



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ORTA YAŞ VE YAŞLI BİREYLERDE SOSYO-
DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER, BENLİK SAYGISI VE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ebru SOYSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2019

**ORTA YAŞ VE YAŞLI BİREYLERDE SOSYO-
DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER, BENLİK SAYGISI VE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ebru SOYSAL

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU

LEFKOŞA

2019

KABUL VE ONAY

Ebru SOYSAL tarafından hazırlanan “ Orta yaş ve yaşlı bireylerde sosyo-demografik değişkenler, benlik saygısı ve depresyon ilişkisinin incelenmesi” başlıklı bu çalışma,/...../..... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Fatma Gül Cirhinlioğlu

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mehmet Çakıcı

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Doç. Dr. Ayhan Eş

Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

10/06/2019

İmza

Ebru SOYSAL

TEŞEKKÜR

Öncelikle değerli vaktini ayırıp araştırmama katılan ve bu araştırmanın ortaya çıkmasına katkıda bulunan tüm katılımcılara,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimini sürekli paylaşan, tez çalışmam sırasındaki katkılarından dolayı değerli Hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Fatma Gül Cirhinlioğlu'na,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaşarak akademik gelişimimde büyük katkıları olan değerli hocalarım başta Prof. Dr. Mehmet Çakıcı, Prof. Dr. Ebru Tansel Çakıcı, Doç. Dr. Füsün, Doç. Dr. Hande Çelikay. Doç. Dr. Deniz Ergün'e ve adını buraya sığdıramadığım diğer saygıdeğer hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimde yapmış olduğum klinik stajım esnasında bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan, birikimlerinden faydalanmama imkân veren başta Doç. Dr. Cem Koçak, Psikiyatrist Mehmet Emrah Karadere ve tez çalışmama katılmayı kabul etmiş, bana tez çalışma grubumu genişletebilmemde yardımda bulunmuş Çorum halkına,

Bana akademik kariyer yapma fırsatı vererek benden maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan babam Abdi Tuzsuz, annem Remziye Tuzsuz, çocuklarım Eylül Nisa Soysal, Deha Talu Soysal'a,

Yüksek lisans' ta benimle aynı yolda yürüyen ve doğru bildiği bilgiyi benimle her daim paylaşan ve olumlu güdüleyen canım dostum Ayşe Albayrak ve Bahadır Soyer'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ebru SOYSAL, Çorum, 2019.

ÖZ

ORTA YAŞ VE YAŞLI BİREYLERDE SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı; orta yaş ve yaşlı bireylerde benlik saygıları ve depresyon düzeyini belirlemek, benlik saygısı ile depresyon arasındaki ilişkileri saptayıp etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu çalışma, ilişkisel tarama yönteminin kullanıldığı betimsel bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini 2019 yılında Çorum ili merkezde yaşayan 66 yaşından büyük, orta yaş ve yaşlı 393 birey oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada yapılan analizler sonucunda orta yaş, yaşlı ve her iki gruptaki tüm katılımcılar için benlik saygısı ve geriatrik depresyon değişkenleri arasında ters yönlü orta düzeyde korelasyonlar olduğu görülmektedir. Genel anlamda benlik saygısını olumlu duyguları çoğalttığını ve olumsuz duyguları azalttığı görülmüştür. Orta yaş, yaşlı ve her iki gruptaki tüm katılımcıların, benlik saygısı arttıkça geriatrik depresyon düzeyinin doğrusal olarak azaldığı görülmüştür. Ayrıca çalışmada bulunan demografik, sosyal yaşam ve sağlık ile ilgili birçok bağımsız değişkenin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisi olup olmadığı ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu araştırmada, çok sayıda demografik, sosyal ve sağlık ile ilgili faktörlerin, aynı grubun hem benlik saygısında hem de geriatrik depresyonda farklılık yaratacak şekilde, her ikisinin de istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkiledikleri görülmüştür.

Yaşlı kişilerin, benlik saygısı düzeyinin artırılması sürecinde depresyon ile aralarındaki ilişkiye etkisi olan başka faktörlerin belirlenmesi ve bu kapsamda farklı çalışmaların artmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Orta yaş, yaşlılık, benlik saygısı, depresyon.

ABSTRACT
EXAMINATION OF SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES, SELF-ESTEEM
AND DEPRESSION RELATIONSHIP IN MIDDLE AGE AND ELDERLY
INDIVIDUALS

The purpose of this research; To determine the level of self-esteem and depression in middle-aged and elderly individuals, to determine the relationship between self-esteem and depression and to determine the factors affecting it. This study is a descriptive study using relational scanning method. The sample of the study consisted of 393 individuals over the age of 66, middle age and elderly living in the center of Çorum in 2019. Socio-Demographic Information Form, Rosenberg Self-Esteem Scale and Geriatric Depression Scale were used as data collection tools.

As a result of the analyzes conducted in the study, it was seen that there was a moderate moderate correlation between self-esteem and geriatric depression variables for all participants in the middle age, elderly and both groups. In general, it was seen that self-esteem increased positive emotions and decreased negative emotions. It was observed that the level of geriatric depression decreased linearly as self-esteem increased in all participants in middle age, elderly and both groups. In addition, it was examined in detail whether there were many independent variables related to demographic, social life and health effects on RSBÖ and GDÖ scores. In this study, it was observed that many demographic, social and health related factors affected both the self-esteem and geriatric depression of the same group at statistical significance levels.

In the process of increasing the self-esteem level of elderly people, it may contribute to the identification of other factors that affect the relationship between depression and the increase in different studies within this scope.

Key words: Middle age, old age, self - esteem, depression.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR	xiii

1. BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Sınırlılıklar.....	5
1.5.Tanımlar	5

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
2.1. Yaş ve Yaşam Evreleri.....	7
2.2. Orta Yaş Evresi	10
2.2.1. Üretkenliğe Karşı Durgunluk Evresi ve Orta Yaş Krizi.....	10
2.3. Yaşlılık Dönemindeki Bireyler	13
2.3.1.Yaşlılığın Epidemiyolojisi	15
2.3.2.Yaşlanma Biçimleri	19
2.4.Yaşlılık Bilimi (Gerontoloji-Geriatri)	20
2.4.1.Gerontoloji ve Geriatri Kavramının Doğuşu	20
2.4.2. Gerontoloji Biliminin Diğer Bilim Dallarıyla Ortak Çalışmaları.....	21
2.4.2.1. Sosyal Gerontoloji ve Yaşlı Psikolojisi	22
2.5. Yaşlılık ile İlgili Kuramlar ve Türleri.....	24
2.5.1. Yaşlılık Üzerine Psikososyal Kuramlar	25
2.5.1.1. Rol Kuramı.....	25
2.5.1.2. Modernizasyon Kuramı.....	25
2.5.1.3. Yaşamdan Geri Çekilme, Kopma Kuramı “(Disengagement Theories)”	25
2.5.1.4. Etkinlik Kuramı.....	26

2.5.1.5. Süreklilik Kuramı “(Continuity Theory)”	26
2.5.1.6. Sembolik Etkileşimcilik Kuramı	26
2.5.1.7. Alt Kültür Kuramı	27
2.5.1.8. Etiketleme (Sınıflama) Kuramı	27
2.5.1.9.Yaş Tabakalaşması “(Age Stratification)” Kuramı	27
2.5.1.10.Toplumsal Değişim “(Takas)” Kuramı	27
2.5.1.11. Yaşlanmanın Politik Ekonomisi Kuramı	28
2.5.1.12 Yaşam Süreci Kuramı	28
2.5.1.13. Eleştirel Kuram.....	28
2.5.1.14. Feminist Kuram	29
2.5.2. Yaşlılık Üzerine Psikolojik Kuramlar	29
2.5.2.1. Üretkenliğe Karşı Durgunluk Evresi (30-65 yaş)	30
2.5.2.2. Bütünleşmeye Karşı Umutsuzluk Evresi (65 yaş ve üstü).....	30
2.5.2.3. Jung’un Kuramı.....	31
2.5.2.4. Maslow	32
2.6.Yaşlılığın Getirdiği Ruhsal Değişmeler	32
2.7. Yaşlılık Evresinde Zihinsel ve Fiziksel Değişmeler	33
2.7.1. Yaşlılığın Getirdiği Zihinsel Değişmeler.....	33
2.7.1.1. Emeklilik	34
2.7.1.2. Rol Kaybı	34
2.7.1.3. Hormonel Değişimler	35
2.8. Yaşlılık Evresinin Fiziksel Duruma ve Organizmaya Etkileri.....	35
2.8.1. Yaşlılık Evresinin Fiziksel Duruma Etkileri	35
2.8.2. Yaşlılık Evresinin Organizmaya Etkileri	36
2.9. Benlik Saygısı.....	38
2.9.1. Benlik Kavramı	38
2.9.2. Psikolojide Benlik Kavramı	40
2.9.3. Benliğin Gelişimi.....	43
2.9.4. Benlik Saygısı Kavramı.....	44
2.9.5. Benlik Saygısı İle İlgili Yapılan Çalışmalar	46
2.10. Depresyon	50
2.10.1. Depresyon ve Tanımlaması.....	50
2.10.2. Depresyonun Epidemiyolojisi	53
2.10.3. Depresyonun Etiyolojisi	53
2.10.4. Depresyonda Biyolojik ve Psikososyal Etkenler.....	54
2.10.4.1. Biyolojik Etkenler	54
2.10.4.2. Psikososyal Etkenler	55
2.10.5. Depresyonda Belirti ve Bulgular	56
2.10.6. Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı.....	58
2.10.6.1. Majör Depresif Bozukluk	58
2.10.7. Depresyonun Alt Tipleri.....	61
2.10.8. Depresyon Tedavisi	62
2.10.8.1. Farmakolojik Tedavi.....	63
2.10.8.2. Psikolojik Tedavi	63
2.10.9. Depresyonun Modellere Göre Tanımlanması Ve Bu Modellere Göre Açıklanması.....	66
2.10.9.1. Depresyonun Bilişsel-Davranışçı Modeli	67
2.10.9.2. Beck’in Bilişsel Kuramı	69
2.10.9.3. Davranışçı Kurama Göre Depresyon.....	74
2.10.9.4. Psikanalitik Kurama Göre Depresyon	76

2.10.9.5. Varoluşçu Kurama Göre Depresyon.....	80
2.10.9.6. Biyolojik Kurama Göre Depresyon	80
2.10.9.7. Pozitif Psikoterapiye Göre Depresyon	81
2.10.9.7.1. Farklılaşma Analizi.....	81
2.10.9.7.2. Farklılaşma Analizinin 3 Odak Noktası.....	82
2.10.9.8. Pozitif Psikoterapinin 9 Temel Tezi	82
2.11. Yaşlılarda Depresyon.....	83
2.11.1. Yaşlılarda Depresyonun Epidemiyolojisi	84
2.11.2. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi	84
2.11.3. Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Risk Faktörleri.....	86
2.11.4. Yaşlılarda Depresyon Kliniği.....	86
2.11.5. Yaşlılıkta Depresyonun Tanısı	87
2.11.5.1. Yaşlılıkta Depresyonun Ayırıcı Tanısı	88
2.11.6. Yaşlılık Depresyonunda Gidiş ve Sonlanış.....	89
2.11.7. Yaşlılıkta İntihar	90
2.11.8. Yaşlılıkta Depresyon Tedavisi.....	92
2.11.8.1. Farmakolojik Tedavi.....	93
2.11.8.2. Psikososyal Tedaviler.....	93
2.11.8.2.1. Psikodinamik Psikoterapi.....	95
2.11.8.2.2. Destekleyici Tedaviler.....	95
2.11.8.2.3. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (Interpersonal Therapy IPT)	
.....	96
2.11.8.2.4. Bilişsel Davranışçı Tedavi	96
2.11.8.2.5. Grup Tedavileri.....	98
2.11.8.2.6. Aile Tedavisi	98
2.11.9. Yaşlılıkta Depresyon İle İlgili Yapılan Çalışmalar	99

3. BÖLÜM

YÖNTEM	102
3.1. Araştırmanın Modeli	102
3.2. Evren ve Örneklem	102
3.3. Veri Toplama Araçları/Materyaller.....	103
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK 1)	103
3.3.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 2) (Rosenberg Self-esteem Scale)	104
3.3.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK 3).....	105
3.4. Verilerin Toplanma Süreci.....	106
3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	107

4. BÖLÜM

BULGULAR.....	109
4.1. Frekans Dağılımları ve Tanımlayıcı İstatistikler.....	109
4.1.1. Demografik Özelliklerin Frekans Dağılımları ve Tanımlayıcı İstatistikler	109
4.1.2. Sosyal Yaşam İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları.....	114
4.1.3. Sağlık İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları	119

4.1.4. RBSÖ ve GDÖ Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	124
4.2. Demografik, Sosyal Yaşam ve Sağlık İle İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin incelenmesi	126
4.2.1. Demografik Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin İncelenmesi	126
4.2.2. Sosyal Yaşam ile İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin İncelenmesi	138
4.2.3. Sağlık İle İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin İncelenmesi	151
4.3. RSBÖ ve GDÖ Puanlarının İlişki Analizleri	158
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA	160
6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	180
6.1. Sonuçlar.....	180
6.2. Öneriler	181
KAYNAKÇA	183
EKLER.....	201
Ek-1:Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	201
Ek- 2: Katılımcı Bilgilendirme Ve Aydınlatılmış Onam Formu.....	202
Ek- 3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	203
Ek-4: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	204
EK-5. Ölçek Kullanım İzin Yazıları	205
ÖZGEÇMİŞ.....	208
İNTİHAL RAPORU	209
ETİK KURUL İZİN BELGESİ.....	210

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. “Dünya Sağlık Örgütü Yaş Sınıflaması”, 2017 Yaş Grupları Yaş Aralıkları	9
Tablo 2. “Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı, 2013, 2017”	16
Tablo 3. Yaşa ve Cinsiyete Göre Beklenen Yaşam Süresi 2014-2016.....	18
Tablo 4. Majör Deresif Bozukluğunun Belirti ve Bulguları (Yüksel, 1998);...	62
Tablo 5. Genç ve Yaşlı Depresif Bireylerde Saptanan Klinik Farklılıklar	87
Tablo 6. Demografik Özelliklerin Dağılımı	112
Tablo 7. Demografik Özelliklerin Dağılımı	113
Tablo 8. Sosyal Yaşam İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları	115
Tablo 9. Vakit Geçirme Durumu İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları..	119
Tablo 10. Sağlık İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları	120
Tablo 11. Sigara ve İçki Kullanma Alışkanlığı ile İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları.....	123
Tablo 12. RBSÖ ve GDÖ Puanlarının Değerlendirme Ölçütleri	124
Tablo 13. RBSÖ ve GDÖ Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	125
Tablo 14. Ölçek Puanlarının Değerlendirme Ölçütlerine Göre Frekans Dağılımları.....	126
Tablo 15. Cinsiyet, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri	128
Tablo 16. Aylık Gelir Düzeyi, Çocuk Sayısı ve Şu Ana Kadar En Çok İkamet Edilen Yer Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	133
Tablo 17. Yaşadığı Yer, Kaldığı Ev ve Mal Varlığı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	136
Tablo 18. Yaşama Ortamı ve Çocuklarıyla/Sevdikleriyle Görüşme Sıklığı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri.....	140
Tablo 19. Çocukları ile Telefonda Görüşme Sıklığı ve Ev Ziyaretine En Çok Kimlerin Geldiği Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri	142
Tablo 20. Sosyal Aktivitelere Katılma Düzeyi ve Ev Dışına Çıkma Sıklığı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri.....	146

Tablo 21. Vakit Geçirme ile İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	148
Tablo 22. Vakit Geçirme ile İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	149
Tablo 23. Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu, Gerekli olan Ev İşleriyle Uğraşıp Uğraşmama Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	152
Tablo 24. Düzenli Olarak Yürüyüş Yapma Durumu ve Düzenli Nefes Alımı Egzersizleri Yapma Durumu Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	154
Tablo 25. Kronik Hastalık Sayısı ve Düzenli İlaç Kullanım Durum sayısı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi.....	155
Tablo 26. Sigara Kullanma Durumu Değişkeninin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi	158
Tablo 27. RBSÖ ve GDÖ Puanları Arasındaki Pearson'ın Korelasyon Katsayıları	159

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

- Şekil 1.** Beck'in Bilişsel Kuramının Basamakları..... 71
- Şekil 2.** 66 Yaş ve Üzeri Tüm Bireylerin RBSÖ İle GDÖ Puanları Arasındaki Serpilme Diyagramı..... 159

KISALTMALAR

DM	:	Diabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DM	:	Diabetes Mellitus
EKT	:	Elektro Konvulsif Terapi
GDÖ	:	Geriatrik Depresyon Ölçeği
GEBAM:		Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi
KOAH	:	Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı
RBSÖ	:	Benli Saygısı Ölçeği
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
YASAD	:	Yaşlı Sorunlarını Araştırma Derneği

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

İnsanoğlu var olduğundan beri ölümsüz olmanın yollarını aramıştır. Ancak bu konuda şimdiye kadar hiçbir başarı elde edememiş olsa da hala ölümsüzlüğün peşinden koşmaya devam etmektedir. İnsanoğlunun yaşamı çeşitli evrelerden oluşmaktadır. Yaşlılık da bu evrelerden birisidir. Yaşlılık, yaşam sürecinin gelişime bağlı bir dönemdir ve kronolojik yaşın ilerlemesinin yanı sıra psikolojik, biyolojik ve sosyal boyutları da içermektedir. Bu dönem bakıma ve tıbbi desteğe en çok ihtiyaç duyulan gelişim dönemidir (Özen, 2008: 33).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) değişen ve gelişmekte olan teknolojiyle birlikte yaş dilimlerinde de güncelleme yapmıştır. Yaş dilimi güncel cetveline göre 66-79 yaş arası orta yaşı, 80-99 yaş arasını yaşlı olarak adlandırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı çevreden gelen etkenlere uyum gösterebilme becerilerinin daralması şeklinde adlandırılmaktadır.

Yaşlılık döneminde bireyler genellikle bedensel sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedir. Birey, bu tarz rahatsızlıkların çoğalması ile sosyal ve ekonomik bakımdan zayıflamakta ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamaya başlamaktadır (Özer vd., 2003:89). Bilhassa depresyon tek başına veya başka hastalıklarla beraber yaşam vasıflarına, olumsuz tesir eden önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tarz bir rahatsızlık tedavi edilmediği takdirde bireyin genel sağlığında bozulmalar görülebildiği gibi erken ölümle

de sonuçlanabilmektedir. Buna karşın uygun bir tedavi süreci sonrasında bireyin yaşam kalitesinde önemli artışlar görülebilmektedir (Er, 2009: 131).

Depresyon, bireyin hayata karşı isteksizlik, zevk yitirilmesi, yoğun üzüntü hali, geleceğe dair kötümser düşüncelerin, yaşanmış büyük pişmanlıkların ve suçluluk duygusunun ortaya çıktığı, kimi zaman ölüm düşüncesi ile intihar girişimi ile sonuçlanan, uyku ve iştah kaybı gibi fizyolojik bozuklukların da görüldüğü bir hastalıktır (Aktaran: Nas, 2010: 22).

Yaşlı insanlarda görülen depresyon, yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan doğal bir sonuç veya toplum uyumsuzluğu şeklinde açıklanmaktadır. Yaşlılarda görülen depresyonun çabuk fark edilmesi ve tedaviye geçilmesi, onların hayat kalitelerini arttırmaktadır. Ayrıca günlük etkinliklerde daha bağımsız hareket etmelerini sağlar (Aktaran: Kaner, 2009: 34).

Türkiye’de geleneksel olmakla birlikte yaşlı bireyler genellikle ailesi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Ancak son senelerde aile yapısında çekirdek aile olma yönünde meydana gelen değişim, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin artmasına sebep olmuştur. Kurumda yaşamaya başlayan yaşlıların kendini kabullenme ve saygı duyulduğu çevreyi tanıma ve kontrol edebilme imkânları kaybolmaktadır. Bu nedenle yaşlı birey kendini soyutlanmış, değersiz ve benlik saygısını yitirmiş gibi hissedebilmektedir. (Aksüllü 2004: 76).

Benlik saygısı kişinin kendisini her yönü ile değerlendirip bunun neticesinde kendinden memnun olup olmadığını ifade eden bir durumdur. Sonucu etkileyen birçok etken vardır ve bu etkenlere bağlı olarak olumlu veya olumsuz bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Bireyin düşük ve ya yüksek benlik saygısına sahip olması, olaylar karşısındaki tavırlarını ve tutumlarını farklı yönde etkilemektedir (Sivribaşkaya, 2003: 35).

Benlik saygısının düşük olması kişinin kendisini sürekli olarak değersiz görmesi manasına gelmektedir (Aktaran: Saygın., 2008).

Orta yaş ve yaşlı bireyin hayatına bir takım kısıtlamaların olduğu bu dönem ve sonrasında, sosyal bir varlık olan insanın var olan ihtiyaçlarını kısıtlamakta veya ortadan kaldırmaktadır. Sonuçta yaşlılık farklı boyutları ile bazı gerilemelerin yaşandığı, insan hayatının kaçınılmaz bir dönemidir. Bilhassa orta yaş ve yaşlı bireylerin iletişimsel faaliyetlerde bulunabileceği kişiler daha sınırlıdır. Yaşlanma ile birlikte sosyal çevrede meydana gelen daralma, yaşlı bireylerin iletişim ihtiyacını karşılamasını da zorlaştırabilmektedir. Bununla birlikte yaşlılık döneminde bireyler genellikle bedensel sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedir. Yaşlı birey, bu tarz rahatsızlıkların çoğalması ile sosyal ve ekonomik bakımdan zayıflamakta ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamaya başlamaktadır. Bu nedenlerin de ortaya çıkışı ile orta yaş ve yaşlı insanlarda gözlemlenen kendisini her yönü ile değerlendirip bunun neticesinde kendinden memnun olmadığını ifade eden düşük benlik saygısı ve yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan depresyon veya toplum uyumsuzluğu ile karşılaşmaktadır.

Literatüre bakıldığında orta yaş ve yaşlı bireylerde benlik saygısı ve depresyon kavramlarının bir arada incelendiği çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın hedeflerinden biri de literatürdeki bu boşluğu doldurmaktır. Yapılan bu çalışmada; orta yaş ve yaşlı bireylerde sosyo-demografik değişkenler, benlik saygısı ve depresyon düzeyleri arasındaki istatistiksel farklılık ile ilişki durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine çalışılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı; orta yaş ve yaşlı bireylerde sosyo-demografik değişkenler, benlik saygısı ve depresyon arasındaki istatistiksel ilişkileri ortaya koymak ve benlik saygısı ve depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkileyen faktörlerin ne olduğunu belirlemektir. Bu amaçla aşağıdaki sorulara aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1.Orta yaş (66-79 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon var mıdır?

2.Yaşlı (80-99 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon var mıdır?

3.Orta yaş ve yaşlı (66-99 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon var mıdır?

4.Orta yaş (66-79 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeyleri arasına korelasyonlar, yaşlı (80-99 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ve depresyon düzeyleri arasında korelasyonlar benzer midir? Farklı mıdır?

5.Orta yaş (66-79 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeylerini etkileyen faktörler ve sosyo-demografik özellikler nelerdir?

6.Yaşlı (80-99 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeylerini etkileyen faktörler ve sosyo-demografik özellikler nelerdir?

7.Orta yaş ve yaşlı (66-99 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeylerini etkileyen faktörler ve sosyo-demografik özellikler nelerdir?

8.Orta yaş (66-79 yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ile depresyon düzeylerini etkileyen faktörler ile yaşlı (80-99yaş aralığı) bireylerin benlik saygısı ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörler aynı özellikte midir? Hangi faktörler aynıdır? Hangi faktörler farklılık göstermektedir?

1.3. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmada orta yaş ve yaşlı bireylerde sosyo-demografik değişkenler, benlik saygısı ve depresyon ilişkisinin incelenmesi, benlik saygısı ile depresyon arasında ki istatistiksel ilişkileri ortaya konulması ve benlik saygısı ve depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkileyen faktörlerin ne olduğunu belirlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada ki bir diğer önem, Çorum ilinde, orta yaş ve yaşlı bireylerin, yaşamlarının bu döneminde benlik saygısı düzeylerinin, depresyon düzeylerine olan etkilerini belirleyecek bir çalışma olması ve sosyo-demografik bilgilerinin etki faktörleriyle benlik saygıları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkilerini belirlemek

adına önem arz etmektedir. Çünkü depresyonu bulunan yaşlı hastaların büyük çoğunluğuna, bu hastaların çökkün duygu durumdan daha az yakınmaları, hastalıklarını bedenselleştirme veya yaşlıların doğal olarak çökkün olacakları inanişına bağlı olarak tanı konulamamaktadır (Koç, 2002).

1.4. Sınırlılıklar

Çorum il merkezindeki belediye bünyesinde bulunan 8 ayrı kültür ve sanat merkezinde bulunan el sanatları ve kültür kurslarında bulunan kursiyerler ile Çorum il merkezindeki 380 adet dernekte bulunan üyeler arasından örneklem grubu standardını sağlayan orta yaş ve yaşlı birey rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 393 katılımcıyla sınırlı olacaktır.

Çorum ilinde orta yaş ve yaşlı bireylerin sosyo-demografik bilgileri farklı özellikteki bireylere daha kolay ve hızlı ulaşabilmek için amaçlı örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabilir durum örnekleme yöntemi ile sınırlıdır.

Araştırmadaki sınırlılıklardan diğeri klinik görüşme yapılmadan kullanılan anket ve ölçek formları, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ile depresyon düzeyi ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ile benlik saygısı düzeyi ve örneklemin anket ve ölçek maddelerine verdikleri cevaplardan elde edilen verilerle sınırlıdır.

Araştırmamızın belirli bir zaman aralığında yapılmış olmasından kaynaklanan sınırlılıktır.

1.5.Tanımlar

Orta yaş: Orta yaş evresi, dinamik, aktif ve enerjik durumdan gençlik evresinden sorunlu ve pasif olarak olumsuz seyreden yaşlılık evresine bir geçiş sürecidir ve her geçiş evresinde görüldüğü üzere bu evrede de problemler ile karşılaşılabilir. Aile yapısı oluşmuş, çocuklar ergenlik ya da gençlik safhasına gelmiş, sosyal hayatta ve meslekte saygın bir yer kazanılmıştır. Kişinin geçmişi değerlendirerek ve gelecekte beklediklerini sorgulama ile başlayan bu evre, geçmiş yaşantılarının gelecekte

beklentilerine uyum göstermesine göre sükûnete ya da kargaşaya, başarı ve ya zevk, başarısızlıkla veya üzüntü ile devam etmektedir (İkis, 2013).

Yaşlılık: Yaşlanma, tüm canlılarda ayırım olmaksızın görülmekte olan, bütün fiziksel ve düşünsel işlevlerin azalmasına sebep olan kronik ve evrensel bir süreci kapsamaktadır. Yaşlılık döneminde görme ve işitmede zayıflama, saç ve sakal ağarması, kamburlaşmanın meydana gelmesi, derinin buruşması, adalelerin sertliğini kaybetmesi gibi fiziksel değişimler meydana gelir. Hafızanın zayıflaması, çalışma isteğinin azalması, uykusuzluk, çabuk sinirlenme, alınganlık, telkine kapılma, ruhsal çöküntü gibi psikolojik değişimler de bu dönemde görülebilmektedir (Certel, 2003: 178). Yaşlılık, fiziksel boyutta olduğu kadar sosyal ve psikolojik boyutları ile de ele alınmalıdır. Yaşlılıkta fizyolojik boyuttan söz edildiğinde, kronolojik yaş ile birlikte açığa çıkan değişimleri açıklamaktadır. Psikolojik boyutta yaşlılık; psikomotor, öğrenme problem çözme, algı ve bireysel özellikler olarak uyum kabiliyetindeki değişimi açıklamaktadır. Sosyolojik boyuttaki yaşlılık ise, toplumda belirli bir yaş grubuna ait olan davranışları ve beklentileri ve o gruba biçilen değeri göstermektedir.

Benlik Saygısı: Benlik saygısı bireyin kendisini her açıdan değerlendirip bunun sonucunda bireyin kendisinden memnun olup olmadığını açıklayan bir durumdur. Neticeye etki eden birçok etken mevcuttur ve bu etkenlere bağlı olarak olumlu ya da olumsuz bir sonuçlar açığa çıkmaktadır. Bireyde düşük ya da yüksek benliğin varlığı, olaylar karşısındaki durum, tavır ve davranışlarını farklı açıdan etkileyebilmektedir. (Sivribaşkaya 2003: 35)

Depresyon: Depresyon, kişinin yaşama karşı duymuş olduğu istek ve zevk yitimini, bireyin kendisini çok büyük bir üzüntünün içerisinde hissettiği, gelecek ile alakalı karamsar düşüncelerin, geçmişle ilgili ise büyük pişmanlıkların ve suçluluk duygularının açığa çıktığı, bazı zamanlar ise ölüm fikri ve intihar girişimi ile neticelenen, uyku, iştahın yitirilmesi gibi fizyolojik bozuklukların da görüldüğü bir hastalık olarak açıklanmaktadır (Nas, 2010: 22).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Yaş ve Yaşam Evreleri

Yaş ile zaman anlamdaş bir kavram olarak ifade edilmektedir. En yalın tanımıyla kişinin doğumuyla birlikte dünyanın güneşin çevresinde dönüşlerinin sayısıdır (Onur, 2011). Kişiye yaşam boyu yaygın olarak isminin ardından hemen yaş bilgilerinin alınması insanda bir ölçü olarak alınmasının bir göstergesi olmaktadır (Tufan, 2014). Yaşın ilerlemesi tüm insanlar için geçerli müşterek olan kuralsız, karışık ve çok kapsamlı bir dönemdir (Tufan, 2003). Bu sebeple yaşlanma, yaşlılık ve yaşlı kavramı, herkes için aynı anlamı ifade etmemektedir. Bireysel anlamı ile bilimsel anlamı arasındaki ayrıma dikkat etmek gerekir çünkü herkes değişik biçimlerde yaşlanmakta ve yaşlı bireyler arasındaki farklılıklar, ortak özelliklerden çoktur (Tufan, 2003; 2014). Bu farklılıklar yaşlanmayı tanımlamada kendini gösterir ve her farklılık bir hakkında farklı tanımlamalar da bulunulmuştur. Bu tanımların ışığında yaşlanmanın biyolojik yaşlanma, kronolojik yaşlanma, ekonomik yaşlanma, psikolojik yaşlanma, fizyolojik yaşlanma, sosyolojik yaşlanma ve toplumsal boyutları mevcuttur (Arpacı, 2014); (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

Yaşamın ilk zamanlarında, yaşla irintili olarak gelişim ve değişmeler anlamlı ve önemlidir fakat yaşın ilerlemesiyle biyolojik anlamda gelişmenin önemi azalmaktadır. Kişinin yaşantısı, kazanımları, yaşanmışlıklar, yoksulluk, savaş yılları veya refah yılları yaşaması gibi kişisel, ulusal, toplumsal ve uluslararası konjonktürün önemini oldukça arttırmaktadır. Ayrıca kişilerin yaşam döngüsü açısından, aynı ülke ve kültürde ve “aşağı yukarı aynı zaman diliminde

doğmuş insanlar grubu demek olan bölükler (cohort)” arasında bile oldukça ciddi boyutta farklılık mevcuttur; 23. yaş 1998’de veya 1938’te yaşanması farklı anlamlar taşımaktadır (Onur, 2011). Bu sebeple sosyoekonomik statülerin, ülke olarak kültür ve bireysel farklılıkların etkileri yüzünden tüm hayatın kesin olarak, yaş olarak dönemlere ayrılması oldukça zor bir durumdur. Bireyin doğumundan şimdiki zamana kadar getirdiği zaman manasını taşıyan “takvimsel yaş” tabir edilen kavramının kullanılması yaşlılık araştırmalarında işlevsel olmaktadır (Tufan, 2014). Onur’a göre bilhassa yetişkin psikolojisinin de yaş tabirinin meydana getirdiği karmaşa sebebiyle, yaşlanmanın süreci araştırılmasında bağımsız bir değişken olan “evre” (stage) yaş kavramından daha kullanışlı olduğu düşünülmekte ama yaşam evreleri; cinsiyet, sosyo-ekonomik seviye ile kültürel ayrımlar sebebiyle evrensel bulunmadığından kuramlarını insan hayatını dönemlere ayırıp açıklamada bulunan araştırmacılar da yaşam evrelerini tanımladıklarında yaş dlimlerini vermekten vazgeçmemişlerdir (Cüceloğlu, 2015; Onur, 2011).

Yaşlanma kavramı genel anlamıyla vücudun tümünde gözlemlenen fizyolojik, biyolojik, ruhsal ve zihinsel gerilemeyi açıklamaktadır. Sözlükte yaşlanma; biyolojik anlamda “organizmanın belirlenmiş ömrünü tamamlaması” ya da “döllenme” ve “ölüm” olgularının arasındaki yayılmış gelişim ve büyüme kademeleri biçiminde açıklamaktadır (Türk Dil Kurumu, 1969). (Erişim, 09.04.2019)

Gerontoloji kavramı (yaşlanma bilimi) ile geriatri kavramı (yaşlılık bilimi), disiplininde yaşlanma olgusu bir süreç olarak incelenerek “*molekül, hücre, doku, organ ve sistem seviyesinde gelişen ve geri dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişimlerin bütünü*” şeklinde açıklanmaktadır (Metin, 2016).

Kategorilendirilmiş yaşlanma türlerini incelediğimizde yaşlanma; biyolojik, kronolojik, patolojik, psikolojik, ekonomik ve toplumsal yaşlanma şeklinde birbirlerinden farklı biçimlerde sınıflandırılabilir.

Yaşlılığın sınıflandırmasını 1983 yapan DSÖ’ye göre;

45-59 yaşlar “orta yaş”

60-74 yaşlar “yaşlılık”

75-89 yaşlar "ihtiyarlık"

90 ve ileri yaşlar ise "ileri ihtiyarlık" dönemi olarak kabul edilmektedir (Akdemir, 2003).

Yaşlı popülasyonun fazlalaşması ve yaşam sürelerinin uzamasıyla DSÖ 2017'de yaş scalasında tekrardan bir düzenleme ile değişiklikler getirmiştir. DSÖ yaşlılıkta başlangıç olarak 65 yaşı baz olarak kabul ederken, Birleşmiş Milletler sınırı 60 yaş olarak kabul etmektedir (Uyanık, 2017).

Yapılmış değişiklikler göz önüne alındığında 64 yaşında bir insan artık genç olarak görülmekte fakat Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üstünü, yaşlı kavramıyla açıklamakta ama standart olarak bir ölçü getirmemektedir.

Tablo 1.

"Dünya Sağlık Örgütü Yaş Sınıflaması", 2017 Yaş Grupları Yaş Aralıkları

• Ergen (adolescent)	0-17 yaş arası
• Genç (young)	18-65 yaş arası
• Orta yaş (middle age)	66-79 yaş arası
• Yaşlı (old)	80-99 yaş arası

Kaynak: Word Bank, Web: <http://www.worldbank.org/>, Erişim: 11.05.2019

Yaş özellikleri bakımından toplumlarda sınıflandırıldığında ise dünya toplumları 4 gruba ayrılmaktadır (Güler, 1997);

- Genç toplumlarda 65 yaş ve üzerindeki bireyler toplum nüfusunun %4'ünden az ve az gelişmiş ülkelerin büyük bir çoğunluğu bu grupta yer almaktadır.
- Erişkin toplumlardaki popülasyonun %4,7'si 65 yaş ve üzeri bireylerdir.
- Yaşlı toplumlarda toplam nüfusa göre yaşlı nüfus %7,10 civarındadır. Avusturalya, Kanada ve Japonya bu grupta yer almaktadır.
- Çok yaşlı toplumlarda toplam nüfusa göre yaşlı nüfusun oranı ise %10'u geçmektedir. Gelişmiş Avrupa ülkelerini çok yaşlı toplumlarda değerlendirilmektedir.

2.2. Orta Yaş Evresi

Orta yaş evresi, gençlik evresinde sahip olunan dinamik ve aktif durumdan, sorunlu ve pasif duruma geçiş sürecidir ve tüm geçiş evrelerinde görüldüğü üzere bu evreye geçiş de problemler ile karşılaşılabilir. Bu evrede aile oluşmuş, çocuklar ise ergenlik ya da gençlik evresine gelmiş, sosyal hayatta ve meslekte saygın bir yer kazanılmıştır. Victor Hugo'nun ifadeleriyle gençlik son bulmuş, yaşlılık başlamış, yaşlılıktaki gençlik evresine geçiş yolu izlenmektedir. Başka anlamıyla paradoks evresi olarak da değerlendirmeye alınacak bu evre, kişinin geçmişi değerlendirerek ve gelecekte beklediklerini sorgulama ile başlayıp geçmiş yaşantılarının gelecekte beklediklerini uyum göstermesine göre sükûnete ya da kargaşaya, başarı veya zevke, başarısızlıkla veya hüznle devam etmektedir (İkis, 2013).

Erikson'un adlandırdığı Psikososyal Gelişim Teorisin'de *"üretkenliğe karşı durgunluk"* dönemi olan 7.dönemde karşılaşılacak beklenmedik durumlar veya kişilerin yaşadıkları durumlara karşı aldıkları olumlu olmayan tutumlar, orta yaş krizi geçirmelerine sebep olmaktadır. (İkis, 2013).

2.2.1. Üretkenliğe Karşı Durgunluk Evresi ve Orta Yaş Krizi

Orta yaş evresi, insanların olgunluk dönemini aile ve iş hayatlarında doruk noktasında geçirdikleri bir süreçtir. Her şeyin yolunda gittiği yaşamlar için evlilik sürecinde eş ile uyumsuzluğun sonlandığı, çocukların yetişerek yaşama atıldığı bu dönemde, iş yaşamında da yöneticilik konumuna ulaştığı ya da iş yaşamındaki kişilerce yeterliliğin ve yetkinliğin takdir ile karşılandığı, statü ve gelirin en üst kademeye ulaştığı zamanlardandır. Kişi kendi hayatı ve gelişimi kadar yakında yetişkinliğe adım atacak evlatlarının ve yakın çevresinin gelişmesinde de bizzat kendini sorumlu olarak algılar. Birey, iş hayatı ve aile yaşamındaki başarılarının yanı sıra, sosyal yaşamında ki bilgi birikimi sayesinde problemleri çözebilen, tavsiyeleri dinlenen ve dikkate alınan bir pozisyona erişmiştir. Böylesi olumlu gelişmelerin ailelerin yaşlanmasıyla bu evrede çocuklar hayata atılmalarında; yardım umdukları, en çok desteğe ihtiyaçları olduğu bir döneme rast geldiği için yaşlı kişi üzerine, duygusal ve ekonomik yükleri beraberinde taşımaktadır (Cüceloğlu,

2015). Orta yaş evresi kişileri, bir taraftan çocuklarının gereksinimleri diğer taraftan yaşlanmış ailelerinin gereksinimlerinin üstesinden gelmeye çalışırken bir taraftan da geride kalan yaşamlarını gözden geçirerek, emeklilik zamanlarını ve yaşlılıkta karşılaşılabilecekleri yılların planını yapmaktadır (İkis, 2013).

Bu evrede genç yetişkinliğin bitimiyle fiziksel güç azalması ile duylardaki işleyiş gerilemesi belirgin ve olumsuz bir hal alabilir. Bunun yanında, bu evrede yavaş yavaş görülmeye başlayan kilo artışı, nefes darlığı, hazımsızlık problemleri, unutkanlık vb. sağlık problemleri de kişiye yaşlılık ile ölümü düşündürmektedir. Yaşamın anlamını sorgulatmaktadır. Özellikle kadınlarda menopoz dönemine gelinmesiyle beraber cinsel statülerini yitirecekleri endişesi başlamaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010). Başka açıdan annelerin zamanının birçoğunu evlatlarının yetiştirilmesine harcamaları ve birgün çocukların evden ayrılışı onları boşluğa sürüklemektedir. Boşluktan çıkamamaları ise daha farklı bunalım nedeni haline alabilir.

