıklık sisteminde zayıflama da bazı sağlık problemlerine yol açabilmektedir (Ersanlı, 2005).

Yaşlılarda fiziksel sağlığın azalacağı endişesi, ekonomik endişeler, toplumsal yaş ayrımcılığı, yalnızlık, yakınının kaybı ihtimali gibi durumlar depresyona zemin hazırlayabilir (akt. Dixon, 2007). Depresyona neden olabilecek bu durumlar cinsiyete göre farklılık gösterebilir. Örneğin erkeklerde en çok sağlık ve eş kaybı depresyona zemin hazırlayabiliyorken, bu durum kadınlarda ekonomik endişe ve yalnızlık korkusuolarak ortaya çıkmaktadır (Holahan, Holahan ve Wonacott, 2001; Sable, Dunn ve Zisook, 2002). Ancak her iki durumda da bu depresif semptomlar yaşlının genel iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Hacıhasanoğlu ve Türkleş'in (2007) 65 yaş ve üzeri yaşlılarla depresyon üzerine yaptığı çalışmada, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalıklar, yaşanılan ortamdan memnun olma durumlarıyla depresyon arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada kadınlardaki depresyon oranı %70 iken, erkeklerde %51.6 dır.

Verhey ve Honig'e (1997) göre yaşlılık tek başına depresyon riskini artırmamaktadır. Fiziksel ve bilişsel yetilerde azalma, günlük aktivitelerde azalma, sosyal ilişkilerde zayıflama, ekonomik durumda kötüleşme, kişinin yalnız yaşaması, sosyal desteğin az olması gibi durumlarda depresyonu arttırmaktadır. Kekovalalı, Baybek, Eksen ve Aslaner'in (2002) huzurevinde kalan 65 yaş üstü 41 yaşlıyla yaptığı çalışmada da depresyon belirtileri incelenmiştir. Araştırmanın sonucuna göre 75 yaş ve üstü kişilerde depresyon görülme oranı %47.4, 75 yaş altı olanlarda depresyon görülme oranı %36.4bulunmuştur. Ziyaretçisi gelen kişilerde ise depresyon görülme oranı %31 iken, ziyaretçisi gelmeyenlerde depresyon görülme oranı %66.7'dir. Geleceğe iyimser bakan yaşlılarda depresyon görülme oranı %17.6, gelecekten beklentisi olmayan yaşlılarda ise depresyon görülme oranı %58.3'tür. Kronik hastalığı olan yaşlılarda Chdepresyon görülme oranı %56.5, kronik hastalığı olmayanlarda ise bu oran %22.2 olarak bulunmuştur.

Yaşlılarda depresyonu etkileyen faktörlerden biri olan sosyal destek alanında bir çok çalışma yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda depresyonla sosyal destek arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Chi ve Chou 2001; Gadalla 2010, Mendes de Leon ve ark., 2001; Penninx ve ark., 2000). Örneğin Chi ve Chou'nun (2001) HonKong'da 60 yaş ve üstü kişilerle yaptığı çalışmada depresyonla sosyal destek arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. 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 üstü (542 erkek ve 835 kadın) kişilerde sosyal desteğin önemiyle ilgili yaptığı çalışmada da buna benzer sonuçlara rastlanılmıştır. Gadalla (2010) araştırmasında psikolojik rahatsızlık, kronik stres arasındaki bağlantıda sosyal desteğin ve hakimiyetin rolüne bakmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre her iki cinsiyet içinde kronik stres psikolojik rahatsızlıklar açısından en güçlü belirleyicidir. Ancak erkeklerde etkisi kadınlara göre daha fazladır. Kadınlarda ise psikolojik rahatsızlıklarda en etkili durum zayıf fiziksel sağlıktır. Sosyal destek ise her iki cinsiyet için önemlidir. Sosyal desteğin az olması psikolojik rahatsızlıkların, özelliklede depresyonun zeminini hazırlamaktadır. 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). Yaşlılarla ilgilenen sağlık çalışanları yaşlıların psikolojik rahatsızlıklarıyla onlara stres veren durumların ilişkisinin bilinmesinin yaşlıların tedavisinde önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir (Gadalla, 2010)

Yaşlılarda depresyonu incelerken diğer önemli bir nokta ise yaşlının kendisini nasıl algıladığıdır. Yaşlıların kendilerini, sorunlarını, ve yaşadıkları hayatı nasıl algıladıkları onların depresyon düzeyiyle ilişkilidir (Ersanlı, 2005). Ülkemizde Özben'in (2004) yaşlıların depresyon düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada kendini işe yaramaz, yaşamını istediği gibi yaşamayan, kendisinin yararlı olduğuna inanmayan yaşlılarda depresyon düzeyi, böyle hissetmeyenlere göre daha yüksektir.

Yaşlanmayla beraber kişilerde psikolojik veya duygusal anlamda farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu konuyla ilgili çalışan Aldert (2003), yaşlıların kendilerini iyi hissetmesini yaşam amacına bağlamıştır. Aldert'in (2003) 58 yaş ve üstü kişilerle yaptığı çalışmada, yaşam amacının kişilerin kendilerini iyi hissetmesi üzerine olan etkisini araştırmıştır. Araştırma sonucuna göre Ardelt (2003), yaşam amacı arttıkça yaşlıların kendilerini daha iyi hissettiği sonucuna ulaşmıştır. Ardelt'e (2003) göre yaşlılar hayatlarında bir yaşam amacı olma durumunu koruyabiliyorlarsa, daha az stres, daha fazla kişisel güç ve özgüven, genel iyilik hallerinin daha yüksek ve daha az depresyon deneyimine sahip oldukları sonucuna varmıştır. Dixon'un (2007) 167 katılımcıyla yaptığı araştırmada ise 70 yaş ve üstü yaşlıların başkaları tarafından önem görmesi, yaşam amacının olması ve depresyon'un kişilerin sağlık açısından iyi

olmasıyla arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucuna göre, yaşlının başkaları tarafından kendini önemli görmesi, hayatta bir amacının olması ve depresyonun birbiriyle ilişkili olduğu ve genel iyi olma durumundaki varyansın %78 ini açıkladığı sonucuna varılmıştır. Yaşlının genel iyi olma durumunu açıklayan en belirleyici etkeninde yaşam amacının varlığı sonucuna varılmıştır. Depresyonla da sağlık açısından iyi olma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Yaşlılarda gençlere nazaran depresyon tanısı koymak zordur (Cole, Bellvance ve Mansour, 1999; Eker & Noyan 2004). Bunun ilk nedeni yaşlılarda görülen depresyon belirtilerinin yaşlanma sürecinin getirmiş olduğu normal sorunlar olarak algılanmasıdır. İkinci nedeni; DSM-V'te belirtilen major depresyon kriterlerinin yaşlılarda görülen depresyonla uyumlu olsa bile, gençlerdekinden daha farklı şekillerde ortaya çıkmasıdır. Üçüncü nedeni ise yaşlılarda görülen depresyona demans gibi farklı hastalıklarında eşlik etmesidir (Eker ve Noyan 2004). Her ne kadar depresyon yaşlılarda sık görülen bir rahatsızlık olsa da tanı koyarken göz ardı edilebilmektedir. Örneğin yaşlı birinin şikayetleri halsizlik, vücudun farklı bölgelerindeki ağrılar, baş ağrısı, karın ağrısı, eklem ağrıları ve kabızlık olabilir. Bu şikayetlerle gelen yaşlılarda somatik yakınmalar göz önünde tutularak depresyon değerlendirilmesi yapılmalıdır (Ersanlı, 2005). Yaşlılarda depresyon belirtileri yaş ve cinsiyete bağlı olarak da değişebilir. Kadınlarda depresif duygular kendisini bunaltı, genel somatik yakınmalar, başlangıç dönemi uykusuzluğu, ilgi azlığı olarak gösterirken, erkeklerde genel somatik yakınmalar, başlangıç ve orta dönem uykusuzluğu, ilgi azlığı olarak gösterebilir (Yüksel, 1998). Yaşlılarda depresyon tanısının ve tedavisinin erken dönemde yapılması çok önemlidir. Yaşlının yaşamış olduğu depresyonun erken dönemde fark edilip, tedavi edilmesi yaşlının yaşam kalitesini korur ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasını önler (Serby, 2003).

Yaşlılıkla ilgili sorunların toplumsal yönü, yaşlının ruhsal yaşantısı açısından önemlidir. Yaşlının biyolojik yapısı, deneyimleri, sorunlarla başa çıkma yöntemleri, fiziksel sağlığı, ekonomik koşulları, toplumdaki yeri, desteklenmesi, yalnız yaşaması psikolojik sağlığını etkiler ve bunun sonucunda da ruhsal çöküntü yaşayabilir (Keskinoğlu ve ark., 2006). Ülkemizde Aksüllü ve Doğan'ın (2004) yaptığı bir çalışmada, yaşlılarda sosyal destek ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmadaki sonuçlar sosyal desteğin yaşlıların kendilerini

psikolojik olarak iyi hissetmelerine etki ettiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca araştırmada huzur evinde yaşayan kişilerde sosyal destek evde yaşayanlardan daha düşük bulunmuştur. Bunun yanı sıra yaşlılara yönelik olumsuz yaklaşımlar ruhsal çöküntülerin fark edilmesini ve erken müdahale edilmesini de olumsuz yönde etkiler. İnsanlar yaşlılıkta görülen depresyon belirtilerinin, yaşlılığın kendine özgü ruh hali olarak algılaması yaşlılarda depresyon tanısı konulmasını ve depresyonun etkin şekilde tedavi edilmesini zorlaştırır (Cole, Bellvance ve Mansour, 1999). Ruppel, Jenkins, Griffin ve Kizer'in (2010) 1989 ve 2006 yıllarında bir üniversitedeki öğrencilerle yaptıkları çalışma bu tutuma örnek olarak gösterilebilir. Araştırmacılar 1989 yılında bir üniversitedeki 45 kişiye aşağıdaki çalışmayı uygulamışlardır. Daha sonra aynı üniversitede farklı kişilerle 2006 yılında 44 kişiyle aynı çalışmayı tekrarlamışlardır. Araştırmada katılımcılara DSM III-R'de belirtilen depresyon semptomlarından 5 tanesine sahip olan 26 yaşındaki John ve 70 yaşındaki Margeret isimli iki kişinin durumu anlatılmıştır. Araştırma sonunda 1989 ve 2006 yıllarındaki gruplardaki katılımcılar, her iki kişi de aynı semptomlara sahip olmasına rağmen Margeret'in problemlerinin yaşlılığa bağlı olduğunu ve ilaç kullanmasına gerek olmadığını düşünürken, John'un problemlerinin depresyon olduğunu ve ilaç kullanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu araştırmadan da görüleceği üzere toplumun yaşlılarla ilgili inançları yaşlıların hastalıklarını değerlendirirken hata yapmalarına neden olmaktadır.

Depresyon kişide var olan kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik problemlerin oluşmasına etki etmekle beraber, kişinin yaşam kalitesini ve üretkenliğini bozmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL-OLD) Çek Cumhuriyeti merkezi çalışmasındaki verilerde yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörün depresif duygu durum olduğunu göstermektedir (Dragomirecka ve ark., 2008). Yaşlılardaki depresyonla ölüm oranları arasında da ilişki bulunmaktadır. Takeda, Nishi ve Miyake (1997) bu konuya değinmişler ve 60-74 yaşları arasında 2166 yaşlıyı yaklaşık olarak 5 yıl süre ele almışlardır. Araştırmada katılımcıların depresyonları Zung ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çıkan depresyon puanı sonuçlara göre katılımcılar 3 alt gruba bölünmüşlerdir (Grup A<2.00; Grup B 2.00-2.39 ve Grup C≥ 2.40). Depresyon puanı yüksek olan grupta en fazla ölümün belirtileri görülmüştür (Grup C≥ 2.40). Araştırmanın sonucunda depresyonun şiddetinin artmasıyla ölüm oranlarının arttığı bulunmuştur. Bu nedenle

yaşlılarda depresyonun erken bulunup tedavi edilmesi önemlidir (Takeida ve ark., 1997).

Yaşlanmayla beraber depresyon gibi ruhsal hastalıklardaki artış ve buna çevresel faktörlerinde eşlik etmesi kişinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Tüm bu biyolojik ve psiko-sosyal durumların belirlenmesi ve kontrol altına alınması yaşlının yaşam kalitesinin arttırılması açısından önemlidir.

Yaşlı kişilerin kendilerini sağlıklı hissedebilmeleri için, hastalıklarının günlük hayatlarına etki eden olumsuz sonuçlarının ortadan kaldırılması önemlidir (Eser ve ark., 2010). Yaşlı sağlığını ele alırken çok yönlü yaklaşım önemlidir. Steiner ve arkadaşları (1996) yaptıkları çalışmada yaşlıların sağlık durumunu değerlendirirken depresyon, yaşam kalitesi, kişiler arası yakınlık duygusu ve sosyal destek alanlarının birlikte değerlendirilmesinin yararlı olabileceği sonucuna varmışlardır. Ayrıca yaşlıların bu dönemi kendisiyle ve çevresiyle daha barışık halde yaşayabilmesi için yaşlıların yaşam kalitelerine ve depresyonlarına etki eden olumsuz yargıların değişmesi ve yaşlı ayrımcılığına dikkat edilmesi gerekmektedir. Toplumsal yaşlanma olgusunun tüm boyutlarıyla ele alınması ve yaşlıların sorunlarına önem verilmesi sağlıklı yaşlanmak açısından önemlidir.

1.11. Tezin Amacı

Bu çalışmanın amacı; İstanbul'da kurumsal bakımda ve evde yaşayan yaşlıların, yaşlılık algısının, yaşam kalitesi ve depresyon ile olan ilişkisini incelemektir.

Araştırmanın temel hipotezleri şunlardır:

- Yaşlıların olumlu yaşlılık algısı ve depresyon düzeyleri arasında negatif bir ilişki vardır.
- Yaşlıların olumlu yaşlılık algısı ve algılanan yaşam kalitesi düzeyleri arasında pozitif bir ilişki vardır.

- Yaşlılık algısı, yaşam kalitesi ve depresyon yaşanılan mekan, yaş ve cinsiyet ile ilişkili midir?

1.12. Tezin Önemi

Dünyada teknolojik gelişmelere ve genç ölüm oranlarının azalmasına bağlı olarak yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün açıkladığı rapora göre, 60 yaş ve üzeri kişi sayısı, 1950 yılında tüm dünyada 200 milyon iken , 2000 yılında bu rakam 400 milyona ulaşmıştır. Dünya nüfusunun 2050 yılında 8,9 milyar olacağı ve yaşlı nüfusunda 2 milyara ulaşacağı belirtilmiştir. 2050 yılında yaşlı nüfusun tüm dünya nüfusunun %22'sini oluşturması beklenmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1998). Yaşlı nüfusta görülen bu artış, ülkelerin yaşlılık döneminde görülen sorunlara ilgisinin artmasına neden olmuştur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarındaki hedef; yaşlıların bağımsız yaşamaları ve onların topluma katılmaları olarak belirlenmiştir.