Zevk alınarak yaşanan cinsel ilişki evresinden çıkıp çocuk yetiştirmeye aynı zamanda iş, meslek ve sanatta üretkenlik sağlama dönemine ulaşmış orta yaş evresindeki kişi, tüm bunları başaramaz ise ya da üretkenliğinden tatmine ulaşmadığında; yaşamına anlam katan bir amaç, iş ya da ilişkiye sahip olmadığında hayatında bir durağanlık ve anlamsızlık başlamaktadır (Cüceloğlu, 2015).

Kişinin içindeki kaynakları ile toplumsal destek mekanizmaları, orta yaş için gelişim görevlerine yetersiz geldiğinde meydana gelecek olan orta yaş kriziyle birlikte psikolojik ve fiziksel hastalıklar baş gösterir (Onur, 2011). Benzeşen problemlerin kısa zaman içinde peş peşe oluşması stres seviyesini yükselterek krizi tetiklemektedir (Cüceloğlu, 2015).

Orta yaş krizi hakkında Amerika'da yazılan pek çok popüler kitap olduğu ifade ederek bu evrenin niçin kriz ile beraber bahsedildiğini açıklamaktadır. Orta yaş evresindeki kişilerde, taşınma, iş değiştirme, farklı kadın ya da erkeklerle ilişkiye girme arzusu, boşanma, karamsarlık durumu, alkol alma

eğiliminde artış, hayatını ve değerlerini gözden geçirme ve bundan sonra karşılaşılabilecek fırsatlarda devamlı “son şans” olarak düşünme anlayışını edindiğinden bu evre kriz niteliklerini taşır. Erikson’a göre önceki yaşam dönemlerindeki çatışmaların, psikososyal problemlerin çözüme ulaşmaması ve dönemlerin başarılı olarak tamamlanmaması da kişiyi mutsuzluğa iten faktörlerdendir (Çok, 1993). Erikson’un “*üretkenliğe karşı durgunluk*” olarak isimlendirdiği bu dönemdeki durgunluk hali Erich Fromm tarafından ‘yabancılaşma’ olarak adlandırdığı olguyla oldukça benzerlik göstermekte ve bireyin kendisini bir yabancı gibi duyumsadığı yaşam şeklidir. Birey kendisi ve dış dünyayla üretici bir bağlantı içinde bulunmamaktadır (Onur, 2011:161).

Fromm’un yabancılaşma süreci olarak adlandırdığı bu dönemde bireyin eylemlerini yönlendiremediğini ve eylemlerin bireye karşısına çıkan güçler olarak çıktığını ifade etmektedir. Yabancılaşma bireyselliğin öne çıktığı çağdaş toplum kademelerini kaplamaktadır ve bireyin kendisini onun dışındaki güçlere kaptırmış zavallı konumundaki nesne olarak duyumsamasına sebep olmaktadır. Bu evrenin krize sebep olması ya da işlerin yoldan çıkması gerekmemektedir. Bu evrede birey çocuklarını yetiştirdiği, meslekte kariyer edindiği, iyi gelir edindiği bu evrede kişi bu kazanımlarının değerini ve aradığı gerçek başarının ne olduğunu sorgulamaya başlayabilmektedir. Daha önce onaylamadığı radikal değişikliklere kalkışmaktadır. Kişinin bu sorgulama evresi sonunda ya yaşamında yön belirleyerek benliğinin bütünlüğünü sağlamış bir biçimde yaşlanır ya da girilen kriz durumundan kurtulamayıp depresiflik, durgunluk ve karamsarlık durumuna girerek yaşlanmaktadır. Yaygın olgulardan orta yaşın yaşadığı kriz pek çok ünlü kişiyi de zamanında etkilemiştir. Goya, Freud ve Gandhi ve Jung yoğun orta yaş krizi yaşamışlar ve kriz sürecini başarıyla atlattıklarıdır. Fakat F. Scott Fitzgerald, Lewis Dylan Thomas, Sinclair bu süreci geçiştiremeyip, kötü etkilenmişlerdir (Vander Zanden,1981 akt: Onur, 2011).

Alan yazındaki çalışmalar bireylerin orta yaşlarında kazanım sağladıkları yaşam şekillerini, alışkanlıklarını, tercihlerini ve ilişkilerini gelecek yıllarda da sürdürme eğiliminde olduklarını açıklamaktadır (Akçay, 2013). Bu sebeple

orta yaş evresindeki kişiler atlatamazlar ise tüm geri kalan yıllarını etkileyecek orta yaştaki krize karşı gereken önlemleri alarak, bu duruma uygun olan alışkanlıklarını, yaşam tarzlarını ve ilişkilerini yapılandırmalıdır.

2.3. Yaşlılık Dönemindeki Bireyler

İnsanoğlu'nun yaşamını oluşturan çeşitli evrelerden biriside yaşlılık evresidir. Yaşlılık dönemine ait, vücutta meydana gelen fizyolojik, biyolojik ve fonksiyonel bakımdan birtakım değişimler vardır. Genetik, psikolojik etkenler, çevresel ve yaşam biçiminin etkisi ile meydana gelen yaşlanmayı 'biyolojik yaşlanma', bireyin doğumuyla içinde bulunduğu zamana dek geçen süreye bağlı olan yaşlanmaya 'kronolojik yaşlanma'; sağlık sorunları ile etkileşime geçen patolojik olayların tümüne 'patolojik yaşlılık'; zaman içerisinde edinilen konum, sosyal nitelik ve yönlerin değişimi ile 'sosyal yaşlılık' olarak açıklanmaktadır (Amuk, Oğuzhanoğlu., 2003; Fadiloğlu., 2006).

Yaşlılık, yaşam boyunca yaşanan gelişime bağlı bir dönemi kapsamaktadır. Kronolojik yaş ilerlerken; psikolojik, biyolojik ve sosyal yaşamda farklılaşma yaşandığı bir evredir. Bu evrede insanın bakıma ve tıbbi desteğe en çok ihtiyaç duyulan gelişim evresidir (Aktaran: Özen, 2008).

Modern toplumdaki yaşlılık dönemi, yaşam süresinin artışıyla birlikte önem kazanmıştır. 'yaşlanma', 'yaşlılık' ve 'ihtiyarlık' terimlerinin birbiriyle genelde karıştırılır ve birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Yaşlılığın sözlükte yer alan anlamı yaşlı olma hali, artan yaşla birlikte etkilerinin görülmesi durumu olarak açıklanmaktadır. Fakat yaşlılık biyolojik süreçlerin yanı sıra toplumsal ve kültürel süreçleri de kapsar. Bedenin yaşlanması olarak bilinen yaşlılık daha çok sosyal olarak görülmektedir. Toplumsal ilişkilerin ve toplumsal yapıların dışında, soyut ve nesnel "yaşlılık-ihtiyarlık" yoktur (Duyar, 2008).

Yaşlılık İlkçağ'da Tanrı'nın sadece özel bireylere verdiği bir ayrıcalık olarak görülürken, Orta Çağ'da yaşlılar hakkında az şey bilinmektedir. Roma ve Yunan döneminde ise yaşam beklentilerinin kısa olduğu düşünülmektedir (Canatan, 2008). Modernleşen çağ ile birlikte yaşlı insanlar oteritelerini

kaybetmişlerdir (Canatan, 2013). Modernleşme sonucu gündelik yaşamında ve toplumsal statüsünde değişimler yaşamış, yaşlılığa farklı anlamlar yüklemiştir. Çin ve Japonya'da bilgelik kaynağı olarak görülen yaşlılar, Amerika ve Birleşik Krallık'da bağımlı bireyler, toplumun üstünde bir yük olarak değerlendirilmektedir (Giddens, 2008).

Yaşlılık göreceli bir kavramdır. Toplumların iç dinamiklerinin, yaşama ve geçinme şekillerinin, tarihteki özgürlerinin de etkileriyle farklılaşır ve çeşitlenir. Endüstrileşme sonrası toplumsal yapıda yaşanmış olan değişimler göç ve kentleşmenin neticesinde aile yapısının dönüşüm yaşaması da yaşlılığın yapısal değişiminin sebebi olmuştur (Ceylan, 2015).

Gelişmiş toplumlarda teknolojinin hızlı değişimi ve değişim sonucunda farklılaşmaya başlayan değerler, yaşlı bireylerin sahip oldukları yeteneği ve bilgeliği geçersiz hale getirmektedir (Erikson, 2019). Yaşlılık insanın demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bilgi ve deneyimlerden faydalanılan yaşlılar geleneksel toplumlarda saygınlıklarını korurken, yaşlıların modern toplumlarda saygınlığı bir yönüyle tehdit altındadır. Yaşlı bireylerin biyolojik ve sosyal bütünlüğünü etkileyen böyle bir durum gerontoloji statüsünde yer alan ilişki azatlımı kuramı, ilerleyen yaşlarda bireylerin günden güne hayattan, toplumsal ilişkilerden ve günlük aktivitelerden çekildikleri bu davranışların da "normal" olduğunu düşünülmektedir. İnsan belirli bir yaşa eriştiğinde emekli olması, sosyal ilişkilerinde meydana gelen azalma, aktif yaşamdan çekilmesi, olması gereken doğal süreçler olarak görülmekte ve emeklilik yaşının 65 olması ve genel kabule göre emekli kişi yaşlı bir bireydir.

Gelişen, değişen teknoloji ile yaş skalasını yenileyen Dünya Sağlık Örgütü'nün yeni yaş skalasına göre 66-79 yaş aralığı orta yaş, 80-99 yaş aralığı ise yaşlı kavramlarıyla açıklanmaktadır.

Kronolojiler, yaşlılığın sınırlarının belirlendiği bir dönemde görsel basında bankadan maaşını çekmek için beklerken bayılan, kalp krizi geçiren, bankamatiği kullanmayı başaramayan emekliler bu anlayış çerçevesinde yer

almaktadır. Yaşlılığın değişmeye göz tutan anlamı içerisinde, günümüzde artık teknolojiye ayak uyduramayan yaşı bireylerdir.

DSÖ yaşıllığın tanımını  vresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması Şeklinde adlandırmaktadır. Batı kültürü ve bu kültürün etkilediği toplumlarda yaşıllık ve ihtiyarlık için klinik değerlendirmeler oldukça önemlidir. DSÖ gibi batı menŐeli daha çok sosyal ve sağlık kuruluŐunun anlayış ve çalışma uygulamalarında bu anlayıŐa rastlamak mümkündür.

2.3.1.Yaşıllığın Epidemiyolojisi

Yaşı nüfus dünya ülkelerinde günden güne artış göstermektedir. Yaşı nüfusta oluşan bu artıŐın ana sebepleri, doğurganlık hızındaki belirgin azalma, tıp bilimindeki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve erken evrede teŐhis ve tedavinin sağlanabilmesi olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2013).

Günümüz dünyasında, 65 yaş ve üstü kişiler dünya nüfusunun %10'unu ve üzeri oluŐurmaktadır. Bu oranın 2050 yılında ise %16'nın üstünde olması tahmin edilmektedir.

DSÖ'nün açıklamasına göre 2025 yılında, yaklaşık olarak 1.2 milyon bireyin 60 yaşında ile üstünde bir yaşta olabileceği ve 2 milyon sayısına ulaşacak olan yaşı popülasyonun %80 oranındaki yaşı 2050 yılında hızla gelişen ülkelerde yaŐayacaėı tahmin edilmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

2002 yılına dair verilerde, hızla gelişen ülkelerde 60 ve üzeri yaşı birey sayısının 400 milyon olarak bilinmektedir. 2025'te 840 milyona yaklaŐacak yaşı bireylerin %70'inin ise hızla gelişen ülkelerde bilhassa da Asya kıtasında bulunacağını beklenmektedir (Acet, 2015).

2012 den itibaren özel günlerde, günün anlam ve önemine itafen haber yayını yayımlayan TÜİK; *“Yaşıllara Saygı Haftası”* kapsamında yaşı popülasyonuna özel oluşturulan bu haber yayınında, yaşı bireylerin nüfusun “demografik yapısı ile eğitim, medeni durum, sağlık, yoksulluk, iŐgücü

durumu ve yaşam memnuniyeti gibi sosyo-ekonomik” niteliklerine yer vermektedir.

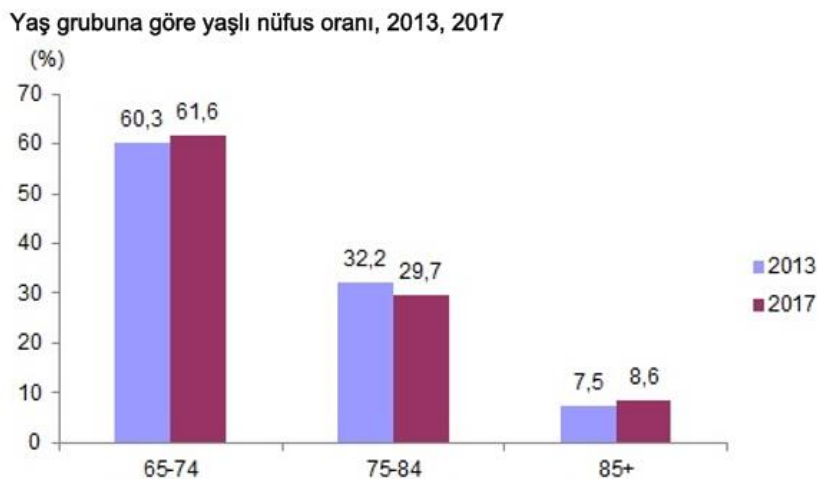
Yaşlı nüfusun (65 ve üstü yaşlı) 2013’de 5 milyon, 891 bin, 694 birey olarak belirlenirken son beş yıl için %17 artmış 2017’de ise 6 milyon, 895 bin, 385 birey olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfustaki oranı ise 2013’de %7,7 olarak saptanırken, 2017’de ise %8,5’e yükseldiği görülmektedir. Yaşlı nüfusta erkek nüfus %44’ünü, kadın nüfus %56’sını oluşturmuştur. Nüfus projeksiyonları incelendiğinde, 2023 yılında yaşlı nüfus oranının %10.2, 2030’da %12.9, 2040’da %16.3, 2060’da %22.6 ve 2080’de %25.6 ulaşacağı düşünülmektedir.

Yaşlı bireylerin nüfusun yaş dilimlerine bakıldığında, yaşlı nüfusun 2013 yılında %60,3, 65-74 yaş diliminde, %32,2, 75-84 yaş diliminde ve %7,5 ise 85 ve daha üzeri yaş diliminde görülmektedir.

2017’de %61,6 65-74 diliminde, %29 ise 75-84 yaş diliminde grubunda ve %8,6 ise 85 ve daha üzeri yaş diliminde bulunduğu gözlenmektedir.

Tablo 2.

“Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı, 2013, 2017”



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2013, 2017
Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

2017'de Dünyada ki nüfusun %8,9 oranda yaşlı birey nüfusunu oluşturduğu görülmektedir. Yaşlı nüfusa sahip en yüksek oran ilk üç ülke olarak; Monako %32,2, Japonya %27,9, Almanya %22,1 olarak belirlenmiştir. Türkiye'nin sıralamada 167 ülkede 66. sırada yer bulmuştur. Türkiye nüfusunda ortanca yaşın yükseldiği görülmektedir.

Nüfus yaşlanması hakkındaki edinilen bilgi ortanca yaş, 2013 yılında %30,4, 2017'de %31,7 olduğu görülmektedir. 2017'de ortanca yaş erkek bireylerde %31,1 iken ortanca yaş kadın bireylerde %32,4 oranında gerçekleştiği görülmektedir.

Nüfustaki projeksiyonlara bakıldığında, 2023 yılında orta yaş bireylerin %33,5 2030'da %35,6 2040'da %38,5 2060'da %42,3 ve 2080'de %45 olabileceği öngörülmektedir. Bir kişinin 65'li yaşlara ulaştığında geçirmesi beklenen hayatın ortalama olarak 17,8 sene olduğu öngörülmektedir.

Hayat Tablosu, 2014-2016 arası incelendiğinde, doğuştan itibaren beklendik hayat süresi söz konusu Türkiye için bakıldığında 78 sene, kadınlar için 80,7 ve erkekler için 75,3 sene oldu. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşarken, doğuştan itibaren beklendik yaşam süresi farkının 5,4 yıl olduğu görülmektedir.

Türkiyede 65 yaşlarına gelmiş bir bireyin gelecek yaşam süresi ortalama olarak 17,8 yıl ve bu sürenin kadınlar için 19,3 yıl, erkekler için bu sürenin 16,1 yıl olarak görülmektedir. 65 yaşına erişen kadınların erkeklerden ortalama olarak 3,2 sene daha çok yaşaması düşünülmektedir. Beklendik yaşam süresinin 75 yaşında iken 10,8 yıl, 85 yaşında 6 yıl olduğu görülmektedir.

Tablo 3.

Yaşa ve Cinsiyete Göre Beklenen Yaşam Süresi 2014-2016

Yaşa ve cinsiyete göre beklenen yaşam süresi, 2014-2016

Yaş	Toplam	Erkek	(Yıl)
			Kadın
0	78,0	75,3	80,7
65	17,8	16,1	19,3
70	14,1	12,7	15,3
75	10,8	9,7	11,7
80	8,1	7,2	8,7
85	6,0	5,2	6,4

Kaynak: TÜİK, Hayat Tabloları, 2014-2016

2017 yılında Yaşlı bireylerin bağımlılık oranı %12,6 olmuştur.

Çalışan yüz bireye denk gelen yaşlı birey sayısını açıklayan yaşlılarda bağımlılık oranı, 2013'de %11,3 oranındayken bu oranın 2017'de ise %12,6 oranında yükseldiği görülmüştür.

Nüfustaki projeksiyonlarda, 2023 yılında yaşlı bireylerin bağımlılık oranının %15,2, 2030'da %19,6, 2040'da %25,3, 2060'da %37,5 ve 2080'de %43,6 oranında olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfus oranının en yüksek oranda olduğu il Sinop olmuştur.

Okuma ve yazması bulunmayan yaşlı bireylerde 2012'de nüfus oranı, %25,4 iken 2016'da ise bu oran %20,8 oranında iniş yaşanmıştır.

Cinsiyet baz alındığında yaşlı nüfusun eğitim durumu ise önemli oranda farklılıklar gözlemlenmektedir. Tüm eğitim düzeyleri incelendiğinde, erkek yaşlı nüfus oranının, yaşlı kadın nüfus oranından yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Yaşamdan memnuniyetleri incelendiğinde sonuçların, yaşlıların 2017'de en üst seviyede mutluluk kaynağı %65,8 oranı ile aileleri olduğu görülmektedir. İkinci mutluluk kaynağı %16,5 oranıyla çocukları olduğu görülmektedir.

2.3.2.Yaşlanma Biçimleri

Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, psikolojik yaşlanma ve sosyolojik (toplumsal) yaşlanma olarak kendini göstermektedir(Akçay, 2011, s.13-14).

Kronolojik Anlamda Yaşlanma: Bireyin doğumundan itibaren, geçirilmiş zamanla ilgili yaşlanma, yaşamdaki süreci anlatmaktadır.

Biyolojik Anlamda Yaşlanma: Vücut yapısı ile fonksiyonlarda oluşan değişiklikler olarak açıklanmaktadır. Her iki yaşlanma dengeli bir biçimde ilerleyememektedir, bireyden bireye çeşitlilik göstermektedir.

Psikolojik Anlamda Yaşlanma: Bilgi ve deneyimlerin artmasıyla meydana gelen davranışta değişme ve davranıştaki uyum kabiliyetinde yaş durumuna bağlı, yaşanan değişimler olarak açıklanmaktadır. Yaşlılık evresinde deneyimler ile birikimlerin artışı ayrıca davranışdaki değişmeler duygu, hafıza, zekâ değişimleri ile beraberinde yitirilen yakınlar, yaşanmışlıklara özlem duyulmaktadır. Gençlik yıllarında hayat telaşı içerisinde kendine zaman ayıramamak veya ertelemek kişiyi yaşlılıkta mutsuzluğa sürüklenmektedir. Birtakım hayaller, istenen duygu ve düşüncelerin yaşlılık evresinde fonksiyon yitirilmesi ile gerçekleştirilemeyince yaşlı bireyin çökkün içe dönük, hırçın ve hüzünlü bir ruh haline dönüştürebilmektedir.

Sosyal Yaşlanma: Bireyin içinde yaşadığı, toplumdaki yaş ile alâkalı değerler ve normların karşısında belirli bir yaş grubundan beklenen davranış, sosyal ilişkilerin, rol olarak belirli bir yaş evresinde değişmesinden bahsetmektedir. Kişinin toplumda, sosyal ve çalışma işlevlerinde güç ve kabiliyet kaybı yaşaması ve giderek yok olması toplumsal statü, rol ve beklenti değişikliğiyle alakalıdır. Yaşlanmanın bu dört boyutu bireysel farklılıkları barındıran bir olgu olarak ifade edilmektedir. Bu açıdan her birey, yaşlanma evresinde ifade edilen dört farklı durumu farklı şekilde yaşayacaktır (Kalınkara, 2011).

2.4.Yaşlılık Bilimi (Gerontoloji-Geriatri)

Bireylerin yaşlılık evresinde yaş alarak yaşlanmasıyla beraber, psikolojik, bedensel, sosyal, kültürel ve tarihsel yönleriyle meydana gelen, değişimlerin açıklanarak, anlaşılabilirliğini sağlayan yaşlılık bilimi gerontoloji, olarak ifade edilmektedir. Gerontolojinin amacı; yaşlanma evresindeki değişimlerin nedenlerine etki eden nedenlerin incelenmesini sağlar.

Geriatri, yaşlılık evresinde oluşan rahatsızlıkların çoğuyla alakadar olan, yaşlılıkla birlikte meydana gelen rahatsızlık durumlarında çözüm bulmak için sosyal yönden kişiye destek veren tıp bilim dalı olarak bilinmektedir. Gerontoloji bilimi yaşlanma ve bu süreçteki farklılıklar ile ilgilenirken, geriatri bilimi yaşlılıkta oluşan hastalıklarda tedavi amacıyla yapılan araştırmalar ile ilgilenmektedir (Kalınkara, 2011 s.21).

2.4.1.Gerontoloji ve Geriatri Kavramının Doğuşu

Tıp dalında Nobel Ödülü kazanan Rus kökenli bilim adamı “*Elie Metchnikoff*”un geliştirildiği Gerontoloji kelimesi ilk kez 1903 yılında ortaya çıkmıştır. 1940 yılına kadar bu alanda çok fazla gelişme yaşanmamıştır (Kalınkara, 2011 s.13).

Bilim adamlarının yaşlılık ile ilgili yaptığı çalışmaların neticesinde elde ettikleri bulguları paylaşarak, 1945 senesinde “Gerontological Society of America” kurulmuş ve yaptıkları araştırmalar ve getirmiş oldukları yeniliklerle 1960 yılı itibariyle yaşlılık bilimi gelişmesi devam etmiş, ilerleyen senelerde ise bakım evlerine ile sağlık sorunları hakkında araştırmalara ve iyileştirilmelere ağırlık kazandırılmıştır. 20.yy.’da tıp biliminde bir dal olarak ortaya çıkan ve geliştirilen geriatriinin beraberinde 1954’de Clark Tibbittsm tarafından tıbbi ve psikoloji gerontolojiden farklı olarak “yaşlılık evresindeki kişilerin toplumsal ve kültürel çevreden soyutlamaksızın incelenmesi” görüşü doğrultusunda “sosyo gerontoloji” kavramı araştırmalara konu olmuştur. (Er, 2009, s.131-144). Günümüzde ise bu alanda gelişmeler incelendiğinde Kalınkara’nın bilimsel dernek anlamında 1998 de girişimleriyle yaşlı problemlerini araştırma ve yaşlıların daha kaliteli yaşam sürebilmesi için “*Yaşlı Sorunlarını Araştırma*

Derneği” “(YASAD)” kurulmaktadır. Bu dernek tarafından 2001 senesinde yaşlılık ile alakalı “bilimsel dergi” çıkartıldı. 2000’de “Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM)” Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi bünyesinde “Gerontoloji Bölümü”, akademik alanda ilk defa “Sağlık Hizmetleri MYO” de “Yaşlı Hizmetleri Programı” kurulmuştur ve sonra birçok üniversite bünyesinde “Gerontoloji Bölümü” açılmıştır, böylelikle yaşlıların daha emin ellerde bakımları yapılabilmiştir (Kalınkara, 2011, s.16).

2.4.2. Gerontoloji Biliminin Diğer Bilim Dallarıyla Ortak Çalışmaları

Gerantopsikoloji: Psikoloji bilimi alt dalıdır. Yaşlılık evresinde oluşan, psikolojik değişimler ile ruhsal incelemektedir. Genellikle yaşlanmayla beraber zekâ işlevselliklerinde meydana gelen değişimler ile alakalı verileri edinmeye çalışarak yaşlılık bilimine yarar sağlamaktadır.

Gerantososyoloji: Sosyolojinin alt dalıdır. Yaşlanma ve yaşlılık sosyolojisi şeklinde iki kısımdan oluşur. Yaşlı kişilerin, yaşlılıkta hayatlarını devam ettirmek için karşılaşılabilecekleri şartlarını belirlemek, çözümlenmek adına çalışmaların yapılması olarak bilinmektedir. Yaşlı bireylerin sosyalleşmesi için kültürel aktivitelerde bulunma, yaşlılara yardım konusunda içerikli araştırma ve çalışmalar yapılması bunlardan bir kısmını teşkil eder.

Gerantopsikiyatri: Yaşlanmak ve yaşlılık evresinde sık görülen kesimin, 80 ve üstü yaşlılardan oluştuğu açıklanmaktadır. Alzheimer rahatsızlığı ileri yaşlılık döneminde de en çok görülenidir. Bu evrede yaşlıların psikolojik olarak, sosyal açıdan ve bedensel nedenlerden ötürü psikiyatrye sık ihtiyaç olarak görmektedirler. Yaşlı bireyin bakımını bu rahatsızlıklarda genelde aile ve aile yakınları ilgilenmektedir. Yaşlı ve yaşlı ailelerinin karşı karşıya kaldıkları bu durum en önemli sosyal mesele olarak karşımıza gelmektedir. Literatürde, alanda yapılan hizmetler ve çalışmalar ve hizmet anlamında da yetersizdir (Akdemir ve Görgülü, 2007).

2.4.2.1. Sosyal Gerontoloji ve Yaşlı Psikolojisi

Gerontoloji biliminin alt koludur. Yaşlılıkta meydana gelen değişimleri, yaşlanmaya sebep olan faktörleri, yaşlılıkla beraber farklılaşan tutum ve davranış şekillerini araştırır (Kalınkara, 2011. s.21). Yaşlılık psikolojisinde sosyal gerontoloji, birey yaş aldıkça kendinde ve yakın çevresinde meydana gelen değişimlere endişelenmektedir.

Kaygıyla birlikte korku karmaşası yaşamakta olan yaşlılar diğer kişilere karşı güven sorunu yaşamaktadır. Yaşlılığın beraberinde oluşan değişimler, yaşlıların bunlara adaptasyonunda ve alışkanlıklardan vazgeçmesini zor bir duruma sokmakta ve yeniliklere açık olmasına engel teşkil etmektedir. Üretkenlik döneminden durağanlık evresine geçişi benimsemekte güçlük çeken yaşlı kişi bu duruma alışamadığından ruhsal bunalım yaşamaktadır. Böylesi bir durum yaşlı bireyin depresyona girmesini hız kazandırmaktadır (Kalınkara, 2011 s.23).

Gerontoloji biliminin bir alt kolu gerantopsikolojidir. Genellikle yaşlılık döneminin psikolojik yönü bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişiklikleri ile alakalıdır. Yaşlıların bazılarında zihinsel yönden bir gerileme yaşanmadan öğrenme ve tecrübeye dayalı, birikimli zekânın yaş aldıkça arttığı görülmektedir. Yaşlı bireylerin bazılarında dil kullanma kabiliyeti, dikkat, konsantrasyon ve bellek alanlarında işlev bozukluklarının var olduğu ve kaliteli ürün meydana getirmede zorlanıldığı gözlemlenmiştir. Birtakım yaşlı bireylerde başarılı yaşlanma gözlemlenebilir. Bilişsel yetenekleri, gençliklerinde ki düzeyde veya daha da gelişmiş olabilmektedir. Bazı yaşlılar ise yeni bir şeyler öğrenmede yetersiz olabilmektedirler. Yaşlılar her gün yeni durumlar ve olaylarla karşılaşabilir ve bu duruma uyum gösteremeyen yaşlılar ilerleyen zamanlarda dış dünyadan soyutlanmakta ve kendilerini daha fazla içsel dünyalarına çekilmektedirler. Benmerkezci tutum ve davranışların gözlemlendiği yaşlı bireylerin sadece kendisine önem gösterme ve sevme, başkalarını önemsememe, yaşama isteği ve gücünün azalması şeklinde duygusallık durumlarında düşüş ve kalite değişikliği de görülebilmektedir. Diğer taraftan yaşlılık döneminde yaşanan kayıplar, kriz, dulluk, stresler,

emeklilik, fiziksel güçte azalma, hastalık, duyu kaybı, toplumsal statüde ve hayat standardında oluşan değişimler gibi faktörlerin etkisiyle tüm yaşlıların aynı tutum ve davranış sergilemediği, yaşam deneyimleri ve kişilik özelliklerine göre farklı cevaplar geliştirdiği gözlenmektedir. Hangi kişiliğe sahip olunursa olsun kişiler yaşlılıkta psikolojik açıdan bir takım sorunlarla karşılaşabilmekte ve bu durum, kişilerin ruh sağlığını olumsuz şekilde etkileyip, uyum güçlüğü sorunuyla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Er, 2009).

Yaşlı bireylerdeki uyum güçlüğü yaşanmasına genel olarak neden olan en önemli sorunlardan olan demans ve depresyondur. Kronik hastalıklar, romatizma, görme bozukluğunun yanı sıra ailevi yatkınlık ve yaşlı bireylerin kayıplarının, yaşlılıkta depresyon riskini çoğalttığı görülmektedir. Depresyon durumundayken yaşlı bireyde fiziksel, duyuşal görsel ve bilişsel bozuklukların görüldüğü süreçte çevresine karşı, anksiyete, ilgisizlik, kendisini yargılama, suçluluk duygusu ve değersizlik hissi, sağlıksız beslenme davranışı ve fiziksel aktivitesizlik sıklıkla görülmektedir. Yaşlılık döneminde erkeklerde hormonal açıdan belirgin bir değişiklik görülmesi de kadınlarda menopoza nedenine bağlı, duyuş bozuklukları, depresyon ve stres yaşanması sıklıkla görülmektedir. Her iki cinsiyetin, yaşlılık dönemindeki cinsel yaşamla alakalı tutum ve davranış değişiklikleri, yaşadıkları toplumun nitelikleri ile ilgilidir (Er, 2009).

Yönetici işlevler; algı, dikkat, bellek gibi temel bilişsel işlevlerde görülen gerileme doğal yaşlanmanın sonucudur. Bellek sorunlarına çok sık rastlanır. Yaşlanma sürecine bağlı olarak meydana gelen bir takım bilişsel bozuklukların, demans gibi yaşlı bireylerin risk grubunu oluşturduğu hastalıkların başlangıcı olabileceği düşünülmektedir. Klinik ortamda yaş ve kayıp, yaşlılarda sık rastlanılan psikolojik sorunlardır. Rollerde kayıp, iş kayıpları, toplumsal konum değişimleri ve gelir düzeyinin düşmesi yaşlanan bireyin sosyoekonomik düzeyde üstesinden gelmesi gereken yeni durumlardır. Bununla birlikte aile bireylerinin ve akran ölümleri, sağlık durumlarının bozulması, bağımsız olarak hareket kabiliyetinin zamanla azalması yaşlanma sürecinin beklenen sonuçlarındandır. Genellikle ilerleyen

yıllarda, yaşlı bireylerin bu değişimlere başarılı bir şekilde uyum sağladığı görülürken, bir kısım yaşlı bireyin emekliliği izleyen süreçte sosyal çevrenin daralması, psikososyal kayıplar ve yalnızlığa bağlı olarak şikayetlenmeleri olağan bir durumdur (Cengiz ve Uluç, 2007).

Yaşlı bireylerde, sosyal rolde yetersizlik, faydasızlık, güvenin kaybı, çaresizlik hissi, diğer kişilere bağımlı olma hali ve ölüm korkusu gibi etkenler ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Sosyoekonomik dezavantajlar özellikle yaşlı bireylerde, yaşlılık halinde görülen, korku ve hiçbir zaman arzulan bir yaşam safhası olarak kabul edilmese de yaşam sürecinin uzamasından kaynaklı duyulan memnuniyetinde göreceli bir durum olduğu, sosyal boyutlarda ele alındıktan sonra anlaşılmaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla, ekonomik, siyasi ve sosyal boyutlarda meydana getirdiği etkilerin tespiti, beraberinde olumsuz etkilerin azaltılması, içinde bulunduğumuz yüzyılda yapılacak en önemli girişimlerden birisidir. Psikososyal açıdan bakıldığında, yaşlıların başarılı yaşlılık dönemi yaşayabilmeleri açısından aileleri ve yakın çevreleriyle var olan ilişkilerin aktif tutulması arzu edilmektedir (Bilir ve Paksoy, 2007).

2.5. Yaşlılık ile İlgili Kuramlar ve Türleri

Yaşlılık ve yaşlanma ile ilişkili bilimsel birçok araştırmalar yapılmaktadır. Bilgi tek başına yetersiz kalıyorsa o zaman bir kurama gereksinim bulunmaktadır. Başvurulan kuram eğer yetersiz kalmışsa, yapılmış çalışma da başarısızlıkla sonuçlanacaktır. Yaşlanma konusunu ilgilendiren yapılan araştırmalarda çalışmanın güvenilirliği ve doğruluk düzeyini sağlamada kuramlar çok önemli bir yere sahiptir. (Akçay, 2011).

Bu kuramlar psikososyal ve biyolojik olarak iki bölümde incelenmektedir. Biyolojik kuramlar, yaşlılık ile birlikte oluşan fizyolojik ve anatomik değişimleri araştırmaktadır. Psiko-sosyal kuramlar ise yaşlı bireylerin davranış şekillerini ve düşünme süreçlerini araştırmaktadır. Kuramlar incelemelerde güvenilirlik ve geçerlilikte destekleyen bir rol sahibidir.

2.5.1. Yaşlılık Üzerine Psikososyal Kuramlar

2.5.1.1. Rol Kuramı

Toplumda kişi yaş normundan kaynaklı, yapabilecekleri ve sınırlılıkları mevcuttur. Uygun tutum ve davranması için uyarılarda bulunmaktadır. Tüm normlar toplumsal yasalar ve politikalarca resmi şekilde durulmasının yanısıra informal bir yol ile de işleyebilmektedir (Gunhild ve Bernice, 1985). Bu konuya örnek; işyeri sahibi olan bir birey çalışanını İstihdamını sağlamak istediğinde, bu bireyin yaşlı bir çalışan olma ihtimali çok düşük olasıktır. Bunun sebebi yaşlı kişinin çabuk öğrenme ve yeni eğitim kabiliyetine kapalı durumda fikridir (Hooyman ve Kıyak, 2002, s.257).

Bu rollerin öğrenilmede, gelişmesinde ve yaygınlaşmasında, geçmiş rollerden uzaklaşılması, yaşla ile alakalı olarak beklenti icinde olunması şeklindeki istekler, kişinin toplumdaki sosyalleşmesiyle beraber gelmekte ve yayılmaktadır. Bu sosyalleşmede, yaşamla ilgili bütünleşip hayat süresince süregelen bir dönemdir. Bu süreç yaşlı yetişkin bireyler için, yaşlılık zamanları ile birlikte gelen rollerle birlikte toplumsallaşmaktadırlar (Hooyman ve Kıyak, 2002, s.258).

2.5.1.2. Modernizasyon Kuramı

Modernleşme kuramında, yaşlıların rol ve statülerinin ters orantıda olduğu görülmektedir. Bu kuramda teknolojik yenilikler ve ilerlemelere yetişememek ya da geri kalınması şeklinde açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu durum da gelen erken emeklilikle beraberinde gelen aile bireyinin küçülüp, parçalanmasına, kentleşme, sosyal hareketlilik gibi etkenlerin beraberinde getirdiği olumsuzluklar olarak açıklanmaktadır (Akçay, 2011, s.35).

2.5.1.3. Yaşamdan Geri Çekilme, Kopma Kuramı “(Disengagement Theories)”

Yaşamdan kopmak (disengagement) teorisi, 1955 yılında Chicago Üniversitesinde başlayan çalışmaların sonucu Kansas-City sonuçlarına dayandırılmaktadır. Geri çekilme teorisi, yaşlı bireye atfedilen ve sosyal

hayattaki değişimler neticesinde sosyal bağın zayıflamasıyla hayattan giderek uzaklaştırmaktadır (Phyllis, 2001).

2.5.1.4. Etkinlik Kuramı

Kaliteli ve sağlıklı yaşılanma şeklinde açıklanan kuramda, yaşıllık evresinde yaşıllıkta etkinlikte hızlı yanıt verirken, birbirinin zıttı iki ana kuramsal desenden biridir (Thea, 2001). Robert Hovighurst ve Albrecht, 1953'te geliştirdikleri kuramın temelinde başarılı bir yaşılanmanın ne şekilde olmasıdır. Sağlıklı yaşılanmada gerekli olan bireylerin yeterli derecede etkinlik devam etmelerinin önemi üzerinde durulmaktadır.

2.5.1.5. Süreklilik Kuramı "(Continuity Theory)"

Atchley tarafından geliştirilmiştir. Kuram bireylerin yetişkinlik ve yaşıllık evrelerini kişilik özelliklerinde odaklanır. Kişinin yetişkinlik evresinde edindiği davranışlar yaşıllık döneminde de devam etmektedir (Phyllis, 2001).

Kuramda sağlıklı olarak yaşılanan kişi, yaşıllık döneminde, gençlikte edinilmiş deneyimlerini, bilgi birikimi ve yaşıamdaki donanımlarını yaşılanma döneminde tecrübeli ve daha rahat biçimde aktifleştirmektedir. Böylelikle, gençlik zamanlarında alışılmış davranışın, sosyal çevrenin, entellektüel bilgi ve donanımın yaşıllık dönemlerine aktarabilmesi sağlanmaktadır.

2.5.1.6. Sembolik Etkileşimcilik Kuramı

1934 yılında George Mead tarafından geliştirilmiş kuramda, kişinin toplum ile ilişkisi üzerine odaklanan mikro seviye bir kuram olarak bilinmektedir (Knox, 2000).

Sembolik etkileşimcilik kişinin davranışını tanımlarken aynı zamanda anlamlarca etkilenerak diğer kişiler ile sembolik etkileşimlerin uygulandığını vurgulamaktadır. Böylece iletişimde kolaylık sağlanmasını ve bireylerin birbirlerini daha kolay anlamalarını ve kendilerini daha da rahat bir ifadeye bulunmalarını sağlamaktadır.

2.5.1.7. Alt Kültür Kuramı

Arnold Rose'un geliştirdiği kuramda, yaşlı kişilerin özgeçmişi, deneyimlemeleri, değerleri ve tutumlarının, kendi yaşantılarına yansıtarak başka yaşlı bireyler ile etkileşimde bulduklarını vurgular. Kuramda, yaşlı bireylerin başka yaş dilimindeki bireylerle iletişimlerini sonlandırdığını düşünürken, benzer yaş grubundaki bireyler ile iletişimlerinin artışı da varsaymaktadır (Akçay, 2011, s.63).

2.5.1.8. Etiketleme (Sınıflama) Kuramı

Bireylerin sosyal çevrelerindeki başka bireylerle paylaşımlar neticesinde kendi benliklerini elde ettikleri düşüncesine dayanmaktadır. Yaşlı bireyler yaşadıkları toplumdaki diğer bireyler tarafından farklı konumlara konulup, sınıflandırılıp ve anlamlandırılır ve böylece yaşlıların davranışları ve tutumları ait olunan, sosyal çevre kuralları ile tanınmaktadır (Cox, 2001).