Yaşlılık döneminde kişide bir çok kayıp ve bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Bu kayıplara ve bozulmalara bağlı olarak yaşlılarda depresyon en sık rastlanılan sorun haline gelmektedir (Snowdon, 2001). Jongenelis ve arkadaşları (2004) yaşlılarla ilgili olarak yaptığı bir çalışmada, yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı bulunmuştur. Yapılan değişik çalışmalarda ise yaşlılarda görülen depresyon sıklığı amaç ve kullanılan yöntemlere bağlı olarak değişmektedir (Keskinoğlu ve ark. 2006).

Yaşlının yaşadığı depresyon kişide var olan kronik hastalıklarına etki etmekle beraber, yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörün depresyon olduğu sonucuna varılmıştır (Dragomirecka ve ark., 2008; Wada ve ark., 2004). Yaşlıların yaşadığı sağlık problemleri kendilerinin depresyon yaşamasına, bunun sonucu olarak da yaşam kalitelerinin düşmesine etki etmektedir. Yaşlı bakımında, hastalıkların tedavisi kadar, yaşam kalitesinin de en üst seviyede tutulması gerekmektedir (Brouwer ve ark., 2003). Kottke'de (1982) yapmış olduğu çalışmalarda bu konuya değinmiş ve sadece uzun yaşamanın önemli olmadığını, uzun yaşamakla beraber yaşam kalitesinin de önemli olduğunu vurgulamıştır. Steiner ve ark. ise (1996) yaptıkları çalışmada yaşlıların sağlığını değerlendirirken çok yönlü yaklaşımın

önemli olduğunu ve depresyon, yaşam kalitesi, kişiler arası yakınlık duygusu ve sosyal destek alanlarının birlikte ele alınmasının önemli olduğu sonucuna varmışlardır.

Yaşlılarla ilgili yapılan depresyon ve yaşam kalitesiyle ilgili bir çok çalışmada yaşlıların yaşamış olduğu kayıplar ve bunların birbiri ile olan ilişkileri üzerinde durulmuştur. Ancak yaşlının kendisi ile ilgili olan algısı ve bunun yaşlılık döneminde yaşanılan depresyon ve yaşam kalitesine nasıl etki ettiği hususunda sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Chachamovich ve ark. 2008; Low, Molzahn, ve Kalfoss 2008; Top ve ark. 2012). Oysa yaşlılık dönemindeki kişiler, kişilik özelliklerine ve yaşam deneyimlerine bağlı olarak bu dönemde yaşamış oldukları zorluklara karşı farklı şekillerde tutum ve davranış geliştirirler. Her yaşlı, bu değişimlere benzer şekillerde uyum sağlayamaz. Reichard, Livson ve Peterson (1962) ve Neugartenve arkadaşlarının (1964) yapmış olduğu çalışmalar bu durumu desteklemekte ve her yaşlının kendisiyle ilgili farklı algılara sahip olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Yaşlının yaşlılığa karşı algısını ve tutumunu etkileyen en önemli faktör toplumdur. Örneğin geleneksel toplumlarda yaşlılık, "bilgelik ve olgunluk" olarak algılanırken, gelişmekte olan toplumlar yaşlılığı, yoksunluk, zayıflık ve bağımlılık olarak algılamaktadırlar (Levy, 2003). Böyle farklı toplumlarda yaşayan yaşlıların hepsinin aynı yaşlılık algısına ve bunun sonucunda da aynı derecede depresyon ve yaşam kalitesine sahip olmaları beklenemez. Toplumun yaşlıya bakışı ve ondan beklentileri, yaşlının kendisini algılamasıyla beraber sağlıklı yaşlanma açısından da önemlidir. Yaşlıların yaşlılık algısıyla ilgili yapılan bir çok çalışmada genel sağlık alanı üzerinde durulmuş ve yaşlıların olumlu yaşlılık algısına sahip olmalarının, kendilerinin sağlığını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Levy ve ark., 2000; Levy ve ark., 2002; Levy ve ark., 2000). Ancak yaşlıların yaşlılık algısının yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkisini inceleyen çok az sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. İrlanda'da yapılan bir çalışmada yaşlanmanın negatif sonuçlarıyla kendilerini özdeşleştiren yaşlıların yaşlılığa yönelik daha maladaptive algılar geliştirmelerine ve daha negatif duygusal tepkiler vermelerine neden olduğu bulunmuştur (Barker ve ark., 2007). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise huzurevinde yaşayan yaşlıların kendilerini yalnız, işe yaramaz ve başkasına bağımlı olan kişiler olarak algıladıkları ve bu kişilerin depresyon puanlarının yüksek olduğu

sonucuna varılmıştır (Aksüllü ve Doğan, 2004; Bahar ve ark., 2005). Bu alanda yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu alandaki literatür eksikliğinin nedeni, toplumun ve bireylerin yaşlılığa karşı kalıplaşmış düşüncelerle bakması olabilir. Bu durumda, yaşlılara sunulan hizmete yansımaktadır. Yaşlılara sunulan hizmetin şekillenmesi ancak yaşlıların doğru tanınması ile mümkündür. Yaşlıların doğru tanınması da bu alanda yapılan akademik çalışmalarla mümkündür.

Bu çalışmanın amacı yaşlılık döneminde kişilerin yaşamış olduğu bozulmalardan bağımsız olarak kişilerin yaşam koşullarına bağlı olarak yaşlılık algılarının, depresyon ve yaşam kalitesiyle ilişkisini incelemektir. Bunun sonucunda da, toplumun bilinçlendirilmesine, rehabilitasyon programlarının yaşlıların özelliklerine göre düzenlenmesine, yaşlıların desteklenmesine, yaşlılarda görülen kronik ruhsal sağlık alanlarındaki sağlık sorunlarının azaltılmasına, bu sorunlara erken müdahale edilmesine ve yaşam kalitelerinin arttırılmasına yardımcı olması beklenmektedir.

2. BÖLÜM

2.YÖNTEM

2.1.Örneklem

Araştırma örneklemini 2014-2015 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğünde kalmakta olan yaşlılar (N=100) ve kontrol grubu olarak, kartopuyöntemi ile seçilen evlerinde kalan 30 (N=30) yaşlı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi 65 yaş ve üzeri olan kişilerden oluşmuştur. Toplamda 130 kişi olan katılımcıların %44,6'sı (n=58) 65-74 yaş, % 40,8'i (n=53) 75-84 yaş ve %14,6'sı (n=19) 85 yaş ve üstüdür. Katılımcıların %48,5'i (n = 63) erkek, %51,5'i (n = 67) kadındır.

Örnekleme demans gibi herhangi bir bilişsel rahatsızlığı olan yaşlılar dahil edilmemiştir. Kurumda kalan yaşlıların demans durumunu belirlemek amacıyla nörolog tarafından yapılan muayene bulguları dikkate alınmıştır. Evde kalan yaşlıların demans durumu ise Mini Mental Durum ölçeği uygulanarak değerlendirilmiştir.Katılımcıların tamamına araştırmaya katılmadan önce "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" imzalatılmıştır (Ek-5).

2.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmada yaşlılarla ilgili kişisel bilgi toplamak için Demografik Bilgi Formu, yaşlıların yaşlılık algısını belirlemek için "Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi", depresyon düzeylerini belirlemek için "Geriatrik Depresyon Ölçeği" ve yaşam kalitelerini belirlemek için "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Formu" kullanılmıştır. Evde kalan yaşlıların demans durumu ise Mini Mental Durum ölçeği uygulanarak değerlendirilmiştir.Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda açıklanmıştır.

2.2.1 Demografik Bilgi Formu

Katılımcılar hakkında kişisel bilgileri elde etmek ve katılımcılardan elde edilen verilerin kullanımı ve gizlilik prensibi ile ilgili katılımcıları bilgilendirmek için hazırlanmış bir formdur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi değişkenler hakkında bilgi alınması amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (EK -1).

2.2.2 Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi

Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Türkiye adına çok merkezli uluslararası bir proje ile geliştirilmiştir. AYTA toplam 24 sorudan ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu 3 alt boyut psikososyal kayıp (PK), bedensel değişim (BD) ve psikososyal gelişimi (PG) içermektedir. Her bir soru 1-5 arası değer alan 5'li likert tipi yanıt ölçeği ile değerlendirilmektedir. Boyutlar en küçük 8, en büyük 40 puan arasında değerlendirilmektedir. Alan skorları yanında toplam ölçek skoru da hesaplanabilmektedir.Psikososyal kayıp boyut skoru ters çevrildikten sonra, ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Eser, Saatli, Eser, Fidaner, Baysan Pala ve Dündar tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Genel ölçek yapısı için Psikososyal Kayıp, Bedensel Değişim ve Psikososyal gelişim boyutlarının Cronbach Alfa değeri sırasıyla 0.75, 0.74 ve 0.62dir (EK -2).

Bu çalışmada kullanılan AYTA 'nın araştırmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa analizi yapılmıştır. Ölçeğin tümünün çalışmada güvenilir olduğu bulunmuştur (α= .79).

2.2.3 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Formu (WHOQOL-OLD)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek 24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar, duyusal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler, sosyal katılım,

ölmek ve ölüm ve yakınlık başlıklarından oluşmaktadır. Ölçekteki "Duyusal işlevler" ile; "duyusal işlerlerin" yaşam kalitesi üzerine etkileri, "özerklik" ile; ileri yaştaki "bağımsızlığın" yaşam kalitesi üzerine etkisi, "geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler" ile; gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri, geçmiş ile ilgili başarıları, " sosyal katılım" ile gündelik yaşam faaliyetlerine katılmayı, "ölmek ve ölüm" ile; ölüm hakkındaki düşünceleri, "yakınlık" ile; ilişkileri araştırmaktadır. Ölçekteki puan aralıkları her bir soru için 1.0 ile 5.0 arasındadır. Her sorudan elde edilen puanlarla toplam puanda elde edilebilmektedir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir (Eser, Saatli, Eser, Baydur &Fidaner, 2010). Genel ölçek yapısı için Cronbach Alfa değeri 0.85'dir (EK-3). Alt ölçeklerin Cronbach Alfa değeri ise Duyusal işlev 0.88, Özerklik 0.68, Geçmiş Bugün gelecek Faaliyetleri 0.73, Sosyal Katılım 0.76, Ölüm ve Ölmek 0.75, Yakınlık 0.82'dir.

Bu çalışmada kullanılan WHOQOL-OLD 'un araştırmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa analizi yapılmıştır. Ölçeğin tümünün çalışmada güvenilir olduğu bulunmuştur (α= .87).

2.2.4. Geriatik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) Yesavage ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilimiştir. Geriatrik populasyonda depresyon araştırılması yapılması amacıyla geliştirilen ölçeğin, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve Eker tarafından 1997 senesinde yapılmıştır. 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). GDÖ için Cronbach Alfa değeri 0.84'tür.

Geriatrik depresyon ölçeği hastalar tarafından doldurulabildiği gibi görüşme esnasında muayene eden tarafından da doldurulabilmektedir (EK-4).

Bu çalışmada kullanılan GDÖ 'nün araştırmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa analizi yapılmıştır. Ölçeğin tümünün çalışmada güvenilir olduğu bulunmuştur (α= .79).

2.3.İşlem

Çalışma öncesinde tez önerisi ve araştırmada kullanılacak gereçler, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'na sunularak kurulun onayı alınmıştır. Çalışma verileri Eylül 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmadan önce katılımcılarla yüz yüze görüşülerek çalışmanın amacı anlatılmış ve gönüllü katılımlarına ilişkin imzalı izinleri alınmıştır. Kişilerin sorularını anladığından emin olmak amacıyla kişilerin isteği doğrultusunda ölçekler soru-cevap şeklinde uygulanmıştır. Kişilerin sıkılmaması ve yorulmaması amacı ile ölçekler, her kişi için tek tek uygulanmıştır.

2.4. Verilerin Çözümlenmesi

Araştırmanın amacına yönelik toplanan veriler değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 istatistik paket programına girilerek istatistiksel çözümlemeler bu program yardımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.BÖLÜM

3. BULGULAR

3.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma örneklemi 65 yaş ve üstü 130 kişiden oluşmaktadır. Örnekleme İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğünde kalmakta olan 100 (N=100) yaşlı ile kontrol grubu olarak evlerinde kalan 30 (N=30) yaşlı dahil edilmiştir.

Araştırma örneklemini oluşturan kurumda kalan yaşlıların %50'si (n=50) kadın, %50'si (n=50) erkektir. Kurumda kalan yaşlıların %13'ü (n=13) okuma yazma bilmiyor, %45'i (n=45) ilköğretim, %29'u (n=29) lise, %10'u (n=10) üniversite, %3'ü (n=3) ise yüksek lisans mezunudur. Kurumda kalan yaşlıların %12'si (n=12) evli, %34'ü (n=34) bekar, %21'i (n=21) boşanmış, %33'ü (n=33) dul'dur. Kurumda kalan yaşlıların %42,3'ü (n=41) çocuk sahibi, %57,7'si (n=56) ise çocuk sahibi değildir. Kurumda kalan yaşlıların %21'i (n=21) fiziksel engele sahip, %79'u (n=79) ise fiziksel engele sahip değildir. Kurumda kalan yaşlıların %49'u (n=49) maddi gelire sahip, %79'u (n=79) ise maddi gelire sahip değildir. Kurumda kalan yaşlıların %44'ü (n=44) kronik hastalığa sahip, %56'sı (n=56) ise kronik hastalığa sahip değildir

Evde kalan yaşlıların %56,7 'si (n=17) kadın, %43,3 'ü (n=13) erkektir. Evde kalan yaşlıların %30'ü (n=9) okuma yazma bilmiyor, %46,7'si (n=14) ilköğretim, %23,3'ü (n=7) lise mezunudur. Evde kalan yaşlılarda üniversite ve yüksek lisans mezunu bulunmamaktadır. Evde kalan yaşlıların %56,7'si (n=17) evli, %0'ı (n=0) bekar, %6,7'si (n=2) boşanmış, %36,7'si (n=11) dul'dur. Evde kalan yaşlıların %93,3'ü (n=28) çocuk sahibi, %6,7'si (n=2) ise çocuk sahibi değildir. Evde kalan yaşlıların %13,3'ü (n=4) fiziksel engele sahip, %86,7'si (n=26) ise fiziksel engele sahip değildir. Evde kalan yaşlıların %86,7'si (n=26) maddi gelire sahip, %13,3'ü (n=4) ise maddi gelire sahip değildir. Evde kalan yaşlıların %33,3'ü (n=10) kronik hastalığa sahip, %66,7'ıı (n=20) ise kronik hastalığa sahip değildir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**kurum**
Kadın	17	56,7%	50	50,0%
Erkek	13	43,3%	50	50,0%
Toplam	30	100%	100	100%
Eğitim Durumu	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**kurum**
Okuma Yazma Yok	9	30%	13	13,0%
İlköğretim	14	46.7%	45	45,0%
Lise	7	23.3%	29	29.0%
Üniversite	0	0%	10	10,0%
Yüksek Lisans	0	0%	3	3,0%
Toplam	30	100%	70	100%
Medeni Durum	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**Kurum**
Evli	17	56,7%	12	12,0%
Bekar	0	0%	34	34,0%
Boşanmış	2	6,7%	21	21,0%
Dul	11	36,7%	33	33%
Toplam	30	100%	100	100%
Çocuk Durumu	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**Kurum**
Çocuk sahibi olanlar	28	93,3%	41	42,3%
Çocuk Sahibi olmayanlar	2	6,7%	56	57,7%
Toplam	30	100%	100	100%
Fiziksel Engel	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**Kurum**
Fiziksel Engeli var	4	13,3%	21	21%
Fiziksel Engeli yok	26	86,7%	79	79,0%
Toplam	30	100%	100	100%
Maddi Durum	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**Kurum**
Maddi Geliri var	26	86,7%	49	49,0%
Maddi geliri yok	4	13,3%	51	51,0%
Toplam	30	100%	100	100%
Kronik Hastalık	**N**	**%**	**N**	**%**
		ev		**Kurum**
Evet	10	33,3%	44	44,0%
Hayır	20	66,7%	56	56,0%
Toplam	30	100%	100	100%

3.2. Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 2'de görüldüğü üzere yaşam kalitesi ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden olan duyusal işlevler (r= -,33, p<.01), özerklik (r= -,45, p<.01), faaliyet (r= -,51, p<.01), sosyal katılım (r= -,52, p<.01), ölüm (r= -,23, p<.01) ve yakınlık (r= -,53, p<.01) ile depresyon arasında anlamlı bir şekilde negatif ilişki bulunmuştur.