2.5.1.9.Yaş Tabakalaşması "(Age Stratification)" Kuramı

Yaşlılık kuramlarından en çok etkisi hissedilen, aynı zamanda uzun devam eden kuramlarındandır. Matilda White Riley kuramın öncüsü ve savunucusudur. Yaşam süreci ile yaşdaki katmanlaşma kuramları ile ikinci kuşak kuramlardan varsayılmaktadır. Kuram 70'lerde ortaya çıkmış bir kuramdır (Giddens, 1993-2003). Kuram, makro düzey kuramlarındandır. Toplumsallıkda yaş yapısı, yaş ile gelen roller, yaşam doyumunu, bireyin benliğine ne şekilde etki ettiği hakkında, inceleme hedefli olarak ele alınır ve kazanım sağlanan sonuçların neticesinde kurulmuş ve kuramsal bir bakış açısı olarak ifade edilmektedir.

2.5.1.10.Toplumsal Değişim "(Takas)" Kuramı

Kuramda konu olan yaşlı bireyin ilişkilerinin, kazanılmış ödüllерinin değişimlerinin, maliyetlerini en aza indirmek için kurulmaktadır. Ödüller, bireyin kişisel hoşnutluk, tatminkârlık duygusunu, zevkini ve bedenen motor becerilerini geliştirilmesini kapsayabilmektedir. Değişim maliyeti, bireyin öz

saygısı, kalitesi, prestiji ya da yararlı olabilme düşüncesiyle ele alınabilir (Akçay, 2011).

Kuramda yaşlı bireyin bilgi ve tecrübelerinden yararlanılması, genç bireylerin boş zamanında ve sosyal ilişkilerinde biçimlendirmeye açısından beraber yapılan çalışmalar yaşlı bireyin de motivesine ve paylaşımlarının karşılığını alması ile kişiyi daha zinde ve aktif olmayı sağlayacağını savunmaktadır.

2.5.1.11. Yaşlanmanın Politik Ekonomisi Kuramı

Fırsat ve güç yapıları üzerinde yapılanmış takas kuramı odağında, yaşlanma dönemindeki bireylerin ne şekilde adaptasyon sağlayacağı ve sosyallikteki kaynakların ne şekilde paylaşımını açıklamaya çalışmakta ve yapısal karakteristiklerde makro analizi bulunan yaşlanma sürecinin politik ekonomisi ile alakalıdır (Hoyman ve Kıyak, 2005). Bu kuramın kökenleri Marksizm ve eleştirel kuramdan gelmekte, yapısal işlevcilik kuramına bir tepki olarak geliştiği ifade edilmektedir (Akçay, 2011). Bu kurama göre, yaşlı kişilerin toplumdaki davranış biçimlerini, toplum politikalarını, statülerindeki çeşitliliğinden, sosyal yapısal etmenler ve ekonomiden yola çıkarak ne şekilde aşılabileceğini, ekonomik ve siyasi güçlerin arasındaki etkilerin ne şekilde bir rolde olabileceği hakkında açıklamaya çalışmaktadır.

2.5.1.12 Yaşam Süreci Kuramı

Bu kurama göre değişme ve değişmenin yaşamın evresinin bir kısmı ile sınırlandırma getiren bir süreç olmanın yanında hayat boyu devam eden dinamik bir süreç şeklinde öneride bulunmaktadır. Kuramda, yaşlanmayla alakalı yapılan çalışmalara birçok katkıda bulunmuştur. Tarihin etkileriyle, sosyal ve kişisel yapıyı birleştirip sosyal yapıların analizlerinin makro ile mikro dereceleri arasındaki köprü olmaya çalışmakta olan yaklaşım metod ile içerik olarak disiplinlerin arasında dinamik haldedir (Akçay, 2011).

2.5.1.13. Eleştirel Kuram

Kuramın, yaşlılığa eleştirel bir bakış açısıyla bakarak, yaşlılığın politik ekonomisini, hümanist gerontolojiyi ve feminist kuramı kapsayan çağdaş

gerontolojideki bir dizin teorik eğilim çerçevesinde yansıtmaktadır. Bu iki farklılıkta ki anlayış ile geliştirilmiş kuramlardan biri hümanist boyutlarda bir diğeri ise yapısal unsurlarda odaklanır (Bengtson, 1997).

2.5.1.14. Feminist Kuram

Bu kuramcılar, 1970'ler de sosyal bilimlerde yaptıkları araştırmalarda "kadının yokluğu"nu fark etmelerinin üzerine, kadın ve erkek farklılıkları hakkında düşünüp ve sosyal bilimlerde, cinsiyette yapılan ön yargıyı, sosyal açıdan araştırarak, cinsiyetin önemi konusunda ışık tutanlar olarak bilinmektedir (Akçay, 2011, s.85).

2.5.2. Yaşlılık Üzerine Psikolojik Kuramlar

Psikososyal gelişim teorisinde belirli bir dönemde yaşanmış çatışmaların, bunalımların bir diğeri gelişim döneminde tekrardan yaşayıp geçirilebilmesidir. Erikson da Freud'un çatışmalarında bulunan çocukluk evresi gelişimi üzerinde durmuş ve kuramdaki ilk 4 evre Freud'un çocukluk dönemleri çalışmalarının daha geniş kapsamdaki biçimidir. Bir diğeri evreleri diğeri kuramlardan tümüyle bağımsız durumdadır. Bu evreler yalnızlığı ve yetişkinliği kapsamaktadır. Erikson'a göre erişkin bireyler hayatlarının son evresine eriştikleri zaman, yaşamlarında ki görevlerinin bir tutarlılık ve bütünlük içinde olması gerektiğini düşündüklerini savunmaktadırlar. O dönemdeki bireylerin yaşamlarını geçirme şekilleri, yaşadıkları şekil ile kabullenip hayatının tüm dönemlerini gözden geçirip, anlam yükleyip ve bunlardan mutlu olunmaya ve başarabildikleri her şeye inanma ihtiyacı hissederler. Kişi kabullenip, inanmaya geçebildiğinde ego bütünlüğünü geliştirebilmektedir. Burada ego bütünlüğünü geliştirmek için umutsuzlukla mücadeleye geçilebilirse kazanılmaktadır (Aktaran: Altuk 2011, s.11).

Hayatın öncesinde ve sonrasında, yaşanmış anıla kabullenirken, pişmanlık duymaktansa anlamakta, sindirmekte başarıya ulaşılabilmek, bireyi mutsuz durumdan koruyabilmektedir. Buradaki bütünlük kapsamında yaşamlarına devam eden birey, bilge yaşlı olarak ifade edilmektedir. Bilge yaşlı birey içinde olduğu zamanın öncesini ve sonrasını kabullenip, hayatında var olan

değişikliklere ayak uydurabilen, meydana gelebilecek problemler ile nasıl baş edebileceğini bilen erdemli bireylerdir.

2.5.2.1. Üretkenliğe Karşı Durgunluk Evresi (30-65 yaş)

Orta yaş evresi olarak karşılaştığımız "üretkenliğe karşı durgunluk evresin"de kişinin üretme işlevi, üretkenliği ile alakalıdır. Üretkenliğe sahip bireyin yakınlarından hariç farklı kişilerle alakadar olmayı, bu bireylerle gelecek ile ilgili planlar yapabilmeyi ve anne ve baba olma rolüne ulaşmayı amaçlar. Üretken olmak yalnızca aileye sahibi olmakla değil, devamlı farklı bireyler ile yeniliklere açılarak, çalışmak olarak açıklamaktadır (Aktaran: Altuk 2011, s.12).

Bireyin bir kenara çekilip ve üretmeyi ret eden bireylerde mevcuttur. Bu bireyler hayatlarının bu döneminde aktif bulunmak yerine bu süreci durağan geçirmeyi istemektedirler.

2.5.2.2. Bütünleşmeye Karşı Umutsuzluk Evresi (65 yaş ve üstü)

65 yaşı ve üzerindeki bireylerde ego bütünlüğü karşısında umutsuzluğa kapılabilmesi olağan bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bunun nedeni birey bu evrede, geçmişini devamlı irdelemekte ve geçmiş anılardan mutsuzluk duymaktansa mutlulukla anımsıyorsa benliğine saygı duymakta ayrıca ilerideki yaşamını huzurlu içinde geçeceğini ümit etmektedir. Çevresindeki bireyler ile yakınlarıyla iletişimde başarılı ve karşısındaki bireylerden saygı ve sevgi gören, tecrübelerle dolu, üretken bir yaşam geçiren bireyin iç huzuru da mevcuttur. Böyle bir doyum bireyde "ego" bütünlüğüne erişmesini sağlamaktadır (Erikson ve Ark., 1986).

Birey geçmişine bakıp, yaşadığı hatıralardan mutlu ve belirli seviyede hazzla ulaşıyorsa, ego bütünlünü yakalamaktadır fakat yaşamında kaçınılmaz olduğu birçok fırsatlara odaklanıp, geçen yaşamını bir daha getiremeyeceği endişesini taşıyor ve yeni birşeylere başlangıç yapmak için oldukça geç olduğu düşüncesinde ise çökkün duygu durumu içine girerek, umutsuzluk durumu yaşayabilmektedir. Yetişkin kişi bu evrede hayattan kendisini yavaş

bir şekilde geri plana çekip, geçmiş yaşamını sorgulamakta ve tekrardan girişimlerde bulunabilecek gücünde kendisinde bulamamaktadır. Birey önceki yaşamışlıklarını ve diğer zamanlarını düşündüğünde bunları birbirleriyle bütünleştirdikten sonra nasıl bir duruma geldiğini kabullenmesi gereklidir. Kişinin geçirdiği zamanlarında sadece kendisini düşünüp bencil yaşam sürdürmesi, kendinden bir başkasına fayda sağlamayı ve anlamsız bir hayat geçirmesine sebeptir. Sonraları bireyde boşuna geçen hayat, kederli aynı zamanda gelecekte beklenisizlik şeklinde oluştururken, kişiyi umutsuzluk içine itecektir.

Bireyin geçmiş zamanlarını değerli kılamadığı ve telafi edebilecek zamanın oluşmayacağı düşüncesi kendi içinde ümitsizliği meydana getirir (Sayıl, 1997).

2.5.2.3. Jung'un Kuramı

Bu kurama göre, kişinin kendisini gerçekleştirebilmesi, kendisine ait herşeyi bir bütünlük kapsamında ele almasına bağlıdır. Jung yaşlılığı, çocukluktaki evreye benzetip, yaşlı bireyin bilinç dışına gömülü olduğunu ifade etmektedir. Jung, yaşlanmış birey bilgilerle donanmış ve bilgelik kaynağı olmasına rağmen modern kişinin geleceğe dair beklentisinde bulunmamaktadır. Yaşlılık evresini doyurulmamış istekler karşılamaktadır (Altuk, 2011, s.13).

Gençlik evresinde sürekli kendisini yenileyip, bilgi ile donanmış, üreten kişinin yaşlandığında yaş ile ilişkili kaygısı bulunmamakta, bu durumun yerine yaşadığı anılarla dolu, üretken birey olarak, hayata odaklanarak yaşamaktadır. Geçirilmiş senelerin bilgi birikimleri ve kazanılan tecrübeler bireyde yaşla beraber farklı donanım ve bilgelik kazanmaktadır. Jung'a göre ölümle ilgili korkunun zemininde "yaşlanma korkusu" bulunmaktadır. Ölüme karşı korku yaşayan bireyler ölümden en çok korkan bireylerdir. Gençliklerine ulaşamama, senelerin hızla geçip gelecekteki yaşam süresinin kısıtlı olması süreci kişinin korkmasına sebep olmaktadır (Bauman, 1992) .Kalan süredeki geleceğini de rahat yaşayamamaktadır.

2.5.2.4. Maslow

Bireylerin kişiliklerini çözebilmek için çalışan ve bununla alakalı çalışmalar yapan kuramcılardandır. İhtiyaçlar hiyerarşisi kuramı, bireyin hayatıyla alakalı birden çok farklı teoriler ve kuramlar öne çıkarmaktadır. İhtiyaçlar hiyerarşisi yetersizlik ile büyüme ihtiyaçlarının birleşmesiyle meydana gelmektedir. Maslow'un sıralaması en azdan, en yüksek kademedeki ihtiyaçların belirlenmesiyle sıralanmış ve Maslow en alttaki ihtiyaçları fizyolojik (susuzluk açlık uykusuzluk) gereksinimlerinden belirlemektedir. Güvenlik, ait olmak, sevgi, saygı ihtiyacını en üst kademedeki ise kendini gerçekleştirebilmek gereksinimi oluşturmaktadır (Aktaran: Ahad, 2016 s.25). Maslow'un ihtiyaçlar listesinde bireyin, kendisini gerçekleştirebildiği dönemdedir. Bu ihtiyaçların karşılanabilmesi yaşlı bireyin yaşamdan aldığı doyumunu fazlalaştıracaktır (Aktaran: Ahad, 2016 s.26).

2.6.Yaşlılığın Getirdiği Ruhsal Değişmeler

Yaşlanan bireylerde ruhsal yönden de önemli, dikkatli olunması gerekli pek çok değişik değişkenler meydana gelmektedir. Bu ruhsal bozukluklarla alakalı belirtiler ve yakınmalarda olan farklılığın nedenleri içinde ruhsal ve belirtilerde dışa vurumun da, bedensel gücün düşüşe geçmesi ile belirtilere karşı verilen tepkilerde azalış öne sürülmektedir (Köknel, 1989, s.165).

Yaş aldıkça yaşlılık ile beraber vucutta meydana gelen değişimler, fiziksel görünüşü eskiye kıyasla daha değişik gözükmesi bireyin psikolojisine tesir etmektedir. Bedende oluşan yıpranma, yaşlanma ile birlikte meydana gelen değişimler her bireyin kabul edebileceği normal bir durum olmayabilmektedir. Yaşlı bireyin, bu nedenle değişmelere uyum sağlayamayışı, psikolojisinde de kötü etkilemektedir.

Yaşlı kişinin karakteristik özellikleri, kişiliği için gereken aile bağları, geçmiş yıllarındaki edinilmiş yaşam deneyimlemeleri, kültürel özellikleri, olumsuz durumlara karşı gelen savunma mekanizması, yaşamış olduğu değişimleri kabullenme süreci çevresi ile kurduğu ilişkileri, ruh sağlığını etkileyen unsurların en başında gelmektedir. Yaşlanma ile beraber ruhsal yapı

mimarisini meydana getiren toplumsal ve biyolojik güdülerde eksilme ile birlikte çöküntü meydana gelmektedir (Köknel, 1989, s.166).

Duygulanımda gelişen daralmalar, azalmalar, coşkuların kaybolması ve sonucunda ilgisizlik durumu meydana gelmektedir. İlgisizğin artışı, ilerleyişi yaşlının duygulanımında ve bir uyarana tepkisiz olmasına sebep olmaktadır. Buradaki duruma apati (duyumsamazlık) denilmektedir. (Köknel, 1989, s.165).

Ruhsal değişimler, duygulanım yaşlı bireyden diğer yaşlı bireye göre farklılık gösterebilmektedir. Yaşlılarda elem doğrultusunda, artan duygulanım daha çok gözlemlenmektedir. Yaşlı bireylerde elem doğrultusunda artan ve en çok gözlemlenen duygu durumu ise kaygı halidir. Kaygılı yaşlı, sebebini anlamlandıramadığı bir şekilde kuşku ve korku içindedir. Bu belirsizlik, felaket ya da tehlike ile karşı karşıya kalacağını tasarlanmaktadır. Bu tedirgin ve gergin bekleyiş haline bürünürler (Köknel, 1989, s.167).

2.7. Yaşlılık Evresinde Zihinsel ve Fiziksel Değişmeler

2.7.1. Yaşlılığın Getirdiği Zihinsel Değişmeler

Yaşlılık ile beraber zihinsel işlevde değişimler ve bozulma¹ gözlemlenebilir. Algıda yavaşlama hali, kendisinden ve çevresinden haberdar olma hali görülmektedir. Bilinçte daralma ve öğrenmenin kısıtlı hale gelmesi, yeni şeyler öğrenmede zorlanma durumu, yönelimde yavaşlama, motivasyon azalma, hareket yönünden duraklama durumu gözlemlenebilir (Köknel, 1989, s.168).

Yaşlı bireylerde dikkati sabitleme oldukça güç bir durumdur. Seçici dikkatsizlik ve dikkatte dağılma çok gözlemlenmektedir. Geçmişte yaşananlar ve ya duygulardaki coşkular ve yanılsamalar bu duruma etki edebilmektedir. Yaşlılarda, zihinsel değişikliklerin ilk sırasında bellek değişimleri çok gözlemlenmektedir. Bellekteki uyarılar, algının yardımı ile meydana getirdiği geçmiş yaşanan hatıraları ve bıraktığı izleri depolayan beynin alanların da yerleştirip, yenileriyle birleştirmenin gerekli olduğu hallerde

hatırlama, canlandırma işlevini üstlenen önemli bir rol üstlenmektedir. Belleğe ilişkin yaşın ilerlemesiyle değişimler ve bozulmalar gözlemlenmektedir. Bunlar sırasıyla bellek azalması ve bellek sapması şeklinde adlandırılır.

Bellek azalması: Anımsamakta tutukluk, güçlük yaşamak ve ya kusurlu ve eksik (ad, soyad, tarih, rakam) anımsanmaya çalışırken zorluk ve yanlışlık çekme durumudur.

Bellek Sapması: Gerçekte olmayan hatıraları, gerçek olmuş gibi kabul etme hali. Yaşlı bireylerde düşüncede duraksama, muhakeme ve mantık niteliklerinde değişim ve bozulma gözlemlenebilmektedir. Kavramlarda kıyas ve karşılaştırma yapamaz durumdadır. Somutluk ve soyutluk kavramlarında, hesaplamalarda, oranlamalar ve karşılaştırmalarda bozulmaktadır. (Köknel, 1989, s.169).

2.7.1.1. Emeklilik

Yaşlanan kişinin emekli olması, bir kenarda bulunması, üretim de bulunmaması, zaman geçirmek adına bir meşguliyet edinmemesi bireye bunalım yaşatmaktadır ve içine çekilmesine sebep olmaktadır. Emekli olunmasıyla birey yaşamındaki bütün rol ve bu rollerdeki etkin oluşu değişmektedir. Emeklilik beraberinde bireye, kendisini değersizlik ve işe yaramayan bir kişi olarak görmektir (Karancı, Gençöz ve Bozo, 2011).

Üretken olan kişi erken emeklilikte veya emeklilikten sonra kendini dinç hissetse dahi üretecek bir ortamı edinemediği zaman bunalıma girdiği gözlemlenmektedir. İş çevresindeki iş arkadaşlarından, çevresinden ve toplumdan soyutlanmaktadır.

2.7.1.2. Rol Kaybı

Yaşlı kişiler yeni gerçekleriyle yüzleşmek zorunda kalırlar. Yaşlılık ile çoğu birey kendilerine yetemedikleri ya da bağımsızlıklarını kayb ettikleri gözlemlenir. Orta yaş döneminde evlatlarına yardım sağlayan birey, yaşlandığında ise boyun eğici, itaatkâr rol üstlenir hale gelir. Bu evrede roller

tersine dönmekte ve çocukları bağımsızlığa ulaşırken, ebeveynlerin ise daha bağımlı hale geldikleri gözlemlenmektedir (Karancı ve Ark., 2011).

2.7.1.3. Hormonel Değişimler

Bu değişimler kimyasal haberci olarak tanımlanan hormonlar, üreme, büyüme, cinsellik, duyguda yoğunluk, iştah durumu, sindirim sistemi, vücut ısı, metabolizma, yorgun, hasta, bitkin olma şeklinde aktiviteleri etkilemekte olduğu ifade edilmektedir. Bilimsel veri sonuçlarına göre uzun ömrün sırrı hormonlardır. Yaşlandıkça vücut hormon üretimini azaltıp, kan ve hormon seviyelerinin eksilmesine sebep olmakta ve bunun neticesinde bireylerin yaşlandığı düşünülmektedir (Yılmaztürk, 2003, s.31).

2.8. Yaşlılık Evresinin Fiziksel Duruma ve Organizmaya Etkileri

2.8.1. Yaşlılık Evresinin Fiziksel Duruma Etkileri

Yaşlılık dönemine gelindiğinde kişinin fiziksel sağlığı pek çok açıdan etkilenmekte ve kaçınması zor fiziki değişikliklere neden olan birçok etkenin varlığı bilinmektedir. Bu etkenlerin bir kısmı bireyi etkileyebilmekte, bir kısmı ise bireyin kontrolünün önüne geçtiğinden müdahalede bulunulamamaktadır (Morris, 2002).

Saç telinin incelenmesi ve saç renginde beyazlaşma ya da gri tonu alması, deride kuruma, incelme ve neticesinde kırışıkğın oluşması, kemiklerde kolay kırılmalar, eklemlerde sertleşme ve aşınma gibi faktörler örnek verilmektedir. İleri yetişkinlikte yaşlılık ile beraber gelişmekte olan fiziki değişmeler bireyi zorlayarak el ve ayaktan düşürüp çaresizlik içinde bırakmaktadır. Bu değişimler karşısında bireyin mücadelesiyle bireyin yaşadıkları zamanı değerlendirerek, kontrollü biçimde yaşama şeklini düzenli hale getirebilen yaşlı bireyler oluşan bu değişimleri kabullenmeyi kendini savunabilecek, yaşama sınırsız tutunma şansını kazanabileceklerdir. (Aktaran: Altuk, 2011).

2.8.2. Yaşlılık Evresinin Organizmaya Etkileri

Yaşlanma ile insan vücudunda bazı fizyolojik değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Diğer taraftan olumsuz seyreden bir takım sağlık davranışları ve bir takım çevre etmenleri bu tarz fizyolojik değişmelerin etkilerini daha fazla olumsuz bir duruma getirmektedir.

Fizyolojik değişimleri; endokrin, gastrointetinal, genitaürüneri immün, santral sinir, alt üriner, deri, kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi ve solunumdaki değişiklikler olarak sınıflandırılabilenmektedir. Gastrointestinal sistemde kullanılan ilaçların neden olduğu ağız kuruluğu, tat almada farklılıklar, prekanseröz lezyonlar, reflü, yutmada güçlüki gastrit, barsak kökenli kanser ve kronik hastalıklar görülebilir. Günlük alınması gereken kalori miktarının azalmasıyla yaşlılık anoreksisi de meydana gelmektedir.

Endokrin sistemde ise yaşlanmaya bağlı tiroid dokusu ve pankreas bozulmaktadır. Tümör insidansı artmaktadır. Genellikle diyabet, asemptomatik olarak seyretmektedir. Yaşlılarda Hipotiroit de semptom benzerliğinden maskelenebilmektedir. İmmün sistemdeki değişiklikler genellikle humoral yanıtın azalmasına bağlı, lösemiye rastlanması, pnömoni ve benzeri enfeksiyonlara yakalanma sıklığının artması ve çoğalması ve viral enfeksiyonlara sıklıkla yatkınlık biçiminde olabilmektedir.

Genitoüriner sistemde, böbrek fonksiyonunda ki işlevsellikte azalma, idrar inkontinası ve yine erkeklerde prostat boyutlarındaki yükselmeye birlikte prostat kanseri görülme sıklığı artışı şeklinde değişmeler görülebilmektedir.

Kardiyovasküler sistemde görülen bulgular hipertansiyon, kronik kalp hastalığı ve kanjestif kalp yetmezliği en sık görülmekte olan değişlerdendir.

Santral sinir sistemi hastalıklarının arasında Alzheimer Hastalığına yatkınlık durumu 65 yaş üzerinde %5 olmakla beraber her 5 yılda bu oran 2 katına yükselmektedir. Yine yaşlanma beraberinde ciltte elastikiyet kaybı, hassasiyeti ve kırışıklıkları getirmektedir (Taşar ve Akçiçek, 2012).

Yaş ilerlemesiyle birlikte daha pek çok işlevinde kayıp yaşayan insan görme ile alakalı sorunları bazen doğrudan gözle alakalı sorunlardan, bezen de sistemik rahatsızlıkların göz üzerine etkileri sebebiyle yaşayabilmektedir. Maküler dejenerasyon, glokom, katarakt ve diyabetik nöropati görme kayıplarının en baştaki nedenleridir ve yaşlı bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kartal, 2012).

Duyu organlarının tüm olarak işlevsel olması ve işitme ve görme gibi yaşam kalitesine etkilemesi, izolasyonun engellenmesi, topluma katılım sağlanması ve ruhsal sağlığın devamı yönünden önem arz etmektedir. Yaşlı bireylerdeki işitme kaybı, iletişim kısıtlaması, sosyal mesleki kayıplara yol açması, duygusal kayıplara yol açması sebebiyle duyu kayıplarından en tahrip edici olanı olarak görülmektedir. Olumlu olmayan sağlık davranışlardan, sakınmak ve çevre şartlarını olabildiği ölçüde olumlu duruma getirebilmek suretiyle, yaşlanma ile açığa çıkabilecek sağlık problemlerinden birazda olsa korunmak mümkündür. Sağlıklı biçimde yaşlanma olarak ifade edilen bu tür koruyucu uygulamalar, düzenli egzersiz yapmak, sigara içmemek, sağlıklı beslenmek gibi başlıca üç başlık altında ele alınabilir (Bilir, 2008).

İleri yaşlarda hayatı tehdit eden hastalıklar; böbrek yetmezliği, *“Kalp Yetmezliği, Kanser, KOAH (Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı), Anemi, DM (Diabetes Mellitus), Demans”* olarak sıralanmaktadır. Yaşamsal önemi ile beraberyeti kaybına sebep olanlar; *“İnme, KOAH, Diyabet, Bilişsel Bozukluklar, Kroner Arter Hastalığı, Osteoporoz ve Hipertansiyon”* olarak sıralanmaktadır. Yalnız yeti yitirilmesine sebep olanlar; Görme Sorunları, *“Parkinson Hastalığı ve Artritler”* olarak sıralanmaktadır. Altmış beş yaş ve üstündekilerin %90 oranında bir, %15 oranında dört ve üstü kronik hastalık birlikte görülmektedir. Malnutrisyon, İnkontinaas, uyku bozuklukları, deliryum, ağrı ve düşmeler yaşlı bireylerde olması dikkat çekmekte ve bu tarz özel sorunlar multifaktöriyel sebeplerle oluşmaktadır ve klinik pratikte oldukça kötü sonuçlar meydana gelebilmektedir (Kutsal ve Evigör, 2012).

Yaşlı bireylerde hastalıkların nedenleri ve mekanizmaları değerlendirmeye alındıktan sonra bu durum ile ilgili tedavi yöntemini belirlemek çok önemlidir. Çeşitli seçeneklerden, güvenilirliği ve etkinliği kalite, bilimsel araştırma ve yayınlarla kanıtlanabilen ilaç seçilmeli ve yaşlı hastaya yönelik ilaç seçimi, dozaj şeması ve izlem protokolü hazırlanmalıdır. İlaç etkileri yönünden bakıldığında ilaçların emilimi, metabolize olması ve ilaç atılımında değişiklikler yaşanmaktadır. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımındaki yaşanan sorunlar farmakakinetik değişiklikleri farmadinamik değişiklikler, hatalı reçeteleme, ilaç etkileşimleri, uyum sorunları ve beraberinde eşlik eden hastalıklar sebebiyle meydana gelir (Coşkun, 2012).

Yaşlı bireyin işlevsellik ile birlikte yeteneklerinin yitilmesi ile kişinin gündelik fiziki faaliyetlerini sınırlamakta ve ya engel olmakta, bağımsız olan işlevlerini zamanla biraz bağımlı veya tam bağımlı hale getirebilmektedir (Çuhadar ve Ark., 2006).

2.9. Benlik Saygısı

2.9.1. Benlik Kavramı

Benlik kavramı çeşitli dillerde; İngilizce'de "selg" Fransızca'da "moi" Almanca'da "ich" Arapça'da "ene" ve "negs" sözcükleri ile ifade edilir (Aktaran: Akyüz, 2010). Sosyal etkileşim ve algıyı etkileyen bilişsel bir yapıda olduğundan kişinin duygu, düşünce ve davranışını inceleyen bütün konular ile bağlantılıdır (Hogg ve Vaughan, 2007). Bu kavramın karşılığı dilimizde "öz" "kendi-kendilik" "ego" sözcükleri de kullanılabilir (Yurdağül, 2001). Birtakım kaynaklarda egoyu içine alan, zihinsel içerik ve bilinçlik, her biri bir diğerinden farklı boyutta olan sinir sisteminin ve tüm psikolojik olguların referans merkezi şeklinde açıklanmaktadır (Çörüş, 1995).

Benlik, kişiliğin özel tarafı şeklinde açıklanır ve kendi kişiliğini bağlantılı yargıların, ve algı ve görüşlerimizin tümünü temsil etmektedir (Kuşat,2001). Benlik doğumla başlar, bireyin yaşadıkları başından geçen durumlar ve diğer bireyler ile kurmuş oldukları ilişkiler şekillenmesinde belirleyici olmaktadır.

Benlikteki değişim yaşamı süresince bu dinamikler ile ilerlemeye devam etmektedir (Aktaran: Kahrıman, 2002).

Benliğin – kendiliğin - özün farkında olmak ile kastedilen şey bilincinde olmak, bir şeyi bilmek, duyguların haricindeki olanlar ile ilgili bir hisse ya da bilgiye sahip olmak, düşünen bir varlık olduğundan kendinin farkında olmak, neyi, neden yapmış olduğunu bilerek 'kendisini' bilen ve hissedilen bir varlık olduğunu ve suç ve sorumluluğunun bilincinde olmaktır (Watkins, 2006).

Kişilik ve benlik çoğunlukla birbiri yerine kullanılır fakat kişilik, benlik ve kişiselliği bir arada taşıyan genel bir kavramdır (Aktaran: Kahrıman, 2002).

Benlik ise genelde çeşitli kimliklerden ve bu kimliklerden meydana gelen repertuar olarak düşünülebilir ve sosyal kimlik kurumları benliğin tanımını iki geniş kimlik sınıfından bahsetmektedirler. Bunlar benliği grup üyeliği şeklinde tanımlayan sosyal kişiliktir. Benliğimizin önemli bir parçasını sosyal kimlik oluşturabilmektedir. Kişinin kendine has kişisel ilişkileri ve özellikleri, kişisel kimlik olarak açıklanmaktadır. Yaşama ayak uydurma süresinde benlik, önemli bir yere sahip olduğu için kişiler benlik bilgisi elde etme açısından yüksek motivasyona sahip olmaktadır (Hogg ve Vaughan, 2007).

Bilimsel olarak benlik hakkında araştırma ve konuşma yapmak için var olan motivasyona rağmen insanı ve benliği tanımlarken yetersizliğin üzüntüsü olarak Carrel, bilimsellik içerisinde canlılar ile alakalı bölümün cansız olanlara göre (astronomi, fizik, mekanik) çok yavaş ilerlediğinin üstüne basarak, böyle bir durumu bizzat kendi hakkımızdaki görüşümüz şeklinde açıklamıştır (Carrel, 1959).

Gençtan insanoğlunun var olduğundan bugüne dek içinde yaşadığı ve evreni tanımaya, anlamaya çalışan fakat bu çabasında en az kendini tanıyabilen varlık olarak açıklamıştır (Gençtan, 1984). Bunun sebepleri olarak, yaşam biçimlerinin öncelikleri, insanı anlama çabasının karmaşık yapıda bir eylem olması, objektif bakış açısının sağlanamaması veya yine Gençtan'ın açıklaması ile en gelişmiş varlık olan insanın yine insan tarafından

araştırılıyor olması şeklinde ifade edilmektedir. Fromm insanın insanı araştırmasındaki zorluk nedenini kendisini tanımak için gerekli olan karşılaştırma araçlarının yoksunluğunu belirtmektedir. (Jung, 1999). Yine de bütün bunlara rağmen bireyin kendi benliğini keşif çabası ve bilimsel anlamda "benlik"e yönelik merakı son olmayacaktır.

2.9.2. Psikolojide Benlik Kavramı

Psikolojide kişiliği açıklamada kullanılan en sık kullanılan kavram benliktir (Mehmedoğlu, 2004). Kişinin "bilinen" benliği ile psikoloji ilgilenmektedir.

Amerikan Psikolojisine, benlik kavramı ruhsal yaşamımızın merkezini temsil eden kavram olarak dahil eden W.James'tir (Mehmedoğlu, 2001).

James'e göre benlik, bireysel duygulardan oluşur ve yaşantılarla şekillenmekte gelişmekte ve kendini zaman içerisinde düzenlemektedir (Mehmedoğlu, 2004). James benliği, kategoride tariflemiştir. Birinci olarak tamamlayıcı unsurlar, bireyin fiziksel özellikleri, ailesi, en yakın çevresini oluşturan temsil eden maddi anlamda kişilik, bireyin başkaları tarafından tanınmasının yanında, başkalarına etkili olmasını içine alan sosyal kendilik ve subjektif olan ruhi kendilik olarak tariflenir. İkinci kategori benlik değerini oluşturan unsurlardan olup, benliğin uyardığı yoğun duygulardır. Son kategori ise benliği oluşturduğu hareketleri temsil eder (Mehmedoğlu, 2001).

Freud benliği, id-ego-süperego kavramları ile kategorilendirilmektedir. Bilinçli yanı ego temsil eder. Ve kişinin kendisi hakkındaki bilinçli bilgisi anlamına gelmektedir. İd, istek ve arzuları ifade ederken süperego ise dış dünya ile arasındaki uyum sağlayıcı bir fonksiyon üstlenmektedir. Psikanaliz literatüründe benliğin yerine egonun ele alındığını görmekteyiz (Bacanlı,1997).

Roger, benlik kuramını açıklarken kişinin kendisi tarafından fark edilen benlik algılarının düzenli, örgütlenmiş şekli olarak ifade etmektedir. Bu durum kişinin kendiyile alakalı olumlu veya olumsuz değerleri bu değerler ile oluşan amaçlar ve idealleri kapsamaktadır (Aktaran: Korkmaz, 1996).

Allport, benlik kavramını kişilik organizasyonu tedarik eden merkez olarak açıklamıştır (Mehmedoğlu, 2001).

Allport, benlik ile alakalı daha çok bilgiye sahip olduğumuzda kişilik teorileri için kullanılan ben(ego) ve benlik (self) kavramlarına daha az ihtiyacımız olacağını açıklamıştır (Epstein, 1973; Aktaran: Bacanlı).

Jung ise kendi ruhsal yapımızı açıklarken self kavramını tıpkı bir hücre çekirdeği gibi işlevi olan parçası, aynı zamanda da hücrenin tümünü temsil ettiğini ifade etmektedir. Çağlar boyu insanlar bu iç mekanizmanın farkındadırlar. Jung'a göre benliğin tek var olmaya (migueness) doğru eğilimi mevcuttur ve kişiyi şahsiyet yapan sistem olarak ileri sürer (Jung, Aktaran: Bacanlı, 2007).

Sullivan, benlik teriminin yerine benlik sistemleri (self systems) terimini kullanmıştır. Bu sistem kaygının oluşturduğu zararlarından kaçınmak ve zararlarını en aza indirmeye dönük eğitici yaşantılar topluluğudur (Bacanlı, 1997).

Rosenberg ise benlik kavramını kurumsal temelde var olan benlik olarak üç sınıfta değerlendirmektedir. Mevcut benlik tanımlamasında benliğin kapsamını meydana getiren parçalar arası ilişkiler, benliğin parçaları ve ego sınırlarına genişlemesi şeklinde ifade ederken; parçalar kişinin sosyal kimliği, belirgin kişilik ve fiziksel özelliklerini oluşturmaktadır. İstenen benlik, kişinin olmayı arzuladığı yönün görüntüsünü içermektedir ve mevcut benlik terimini referans almaktadır. Sunulan benlik bireysel amaçların, hedeflerin gerçekleştirilmesi için bireysel bir ara olarak açıklanmaktadır ve sosyal onaylanma veya onaylanmama sunulan benlik için belirleyici faktörlerdendir (Aktaran: Korkmaz, 1996).

Adler, kişinin kendi kişiliğini kendisinin yapılandırarak, yaratıcı bir benlik kavramından bahsetmektedir. İnsanların sosyal güçlerce yönetildiklerini kabul eden yine Adlerdir. Bunun nedeni olarak insanların doğuştan itibaren

getirdikleri aşagılık duygusudur ve üstünlük duygularını tatmin edememeleri, çevresindeki güçsüzlüklerini fark etmeleridir (Bacanlı, 1997).

Fromm'a göre benlik bireyin kendi kişiliğini yapılandıran, kişinin özgürlüğü olduğu müddetçe gerçekleşebilir ve bu ancak içe bakışla sağlanabilmektedir (Çörüş, 1995).

İnsanın benliğini algılayabilmesi gerçekçiliğin ötesinde ise uyumsuzluk ve sorunlar yaşanmaktadır. Aynı zamanda kişi benlik değerine uygunsuz davranışta bulunmaya zorlandığında da benliği zarara uğrar ve zorlanmaktadır (Aktaran: Kahrıman, 2002).

Bununla birlikte sağlıklı bir benlik algısı için bireyin yaşamıyla benzer uyumda olma durumu önemli unsurlarındandır. Rogers, kişinin benliğine dair algılarında kişinin yakın çevresiyle oluşturduğu ilişkiler ve olumlu veya hayal kırıklığı yaşatan yaşantıların önemini üzerinde durmaktadır (Aktaran: Korkmaz, 1996).

Psikoloji bilimi içinde benliğin kültür ile etkileşimi tartışılan konulardan biri olmuştur. Sayar, kişinin benliğinin ne olduğu sorusunun kültürel öğeler ile cevaplanabilecek bir soru olduğunu açıklamaktadır. Bu açıdan evrensel benlik kuramlarının yerine içinde bütünlüğü kültür ve tarih ile ilgili benlik kuramlarından bahsedilmektedir (Sayar, 2000).

Fromm ise insanlığın benzer anatomik ve fizyolojik özellikleri olduğunu ama psişik ve akli yapıların ise farklı olduğunu belirtmektedir. Buna rağmen evrensel bir "insanlık'tan bahsetmek mümkün olup olmadığını sorgulamakta. Farklı kültürleri kavramları, anlama kapasitemiz evrensel bir insan doğasının göstergesi olabilir mi? (Fromm, 1953).

Fromm'a göre benlik tek ama bununla birlikte bazı yönleri ile diğer benliklerle ortak nitelikler paylaşılabilir (Çörüş, 1995). Benliği açıklayan unsurların kültürel faktörlerle irintili olarak değişebileceğinin göstergesi olduğu gibi evrensel ve genel tanımlamanın da olabirliğini gösterebilmektedir.

2.9.3. Benliğin Gelişimi

Benliğin fark edilmesinde iki unsur önemlidir. Bunlardan ilki kendi gözündeki nesne ile diğerinin gözündeki nesnedir (Laing, 1993). Bu farkındalığın tesirleri ile benlik gelişiminde, bireyin doğum öncesi ve sonrasında, ölümüne dek devam etmektedir. Benlik, daha birçok sürecin etkilediği dinamik bir gelişim göstermektedir. Başka bireylerin kendi vücuduna yaklaşımı ve kendisini ne şekilde algıladığı, kişilik yapısı, diğer bireyler ile ilişkiler, kişiyi etkileyen uyarıcıları hissetmesi öncelikli ve yeni tecrübeler, zihinsel, fiziksel ve sosyal benlik üzerine düşünceler, benlik hakkındaki düşüncelerden oluşur (Aktaran: Şahin, 2006).

Benlik gelişimine tesir eden süreçleri Bireyler arası ilişkilerin kültürel tecrübelerin değerli olma hissiyatı ve olumlu duyguların var olması, kişi ve toplum tarafından önemli bulunan olanlarda yeterliliğin farkındalığı ve kişinin kendi içindeki gücünü keşfetme etaplarından meydana gelmektedir (Aktaran: Şahin, 2006).

Benliğin gelişiminde bireyin içinde toplum ve yaşadığı deneyimlerin önemli bir yeri vardır. Sağlık, benlik gelişimi kişinin duygusal, fizyolojik ve ruhsal gereksinimlerinin zamanla karşılanabilmesi ile alakalıdır.

Çocukluk döneminden çocuğun yakın çevresinde bulunan bireylerin çocuğa yaklaşım tarzları benliğin ne şekilde geliştiğiyle ilgili belirleyicilerdendir (Kuşat, 2001). Ergenlik çağına girildiğinde kişiler, değerli buldukları kişilerin gözünde nasıl göründüklerine önem verirler. Diğer bireylerin kendileri hakkındaki yargılarının, kendilerinin yargılarıyla örtüşmesini isterler (Aktaran: Kahrıman, 2002). Yetişkinlik döneminde kişilerin en temel gereksinimlerinden biri olumlu bir benlik algılarına sahip olmaktır. Kişiler sahip oldukları yetenekleri gösterebilecekleri, başarı sağlayabileceklerine ilişkin olumlu algılanan bir benliğe gereksinim duyarlar (Kurt, 2000). Bu gereksinimler yaşlılık evresinde de devam eder ama yaşın ilerlemesiyle oluşan yitimleri, fiziksel kayıpları ile yeniden şekillenmeye başlar. Böyle bir durum benlik

saygısının olumsuz etkilerken, yaşlılığa has deneyimlerden olan tecrübe ve bilginin çoğalmasıyla daha olumlu benlik saygısı kazanmak mümkündür.

Yaş alma ile birlikte birey tamamlanmış bir varlık, gerçek bir kişilik olmaktadır. Birey pek çok şeyi deneyimlemiş, görmüş, birçok kişiyle tanışmış ve pek çok tecrübe alınmıştır. Bunlar bireye daha fazla konuşma ve enterasan şeyleri dinleme imkânı sunarken benliğin bu süreç içinde gelişmesine, değişmesine ve genişlemesine imkân sağlamaktadır (Köylü, 2000).

2.9.4. Benlik Saygısı Kavramı

Benlik saygısı, bireyin benlik kavramının onayıyla doğan beğeni olgusudur. Bu beğeni üstün öz etkiye sahip olma ile bağlantılı değildir. Bu beğeni kişinin kendini olduğundan üstün veya aşağı düşünmesinden kaynaklanan kendisinden memnun olma durumu, kendisini sevmeye layık bulma halini içine alan olumlu bir ruh halidir (Aktaran: Kahrman, 2002).

Adler'in benlik saygısı için aşağılanma duygularından üstünlük duygularına geçiş durumu olarak açıklamaktadır. Horney ise bireyler arası ilişkilere ve aşağılık duygusunun önüne geçme biçimleri olarak ifade etmiştir (Aktaran: Eşer, 2005).

Epstein, benliğin en temel gereksinim olduğunun üzerinde durmuştur. Epstein'e göre benlik saygısı benliğin bütün yönleriyle alakalıdır (Aktaran: Korkmaz, 1996). Kişinin yaşamda tercihlerini belirlerken önemli bir yer tutmaktadır (Alpay, 2009).

James Benlik saygısını bireyin arzuları ile başarıları arasında denge olduğunu ve başarmayı istediklerine göre daha önce başarıları, kazanımları ne denli çok ise benlik saygısında o kadar yüksek olacağı şeklinde ifade etmektedir (Aktaran: Eşer, 2005).

Kişiler benliklerini tanımladıklarında sosyal karşılaştırma yapılarak da bilgi edinebilirler. Sosyal karşılaştırma kuramına göre kişiler kendilerinden daha

kötü performans gösteren kişiler ile kendilerini mukayese yaparak olumlu benlik kavramını meydana getirirler. Bazen kendilerinden daha yüksek efora sahip kişiler ile mukayese yapmaktadırlar. Bu durumun özsaygıya olumsuz yönde etkileri olabilmektedir (Hogg ve Vaughan, 2007).

Benlik saygısının hallerine göre araştırmacıların bazıları genel bir duygudan bahsederken bir kısmı ise çok boyutlu bir yaklaşım tayin etmişler ve yakın dostluklar, Fiziksel görünüm meslek başarıları gibi öğeleri benlik saygısının nitelikleri olarak belirlemektedirler (Aktaran: Ceviz, 2009). Kişinin kendini ait hissettiği grup ile ilgili mukayeseler yapması da benlik saygısı üzerinde tesiri bulunmaktadır. Ait hissettiği grup, mukayese edilen gruba göre daha pozitif niteliklere sahip olduğu düşünüldüğünde benlik saygısı artmaktadır. Aksine bir durumda şöyle ki; başkasının, bizden daha iyi durumda olduğunu bilmek ve benlik saygısını negatif yönde etki eder (Hogg, 2007).

Araştırmaların sonucunda benlik saygısının, ılımlı ve yüksek olduğu kararına varılmış, örneğin kültürler arası mukayesede Japonya'da kişilerin öz saygıları Birleşik Devletler'deki bireylere göre daha düşük gözlenmektedir. Ama benlik saygıları temsilcileri, kültürler arası değişik niteliklere sahip olabilmektedir ve Japon toplumunda ortaklaşa hareket etme, birbirleriyle bağlantılı bulunma gözlemlense de öz saygıdan hariç öz eleştiriye daha yoğun başvursa da araştırmalar böyle bir durumun da benlik saygısını çoğaltmanın başka bir yöntem olduğunu vurgulamaktadır. (Hogg, 2007).

Benlik saygısının yüksekliği kişilerin tutum ve beklentileri onların yaratıcılıkları ve bağımsızlıklarını arttırmaktadır. Düşük benlik saygısı olan bireylerin bu durumun aksine kendilerine güvenleri az ve daha çabuk ümitsizliğe kapılmaktadırlar (Aktaran: Korkmaz, 1996, s.20).

Araştırmaların genel değerlendirmeleri gözlemlendiğinde, yüksek benlik saygısına sahip kişilerin başarısızlıkları karşısında ısrarlı ve inatçı oldukları, duygusal yönden daha istikrarlı daha az esnek ve uysal, ikna edilmeleri daha zor olduğu, yaşama daha pozitif reaksiyon verdikleri ve bütüncül benlik kavramına sahip olmaktadır. Düşük benlik saygısı olan kişilerde ise

gündelik hadiselerin etkisinde kalma riskleri daha fazla olup duygusal anlamda gitgeller yaşamaktadırlar. Bireyler daha kolay ve esnek ikna edilmektedir. İstikrarsız, dağınık ve tutarsızdırlar. Onay ve başarı isterler ama bunu elde etme durumunda şüphelere sahiptir (Hogg, 2007). Bireyin kendi benliğine duyduğu saygı çift yönlü bir ilişki olmakta ve kendini duymuş olduğu saygıdan yola çıkarak olumlu benlik davranışlarına sahip olurken, olumlu benlik nitelikleri benlik saygısının artışı sağlanmaktadır. Bu bağlamda kendilerine ait olumsuz görüşleri de inceleyip kendileriyle alakalı olumlu bilgileri bularak benlik saygısını korur ve arttırılmaya çalışılır. Tüm bu çaba sağlıklı ruhsal gelişimin bir göstergesidir (Hogg, 2007).

Yüksek benlik saygısı olan kişiler benliklerine yönelik saldırılarda şiddete daha çok başvurdukları ilişkin araştırmalar bulunsa da (Hogg, 2007) farklı çalışmalarda yüksek benlik saygısı ile narsistik kişilerin kendilerine yönelik algılarının benzediği ve narsistik kişilerin kendilerine saldıran kişilere, kendilerini kışkırtan kişilere karşı daha saldırgan davranış sergiledikleri gözlemlenmektedir (Hogg, 2007).

Freud, narsizmi 'Ben'in kendini aşk konusu olarak seçip tariflemesi ve bu durum her zaman nesnel değil, öznel de olabilmektedir. Freud da narsizm ve ego somut olarak aynı hedefler çerçevesinde hareket ediyormuş gibi görülse de birbirinden ayrıldığını savunmaktadır. Ego insanın çıkarlarına hitap eder ama narsizm libidonun tatminiyle ilişkilidir (Challege, 1965).

2.9.5. Benlik Saygısı İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Benlik saygısı, kişinin kendi ile alakalı genel bir değerlendirmedir. Araştırmacıların bazıları kişinin, kendisi ile ilgili güzel duyumsama halinin doğuştan gelen doğal gereksinimler olduğunu ve bu sebeple benliksaygısını korumaya çabaladığını düşünürken, araştırmacıların bazıları benlik saygısını, kişinin başarıya ulaşılabilirliğini kolay hale getirdiğini açıklamaktadırlar (Leary, 1999). Trzesniewski ve arkadaşları yetişkinlik evresindeki kişinin bedensel ve akıl sağlığını ergenlik dönemindeki benlik saygısının yorumladığını açıklamışlardır (Trzesniewski ve ark., 2006). Eş değer şekilde, benlik saygısı

ve psikolojik iyi oluş halinin aralarındaki ilişkiye odaklanan değişik araştırmalar, benlik saygısının iyi oluş halini mühim yordayıcısı olduğunu belirtmektedir (Joshnloo ve Daemi, 2015).

Literatürde, benlik saygısını hayat boyu gelişim yönüyle tetkik edildiği pekçok çalışma vardır. Örneğin; Trzesniewski, Robins, Gasling ve Potter (2002) tarafından yapılan farklı gelişimsel evrelerde bulunan geniş örnekleme sahip bu araştırmada, çocukluk evresinde benlik saygısında yükselme olduğunu fakat ergenlik evresi süresince düştüğünü ve yetişkinlik evresi süresince giderek yükseldiğini ve ileri yetişkinlikte hızlı biçimde azaldığını açıklamıştır. Çalışmacılar benlik saygısı ile alakalı hayat boyu farklı görüntülerin sağlanmasını kişinin içinde bulunduğu gelişimsel dönem olarak yorumlamışlardır.

Örneğin çocukluk döneminde benlik saygısı yüksek iken ergenlik süresince azalmasını, çocukluk döneminde gerçek dışı bir biçimde arttırılan benlik saygısının ergenlik evresinde kişinin bilişsel anlamda gelişmesine paralel olacak şekilde geribildirimler ve sosyal ilişkiler aracılığıyla kendini diğer kişiler ile mükayese yapması ve böyle bir durumda benlikte ki değerindeki eksilmeye sebep olacağı şeklinde ifade etmişlerdir. Yine eşlik eden, ergenlikteki biyolojik farklılaşmaların, sosyokültürel bağlamların farklılaşmasının ve ilköğretimden, ortaöğretime başlayan çocukların ebeveynlerinden, yaşlılarından ve öğretmenlerinden daha çok olumlu olmayan geri bildirim almalarının, sonucu etkileyebileceği ifade edilmiştir. Orta yetişkinlik dönemi boyunca kişilerin benlik saygısının yükselişe geçmesi ve 60 yaşında en yüksek düzeye ulaşmasıyla bu evrede psikolojik olgunluk "(psycholojical maturity)" ile uyum seviyesinin oldukça yüksek düzeyde bulunmasıyla ilişkilendirip, kişinin enerjisini ise uğraşlarına, kişisel gelişimine ve üretken olmak için kullandığını ifade etmişlerdir.

Aynı yazında ileri yetişkinlik evresinde benlik saygısında aniden azalma ile alakalı, bu evrede yok olan rolün, stres yapması ve bununla başa çıkmada zorlanması olarak açıklanmıştır. Yine aynı şekilde, günümüzde yapılan benlik saygısının hayat boyu gelişim bakımından araştırıldığı araştırmada

“14-89” yaş aralıklarında farklılaşan ya da benzeyen yönde bulgular edinilmiştir. Bu araştırmada benlik saygısının ergenlikten orta yetişkinliğe dek yükseldiği 60’lı yaşlarda en üst düzeye ulaştığı ve daha sonra ileri yetişkinlik dönemine yönelik gittikçe azaldığı gözlemlenmiştir (Orth, Maes ve Schmitt, 2015).

Literatür araştırıldığında, öznel iyi oluş halinin mühim yordayıcılarından birinin benlik saygısı olduğu gözlemlenmiştir. Benlik saygısı ve Mutluluk arasında anlamlı bağlantılar vardır. Bu çerçevede, Diener ve Diener (1995) çeşitli ülkelerden (5Kıta, 31 Ülke ve 49 üniversite) yaklaşık 13.000 üniversite öğrencisi kapsamında yapılan araştırmada yaşam doyumunu ve mutluluğun, benlik saygısının önemli ölçüde yordadığı görüşünü ortaya koymuş, söz konusu bu araştırmada mutluluk ve benlik saygısı arasında $r=0.47$ oranında bir ilişki gözlemlenmiştir.

Bununla beraber benlik saygısının mutluluktaki etkisinde bireyselliğin daha ön plana alındığı toplum yapıları kapsamında, toplumsallığın daha önde tutulduğu toplum yapısında oranla daha güçlü bir yapıda olduğu neticesine varılmaktadır. Bunun yanı sıra psikolojide benlik saygısı ile depresyon arasında yapılmış çalışmaların sonucunda anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Doğan ve Eryılmaz, 2013).

Benlik saygısı yüksek olan bireylerin ise, öz güveni yüksek, , katılımcı, iyimser, risk alabilen, mücadeleci, , başarıma arzusu, stresle başa çıkabilen ve motivasyonu yüksek kişiler olduğu çeşitli araştırmalarda kanıtlanmıştır (Ünal, 2014).

Psikolojik yönüyle yaşlılık genellikle ve ruhsal davranış ve zihinsel becerilerin değişimleriyle alakalıdır. Yaşlı bireylerde zekâ ve dikkatte önemli değişimler görülebilmektedir; örneğin eskilere göre daha yoğun unutkanlık veya kısa zamanlı bellek gereken zamanlarda gençler ile kıyaslandığında yeterli bulunmayabilmektedir.

Yaşlanmada belirli bir şeye odaklanma zor ve dikkatin gerekli olduğu işlerde güçlük çekme ve görme duyma gibi iletişim organlarında gerileme gözlenebilir (Altay ve Avcı, 2009; Altıparmak, 2009; Yüksel,1998).

Yaşlılık evresinde oluşan yukarıdaki tüm bu olumsuzluklar nedeniyle bireylerdeki benlik saygısını olumsuz seviyede etkileyebilmektedir. Belirli bir seviyede işlevsellikten uzaklaşan yaşlı kişilerde terkedilmişlik ve kenara bırakılmışlık duygusunun varlığı gözlemlenir. Böyle bir durumda yaşlıların özgüvenlerinin ve benlik saygılarının kaybolma seviyesine geldiği görülebilmektedir. Yine yaşlı bireylerde emeklilik durumu yaratıcılıktan ve üretkenlik uzak kalındığında yaşlılarda düşük benlik saygısına rastlamak mümkündür. İstanbul'da 6 farklı yerleşimde 6 farklı huzurevini kapsayan bir çalışmada algılanan sosyal destek durumuna göre benlik saygısı araştırılmış, çalışmaya 65 yaş ve üzeri olan 76 katılımcı dahil edilmiştir. Çalışma grubunun %55,3'ünü kadınlar (n=42), %44,7'sini erkeklerden (n=34) meydana gelmektedir. Yapılan çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi ve benlik saygısı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulgusu elde edilmiştir.

Bu araştırmada benlik saygısında eğitim durumu ile gelir durumu ile pozitif doğrultuda anlamlı seviyede bir ilişki saptanmıştır. Araştırmada cinsiyetler arasında anlamlı seviyede bir fark saptanamamıştır. Nitekim benlik saygısı kişinin toplumdaki rolü ile çok yakın ilişkili bir kavramdır. Yaşlılık evresi ise kişinin toplumsal ve bireysel olarak önem arz eden değişimler ve olumsuzluklarla karşılaştığı bir dönemdir. Yaşlılıktaki sosyal, zihinsel ve fiziksel yeti kaybı yaşlı bireylerin benlik saygılarında önemli ölçüde bir azalmaya neden olabilir (Gökler ve Aydın, 2011; Öz, 2002).

Yaşlanma evresi ayrıca Eric Ericson'un birey hayatını sekiz evreye ayırmış, son evre olan "Ego Bütünleşimi ve Umutsuzluk" evresini kapsamaktadır. Bu evrede kişi ya önceki yedi evrenin olumlu birikimi neticesinde benliğini bütünüyle bulmuş ve güvenli, mutlu, sevilen, istenen ve aranan bir birey olur. Önceki evreleri sağlıklı ve olumlu bir şekilde geçiremeyen kişilerde ise bilişsel umutsuzluklar, çatışmalar, düşük benlik saygısını edinmiş hırçın bir birey olması beklenmektedir.

Kısaca Ericson' a göre yaşlı kişiler de benlik saygısı kavramı diğer gelişim evrelerinin nasıl geçirildiği ve tamamlandığı ile alakalıdır. Eğer birey diğer evreleri olumlu bir biçimde geçirmeyi başaramamış ise yaşlılık evresinde benlik saygısı etkilenmez veya düşük derecede etkilenmektedir. Birey eğer olumsuz geçirmişse bir diğer yedi evreyi yaşlılık evresinde de düşük benlik saygısına sahip olacağı beklenmektedir (Vatan ve Gençöz, 2007). Yaşlı bireylerde benlik saygısını önemli ölçüde etkileyen bir diğer faktör ise yaşlı bireyin karşılaştığı ihmal ve istismar gözönünde bulundurularak yapılan bir araştırmada; Artan'ın İstanbul ilinde huzurevinde 113 yaşlı ve yakınları ile yaptığı "Aile içi Fiziksel Yaşlı İstismarı" hakkında yapmış olduğu çalışmada 12; huzurevine başvuran yaşlıların %25,6'sının bedenlen istismara maruz kaldığı, bunların çoğunluğunun tokata maruz kalma ve şiddetli bir şekilde dövülme biçiminde olduğu ve yaşlı bireylerin bu durumlar karşı karşıya kalan yaşlılar yalnızlık, çaresizlik, üzüntü içe kapanma ve nefret ve gibi psikolojik problemlere sebep olmaktadır. Böylesine bir durumla karşılaşan istismar ve ihmalin yaşlı bireylerin benlik saygısının olumsuz etkilenmesi beklenmektedir. Yaşlı bireylerin bakım verenleri, eşleri, çocukları ve yakınları tarafından karşılaştıkları istismar ve ihmal yaşlı bireylerin kendilerini "artık işe yaramayan, köşeye itelenmiş ve değersiz hissettirerek" benlik saygılarını ve özgüvenlerini yitilmesine neden olur (Akdemir, Görgülü ve Çınar, 2008; Polat ve Kahraman, 2013).

2.10. Depresyon

2.10.1. Depresyon ve Tanımlaması

"Depressus" sözcüğünden türeyen Latince kökenli depresyon; çökme, kederli hissetme, yaşamsal ve işlevsel aktivite azalımı anlamına gelmektedir. Depresif duygu durumu(mood state), depresif bozuklukta temel ve tanı konulması için mutlaka bulunması gerekli bir özelliğidir. Depresyona giren bireylerde genellikle yaşamdan zevk alamayıp ve ilgide azalma, karamsarlık ve umutsuzluk hali, iştahta, uykuda bozukluklar, enerji azlığı, huzursuzluk gibi yakınmalar görülmektedir. Yaşlı hastalarda ajitasyon, gençlerde ise retardasyon, daha sık gözlemlenmektedir. Canlılık kaybı, kırışik alın, sarkık

dudaklar, ağlamaklı konuşma ve kamburumsu duruş, düşük omuzlar, öne bakan görünüm depresyonlu bireyin tipik bedende gözlemlenebilen bir durumdur.

Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından fiziksel, toplumsal, ekonomik, duygusal problemlere neden olan hastalıklar arasındaki sıralamada dördüncü sıralamada yer almaktadır. DSÖ'nün verilerinde, ağır depresyonun yaşam süresince görülme sıklığı %10, anksiyete ve stres bozukluğunun yaşam süresince görülme sıklığı %14,6 olduğu ve 2020 yılına dek yeti kaybına sebep olan hastalıklar arasında ise majör depresyon kalp rahatsızlıklarından sonra görüleceği açıklanmaktadır (Lecrubier, 2001; Clarke ve Mckenzie, 2003).

Depresif kişiler, hayatı olumsuz algıladıkları, kendileri, yakınları, dostları hakkında fazla eleştirci, aşağılayıcı yargıların olduğunu ifade etmektedirler. Ayrıca depresyonlu bireylerin, güvensizlik duygularını taşıdıklarından ötürü, ufak başarısızlıklardan derinden etkilendikleri için kendilerini zevk alma hissinden yoksun bıraktıklarını ifade edilmektedir (Köroğlu, 1993).

"Depresyon" kavramı günlük hayatta sık kullanıldığı için kişiler bu durumun tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünmemektedir. Uzmanlar, depresyonda olan kişilerin, çevresine durum ciddiyeti hakkında bilgi vermeye çabalarında depresyonda olan kişinin çevresi yeterli anlayışı göstermeyebilir. Çevresince, işleri kaytaran, bencil, çevresine faydalı olmaya çabalamayan, sorumluluk sahibi olmayan biri olarak algılanabilmektedir. Genellikle çevresinden rol yapıyormuş tepkilerini görmesi depresyonlu kişiyi daha zor bir duruma getirmekte ve içinden çıkamadığı bir durum olmasına neden olmaktadır (Blackburn, 1996).

Hızla gelişip, değişen dünyamızda çok sık görülen hastalıklardan depresyon; bireyin hayat vasıflarını olumsuz yönde etkilemesi ve intihar ile sonuçlanabilen giden durum olması sebebiyle, ruh sağlığı alanında bulunan kişilerin dikkat odaklarında bulunmaya devam etmektedir. Yoğun duyulan üzüntü hissiyatı, toplumda olup bitenlerle alakalı ilgi kaybının yanı sıra suçluluk, değersizlik ve utanç hislerinin varlığıyla kendini belli eden

depresyon, çağımızın ruhsal bozuklukların ‘soğuk algınlığı’ olarak tanımlanan, yaygın duygu durum bozukluğu olarak bilinmektedir (Morris, 1996).

Depresyon gelişimindeki önemli etkenlerden biri, kişinin bireysel özellikleri ile örtüşen stresli yaşam olgularıyla karşılaşmasıdır. Böyle bir durumda yalnız kişilik özelliklerine karşısında olabilecek yaşam olguları depresyon için yatkınlık oluşturabilecek ve tetikleyici olabilmektedir. Diğer olayların kişilik yapılanmasında önemli bir yeri olmadığı, belirli kişilik özelliklerinin karşılığı olsun ya da olmasın, çok değişik yaşam olguları sonucunda depresyonun oluşabileceği vurgulanmaktadır (Kabakçı, 2001).

Depresyon, yetersizlik, üzüntü, benlik saygısı düşüklüğü, güvensizlik, hüzün irritabilite, anksiyete, apati, anhedonin yanında umutsuzluk, suçluluk, değersizlik, çaresizlik, zevk alma yeti kaybı gibi, **psikolojik açıdan**; obsesif düşünce, bellek bozukluğu, intihar düşünceleri, konsanstrasyon bozukluğu şeklinde, **bilişsel açıdan**; yalnızlık, sosyal geri çekilme, mesleki ve sosyal işlevlerde bozulma, evliliğin getirdiği problemler, maddi problemler şeklinde, **sosyal açıdan**; yorgunluk, davranışların yavaşlaması, enerji azlığı, psikomotor ajitasyon, insomnia, libido azlığı, hipersomia, iştah bozukluğu, kabızlık, kilo değişikliği, baş ağrısı gibi nörovejatif bazı zamanlarda sanrılar ve varsanılar şeklinde psikotik şikayetlerle gözlemlenen duygu durumudur. Bu sendrom bir çok ruhsal veya ruhsal olmayan rahatsızlıkta görülebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 1999; Öztürk, 2002; Yüksel, 2001).

Çökkünlük(Depresyon), derin üzüntü hali, bazı zamanlarda hem üzüntü aynı zamanda bulantı bir duygu haliyle beraber düşünce, devinim, fizyolojik işlevlerde yavaşlama hali ve konuşma durgunlaşma hali ve aynı zamanda değersizlik, güçsüzlük, karamsarlık, isteksizlik ve düşünceleri ile belirlenmiş bir hastalık tablosudur. Bedensel veya farklı bir ruhsal rahatsızlığa bağlı biçimde meydana gelebileceği gibi tümüyle bağımsız olarak da meydana gelebilmektedir (Öztürk, 2004).

Depresyonu açıklayan kurumlar gözlemlendiğinde bunların psikoanalitik, davranışçı ve bilişsel davranışçı kurumlar olarak üç temel başlık altında toplandığı gözlenebilmektedir.

2.10.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Uzun süreli tedavinin gerektirdiği ve tekrarlayıcı bir hastalık olan depresyonun sıklığı ve süresi yaş ile birlikte artış gözlemlenmektedir (Yüksel, 2002). Yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında kadınlarda duygu durum bozuklukları erkeklerden iki kat daha fazla olduğu ve 18-44 yaşları aralığında, bilhassa da 25 yaşından sonra daha sık görülmektedir (Bozdemir ve Arkadaşları, 2017).

Depresif bozukluklarda en fazla araştırılan majör depresif bozukluklardır. Majör depresif bozukluklarda hayat boyu risk; kadınlarda oran %10-25 iken, erkeklerde oran %5-12 olarak saptanmıştır. Oranlar distimit bozukluk için yaklaşık olarak %6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak saptanmıştır. Erişkin bireylerde majör depresif bozukluğun toplum örneklerindeki nokta prevalansı erkekler %2-3, kadınlar %5-9 aralığında değişmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994; Savrun., 1999).

Türkiye’de yapılan 7479 bireyi içine alan *“Türkiye Ruh Sağlığı Profili”* araştırmasına göre; depresif nöbet yaygınlığı %4 olarak saptanmıştır. Kadınlarda yaygınlık oranı %5.4 iken erkeklerde %2.3’tür. Ağrı bozukluğu dışlandığında en sık görülen bozukluğun majör depresyon olduğu ifade edilmiştir. Şehir merkezinde depresyon bulgusuna rastlanma riskinin daha yüksek olduğu açıklanmaktadır (Erol ve Ark., 1998).

2.10.3. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun oluşmasında tek bir etken değil, genetik biyolojik ve sosyal sebeplerin birlikte rol aldığı bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun %33 genetik riskinin var olduğunu göstermektedir (Fava ve Kendler, 2000). Çevresel etkenlerin, genetik yapıyla olumsuz etkileşimi, etkileşimin zamanlama açısından önemini vurgulamış ve depresyonla alakalı

temel risk etkenleri açısından; depresif kişilik nitelikleri, kadın olma hali, ailesel yüklülük, düşük eğitim düzeyi, yakın ilişkide kısıtlılık, olumsuz yaşam koşulları, bedensel hastalıklar, hastalıklarla alakalı tedaviler, yeti kaybına sebep olan psikolojik bozukluklar olarak bildirilmektedir. Ayrıca kültürel ve sosyal etkenlerin bireysel farklılıklar gösterip etkilediğini ve biyolojik açıdan da nörotransmitterlerde işlevsel bozulmaların olduğu bildirilmektedir (Akt: Karadağ, 2008). Depresyonun Etiyolojisinde özellikle nörepinefin (NE) ve seratonin (5-HT) etkinliklerinde düşüş olduğu en çok kabul edilmiş bulgulardandır (Balcioğlu, 1999). Depresyonda gama amino bitürik asitte (6ABA) düşük bulunduğu ifade edilmektedir. GABA agonistleri NE, seratonerjik nöronların ateşlenmesini fazlalaştırmakta ve dopamindeki döngüyü azaltmaktadır. Depresyonda intraselüler sodyumun artışı da söz konusudur (Sönmez ve Ark., 2007).

2.10.4. Depresyonda Biyolojik ve Psikososyal Etkenler

Biyolojik ve Psikososyal etkenler olarak 2 başlık altında toplamak mümkündür. Biyolojik ve Psikososyal etkenler birbirleri ile bağlantılı olarak duygu durum bozukluklarının oluşmasına sebep olmaktadır

2.10.4.1. Biyolojik Etkenler

Biyolojik etkenlerin ilk sırada biyokimyasal etmenler olarak gelir. Biyojenik aminler noradrenalin ve seratoninde eksilme ya da artış depresyon ve mani durumunu tetiklemede etkendir. Çeşitli hormonal bozuklukları, özellikle depresyon bozukluğu durumunda hipofiz bezi aşırı ACTH salgılamakta, böbrek üstü (adrenal) bezlerinden yoğun miktarda kortizol salınımına sebep olmaktadır. Bu sorunun tam olarak neden kaynaklandığını belirli bir açıklığa kavuşmamıştır.

Birey stres yüzünden hipofizden aşırı ACTH salgılayarak depresyonu tetiklemekte veya depresyona girdikleri için hipofizden aşırı ACTH salgılayarak kortizon seviyesini yükseltmektedir. Bu bilgilerin kesinliğine gerçek anlamda ulaşılammıştır (Köknel, 1989).

Bu rahatsızlıklar daha yoğun görülme eğilimini bir ailede veya akrabalarda göstermektedir. Majör depresyonu olan bireylerin yakınlarında depresyon görülme olasılığı normal kontrol grubuna göre 2-3 kat daha fazla olmaktadır. Bipolar bozukluk olarak bilinen; mani ve depresyonun dönüşümlü olan hastalıklarda 8-18 kat fazla gözlemlenmektedir. Depresyona neden olan biyolojik etkenlerden diğerleri ise ameliyatlara, menenjit, kafa travmaları, çeşitli enfeksiyon hastalıkları, kafa içi herhangi bir oluşum veya gebelik, çeşitli rahatsızlıklar, lohusalık, tiroid bezi hastalıkları, menopoz dönemi hormon değişiklikleri, hormon bozuklukları, çeşitli kanser türleridir (Özpoyraz, 1998).

2.10.4.2. Psikososyal Etkenler

Yaşamdaki olayları ve toplumsal streslerin birtakım klinisyenler birinci ve ana bir davranışa sahip olduğunu açıklarken, birtakım klinisyenler de depresyonuna sebep yaşam olaylarının sadece limitli bir role sahip olduğunu öne sürmektedir (Özmen ve Ark., 1997).

Yaşlılığın beraberinde gelen değişimlerde fiziki beceri, eski gücün, cildin genç görünmesi, arkadaş ve etraftaki yakın bireyler ile iletişimin, cinselliğin, ve sosyal desteğin ve saygınlığın azalması gibi unsurlar yaşlanma ile birlikte düşüş gözlenir. Bireyler yaşlandıkça yaşam kalitesi azalacaktır. Kişi sahip olduğu etken rolleri ve güçlü yaşantısını yitirecektir. Bu süreçte tek başına yaşamını devam ettirmede zorluk çeken birey destek almaya gereksinim duyacak, böyle bir durum karşısında kişi, bir şeylerin değiştiğini ve kabullenmesinin gerektiğini anlayacaktır (Kaya, 1999).

Yaşlılıkta, üretkenlikte düşüş yaşamak, emeklilik sonrası evde oturmak, bir uğraşın yoksunluğu, bir şeyleri üretememek bireyde psikolojik sıkıntıya neden olmaktadır. Hareketli bir bilgi alışverişindeki durgunluk, kendisine bilgi hususunda bir şeyler danışılmaması travmatik olgunun yükselmesine sebep olmaktadır. Yaşlılık evresinde yaşanan şanslılıklar, kişinin benliğini zedeleyip, duygularını incittiği gözlemlenmektedir. Örnek olarak, evlilik ya da çocukların büyümesi, başka nedenlerle evden ayrılmaları, yakın çevresindeki kişilerden uzaklaşmak eşin ölümü ile gelen yalnızlık sosyal alanda maruz

kalınan terkedilişler yaşlıyı bunalıma sürüklemektedir. Birey yalnız yaşlanmanın yanında sevdiği bireylere değil sağlığını da kaybettiği gözlemlenmektedir (Kopdagel, 1992). Ruhsal açıdan hafızada zayıflamanın görüldüğü, psikolojik problemlerin daha belirgin hale geldiği yaşlılık döneminde motivasyonda eksiklik, çabuk sinirlenme, uykusuzluk, telkine kapılma gibi sorunlar ile karşılaşılabilir. Yapılan bilimsel araştırmalar yaşlılıkla birlikte oluşan psikolojik sorunların kentlerde yaşayan yaşlı bireylerden, kırsal alanlarda yaşayan yaşlılara oranla daha fazla oranda sorunların oluştuğu ile alakalıdır (Çetin ve Ark., 2019).

Sonuç olarak eş ve yakın dostlarından birinin yerine bir başkasını koyamamak yalnızlık ve soyutlanma hissini yaşatabilmektedir. Kalp rahatsızlığı ya da felç gibi yaşlı bireyin gereksinim hissedeceği enerjiden uzak tutan fiziksel olumsuzluklar, işitmede yaşanan sorunlar, ölüm korkusu yaşlı bireyde kuşku ve çöküntü oluşumuna sebep olabildiği gibi uyum güçlüğü sorunları oluşmasına neden olabilir.

2.10.5. Depresyonda Belirti ve Bulgular

Depresyonda kognitif(bilişsel) bozukluk semptomları, duygulanımda bozukluklar, fiziksel bozukluklar ve davranış bozuklukları gözlemlenmektedir. Kognitif bozukluklarda konuşmada gecikmeli, yavaşlama ve monoton cevap verilmesi ayrıca ağır depresyonlu hastalarda tek kelimelerde(evet/hayır) konuşma ya da hiç konuşmama (mutizm) rastlanabilir. Bu duruma ek olarak, kendini eleştirme, kişisel yetersiz olma hali ve kendini suçlama, geleceğe ait endişe ve umutsuzluk, karamsarlık, hatırlama güçlüğü, unutkanlık, algı bozukluğuna rastlanan kognitif bozukluklardandır. Hasta bireylerde ölçüm düşünceleri oldukça yoğun intihar düşüncelerine %75 oranında rastlanabilmektedir. Obsesif bir tarzda tekrarlayıcı ölüm ve intihar düşünceleri bulgularına rastlanmaktadır (Yavuz, 1999). Neredeyse tüm hastalarda kararsızlık görülebilmektedir.

Depresyonda gözlemlenen duygulanım bozukluklarındaki ilgi kaybı ön belirti olarak karşımıza çıkmaktadır. Çaresizlik, keder, zevk alamama sıklıkla

gözlemlenmektedir. Bireylerde gün içerisinde duygu durumdaki bozukluklar ile karakterize olduğu gözlemlenmiştir. Bilhassa, depresif duyguların sabah saatlerinde daha yoğun olduğu bilinmektedir. Sık sık gece uyanmalar, uykusuzluk, sabah saatlerinde erken uyanma hali ve sabah uykusuzluğu(insomnia) görülebilmektedir. Kişilerde %20 oranda aşırı uyuma (hypersomnia) görülmekte ve bu kişiler günde 14-15 saat uyumaya eğilimlidirler.

Görülen fizyolojik bozukluklar ise iştahta azalma, kilo kaybı, kabızlık, halsizlik, dismenore, amenore, cinsel istek kaybı, somatik yakınmalar ve adet düzensizliği ile karakterizedir. Bir takım hasta bireylerde aşırı iştah artması gözlemlenebilmektedir.

Depresyonda rastlanan davranış bozukluklarında ön plana çıkan psikomotor yavaşlamadır. Kişilerin iş yapmaları, yürümelerindeki isteksizlik konuşmalarındaki enerjisizlik ve ilgisizlikle de bağlantılı olarak yavaş bir hal almaktadır. Bir takım anksiyeteli kişilerde ise devamlı elleri ovuşturma, yerinde durmama, devamlı gezinme hali görülmektedir. Ayrıca bu kişiler sürekli kötümser ve şikayet eden bir yaklaşım hali göstermektedirler. Yaşlı bireylerde daha fazla gözlemlenen psikomotor huzursuzluktur (Ormel ve Ark., 2002).

Depresyon hastalarının büyük bir bölümü ilk olarak somatik şikayetlerle birinci basamaktaki sağlık kurumlarına başvuru yapmaktadırlar. Bu basamaktaki hekimlere başvuran hasta bireylerin üçte birinden fazlasında belirgin düzeyde psikolojik rahatsızlıkların barındığı ve bunların yalnız %15-25'ine depresyon ya da anksiyete tanısı konulduğu bildirilmektedir. Birinci basamaktaki depresyon yönetimi rehberleri; hasta bireyin yakınmaları, risk faktörleri depresyon olarak düşünüldüğünde tarama testlerinin uygulanması önerilmektedir. Sonuç olarak depresyon görülme durumunda tanı için yapılandırılan klinik görüşmelerin gerçekleşmesi gerekmektedir (Mevsim ve Yılmaz, 2017).

2.10.6. Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı

2.10.6.1. Majör Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluk tanısı koyabilmek için belirtilerin hastada iki hafta devam etmesi yeterlidir. Sadece çoğu zaman belirtiler çok daha uzun sürmektedir ve majör depresif epizod tanı ölçütleri en az iki yıldır devam ediyorsa kronik majör depresif bozukluk düşünülebilir. Majör depresif epizod esnasında bazı zamanlarda psikotik belirtiler ile karşılaşılabilir. Anksiyete bozukluğu veya somatoform bozukluğu bulunan hastalarda da depresyon belirtileri çoğunlukla görülebilmektedir. Bu bireylerde görülen belirtiler tanı ölçütlerini karşılıyor ise buna ek majör depresif bozukluk tanısı konulmaktadır (Özmen ve Ark. 1997 s.131)

DSM-5' e göre Majör Depresif Epizod Tanı Ölçütleri:

A. Aynı iki haftalık dönem süresince, aşağıdaki belirtilerden 5'i (ya da daha fazlası) bulunmuştur. Daha önceki işlevsellik seviyesinde bir değişim olmuştur, bu belirtilerin en az biri ya (1) çökkün duygu durum veya (2) ilgi kaybı ve ya zevk almamaktır. (Not: Açıkça farklı bir sağlık sorununa bağlı belirtileri kapsamayın)

1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında bulunmakta ve bu durumu ya bireyin kendisi bildirmekte (örneğin: kişi, kendini boşlukta hisseder, üzüntülüdür ya da umutsuz durumdadır) ve ya bu durum başkaları tarafından gözlemlenebilir (örneğin: ağlamaklı görünümüdür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde çabuk kızan bir duygu durum olabilmektedir)

2. Neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin biçimde azalma veya bu etkinliklerden zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında belirgindir(öznel anlatım ile ve ya gözlem yoluyla belirlenmektedir).

3. Kilo vermeye çabalanmıyorken (diyet uygulanmıyorken) çok kilo kaybı veya kilo alma (örneğin: bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir farklılık) veya neredeyse her gün, yeme arzusunda azalma ve ya artış belirgindir (Not: Çocuklarda beklenen kilo artışını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk yaşamak ve ya aşırı uyuma durumu.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) veya yavaşlama durumu yaşama. (başkalarınca gözlemlenebilir: sadece, öznel, dinginlik sağlayamama ve ya yavaşladığı duygusu hissetme olarak değildir).

6. Neredeyse her gün, ya da içsel gücün kalmaması veya bitkinlik(enerji düşüklüğü yaşama).

7. Neredeyse her gün, değersizlik hissi yaşama aşırı veya uygunsuz suçluluk duyguları taşıma (sanrısız olabilmektedir) (sadece hasta olduğundan dolayı kendini kınama veya suçluluk duyma olarak değildir).

8. Neredeyse her gün odaklanmakta, düşünmekte, güçlük çekme veya kararsızlık yaşama hali (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlemlenebilir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri taşıma (yalnızca ölüm korkusu değildir), özel bir eylem kurgulamak sizin yineleyici kendini öldürme düşüncesi (intihar) düşünceleri veya kendini öldürme teşebbüsü veya kendini öldürmek için özel bir eylem kurgulama.

B. Bu belirtiler klinik bakımdan belirgin bir sıkıntıya ve ya toplumsal, işle alakalı alanlarda veya önem arz eden diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olmaktadır.

C. Bu dönemde, bir maddenin veya farklı bir sağlık durumunun fizyolojisiyle alakalı etkilerine bağlanmamalıdır. Not: A-C ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturmaktadır.