Tablo 2: Yaşam Kalitesi ve Depresyon arasındaki ilişki.

		Depresyon
		r
Yaşam Kalitesi	Genel Toplam	-62**
	Duyusal İşlevler	-33**
	Özerklik	-45**
	Faaliyet	-51 **
	Sosyal Katılım	-52**
	Ölüm ve Ölmek	-23**
	Yakınlık	-53**

p<0.01

3.3. Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 3'de görüldüğü üzere yaşlılık algısı ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Yaşlılık algısının alt ölçeklerinden olan psikososyal kayıp (r=-,60, p<.01), bedensel değişim (r= -,48 p<.01), ve psikososyal değişim (r= -,21, p<.05) ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı yönde negatif bir ilişki bulunmuştur. Ancak yaşlılık algısının alt ölçeklerinden olan psikososyal değişim ile depresyon arasındaki ilişki diğer alt ölçeklere nazaran daha düşük seviyede anlamlı çıkmıştır (r= -,21, p<.05). Bu bulgular yaşlılık algısı puanı olumlu yönde arttıkça, depresyon seviyesinin azaltacağına işaret etmektedir.

Tablo 3: Yaşlılık Algısı ve Depresyon Arasındaki İlişki.

		Depresyon
		r
Yaşlılık Algısı	Genel Toplam	-60**
	Psikososyal Kayıp	-60**
	Bedensel Değişim	-48**
	Psikososyal Değişim	-21 *

p<0.01

3.4. Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 4'de görüldüğü üzere; yaşlılık algısı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 5'de ise yaşlılık algısının alt ölçeği olan psikososyal kayıp ile duyusal işlevler (r=34, p<.01), özerklik (r=35, p<.01), faaliyet (r=46, p<.01), sosyal katılım (r=48, p<.01) ve yakınlık arasında (r=39, p<.01) pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Yaşlılık algısının alt ölçeği olan psikososyal kayıp (r=16, p>.05), bedensel değişim (r=17, p>.05), psikososyal değişim (r=11, p>.05) ile ölüm korkusu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Yaşlılık algısının alt ölçeği olan bedensel değişim ile, yaşam kalitesi alt ölçeği olan duyusal işlevler (r=31, p<.01), özerklik (r=26, p<.01), faaliyet (r=41, p<.01), sosyal katılım (r=49, p<.01), ve yakınlık (r=33, p<.01) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Yaşlılık algısının alt ölçeği olan psikososyal değişim ile yaşam kalitesinin alt ölçeği olan duyusal işlevler (r=02, p>.05) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmazken, özerklik (r=28, p<.01), faaliyet (r=41, p<.01), sosyal katılım (r=26, p<.01) ve yakınlık (r=32, p<.01) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır.

Tablo 4: Yaşam Kalitesi ile Yaşlılık Algısı Arasındaki İlişki

	Yaşlılık Algısı
	r
Yaşam Kalitesi	.61**

p<0.01

Tablo 5: Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.

		Yaşlılık Algısı		
		Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Değişim
		r	**r**	**r**
Yaşam Kalitesi	Duyusal İşlevler	. 34**	.31**	.02
	Özerklik	.35**	.26**	.28**
	Faaliyet	.46**	.41**	.41 **
	Sosyal Katılım	.48**	.49 **	.26 **
	Ölüm ve Ölmek	.16	.17	.11
	Yakınlık	.39**	.33 **	.32 **

p<0.01

3.5. Yaşanılan Mekan, Yaş, ve Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Tablo 6'de görüldüğü üzere evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara kıyasla psikososyal kayıp puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($F(29.100)=8.908$, $p\leq0.05$). Bu bulgu; evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara nazaran yaşlılığı daha olumlu gördüğüne işaret etmektedir.

Evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara kıyasla duyusal işlev kayıp puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($F(30.100)= 4,736$, $p\leq0.05$). Bu

bulgu; evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara nazaran duyusal işlevlerinde daha az kayıp olduğunu ve yaşam kalitelerinin daha az etkilendiğini göstermektedir.

Evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara kıyasla özerklik puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($F(30.100)= 11,646$, $p\leq0.05$). Bu bulgu; evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara nazaran daha bağımsız olduklarını, daha fazla kontrol duygusuna sahip olduklarını göstermektedir.

Evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara kıyasla geçmiş, bugün, gelecek faaliyet puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($F(30.100)= 5,933$, $p\leq0.05$). Bu bulgu; evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara nazaran yaşamdan daha fazla doyum aldıklarını ve geleceğe daha fazla umutla baktıklarını göstermektedir.

Evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara kıyasla ölüm ve ölmek puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($F(30.100)= 5,605$, $p\leq0.05$). Bu bulgu; evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara nazaran ölüm'den daha az korktuklarını göstermektedir.

Evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara kıyasla yakın ilişkiler puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($F(30.100)= 9,841$, $p\leq0.05$). Bu bulgu; evde kalan yaşlıların kurumda kalan yaşlılara nazaran daha fazla kişisel ilişkileri olduğunu göstermektedir.

Evde kalan yaşlılarla kurumda kalan yaşlıların bedensel değişim ($F (29.99)=1,459$, $p\geq0.05$), psikososyal değişim ($F (30.99)=1,279$, $p\geq0.05$), sosyal katılım ($F (30.100)=5,605$, $p\geq0.05$) ve depresyon ($F (30.100)=,170$, $p\geq0.05$) puanları arasında anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6: Yaşlılık Algısı, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin yaşanılan yere gore tek yönlü varyans analizi sonuçları

		N	ort ± ss	F
Psikososyal Kayıp	Ev	29	28,75 ± 5,85	
	Kurum	100	24,91 ± 6,18	8,908
Bedensel Değişim	Ev	29	26,31 ± 6,89	
	Kurum	99	24,41 ± 7,58	1,459
Psikososyal Değişim	Ev	30	29,83 ± 5,16	
	Kurum	99	28,84 ± 3,83	1,279
Duyusal İşlevler	Ev	30	14,66 ± 4,43	
	Kurum	100	16,35 ± 3,47	4,736
Özerklik	Ev	30	15,13 ± 3,28	
	Kurum	100	13,30 ± 2,33	11,646
Faaliyet	Ev	30	15,40 ± 3,01	
	Kurum	100	13,90 ± 2,94	5,933
Sosyal Katılım	Ev	30	13,73 ± 4,29	
	Kurum	100	12,70 ± 3,23	2,005
Ölüm ve Ölmek	Ev	30	14,36 ± 4,22	
	Kurum	100	16,32 ± 3,88	5,605
Yakınlık	Ev	30	15,93 ± 2,43	
	Kurum	100	14,15 ± 2,81	9,841
Depresyon	Ev	30	9,30 ± 6,14	
	Kurum	100	9,92 ± 7,50	0,17

3.6. Yaşlıların Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Tablo 7'de görüldüğü üzere katılımcıların psikososyal kayıp (F (66.63)= 2,743, p≥0.05), bedensel değişim (F (66.62)= 2,696, p≥0.05), psikososyal değişim (F= (67.62)= ,356, p≥0.05) , duyusal işlevler (F (67.63)= ,903, p≥0.05), özerklik (F= (67.63)= ,176, p≥0.05 , faaliyet (F= (67.63)= ,021, p≥0.05, sosyal katılım (F= (67.63)= 2,558, p≥0.05), ölüm ve ölmek (F= (67.63)= 6,465, p≥0.05), yakınlık (F= (67.63)= ,434, p≥0.05) ve depresyon (F= (67.63)= 1, 739, p≥0.05) puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 7: Yaşlılık Algısı, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin cinsiyete göre tek yönlü varyans analizi sonuçları

		N	ort ± ss	F
Psikososyal Kayıp	Kadın	66	26,66 ± 6,13	
	Erkek	63	24,84 ± 6,38	2,743
Bedensel Değişim	Kadın	66	23,80 ± 8,37	
	Erkek	62	25,95 ± 6,18	2,696
Psikososyal Değişim	Kadın	67	28,86 ± 4,06	
	Erkek	62	29,30 ± 4,32	,356
Duyusal İşlevler	Kadın	67	15,65 ± 4,14	
	Erkek	63	16,28 ± 3,32	,903
Özerklik	Kadın	67	13,62 ± 2,94	
	Erkek	63	13,82 ± 2,39	,176
Faaliyet	Kadın	67	14,20 ± 2,89	
	Erkek	63	14,28 ± 3,15	,021
Sosyal Katılım	Kadın	67	12,46 ± 3,46	
	Erkek	63	13,44 ± 3,53	2,558
Ölüm ve Ölmek	Kadın	67	15,01 ± 4,31	
	Erkek	63	16,77 ± 3,52	6,465
Yakınlık	Kadın	67	14,40 ± 2,68	
	Erkek	63	14,73 ± 2,97	,434
Depresyon	Kadın	67	10,58 ± 7,98	
	Erkek	63	8,92 ± 6,20	1,739

$p<0.01$

3.7 Yaşlıların Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Yaş'a Göre Değerlendirilmesi

Tablo 8'de görüldüğü üzere katılımcıların psikososyal kayıp (F (58.53.19)= 0,062, p≥0.05), bedensel değişim (F (58.53.19)= 0,474, p≥0.05), psikososyal değişim (F= (58.53.19)= 0,077, p≥0.05) , duyusal işlevler (F (58.53.19)= 1,986, p≥0.05), özerklik (F= (58.53.19)= 0,32, p≥0.05 , faaliyet (F= (58.53.19)= 1,024, p≥0.05, sosyal katılım (F= (58.53.19)= 2,314, p≥0.05), ölüm ve ölmek (F= (58.53.19)= 2,167, p≥0.05), yakınlık (F= (58.53.19)= ,127, p≥0.05) ve depresyon (F= (58.53.19)= 0,195, p≥0.05) puanları arasında yaş'a göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 8: Yaşlılık Algısı, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin yaşa göre tek yönlü varyans analizi sonuçları

		N	ort. ± ss	F	p
	65-74 yaş	58	25,91 ± 6,24		
	75-84 yaş	53	25,53 ± 6,99	0,062	.940
Psikososyal Kayıp	85 ve üstü	19	26,0 ± 4,45		
	65-74 yaş	58	28,68 ± 4,93		
	75-84 yaş	53	29,46 ± 3,81	0,474	.623
Bedensel Değişim	85 ve üstü	19	29,21 ± 2,25		
	65-74 yaş	58	24,66 ± 6,75		
	75-84 yaş	53	25,15 ± 8,57	0,077	.926
Psikososyal Değişim	85 ve üstü	19	24,52 ± 6,38		
	65-74 yaş	58	16,68 ± 3,17		
	75-84 yaş	53	15,34 ± 4,28	1,986	.147
Duyusal İşlevler	85 ve üstü	19	15,42 ± 3,71		
	65-74 yaş	58	13,53 ± 2,89		
	75-84 yaş	53	13,94 ± 2,76	0,32	.727
Özerklik	85 ve üstü	19	13,68 ± 1,66		
	65-74 yaş	58	14,58 ± 3,17		
	75-84 yaş	53	13,,79 ± 3,08	1,024	.362
Faaliyet	85 ve üstü	19	14,47 ± 2,14		
	65-74 yaş	58	13,58 ± 6,38		
	75-84 yaş	53	12,16 ± 3,85	2,314	.103
Sosyal Katılım	85 ve üstü	19	13,10 ± 2,49		
	65-74 yaş	58	15,53 ± 3,97		
	75-84 yaş	53	15,60 ± 4,43	2,167	.119
Ölüm ve Ölmek	85 ve üstü	19	17,63 ± 2,47		
	65-74 yaş	58	14,63 ± 3,23		
	75-84 yaş	53	14,41 ± 2,64	127	.880
Yakınlık	85 ve üstü	19	14,56 ± 2,82		
	65-74 yaş	58	9,84 ± 6,18		
	75-84 yaş	53	10,03 ± 8,13	0,195	.823
Depresyon	85 ve üstü	19	8,84 ± 7,63		

$p<0.01$

4.BÖLÜM

4.TARTIŞMA

Günümüzde teknolojik gelişmelere bağlı bilimsel gelişmelerle birlikte genel sağlık koşullarının daha iyiye gitmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış ve bu durum yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Dolayısıyla yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak bu dönemde karşılaşılan problemlerin yaşam üzerine etkisi daha da önemli hale gelmiştir (Santrock, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlı sağlığı; kişinin hastalık sahibi olması veya olmaması değildir. Kişi hastalık sahibi olsa bile bu durumun onda yarattığı olumsuz sonuçlar ortadan kaldırılıp, kendisini sağlıklı hissedebilir (Dragomirecka ve ark., 2008). Bu nedenle, yaşlılık döneminde karşılaşılan problemlerin bilinmesi ve olumsuz etkilerinin kişinin hayatına etki etmemesi için yapılan çalışmaların bu dönemde en sık karşılaşılan problemler üzerinde yoğunlaşması önem kazanmaktadır. Whoqol-Old Çek Cumhuriyeti merkezi verilerine bakıldığında, depresif durumun yaşlıların yaşam kalitesine etki eden en önemli durum olduğu ortaya çıkmaktadır (Dragomirecka ve ark., 2008)

Bu çalışmada, yaşlılık dönemi için önemli konulardan biri olan depresyon, yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı gibi durumların birbirleriyle olan ilişkileri üzerinde durulmuştur. Çalışmanın analizleri iki başlık altında incelenmiştir. İlk bölümde genel olarak yaşlılık çalışmalarında önemli olan ve sıklıkla ele alınan yaşam kalitesi depresyon ilişkisi incelenmiş ve ardından araştırmanın hipotezleri olan yaşlılık algısı ve depresyon ilişkisi ile yaşlılık algısı ve yaşam kalitesi ilişkisi üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde ise ilk bölümde ele alınan konuların yaşanılan mekan, cinsiyet ve yaşa göre değerlendirilmesi yapılmıştır.

4.1. Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Yaşlılık Algısı İlişkisi

4.1.1. Yaşam Kalitesi ve Depresyon ilişkisi

Çalışmanın sonuçlarına göre depresyon ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum yaşlıların depresyon puanı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğüne işaret etmektedir. Yaşlılık döneminde önemli bir yer tutan ve bu araştırmada da ele alınan yaşam kalitesi ve depresyon ilişkisi sonuçları bazı araştırmalarla benzer çıkmıştır. Wada, Sakagami ve Okumiya'nın (2004) yapmış olduğu çalışmada depresif yaşlılarda yaşam kalitesini, depresif olmayan yaşlılara göre daha düşük bulmuşlardır. Demura ve Sato'da (2003) depresyonu olan kişilerin yaşam kalitelerinin, depresif olamayan yaşlılara göre daha düşük olduğu sonucuna varmıştır.

Araştırmada yaşam kalitesi belirleyicileri olarak kişilerin duyusal işlevleri ile ilgili yaşamış oldukları sıkıntılar, kendi başlarına bir şeyleri başarabilme yetileri, yaşamdan aldıkları doyum, geleceğe bakış açıları, sosyal hayatları, ölüme dair olan düşünceleri ve kişisel ilişkilerini içeren durumlar ele alınmıştır. Araştırmada kullanılan yaşam kalitesi belirleyicileri, Farquar'ın (1995) yapmış olduğu çalışmada elde ettiği sonuçlarla benzer niteliktedir. Farquar çalışmasında yaşlılar açısından yaşam kalitesinin ne anlama geldiği konusu üzerine yoğunlaşmış ve sonucunda yaşlılar için önemli olan yaşam kalitesi belirleyicileri olarak, sosyal ilişkiler, sağlık, hareketlilik-yeterlilik, maddi koşullar, aktiviteler ve mutluluk faktörlerini bulmuştur. Birbirleriyle ilişkili olan bu yaşam kalitesi belirleyicilerinin iyi olması kişinin yaşam kalitesine olumlu yönde etki etmektedir. Lawton'a göre de kişinin sağlık durumu, aktivite becerisi, yaşadığı çevre ve koşulları ile bunların sonucunda oluşan psikolojik durumu, kaliteli yaşam kalitesinin ortaya çıkmasında etkilidir.

Yapılan bu araştırmada yaşam kalitesinin alt ölçeklerinin tamamında (duyusal işlevler, özerklik, faaliyet, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık) depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Yaşlıların duyusal işlevlerindeki bozulma, depresyon seviyesindeki artış ile ilişkilidir. Yaşlanmayla beraber kişilerin

görme, işitme, tad alma gibi duyusal işlevlerinde azalmalar meydana gelebilir (Santrock, 2011). Kişinin bir takım fiziksel rahatsızlıklar yaşaması, onun bağımsız yaşam hareketlerini kısıtlayarak başkasına bağımlı hale gelmesini ve bunun sonucunda da kendine olan saygısını yitirerek depresyon yaşamasına neden olabilmektedir (Akdemir, Atasoy ve Sağnak, 2001). Yaşam kalitesine etki eden fiziksel kayıplarla depresyonun ilişkili olduğu sonucu bu araştırmanın sonuçlarıyla beraber farklı araştırmalarda da bulunmuştur (Harpole ve ark., 2005, Alexopoulos, 2005). Yaşlılık döneminde ortaya çıkan duyusal işlevler gibi yaşlının yaşam koşullarına etki eden fiziksel değişimler, kişinin başkasına bağımlı olmasına ve ruhsal çöküntü yaşamasına neden olmaktadır (Snowdon, 2011).

Yaşlıların yaşamış olduğu özerklik duygusu ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Özerklik duygusu yaşlıların bağımsızlığını, kontrol duygusunu, kendi başlarına yaşayabilme durumlarını içermektedir. Yapılan bu araştırmanın sonucuna göre yaşlıların özerklik puanları arttıkça depresyon puanları düşmektedir. Yaşlıların yaşamış olduğu kontrol duygusu, psikolojik olarak iyi olmalarına ve yaşam kalitelerinin yüksek olmasına etki etmektedir (Hoffman ve ark., 1994). Fry'ın (2000) yapmış olduğu araştırmada da yaşlıların mutlu olmak için kişisel kontrole ve bağımsızlığa önem verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde Özben ve Aysan'ın (2004) yapmış olduğu çalışmada da özerklik ile depresyon arasında ilişkiye rastlanılmıştır.

Yaşam kalitesi alt ölçeği olan geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri kişinin yaşamdan elde ettiği doyumu ve geleceğe bakışını ölçmektedir. Yaşam doyumu kişilerin mutluluk, moral gibi iyi olma hallerini içermektedir (Özer ve Karabulut, 2003). Yapılan bu araştırmada kişinin geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Erikson'a göre yaşamdan doyum alan ve geleceğe umutla bakan kişi, yaşlılık dönemini bütünlük duygusuyla tamamlayıp mutluluğa erişebilmektedir. Ancak bu duyguya ulaşamayan kişiler ise umutsuzluk yaşamaktadırlar (akt. Johansson, 2002). Kişilerin yaşamdan aldıkları doyum ruh sağlıkları açısından önemlidir (Palabıyıkoğlu, Haran, Yücat ve Köse, 1991). Yaşamdan doyum almayan ve geleceğe umutla bakmayan kişilerin depresif semptolar göstermesinin kaçınılmaz olduğu yapılan araştırmalarda da görülmektedir (Öz 1999, Khorshid 1992, Yazgan 2000).

Sosyal katılım ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum yaşlıların toplum içine katılımları ve sosyal faaliyetleri arttıkça, depresyon seviyelerinin azalacağına işaret etmektedir. Ülkemizde Ülgen'nin (2012) yapmış olduğu araştırmada da kişilerin sosyal katılımları ile depresyon durumları arasında ilişkiye rastlanılmıştır. 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).

Yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden olan ölüm ve ölmek ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Fortner ve Neimeyer'in (1999) yapmış olduğu çalışmada da yaşlılarda depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların çok olmasıyla ölüm korkusu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yapılan bu araştırmada yakınlık ile depresyon arasında da negatif yönde anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır. Bu durumlara araştırmalardan örnek vermek gerekirse Prince ve arkadaşlarının (1997) yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesinin düşmesinde etki eden faktörler sosyal destek, olumsuz yaşam olayları ve yalnızlık bulunmuş ve bu durumların kişinin depresyon riskini arttırdığı sonucu ortaya çıkmıştır. Yukarıda bahsi geçen Demura ve Sato'nun (2003) araştırmasında da kişinin öznel mutluluğu, yaşam sitili ve ilişkilerinin yüksek yaşam kalitesi açısından önemli olduğu ve yüksek yaşam kalitesine sahip kişilerin, yüksek yaşam kalitesine sahip olmayanlara kıyasla depresyon için daha az risk taşıdığı sonucuna varılmıştır.

4.1.2 Yaşlılık Algısı ve Depresyon İlişkisi

Yaşlılık algısı dinamik bir süreçtir. Bu süreçte kişinin yaşamış olduğu değişimlerle beraber, yaşlının kendisini nasıl algıladığının ilişkisi önemlidir (Sterevink, Westerholf, Bode ve Dittman, 2001). Birbirleriyle ilişkisi olan bu iki sürecin kişinin kendisiyle ilgili olan düşüncelerini ve tutumlarını etkilemesi kaçınılmazdır. Bu tutum ve düşünceler kişinin yaşamdan tatmin olmasını, yaşam

kalitesini, yalnızlık ve depresyon gibi durumları olumsuz yönde etkilemektedir (Ron, 2007). Levy ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çok çalışmada da yaşlıların olumlu yaşlılık algısının, sağlığı olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Levy, Ashman, Dror, 2000; Levy, Slade, Kunkel ve Kasl, 2002; Levy, Housdorff ve Hencke, 2000).

Yapılan bu araştırma ve önceki araştırmalara bakıldığında yaşam kalitesi ve depresyon ilişkisinin önemli olduğu kaçınılmaz bir gerçektir. Ancak bu ilişkiye etki ettiği düşünülen ve bu araştırmada ele alınan başka bir konu da kişinin yaşlılık algısıdır. Levy ve arkadaşları (2011) tarafından da kişilerin yaşlanma süreçlerini olumlu algılamalarının sağlıklı ve uzun yaşamın belirleyicileri olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın ana konusu ve hipotezi olan yaşlılık algısı kişinin yaşlılıkla ilgili düşünce, tutum ve değerlerini içermektedir. Her insanın yaşlılıkla ilgili olan algısı farklıdır ve kişinin yaşam kalitesi ve depresyonu bu algının sonucunda oluşan kişilikten etkilenmektedir. Reichard, Livson ve Peterson (1962) ve Neugarten, Havighurst ve Tobin'nin (1996) yapmış olduğu çalışmalarda bu duruma örnek gösterilebilir. Literatürdeki çalışmalar her yaşlının kendisiyle ilgili farklı algılara sahip olduğunu ve bunun sonucunda da yaşlılık döneminin getirilerine veya olumsuzlarına farklı tepkiler verdiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışma kişinin yaşlılık algısı ve depresyon arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Araştırma sonuçlarına göre yaşlılık algısı ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum yaşlıların olumlu veya olumsuz yaşlılık algısı ile depresyon düzeylerinin birbirleriyle olan ilişkisine işaret etmektedir. Yukarıda ismi geçen Ron'a (2007) göre de stereotipler sonucunda kişide oluşan yaşlılık algısı, kişinin yaşam tatminine, depresyonuna ve yaşam kalitesine etki etmektedir. Ancak literatüre bakıldığında genellikle yaşlılık algısının genel sağlıkla olan ilişkisi ve bunun sonucunda yaşam kalitesine nasıl etki ettiğiyle ilgili araştırmalara rastlanılmaktadır (Levy, Asman, Dror, 2000; Levy, Slade, Kunkel ve Kasl, 2002; Levy, Housdorff ve Hencke, 2000). Kişilerin yaşlılıkla ilgili olan düşüncelerinin, yaşadıkları depresyona nasıl etki ettiğine dair sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır (Chachamovich ve ark., 2008; Kılıç ve ark., 2014; Özben, 2005). Oysa yapılan bazı çalışmalar, kişilerin yaşam deneyimlerine ve kişilik özelliklerine bağlı olarak bu dönemde yaşadıkları zorluklara farklı şekillerde tutum ve davranış gösterdiklerini ileri sürmektedir (Connidis 1989; Keller, Levanthal ve

Larson, 1989). Keller, Levanthal ve Larson'un (1989) yapmış oldukları çalışma da bu sonucu destekler niteliktedir. Araştırmaya göre kişilerin olumsuz yaşlılık algısı sağlıklarındaki ve sosyal hayatlarındaki düşüşe etki etmektedir. Connidis'in (1989) yaptığı çalışmada da yaşlılığı olumsuz algılayanların sağlıkları, olumlu algılayanlara göre daha kötü çıkmıştır. Barker ve arkadaşlarının (2007) İrlanda'da yaptığı araştırmaya göre de; yaşlanmanın negatif sonuçlarıyla kendilerini özdeşleştiren yaşlıların, pozitif yönleriyle özdeşleştirenlere kıyasla, yaşlılığa yönelik daha maladaptive algılar geliştirmelerine ve daha negatif duygusal tepkiler vermelerine neden olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yaşlılık algısı ile yapılmış sayılı araştırma bulunmaktadır. Özben'in (2005) yapmış olduğu araştırmada da kişinin yaşlılığı nasıl algıladığı ile depresyon düzeyi arasında ilişkiye rastlanılmış ve kendisini işe yaramaz, kendisinin yararlı olduğuna inanmayan ve yaşlılığı olumsuz gören kişilerin depresyonlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kılıç ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada bu araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir. Araştırmada yalnız yaşayan yaşlıların kendilerini daha fazla yaşlı olarak algıladıkları ve depresyon puanlarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmanın alt ölçeklerine bakıldığında; yaşlılık algısı kişilerin psikososyal kaybı, bedensel değişimi ve psikososyal değişimini içermektedir. Bu değişim ve kayıpların kabullenilmesi ve bunlarla başa çıkılması yaşlanma sürecinde kişinin, psikolojik sağlığı açısından önemlidir (Levy, 2003). Havighurst'a (1963) göre de yaşlılık döneminin getirdiği görev ve sorunların aşılması kişiyi mutluluğa götüren etkendir. Yapılan bu araştırmada da yaşlılık algısını içeren psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal değişim ile depresyon arasında olumlu yönde negatif bir ilişkiye rastlanılmıştır.

Yaşlılık algısı alt ölçeği olan psikososyal kayıp kişinin yaşlılık döneminde sosyal kayıplar yaşadığına, yaşlılığı her anlamda kayıplar dönemi olarak algıladığına dair olan inançlarını ölçmektedir. Yapılan bu araştırmada yaşlıların yaşadıkları kayıplar ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir. Kişilerin yaşam amacının olmaması, yaşlılığı kayıplar dönemi olarak algılaması, kendisini toplumdan dışlanmış hissetmesi gibi psikososyal faktörlerin depresyon açısından önemli olduğu bu araştırmada bulunmuştur. Aldert'in (2003) yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların yaşam amacının olmasının daha az depresyon deneyimi yaşamalarıyla ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur. Bruce'un (2002) yapmış

olduğu çalışmada da psikososyal kayıplarla depresyon arasında ilişkiye rastlanılmıştır.

Bedensel değişim alt ölçeğiyle ise kişinin yaşlılık döneminde fiziksel anlamda yaşadığı değişimlerine ve alışkanlıklarına karşı olan bakış açısı ölçülmektedir. Bu alanda çıkan sonuçlara göre yaşanılan fiziksel değişimler ve bu alanlarla ilgili olan alışkanlıkların depresyon düzeyi ile ilişkili olduğudur. Penninx ve arkadaşları'da (2000) yapmış olduğu çalışmada, fiziksel değişimlerle depresyonun ilişkili olduğunu bulmuştur. Yaşlılık algısının alt ölçeği olan psikososyal değişim ise yaşlılığın getirdiği sosyal değişimlerin kabullenilmesini ve yaşlılığa yönelik olumlu düşünceleri içermektedir. Ancak psikososyal değişimin depresyon ile olan ilişkisi diğer alt alanlara göre daha düşük seviyede anlamlı çıkmıştır. Kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin, psikososyal değişim boyutunun, geçerliliğinin diğer alt ölçeklere nazaran daha düşük bulunması bu alanın değerlendirilmesinde önemlidir. Nitekim Eser ve arkadaşlarının'da (2011) yapmış oldukları geçerlilik güvenilirlik çalışmasında psikososyal değişim boyutunun kullanılabileceğini ancak geliştirilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir.