Not: Önemli bir kayıp örn. batkılık yas [parasal çöküntü durumunda],doğal bir yıkım neticesinde yitirilenler, önemli bir hastalık veya yeti kaybı) esnasında gösterilen tepkilerin arasında, A tanı ölçütlerinde belirtilenler, yoğun seviyede bir üzüntü duygusu taşıma, yitimle alakalı devamlı düşünme durumu, uykusuzluk yaşama, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon evresini düşündürebilir. Bu tip belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun biçimde bulunabilse de çok muhim bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon evresinde de olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışı vurumunun değerlendirilmesini gerektirmektedir.

D. Yeğin depresyon döneminin oraya çıkışı şizoduygulanımsal bozuluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofeni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış veya tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. DSM-5' e göre Majör Depresif Epizod Tanı Ölçütleri (E. Köroğlu, Çev: 2016).

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi veya bir hipomani dönemi geçirilmemiş. Not: Mani benzeri ve ya hipomani benzeri dönemler maddenin neden olduğu dönemler ise ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle alakalı etkilerine ilişkilendiriliyorsa bu dışlama uygulanmamaktadır.

Depresyon ayırıcı tanısında dikkate alınacak psikiyatrik öykü ve geçmişe dönük tıbbi öykü alınarak gözden geçirilmelidir (Yüksel, 1998). Bilhassa hasta bireylerin kullandığı ilaçlar ve eşlik eden hastalıkları dikkatle incelenmelidir. Doğum kontrol hapları, tansiyon ilaçları, kortikosteroidler, histamin, benzodiazepinler, reseptör antagonistler, psikoaktif maddeler, kanser ilaçları ve anabolik steroidler depresyon semptomlarına neden olan ilaç gruplarındandır. Parkinson, epilepsi, demans hastalığı, inme, multipli

sklerozis, hipertroidizm, kanser, hipotroidizm, HIV hastalığı Huntington hastalığı ve cushing sendromu ise depresyon semptomlarına neden olabilecek bedensel hastalıklardandır (Uluşahin, 2003).

2.10.7. Depresyonun Alt Tipleri

Distimik bozuklukta majör depressive epizoda göre daha hafif bir depresif durum gözlemlenmektedir. Sadece tanı konulabilmesi için belirtilerin en az 2 yıl sürmesi yaşlı gerekir.

Distimik bozukluğun tanı ölçütleri DSM-5'e göre bireyin ya kendisinin bildirmesi veya başkaları tarafından gözlemleniyor olması ile belirli, en az 2 yıl ve hemen her gün yaklaşık gün boyunca devam eden depresif bir duygu durumunun var olması. Not: Çocuklar da ve ergenlerde duygu durum irritabl olabilmekte ve süreci en az 1 yıl olmalıdır.⁹⁷Distimi ve farklı şekilde adlandırılan depresif bozukluklar ve karışık ankisiyete ve depresyon (değişik bozukluk olarak ad konulamayan ankisiyete bozuklukları içerisinde) DSM-5'de yer alan depresyon alt tipleridir. Belirtilen diğer depresyon alt tiplerinde klinik bulguları, tedavi yaklaşımları, hastalığın gidişatı ve oluşmasında farklılıkların gözlemlendiği depresyonlardandır.

Bunlar;

1. Distimi
2. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk,
3. Atipik depresyon,
4. Mevsimsel affektif bozukluk,
5. Karışık ankisiyete ve depresyon,

Tablo 4

Majör Deresif Bozukluğunun Belirti ve Bulguları (Yüksel, 1998);

1	Çökkün duygu durum.
2	İlgide azalma ve zevk alamama.
3	İştah ve kilo kaybı ya da kilo artışı.
4	Uykusuz olma hali veya aşırı uyku.
5	Psikomotor ajitasyon veya retardasyon.
6	Yorgunluk ya da enerji azlığı.
7	Değersizlik veya aşırı suçluluk hissiyatı.
8	Düşünme, dikkatini toplama kabiliyetinde azalma, karar verme güçlüğü.
9	Yinelenen ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, girişimleri veya planları.

2.10.8. Depresyon Tedavisi

Depresif bozukluğu olan hastalarda depresyon tedavisinde üzerinde durulacak yaklaşımlar hastaya göre uygun bir tedavi şekli belirlenerek uygulanmalıdır. Depresif bir hasta ile karşılaşan doktorun ilk olarak yapması gerekli olan depresyonun ağırlık derecesi, kişinin intihar girişiminde bulunup bulunmadığı, intihar riskinin olup olmadığı değerlendirmektir (Koroğlu, 2016). Ağır depresyon vakalarında bireye fiziksel ve psikolojik desteklerin sağlanması gereklidir. İntihar girişiminde bulunmuş, intihar riski taşıyan bir kişinin olabirliği mümkünse ayrı bir odada refakatçinin eşliğinde tedavi sürecine başlanması daha sağlıklı bir yoldur (Özmen ve Ark., 1997).

Tüm rahatsızlıklardata olduğu gibi depresyon tedavisinde en önemli madde depresyon hastasına, hastalığını olabildiğince açık ve sade biçimde anlatılmalıdır. Depresyonun ağır ve ilk geldiği akut evresinde hasta bireyi çok zorlamamakta fayda vardır (Arieti, 1978). İmkânı varsa kısa görüşmeler yapılmalıdır. Bunun nedeni depresyonlu bireylerin uzun soluklu bir görüşme yapabilecek güce sahip değillerdir. Depresyonun akut tedavi yöntemi çok önem arz etmektedir. Hastanın intihar düşüncesi çok ağırlıkdaysa ve bedensel hiçbir engeli yok ise acil bir şekilde EKT (elektro konvulsif terapi) uygulanmalıdır. EKT yapılmasına engel olan bir durum söz konusu ise hemen antidepressif ilaç tedavisine başlanmalı fakat ilk olarak. İlaç tedavisi uygulama öncesi bireyin daha önce depresyon geçmişi sorulmalı eğer geçmişte depresyon yaşamışsa, kullandığı ilaç öğrenilmesi gereklidir.

2.10.8.1. Farmakolojik Tedavi

Majör depressif bozukluklarda %70-80'i genellikle tedaviye cevap vermektedir. Depresyon bozukluklarda antidepresan ilaç tedavisi oldukça önemlidir (Aktaran: Bahar,2005). Depresif hasta halsizlik, güçsüz, mutsuz, bitkinlik, ölümü düşünen, ölmek için intihar düşüncelerine sahip, intihar etmek için yöntem araştıran, uyuyamama veya devamlı uyuma gibi uyku bozuklukları, kendine acıma, suçlama, iştahta bozukluk, dağınık düşünceler, dikkatini toplayamama, ajitasyon ve hareketlerde ve konuşmada yavaşlama aşırı unutkanlık gibi bulguların varlığı mevcutsa ilk tedavi seçeneği olarak antidepresan ilaçlardan başlanmalıdır.

2.10.8.2. Psikolojik Tedavi

Psikoterapi (Ruhsal Terapi): Kişinin ruhsal durumunu ve yapısını anlamaya çalışarak, mevcut durumunu çözümlmek adına destekleyicilik, geliştiricilik açısından uygulama yapılan psikolojik yöntemlerden bir tanesidir (Köknel, 1989).

Psikoterapi bireyin kendisi ve diğer bireyler ile uyumlu bulunabilmesi, kendisi ve etrafındaki bireyler ile barışık bir biçimde yaşayabilmesi adına bazı destekleyici yöntemlere başvurularak uygulanan psikolojik uygulama sistemi olarak ifade edilir. Depresyonda psikoterapotik yaklaşım depresyondaki özgül birtakım yönelimleri düzenlemek için uygulanan çalışma biçimidir. Bunlar, biliş, davranış ve duygulanım olarak adlandırılır. Bu tedavi uygulama biçimi özgül depresyon için geliştirilen terapi ve kısa süreli kişilikte değişmeler yerine açığa çıkan depresif tabloyu yapılandırmayı amaçlayan yaklaşımdır (Alper, 2001).

1970 yılından itibaren devamlı geliştirilen psikoterapi çeşitlerinin depresyonun tedavisinde etkinliği göülmüştür. Pek çok özelleşmiş psikolojik tedavi biçimleri mevcuttur Bunlardan en iyi olarak kaydedilen ilerleme, ilaçlarda görülen gelişmelerle neredeyse eşittir. Bu alanda yapılan pek çok araştırmaların beraberinde gözlemlenen özelleşmiş psikoterapi yöntemleri tek veya ilaçla birlikte yapıldığında, bireyin 2 yıllık kontrol ve gözleme esnasında

rahatsızlığın tekrarlama durumunda gözle görülür oranda azalma saptanmıştır

Bilişsel Terapi: Tek kutuplu depresyon tedavisinde etkindir, Depresyonu meydana getiren ruhsal yapıyı değiştirmeyi amaçlayan, etkili bir terapi yöntemidir. Bilişsel terapi, bilişlerin, çevresel olaylar ile davranış ve duygular arasında aracılık yaptığı varsayıma dayanmaktadır.

Bilişsel terapide ana öge, düşüncedeki yanlışların psikolojik problemlere neden olmasıdır. Bilişsel terapide, terapistler hastalarının bu tür yanlışlarını tanımalarını ayrıca bunların üstesinden gelmeleri için mücadele etmeleri ve değiştirmeleri konusunda yardımcı olmaktadır (Dağ ve Ark., 2004).

Pek çok terapötik tedavi düşünce sürecini kapsamaktayken, bilişsel terapiler özellikle hastanın uyumsuz bilişlerini tanımını yapması ve değiştirilmesi için yönelim gösterirler. Bu bilişler bir davranışın inançları, şemalarını, günlük beklentilerini, yaptıkları konuşmaları, problem çözme becerilerini kapsayabilir. Bilişsel tedavi kapsamı, şimdi ve burada problemlerine yoğunluk vermektedir. Bilişsel tedavinin, davranışçı tedaviden farklı tarafı, duygular, düşünceler istekler, gündüz düşleri ve tutumlar gibi içsel duygulara daha çok önem vermesidir.

Davranış Terapisi: Tek kutuplu depresyon tedavisi göreceli umut vadeden ve yeni tedavilerden biri olan davranış terapisi, öğrenme kuramlarından ve öğrenme için yapılmış olan pek çok çalışmalar neticesi meydana gelmiş ve pek çok psikolojik problemlere uygulanabilirliği olan bir yöntemdir (Dağ ve Ark., 2004).

Davranış terapisi tek bir yöntem olmayıp, Özellikle bireylerin ruhsal problemlerini değiştirebilme adına geliştirilmiş oldukça geniş bir tekniktir. Bunlar kapsamında sistematik duyarsızlaştırma, maruz bırakma terapileri, edimsel koşullanma, gevşeme eğitimi, diğer pekiştirmeye dayanan terapiler, cinsel işlev bozukluğunda duyusal odaklanma vb. pek çok sistem sıralanabilir (Dağ ve Ark., 2004).

Davranış terapisi, danışan bireylerin sorunlu davranışlarını ya da bu davranışlarına sebep çevresel koşulları bilmek ve bunları değiştirme yöntemlerini öğrenmek için yardım edebilmeyi amaçlamaktadır.

Kişilerarası Terapi (Interpersonal Terapi): Bireyler arasındaki ilişkilere eğilimi olan, zamanla sınırlı, psikoterapi biçimidir. Gözlemlemeyi amaçlayarak depresyon tedavisinde etkinliği saptanmıştır. Bireylerin birbirleri ile etkileşimlerini ve yaşamdaki sorunlarına eğilerek sistematik ve standardize bir tedavi biçimidir (Klermang ve Ark., 1984). Bu uygulama tarzında terapist çatışma alanlarına girmektedir. Bireylerin yaşam tarzları ve birbirleriyle olan ilişkilere dikmeye alarak sosyal destek yöntemlerinin güçlenmesine ve kişinin inandıkları ve işlevselliğine etki eden davranışlarını değiştirilmesine aynı zamanda anlam kazanmasına, yardım etmeye çalışır.

Psikoanalitik Yönelimli Psikoterapi: Terapi, klasik psikanaliz kurallarına bağlı, uzun zamanlı iç görü kazanımı ve kişilik yapılarının değişiminin hedeflendiği terapi biçimidir (Moh, 1995). Depresyonu tetikleyen ve sürekliliğini sağlayan bilincin dışındaki çatışmanın ve güdülerin ortaya çıkması amaçlayan, süresi belirsiz iç görü odaklı tedavi sistemi şeklinde açıklanmaktadır.

Destekleyici Psikoterapi: Psikodinamik tedavi uygulamalarında, hastalığı meydana çıkaran belirtileri hafifletebilmek ve uygulanan ilaç tedavisine uyum gösterebilmesi beklenir. Hasta bireyin daha evvel ki sağlıklı hayatındaki ruhsal dengesinin tekrardan yapılandırılması için çalışmak ve olumlu tarafları ile işlevselliğin güçsüzleşmesine engel olmaktır.

Grup Terapisi: Aynı ortamda düzenli biçimde toplanıp, faaliyette olmaları, kendilerine ait duygu, düşüncelerini ve davranışlarını danışanlarla paylaşım bir iç görü kazanmaktadır. Bu paylaşımların beraberinde yardımlaşmada buldukları bir terapi çeşididir (Morris, 2002).

Grup terapisi, sadece danışana değil terapist, danışanın çevresindeki başka bireylerle ne şekilde iletişim içinde olduğunu ve etkileşimde olup

olmadığını görme şansını vermektedir. Grupların, kişinin sıkıntılarının daha basit açığa çıkmasını sağlar ve bilişsel terapi sisteminden daha kolay ve kısa zamanda gerçekleştirilmektedir.

Aile Terapisi: Kişilerden birinin problemi yüzünden aile üyelerinin tümünün davranışlarındaki değişimler konusunda, sorunu olan depresif kişi kadar diğer aile üyelerine de yarar sağlayan bir terapi çeşitidir. Özellikle eş, aile ve çocuklar ya da diğer aile fertleri arasında oluşan sorunun çözümü için uygulanan bir terapi türüdür.

Grup terapisinin farklı bir çeşidi olarak bilinen aile terapisi, depresyonun gelişiminde aile ortamındaki tetikleyici sorunların depresyonu çoğaltmasıdır. Aile fertleri arasında, iletişimleri ve paylaşımları olumlu eğilmi artırabilmek sorunlu olan bireyin tedavisinin iyiye gitmesine fayda sağlayacaktır.

2.10.9. Depresyonun Modellere Göre Tanımlanması Ve Bu Modellere Göre Açıklanması

Günümüzde tüm toplumlarda yaygın biçimde görülen ve psikiyatride "soğuk algınlığı" terimiyle ifade edilen depresyon, son yıllarda intiharla irintili oldukça önemli bilişsel bir rahatsızlık biçiminde ele alınıyor ve toplumun tüm kesiminde depresyona rastlanmaktadır (Durak, 1994).

Son yıllarda psikoloji bölümünde oldukça önem kazanmaya başlayan bilişsel yaklaşımda depresyon ve anksiyete duygu durumlarının bireyin durumlara yüklediği anlamlar ile yakın ilişki içerisinde olduğu kabul edilmekte. Olaylara yüklenen anlamların ise kişinin çocukluk yıllarından kazandığı deneyimlerle biçimlenmiş şemalardan edindiği düşünme yanlışlarından ve yaşamış olduğu olumsuz düşüncelerin fazlalığından kaynaklandığını kabul edilmektedir (Beck, 1976). Depresyonla alakalı rahatsızlıkların, aslen çocuk ve ergenlerde daha çok gözlemlendiği, bu rahatsızlıkla irintili intihar yüzdelerinin gençlerde arttığına yönelik sonuçlar bildirilmektedir (Aytar, 1985; Yüksel, 1987; Blackburn, 1993).

1960' lı yıllarda psikolojide ortaya çıkış yapan bilişsel devrimle depresyona çok daha yeni izahatlar getirilmiştir. Depresyon kavramı, gerek psikiyatri gerekse akıl hastalığı bölümünde fazlasıyla karşılaşılan bir terimdir. Duygu durum (mood) hali ve karamsar düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Azalmış enerji seviyesi ve ilginin kaybı depresyon ile açıklanmaktadır. Depresyon seviyesi arttıkça, otomatik düşüncelerdeki yoğunluk da artmaktadır. Bu tarz düşüncelerde yoğunluk arttıkça amaçlı düşüncelerin ve mantıklı düşüncenin azalması ile paralel olarak depresif durumun artmasına neden olduğu düşünülmektedir (Turaddle ve Scott, 1991).

2.10.9.1. Depresyonun Bilişsel-Davranışçı Modeli

Bu modelde, depresyonla ilgili çağdaş kuramlar içinde, depresyonun varoluşunun ve tedavisiyle alakalı olarak geliştirilmiş bulunan bilişsel kurumlardan, Ellis, Rehm, Seligma ve Beck'in bilişsel kuramları yer almaktadır.

Akılcı Duygusal Yaklaşım (Rational-Emotive Theory (RET)); Depresyon Ellis' in (1970) Akılcı-Duygusal Yaklaşımına göre depresyonun varoluşuna mantıkdışı duygular, düşünceler ve davranışlar sebep olmaktadır. Mantıkdışı düşünceler inançlara ve varsayımlara daha fazla dayanmakta. Bu modeldeki duygulardaki değişimler irrasyonel inançlardan kaynaklanmakta. Psikolojik rahatsızlıkların ilki, algılanan durumun bütünüyle içten gelen bir duyguyla ifade edilmesi haliyle göz önüne alınmaktadır. Değerlendirme de ise dogmatik olarak, "gerekir", "şarttır" şeklinde formlarla yönlendirilir. Bunlar psikolojik rahatsızlığın temelini oluşturur. Ellis birtakım RET düşüncelerini şu şekilde belirlemiştir (Corey, 1982, s:171).

Kişiler kendilerini bazen rahatsız edilmiş olarak hisseder. Kişilerde kültürel olarak ve biyolojik olarak yanlış düşünüşe yatkınlık vardır. Kişiler rahatsız düşüncelerini muhafaza etmeye yatkındırlar. İnsanlar duygularını, düşüncelerini bilişsel, davranışlar yöntemlerini değiştirebilme becerisine sahiptirler.

RET'in bir diğ er varsayımı ise kişiler düşünebilir, duygulanır ve davranışlar biçimindedir. RET esnasında ABC modelinden tedavi amacıyla yararlanılmakta. Kuramda, insanın yaşantısı, inancı ve duyguları içerisindeki etkileşimi açıklanır. Akıler-Duygusal Yaklaşım a bakıldığında, rahatsız edici duygular ve davranışların sebebi, yaşanmış olan olaylar olarak değil de olaylara yönelik oluşturulan düşünceler (Corey, 1982, s:172).

Depresyonda Öz-Denetim Modeli (Self-Control Model): Rehm (1977-1981), depresyonu öz-denetim kuramı ile birlikte ele almıştır. Depresyon öz-denetim olarak bilişsel davranışsal yeterli olamama şeklinde görülmekte. İnsanda var olan; davranışlarındaki denetim üç farklı süreçle açıklanıyor. Bu üç ayrı süreç "kendini izleme", "kendini değerlendirme" ve "kendini pekiştirme" şeklinde açıklanıyor.

Depresyonda etki yaratan yetersizlikler olduğu varsayılan yetersizlikler aşağıda belirtilmiştir (Twaddle ve Scoat, 1991, s:62):

1. Kendini izleme (Self-monitoring);

- a) Depresif olan kişiler çevresinde olumlu durumlar haricinde, seçici bir biçimde olumlu olmayanları seçme eğilimi göstermektedir.
- b) Depresif olan kişiler seçenler olarak olumsuz durumları seçme eğilimi göstermektedir.

2. Kendinin değerlendirme (Self-evaluation):

- a) Bu bireyler kendilerini değerlendirmeye aldıklarında uygulamaya koyacakları kuralları sert koyma eğilimi göstermektedir.
- b) Bu bireyler davranışları hakkında olumlu olmayan bağlantısı kurulmakta.
- c) Buna göre içsel faktörlere olumsuz, dışsal faktörlere ise olumlu sonuçlar bağlantısı kurulmakta.

3. Kendini pekiştirme (Self-reinforcement):

- a) Üsttekilerin sonu biçiminde kişiler kendileri yetersiz pekişme eğilimi göstermektedirler.
- b) Depresif olan kişiler kendilerini cezalandırma eğilimi göstermektedirler.

Öğrenilmiş-Çaresizlik Modeli (The Learnd-Helplessness Model):

Seligman'ın (1981) modelindeki gibi, depresyonun önem teşkil eden süreçlerden olduğu ve kişinin beklentilerin bir şekilde etkilediği biçimde açıklanmaktadır. Bu model biçimine göre, kontrol yaşantı seviyesine varmayan organizma motivasyonel, bilişsel (gelecekle ilgili kötümser beklentiler) ve depresif duygu halinde bozukluklar göstermekte. Abramsan ve arkadaşları, bu yetersiz modeli, dört varsayımı tekrardan ele almışlar (Twaddle ve Scoat, 1991).

1. Hoşnutsuzluk Beklentisi, Nefret (Expected Oversiveness): Burada kişinin hoşnutsuz olma beklentisinin oldukça yüksek olduğu görülür ya da bireyin birden fazla beklentisi gerçek olmaktadır.
2. Kontrolsüzlük Beklentisi (Expected Uncontrollability): Bu anlamda kişi, olası durumlar karşısında bir şey yapamamaktadır.
3. Yükleme Biçimi (Attributional Style): Bu anlamda kişi, olumsuz durumları çarpıtılmış biçimde içsel nedenlerle, tutarlı ve evrensel biçimde olan olumlu durumların da dışsal nedenlerle alakalı görmektedir.
4. Motivasyonel, Bilişsel ve Duygusal Semptomların Önemi (Severity Of Motivational, Cognitive and Emotional Symptoms): Burada ise memnun olmamanın büyüklüğü ve deneyimde yetersizlik beklentisi, motivasyonun düşmesine ve bilişte yetersizlik olmasına neden olmaktadır.

2.10.9.2. Beck'in Bilişsel Kuramı

Beck ve arkadaşları (Bek, 1976; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979) depresyon ve başka bozukluklarda bilişsel kuramı geliştirmeye başlamışlardır. Bu kuram iki kısımda ele alınabilir. İlk kuramın, yapısal bölümü olan bireyin kendisi, geleceği ve dünya ile ilgili olumsuz düşünüş ve algılamaları; ikinci bilgi işlemdeki strateji yöntemleridir. Bunlar ise düşünüşte mantıkla ilgili hataların yapılması ve düzensizlerden oluşur. Bu kuramda iki kısım birbiriyle irintili olsa dahi birisini, diğer biri olmaksızın da kabul etmek mümkün. Kuramda var olan şemanın seçilmesi, mantıklı ve akılcı düşünme olması gereklidir. Kuramın yapısal kısmında, depresif bölüm üçlü karakteristiğinde, bireyin kendini olumlu olmayan biçimde değerlendirilmesi,

geleceğin ulaşılamazlığı ve başaramamalarla dolu, dünyanın ürkütücü bir mekân olarak algılanması ile açıklanmaktadır.

Bilişsel yaklaşım, depresyona neden olan etmenlerin dışarıdan geldiğine inanmamaktadır. Depresyonun düşünce bozukluğu olduğunu ifade eden Beck (1967) benliğin değersiz, geleceğin umutsuz ve dünyanın anlamsız görülmesinin depresyon oluşurken temel olgu olarak görmektedir. Beck'e göre, bozulmuş, olumsuz olan düşünüş tarzları, semboller, düşünceler depresyonun köklerini oluşturmaktadır (Akt: Boyacıoğlu, 1994).

Bilişsel kuramca depresyondaki birey kendini yetersiz, değersiz hissedip, olumsuzluklardan kendini sorumlu kılar ve diğer bireyler tarafından beğenilmediğini düşünmektedir. Çevresi ile olan yaşantılarını, ilişkilerini olumsuz, negatif algılayarak yaşamının aşılamayacak zorlukla dolu olduğunu düşünmektedir. Gelecek hayatını başarısızlık beklentisini, karanlıklar içinde ve ümitsiz bir durum olarak algılamaktadır (Savaşır ve Yıldız, 1996).

Beck tarafından geliştirilmiş depresyonda bilişsel bozukluklar modeline göre, anksiyete ve depresyon gibi duygulanım bozukluklarının en temel belirleyici sebebi bilişseldir. İnsanın biliş düzeyindeki biliş, zihinde bulunan davranış kalıplarındandır. Bu kalıplar kişinin duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını şekillendirip, belirli bir durumda kişinin sözel ve imgesel olarak düşünmesini sağlamaktadır (Akt: Ayverdi, 1990; Kalafat, 1996).

Beck(1967) depresyona eğilimi olan bireylerin bilişsel düzeylerinde, zihinlerinde çarpık gerçekte var olmayan davranış kalıpları ve bilişsel bulunduğunu ayrıca bunların duygulanımı bozarak depresyona neden olduğunu ifade etmektedir. Bu bilişler hatalar, normal kişilerde de bulunmasına rağmen depresiflerde bu bilişler, normal kişilere göre daha abartılmış şekilde algılanmaktadır (Akt: Ayverdi, 1990).

Beck depresyonu psikolojik altyapıda etkili olan bilişsel yapıları üçe ayırmış ve incelemiştir.

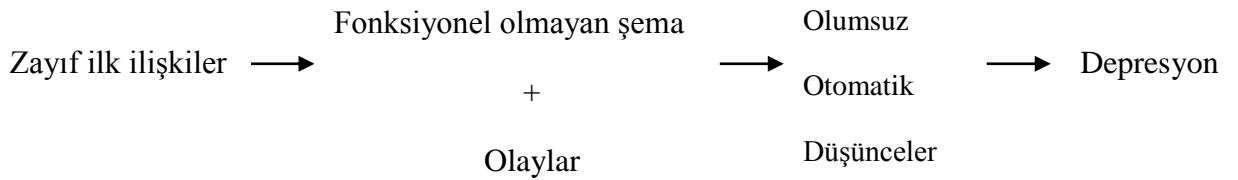
1-)Bilişsel Üçlü

2-)Bilişsel Şemalar

3-)Bilişsel Hatalar

İlk yıllardaki ilişkilerin sebep olduğu varsayımlar ve devamı gelen psikolojik zayıflıklara öncü olabilmektedir. Benzer olguların ve durumların varlığının görülmesi ve bilginin olumsuz işlenmesi durumunda depresyonun artışına sebep olabilmektedir.

Stresin varoluşuna sebep olan faktörlerle karşı karşıya gelen kişi şeması duyarlılığa sahip olarak, depresif şemaya hareket kazandırmaktadır



Şekil 1. Beck'in Bilişsel Kuramının Basamakları

Beck'e (1967, 1976, 1984) depresyonun belirgin psikolojik belirtileri, düşünme halinde üç seviye şeklinde ortaya çıkmakta. Bu bilişsel üçlü ve düşünme süreci şeklinde açıklanabiliyor. Kişilerin kendilerini, geleceğini ve çevrelerini olumsuz şekilde görmeleri ve değerlendirmeye almalarından oluşmaktadır. Beck'e göre üçlü, bireyin doğru olmayan algılama ve yorumlamalarından kaynaklanmaktadır. Depresif bireyler olumlu ya da olumsuz olan olaylar eşit derecede mevcut olsa bile olumsuz olanları algılamaya eğilimlidirler (Cayne ve Gotlib, 1983).

Sistemik mantıklı düşünme yanlışları (Systematic logical thinking errors): Depresif bireyler durumları değerlendirmeye alırken alışkanlığa dönüşmüş, hatalı nedenler bulma davranışı göstermekte. Bu yanlışlar aşağıda liste halinde verilmiştir.

1. **Keyfi Çıkarsama (Arbitrary Inference)** destekleyici verinin noksanlığı durumunda olumsuz sonuçlara ulaşma, örneğin; "Annem beni unuttu" şeklinde değerlendirilmesi. Keyfi çıkarsamada iki tür vardır. Zihin okuma ve olumsuz tahmin (Beck, Rush, Show ve Every, 1979).
 - a) **Zihin Okuma (Mind Reading)** bireyin, diğer insanların onu nasıl gördüğü konusunda bir takım fikir yürütmesi ve savunmak için karşı atağa geçmesidir.
 - b) **Olumsuz Tahmin (Negative Assumption)** bireyin, gerçeğe ilgisi olmamasına rağmen kendine kötü bir şey meydana geleceği hissine kapılmasıdır. Olumsuz tahminden kaynaklanan olumsuz beklentiler.
2. **Seçici Soyutlama (Selective Abstraction)** yoğunlukla olumsuz detaylarda yoğunlaşılması ve genel olarak bir durumun en önemli olan taraflarını yadsıması.
3. **Aşırı Genelleme (Overgeneralization)** bir olaydan yola çıkarak çok geniş olaylar ve durumlar karşısında gelişigüzel çıkarsamalarda bulunma.
4. **Büyütme v Küçültme (Magnification)** olaylarda öneme binaen yapılmış değerlendirme yanlışlıkları.
5. **Kişiselleştirme (Personalization)** bireyin olumsuz durumlarla alakası olmamasına rağmen, durumu kendisiyle alakalı görme eğilimidir.
6. **Mutlakıyetçi, İkili Düşünme (Absolutistic, Dichotomous Thinking)** Kutupsal zıtlıkta düşünüş olarak da açıklanabilir. Bu düşünme kişisellikteki özelliklerin siyah beyaz örneğindeki gibi çok yoğun uçlarda değerlendirilmesini içerir. Örnek: "hep" veya "hiç" düşüncesi mutlakıyetçiliğin bir biçimi olarak görülebilir. Kişinin en ufak kusur veya başarısızlığından, ümitsizlik hissi ve hiçbir şey gibi görmesidir (Beck, 1976, s:255).

Aşırı mükemmeliyetçi düşünme biçimi bireyi, hatalı davranmaktan alıkoyduğu için birey, hatalı davranmaktan kaçınmak için, bu defa hiçbir şey yapmamaya başlamıştır. İnsanların hepsinde gerçekleri saptırma eğilimindedir. Eğer ki bu tür rahatsızlar aşırı olduğunda ise birey gerçeklerle bağlantısını kaybedebilir v psikopatolojik semptomlar ortaya çıkabilir.

Beck (1969)'in geliştirdiği depresyon kuramı ve bunu temel alan psikoterapisi oldukça geniş bir araştırma yerine sahip. Depresyonda bilişsel terapinin de etkili olduğu kabul görülmesine rağmen bilişsel kuramın geçerliliğiyle irintili daha az uzlaşım görülmekte. Eleştirmenlerde yorumlama olumsuzdan iyimsere kadar geniş bir yelpazeye yayılmaktadır.

Beck' in (1987) bilişsel depresyon kuramında, son önerilerinde bir öncekilerden daha farklı görülmekte. Gözlemsel araştırmanın yorumlanması aşağıda açıklamış, kuramın nasıl geliştiğine bakılmıştır (Stiles ve Gtestram, 1989). Beck'in kuramında biliş kavramının genelde yanlış anlaşılmak, buna sebep iki temel nokta olduğunu belirtilmekte. Birinci, Beck' in kullanmış olduğu bilişsel kavramının kabul görmemiş olabileceği düşünülmekte ve kuramın temellerini işlevsiz inançlardan oluşabileceği ileri sürülmekte. İkincisi ise, Beck' in kullanmış olduğu öncelik terimi. ncelik terimi depresyonun ileri düzeyde olduğu durumlarında oluşmuş bozuklukları göstermekte olduğu belirtilmiştir.

Depresif bilişsel teste tabi edilebilen birkaç varsayım olarak tanımlanır, bunlar ise aşağıda yer almaktadır.

1. **Olumsuzluk** depresif kişilerin düşünüşleri normal kişilerinkine kıyasla olumsuzdur.
2. **Dışlanmışlık** olumlu olmayan bilişler depresyon esnasında her bir yana yayılırlar, olumlular is " otomatik ıkarsamadır". şöyle ki depresif kişilerin olumlu düşüncelerinde azalma görülmekte.
3. **l** depresyondaki bireyler, geleceklere ve dünya hakkında normal olan bireylere oranla daha olumsuz düşünmektedirler.
4. **Otomatiklik** tekrarlayıcı olumsuz bilişler, istem dışı ve kolay kontrol edilebilmeyen algılamalar yer alır.
5. **Evrensellik** bu bilişsellikte l depresyona ait bütün alt tipler temsil edilir.
6. **Gereklilik** depresyondaki bireyler bu üçlüyü göstermektedir.
7. **zgnlk** bütün duygusal bozukluklar içinde olumsuzluk görülmesine rağmen, depresif olan bilişler daha kesin ve kötü sonlara sebep olabilir.

8. Bilişsel Olmayan Semptomlarda Birliktelik olumsuz olan bilişin dereceleri, bilişsel olmayan semptomlardaki depresyonun şiddeti ile alakalıdır.

9. Bilgi Sürecinde Koşullanma ve Bozukluklar depresif olan bilişsel çoğu zaman olumlu olmayan bir durumu ve gerçeklerde çarpıtma gibi durumları gösterir.

Beck, olumlu olmayan bilişin işlevsellikte depresif durumla irintili olduğunu ve stres oluşturan faktörler sonucu ile var olduğunu açıklamıştır. İşlevsel olmayan inanç, stres oluşturan faktörler vasıtasıyla harekete geçiren iki bireysel değişim sosyal etki ve otonomi olduğu açıklanmaktadır. Beck, sosyal etki, bir seviyeye kadar diğer kişilerle olumlu değişim, otonomiye bir seviyeye kadar bağımsız biçimde çalışma, istek başarı, değişkenlik ve doğruluk olarak tanımlanır. Bilişsel kurama göre ise, depresif kişilerde, depresif anlarında benzer olumsuz bilişlere rastlanmaktadır.

2.10.9.3. Davranışçı Kurama Göre Depresyon

Davranışçı kuram, bilişsel kuramdan farklı bir yaklaşım tarzı olarak algılanmamalıdır. Kişi, çocukluk dönemiyle birlikte değişik deneyimler sonucunda öğrenmiş olduğu davranış biçimlerini zaman içinde yaşamında uygulamaya geçmektedir. Bu kuramın öncülerinden olan Seligman (1975) depresyon hakkında öğrenilmişlik çaresizlik kuramı olarak açıklamıştır (Davidson ve Neale, 2004). Belli aralıklarla elektrik şoku uygulanan hayvanların daha sonra kaçmaları mümkün iken kaçmamaları, depresyon halindeki öğrenilmiş çaresizlik biçimindedir (Maier, 1984). Öğrenilmiş çaresizlikte stres oluşturan şeyler karşısında harekete geçirecek pasif tutum depresyondaki davranışa benzemektedir. Ümitsizlik, uyku bozuklukları, iştah kaybı, karamsarlık gibi tepkiler her iki pozisyonda da benzerlik vardır. Bu kişilerin daha önceleri bazı neticeleri davranışlarıyla kontrol yapamadıklarını öğrenmiş olmaları depresif semptomları ortaya çıkmaya başlamasına sebep olmuştur (Depne ve Monroe, 1978). Depresyon tanısı konan kişiler hayatlarındaki başarıları, dışarıdaki sebeplerle açıklarken başarı

sağlayamadıkları durumlarda kendilerini yetersiz oluşlarıyla açıklamaktadırlar.

Depresif kişilerin duygulanımlarındaki bozulmalar ise bu bireylerin derin çöküntü, üzüntü karamsarlık, isteksizlik, güçsüzlük gibi duygular geliştirmelerine sebep olmaktadır (Uzunöz, 1990).

Seligman ve arkadaşlarının formülasyonunu oluşturdukları öğrenilmiş çaresizlik modeli, klinik, sosyal ve öğrenme psikolojisi dallarındaki kuramsal gelişme ve araştırmalardan etkilenmişlerdir. Bu madde depresyon, bireylerin geçmiş hayatlarında olumsuz uyarıcıları kontrol edemeyeceklerini öğrenmiş olmalarından kaynaklanmaktadır (Akt: Boyacıoğlu, 1994; Ayok, 1995; Kalafat, 1996).

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) bu kuramı yeniden formüle etmişler ve depresyona meyilli olan kişilerin olumsuz sonuçları, bütünsel, içsel ve dengedeki faktörlere yükleme yanlısıdır ve sonucunda da düşük kendilik değeri ve çaresizlik ile karşı karşıya kalırlar (Aktaran: Kalafat, 1996).

Skinner, depresyonun davranışçı analizini yapmıştır. Sosyal çevrenin, olumlu yönde pekiştirilmiş davranışlar için pekiştirici durdurması neticesiyle davranıştaki zayıflama halini depresyon olarak tanımını yapmaktadır. Fester (1966) ise hızlı çevre değişimlerinin itici denetlemenin, cezalandırmanın ve pekiştirmedeki farklılıkların depresyona sebep olduğunu savunmaktadır (Akt: Kalafat, 1996).

“Lewinsohn (1974) depresyonun dezeneğini pekiştirme zamanları ile açıklamaktadır. Lewinsohn’a göre;

1-)Tepkiye bağlı düşük orantıda olumlu pekiştirme,

2-)Düşük orantılı pekiştirme,

3-)Yüksek orantılı cezalandırıcı nitelikteki yaşantılar, depresyona sebep olur.”

(Akt: Ayok, 1995).

Davranışçı kuram kişinin olumlu olmayan hayat örneklerini yaşamının tümüne yüklemeleri sebebiyle depresyona girmelerine sebep olmaktadır. Depresyona yatkın bireylerde "depresif yükleme tarzı" görülmekte (Davidson ve Neole, 2004).

Davranışçı depresyon kuramlarınca depresif bozukluklar pekiştirici uyarıcıların sıklığındaki eksilme ile gelişmekte olduğunu ileri sürmektedir. Depresyon, davranışçı teorilere göre, bir bireyin çevresindeki olumlu olan koşullanmaların eksilip, olumsuz olan koşullanmaların artmasından kaynaklandığı ifade edilir (Littauer, 2000).

2.10.9.4. Psikanalitik Kurama Göre Depresyon

Depresyonu sevginin eksilmesiyle alakalı Psikanalitik kurama göre böyle durum da kişinin benliğinde fakirleşmeye, boşluk ve terk edilme duygularına neden olan özdeğerde eksilmeye sebeptir. S. Freud ve K. Abraham tarafından geliştirilen bu kuram, kişinin kayıp edilmiş nesneyle özdeşim kurularak meydana gelen travmaya karşı savunma durumunu açıklamaktadırlar (Alper, 2002). Önceleri, sayılan kişilerin vefatı biçiminde tanımlanan "kayıp" terimi zamanla canlı ya da cansız, hatta soyut, hayali nesnelere için de kullanılmıştır (Alptekin ve Yemez, 1998).

Psikoanalitik kuramca depresyon bozukluğunun esasında; değer verilen ya da sevilen, arçek ya da imgesel bir sevgi nesnesinin, red etme, ölüm, ayrılık neticesinde gerçekten ya da simgesel bir kayıp mevcuttur. Bu nesnelere tipik halde bir çocuğun çoğunlukla anne baba veya genelde anne erken yaşantısındaki önem arz eden bireylerdir. Birey erken çocukluk çağında böylesi bir kayıp yaşadığında, yetişkinlik evresinde önem arz eden bir kayıp yaşarsa ya da hayal kırıklığına uğradığında bu durum depresyona neden olabilmektedir (Clay ve Arkadaşları, 1993).

Sevilen kimsenin arkasından ortaya çıkan normal karşılanan yas hali ve depresyonun birtakım ortak özellikleri mevcuttur. Freud iki kavramı karşılaştırmaktadır. İnkâr, öfke, depresyon ve uyum dönemlerinde sorun yaşamayan bireyler için yas süreci normal seyirde yaşanırken, gelişim

dönemlerinde travmatik durum yaşamışsa yas tutması güçleşmektedir. Ölen kişinin arkasından kişi bu bireyi ya da nesneyi yaşatarak varlık koruma isteğiyle veya onunla olan bağınyı yok ederek unutma yolunu seçecektir. Kaybedilen kişiyle ilgili birbirine zıt düşüncelerin varlığı, ölümü kabul etmeyi zorlaştırmakta. Bu sebeple kişi iç dünyasındaki bu çatışmayı çözmelidir. Bu esnada kişiye karşı duyulan olumsuz duygu ve düşüncelerin ölüme sebep olduğu düşüncesi ile kişi suçluluk duygusuna kapılır. İç dünyasındaki çatışmaya sebep olan suçluluk hissi sebebiyle vefat eden kişiye yönelik de öfke duyulmaktadır (Özmen, 2001). Depresyon tanısı konulmuş bir kişiyi analitik yaklaşım olarak değerlendirmeye almak isteyen klinisyen hastada var olan depresif semptomları tetikleyen durumu ya da durumun manasını, kişideki bilinç düzeyindeki ve bilinç dışında var olan çatışmaları, depresif dönemden daha önceki hayatını, çocukluk dönemlerindeki psikolojik değişkenleri inceleme yaparak kişide var olan davranışların kökenine gelir ve çözüme kavuşmamış olan problemleri terapi süresince tekrar yaşayarak çözüm yoluna ulaşmaya çalışmaktadır (Özmen, 2001).