4.1.3. Yaşlılık Algısı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Bu araştırmanın hipotezlerinden biride yaşlılık algısının, yaşlıların yaşam kalitesine nasıl etki ettiğiyle alakalıdır. Çalışmanın sonuçları gösteriyorki yaşlıların yaşlılık algısı ile yaşam kaliteleri arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Bu durum olumlu yaşlılık algısının yaşam kalitesiyle birlikte arttığına, olumsuz yaşlılık algısının ise yaşam kalitesiyle beraber düştüğüne işaret etmektedir. Low, Molzahn, ve Kalfoss'un (2008) yapmış olduğu çalışmada da yaşam kalitesi ile yaşlılık algısı arasında anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır. Chachamovich ve arkadaşları (2008) yapmış olduğu çalışmada ise depresyon, yaşlılık algısı ve yaşam kalitesinin birbirleriyle ilişkisi bulmuş, depresif olan kişilerin olumsuz yaşlılık algısıyla beraber yaşam kalitelerinin düştüğü sonucuna varılmıştır. Ülkemizde ise yaşlılık algısı ile yaşam kalitesi ilişkisi Top ve arkadaşları (2012) tarafından ele alınmıştır. Bu araştırmada yaşlılık algısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır. Top ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu araştırmada yaşlılık algısının iki alt ölçeği (bedensel değişim ve psikososyal değişim) ile yaşlılık algısı yüksek derecede anlamlı çıkmıştır. Ancak yapılan bu çalışmada psikososyal değişim alanı diğer alt ölçeklere

nazaran yaşam kalitesiyle daha düşük düzeyde anlamlı çıkmıştır. Elde edilen bu sonuç Eser ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Levy'nin (2003) yapmış olduğu araştırmada da yaşlılık algısı ve deneyimlerinin yaşlının fiziksel sağlığını, kendi kimlik algısını, davranışlarını ve iyi olma durumunu etkilediği sonucuna varılmıştır. Yapılan bu araştırmada kişinin sağlığında veya bedeninde bir takım kayıplar yaşansa da bu durumu nasıl içselleştirdiğinin, bulunduğu dönemi nasıl algıladığının yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim Albrecht ve Devlieger (1999) yapmış olduğu çalışmada da kişinin yaşadığı olumlu veya olumsuz durumları, bulunduğu konumu nasıl algılandığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki ortaya çıkmaktadır. Albrecht ve Devlieger'in çalışmasında bazı kişiler ciddi sağlık ve ekonomik zorluklar yaşasa da bu durumları yaşamayanlara göre daha fazla yaşamdan memnuniyetlerini ortaya koymaktadır. Çalışmanın sonucuna göre yaşam kalitesinden memnuniyetin beden ile zihin arasındaki dengeye dayandığı ifade edilmektedir. Bu durum da denge teorisiyle açıklanmaktadır. Denge teorisi, hastalıklarda kişinin kendisini, dünyasını ve sosyal çevresini nasıl tanımladığıyla ilişkili olan kişisel deneyimin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu durumla ilgili Bowling ve arkadaşları (2007) bir araştırma yapmışlardır. Araştırma da 65 yaş ve üstü kişiler ele alınarak zayıf fiziksel işlevsellikle yüksek yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlar, fiziksel sağlığını kötü ifade edenlerin iyi ifade edenlere göre hastalık yükünün daha az olduğu, sosyal ilişkilerinin ve hayatlarındaki kontrolün daha yüksek yaşam kalitesinin kişinin kendiyle ilgili olan algısıyla da ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yapılan bu araştırmaya alt ölçekler temel alınarak bakıldığında yaşlıların yaşamış olduğu psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal değişimlerin sonucunda oluşan yaşlılık algısı ile yaşam kalitesi alt alanlarından olan özerklik, faaliyet, sosyal katılım ve yakınlık arasında anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır. Özerklik, faaliyet, sosyal katılım ve yakınlık bu ilişkide öne çıkan durumlardır. Bu durumu daha fazla açmak gerekirse; özerklik, bağımsızlık, kişiler arası ilişkiler, geleceğe umutla bakma ve aktif yaşam arttıkça, yaşlıların olumlu yaşlılık algısı puanı da artmaktadır.

Yaşlılık algısı ile özerklik arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özerklik kişinin bağımsızlığını, çevresi üzerinde kontrol sahibi olmasını ve kendi başına yaşayabilme becerisini ifade etmektedir. Corner'in (1999) yapmış olduğu çalışma yaşlılıkla ilgili olumsuz algı ile yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ilişkisi üzerinde durulmuştur. Corner bu durumu kontrol duygusunu esas alarak ölçmüştür. Araştırmanın sonucuna göre hayatları üzerinde kontrol duygusu olmayan yaşlıların başkasına bağımlı ve çaresizlik duygusu yaşayan bireyler olduğu ve yaşlılığı olumsuz algıladıkları sonucuna ulaşmıştır. Bu durumda yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Jopp ve Rott'un (2006) yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların mutlulukla ilgili olan faktörleri incelenmiş ve kontrol duygusunun kişilerin kendilerini mutlu hissetmelerine etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yaşlılık algısı ile geçmiş, gelecek, bugün faaliyetleri, yakın ilişkiler kurabilme, sosyal katılım ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Etkinlik teorisine göre de; yaşlıların aktif, üretken, ve katılımcı olmaları sağlıklı yaşlanmaları açısından önemlidir. Bu kurama göre yaşlılar ne kadar çok aktif olurlarsa yaşamdan aldıkları doyumunda o kadar fazla olduğunu savunmaktadırlar. Ancak yaşlılara yönelik olumsuz stereotipler sonucunda kişide olumsuz yaşlılık algısı oluşması kişinin sosyal hayattan, yakın ilişkiler kurmaktan geri çekmekte ve yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (Levy, 2009).

Yaşam kalitesinin alt ölçeği olan duyusal işlevler ile yaşlılıkta yaşanan sosyal alandaki kayıp ve bedensel değişim alanındaki algı arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Bu durum yaşlıların duyusal işlevlerinde yaşadıkları sıkıntılar arttıkça, sosyal alanda ve bedensel değişim alanında ki kayıp algısı puanının da arttığını göstermektedir. Levy ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu boylamsal bir çalışmada da olumsuz yaşlılık algısına sahip kişilerin üç yıl sonra işitme ile ilgili sorunlar yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşamdan geri çekilme, kopma kuramına göre de; kişi yaşamış olduğu fiziksel, bilişsel ve sosyal alanlarda yaşanan kayıplara bağlı olarak kendini sosyal alanlardan ve toplumdan geri çekerek yaşlılığı kayıplar dönemi olarak algılayabilmektedir. Yapılan bu araştırma da yaşlılık algısının hiç bir alt ölçeği ile yaşam kalitesi alt ölçeği olan ölüm ve ölmek arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Bu durum yaşlıların yaşlılık dönemini olumlu veya olumsuz algılamalarıyla, ölüm korkusu yaşamaları arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Nitekim Özyurt ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu

yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmada da ölüm ve ölmek alanının bağımsız değişkenlerden etkilenmediği sonucuna varılmıştır. Bu durumun nedeni dinsel inançlara bağlı olarak türk toplumunun daha fazla ölümü kabullenip ölümü yaşamın doğal bir parçası ve kader olarak görüp, ve buna bağlı olarak bu alt alanın etkisinin Türk toplumunda algıya etki etmediği öne sürülebilir. Eser ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada da yaşlılar ölüm üzerine çok fazla konuşmamışlardır. Yukarıda bahsi geçen Chachamovich ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada ise yaşam kalitesinin ölüm ile ilgili olan alt ölçeği soruları yetersiz bulunmuştur. Bu çalışmada da ölüm ile yaşlılık algısı arasında hiçbir ilişkinin çıkmaması bu duruma bağlanılabilir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında yapılan yaşlılık algısı ile ilgili yapılmış araştırmaya çok fazla rastlanılmamıştır. Yaşlılık algısı ve yaşam kalitesi ile ilgili Levy'nin yapmış olduğu bir çok araştırma genellikle yaşlılık algısının genel sağlık üzerinden ele alınmasıyla ilgilidir. Yaşam kalitesine etki eden faktörler gibi alt alanların yaşlılık algısı ile ilişkili olduğunu gösteren çok fazla araştırmaya rastlanılmamıştır.

4.2. Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi Ve Depresyonun Yaşanılan Yer, Yaş ve Cinsyet'e Göre Değerlendirilmesi

Yapılan bu araştırmada yaşlılık algısı, yaşam kalitesi ve depresyonun alt ölçekleri yaşanılan yere göre değerlendirildiğinde psikososyal kayıp, duyusal işlevler, özerklik, faaliyet, ölüm ve yakınlık gibi durumların kurumda kalan yaşlılarla evde kalan yaşlılar arasındaki puan ortalamalarında anlamlı derecede farklılık bulunmuştur. Anlamlı fark bulunan alanlar genellikle yaşam kalitesinin alt ölçekleridir. Dolayısıyla yaşam kalitesinin anlamlı fark bulunan alt ölçeklerine (duyusal işlevler, özerklik, faaliyet, ölüm ve yakınlık) totalde bakarak kıyaslamak gerekirse; evde kalanların yaşam kalitesi kurumda kalanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da kurumda kalan yaşlıların daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıkları ve bunun sonucunda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Gülseren ve ark., 2000; Şah, Özer, Ölüç ve Tunç, 2005). Huzurevinde kalan yaşlıların kendilerini yalnız, işe yaramaz, başkasına bağımlı olarak algıladıkları ve bu kişilerin depresyon puanlarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Aksüllü & Doğan, 2004; Bahar, Tutkun & Serbaş 2005, Özdemir ve ark., 2005). Hörter, Weisser, Schretzmann, Aschenbrenner ve Bengel (2002) yapmış oldukları çalışmaya göre kurumda kalan yaşlılar kendilerini

toplumdan soyutlamakta ve kendi içlerine çekilmektedirler. Büker, Altuğ, Kavlak ve Kitiş'in (2010) yapmış olduğu çalışmada da kurumda kalan yaşlıların daha depresif, morallerinin daha kötü ve fiziksel aktivite açısından daha kötü durumda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında yaşlılık algısı alt ölçeklerinden sadece psikososyal kayıp alanı puanları arasında yaşanılan yere göre farklılıklar çıkmıştır. Bu durum kurumda kalan yaşlıların evde kalan yaşlılara kıyasla yaşlılığı daha fazla kayıplar dönemi olarak algıladıkları yani kendilerini toplumdan dışlanmış, değersiz, ve yalnız hissettiklerine işaret etmektedir. Bu durum kurumda kalan yaşlıların aile ilişkileri ve desteğini bulamaması bu nedenle yaşlılığı yalnızlık zamanı olarak algılamaları ve sonucunda daha mutsuz oldukları ve geleceğe daha umutsuz baktıkları neden olarak gösterilebilir (Aydın & İşleyen; 2004).

Kurumda kalan yaşlıların evde kalan yaşlılara kıyasla yaşlılığı daha olumsuz algıladığı, kendilerini daha yalnız hissettikleri ve bunun sonucunda da yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu çıkan sonuçlarda görülmektedir. Bu sonuç kurumda kalan yaşlılarda yakın ilişkiler ve sosyal desteğin önemini depresyon açısından önemli olduğunu açıkca ortaya koymaktadır. Sosyal destek yaşlıların depresyon geliştirip geliştirmemesinde oldukça önemlidir. Günümüzde sosyal desteğin önemiyle ilgili bir çok çalışma yapılmıştır (Chi ve Chou 2001; Gadalla 2010, Mendes de 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, duyusal 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 bu çalışmada yaşam kalitesi, yaşlılık algısı ve depresyon'un yaş ve cinsiyete göre değerlendirilmesi yapılmış ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Genellikle araştırmalarda yaş ve cinsiyet'e göre yapılan değerlendirmeler farklılık göstermektedir. Örneğin yaşam kalitesiyle ilgili yapılan bazı araştırmalarda kadınlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılırken (Netuveli ve Blane, 2008), bazı çalışmalarda cinsiyete göre farklılık bulunmadığı ileri sürülmektedir (Wiggins, Higgs, Hyde ve Blane, 2004). Barrett, Savva, Timonen ve

Kerry (2011) göre ise yaşam kalitesi 50-74 yaş arasında yüksek bulunurken, 75 yaşından sonra düşmeye başlamaktadır. Literatüre bakıldığında çoğu araştırmada yaşlılarda yaş ve cinsiyete bağlı olarak depresyon, yaşam kalitesi ve yaşlılık algısında farklılıklar olduğu savunulmaktadır (Blazer, 2000; Hacıhasanoğlu ve Türkleş, 2007; Özyurt, Tunç ve Hatipoğlu, 2012; Schneider ve Zemansky, 1990; White, Wykoff, Tynes; Zunzunegui, Beland, Llacer ve Leon, 1998). Bu durum yapılan bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmemektedir. Bu araştırmada farklılık çıkmamasının sebebi katılımcıların tek bir kurumdan olması, genel olarak aynı yaşam koşullarına sahip olması söylenilebilir. Nitekim yapılan bazı çalışmalarda ileri derecede yaşlılarda daha genç yaşlılara nazaran depresyon'un daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Blazer, 2000; Schneider ve Zemansky, 1990; White, Wykoff, Tynes). Bu araştırmalarda çıkan bu sonucun kadın sayısının fazla olması, düşük sosyo ekonomik durum, bilişssel ve fiziksel bozulmaların etkisiyle olduğu savunulmuş ve bu durumlar kontrol altına alınınca depresyon ve yaş arasında ki ilişkide çıkan farkın ortadan kalkabileceği ileri sürülmüştür. Yapılan bu araştırmada da yaşlılık algısı, yaşam kalitesi ve depresyon'un yaş ve cinsiyete bağlı olarak farklılık çıkmamasının nedeni olarak katılımcıların çoğunun neredeyse aynı sosyo ekonomik düzeye, sağlık durumuna ve aynı yaşam koşullarına sahip olmaları söylenilebilir.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları, Önemi ve Gelecekteki Çalışmalar İçin Öneriler

Bu araştırmanın sınırlılığı örneklemin tüm yaşlılara genellenememesi olabilir. Örneklem sayısının sınırlı olması, katılımcıların tek bir huzurevinden alınması sonuçların tüm yaşlılara genellenebilmesi açısından uygun olmayabilir. Araştırmanın daha büyük bir popülasyonla, farklı kesimden, farklı şehirlerden ve farklı huzur evlerinden alınan örneklemle yapılmasının daha uygun olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma katılımcıların isteği üzerine soru cevap şeklinde birebir yapılmıştır. Uygulama esnasında kişilerin, ölçeği uygulayan kişi tarafından etki altında kalmamasına, katılımcıların sıkılmamasına, ölçeklerin belli aralıklarla yapılmasına, kişilerin dikkatinin dağılmamasına özen gösterilmiştir. Ancak tüm bunların kontrol altında tutulması uygulamayı zorlaştırmış ve veri toplanmasının uzun sürmesine neden olmuştur. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik

özelliklerinin eşit olması için aranan nitelikler, katılımcı sayısını toparlamada zorluk çıkarmıştır. Özellikle sağlık problemi olmayan 80 yaş ve üstü kişilere ulaşmak uygulamayı zorlaştırmıştır.

Uygulamanın soru cevap şeklinde birebir yapılması, kültürel ve eğitim seviyesi düşük olan yaşlılardan alınan cevapların güvenilirliği açısından 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 sonuçlarının güvenilir olduğu araştırmanın güçlü yönü olarak düşünülebilir.

Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artması bu döneme özgü olan problemleri daha da önemli hale getirmektedir. Her yaş grubundan insan gibi yaşlılarında yaşam kalitesinin yüksek tutulması ve yaşadıkları yıllara değer verilmesi 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 yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de iyilik haline işaret etmektedir.

Yapılan bu araştırma yaşlıların psikolojik yönden iyi olmalarını hedef almaktadır. Yaşlıların en çok yaşadığı problemlerden biri olan depresyon, diğer geçmişte yapılan araştırmalardan farklı olarak ilk kez bu araştırmada genel sağlıktan bağımsız bir şekilde ele alınmıştır. Yaşlılarda tanı ve tedavisi zor olan depresyona etki ettiği düşünülen yaşlılık algısının, önemli olduğu araştırmanın çıkan sonuçlarında görülmektedir. Araştırmada yaşlılık algısını ölçmede kullanılan Yaşlanma Tutumu Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yeni yapılan bir ölçektir. Bu ölçek ülkemizde sayılı araştırmalarda kullanılmıştır. Bu yönüyle bakıldığında bu araştırma yaşlılarda sık karşılaşılan depresyonun tanı ve tedavisi için önemlidir. Depresyonun tanınması, etki eden faktörlerin bilinmesi ve toplumun bu yönde bilinçlendirilmesi, yaşlılara yönelik tutumların düzenlenmesine fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Toplumda farkında olarak veya olmayarak yapılan yaşlı ayrımcılığının, yaşlıların kendisiyle ilgili olan algısına, yaşadıkları depresyona ve bunların sonucunda yaşam kalitelerine olumsuz bir şekilde nasıl yansıdığı, bu araştırmada ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sosyal desteğin yaşlının hayatı için önemli olduğu bir çok araştırmada olduğu gibi bu araştırmanın da önemli sonuçları

arasında yer almaktadır. Yapılan bir çok çalışmada ve bu araştırmada görüldüğü 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 görülmektedir.

Bu araştırma da yaşlılığın bir bütün olarak ele alınması, fiziksel, psikolojik, toplumsal boyutuyla değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Her yaşlının farklı birer kişi olduğu ve bireysel olarak değerlendirilmesi gerekliliği yapılan müdehaleler açısından önemlidir. Araştırmanın geneline bakıldığında, yaşlıların temel olarak sıkıntılarının başında kendi bağımsızlıklarını kaybettiklerini düşünmeleri, yalnızlık ve işe yaramamazlık duygularına kapıldıkları görülmektedir. Bu duruma etki ettiği düşünülen önemli faktörlerden biri ise kişinin yaşadığı toplum ve çevresidir. Bu nedenle yaşlılığın yeni bir dönemin başlangıcı olarak görülmesine yönelik, toplumun yaşlılık konusunda bilinçlendirilmesi ve yaşlı ayrımcılığının önüne geçilmesi gerekmektedir. Sosyal etkinlik alanlarının arttırılmasına 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 ve depresyonu önleyici yaklaşımların etkisini ortaya koyan araştırmaların yapılması, yaşlının yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal zorlukların önüne geçilmesi açısından önemlidir.

Araştırmada çıkan sonuçlara bakıldığında, kurumda kalan yaşlıların evde kalan yaşlılara nazaran daha düşük seviyede yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Bu sonuç dikkate alındığında kurum hizmetlerinin iyileştirmeye gidilmesi, kurumda kalan yaşlıların özellikle sosyal hayatlarına ve ilişkilerine önem verilmesi gerekmektedir. Huzur evlerinin fiziksel yapılarının değiştirilerek, yaşlıların kişisel ve özel alanlarının olduğu sosyalleşebilecekleri alanlar oluşturulmalı ve

böylelikle kurumlar yaşlıların bağımsız yaşayabilecekleri alanlar haline getirilmelidir. Aynı zamanda personele yaşlılara karşı nasıl bir tutum sergilemeleri ve yaşlılık psikoloji gibi konularda eğitimler verilmesi gerekmektedir.

Yaşlılık birçok sağlık probleminin yaşandığı dönemdir. Ancak bu problemlerin ortaya çıkardığı bağımlılık gereksinimlerinin aza indirildiği ve yaşam kalitesinin arttırıldığı bir yaşlılık mümkündür. Bugün sağlık politikalarındaki hedef yaşlıların bağımsız yaşamaları ve onların topluma katılmaları olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın amacı da kişilerin yaşlılık döneminde yaşadığı sağlık problemlerinden bağımsız olarak depresyon, yaşam kalitesi ve buna etki ettiği düşünülen yaşlılık algısı ilişkisi incelenmiştir. 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.

5. KAYNAKLAR

Akçay, R. C. (2011). *Yaşlılık Kavramlar, Kuramlar ve Yaşlılığa Hazırlık*. İstanbul: Kriter Yayınları.

Akdemir, A., Atasoy, N. ve Sağnak, S. (2001). Yaşlılıkta depresyon. *3P Dergisi*, 9(2), 263-270.

Akdemir, N., Çınar, İ. F. ve Görgülü, Ü. (2007). Perception of ageing and ageism. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10 (4), 215-222.

Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5,76-84.

Albrecht, G. L. ve Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365,1961-1970.

Allardt, E. (1993). *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research.* Oxford: Clarendon Press.

Altan, Z. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7(2), 2-36.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı.* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Antonucci, T. C., Birditt, K. S. ve Ajrouch, K. J. (2011). Convoys of social relations: past, present and future. *Handbook of Life Span Development*, 161-182.

Ardelt, M. (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4).

Arslan, Ş. ve Kutsal, G. (1999). Yaşlılarda özürlülüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Geriatri*, 3, 103-114.

Aslan, D. (2009). *Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı*. Rekmay Ofset Basımı.

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The gerontologist*,*29*(2), 183-190.

Aydın, İ. ve İşleyen, S. (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 7(3).

Aydın, Z. D. (2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(4), 43-48.

Aysan, F. ve Özben, Ş. (2004). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlının kullandığı başaçıkma stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 5(2).

Bahar, A., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 227-229.

Bakanlığı, K. (2013). Onuncu kalkınma planı (2014-2018). *erişim*, *19*(02), 2014.

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory.*American Psychologist*, 52(4), 366.

Baltes, P. B. ve Smith, J. (2003). New frontiers in thefuture of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.

Baltes, P. B., Lindenberger, U. ve Staudinger, U. M. (1998). *Life Span Theory in Developmental Psychology*. London: John Wiley ve Sons.

Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacyrevisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.

Baran, A. G. (2000). Yaşlılıkta sosyal uyum sorunu.*Antropoloji ve Yaşlılık*, 68-76.

Barker, M., O'Hanlon, A., Mcgee, H., Hickey, A. ve Conroy, R. (2007). Cross-sectional validation of the aging perceptions quastionnarie: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(9).

Barrett, A., Savva, G., Timonen, V. ve Kenny, R. A. (2011). Fifty plus in Ireland 2011: First results from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). Republic of Ireland: The Irish Longitudinal Study on Ageing.

Baysan, N. P. (2008). Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

Bengtson, V. L. (2011). Gerontology with a "J": Personal reflections on theory-building in the sociology of aging. *Handbook of Sociology of Aging*. 619-626.

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.

Black, S. A., Markides, K. S. ve Miller, T. Q. (1998). Correlates of depressive symptomatology among older community-dwelling Mexican Americans: The Hispanic EPESE. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(4), 198-208.

Blazer, D. G. (1994). *Epidemiology of Depression; Prevalence and İncidence, In Principles and Practice of Geriatric Psychiatry.* USA: John-Wiley&Sosn Ltd.

Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the oldest old. *American Journal of Psychiatry*.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology Series A*, 58(3), 249-265.

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.

Blazer, D., Moody-Ayers, S., Craft-Morgan, J. ve Burchett, B. (2002). Depression in diabetes and obesity: racial/ethnic/gender issues in older adults. *J Psychosom Res.* , 52, 1–4.

Bond, J. ve Corner, L. (2004). *Quality Of Life And Older People*. New York: Open University Press.

Bowling, A. (1997). *Measuring Health, a Rewiev of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Pres.

Bowling, A. ve Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing and Society*, 27(06), 827-848.

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.

Brabyn, J., Schneck, M., Haegerstrom-Portnoy, G. ve Lott, L. (2001). The Smith-KettlewellInstitute (SKI) longitudinalstudy of vision functionandits impactamong the elderly: an overview. *Optometry & VisionScience*, 78(5), 264-269.

Brouwer, B., Walker, C., Rydahl S. J. ve Cukham, E. G. (2003). Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomised trial. *JAGS*, 51, 819-34.

Browne, J. P., Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R., McDonald, N. J., O'Malley, K. ve ark. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 235–244.

Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 175-184.

Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., Fleischman, D. A., Leurgans, S., ve Bennett, D. A. (2009). Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 169(12), 1139-1146.

Büker, İ., Altuğ, F., Kavlak, E. ve Kitiş, A. (2010). Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi bakım evlerinde dış mekân tasarımı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(1), 44-53.

Burger, J. M. (2006). *Kişilik.* (İ. Deniz ve E. Sarıoğlu, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Bury, M. ve Holme, A. (1991). Quality of life and social support in the very old. *Journal of Aging Studies*, 4(4), 345-357.

Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529-535.

Cangöz, B. (2008). Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? *Geriatri Dergisi*, 11(3), 143-150.

Carstensen, L. (1992) Social Emotional Patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*. 7 (3). 331-338.

Carstensen, L. ve Charles, C. (1999). Taking time seriously: Atheory of socio emotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165.

Catherine, A., Sarkisian, D., Hays, M. ve Mangione, H. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *J Am Geriatr Soc*, 50, 1837–1843.

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.

Charles, S. ve Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383.

Charness, N. ve Bosman, E. A. (1992). Human factors and age. *The Handbook of Aging and Cognition*, 495-551.

Chew-Graham, C. A., Baldwin, R. ve Burns, A. (2008). *Integrated Management of Depression in the Elderly*. Cambridge: University Press.

Chi, I. ve 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.

Çoban, A., ve Şirin, A. (2005). Ailede yaşlı bakımı. *Hemşirelik Forumu*, 5861.

Cole, M. G., Bellvance, F. ve Mansour, A. (1999). Prognasis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.

Connidis, I. (1989). The subjective experience of aging: Correlates of divergent views. *Canadian Journal on Aging*, 8(1), 7-18.

Copeland, J. R. M., Davidson, I. A. veDewey, 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.

Corner, L. (1999). Developing approaches to person-centred outcome measures for older people in rehabilitation settings. Unpublished PhD thesis, University of Newcastle upon Tyne.

Coudin, G. ve Alexopoulos, T. (2010). Help me ! I am old ! How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, 14(5), 516-523.

Cox, H. G. (2001). Later life: The Realities of Aging. (6th Ed.). Prentice Hall.

Demet, M. M., Taşkın, E. O., Deniz, F. ve Karaca, N. (2002). Manisa huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 290-299.

Demircan, S., Çalıştır, B., Dereli, F., Düzöz, G., Turasay, N., Özen, S. ve ark. (2005). Muğla ili Abide-H.Nuri Öncüer Huzurevinde kalan yaşlıların yaşlılığa ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. IV.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, *Türk Geriatri Vakfı*, 148.

Demura, S. ve Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of physiological anthropology and applied human science*, 22(3), 159-166.

DESA. (2013). World Population Ageing 2013, United Nations Department of Economic ans Social Affairs, New York

Dixon, A. L. (2007). Mattering in the later years: Older adults' experiences of mattering to others, purpose in life, depression, and wellness. *Adultspan Journal*, 6(2), 83-95.

DPT (2007). Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf

Dragomirecka, E., Bartonova, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K. ve ark. (2008). Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-culturel perpective. *Clin. Psychol Psychother*, 15(3),193-204.

Eker, E. ve Noyan, A. (2004). Yaşlıda depresyon ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 75-83.

Emiroğlu, V. (1995). Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Ankara: Şafak Matbaacılık.

Er, D. (2009). Psiko-sosyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 132-143.

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.

Ersanlı, K. (2005). *Davranışlarımız Gelişim ve Öğrenme*. Samsun: Eser Matbaacılık.

Ersoy, S., Okçay, H. ve Özkahraman, Ş. (2013). Kentleşmenin yaşlı üzerine etkileri. *Akademik Geriatri Dergisi*, 5, 51-56.

Eser, E., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H. ve Fidaner, C. (2010). Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL- OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 37-48.

Eyigör, S., Karapolat, H. ve Durmaz, B. (2006). Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9, 130-135.

Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y. ve Chatterji, S. (2011). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*.

Farquhar, M. (1994). *Quality of Life in Older People. Advances in Medical Sociology*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446.

Felce, D. ve Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research In Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.

Fennell, G., Phillipson, C. ve Evers, H. (1988). *The Sociology of Old Age*. Milton Keynes: Open University Press.

Fernandez, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendoza, V., Orasa, T. ve ark. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self perception of aging and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39, 119-131.

Filinson, R. (1997). Legislating community care: The British experience, with U.S.comparisons. *Gerontologist*, 37(3), 333-340.

Fisher, J. ve Simmons, A. (2007). Challanges and Opportunities in Older Adulthood. *Journey Called Aging*. USA. 177-185.

Fiske, A., Wetherell, J. L. veGatz, M. (2009). Depression in older adults.*Annu Rev Clin Psychol*, 5, 363-89.

Fortner, V., Robert, A. ve Neimeyer, B. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387-411.

Fry, P. S. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?.*The International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 361-383.

Gabriel, Z. ve Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(05), 675-691.

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.

Gebretsadik, M, Jayaprabhu, S. ve Grossberg, G. (2006). Mood disorders in the elderly. *Med.Clin. N. Am*, 90, 789-805.

George, L. K. ve Bearon, L. B. (1980). *Quality of Life in Older Persons. Meaning and Measurement.* New York: Human Sciences Press.

Göka, E. ve Aydemir, Ç. (2000). Yaşlıya ve demanslı hastaya. *Demans Dizisi, 1*, 5-26.

Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Türkiye*, 8(1).

Goldberg, E. (2005). *The Wisdom Paradox: How Your Mind Can GrowStronger as Your Brain Grows Older*. New York: Gotham Books.

Görgün Baran, A. (2008). Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2), 86-97.