Depresyon gelişiminde geç oral ya da erken anal döneme saplanıldığı savunulmaktadır. Psikologlar egonun çocukluk döneminde oral ihtiyaçların ket vurulmasıyla öfke ve anksiyetenin var olduğunu savunmaktadır. Kişiler arasındaki ilişkilerde hayal kırıklığı yaşanması, erişkin dönemde depresyona yatkınlığı arttıran ise ambivalan sevgi neden olarak gösterilmektedir. Bu yatkınlık erken çocukluk döneminde, erişkin dönemde ise benlik saygısına zarar veren kayıplarla yeniden ortaya çıkmasına sebep olmakta (Köroğlu, 1997).

Freud erken çocukluk yıllarında depresyon teşhisi konulan kişilerin, ödipus karmaşasının çözümü öncesindeki aşamada ciddi boyutta narsistik yaralanma deneyimleme yaşaması ve sonraki yıllarda benzeyen yaralanmaların oluşması depresyonu tetiklediğini savunmuştur. Bu kişiler yaşamış oldukları hayal kırıklıklarının sebebiyle devamlı dış narsistik destek arayışındadırlar, çevresindeki kişilere karşı sevgi, bağımlılık hislerini yaşamaktadırlar. Bu tarz narsistik arayışları sebebiyle üst benlik gelişimi kötüleşmekte ve cezalandırılan, affetmeyen sert bir üst benliğin varlığı

oluşmakta. Bu kişiler ihtiyaçlarını karşılamak nedeniyle boyun eğme veya kendini beğendirme tutumlarını kullanmaya yatkın oldukları için öfke ve saldırganlık tarzı duyguları bastırmaya eğilimi göstermekte ya da duygularını bastırmaya çalışmakta ya da zıt tepkiler kurgulamakta. Üst benliğin sert ve eleştiren niteliği bu duyguların boşaltılmasına engel teşkil etmektedir. Bu bireyler ilişkileri için de bilinçli sevgi ve bilinçdışı öfke, nefret tarzı ambivalan duygulara sahiptirler (Alper, 2002).

Abraham ise depresyonu psikoseküel problemlerden kaynaklandığını ifade etmektedir. Depresyon nedenlerinden birincil olarak "sevgi nesnesinin kaybı" engellemeler neticesinde geriye dönüş yaparak id psikolojisi bakış açısıyla kişinin saplantı eğiliminde olduğunu ve bunlarla alakalı olarak da depresyon davranışlarının sergilendiğini ifade etmektedir. Saplantılı olan davranışlar sadist duygular; kızgınlık şeklinde belirip, depresyonla irintili semptomlar görülmeye başlanır. Psikanalitik kurama göre depresyon; bir kaybın tepkisi olarak gelişebilmektedir. Çocukluk çağında oluşmuş olan anne-baba sevgi yitirilmesi, korku ve ihtiyaçların giderilmemesi ve ileriki zamanlarda depresyon olarak ortaya çıkabilecektir. Birey kayıplarda çaresizlik yaşamakta, gösterdiği davranışlarda da sevgi, sevecen tavırlar ve güven arzu etmektedir (Atkinson, 1990).

Analitik psikolojinin kurucusu olan Carl Jung ve diğer psikoanalistler de depresyonu libidonun bloke olması olarak görmektedirler. Libidonun bloke olması sonucu enerji ve eğlencede kayıp yaşanır. Ancak Jung, bu görüşe yeni bir kazanım sağlar; Jung'a göre depresyonun bireyin geçmişini tekrarlayarak yaşamasını kolay hale getirir, geçmişteki görüşleri yine yeniden bilinç yüzeyine çıkarmaktadır (Littauer, 2000).

Horney ise depresyonu reddedici ana-baba tutumu yüzünden oluştuğunu ifade etmektedir. Bu tutumla yetiştirilen çocuk, güvensizlik ve yalnızlık duygusuyla büyümektedir. Çocuk sevmeye ihtiyaç duyar fakat eleştirilmekten dolayı reddedilmekten korkup, alınganlık, umutsuzluk duyguları ile depresyon meydana gelir. Klein ise yalnız sevgi yitirilmesi korkusuyla belirgin olmayan fakat nefret duyulan objeye hissedilen istek ile

alakalı suçluluk duygusuyla ilgili “depresif prizisyon” olarak isimlendirdiği büyük bir ambivalans periyodunun varlığını eğer bu karışık duygular çözüme ulaşmamışsa çocuğu daha sonra oluşacak depresyona yatkın hale getireceğinin üstünde durmuştur (Alper, 1999).

Freud ve Abraham’ın teorilerini ileriye taşıyan Rödo (1968) depresyonu bir sevgi çağrısı olarak ifade etmektedir. Depresif birey kendine güvensiz ve devamlı beğenilme ihtiyacı duygularını taşımaktadır. Sevilen nesnenin yitimi halinde depresyonlu bireyin ilk verdiği tepki isyan içeren bir kızgınlık halidir. Depresif birey, saldırganlık eğilimi sebebiyle bu yitirilmeden dolayı kendisini suçlu bulur fakat hemen akabinde de egosunda, yitirilen objenin “kötü taraflarını” suçlamaya geçmektedir (Ayverdi, 1990; Ayok, 1995).

Benlik saygısında eksilme ve kendinden memnuniyetsizlik Rado’nun depresyonda en göz alıcı olarak kabul ettiği niteliklerdir. Aynı zamanda, depresyonda kalıtımsal, fizyolojik, biyolojik etkenleride dikkate almakta ve hastalığın tüm bu etkenlerini birlikte olmasıyla ortaya çıktığını kabul etmektedir (Aktaran: Akçay, 1989; Aktaran: Ayok, 1995).

Freud’un formülasyonu tekrar yeni düzenleyen Jacopson, melankolik hastaların içe aldıkları o nesnelere tüm niteliklerini almamalarına rağmen, sevgi nesnelere yitirmiş, değersizmiş gibi davranış sergiledikleri ifade etmiştir. Böylece benlik kendini kötü nesne gibi hisseder ve sonuç olarak da kötü olan iç nesne ya da yitirilen dış sevgi nesnesi sadistik süperegö’ya dönüşümü sağlanır. Sonraları Ego; zalim, güç sahibi annesinin eziyet yaptığı, güçsüz, çaresiz bir çocukmuşçasına Süperegö’nun kurbanı olmaktadır. Jacopson’a göre ise, depresif bireylerin psikolojik problemi öz değer yitilmesi ve özgül egonun zayıf kaldığı abartılı bağımlılık olarak ifade etmektedir. Jacobson’a göre depresyon sadece ego psikolojisi bakış açısıyla görülemeyecek bir sendromdur (Aktaran: Alper, 1999).

2.10.9.5. Varoluşçu Kurama Göre Depresyon

İnsan hayatı süresince yaşamın manasını aramakta ve önemli olma hissi vasfındadır. Yalom' un düşüncesine göre (2011), depresyon yaşamın manasının yok olmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple varoluşçu kuram kişinin yaşamında mana bulmasına yardımcı etmektedir. Yaşamın manasını bulabilmekle ilgili yaşayan kişi, bu anda kaygı hissetmekte ve çatışma yaşar. Yaşamda manasızlığın nevrozları harekete geçirdiği açıklanmaktadır.

Varoluşçu kurama dair depresif kişiler; kendilerini yaşama imkânlarına ve varlığa açılmayan, kendine olsun dış dünyaya olsun açık ve bağımsız olabilemeyen kimselerdir. Bu sebeple kişinin çevresinin isteği ve beklentisine göre tutum göstermesi ve kişilerin sevgilerini kazanmak için uğraşması gerekmektedir.

Kişi ölüm ve daha sonrasını düşündüğünde varoluşsal yalnızlığı yaşamaktadır. Bu kavram kişinin gerek kendisi gerekse çevredekilerle aralarındaki aşılamayan boşluk şeklinde tanımlanmaktadır.

Doyurucu ve derin ilişkiler içerisinde boşluk yok olmaktadır. Sürekli hissedilen varoluşsal yalnızlık zamanla kalıcı haldeki özgüven eksikliğine ve depresyona sebep olabilmektedir.

2.10.9.6. Biyolojik Kurama Göre Depresyon

Depresyon bilindik ruhsal rahatsızlıklar arasındadır. Eber papirüsünde, Eski Ahid'de, antik çağlarda yer alan öykülerde ve yazılarda rastlamak olasıdır. M.Ö 400'lü senelerde Hipokrat depresyon gibi ruhsal fenomenlerin beyinle alakalı olduğunu belirlemiş ve depresyonu karasafra miktarındaki fazlalaşmayla ilişkilendirmiş depresyonla alakalı ilk biyolojik açıklamaların örneklerini ortaya çıkarmıştır.

Biyolojik kuram, somatogenez hipotezinin bir devamıdır. Bu kurama göre, ruhsal bozuklukların tümünün temelinde biyolojik yapı ve işleyiş biçimindeki sorunların varlığıdır. Kalıtsal, sinir sistemiyle birlikte alakalı, sorunlar ve

hormonal problemler ruhsal bozukluğa neden olur. Bu nedenle, tedavide de biyolojik yaklaşım tercih edilmekte veya rahatsızlık modeli diye de söylenmektedir. Yaklaşım ruhsal bozukluğun biyolojik olarak düzeneklerinde bahsetmesi sebebiyle önemli olmanın yanı sıra, psikolojik ve sosyal faktörleri görmezden gelmesi bakımından eleştiriye maruz kalmıştır.

2.10.9.7. Pozitif Psikoterapiye Göre Depresyon

Pozitif psikoterapi 1960'ların sonuna doğru başlayan Prof. Dr. Nossrat Peseschkian ve arkadaşlarının geliştirdiği bir çalışmadır. Peseschkian, İran'da doğmuş, tıp eğitimini ise Almanya'da almıştır. Sonra Almanya'ya yerleşerek çalışmalarına burada devam etmiştir. Peseschkian'ın hayatındaki kültürel değişimler, Pozitif Psikoterapiyi geliştirirken, kültürlerarası kuram geliştirmeye itmiştir. Bu kuram bütün insanların gerçekte iyi olduğu, 2 temel kapasitenin sahibi olduğu inancı yerleşmiştir: sevme kapasitesi ve bilme kapasitesi.

Çatışmalar, kapasite gelişimine karşı çıkma olarak yorumlanır. Bu görüşten ola birçok yeni terapatik kavram ve teknikler geliştirilmiştir (Peseschkian, 2005).

2.10.9.7.1. Farklılaşma Analizi

Tüm çalışanların pratikte, özel içeriği bulunan alanlardan meydana geldiğini söyleyen Peseschkian (2002), bir liste meydana getirmiş ve birçok çatışmalarımızın geliştiği temelleri biçimlendirmeye çalıştı. Listeye de Farklılaşma Analizi Listesi olarak sundu.

Problemlerin ve çatışmaların bu listeden faydalanarak çözüme ulaşacağını belirtti. Farklılaşma analizi, çatışma – merkezli psikoterapinin yeni hali, aynı zamanda kendine yardım edebilmek adına da bir dizi yöntemden oluşmaktadır. Tanımı yapılan yöntem, gerçek yetenek anlamında, danışanın çatışmalarına ne denli duyarlı olduğuna dair araştırma önermekte.

2.10.9.7.2. Farklılaşma Analizinin 3 Odak Noktası

1. Gerçek yetenekler vasıtasıyla tanımlanan çatışmalar, problemler ve psikosomatik rahatsızlıklar diye adlandırılan içte huzursuzluk, korku, uyku rahatsızlığı ve saldırganlıktan kaynaklı tekrar tekrar karşımıza dikilen çatışma potansiyelinden meydana gelir.
2. İnsan doğasındaki yeteneklerin üstüne kurulu bu tarz yetenekler, bireydeki yetiştirilme süreci tarafından damgalanmakta daha sonra değişim göstermekte ya da gelişmeye ket vurmaktadır.
3. Bu kişiler gerçek yetenekleri üzerinde iz bırakan, kişinin gelişimi esnasında etkilenmesidir. Gerçek yeteneklere tepki 3 yöntemi vardır.
 - Eğitim yönünden önlem alma
 - Kendi kendine yardım ederek
 - Psikoterapi ile (Peseschkian, 2002).

2.10.9.8. Pozitif Psikoterapinin 9 Temel Tezi

1. Kendi Kendine Yardım danışana uygulanan terapi yönteminin terapi esnasında danışana öğretmek. Danışandan terapinin beş adımını kendine ve ailesine kullanmasını sağlar.
2. Mikro – Travma Teorisi bireyin günlük hayatındaki çatışmalar için mikro travmalar oluşturulur. Pozitif Psikoterapide kişilerin çatışma çözebilme tarzlarını görebilmek saptamak için envanterler geliştirilir.
3. Kültürlerarası Boyut danışan kültürel çevresiyle incelenmelidir. Danışan kültürel çevresinden bağımsız olmadığı için danışanın kültürel niteliklerini etraflıca anlayıp, onu kültürel niteliklerine uygun metotlar kullanılmaktadır ve böylece danışanın gereksinimleri tam anlamıyla karşılamak mümkün olabilmektedir.
4. İnsanın Biricikliği her danışanın biricikliğine dikkate alır ve o biriciklik içinde danışanın ihtiyaçlarını karşılamaya çalışır.
5. Pozitif Aile Terapisi aile terapinin de bireyler sistemin birer parçası olarak tek tek incelenir aralarındaki münasebet sistemi bir bütün halinde ele alınır ve çalışılır. Koruyucu terapinin "pozitif" aile terapisi olması zorunludur.

6. Tüm ırklardan, her kesimden, dilden ve eğilimden bireylerle çalışabilmek gerekli olduğundan uygun bir terminolojiye sahiplik.
7. Pozitif Psikoterapi, bütün davranış bozukluğu tedavilerinde kullanılacak alt yapısı mevcuttur.
8. Meta – Teorik Boyut bütüncül yaklaşımı ortaya koyar. Çeşitli tekniklerin bir arada kullanılması için yapı meydana getirmektir (Akt, Sarı, 2005).
9. Hikâyeler ve Metafor Kullanılması pozitif Psikoterapi’de bütün oturumlarda hikâyeler mevcuttur ve adımların hepsinde bu hikâyeler kullanılır. Hikâye danışana anlatıldıktan sonra danışandan hikâyede nasıl ve kimin yerini aldığı, hayatı ve bu hikâye ile ilgili nasıl bir bağlantı kurduğunu paylaşması sağlanır. Bu durum danışanın durumunu net biçimde algılamasına yardım sağlayacaktır. Bununla beraber, danışana duruma ait karikatür, şekil ve resimler gösterilmektedir.

Prof. Dr. Nossrat Peseschkian; pozitif psikoterapi kurucularından, danışanlarını onların kültürlerine yatkın hikâyeler anlatarak tedavi ediyor. Danışan hikâyelerde kendini keşfediyor. Türkiye’de ise uygulanan hikâyeler mistik doğu hikâyeleridir.

Psikolojik rahatsızlıklarda kültürel değerlerin önemine vurgu yapan Prof. Dr. Peseschkian "Batı ve Doğu insanına ayrı tedavi yöntemleri uygulanmalı" olarak belirtiyor. Pozitif Psikoterapi'nin bireyin kendini keşfetmesini sağlayan ve tedavi yönteminde de hikâyelerin kullanılmasının öneminden de bahsediyor. İlk olarak hasta kişinin problemi dinlenip, kişilik yapısı saptanıyor. Pozitif Psikoterapi için insan doğası dört temel taştan oluşuyor. "Beden – Sağlık", "İş Başarı", "İlişkiler", "Gelecek – Maneviyat". Birinin yokluğu, psikolojik problemlerin temelini oluşturmaktadır (Durak, 1994).

2.11. Yaşlılarda Depresyon

Depresyon, özellikle en sık görülmekte olan ruhsal bozukluklardandır. Yaşlı bireylerdeki depresyon, üretkenliği ve yaşam kalitesini etkilemesinin yanında

dolaylı olarak mevcut olan kronik hastalıkların ağırlaşmasına ve ekonomik olarak kayıplara neden olan sağlık sorunlarından (Nease ve Malom, 2003). Yaşlı bireylerde depresyon incelendiğinde daha ehemmiyetli davranılması gereklidir. Bunun nedeni yaşlılık ile birlikte ortaya çıkan olası değişmeler ile ruhsal hastalıkların birbirine karıştırılmaması gerekmektedir. Hasta bireyin deprese duygu durumuna göre somatik şikayetlenmeleri daha basit ifadelendirmeleri, hekimlerin aynı zamanda mevcut olan fiziksel hastalıklara yönelimleri, eş zamanlı biçimde diğer fiziksel durumların var olması ile demans, hafif depresyon semptomlarının kolay bir şekilde yaşlılığa bağlanması tanının atlanmasında önemli unsurlardandır.

Depresyon, bütün dünyada fonksiyon kaybına sebep olan hastalıklar içinde değerlendirilmektedir. Yaşlılıkta ise kayıpların olması ve hastalıkların meydana gelmesi ile birlikte depresyon daha endişe verici yeti kaybına ve intihar girişimlerine neden olabilmektedir (Jiang ve ark., 2004)

Yaşlılık döneminde intiharın en önemli sebebi depresyon olmakla birlikte yaş grubunda daha genç gruba göre ölümlerle neticelenen intihar girişim oranı daha çoktur (Sadock, 2005; Kaplan ve Sadock, 2005).

2.11.1. Yaşlılarda Depresyonun Epidemiyolojisi

Yaşlı depresyonuyla bağlantılı yapılan epidemiyolojik araştırmalarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanısasal ve sayımsal el kitabı (DSM) sınıflamasına göre; yaşlılarda depresif belirtilerin görülme sıklığı %80-35 aralığında, majör depresyon görülme sıklığı %0.8-2.9 aralığı oranlarında gösterilmektedir (Alexopoulos, 2000).

Yaşlılıkta görülen depresyon yaygınlığı, araştırmaya dahil olan yaşlı grubun niteliklerine, çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma metoduna göre %1 ile 60 arası oranlarında değişim göstermektedir (NIH, 1992).

2.11.2. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi

Yaşlı bireylerde depresyonun oluşma sebepleri incelendiğinde birden fazla etkenin neden olduğu görülmektedir. Etkenlerden mevcut hastalıklar,

kullanılmakta olan ilaçlar, nörobiyolojik durum, psikososyal koşullar ve mevcut psikiyatrik bozukluklar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Yaşlı bireylerin depresyonları ele alındığında genetik faktörlerin daha az rol aldığı gözlemlenmektedir (Tiemeier, 2003).

Geriatrik nüfusta yapılan depresyon araştırmalarına göre; psikososyal faktörler sınıfındaki önemli risk etkenleri kadın cinsiyet, ileri yaş, günlük yaşam aktivitesinde başka birimlere bağımlılık, yalnız yaşıyor olmak, yaş durumu, emeklilik, boşanmış olmak, dul olmak, toplum desteği yetersizliği, aile bağlarında bozukluk, düşük gelir seviyesi ve eğitim durumu daha depresyon atağı geçirmiş olma, kötü sağlık hali, önceden intihar girişiminin var olması durumu, aile öyküsünün olması olarak ifade edilmiştir (Serby ve Yu, 2003). Yaşlı bireylerin yaşlılık evresine kadar yaşam amaçlarına ulaşamaması yüzünden benlik doyumunun sağlanamamasından dolayı da depresyon görülmeye başlama riskini arttırdığı raporlanmıştır (Bekaroglu ve ark., 1991).

Fiziksel olarak hastalığı olan yaşlı bireylerin depresyon yönünden daha fazla risk taşıdığı bildirilmektedir. Yapılmış pek çok araştırmada hastalıklar ile depresyon bağlantısı araştırılmış ve diyabet, anjina, artrit, kronik bronşit, kalp krizi, görme kusurları ve diğer kalp hastalıkları, akciğer hastalıkları, romatizmal hastalıklar, kanser ve vasküler hastalıklar gibi daha pek çok hastalıkla pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (Bisschop, 2004; Van den berg, 2001). Kişilerin mevcut eşlik eden hastalıkların varlığı yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan beta-blocker, steroidler, digoxin ve L-Dopa gibi ilaçların da depresif semptomlara neden olabileceği bildirilmiştir (Tamam ve Öner, 2001). Ayrıca adrenal, ve tiroid işlevde bozuklukları, parkinson hastalığı felçler ve nörodejeneratif hastalıkların direkt olarak depresyona sebep oldukları bilinmektedir (Tamam ve Öner, 2001; Güleç ve Köroğlu, 1998).

Depresyon yaşlı bireylerdeki nöro-biyolojik etkenler araştırıldığında yaşlanma ile birlikte serotonin, dopamin, nöroadrenalin ve GABA'nın beyin

konsantrasyonunda eksilme gözlemlendiği bunun da yaşlı bireylerde depresyona olan yatkınlığı arttırdığı ifade edilmiştir (Tamam ve Öner, 2001). Bu duruma ek olarak geriatrik depresif hastalarda yüksek platelet monoamino oksidoz işlev seviyesi gözlemlenmiş ve bunun hastalığın oluşumundan kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Alexopoulos, 1987).

2.11.3. Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalar neticesiyle yaşlılık evresinde depresyonda gözlemlenen riskler, kadın olmak, yetersiz sosyo ekonomik durum, eşinden boşanmış veya tek olarak ayrı yaşam koşullarının varlığı, sosyal destek sisteminin yetersizliği, bilişsel bozukluk ya da kronik rahatsızlığın varlığı, fiziksel rahatsızlığın varlığı, tek başına gündelik hayatını devam ettirmekte yaşanan zorluk gibi pek çok faktör depresyonla karşılaşmada etkilidir (Kaya, 1999).

Yukarıdaki çalışmada da açıklandığı üzere, yaşlılık evresinde özellikle kadın cinsiyetinde olunmasıyla oluşan zorluklar ve eşten boşanmak, dul ya da bekar bir şekilde yaşam güçlüğü yaşamak, eğitimde yetersizlik ve sosyal desteğin yoksunluğu, yaşamın güçlükle devamını sağlamaya çalışmak, yetersiz ekonomi, bulunulan ortam ve kurumun donanım şartları, bunlar eşliğinde yaşanan hastalıklar ve beden gücünün öncesi gibi iyi olmayışı depresyona iten faktörlerdendir.

2.11.4. Yaşlılarda Depresyon Kliniği

Yaşlı bireylerde gözlemlenen depresyon, gençlerde görülen depresyon ile benzerliğe sahip olmasada bir takım farklılığı da vardır. Yaşlılar, gençlere oranla daha fazla bilişsel ve bedensel semptom göstermektedir. Bu durum "üzüntüsüz depresyon" olarak adlandırılmaktadır. Depresyonun bu türünde ilgi kaybı, apati, yorgunluk, diğer somatik yakınmalar, uyuma güçlüğü mevcutken üzgün duygulanım görülmektedir (Alexopoulos, 1987). Özellikle bedensel şikayetlerden bahsederken organ fanksiyon bozulması veya hastalıkla alakalı ilginç özellikte nihilistik (iç organların çürüdüğü, yok gibi vs.) ajitasyon, bellek bozulmaları, sanrılar ileriki yaş depresyonun en belirgin niteliklerindendir (Kaya, 1999). Yaşlı ve genç depresif kişiler arasında

depresyonun farklılık gözlemlenen kimlik nitelikler tablo 4.'de yer almaktadır (Katona, 1997; Eker ve Noyan; 2004).

Tablo 5.

Genç ve Yaşlı Depresif Bireylerde Saptanan Klinik Farklılıklar

Yaşlı Bireylerde Daha Sık Görülen	Yaşlı Bireylerde Daha Az Sıklıkla Görülen
Uykusuzluk	Depresif Mizaç
Ajitasyon	Aşıkâr İntihar Fikirleri
Hipokontria	Depersanalizasyon
Letarji	
İrritabilite	

Yaşlı bireyler depresyonlara farklı şekillerde maskeleyebilmektedir ve çoğu belirtilerini yadsımaktadırlar. Hastalığı yadsıma, yaşlı bireyler arasında sık bir şekilde kullanılmaktadır ve hekimlerin yaşlı bireylerdeki fiziksel ve psişik patalojiyi tanımlayamamalarına sebep olabilmektedir (Eker ve Noyan; 2004).

İleri yaş depresyonunda duygu durum semptomları olan elem, hüüzün, üzüntü ön planda olmayabilmektedir. Yaygın anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik, inatçılık, çocuksu davranışlar, sızlanma, sürekli yakınma, aşırı talepkarlık da depresyonun maskeli görünümü olabilmektedir (Alexopoulos, 1987; Shulman, 1989). Bu yaşlılar depresyonlarını inkâr etseler dahi işlevleri azaldığı için acilen tedaviye alınmaları gerekmektedir.

Bazı yaşlı bireylerde ruhsal açıdan kırılgnalık sebebiyle depresyona eğilim gösterebilirler, yaşlı bireyler çoğunlukla hayatlarından hoşnutturlar ve ruhsal bütünlükleri mevcuttur. Hayatları boyunca yaşamış oldukları deneyimler onlara bilgelik olgunluk sağlamıştır (Blazer, 1997). Bilinenlerin aksine yaşlı toplumda depresyon oluşma sıklığı genç erişkinlerden çok farklı olmamaktadır (Copeland, Dewey ve Saunders, 1992).

2.11.5.Yaşlılıkta Depresyonun Tanısı

DSM-5 Tanı Ölçütleri başvuru el kitabına göre depresif durum yaşandığında konulan tanılar ve DSM-5' e göre Major Depresif Epizod Tanı Ölçütlerinin benzer bulgular ile yaşlılık evresinde bulunan depresyon bulguları ile

benzerdir. Yaşlılık evresinde depresyon bulgularında farklılık görülmemektedir. Yalnız ayırıcı tanının yerinde yapılabilmesi gerekmektedir.

2.11.5.1.Yaşlılıkta Depresyonun Ayırıcı Tanısı

Yaşlı kişilerde ajite, ajite, irrabilite, letarji ve somatik yakınma sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Depersonalizasyon, saplantılı düşünce ve kompulsif bulgular erişkin ve ileri yaşlılık evresi depresyonunda az görülmektedir. Hafif seyirde olan demans bulgusu, olgular sıklıkla depresyonu normal süreçte seyreden yaşlılıktan kaynaklandığı kabul edilmektedir. Bu yüzden çoğunlukla sık karşılaşılan sorunlarıyaşlı kişi doktoru ile paylaşmamaktadır (Aktaran: Bingölö, 2015).

İleri yaşta görülen depresyon, duygulanım bulgularından hüznün ve elemilk sırada bulunmayabilir. Yaşlılık döneminde karşılaşılan birtakım depresyon belirtileri birtakımorganik hastalıkların ön belirtisi de olabilmektedir. Depresyonun benzer belirtileri, depresif belirtilerin sürecine yardımcı olan organik rahatsızlıklar hastalığa tanı koymayı ve doğru tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Kanseri, kolojen rahatsızlıklarında, iç salgı bozukluğunda, maddeyi kötüye kullanma, hepatit, üremi, pankreatit, gibi rahatsızlıklar organik beyin sendromuna neden olmakta ve bilişsel işlevi zarar verebilmektedir (Kaya,1992).

Demansın, pösedemansın ayırıcı tanısı konulabilmesi oldukça önem arz etmektedir. Pösedemans depresyonun demansı belirtileri olarak bilinir. Yaşlılardaki depresyonda unutkanlıkta yoğunluk, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunu, bedensel yakınmalar, bilişsel işlevlerde bozukluk olabilirlik varmışçasına bu düşünceleri oluşturan semptomlarla seyir halindedir. Böylece birtakım yaşlı depresif bireylerde klinik tablonun bir depresyon mu ya da esas bir demans mı tartışmasını ortaya çıkartmaktadır (Özmen, Aydemir, Bayraktar, 1997. s.62)

Yukarıda da açıklandığı üzere yaşlılık evresi depresyonunda demans yaşanan durumda oluşan bilişteki farklılaşmaların depresyon bulgularına benzer olması nedeniyle hastalığa ayırıcı tanı kullanılması bakımından sorun

çıkartabileceği ile alakalıdır. Bireyde depresif belirtiler görülmesine rağmen bunamanın olabirlilik düşüncesi kuşku oluşturmaktadır. Bu kuşkun meydana gelmesine sebep olan durumun tanımlanabilmesi için Pösedemans terimi kullanılmaktadır. Demansın, pösedemanstan ayırabilmek için her ikisinin de belirtilerini çok iyi bilinmesi gerekmektedir. İleri yaşlardaki depresyonun ayırıcı tanısı beyin damar hastalıkları (serebrovasküler), majör ve minör depresif bozuklukta hareketlerde azalma, zayıflama, duraklama, yavaşlama, hareketsizlik biçiminde bulguların tablosuna sebep olan Parkinsonizm' de ayırıcı tanı yapılması gereklidir. Endokrin iç salgı bezleri rahatsızlıklarında, hipotiroid, tiroid, böbrek üstü bezi hastalıkları (Addison) depresyonun ortaya çıkmasını etkileyebilmektedir (Özmen, Aydemir, Bayraktar, 1997. s.135-136)

Literatür çalışmalarında da anlaşılacağı üzere, yaşlılık döneminde depresyonu ayırıcı tanı olarak incelemek yararlıdır. Yaş alma süreci ile beraber organik rahatsızlıkların özellikle de, demans, parkinsonizm, psödemans, endokrin, beyin damar hastalıklarının belirtilerinde depresyon belirtilerinden ayırt edilebilmesi ve tedavinin tanısı ve gidişi doğru değerlendirilmesi bakımından önemli olduğu görülmektedir.

2.11.6. Yaşlılık Depresyonunda Gidiş ve Sonlanış

Yaşlılık evresinde özellikle ileri yaş döneminde depresyonun kendiliğinden iyileşme oranı bihayli düşük seviyededir. Suisid (intihar) etme ihtimali ileri yaşlarda daha üst seviyededir. Özellikle majör depresif bozukluğunun gidişatında ve sonlanışında bulgular bireyden bireye ileri derecede değişiklik gözlemlenmektedir. Tüm yaş evrelerinde Majör depresyon kendini belli etmesiyle birlikte, hastalığın ortalama başlangıç yaşı 40 yaşlardır. Majör depresyonu olan bireylerde intihar etme olasılığı daha yüksek orandadır. İleri yaşlarda majör depresyon bozukluğu olan birey genellikle yatarak tedaviye alınmalıdır. Özellikle yaşlı bireyin, intihar (suisid) olasılığının yüksek olması, hezeyanlarının varlığının, fiziksel sağlığında kötü gidişat, tedaviye uyumlu olmadığı bilgisini taşıyorsa, korngtif fonksiyonlarda bozulmalar, sosyal destek

sisteminin yoksunluğu hastaneye yatış kararını verdirebilir (Özmen ve Ark., 1997).

Yaşlılık evresinde açıklandığı üzere gibi, ileri yaş depresyonunda fiziksel rahatsızlıklar, kötü beslenme, madde kullanımı, kısıtlanan yaşam şartları kötü ekonomik şartlar, evde bakım sorunları, sevilen birinin kaybı, depresyon oluşumuna neden olan olumsuz öğelerdendir. Depresyonun seyri ve sonlanışında belirtilen bütün olumsuz yaşam koşullarının olumlu haline bakıldığında depresyonun seyri azalacak ve intihar girişimleri ile daha az oranda karşılaşılacaktır.

2.11.7. Yaşlılıkta İntihar

İlerlemiş yaşlarda gözlemlenen depresyon vakalarında intihara kalkışmaya yönelim olasılığı bihayli yüksek orandadır. *“Dünya Sağlık Örgütü” (WHO)* intihar girişimini, *“bireyin hedefi doğrultusunda ne istediğinin bilincine sahip, farklı biçimlerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermek olarak tanımlamaktadır”* (Kalınkara, 2011). İntihar bireyin bilinçli bir şekilde kendi hayatına sonlandırmasıdır. Hayatını sonlandırılma arzusu, yaşamak yerine ölmek için planlar yapıp, seçimini ölümden yana kullanma isteği bireyin çocukluk döneminden, yaşlılık dönemine kadar her yaşta kendini belli edebilen bir durumdur. Yapılan çalışmalarda A.B.D’de intihar etme olasılığının cinsiyet farklılıkları ile alakalı olduğu ifade edilmektedir. İntihar meyili kronolojik yaş ile ilişkili olarak çocukluk döneminden genç yetişkinlik dönemine doğru artışa geçmektedir. Kadınlarda intihar eğilimi 40’lı yaşların ortalarına dek, çoğunlukla menopozun başlarında artış göstermektedir. 80’li yaşların ortalarında ise intihar etme olasılığı oranı azalmaktadır (Bilig, 2000). Erkeklerde intihar etme girişimleri 25-40 yaş aralığında duraksama olsa bile 45 yaş sonrasında artarak 80’li yaşlarına doğru yükselişe geçmektedir. Yaş ve cinsiyet açısından incelendiğinde tamamlanmış intihar oranlarının en fazla 65 yaş ve üzerinde gerçekleştiği açıklanmaktadır. A.B.D’de 80’li yaş ve üzerinde oranın yüz binde 59 ile en yüksek kademeye ulaştığı ifade edilmektedir. 21. yüzyılda kronik rahatsızlıklar, ekonomik kriz, fiziksel ağrılar, izolasyon, alışkanlıklardan vazgeçmek, aile ve toplum ilişkilerinde zayıflama, başka bir

yerde, başka bir kurumda yaşamaya zorlanma, sevilen, tanıdık çevreden uzaklaşmak zorunda kalmak, ölümlerle sonlanan kayıplar sonucu yas, psikolojik sorunlar, emeklilik sonrası yaşanan yalnızlık hali, işe yaramama düşüncesini oluşturmaktadır. Bireyin üretkenliğinin azalması, boşanma, kendini boşlukta hissetmesi, durağanlaşma, bireyin bekâr yaşamaya uyum sağlama gayreti, alkol bağımlılığı gibi sebepler intihara sürükleyen nedenlerin arasında olduğu ifade edilmektedir (Kalıkara, 2011).

Çalışmalar eşliğinde yukarıda ki açıklamaların ışığında, intihar oranının yaş ilerledikçe daha fazla artması ve kadınlara göre erkeklerde 45 yaş sonrası idaha fazla, kadınlarda 55 yaş sonrasında artması ve 80'li yaşlara gelince intihar riskinin yükselmesiyle açıklanmaktadır.

Yalnız ve sabit bir hayat, kendi içine kapanmak, çevre ve toplumdaki soyutlanmak, üretkenliğin azalması, bulunduğu ortamın değişmesi ve neticesinde uyum gösterememek, yakınlarında kayıp yaşanması ve neticesi yas, hastalık, boşanmalar alkol ve madde alımı, maddiyatsızlık, yaşanan huzursuzluk bireyi, depresyona iter ve hayatının sonlanmasına karar vererek intihara kalkışma eylemini tamamlattığı gözlemlenmektedir. Yaşlı bireylerin intihar girişimlerinde bilhassa tıbbi ve psikolojik yönden çok ciddi seviyededir. İntihar eğiliminin olması genellikle önceden hesaplanmamış durumların neticesinde olmaktadır.

Yaşlı bireylerin ölüm için yapılan kararlılıkları ve intihar girişimleri genç bireylerden daha yoğundur. Yaşlılık evresinde bu intihar girişimlerinde çoğunlukla hareket halindeki araçların önüne atılma, suda boğma, kendini asma, delici ve kesici aletlerle, yüksek bir yerden kendini atma, silahla kendine zarar verme gibi ölümlerle sonuçlanacak ağır teşebbüslere başvurumaktadırlar.

Yapılan araştırmalar neticesinde yaşlı intiharlarında çoğunlukla kadınlarda kendini zehirlenme ve kendini suda boğma, erkeklerde ise kendini asma biçiminde görülmektedir. Yaşlılarda bu intihar girişimlerinden önce yavaş yavaş da kendini ölüme hazır olma davranışları gözlemlenmektedir. Bu

davranışlar ilaçlarını almayı bırakma, tedaviyi reddetme, var olan tedavisine devam etmeme, yemeyi azaltma ya da yememe gibi yavaş ve aşamalı ilerleyen pasif intihar girişimleri olarak ifade edilmektedir. İntihar girişimlerinin resmi istatistiklerde bulunmayışı ve yaşlı bireylerde intihar oranının düşük olmasının en önemli sebepleri arasındadır (Nazar, 1993).

Farklı çalışmalar da ise yaşlı bireylerin intihar düşüncelerini diğer bireylerle paylaşmadığı ile alakalıdır. Yaşlılar da intihar teşebbüsü, genç bireylerdekine benzer yapadadır. Başka bireyleri dikkat çekebilmek, harekete geçirmek ve yardım istemeye yönelik olmadığı gözlemlenmektedir. Yaşlılık döneminde intihara kalkışan birey diğer bireylerin haberi olmasına imkân sağlamadan kesin bir biçimde gizlice intihar girişiminde bulunduğu gözlemlenmektedir.

2.11.8. Yaşlılıkta Depresyon Tedavisi

Yaşlı bireylerde depresyona uygun ve gerçekçi biçimde hareket edildiğinde tedavi yüz güldürmektedir. Yaşlı bireylerde depresyon diğer durumlar ve hastalıklar komplike olmamışsa tedaviye verilen cevap genç erişkinlerde olduğu şekildedir (Gershon ve ark., 1988). Yineleyici depresyonda psikoterapi tedavisi oldukça faydalı bir tedavi yöntemidir.

Temel tedavi ilkeleri yönünden genç erişkinlerin depresyon tedavisi, yaşlı insanların depresyonun tedavisine benzerdir, fakat yaşlılıkla birlikte gelen tıbbi hastalıklar, ruhsal alanda yaşanan sorunlar, metabolik değişiklikler, bilişsel değişiklikler, toplumsal işlevlerde bozulma ve yeti yitimi, rol kaybı, yalnızlaşma onlara özgü tedavi uygulamaları gerekmektedir. Depresif olan yaşlılarda özkıyım girişimi ve riski yüksek seviyede olduğu için, tedavi planı yaparken özkıyımı engellemeye yönelik bir yaklaşım seçilmelidir. Tedavi boyunca ailesel ve toplumsal destek sistemleri mutlak işletilmeli, tedavi de farklı alanlardaki problemleri düzeltmeye yönelik biyopsikososyal yaklaşım etkin olunmalıdır (Georgatos ve Mc Cue, 1988).

2.11.8.1. Farmakolojik Tedavi

Yaşlı bireylerde depresyonu farmakolojik tedavisinde esas amaç depresyon semptomlarını ortadan kaldırmak kadar, yaşam kalitesini arttırmakta olmalıdır. Yaşa bağlı olarak gelişen farmakokinetik ve farmakodinamik değişimler ilaç seçimi, temel süresi ve dozajı belirlemektedir (Bekaroğlu, 1994; Meyers ve Kayalam 1989).

İlaç etkinliği, güvenilirliği, tolare edilebilirliği ve olası etkileşimi gibi ilaca ait nitelikler dikkate alınıp risk-yarar seviyeleri gözeterek tedaviye başlanmalıdır. Tek ilaç tercih ederek, yaşlı bireylerin psikotrop ilaçların yan etkilerine duyarlılıklarını gözeterek düşük dozla tedaviye başlayarak doz artırılarak uygun doza doğru gidilmelidir. Yaşlı bireyler sıklıkla diğer hastalıkları için ilaç aldıklarından antidepressanların bu ilaçlarla etkileşimi dikkate alınmalıdır.

2.11.8.2. Psikososyal Tedaviler

Hasta bireyin başvurduğundan tedavisinin sonlandığı zamana dek tedavi yaklaşımlarını oluşturan psikososyal ilişki ortamında etkin halde olmaktadır. Hasta bireyin biyolojik tedavi protokolüne uyum göstermesinde psikolojik tedavilerin rolü çok önemlidir.

Yaşlı bireylere yönelik psikoterapi yaklaşımında dört temel ilkeden söz edilebilir.

1-)Hastanın duygularını kontrol edebilmesini sağlayıp, benlik gücünü ve umuduna destek vermek.

2-)Tedavi aldıkları kişilerle ve yakınlarıyla var olan ilişkilerin desteklenmesi,

3-)Hasta bireyin mevcut olan tüm problemlerini konuşarak ve bu problemleri amaca uygun, akılcı ve çözümü üretecek bir biçimde ele almalarını sağlayabilmek.

4-)Değişen koşullara uyum gösterebilmesine yardımcı olabilmek (Jenike, 1989).

Yaşlı bireylerde psikoterapinin etkin olabilmesi amacıyla hasta bireye uygun yargılayıcı olmayan, zamanla sınırlı, yapılandırılmış amaca uygun nitelikte olmalıdır. Psikoterapide hastanın yıkıcı dürtülerine karşı uyanık olunup, hastalıkları ile alakalı akılcı açıklamalar getirme, hastalığı boyunca hayatı ile alakalı kararlar olmasına engel olma, güven ve yardım odaklı bir hasta-hekim bağı kurarak genel olarak hastaya destek vermeye yönelik bir yaklaşım esas alınmalıdır.

Yaşlı bireylerde standart olan psikoterapi yaklaşımlarını şu şekilde sıralarsak; psikodinamik, psikoterapi, destekleyici tedavi, bilişsel tedavi, grup tedavileri ve aile tedavisi olarak sıralanabilir. Tedavinin hangi türü uygulanırsa, yaşa özgü bir takım konular bu süreç içinde ele alınmalıdır. Yaşlı hastanın önemsiz, edilgen ve çaresiz duruma girmesine neden olacak benlik saygısını sarsan emeklilik, yaşamındaki kontrol kaybını duyumsatan, artık sahibi olmadığı eski görüntüsü için yas tutmasına sebep olan fiziki hastalıklar ve bilişsel yetilerindeki bozukluklar, boşanma, ayrılık veya ölümle boş kalan yarasında yüz yüze kaldığı yalnızlık ve kendi ölümlülüğünün meydana getirdiği tehdit terapi boyunca ele alınması gereken temel konulardır (Myers, 1990).

Önemli konulardan bir diğeri ise terapi süresince oluşabilecek transferans ve kontransferans problemleridir. Hayatında önemli olan kişileri kaybetmiş ve anlamlı bir ilişki ihtiyacı içinde olan yaşlı depresif kişi terapistle olan ilişkisine aşırı biçimde değer verebilmekte ve bir takım yaşlı insanlar ebeveynlerine karşı duygularını terapistlerine yansıtma yapabilmektedirler. Bazen de terapistlerini oğlu veya kızı yerine koyabilmektedir. Terapist ise kendi ebeveynlerine olan çözüm bulmamış düşmanca duygularının mevcudiyeti, ölmüş veya ölmekte olan ebeveynini kurtarma arzusunu, kendi ölümü veya yaşlılığı ile alakalı kaygılar organik problemlerle baş edememe korkuların, tedavi esnasında davranışının ölme ihtimali, terapi kabiliyetini boşa harcamaktan kaçınma arzusu, hasta bireyin ona bağımlı hale dönüşmesinden korkması gibi sebeplerle hasta bireye olumsuz duygular yöneltebilmektedir. Terapist veya hastada gelişebilecek bu tarz yoğun

duygulara dikkat edilmez ise hastanın ve terapistin olağan bir duygusal yük altına girecek ve problemlerle karşılaşacaktır (Myers,1990).

2.11.8.2.1. Psikodinamik Psikoterapi

Hasta bireyin semptomları, çatışmaları, hayal kırıklıklarının kişisel anlamı, kayıpları psikodinamik tedavide araştırılmaktadır. Terapist hastanın güçlüklerini anlarken, davranışlarının kaynaklarını da anlamalı, kişiler arası ilişkilere yönelik ve yaşama dair bir içgörü geliştirmeyi defleyen olumsuz tepkimelerini yok etmeye çalışma stratejileri geliştirmelidir (Hartman ve Lazarus,1994; Molberg ve Lazams, 1990).

Yaşlı bireyin ölümün gerçeği ile yüzleşmesi ve hayatını yeniden gözden geçirmesi sağlanmalı ve kalan vakitleri için hayatın çeşitli alanlarından haz alabileceği etkinliklere yönlendirilmelidir. Benlik gücü desteklenmeli, değişime cesaret verilmelidir. Nesne ilişkisi kurma kabiliyetini arttırabilmek terapinin en önemli hedefi olmalıdır (Myers, 1990).

Kendini sağlıklı ölçülerde değerli bulan kişi hayatın zorluklarıyla baş edebilmede daha az problemlerle karşılaşacağından tedavide benlik saygısının artırılması için uğraş verilmelidir (Hartman ve Lazarus,1994).

Yaşlı bireylerde kısa psikoterapilerin ve kriz evrelerinde krize müdahale tekniklerinin olumlu neticeler verdiği açıklanmaktadır (Myers, 1990).

2.11.8.2.2. Destekleyici Tedaviler

İlerleyici olan organik beyin yıkımı veya fiziki bir hastalığın son evrelerinde kişide meydana gelen akut durumlarda örnek olarak konfüsyonel durumla baş edebilmek adına uygun medikasyona başvurma, başka bireyle ilgilenenlerdeki tükenmişlik ve stres yükünü azaltmaya yönelik destekleyici tedaviler olarak görülmektedir (Myers, 1990; Sherill ve ark.,1997).

Destekleyici psikodinamik yaklaşımda ise hastalık semptomlarını hafifletmek, ikincil kazanımları azaltmak ve ilaç tedavisine uyumu arttırmak hedeflenmektedir. Ayrıca bireyin sağlık taraflarını olumlu savunmalarını destekleyerek stres oluşturan dış faktörleri azaltmak, sosyal destekleri çoğaltmak, gündelik hayata uyumu kazandıracak bir denge oluşturup ayrıca işlevselliği çoğaltmak hedefler arasındadır (APA, 1993; Georgotas,1988).

2.1.8.2.3. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (Interpersonal Theraphy IPT)

Depresyon nasıl gelişirse gelişsin, bireyler arası ilişkiler açısından problem yaratmaktadır. Bilhassa yineleyici depresyonda bireyler arası ilişkilerde söz konusu olan ana sorunları terapistin ele alması uygun bir yaklaşım kabul edilir. Terapistin hasta ile patolojik, yaş, kişiler arası ilişki çatışmaları, rol değişimi veya yetersizlik halleri gibi konular içinde bir seçim yapması problemin çözümüne dair yaklaşım uygulaması faydalı olmaktadır (Reynolds, 1997).

2.1.8.2.4. Bilişsel Davranışçı Tedavi

Bu tedavi yaklaşımına göre bireyin daha etkin üstesinden gelme kabiliyeti kazandırılması hedeflenmektedir. Hastaya olumsuz olan otomatik düşüncelerini belirlemesi, bu düşüncelerin duygularla bağlantısını kurup, çarpık düşüncelerin yerine daha gerçekçi düşüncelerin konulmasını öğretecek ve bunu hayatına uygulamasını sağlayacak kabiliyeti kazandıracak terapi motifi uygulanmaktadır.

Bilişsel tedavide yaşamsal olayların karşısındaki bilişsel çarpıtmalar ve akabinde gelen duygusal tepki arasındaki ilişki gösterilip, olumsuz olarak düşüncelerinin geçerliliği sınanmaktadır. İlk olarak terapist hasta bireyin depresif düşünce şeklini nasıl gösterdiğini anlamaya çalışmaktadır. Sonra mevcut problemi analiz etmek ve amaçları belirtmek gerekmektedir. Akabinde tedavi rasyoneli açıklanarak olumsuz düşünce şekli ile duygu durumu arasındaki ilişki ve kısır döngü gösterilmektedir. Hasta bireyin

işlevlerindeki yanlışlarını görebilmesi ve olumlu düşünce biçimlerini geliştirmesi sağlanmaktadır. Yaşlı hastanın kolaydan zora doğru giden gençlere göre daha yavaş devam ettirilen tedavisinde hastanın tedaviye aktif olarak katılımını sağlayacak bir yol izlenmektedir (Fennell, 1989; Sungur, 1993).

Davranışsal tedavide ise olumlu yaşam aktiviteleri oldukça azalmış, karşılanan olumsuz durumlar fazlalaşmış olan depresif kişinin yaşamış olduğu olumsuz duygu durumun aktiviteleri daha da azalması sebebiyle kısır döngü yaşadığı düşünülüp hasta bireye gündelik hayatında özellikle haz aldığı aktivitelere yönlendiğinde duygularındaki değişimi kaydetmesi öğretilmektedir. Hoşa giden aktiviteler sayesinde olumlu duygu değişimini gözlemleyen kişi yaşam olaylarını değiştirme cesaretini, edimi kazanır.

Bu sürece yardımcı olunmak için hastaya anksiyete etkisini azaltmaya yönelik gevşeme teknikleri gösterilip, bireyler arası ilişkileri arttıracak sosyal beceri eğitimi veya iletişim ihtiyacını sağlamak adına girişkenlik eğitimi verilmektedir (Thompson, 1996).

Benlik saygısını arttırmak için olumlu aktivite yönelimi yapması, aile bireylerinden gündelik işlevleri konusunda yardım alınmasını sağlama, yalnızlık duygusunu en aza indirme gibi yöntemler de yarar sağlamaktadır (Gallagher ve Thompson, 1997).

Bilişsel-davranışçı yaklaşımda olumlu sonuçlar alınması muhtemeldir. Yaşlı bireyler için bazı uyarılar gerekebilmektedir. Bellekte yaşanan güçlük ve soyutlama yetisinde azalma olabileceğinden hasta bireyin seanslar esnasında ilgili bilgileri ve ev ödevlerini not alması istenmektedir. Bilgi çeşitli anlatımlarla birkaç kez tekrarlanıp önem arz eden noktalar üzerinde durulmalı, eğer gerektiği takdirde beyaz tahta kullanılabilir. Grafikler, karikatürler ve şemalar ile anlatım basit hale getirilmelidir. Düzenli kayıt tutarak hasta bireye geri bildirim verilmektedir (Thompson, 1996).

Bilişsel-Davranışçı tedavide ilaç tedavisi ile birlikte kullanıldığında depresyonun tedavisinde daha etkin olduğu ifade edilmektedir. Bilişsel tedavinin atakların oluşmasını engelleme ve yinleme konusunda ilaç tedavisinden daha üstün olduğu açıklanabilmektedir (Hollon, 1993).

2.1.8.2.5. Grup Tedavileri

Bu tedavi çeşidinin depresyon tedavisindeki görevi daha çok klinik deneyimlere dayanır. Bilhassa yaz süresi ve kronik hastalıkların eşliğindeki depresyonda faydalı olduğu ifade edilmektedir (APA, 1993).

Tedavi esnasında bireyin stres ile baş edebilmesinde ve yeni duruma uyumu gerçekleştirebilmesinden grup etkileşiminin olumlu bir güç olarak kullanılması esas alınmıştır. Yeni arkadaşlıklar oluşturan grup üyeleri geliştirdikleri olumlu paylaşım ilişkisi ile eski yakınlarının kaybı sonucu meydana gelen yalnızlık duygusuyla başa çıkma kazanımını geliştirebilmektedir (Kaplan, Sadock ve Grebb, 1994). Kendilik algısını olumlu yönde sağlayacak bu durumdur.

Grup tedavisinde amaç toplumsallaşma, davranış değişiklikleri sağlama ve olumlu tutum, kişisel gelişim, eğitim ve öğrenme, yaşamı yeniden gözden geçirmeyi başarmak, duygusal arınma ve problem çözmeye yönelik yetiler amaçlanmaktadır (Molberg & Lazams, 1990).

2.1.8.2.6. Aile Tedavisi

Aile sorunlarının katkısı, depresyon gelişiminde önemli risk faktörlerindedir. Bu yüzden aileye destek vermek depresif kişinin tedavi başarısına etki ettiği için aile tedavileri önem arz etmektedir. Yaşlanmayla beraber kişinin ailedeki yeri başka rolden, bağımlı role doğru yer değiştirmekte, böylece aile dinamiklerine yansiyabilmektedir. Yaşlı ebeveynin bu haline karşı genç aile bireylerinde acıma, kızgınlık, bazen de sadizme ulaşacak kadar duygusal tepkiler oluşabilmektedir. Yaşlı bireyin iyileşme süresinde bu duygular olumsuz etkilemektedir. Aile tedavisiyle, hasta bireyin yakınlarında hastalığın

neden olduğu engelleme ve çaresizlik duygularını hafifletmek, iyileşmeye engel teşkil eden aile içinde gerçekleşen tutumları değiştirmek hedeflenmektedir (Lovestone, 1997).

2.11.9.Yaşlılıkta Depresyon İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Beck, depresif bireylerin kendisi, gelecekleri, yaşamı ile ilgili olumsuz algı ve karar yapılarını barındırdıklarını ifade etmiştir. Beck kişilerin yaşadığı depresyon belirtilerinin tabanını umutsuzluğun sebebi olarak açıklamıştır. Umut taşımayan bireylerin, başarısızlıklarına katlanamamak, problemleri çözememek, başka bireylerin kendilerine yardımda bulunabileceklerine karşı inançsızlık, gerçek dışı düşüncelere kapılmak, amaçlarına ulaşmak adına bir gayret göstermemelerine rağmen olumsuz durumla karşı karşıya gelme neticelerini beklemek şeklinde durumlar oluşmaktadır. Yaşlılık evresinde depresyon ve umutsuzluk ile ilgili yapılan bir literatür araştırmasında, umutsuz bireylerde, değersizlik duygusu, kişinin kendisini çaresiz hissetmesi, karar vermekte güçlük çekmesi ve suçluluk duygularının ortaya çıktığı, olumlu olmayan fikirler, bireyin geleceğine taşınır. Böylelikle yaşlı bireyin umutsuz algı ve düşünceleri çok yoğun gözlemlenen problemlerindedir. Yaşlılarda geçmişteki yaşamlarından ötürüsürekli suçlamaları ve geleceklerine dair umutlar taşımamaları yaşlı bireyin depresif duygu yoğunluğuyla yaşamını sürdürmesine neden olur (Dilbaz, Seber., 1993).

Yaşlı bireylerin yaşıyor oldukları depresyon, genç bireylerin yaşadıkları depresyon çalışmasında yaşlı bireyler, genç bireylere oranla daha düşük düzeyde depresyon yaşadıkları ile alakalı bir kontrol etme çalışmasıdır (Fiske & Wetherell, 2009).

Yaşlı bireylerde depresyonun orta yaş bireylere oranla daha seyrek bulunması ile alakalıdır. Bu durumun nedenini ise orta yaşlarda karşılaşılan ekonomik zorluklar nedeniyle yaşlılık evresinde daha az görülmesi, sosyal değişimin meydana gelmesi ve dindarlığın artışıyla ile alakalı olduğudur (Turner ve Taylor, 2004).

Yapılan farklı klinik bir araştırmada birtakım değişkenlere göre 65 yaş uşt kişilerin depresyon düzeylerinin incelenmesi adına devlet hastanesinde 800 yatan hastadan 200 hastaya çalışma yapılmış, çalışmanın neticesinde 65 yaş ve uşthastaların %52'si GD puanları 6 ve uşeri olarak bulunup depresyon risk oranı yüksek düzeyde saptanmıştır. Çalışmanın neticelerine bağlı kadın, bekar, boşanan, dul, okuma ve yazmanın olmaması, ouğunun olmaması, kronik rahatsızlığı olan, ilaç tedavisi uygulanan, kendisini yaşlı olarak hissedenden bireylerin depresyon puan ortalaması yüksek olarak saptanmıştır (Bingöl ve Demir, 2010).

“Huzurevinde yaşayan yaşlılar da depresyon görülme sıklığı ve ilişki risk etmenlerini” araştıran bir diğer çalışma da ise, huzur evinde bulunan 168 yaşlı içinden gönüllü ve araştırma esaslarına uygun 141 yaşlı bireye “mini mental test”, “yaşlılar için depresyon leği” “(YD)”, “Hamilton Ankisiyete değerlendirme leği” “(HAMA)”, *“Kısa Psikiyatrik değerlendirme leği”* ve yaşlı bireyler için *“ok boyutlu gözlem leği”* uygulanmıştır. Araştırmanın sonucu olarak huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon %39.7 yüksek bir oran gözlemlenmiştir. Kadın olmak, kronik hastalıkların varlığı ve aşırı ilaç kullanımının depresyon risk faktörleri olarak saptanmıştır (Varma ve Oğuzhanoğlu, 2008).

Hacıkasımoğlu vd. (2007) tarafından yapılan araştırmada 65 yaş ve uşt yaşlı bireylerde depresyon ile ilgili yapılan diğer farklı bir çalışmada medeni durum, eğitim durumu, cinsiyet gibi olguların depresyon ile iliskisinde negatif bağlantı gözlemlenmiştir. Bu çalışmada kadınlarda depresyon oranı %70, erkeklerde ise %51.6 oranında saptanmıştır (Aktaran: Ahad, 2016).

Huzurevinde 65 yaş ve uşeri 41 yaşlı birey, tanımlayıcı olarak depresif belirtilerin gözlemlenmesi adına araştırma uygulanmış, araştırma sonucunda 75 yaş ve uşt bireyler de %47.4, 75 yaşın altındaki yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığı %36.4'oranında saptanmıştır. Ziyaretiye sahip olmayan yaşlı bireylerdeki depresyon %66.7 oranında olduğu gözlemlenmiştir. Geleceğe umutla bakan, endişeli olmayan yaşlılarda depresyon oranı %17.6, geleceğe umut ile bakmayan yaşlı bireylerde %58.5

oranında depresyon saptanmıştır. Kronik rahatsızlığa sahip yaşlılarda %56.5 iken, hastalığa sahip olmayan yaşlı bireylerde %22.2 oranında depresyonun varlığı gözlemlenmiştir (Kekovalı ve Baybek, 2002).

60 yaş ve üstü bireylerde depresyon düzeyinin belirlenmesi huzurevinde kalan 212 birey ile evde ortamında yaşayan 152 bireye araştırma uygulanmıştır. Huzurevinde bulunan yaşlı bireylerin yaş ortalamaları sayısı 75, evde yaşayan ise 67'dir. Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlı bireyler için farklı yaş sınıflarına (60, 74, 75 yaş üzeri bireyler) bilişsel durumları değerlendirmeye alınmıştır. Kurumda ve ev ortamında yaşayan yaşlılar arasında evli olanlar %15.6, dul ve bekârlar %46.5 oranlarında depresyon bulgusuna rastlanmıştır. Araştırma sonucunda ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin bekâr ve dul durumu depresyon için risk faktörü ve %4.72 oranında depresyon riskinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Bir diğer araştırma ise depresyonun tedavisinde, yaşlılık evresinde, depresyonun tetikleyici risk faktörleri, kadın olmanın, eş kaybının, eğitim ve ekonomi düzeyinin düşüklüğü, bekâr ve sosyal destek yoksunluğu, pek çok kayıp verilmesi ile ilişkili biyokimyasal farklılıklar ile ilgili olmalıdır (Maral, 2001).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma betimsel bir araştırma olup ilişkisel tarama yöntemi kullanılacaktır. Çorum ilinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerin katılımıyla gerçekleştirildi. Araştırmamızda Çorum ilinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerin, benlik saygısı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızın amacı doğrultusunda planlanan ve yürütülen araştırma, betimsel bir çalışma olmakla birlikte var olan durumu, var olduğu biçimde ve nesnel bir yaklaşımla ortaya koymak doğrultusunda temellenen ilişkisel tarama modelinde yürütülmüştür. *”Betimsel araştırmanın tanımı bir konu ile ilgili durumun saptanmasıdır”* (Karasar; 2012). *”iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki ve değişimin saptanması amacıyla yapılan tarama”* (Karasar, 2012). Betimsel araştırma metot ve teknikleri kullanılan araştırmamızda betimsel bir durumun sebep sonuç biçiminde değil de her biri ayrı biçimde bir bütünlük teşkil eden iki olgu arasındaki ilişkiler biçiminde ele alınmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2019 yılında Çorum ili merkezde yaşayan 66 yaşından büyük, orta yaş ve yaşlı 393 birey oluşturmaktadır. Planlanan araştırmada çalışma için gerekli verilerin pratik ve hızlı toplanması açısından amaçlı örneklem yöntemlerinden kolay ulaşılabiliyor durum örnekleme kullanılmıştır. Çorum il merkezindeki Çorum Belediyesi bünyesinde 8 ayrı kültür ve sanat merkezlerinde 50 ve üzeri sayıda bulunan “el sanatları ve

kültür kursları”nda bulunan örneklem grubu standardını sağlayan orta yaş ve yaşlı kursiyerlerden ve Çorum ilinde faal durumda bulunan 380 adet dernekten öncelikle ağırlık verilen “Çorum Emekliler Derneği” ve diğer derneklerdeki üyelerden rastgele örnekleme yöntemiyle 393 orta yaş ve yaşlı birey seçildi. Araştırmadaki 393 katılımcı arasından yaş değişkeni olarak 315 orta yaş, 78 yaşlı katılımcı ile cinsiyet olarak değerlendirildiğinde 199’u kadın, 194’ü erkek katılımcı üzerinden çalışmamız yürütülmüştür.

Veriler toplanırken tamamen random bir seçim gerçekleştirilecek olup, yaşadığı mahalle, cinsiyet ve yaş gibi oranlar dikkate alınarak kitleyi temsil edecek nitelikte bir örneklem elde edilmeye çalışılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları/Materyaller

Sözü edilen örneklemden veri toplama amacıyla kullanılacak test bataryasında kullanılacak ölçekler; Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK 1)

Sosyo demografik bilgi formunda ankete katılacak olan katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, çocuklarıyla görüşme sıklığı; “yüz yüze, telefonda”, en çok ikamet ettiği yer, sosyal güvence, kaldığı evin niteliği, ev ortamındaysa kime ait olduğu, bir mal varlığına sahiplik durumu, kimlerle yaşadığı, ev ziyaretlerine en çok kimler gelir, vakit geçirme durumu, sosyal ve fiziksel aktivitelere katılma isteği, fiziksel aktivite düzeyi, ev dışına çıkma sıklığı, kronik hastalık durumu, sigara, alkol kullanma durumu, düzenli ilaç tüketimi, yürümeye yardımcı araç, gibi 25 sorudan oluşan kişisel verilerin yer aldığı, araştırmacı Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programının öğrencisi; Ebru Soysal tarafından hazırlanan bir formdur.

3.3.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 2) (Rosenberg Self-esteem Scale)

Ölçek Rosenberg tarafından (1965) genel benlik değerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 12 alt ölçekten çoktan seçmeli 63 soru bulunmaktadır. Bu alt ölçekler sırasıyla şunlardır; *“Benlik Saygısı, Kendilik Kavramının Sürekliliği, İnsanlara Güvenme, Eleştiriye Duyarlılık, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Psikosomatik Belirtiler, Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme, Tartışmalara Katılabilme Derecesi, Ana-Baba İlgisi, Babayla İlişki ve Psişik İzolasyon”* (Çuhadaroğlu 1986, s.67).

Benlik saygısı genel itibariyle yüksek ve düşük benlik olarak iki katogoride değerlendirilmektedir. Yüksek benlik algısı bireyin kendine güven duyması ve becerilerine güvenmesi, düşük benlik saygısı ise bireyin kendisini değersiz, başarısız hissetmesi anlamına gelir (Yapıcı ve Kayıklık, 2005). Bu araştırmada söz konusu ölçeğin kısa formu olan ve beş olumlu, beş olumsuz ifadenin yer aldığı toplan 10 sorudan oluşan ‘Benlik Saygısı’ alt ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte yer alan ilk on 10 maddenin beş tanesi düz (1., 2., 4., 6., ve 7. maddeler), diğer beş tanesi ise (3., 5., 8., 9., ve 10. maddeler) ters maddelerdir. Benlik saygısı yönünden; olumlu maddelerse 0.1.2.3 olumsuz maddeler ise 3.2.1.0 şeklinde puanlama yapılmıştır. Testten alınabilecek puanlar 0 ile 30 arasında değişmektedir.” Benlik saygısının yeterli olduğunu gösteren 15-25 arası alınan puan, 15 puanın altı ise düşük benlik saygısını ifade etmektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır. Geçerlik çalışması, seçilen örneklem ile yapılan psikiyatrik görüşmelerin ölçekten elde edilen sonuçlar arasındaki uygunluğunun basit korelasyon yöntemi ile hesaplanması yoluyla yapılmış, geçerlik oranı %71 olarak saptanmıştır. Güvenirlik çalışması test-tekrar test yöntemi ile yapılmış ve %75 güvenirlik oranı saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda ölçeğimizin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: RBSÖ ölçeğinin Cronbach Alfa değeri=0.797

3.3.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK 3)

Yesevage ve arkadaşları 1983 yılında geliştirdikleri Geriatrik Depresyon Ölçeğinin geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bilhassa yaşlı nüfustaki depresyonu ölçme amaçlı hazırlanmış öz bildirim odaklı bir ölçektir. Ölçek, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları ve vücutta ağrı sızılar gibi somatik semptomlar ile yaşlılarda depresyon harici sebeplerle de oluşabilecek belirtilerin yeralmadığı, yaşlılara yönelik, yanıtlaması kolay 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği “evet” ya da “hayır” olarak yanıtlanabilecek biçimde hazırlanmıştır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve Ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Depresyonun afektif ve davranışsal semptomlarını içermektedir. (*Parmela, Patricia, Lawton ve Katz, 1989*). 30 maddenin 10 tanesi olumsuz, 20 tanesi ise olumlu olarak belirlenmiştir. Sınır değer 14 olarak saptanmıştır. Ölçek skoru yükseldikçe depresif duygu durum çoğalmaktadır. Maddeleri azaltılmış olan “*duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflama, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif özellikler ve ajitasyonu*” içermektedir (Kılınç ve Torun, 2011). Çalışmacılar ölçeğin yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği (0.92) ve geçerliliğinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Ölçeğin puanlanmasında depresyondan yana verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır. Ölçek puanlarının sınıflandırılmasını 0-10 puan “depresyon yok”; 11-13 puan “olası depresyon”; 14 ve üzerindeki puanları “kesin depresyon” olarak saptanmıştır. GDÖ için Cronch Alfa değeri 0.84’tür. Geriatrik depresyon ölçeği hastalar tarafından doldurabilirliğinin yanında araştırmacı tarafından da doldurulabilmektedir.

Bu çalışmada kullanılan GDÖ’ nün araştırmadaki güvenilirlik değerlerini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa analizi yapılmıştır. Ölçeğin bütününün çalışmada güvenilir olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda ölçeğin geçerlikgüvenirliliği: GDÖ ölçeğinin Cronbach Alfa değeri= 0.888

3.4. Verilerin Toplanma Süreci

Çalışmada, Çorum ilinde orta yaş ve yaşlı bireylerin anketleri doldurmaya istekli olan kişiler dahil edilmiştir. Planlanan araştırmada çalışma için gerekli verilerin pratik ve hızlı toplanması açısından amaçlı örneklem yöntemlerinden kolay ulaşılabilir durum örnekleme kullanılmıştır.

Çorum il merkezindeki Çorum Belediyesi bünyesinde 8 ayrı kültür ve sanat merkezlerinde 50 ve üzeri sayıda bulunan "el sanatları ve kültür kursları"nda bulunan örneklem grubu standardını sağlayan orta yaş ve yaşlı kursiyerlerden ve Çorum ilinde faal durumda bulunan 380 adet dernekten öncelikle ağırlık verilecek "Çorum Emekliler Derneği" ve diğer derneklerdeki üyelerden rastgele örnekleme yöntemiyle 393 orta yaş ve yaşlı birey seçilmiştir. Katılımcıların 315'i orta yaş, 78'i yaşlı, 152'si kadın 163'ü erkek katılımcıya anket ve formlar doldurulması sağlanmıştır. Ayrıca aynı yöntemle yedek liste oluşturuldu. Veriler tabakasız bir örnekleme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma kapsamında Çorum ilinde yaşayan yatağa bağımlı ve sürekli bakım isteyen, iletişime geçemeyen 66≤ yaş arasındaki bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Söz konusu araştırmada güvenilirliği azaltacağı düşüncesiyle, anketör ya da posta yolu tercih edilmeyip, anket uygulaması araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anketin geri dönüş oranını arttırmak için anket uygulaması bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Anketin uygulanması esnasında katılımcılara, anketin amacı ve içeriği konusunda gerekli açıklamalarda bulunduktan sonra katılıp katılmama hususunda özgür oldukları belirtilip ve çalışmaya katılma kararlarında sözlü olarak izinleri alınmıştır. Çorum ilinde orta yaş ve yaşlı

bireylere, anket soruları dağıtılmıştır. Uygulama esnasında katılımcıların herhangi bir etki altında kalmamaları için, uygulamaya katılan katılımcılardan elde edilen verilerin bilimsel maksatlar dışında kullanılmayacağını, cevapladıkları verilerin gizli kalacağı konusunda teminat verilerek kendilerinde oluşacak her türlü soru işareti giderildikten sonra anket uygulamasına geçilip böylelikle uygulama esnasında herhangi bir sorunla karşılaşılması önlenmiştir. Böylelikle araştırma sonuçlarının güvenilirliği artırılıp, daha sağlıklı ve güvenilir bilgilere ulaşılabilirlik ve katılımcıların görüşlerini çekinmeden rahat bir biçimde, daha samimi ve doğru bilgi elde edinme sağlanmıştır. Veri toplama formları araştırmacının bizzat kendisi tarafından araştırmayı kabul eden orta yaş ve yaşlı bireylerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Veriler 1 aylık sürede toplanmıştır. Katılım sağlayan orta yaş ve yaşlı bireylerin araştırma sonuçları hakkında istedikleri takdirde bilgi verileceği de belirtilmiştir. Katılımcılara katılımlarından dolayı herhangi bir maddi teşvik verilmeyip, katılımlarından dolayı kendilerine teşekkür edilmiştir. Uygulama sonrası anket formlarının yanıtlarından elde edilen verilerin analizleri yapılmıştır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Veriler analiz edilmeden önce nicel değişkenlerin normallik analizleri Kolmogrov-Simirnov ve Shapiro Wilk testleri birlikte kullanılarak yapılmıştır. Yapılan normallik analizlerine göre ölçek puanlarının normal dağılıma sahip olmadığı anlaşılmıştır. Bununla birlikte, grupların karşılaştırılmasında bazı gruplar için normalliklerin sağlandığı, bazı gruplar için ise normal dağılım varsayımlarının sağlanmadığı görülmüştür. Bu nedenle; normallik analizleri sonuçlarına göre; normallik varsayımları büyük ölçüde saplandığında iki grup karşılaştırmaları için bağımsız iki örneklem t ve ikiden fazla grubun karşılaştırmaları için Tek Yönlü ANOVA parametrik testleri kullanılmıştır. Normallik varsayımları büyük ölçüde sağlanmadığında ise, iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Parametrik olmayan testleri kullanılmıştır.

Tek yönlü ANOVA testinin sonucunda anlamlı farklılık çıkıyorsa, farklılık yaratan grup ya da grupları belirlemek için Tukey testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan testler medyan değerlerinin karşılaştırılmasına dayandığından tanımlayıcı istatistikler medyan, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri olarak belirlenmiş ve medyan ile aritmetik ortalama değerleri birlikte yorumlanmıştır. Nitel değişkenlerin birbirini etkileyip etkilemediğini belirlemek için Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin arasındaki korelasyonlar incelenirken doğrusal ilişkilerin varlığı serpilme diyagramları ile belirlendikten sonra Pearson'ın moment çarpanlar korelasyon katsayıları kullanılarak ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki miktarları hesaplanmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu tezin ana amaçlarından biri orta yaş grubu ile yaşlı bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarını karşılaştırmaktır. Bu nedenle; Dünya Sağlık Örgütü'nün, en son 2017 yılında yaptığı güncellemesi ile, 66-79 aralığındaki yaş grubunu orta yaş ve 80-99 yaş aralığını ise yaşlı olarak yaptığı sınıflama çalışmamızda referans olarak alınmıştır (Kılınç ve Torun, 2011), (Yapıcı ve Kayıklık, 2005). Böylece; bu bölümde verilen frekans dağılımları, tanımlayıcı istatistikler ve bazı faktörlerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkileri orta yaşlı, yaşlı ve tüm bireyler üzerinden karşılaştırmalı sunulmuştur.

4.1. Frekans Dağılımları ve Tanımlayıcı İstatistikler

4.1.1. Demografik Özelliklerin Frekans Dağılımları ve Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırma kapsamındaki bireylerin demografik özelliklerinin frekans dağılımları orta yaş ve yaşlı bireyler için Ki-Kare bağımsızlık testleriyle karşılaştırılacak şekilde; orta yaş, yaşlı ve tüm bireyler için Tablo 6 ve Tablo 7.' de sunulmuştur. Tablo 6. ve Tablo 7. incelendiğinde; cinsiyet ve sosyal güvence değişkenleri dışındaki (p değerleri $> \alpha = 0.05$) tüm demografik özelliklerin frekans dağılımlarının, orta yaş ve yaşlı bireyler için istatistiksel anlamlılık seviyelerinde istatistiksel farklılıklara sahip oldukları görülebilir (p değerleri $> \alpha = 0.05$ ve $\alpha = 0.01$). Tablo 6'ya göre; orta yaş ve yaşlı ve tüm bireylerin cinsiyet ve sosyal güvence değişkenlerinin dağılım benzer olup, araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısının erkek ve diğer yarısının kadın

ve % 88.8 ile büyük bir çoğunluğunun ise bir sosyal güvenceye sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 6. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 43.0 oranı ile en büyük bir çoğunluğu ilköğretim mezunu olmak üzere, bireylerin yaklaşık yarısının ilköğretim mezunu ve okuryazar olmayan, diğer yarısının ise lise ve üniversite mezunu oldukları görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaş grubundaki bireylerin lise ve üniversite mezunu olma oranının (% 53.9), yaşlıların lise ve üniversite mezunu olma oranından (% 18.0) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.000 > \alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin genel olarak eğitim düzeyleri düşük olacak şekilde, orta yaşlıların eğitim düzeylerinin yaşlılara göre daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 6.'ya göre; araştırmaya katılanların % 74.0 oranı ile en büyük çoğunluğu evli bireyler olup, % 18.1'nin eşleri vefat etmişlerdir. Bununla birlikte; orta yaş grubundaki bireyler yaşlılara göre daha büyük oranlarda evli (% 80.0 > % 50.0) ve eşinden ayrılmış (% 7.3 > % 0.0) medeni durumlara sahip iken, yaşlı bireylerin eşlerinin vefat etme oranı (% 50.0) ise orta yaşlıların eşlerinin vefat etme oranından (% 10.2) daha yüksektir ($p=0.000 < \alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireyler genel olarak evli olmak üzere, orta yaşlıların yaşlılara göre eşlerinden ayrılma oranlarının daha yüksek ve eşlerinin vefat etme oranlarının ise daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 6. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 74.0 oranı ile en büyük çoğunluğunun evli ve % 18.1 oranı ile ikinci büyük çoğunluğunun ise eşleri vefat etmiş bireyler olduğu görülmektedir. Bununla birlikte; Bununla birlikte; orta yaşlılar yaşlılara göre daha büyük oranlarda emekli olmayıp çalışan (% 11.4 > % 0.0) ve emekli olup çalışan (% 12.1 > % 1.3) bireyler iken, yaşlı bireylerin emekli olup çalışmama oranı (% 67.9) ise orta yaşlıların emekli olup çalışmama oranından (% 45.7) daha yüksektir ($p=0.000 < \alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin genel olarak emekli olup çalışmayanlar olmak üzere, orta yaşlıların henüz emekli olmayıp

çalışma ve emekli olduğu halde çalışma durumlarının yaşlılara göre daha yüksek oranlarda olduğu söylenebilir.

Tablo 6'ya göre; araştırmaya katılanların % 75.6 oranı ile en büyük çoğunluğu 1500 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olacak şekilde, düşükten yükseğe doğru gelir düzeylerine sahiptirler. Bununla birlikte; orta yaş grubundaki bireyler yaşlılara göre daha büyük oranlarda geliri olmayan (% 12.4>% 00.0) ve 2500 TL ve üzeri (% 45.4>% 33.) gelir düzeylerine sahip iken, yaşlı bireylerin 1000-2500 TL aralığındaki gelir düzeyi oranı (% 47.4) ise orta yaşlıların 100-2500 TL aralığındaki gelir düzeyi oranından (% 28.9) daha yüksektir ($p=0.000<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin genel olarak 1000 TL ve üzeri gelir düzeylerine sahip olacak şekilde, orta yaşlıların yaşlılara göre büyük ölçüde daha düşük gelir düzeyine veya daha yüksek gelir düzeyine ve yaşlıların ise orta yaşlılara göre çoğunlukla orta gelir düzeyine sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 6. incelendiğinde; araştırmaya katılanların çocuk sayılarına ilişkin medyan değeri 2 olup, % 46.6 oranı ile en büyük çoğunluğunun 1 veya 2 çocuğa ve % 30.0 oranı ile ikinci en büyük çoğunluğunun ise 3 çocuğa sahip oldukları görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlılar yaşlılara göre daha büyük oranda 2 ya da 2 den daha az çocuğa (% 61.4>% 26.9) sahiptirler ($p=0.000<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin çocuk sayısının merkezi eğilimi 2 olmak üzere, orta yaşlıların çocuk sayılarının yaşlılara göre daha düşük sayılarda olduğu söylenebilir.

Tablo 6.**Demografik Özelliklerin Dağılımı**

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	152	48.3	47	60.3	199	50.6
	Erkek	163	51.7	31	39.7	194	49.4
	Test İstatistiği	Ki-Kare=3.60 (p=0.058)					
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	15	4.8	25	32.1	40	10.2
	İlköğretim	130	41.3	39	50.0	169	43.0
	Lise	70	22.2	6	7.7	76	19.3
	Üniversite	100	31.7	8	10.3	108	27.5
	Test İstatistiği	Ki-Kare=64.18 (p=0.000**)					
Medeni Durumu	Evli	252	80.0	39	50.0	291	74.0
	Bekar	8	2.5	0	0.0	8	2.0
	Eşinden Ayrılmış	23	7.3	0	0.0	23	5.9
	Eşi Vefat Etmiş	32	10.2	39	50.0	71	18.1
	Test İstatistiği	Ki-Kare=70.21 (p=0.000**)					
Çalışma Durumu	Hiç Çalışmamış	75	23.8	23	29.5	98	24.9
	Emekli Değil (İşsiz)	9	2.9	0	0.0	9	2.3
	Emekli Değil (Çalışıyor)	36	11.4	0	0.0	36	9.2
	Emekli (Çalışmıyor)	144	45.7	53	67.9	197	50.1
	Emekli (Çalışıyor)	38	12.1	1	1.3	39	9.9
	Diğer	13	4.1	1	1.3	14	3.6
	Test İstatistiği	Ki-Kare=26.86 (p=0.000**)					
	Aylık Gelir	Geliri Yok	39	12.4	0	0.0	39
1000 TL Altı		42	13.3	15	19.2	57	14.5
1000-2500 TL		91	28.9	37	47.4	128	32.6
2500 TL Üstü		143	45.4	26	33.3	169	43.0
Test İstatistiği		Ki-Kare=19.88 (p=0.000**)					
Çocuk Sayısı Medyan=2 AO ± SS=2.5 ± 1.3	Çocuğu Yok	27	8.6	3	3.8	30	7.6
	1-2 Çocuk	165	52.4	18	23.1	183	46.6
	3 Çocuk	89	28.3	29	37.2	118	30.0
	4 ve Üzeri Çocuk	34	10.8	28	35.9	62	15.8
	Test İstatistiği	Ki-Kare=39.99 (p=0.000**)					
En çok ikamet Ettiği Yer	Büyükşehir	21	6.7	1	1.3	22	5.6
	Şehir	274	87.0	72	92.3	346	88.0
	İlçe	12	3.8	0	0.0	12	3.1
	Köy	8	2.5	5	6.4	13	3.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=9.24 (p=0.026*)					
Sosyal Güvence	Var	280	88.9	69	88.5	349	88.8
	Yok	35	11.1	9	11.5	44	11.2
	Test İstatistiği	Ki-Kare=0.01 (p=0.915)					

AO: Aritmetik Ortalama; SS:Standart Sapma; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 6.'ya göre; araştırmaya katılanların % 88.0 en yüksek oranı büyük çoğunluğunun en çok ikamet ettiği yerin Şehir olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte; orta yaş grubundaki bireylerin yaşlılara göre en çok ikamet ettiği yer

daha büyük oranlarda büyük şehir (% 6.7>% 1.3) ve ilçe (% 3.8>% 0.0) iken, yaşlı bireylerin orta yaşlı bireylere göre en çok ikamet ettiği yerin daha büyük oranda (% 6.4>% 2.5) Köy olduğu görülmüştür ($p=0.026<\alpha=0.05$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin en çok ikamet ettiği yer genel olarak Şehir olmak üzere, orta yaşlıların yaşlılara göre en çok ikamet ettiği yerlerin Büyükşehir ve İlçe, yaşlıların orta yaşlılara göre en çok ikamet ettiği yerin ise Köy olduğu söylenebilir.