Güleç, M. ve Tekbaş, Ö. F. (1997). Sağlık perspektifinden yaşlılık. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 17*(6), 369-378.

Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Kültür, S., Memiş, A. ve Vural, N. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(4), 133-140.

Güz, H. ve Çolak, E. G. (2002). Yaşlılıkta görülen psikiyatrik rahatsızlıklar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 3(2), 63-74

Hacıhasanoğlu, R. ve Türkleş, S. (2008). Depression and Affecting Factors in the Old at the Age of 65 and Over. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(2).

Harpole, L. H., Williams, J. W., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Oddone, E., Callahan, C. M. ve ark. (2005). Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*, 27(1), 4-12.

Harris, L. (1975). Inc. Themythandreality of aging in America. *Washington DC, NationalCouncil on Aging*.

Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. *Processes of Aging: Social and Psychological Perspectives*, 1, 299-320.

Heiden, K. ve Harpel, T. (2013). Preparing FCS professionals: Using simulations to raise awareness and change stereotypes, prejudice, and discrimination. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 105(2),21-28.

Hendry, F. ve McVittie, C. (2004). Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research*, 14(7), 961-975.

Henriksson, M. M., Marttunen, M. J., Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Kuoppasalmi, K. I. ve ark. (1995). Mental disorders in elderly suicide. *International Psychogeriatrics*, *7*(02), 275-286.

Hoffman, L. N. W., Hoffman, L., Paris, S. G. ve Hall, E. (1994). *Developmental Psychology Today*. New York: McGraw-Hill College.Inc.

Holahan, C. K., Holahan, C. J. ve Wonacott, N. L. (2001). Psychological well-being at age 80: Health related and psychological factors. *Journal of Mental Health and Aging,* 7, 395–411.

Holstein, B. E., Due, P., Almind, G. ve Avlund, K. (2007). Eight-yearchange in fuctionalabilityamong 70 to 95 year-olds. *SandinavianJournal of PublicHealth*, 35, 243-249.

Hooyman, N. R. ve Kiyak, H. A. (1993). Social gerontology: A multidisciplinary perspective. *Journal Of Gerontological Social Work, 19*, 152-152.

Horn, J. L. ve Donaldson, G. (1980). 10 cognitive development in adulthood. *Constancy and Change in Human Development*, 445.

Hörter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenbrenner, A. ve Bengel, J. A. (2002). Descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehab*, 83,461-468.

Horton, S. , Baker, J. ve Deakin, J. (2007). Stereotypes of aging: their effects on the health of seniors in north american society. Educational Gerontology, 33, 1021-1035.

Hughes, B. (1990). *Quality of life. Researching Social Gerontology*. London: Sage Publications

Hughes, T. F. (2010). promotion of cognitive health through cohnitive activity in the aging population. *Aging and Health*, 6, 111-121.

Işık, E. (1991). *Depresyon ve Mani*. İstanbul: Boğaziçi Matbaası.

Jenike, M. A. (1995). Neuropsychiatric assessment and treatment of geriatric depression. *Psychiatric Times*, 12(5), 1-5.

Johansson, C. (2002). Integrity versus despair: An Eriksonian framework for geriatric rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 17(3), 4-12.

Jongenelis, K., Pot, A., Eisses, A., Beekman, A ., Kluiter, H. ve Ribbe, M. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journel of Affective Disorders*, 135-142.

Jopp, D. ve Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266.

Kai, S., Ene, T. ve Kadri, J. (2002). Depressive symptoms in older Estonians: prevalence and models. *J. Am. Geriatr. Soc*, 50, 1164-1165.

Kalaycıoğlu, S., Tol, U. U., Küçükkural, Ö. ve Cengiz, K. (2003). *Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri, Türkiye Bilimler Akademisi Raporları.*Ankara: TÜBİTAK Matbaası.

Kalkan, M. ve Ersanlı E. (Ed.). (2008). *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık.* Pegem Akademi Yayıncılık.

Kekovalı, M., Baybek, H., Eksen, M. ve Aslaner, B. (2002). Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 7(1).

Keller, M. L., Leventhal, E. A. ve Larson, B. (1988). Aging: the lived experience. *International Journal of Aging & Human Development*, 29(1), 67-82.

Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Bilgiç N., Uçku, R. ve Tunca, Z. (2006). Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1), 21-26.

Khorshid, L. K.(1992). Yaşlılıkta ruhsal değişiklikler ve sorunlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1), 97-101.

Kılıç, S. P., Karadağ, G., Koçak, H. S. ve Korhan, E. A. (2014). Evde yaşayan yaşlılıların yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algılarının incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 17(1), 70-76.

Kılıçoğlu, A. (2006). Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etiyolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 49-54.

Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 39-47.

King, V. ve Scott, M. E. (2005). A comprasion of cohabiting relationships among older and younger adults. *Journal of Marriage and the Family*, 67, 271-285.

Klein, M. (2008). *Sevgi, Suçluluk ve Onarım.* İstanbul: Pusula Yayıncılık.

Kotter-Grühn, D. ve Hess, T. M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571.

Kottke, F. J. (1982). "Philosophic considerations of quality of life for disabled". *Archieve of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 60-62.

Kurt, G. (2008). Türkiye'de yaşlılık olgusuna sosyolojik bir bakış (Sivas İl Örneği). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.

Kutsal, Y. G. (2007). Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları.Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, Ankara.

Lachman, M. E., Agrigoroaei, S., Murphy, C., ve Tun, P. A. (2010). Frequent cognitive activity compensates for education differences in episodic memory. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 4-10.

Lang, F. R. ve Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and aging*, 9(2), 315.

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P. ve Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.

Lawton, M. (1991). *A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In The Concept and Measurement of Quality of Life in The Frail Elderly*. San Diego: Academic Press.

Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H. ve Ruckdeschel, K. (1999). Affect and quality of life objective and subjective. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 169-198.

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.*

Levine, J. M. ve Hogg, M. A. (2010). *Encyclopedia of Group Processes and İntergroup Relations*. California: Sage.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R. ve Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and SocialPsychology*, 83(2), 2.

Levy, B. (2009). Stereotype embodiment a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336.

Levy, B. R. (1996). İmproving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Jounal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.

Levy, B. R. (2003). Mindmatters: cognitive and physical effects of aging self stereotypes. *J. of Gerontology*, 58, 203-11.

Levy, B. R. ve Myers, L. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-Perceptions of Aging. *Prev. med.* , 29(3), 625-9.

Levy, B. R., Ashman, O. ve Dror, I. (1999-2000). To be or not to be:The effects of aging self- streotypes on the will to live. *Journal of death and Dying*, 40, 409-420.

Levy, B. R., Chung, P. ve Canavan, M. (2011). Impact of explanatory style and age stereotypes on health across the life span. *Handbook of Life-Span Development*, 437-456.

Levy, B. R., Hausdorff, J., Hencke, R. ve Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self streotypes of aging. *Journals of Gerontology Psychological Sciences*, 55, 205-13.

Levy, R. B. (2008). Rigidity as a predictor of older persons' aging stereotypes and aging self-perceptions.*Social Behavior and Personality*, 36(4), 559-570.

Lloyd-Sherlock, P. (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Social Science & Medicine*, 51(6), 887-895.

Lovestone, S. ve Gauthier, S. (2001). *Management of Dementia*. London: Martin Dunitz Ltd.

Low, G., Molzahn, A. ve Kalfoss, M. (2008). Quality of life of older adults in Canada and Norway examining the Iowa model. *Western Journal of Nursing Research*, 30, 458–476.

Macia, E., Lahmam, A., Baali, A., Boetsch, G. ve Chapuis, N. (2009). Perception of age stereotypes and self perception of aging: A comparison of French and Moroccan populations. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 24, 391-410.

Magaziner, J., Simonsick, E. ve Kashner, M. (1990). Predictors of functional recovery in the years following hospital discharge for hip fracture. *J Gerontol Med Sci*. 45, 110–107.

Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, *49*(3), 39-45.

Margrett, J. A. ve Deshpande-Kamet, N. (2009). Cognitive Functioning and Decline. In D. Carr (Ed.). Encyclopedia of the Life Course and Human Development. Baston: Gale Cengage.

Maslow, A. (1968). Some educational implications of the humanistic psychologies. *Harvard Educational Review*, 38(4), 685-696.

Mavandadi, S., Ten Have, T. R., Katz, I. R., Durai, U. N. B., Krahn, D. D., Llorente, M. D. ve ark. (2007). Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 202-211.

Melges, F. T. (1969). Types of hopelessness in psychological procecess. *Archieves of General Psychiatry*, 20, 690-699.

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.

Molzahn, A. E. ve Low, G. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing and Health*, 30, 141-150.

Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp fakültesi Üronkoloji Bülteni.

Murphy, C. (2008). Thechemicalsensesandnutrition in olderadults. *Journal of Nutritionfortheelderly*, 27(3-4), 247-265.

Netuveli, G. ve Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126.

Neugarten, B. L., Crotty, W. J. ve Tobin, S. S. (1964). *PersonalityTypes İn An Aged Population*. New York: Atherton Press.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. ve Tobin, S. S. (1996). *Personality and Patterns of Aging. The Meanings of Age.* Chicago: Univ. of Chicago Pr.

Newman, A. B., Simonsick, E. M., Naydeck, B. L., Boudreau, R. M., Kritchevsky, S. B., Nevitt, M. C. ve ark. (2006). Association of long-distance corridor walk performance with mortality, cardio vascular disease, mobility limitation, and disability. *Jama*, 295(17), 2018-2026.

Nosek, B. A., Banaji, M. R. ve Greenwald, A. G. (2002). Harvesting inter group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, 101–115.

Oleson, M., Headin, C., Shadick, K. M. ve Bistodeau, J. A. (1994). Quality of life in long stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *Journal of advanced Nursing*, 20, 23-32.

Onat, Ü. ve Tufan, B. (2004). Yaşlanma ve sosyal hizmet. *Yaşlılık Gerçeği*.

Onur, B. (2011). *Gelişim Psikolojisi.* Ankara: İmge Kitapevi yayınları.

Oswald, F., Wahl, H. W., Mollenkopf, H. ve Schilling, O. (2003). Housing and life satisfaction of older adults in two rural regions in Germany. *Research on Aging*, 25 (2), 122-143.

Öz, F.(1999). Yaşlılıkta ruh sağlığı. *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 1 (9), 19-27.

Özben, Ş. (2004). Yaşlılarda depresyon. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi.*

Özdemir, L., Akdemir, N. ve İmatullah, A. (2005). Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatrik sorular. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2), 94-100.

Özer, M. ve Karabulut, Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Türk Geriatri Dergisi,* 6(2), 72-74.

Özmenler, K. N. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 3, 109-115.

Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Feryal Matbaası.

Özyurt, B. C., Eser, E., Çoban G., Akdemir, S. N., Karaca, İ. ve Karakoç, Ö. (2007). The evaluation of influencing factors of " Quality of life" in the elderly in Muradiye District, Manisa. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10, 117-23.

Özyurt, C. B., Tunç, B. ve Hatipoğlu, S. (2012). Yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumları: Manisa'da bir kentsel ve kırsal bölge örneği. *Akademik Geriatri Dergisi,* 5(1).

Palabıyıkoğlu, R., Haran, S., Yücat, T. ve Köse, K. (1992). Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu. *Kriz Dergisi,* 1, 26-31.

Palmore, E. B. (2004). Research note: ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19(1), 41-46.

Parmelee, C., Patricia, A., Lawton, M. ve Katz, I. R. (1989). Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 331.

Pekcan, H. (2000). Yaşlılık. *Antropoloji ve Yaşlılık*, 51-55.

Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Bandeen-Roche, K., Kasper, J. D., Simonsick, E. M. Ferrucci, L. ve ark. (2000). The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *Journal of AmericanGeriatrics Society*, 48, 1359–1366.

Penninx, B. W., Deeg, D. J., Van Ejik, 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.

Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A. ve Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.

Reichard, S., Livson, F. ve Peterson, P. G. (1962). *Aging and Personelity: A Study of 87 Old Men*. New York: John Wiley.

Rejeski, W. J. ve Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(2), 23-35.

Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D. ve Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(3), 423.

Robinson, R. ve Price, T. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13, 635–641.

Rodin, J. ve Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(12), 897.

Rolls, B. J. ve Drewnowski, A. (2007). Dietand Nutrition. In J.E. Birren (Ed.). Encyclopedia of Gerentology. San Diego: Academic Press.

Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance. *International Journal Of GeriatricPsychiatry*, 22, 656-662.

Rowe, J. ve Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Cerontological Society of America*, 37(4), 433-440.

Ruppel, S., Jenkins, W., Griffin, J. ve Kizer, J. (2010). Are they depressed or just old? A study of perceptions about the elderly suffering from depression. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 31-42.

Sable, J. A., Dunn, L. B. ve Zisook, S. (2002). Late life depression: How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57,18–35.

Şah, M., Özer, C., Ölüç, F. ve Tunç, Z. (2005). Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8 (1), 22-24.

Şahin, E. M. ve Yalçın, B. M. (2003). Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması.*Geriatri*, 6(1), 10-13.

Şahin, G. (2014). Nüfusun Yaşlanması ekseninde 2023 yılında Türkiye: Bir Vizyon Çalışması.

Santrock J. W. (2011) *Yaşam Boyu Gelişim.* Yüksel G. (çev.). Ankara: Nobel Yayın. 13. Basım. 2011.

SarvimaÈki, A. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033.

Schiamberg, L. B. ve Smith, K. U. (1982). *Human Development*. New York: Mac Millan Publication.

Selekler, K. (2003). *Alzheimer ve Diğer Demanslar*. Ankara: Güneş Kitabevi.

Şener, A. (2009). Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman aktiviteleri. *Hacettepe Ünv. Sosyolojik Araştırmalar e-dergisi*, 1-18.

Serby, M. (2003). Overview: Depresssion in the elderly. *Mt Sinai J Med*, 70, 38-44.

Shulman, K. I. (1989). Conceptual problems in the assessment of depression in old age. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*.

Smith, E. A., Sim, J., Scharf, T. ve Philipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Yaşlanma ve Toplum*, 24(5),793-814.

Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age.*N Z J Psychiatry*, 35, 782.

Someya, Y. ve Wells, Y. (2008). Current issues on ageing in Japan: A comparison with Australia. *Ausralasian Journal On Ageing*, 27(1), 8-13.

Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M. ve ark. (2007). İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 145-53.

Spar, J. E. ve La Rue, A. (2006). Mood disorders-treatment. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*, 1.

Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C., Hart, A. D., Tschanz, J. T. ve Plasman, B. L.(2000). Prevelance of depression and its treatment in an elderly population: the Cache Count Study. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 601-607.

Steiner, A., Raube, K., Stuck, A. E., Aronow, H. U., Draper, D., Ruhen-stein, L. Z. ve Beck, J. C. (1996). Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: performance of four short scales. *Gerontologist*, 36(11), 54-62.

Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C. ve Dittmann-Kohli, F. (2001). 'The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being'. *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 364–373.

Sullivan, M., LaCroix, A. ve Baum, C. (1997). Functional status in coronary artery disease: a one year prospective study of the role of anxiety and depression. *Am J Med*, 103, 348–356.

Sütoluk, Z., Demirhindi, H., Savaş, N. ve Akbaba, M. (2004). Prevalence and causes of depression among elders who live in residential homes in Adana. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7, 148-151.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011) Yaşlı Sağlığı Modülleri.(Eğitimciler için Eğitim Rehberi). Ankara.

Takeida, K., Nishi, M. ve Miyake, H. (1997). Mental depression and death in elderly persons. *J Epidemiol*, 7 (4), 210-213.

Tamam, L. ve Öner, S.(2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1(2), 50-60.

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. *Çalışma ve Toplum*, 1.

TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2012). Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara.

TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2013). Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında; Sosyal Güvenlik Sisteminde; Bakım Güvence Modeli ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporu.

Telatar, T. G. ve Özcebe, H. (2004). Increasing quality of life of elderly. *Turkish Journal of Geriatrics,* 7(3), 162-5.

Teşkilatı, D. P. (2007). Türkiye'de YaşlılarınDurumu ve Yaşlanma Eylem Planı.

Tezcan, S. ve Seçkiner, P. (2012). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler.* Palme Yayıncılık.

Top, M., Eriş, H. ve Kabalcıoğlu, F. (2012). Quality of life (QOL) and attitudes toward Aging in older adults in Şanlıurfa, Turkey. *Research on Aging*.

TÜİK, H. Ü. İ. (2014). Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni.*18851,* 13.

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.

Uçanok, Z. (2002). Gelişimsel düzenleme modeli: Yetişkinlikte kontrol stratejilerinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*.

Ülgen, S. Y. (2012). Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ünal, S. ve Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve depresyon-II: Tedavi yaklaşımları.Türk *Geriatri Dergisi*, 2(2), 83-89.

UNFPA. (2012). "Population Ageing and Development: Ten years after Madrid", Population Facts. New York: United Nations.

UNPD, (2002). United Nations Population Division. World Population Prospects:
The 2002 Revision Population Database, http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp

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.

Vehid, S. (2000). Ülkemizdeki huzurevlerinin dağılımı ve bu dağılımın düşündürdükleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, *31*(4).

Verhey, F. R. J. ve Honig, A. (1997*). Depression in the Elderly. Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances.* Chichester: John Wiley & Sons.

Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T. ve Okumiya, K. (2004). Depression in japanese community-dwelling elderly prevelance and association with ADL and QOL. *Arch GerontolGeriatr*, 39, 15-23.

Wadensten, B. (2006). An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 347-354.

Westerhof, G. J. ve Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(3), 129-136.

White, K., Wykoff, W., Tynes, L. L., Schneider, L. ve Zemansky, M. (1990). Fluvoxamine in the treatment of tticyclic-resistantdepression. *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, 15, 156-158.

WHO, (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO, Technical Reports Series 706, Genava: 8-9.

Whooley, M. A., Soghikian, M. ve Stone, B. (2000). Randomized trial of case finding for depression elderly primary care patients. *J. Gen. Intern. Med*, 15, 293-300.

Wiggins, R. D., Higgs, P. F., Hyde, M. ve Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*, 24(05), 693-708.

Woods, R. T. ve Clare, L. (Ed.). (2008). *Handbook of The Clinical Psychology of Ageing*. Chichester, NY: Wiley.

World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. ve Moriguch, E. (2003). Elderly people´s definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 25(1).

Yazgan, G.(2000). İleri Yaşlarda Psikolojik Sorunlar: Üçüncü Bahar Yaşlılık ve Bilgelik. İstanbul:Evrim yayınları.

Yüksel, N. (1998). Yaşlılık çağı depresyonları.*Geriatri*, 1 (1), 19-23.

Zacher, H., Chan, F., Bakker, A. B., ve Demerouti, E. (2015). Selection, optimization, and compensation strategies: Interactive effects on daily work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, *87*, 101-107.

Zincir, H., Taşçı, S., Erten, K. ve Başer, M. (2008). The levels of quality life depression of the elder living at the rest homes and the factors that affect. *Journal Of Health Sciences*, 17(3), 168-174.

Zunzunegui, M. V., Beland, F., Llacer, A. ve Leon, V. (1998). Gender diffrences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 195-205.

6. EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Yapılmakta loan arştırma kapsamında sizden üç ölçeği cevaplamanız istenmektedir. Fakat bunlarda önce bazı sosyodemografik özellikleri belirlemek için kişisel bilgi formu doldurmanız gerekmektedir. **Vereceğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma dışında kullanılmayacaktır.** Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma kapsamında vereceğiniz cevapların samimi olması araştırmanın sonuçları açısından önemlidir. Lütfen size yöneltilen her soruya samimiyetle cevap veriniz.

Yasemin Ekşioğlu Ahad
T.C. Maltepe Üniversitesi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet Kadın Erkek
2. Yaş?
3. Eğitim Durumu?
   Yok İlköğretim Lise Üniversite Yüksek Lisans
4. Medeni Durumu?
   Evli Bekar Boşanmış Dul Dul ise eşini ne zaman kaybetmiş?
5. Çocuk var mı?
   Evet Hayır Varsa sayısı:
6. Çocuk medeni durumu 1: Evli Bekar Boşanmış Dul (eşini ne zaman kaybetti)
   Çocuk medeni durumu 2: Evli Bekar Boşanmış Dul (eşini ne zaman kaybetti)
   Çocuk medeni durumu3: Evli Bekar Boşanmış Dul (eşini ne zaman kaybetti)

7. Çocuk ikamet ettiği yer 1 ? aynı ilçe aynı il farklı şehir farklı ülke
   Çocuk ikamet ettiği yer 1 ? aynı ilçe aynı il farklı şehir farklı ülke
   Çocuk ikamet ettiği yer 1 ? aynı ilçe aynı il farklı şehir farklı ülke

8. Memleketi neresidir?
9. Memleketine gidip geliyor mu? Evet Hayır
10. Memleketine gitmek istiyor mu? Evet Hayır
11. Mesleği nedir?
12. Fiziksel Engeli var mı? Var Yok
13. Kendine ait maddi geliri var mı? Var Yok
14. Yaşadığı yerde yakın ilişki kurduğu biri var mı? Var Yok
15. Nerede yaşamakta?
    *Kurum ise;
    Ne zamandır kurumda kalıyor?
    Kuruma gelmeden önce nerede kalıyordu?
    Kurumda kalmasını kim istedi? Kendisi Ailesi
    Kurumda birlikte kaldığı kişiler kendisine uygun mu?
    *Evde ise;
    Kiminle kalıyor?
    Tek başına Aile ile (kiminle) Bakıcı ile
    Yaşadığı ev kime ait?
    Evde alınan kararlara ne kadar dahil oluyor?
    *Bakıcı ile kalıyorsa;
    Bakıcı ile kalmasına kim karar verdi?
    Kendisi Ailesi Diğer
    Birlikte kaldığı bakıcıyı kim seçti?
    Kendisi Ailesi Diğer
    Ne zamandır bakıcıyla kalmakta?
16. Göç var mı varsa ne zaman ve nereden?
17. Kronik hastalık var mı? Varsa ne zamandır var neler var?
18. Son beş yıl içinde geçirilmiş herhangi bir ameliyat var mı?
19. Kuruma gelen ziyaretçi sıklığından memnun mu?

EK 2. Dünya Sağlık Örgütü - Avrupa Yaşlanma Tutum Ölçeği



The WHO - EAAQ

Dünya Sağlık Örgütü - Avrupa Yaşlanma Tutum Ölçeği

Yönerge:

Bu anket formu yaşlanma ile ilgili duygularınızı sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları yanıtlayınız. Eğer soruya hangi yanıtı vereceğinizden emin değilseniz, lütfen en uygun görünen yanıtı seçiniz. Bu sıklıkla ilk yanıtınız olacaktır. Lütfen kendi standartlarınızı, umutlarınızı, zevklerinizi ve sorunlarınızı göz önünde bulundurunuz. Genel olarak yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Mesela genelde kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgili soru şöyle olabilir:

Yaşlanıyor olmaktan hoşlanmıyorum.				
Hiç Doğru Değil 1	Biraz Doğru 2	Orta Derece Doğru 3	Çok Doğru 4	Son Derece Doğru 5

Belirtilen durum için sizin en çok katıldığınız seçeneği işaretlemelisiniz. Eğer yaşlanmaktan hoşlanmayışıınz "çok fazla" ise 4 numarayı halka içine almalısınız, eğer yok yaşlanmakla ilgili hiç üzüntü, kaygı duymuyorsanız 1 numarayı işaretlemelisiniz. Lütfen her soruyu okuyun, duygularınızı değerlendirin ve size en uygun cevap için ölçekteki sayıyı işaretleyin.

1. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
2. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

3. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
4. Bilgelik yaşla edinilir.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
5. Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoşa giden (güzel) şey vardır.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
6. Yaşlılık hayatın keyif kaçıran (içe kapanma) dönemidir.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
7.Her yaşta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önemlidir.				
1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
8. Yaşlı olmak sandığımdan daha kolaymış.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
9. Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
10. Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
11. Kendimi yaşlı hissetmiyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	son derece DOĞRU
12. İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
13. Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
14. Yaşımdan beklediğimden fazla enerjim var.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
15. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU

16. Fiziksel sağlığımla ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
17. Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak daha zor oldu.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
18. . Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
19. İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
20.Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hissetmiyorum				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
21. Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
22. Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
23. Sağlığım bu yaşımda beklediğimden daha iyi.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU
24. Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.				
1	2	3	4	5
Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Orta Derece Doğru	Çok Doğru	Son Derece DOĞRU

EK 3. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

WHOQOL-OLD.TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

Yönerge: Bu anket size, yaşamınızın kalitesini sağlığınızın ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?				
1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor. Eğer geleceğinizle ilgili hiç endişe duymuyorsanız o zaman 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait sayıyı daire içine alınız. Yardımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşadıysanız 5'i "hiç yaşamadım" diyorsanız 1'i daire içine alın. Size uygun cevap bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5 arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

1.	**Duyualrınızdaki (işitme , görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
2.	**İşitme, görme tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
3.	**Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
4.	**Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
5.	**Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
6.	**Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
7.	**Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
8.	**Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede
9.	**Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çok Fazla	5 - Aşırı Derecede

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri **ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya** yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız "tamamen" seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da "hiç" seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt "hiç" ve "tamamen arasında bir yere tekabul ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

10.	**Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çokça	5 - Tamamen

11.	**Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çokça	5 - Tamamen
12.	**Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çokça	5 - Tamamen
13.	**Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çokça	5 - Tamamen
14.	**Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?**				
	1- Hiç	2 - Çok Az	3 - Orta Derecede	4 - Çokça	5 - Tamamen

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar**hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

15.	**Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?**				
	1-Hiç Hoşnut Değilim	2-Çok az Hoşnutum	3- Ne hoşnutum Ne de değilim	4- Epeyce Hoşnutum	5- Çok Hoşnutum
16.	**Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?**				
	1-Hiç Hoşnut Değilim	2-Çok az Hoşnutum	3- Ne hoşnutum Ne de değilim	4- Epeyce Hoşnutum	5- Çok Hoşnutum
17.	**Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?**				
	1-Hiç Hoşnut Değilim	2-Çok az Hoşnutum	3- Ne hoşnutum Ne de değilim	4- Epeyce Hoşnutum	5- Çok Hoşnutum
18.	**Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**				
	1-Hiç Hoşnut Değilim	2-Çok az Hoşnutum	3- Ne hoşnutum Ne de değilim	4- Epeyce Hoşnutum	5- Çok Hoşnutum
19.	**Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?**				
	1-Hiç Hoşnut Değilim	2-Çok az Hoşnutum	3- Ne hoşnutum Ne de değilim	4- Epeyce Hoşnutum	5- Çok Hoşnutum
20.	**Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?**				
	1 Çok Kötü	2 Biraz Kötü	3 Ne iyi,ne kötü	4 Oldukça iyi	5 Çok iyi

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız

21.	**Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?**				
	1- Hiç	2- Çok Az	3- Orta Derecede	4- Çokça	5 - Aşırı Derecede
22.	**Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?**				
	1- Hiç	2- Çok Az	3- Orta Derecede	4- Çokça	5 - Aşırı Derecede
23.	**İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?**				
	1- Hiç	2- Çok Az	3- Orta Derecede	4- Çokça	5 - Aşırı Derecede
24.	**İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?**				
	1- Hiç	2- Çok Az	3- Orta Derecede	4- Çokça	5 - Aşırı Derecede

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

Yardımınız için teşekkür ederiz

EK 4: Geriatrik Depresyon Ölçeği

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	Gelecekten 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 gelecekten 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 5: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ.

"Yaşlıların Yaşlılık Algısının yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi" başlıklı bu çalışma Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemin Ekşioğlu Ahad tarafından Yrd. Doç. Dr. Esin UZUN OĞUZ'un danışmanlığında yürütülen bir anket çalışmasıdır. Araştırmaya katılma kararını vermede size yardımcı olacak araştırma hakkındaki bilgiler aşağıda yer almaktadır. Lütfen aşağıda yer alan bilgileri dikkatlice okuyunuz ve daha fazla bilgi almak istediğiniz konularda araştırmacı ile irtibata geçiniz.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dilerseniz çalışmaya katılmama ya da çalışmayı istediğiniz noktada bırakma hakkına sahipsiniz. Katılımcıların cevapları tamamen gizli tutulacaktır ve anketlerden elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırmanın amacı: Bu çalışmanın amacı; İstanbul'da kurumsal bakımda ve evde yaşayan yaşlıların, yaşlılık algılarının, yaşam kaliteleri ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelemektir

İzlenilecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Bu çalışma Maltepe Üniversitesi Psikolojı Bölümü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin Ekşioğlu Ahad'ın, Yrd. Doç. Dr. Esin UZUN OĞUZ danışmanlığında yürütülen tez çalışması kapsamında gerçekleştirilmektedir.Çalışma kapsamında genel bilgilerin yer aldığı bir adet bilgi formu ve üç adet anket formu yer almaktadır.Veritoplamaaraçlarıbireyselolarak yada doldurulmalıdır.Anketlerde yer alan sorular sizin düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır ve soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle lütfen soruları kendi düşüncelerinizi yansıtacak ve tüm maddeleri kapsayacak şekilde doldurunuz. Çalışmada yer alan anketlerin doldurulması için ortalama 30 dakika gerekmektedir.

Yasemin Ekşioğlu Ahad

Yukarıdaki metni okudum ve Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü tarafından yürütülen bu çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma, tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeksizin bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir sorumlulukla karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Yasemin EKŞİOĞLU AHAD

Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Eğitim Bilgileri

Lisans (2003-2008): Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Lise (1996- 2003): Hendek Anadolu İmam Hatip Lisesi- İSTANBUL

İş Bilgileri

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğü (2008- 2013) : Psikolog

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Engelliler Müdürlüğü (2015- …) : Psikolog

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve tarihi: Kadıköy/İSTANBUL, 05 Haziran 1985

Yabancı Dil: İngilizce

E-mail: eksiogluyasemin@gmail.com