Tablo 7.

Demografik Özelliklerin Dağılımı (Tablo 6.'nın Devamı)

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Yaşadığı Yer	Apartman Dairesi	275	87.3	61	78.2	336	85.5
	Müstakil Ev	36	11.4	17	21.8	53	13.5
	Bakım Evi	1	0.3	0	0.0	1	.3
	Pansiyon-Otel	2	0.6	0	0.0	2	.5
	Diğer	1	0.3	0	0.0	1	.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=5.53 ($p=0.019^*$)					
Kaldığı Ev	Bir Evde Kalmıyor	5	1.6	0	0.0	5	1.3
	Kendine Ait	236	74.9	69	88.5	305	77.6
	Ailesine Ait	21	6.7	8	10.3	29	7.4
	Kira	53	16.8	1	1.3	54	13.7
	Test İstatistiği	Ki-Kare=13.416 ($p=0.001^{**}$)					
Mal Varlığı	Bir Mal Varlığı Yok	71	22.5	6	7.7	77	19.6
	Bir Evi var	104	33.0	42	53.8	146	37.2
	Evi ve Arabası Var	88	27.9	2	2.6	90	22.9
	Birkaç Evi-Arazisi Var	52	16.5	28	35.9	80	20.4
	Test İstatistiği	Ki-Kare=43.45 ($p=0.000^{**}$)					

*0.05 önem düzeyinde anlamlı **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 7. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 85.5 en yüksek oranı ile büyük çoğunluğunun yaşadığı yerin Apartman Dairesi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlılar yaşlılara göre daha büyük oranda Apartman Dairesinde (% 87.3>% 78.2) yaşarken, ; yaşlılar ise orta yaşlılara göre daha büyük oranda müstakil evde (% 21.8>% 11.4) yaşamaktadırlar ($p=0.019<\alpha=0.05$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü

bireylerin büyük çoğunluğu Apartman Dairesinde yaşamak üzere, orta yaşlıların yaşlılara göre daha büyük oranda Apartman Dairesinde ve daha düşük oranda Müstakil Ev'de yaşadıkları söylenebilir.

Tablo 7. incelendiğinde; araştırmaya katılanlar mal varlıkları bilgisini, en yüksek oranlardan en düşük oranlara doğru sırası ile bir evim var (% 37.2), bir evim ve arabam var (% 22.9), Bir kaç evim arazim var (% 20.4) ve bir mal varlığım yok (% 19.6) cevapları ile yaklaşık eşit dağılacak şekilde, büyük çoğunluğunun kaldığı evin kendine ait olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte; yaşlılar orta yaşlılara göre daha büyük oranda kendine ait evde (% 88.5>% 74.9) yaşarken, orta yaşlılar ise yaşlılara göre daha büyük oranda kiralık bir evde (% 16.8>% 1.3) yaşamaktadırlar ($p=0.001<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu kendine ait bir evde yaşamak üzere, orta yaşlıların yaşlılara göre daha büyük oranda kiralık bir evde ve daha düşük bir oranda ise kendine ait bir evde yaşadıkları söylenebilir.

4.1.2. Sosyal Yaşam İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları

Araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal yaşam ile ilgili özelliklerinin frekans dağılımları orta yaş ve yaşlı bireyler için Ki-Kare bağımsızlık testleriyle karşılaştırılacak şekilde; orta yaş, yaşlı ve tüm bireyler için Tablo 8' de sunulmuştur. Tablo 8. incelendiğinde; çocuklar ile telefonda görüşme sıklığı ve sosyal aktivitelere katılma düzeyi değişkenleri dışındaki (p değerleri $>\alpha=0.05$) tüm sosyal yaşam ile ilgili özelliklerin frekans dağılımlarının, orta yaş ve yaşlı bireyler için istatistiksel anlamlılık seviyelerinde istatistiksel farklılıklara sahip oldukları görülebilir (p değerleri $<\alpha=0.01$). Tablo 8. 'e göre; orta yaş ve yaşlı tüm bireylerin çocuklar ile telefonda görüşme sıklığı ve sosyal aktivitelere katılma düzeyi değişkenlerinin dağılımlarının benzer olup, araştırmaya katılan bireylerin % 54.7 oranı ile en büyük çoğunluğunun çocukları ile telefonda her gün ve % 33.8 oranı ile ikinci en büyük çoğunluğunun ise haftada bir kez görüştüğü söylenebilir. Ayrıca, çorumdaki 66 yaş üstü bireylerin sosyal aktivitelere % 55.7 oranı ile en büyük çoğunluğunun bazen ve % 37.2 oranı ile ikinci en büyük çoğunluğunun ise sık sık katıldığı ifade edilebilir. Tablo 8.

incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 67.9 en yüksek oranı ile eşi ile birlikte yaşadığı görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlıların eşi ile birlikte yaşama oranının (% 73.0) yaşlıların eşi ile birlikte yaşama oranından (% 47.4) istatistiksel anlamlılık seviyesinde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.000 < \alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu eşi ile birlikte yaşamakla birlikte, orta yaşlıların yaşlılara göre daha büyük oranda eşi ile birlikte yaşadığı söylenebilir. Bu durumun, Tablo 6.' da görülen, yaşlı bireylerin yaklaşık yarısının eşlerinin vefat ettiği bulgusundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 8.*Sosyal Yaşam İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları*

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Yaşama Ortamı	Tek Başına	41	13.0	29	37.2	70	17.8
	Eşiyile	230	73.0	37	47.4	267	67.9
	Çocuklarıyla	40	12.7	8	10.3	48	12.2
	Bakıcı İle	2	.6	4	5.1	6	1.5
	Bakımevi	2	.6	0	0.0	2	.5
	Test İstatistiği	Ki-Kare=27.38 (p=0.000**)					
Çocuklarıyla veya Sevdikleriyle Görüşme Sıklığı	Her Gün	135	42.9	31	39.7	166	42.2
	Haftada	93	29.5	18	23.1	111	28.2
	Birkaç Kez	37	11.7	5	6.4	42	10.7
	Ayda Birkaç Kez	36	11.4	24	30.8	60	15.3
	Senede Birkaç Kez	7	2.2	0	0.0	7	1.8
	Bir Seneden Daha Uzun	7	2.2	0	0.0	7	1.8
	Hiç	7	2.2	0	0.0	7	1.8
	Test İstatistiği	Ki-Kare=21.51 (p=0.001**)					
Çocukları ile Telefonda Görüşme Sıklığı	Her Gün	167	53.0	48	61.5	215	54.7
	Haftada	111	35.2	22	28.2	133	33.8
	Birkaç Kez	12	3.8	6	7.7	18	4.6
	Ayda Birkaç Kez	10	3.2	1	1.3	11	2.8
	Senede Birkaç Kez	5	1.6	1	1.3	6	1.5
	Bir Seneden Daha Uzun	10	3.2	0	0.0	10	2.5
	Hiç	10	3.2	0	0.0	10	2.5
	Test İstatistiği	Ki-Kare=4.43 (p=0.219)					

Tablo 8. (devam)*Sosyal Yaşam İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları*

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
Ev Ziyaretine En Çok Kimlerin Geldiği	Hiç Kimse Gelmez	21	6.7	2	2.6	2.6	5.9
	Çocuklar	78	24.8	31	39.7	39.7	27.7
	Akrabalar	114	36.2	21	26.9	26.9	34.4
	Arkadaşlar	58	18.4	6	7.7	7.7	16.3
	Komşular	41	13.0	18	23.1	23.1	15.0
	Diğer	3	1.0	0	0.0	3	.8
Test İstatistiği		Ki-Kare=16.94 (p=0.002**)					
Sosyal Aktivitelere Katılma Düzeyi	Sık Sık	120	38.1	26	33.3	146	37.2
	Bazen	173	54.9	46	59.0	219	55.7
	Hiç	22	7.0	6	7.7	28	7.1
	Test İstatistiği	Ki-Kare=0.61 (p=0.737)					
Ev Dışına Çıkma Sıklığı	Sık Sık	215	68.3	43	55.1	258	65.6
	Bazen	91	28.9	35	44.9	126	32.1
	Hiç	9	2.9	0	0.0	9	2.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=16.94 (p=0.002**)					

**0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 8. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 42.2 oranı ile en büyük çoğunluğunun çocuklarıyla veya sevdikleriyle her gün ve % 28.2 oranı ile ikinci en büyük çoğunluğunun ise haftada bir kez görüştüğü görülmektedir. Bununla birlikte; yaşlıların çocuklarıyla veya sevdikleriyle senede birkaç kez görüşme oranının (% 30.8) orta yaşlıların çocuklarıyla veya sevdikleriyle senede birkaç kez görüşme oranından (% 11.4) istatistiksel anlamlılık seviyesinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.000< α =0.01). Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu çocuklarıyla veya sevdikleriyle her gün veya hafta bir kez görüşecek şekilde, yaşlıların orta yaşlılara göre çocuklarıyla veya sevdikleriyle senede birkaç kez görüşme oranının daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bulgu, yaşlıların, çocukları ve sevdikleri tarafından orta yaşlılara göre daha çok ihmal edildiğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Tablo 8.' e göre; araştırmaya katılanların bireylerin ziyaretine akrabaları (% 34.4), çocukları (% 27.7), arkadaşları (% 16.3) ve komşuları (% 15.0) önemli oranlarda gelmektedirler. Bununla birlikte; orta yaşlıların ziyaretine yaşlılara göre daha çok akrabaları (% 36.2>% 26.9) ve arkadaşları (% 18.4>% 7.7) gelirken, yaşlıların ziyaretine ise orta yaşlılara göre daha çok çocukları (%

39.7>% 24.8) ve komşuları (% 23.1>% 13.0) gelmektedirler (p=0.002< α =0.01) Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin orta yaşlarda ziyaretine daha çok akraba ve arkadaşlarının gelme eğilimi söz konusu iken, bu eğilim bireyler yaşlandığında çocuklar ve komşular olarak değişmektedir.

Tablo 8. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 65.6 en yüksek oranı ile büyük çoğunluğunun sık sık ev dışına çıktığı görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlıların yaşlılara göre, sık sık ev dışına çıkma oranı daha yüksek (% 68.3>%55.1) ve bazen ev dışına çıkma oranının ise daha düşük (% 28.9<% 44.9) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlara göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu sık sık ev dışına çıkan bireyler olmak üzere, yaşlıların orta yaşlılara göre daha az dışarı çıktıkları söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal yaşam ile ilgili özelliklerinin frekans dağılımları orta yaş ve yaşlı bireyler için Ki-Kare bağımsızlık testleriyle karşılaştırılacak şekilde; orta yaş, yaşlı ve tüm bireyler için Tablo 9' da sunulmuştur. Tablo 9. incelendiğinde; sık sık sohbet etme durumu, düzenli olarak internette gazete kitap okuma durumu düzenli olarak bir şeyler yazıp çizme durumu, düzenli olarak gezerek yürüyüş yapma durumu ve genel olarak evde tek başına olup olmama durumu değişkenlerinin vakit geçirme durumu ile ilgili özelliklerinin özelliklerin frekans dağılımlarının orta yaş ve yaşlı bireyler için istatistiksel anlamlılık seviyelerinde farklılıklar yaratmadığı görülmüştür (p değerleri> α =0.05). Tablo 9.' a göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluklarının % 72.8 oranı ile sık sık sohbet etmeyen, % 61.1 oranı ile internette düzenli olarak gazete ve kitap okumayan, % 95.7 oranı ile düzenli olarak bir şeyler yazıp çizmeyen, % 56.0 oranı ile düzenli olarak gezerek yürüyüş yapmayan ve % 85.8 oranı genel olarak evde tek başına olmayan kişilerden kişiler den oluştuğu söylenebilir. Bu sonuçlar; genel olarak vakit geçirme özelliklerinin orta yaşlı ve yaşlı bireyler için zayıf düzeyde olduğunu ifade etmesi açısından önemli bir sonuç olarak düşünülebilir.

Tablo 8. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 77.4 oranı ile büyük çoğunluğunun düzenli olarak el becerisi gerektiren işler yapmadığı görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlıların yaşlılara göre, düzenli olarak el becerisi gerektiren işler yapma oranının daha yüksek bir değer olduğu (% 24.8>% 14.1) saptanmıştır ($p=0.044<\alpha=0.05$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu düzenli olarak el becerisi gerektiren işler yapmamak üzere, orta yaşlıların yaşlılara göre daha büyük sıklıkta düzenli olarak el becerisi gerektiren işlerle uğraştığı söylenebilir.

Tablo 8.' e göre; araştırmaya katılanların % 81.7 oranı ile büyük çoğunluğu kafeteryada düzenli olarak tavla ve okey oynamamaktadırlar. Bununla birlikte; orta yaşlıların yaşlılara göre, düzenli olarak kafeteryada düzenli olarak tavla ve okey oynama oranının daha yüksek bir değer olduğu (% 21.8>% 7.7) saptanmıştır ($p=0.007<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu kafeteryada düzenli olarak tavla ve okey oynamamak üzere, orta yaşlıların yaşlılara göre daha büyük oranda kafeteryada düzenli olarak tavla ve okey oynadığı söylenebilir.

Tablo 8 incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 69.2 oranı ile büyük çoğunluğunun düzenli olarak televizyon izlediği ve radyo dinlediği görülmektedir. Bununla birlikte; yaşlıların orta yaşlılara göre, düzenli olarak televizyon izlediği ve radyo dinleme oranının daha yüksek bir değer olduğu (% 87.2>% 64.8) saptanmıştır ($p=0.000<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu düzenli olarak televizyon izleyen ve radyo dinleyen kişiler olup, yaşlıların orta yaşlılara göre daha büyük sıklıkta televizyon izleyerek ve radyo dinleyerek vakit geçirdiği söylenebilir.

Tablo 8.'e göre; araştırmaya katılanların % 64.9 oranı ile büyük çoğunluğu düzenli olarak dini ibadetlerini yerine getirememektedirler. Bununla birlikte; yaşlıların orta yaşlılara göre, düzenli olarak dinin ibadetlerini yerine getirme oranının daha yüksek bir değer olduğu (% 62.8>% 28.3) saptanmıştır ($p=0.007<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü büyük çoğunluğu düzenli olarak dini ibadetlerini yerine getirememek üzere,

yaşlıların orta yaşlılara göre daha büyük düzenli olarak dini ibadetlerini yerine getirdikleri söylenebilir.

Tablo 9.

Vakit Geçirme Durumu İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Sık Sık Sohbet Eder misiniz? (n=393)	Hayır	225	71.4	61	78.2	286	72.8
	Evet	90	28.6	17	21.8	107	27.2
	Test İstatistiği	Ki-Kare=1.45 (p=0.229)					
Düzenli Olarak El Becerisi Gerektiren İşler Yapar mısınız? (n=393)	Hayır	237	75.2	67	85.9	304	77.4
	Evet	78	24.8	11	14.1	89	22.6
	Test İstatistiği	Ki-Kare=4.06 (p=0.044*)					
Kafeteryada Düzenli Olarak Tavla Okey Oynar mısınız? (n=393)	Hayır	249	79.0	72	92.3	321	81.7
	Evet	66	21.0	6	7.7	72	18.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=7.35 (p=0.007**)					
Düzenli Olarak Televizyon İzler ve Radyo Dinler misiniz? (n=393)	Hayır	111	35.2	10	12.8	121	30.8
	Evet	204	64.8	68	87.2	272	69.2
	Test İstatistiği	Ki-Kare=14.74 (p=0.000**)					
Düzenli Olarak İnternete Girer, Gazete Kitap Okur musunuz?	Hayır	179	56.8	61	78.2	240	61.1
	Evet	136	43.2	17	21.8	153	38.9
	Test İstatistiği	Fisher Ki-Kare (p=0.214)					
Düzenli Olarak Bir şeyler Yazıp Çizer misiniz?	Hayır	299	94.9	77	98.7	376	95.7
	Evet	16	5.1	1	1.3	17	4.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=3.60 (p=0.058)					
Düzenli Olarak Gezerek Yürüyüş Yapar mısınız?	Hayır	179	56.8	41	52.6	220	56.0
	Evet	136	43.2	37	47.4	173	44.0
	Test İstatistiği	Ki-Kare=0.461 (p=0.497)					
Düzenli Olarak Dini İbadetleri Gerçekleştirmisiniz?	Hayır	226	71.7	29	37.2	255	64.9
	Evet	89	28.3	49	62.8	138	35.1
	Test İstatistiği	Ki-Kare=32.79 (p=0.000**)					
Genel Olarak Evde Tek Başınamısınız?	Hayır	269	85.4	68	87.2	337	85.8
	Evet	46	14.6	10	12.8	56	14.2
	Test İstatistiği	Ki-Kare=0.16 (p=0.687)					

*0.05 önem düzeyinde anlamlı **0.01 önem seviyesinde anlamlı

4.1.3. Sağlık İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları

Araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal yaşam ile ilgili özelliklerinin frekans dağılımları orta yaş ve yaşlı bireyler için Ki-Kare bağımsızlık testleriyle karşılaştırılacak şekilde; orta yaş, yaşlı ve tüm bireyler için Tablo 10.' da sunulmuştur. Tablo 10. incelendiğinde; gerekli olan günlük ev/oda işleriyle

uğraşp uğraşmama ve düzenli terleme ve nefes alımı egzersizleri yapma sıklığı değişkenleri dışındaki (p değerleri $> \alpha = 0.05$) tüm sağlık ile ilgili özelliklerin frekans dağılımlarının, orta yaş ve yaşlı bireyler için istatistiksel anlamlılık seviyelerinde istatistiksel farklılıklara sahip oldukları görülebilir (p değerleri $< \alpha = 0.01$). Tablo 10.'a göre; orta yaş ve yaşlı bireylerin tümünün yaklaşık yarısının (% 45.0) gerekli olan günlük ev/oda işleriyle uğraştığı saptanmıştır. Ayrıca, orta yaş ve yaşlı bireylerin tümünün yaklaşık yarısının (% 45.0) gerekli olan günlük ev/oda işleriyle uğraştığı ve % 78.6 oranı ile büyük çoğunluğunun hiç düzenli terleme ve nefes alımı egzersizi yapmadığı söylenebilir.

Tablo 10.

Sağlık İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Yürümeye Yardımcı Araç Durumu	Yok	305	96.8	52	66.7	356	90.6
	Baston	10	3.2	23	29.5	33	8.4
	Koltuk	0	0.0	2	2.6	2	.5
	Değneği	0	0.0	1	1.3	1	.3
	Tekerlekli Sandalye	0	0.0	1	1.3	1	.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=42.83 ($p=0.000^{**}$)				1	.3
Gerekli Olan Günlük Ev/Oda İşleriyle Uğraşır mısınız?	Hayır	177	56.2	39	50.0	216	55.0
	Evet	138	43.8	39	50.0	177	45.0
	Test İstatistiği	Ki-Kare=0.97 ($p=0.0325$)					
Düzenli Olarak Yürüyüş Yapma Durumu	Hiç	100	31.7	10	12.8	110	28.0
	Her Gün	113	35.9	31	39.7	144	36.6
	Haftada Birkaç Kez	102	32.4	37	47.4	139	35.4
	Test İstatistiği	Ki-Kare=12.26 ($p=0.002^{**}$)					
Düzenli terleme ve Nefes Alımı Egzersizleri Yapma Durumu	Hiç	244	77.5	65	83.3	309	78.6
	Her Gün	40	12.7	4	5.1	44	11.2
	Haftada Birkaç Kez	31	9.8	9	11.5	40	10.2
	Test İstatistiği	Ki-Kare=3.65 ($p=0.161$)					
Kronik Hastalık Sayısı Medyan=1.0 AO \pm SS=1.3 \pm 1.2	Yok	128	40.6	6	7.7	134	34.1
	1 Adet	79	25.1	16	20.5	95	24.2
	2 Adet	65	20.6	38	48.7	103	26.2
	3 ve Üzeri	43	13.7	18	23.1	61	15.5
	Test İstatistiği	Ki-Kare=42.83 ($p=0.000^{**}$)					

Tablo 10. (devam)*Sağlık İle İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları*

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Düzenli İlaç Kullanım Durum Sayısı	0-1 Arası	160	50.8	9	11.5	169	43.0
	2-3 Arası	96	30.5	43	55.1	139	35.4
	4-6 Arası	44	14.0	22	28.2	66	16.8
	6-12 Arası	15	4.8	4	5.1	19	4.8
AO ± SS=2.1 ± 2.1	Test İstatistiği	Ki-Kare=40.71 (p=0.000**)					

AO:Aritmetik Ortalama, SS;Standart Sapma, *0.05 önem düzeyinde anlamlı **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 10. incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 90.2 oranı ile büyük çoğunluğunun yürümeye yardımcı herhangi bir araç kullanmadığı görülmektedir. Bununla birlikte; yaşlıların orta yaşlılara göre, baston kullanma oranının daha yüksek bir değer olduğu (% 29.5>% 3.2) saptanmıştır (p=0.000<α=0.01). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu yürümeye yardımcı herhangi bir araç kullanmamak üzere, yaşlıların orta yaşlılara göre daha büyük oranda baston kullandığı söylenebilir.

Tablo 10.' a göre; araştırmaya katılanların düzenli olarak yürüyüş yapma sıklıklarının yaklaşık eşit oranlarda her gün (% 36.6), haftada birkaç kez (% 35.4) ve hiç (% 28.0) sıklıklarında yaptıkları görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlıların yaşlılara göre hiç düzenli yürüyüş yapmama oranının daha yüksek (% 31.7>% 12.8) ve haftada birkaç kez düzenli yürüyüş yapma oranının ise daha düşük olduğu (% 32.4<% 47.4) saptanmıştır (p=0.002<α=0.01). Elde edilen bu sonuca göre; yaşlıların günlük hayatlarında orta yaşlılara göre daha çok düzenli yürüyüş yaptığı söylenebilir.

Tablo 10. incelendiğinde; araştırmaya katılanların kronik hastalık sayısının medyan değeri 1 olup, yaklaşık eşit oranlarda 0 (% 34.1), 2 (26.2), 1(% 24.2) ve 3 ve üzeri (% 15.5) sayılarda kronik hastalığa sahip oldukları görülmüştür. Bununla birlikte; orta yaşlıların, yaşlılara göre hiçbir kronik hastalığa sahip olmama oranı daha yüksek bir değer iken (% 40.6>% 7.7) , 2 adet kronik hastalığa sahip olma (% 20.6<% 48.7) ve 3 ve üzeri sayıda kronik hastalığa

sahip olma oranları (% 13.7<% 23.1) ise daha düşük değerlerdir ($p=0.000<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık sayısının merkezi eğilimi 1 adet olmak üzere, yaşlıların orta yaşlılara göre daha çok sayıda kronik hastalığa sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 10. incelendiğinde; araştırmaya katılanların düzenli ilaç kullanım durum sayısının medyan değeri 2 olup, bireylerin % 78.4 oranı ile büyük çoğunluğunun günlük 0 ile 3 arasında bir sayıda ilaç kullandığı görülmektedir. Bununla birlikte; orta yaşlıların, yaşlılara göre günlük 0 ile 1 arasında bir sayıda ilaç kullanma oranı daha yüksek bir değer iken (% 50.8>% 11.5) , günlük 2 ile 6 arasında bir sayıda ilaç kullanma oranı ise daha düşük bir değer olarak (% 44.5<% 83.3) saptanmıştır ($p=0.000<\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin günlük düzenli ilaç kullanım durum sayısının merkezi eğilimi 2 adet olmak üzere, yaşlıların orta yaşlılara göre daha günlük daha çok sayıda ilaç kullandığı söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin sigara ve içki kullanma alışkanlığı ile ilgili özelliklerinin frekans dağılımları orta yaş ve yaşlı bireyler için Ki-Kare bağımsızlık testleriyle karşılaştırılacak şekilde; orta yaş, yaşlı ve tüm bireyler için Tablo 11.' de sunulmuştur.

Tablo 11.*Sigara ve İçki Kullanma Alışkanlığı ile İlgili Özelliklerin Frekans Dağılımları*

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyor	85	27.0	5	6.4	90	22.9
	Kullanmıyor	230	73.0	73	93.6	303	77.1
		Test İstatistiği Ki-Kare=14,99 (p=0,000**)					
Geçmişte Sigara Kullanma Durumu	Kullandı	272	86.3	70	89.7	342	87.0
	Kullanmadı	43	13.7	8	10.3	51	13.0
		Test İstatistiği Ki-Kare=0,64 (p=0,424)					
Geçmişte Kaç Yıl Sigara Kullandığı	1-30 Yıl	34	79.1	4	50.0	38	74.5
	31-60 Yıl	9	20.9	4	50.0	13	25.5
		Medyan=25.0 AO ± SS= 26.3 ± 12.2 Test İstatistiği Fisher Ki-Kare (p=0,179)					
İçki Kullanma Durumu	Kullanıyor	44	14.0	1	1.3	45	11.5
	Kullanmıyor	271	86.0	77	98.7	348	88.5
		Test İstatistiği Ki-Kare=9,92 (p=0,002**)					
Geçmişte İçki Kullanma Durumu	Kullandı	301	95.6	76	97.4	377	95.9
	Kullanmadı	14	4.4	2	2.6	16	4.1
		Test İstatistiği Fisher Ki-Kare (p=0,748)					
Geçmişte Kaç Yıl İçki Kullandığı	1-20 Yıl	11	78.6	2	100.0	13	81.3
	21-40 Yıl	3	21.4	0	0.0	3	18.8
		Medyan=15.0 AO ± SS= 15.6 ± 10.2 Test İstatistiği Fisher Ki-Kare (p=1,000)					

**0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 11. incelendiğinde; sigara kullanma durumu ve içki kullanma durumu değişkenlerinin tüm sağlık ile ilgili özelliklerin frekans dağılımlarının, orta yaş ve yaşlı bireyler için istatistiksel anlamlılık seviyelerinde istatistiksel farklılıklara sahip olmadıkları görülmektedir (p değerleri> $\alpha=0.05$). Elde edilen sonuçlara göre; 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğunun % 87.0 oranı ile geçmişte sigara kullandığı, % 74.5 oranı geçmişte sigara kullanma süresinin 1-30 yıl aralığında olduğu (Medyan=25 yıl), % 95.9 oranı geçmişte içki kullandığı ve % 81.3 oranı geçmişte içki kullanma süresinin 1-20 yıl olduğu (Medyan=15.0) saptanmıştır.

Tablo 11. incelendiğinde; geçmişte sigara kullanma durumu, geçmişte kaç yıl sigara kullandığı, geçmişte içki kullanma durumu ve geçmişte kaç yıl içki kullandığı değişkenlerinin tüm sigara ve içki kullanma alışkanlığı ile ilgili

özelliklerin frekans dağılımlarının, orta yaş ve yaşlı bireyler için istatistiksel anlamlılık seviyelerinde farklılıklara sahip oldukları görülmektedir. (p değerleri $\alpha=0.01$). Tablo 11.' e göre, 66 yaş ve üzeri bireylerin büyük çoğunluğunun % 77.1 oranı sigara kullanmadığı ve % 88. 5 oranı ile içki kullanmadıkları saptanmıştır. Bununla birlikte; orta yaşlıların, yaşlılara göre daha yüksek oranda sigara (% 27.0>% 6.4) ve içki (% 14.0>% 1.3) içtikleri söylenebilir (p değerleri $\alpha=0.01$). Elde edilen bu sonuca göre; yaşlandıkça içki ve sigara içme alışkanlığının azaldığı söylenebilir.

4.1.4. RBSÖ ve GDÖ Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

RBSÖ ve GBÖ ölçekleri literatürde (Kılınç ve Torun, 2011), (Yapıcı ve Kayıklık, 2005). Toplam puan üzerinden analiz edilmekte olup, ölçeklere ilişkin kesme noktaları ve ölçek puanlarının nasıl değerlendirileceğine ilişkin bilgiler Tablo 12' de sunulmuştur. Böylece; bu tez çalışmasında, RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel analiz sonuçları Tablo 12 dikkate alınarak yorumlanacaktır.

Tablo 12.

RBSÖ ve GDÖ Puanlarının Değerlendirme Ölçütleri

Ölçekler	Puan	Değerlendirme
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kesme Noktası=15	0-14	Düşük Benlik Saygısı
	15-24	Yeterli Benlik Saygısı
	25-30	Yüksek Benlik Saygısı
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Kesme Noktası=14	0-10	Depresyon Yok
	11-13	Olası Depresyon
	14-30	Kesin Depresyon

RBSÖ ve GDÖ puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler orta yaş ve yaşlı bireylerin istatistiksel olarak karşılaştırmaları yapılacak şekilde, Tablo 13.' de sunulmuştur. Tablo 13. incelendiğinde orta yaş ile yaşlı grupların RBSÖ ve GDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlılık düzeylerinde farklılıklar olmayıp, 66 yaş ve üzerindeki bireylerin tümünün yeterli düzeyde benlik saygısına (Medyan=20) ve olası depresyon puanına çok yakın olacak şekilde, geriatrik depresyona sahip olmayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Böylece; orta yaş ve yaşlı bireylerin genel olarak benlik

saygıları ve geriatrik depresyonlarında problemlili bir durumun söz konusu olmadığı söylenebilir.

Tablo 13.

RBSÖ ve GDÖ Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Ölçekler	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
	Medyan	AO ±SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
RBSÖ	20.0	21.0 ± 4.4	19.5	20.2 ± 4.3	20.0	20.8 ± 4.4
Test İstatistiği	MU=10965.5 (p=0.141)					
GDÖ	10.0	10.9 ± 6.9	9.0	9.5 ± 5.6	10.0	10.6 ± 6.7
Test İstatistiği	t=1.79 (p=0.075)					

MU:Mann Whitney U test İstatistiği, t:Bağımsız İki Örneklem testi t istatistiği

RBSÖ ve GDÖ puanları Tablo 4.13.'deki değerlendirme ölçütlerine göre sınıflandırılmış ve yapılan sınıflandırmalara göre elde edilen frekans dağılımları Tablo 4.14.' de verilmiştir.

Tablo 4.14'e göre; orta yaşlı ve yaşlı bireylerin RBSÖ puanlarının ve GDÖ puanlarının frekans dağılımları aynı olacak şekilde; çorumdaki orta yaşlılar, yaşlılar ve 66 yaş üzeri grupların her biri için; bireylerin büyük çoğunlunun yeterli benlik saygısına (% 71.4, % 74.4 ve % 72. 0 oranları ile), ikinci en büyük çoğunluğunun yüksek benlik saygısına (% 23.8, % 19.2 ve % 22.9 oranları ile) ve en düşük oranlarda ise düşük benlik saygısına (% 4.8, % 6.4 ve % 5.1 oranları ile) sahip oldukları görülmektedir. Benzer biçimde; orta yaşlılar, yaşlılar ve 66 yaş üzeri grupların her biri için; bireylerin büyük çoğunlunun depresyon yok seviyesine (% 52.4, % 57.7 ve % 53.4 oranları ile), ikinci en büyük çoğunluğunun kesin depresyon seviyesine (% 34.8, % 25.6 ve % 32.3 oranları ile) ve en düşük oranlarda ise olası depresyon seviyesine (% 13.7, % 16.7 ve % 14.2 oranları ile) sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 14.*Ölçek Puanlarının Değerlendirme Ölçütlerine Göre Frekans Dağılımları*

Değişken	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	Düşük Benlik Saygısı(0-14 Puan)	15	4.8	5	6.4	20	5.1
	Yeterli Benlik Saygısı(15-24 Puan)	225	71.4	58	74.4	283	72.0
	Yüksek Benlik Saygısı(25-30 Puan)	75	23.8	15	19.2	90	22.9
	Test İstatistiği	Ki-Kare=0.98 (p=0.612)				1	3
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	Depresyon Yok (0-10 Puan)	165	52.4	45	57.7	210	53.4
	Olası Depresyon (15-24 Puan)	43	13.7	13	16.7	56	14.2
	Kesin Depresyon (25-30 Puan)	107	34.0	20	25.6	127	32.3
	Test İstatistiği	Ki-Kare=2.7 (p=0.355)					

4.2. Demografik, Sosyal Yaşam ve Sağlık İle İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin incelenmesi

Demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkileyip etkilemediği alt bölümler halinde incelenmiştir.

4.2.1. Demografik Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin İncelenmesi

Bu bölümde, demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, medeni durum ve sosyal güvence değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (p değerleri > $\alpha=0.05$).

Bununla birlikte, diğer demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanları üzerinde istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilere sahip oldukları belirlenmiş olup, bu etkilere ait bulgular sırası ile sunulmuştur.

Cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumu değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 13.' de verilmiştir. Tablo 14. incelendiğinde; cinsiyet değişkeninin RBSÖ puanlarının hiç birini etkilemediği (p değerleri $> \alpha = 0.05$), orta yaşlı ve tüm bireylerin GDÖ puanlarında ise % 99 güven düzeyinde anlamlı farklılıklar yarattığı görülmektedir. (p değerleri $< \alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlı kadınların geriatik depresyon düzeyinin (Medyan=12.5) orta yaşlı erkeklerin geriatik depresyon düzeyinden (Medyan=8.5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. ($p = 0.001 < \alpha = 0.01$). Sonuç olarak; cinsiyet değişkeninin etkisi söz konusu olduğunda, benlik saygısı ile geriatik depresyon birbirinden bağımsız olduğu düşünülebilir. Böylece; Kadın ile erkeklerin benlik saygılarının yeterli benlik saygısı düzeyinde olacak şekilde istatistiksel olarak aynı olmasına karşın, orta yaşlı kadınlar olası depresyona sahip iken, orta yaşlı erkeklerin geriatik depresyon düzeyinin "depresyon yok" seviyesinde olduğu söylenebilir.

Tablo 15. incelendiğinde; eğitim düzeyi değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri $< \alpha = 0.05$ ve $\alpha = 0.01$).

Tablo 15.

Cinsiyet, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Cinsiyet RBSÖ	Kadın	20.0	20.6±4.5	20.0	19.9±4.1	20.0	20.4±4.4
	Erkek	21.0	21.4±4.3	19.0	20.1±4.7	20.0	21.2±4.3
	Test İstatistiği	MU=11112.0 (p=0.113)		MU=719.5 (p=0.926)		MU=17518.5 (p=0.112)	
Cinsiyet GDÖ	Kadın	12.5	12.1±6.8	8.0	10.2±5.8	12.0	11.7±6.6
	Erkek	8.0	9.7±6.9	9.0	8.5±5.1	8.0	9.5±6.7
	Test İstatistiği	MU=9674.0 (p=0.001**)		MU=622.0 (p=0.275)		MU=15363.5 (p=0.000**)	
Eğitim Düzeyi RBSÖ	Okur Yazar	17.0	17.9±3.8	18.0	17.7±3.9	17.0	17.8±3.8
	Değil						
	İlköğretim	20.0	20.4±4.3	21.0	21.1±3.7	20.0	20.6±4.2
	Lise	20.0	21.2±4.5	19.0	20.5±5.1	20.0	21.1±4.5
	Üniversite	22.0	22.0±4.2	24.5	23.3±5.0	22.0	22.1±4.2
	Test İstatistiği	F= 5.4 (p=0.001**)		KW= 14.1 (p=0.003**)		F= 10.6 (p=0.000**)	
Eğitim Düzeyi GDÖ	Okur Yazar	14.0	15.2±7.6	13.0	12.1±5.5	13.0	13.3±6.5
	Değil						
	İlköğretim	12.0	12.0±6.9	8.0	8.3±5.0	11.0	11.2±6.7
	Lise	9.5	10.4±6.9	11.0	10.5±2.6	10.0	10.4±6.6
	Üniversite	7.5	9.0±6.5	3.0	6.6±7.3	7.0	8.8±6.6
	Test İstatistiği	F= 5.9 (p=0.001**)		KW= 9.1 (p=0.028*)		F= 5.2 (p=0.002**)	
Çalışma Durumu RBSÖ	Hiç	19.5	20.0±4.5		19.2±4.7	19.5	19.8±4.6
	Çalışmamış			19.0			
	Emekli Değil (İşsiz)	19.0	19.1±3.1	-	-	19.0	19.1±3.1
	Emekli Değil (Çalışıyor)	19.5	21.3±5.3	-	-	19.5	21.3±5.3
	Emekli (Çalışmıyor)	20.0	21.1±4.0	-	-	20.0	21.0±4.1
	Emekli (Çalışıyor)	22.0	22.3±3.9		20.8±4.1	22.0	22.2±3.9
	Diğer	20.0	22.5±5.1	20.0	-	20.0	21.9±5.3
	Test İstatistiği	F= 2.2 (p=0.057)		t= 0.04 (p=0.971)		F= 2.5 (p=0.030*)	
Çalışma Durumu GDÖ	Hiç Çalışmamış	13.0	13.3±6.8		10.8±5.1	13.0	12.7±6.5
	Emekli Değil (İşsiz)	0	12.8±7.2	13.0		14.0	12.8±7.2
	Emekli Değil (Çalışıyor)	10.5	11.4±7.5			10.5	11.4±7.5
	Emekli (Çalışmıyor)	9.0	9.9±6.8			9.0	9.7±6.5
	Emekli (Çalışıyor)	7.0	8.7±6.3		8.9±5.8	7.0	8.7±6.2
	Diğer	11.0	10.5±7.0			11.0	10.5±6.8
	Test İstatistiği	F= 3.4 (p=0.005**)		t= 0.53 (p=0.601)		F= 3.8 (p=0.002**)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; MU:Mann Whitney U testi; F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 15.' den elde edilen sonuçlara göre; orta yaş grubu için RBSÖ puanlarında farklılığı yaratan grup okur yazar olmayanlar olup, okur yazar olmayan orta yaşlıların ($AO \pm SS= 17.9 \pm 3.8$) daha eğitimli orta yaşlılara göre (Aritmetik Ortalamalar yaklaşık 21.0) daha düşük benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir ($p=0.001 < \alpha=0.01$). Yaşlı bireyler için ise, RBSÖ puanlarında farklılığı yaratan grup üniversite mezunları olup; üniversite mezunu yaşlılar 24.5 medyan değeri ile yüksek benlik düzeyine sahip iken, daha düşük eğitim düzeyine sahip yaşlılar ise 18.0, 21.0 ve 19.0 medyan değerleri ile yeterli benlik düzeyine sahiptirler ($p=0.003 < \alpha=0.01$). 66 yaş ve üstü tüm bireyler için ise RBSÖ puanlarında farklılığı yaratan grubun okuma yazma bilmeyenler olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; okuma yazma bilmeyen bireylerin daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir. Elde edilen sonuçlar; eğitim düzeyinin orta yaş, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısını etkilediğini göstermekte olup, orta yaş ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için okuma yazma bilmeyenler daha yüksek eğitim düzeylerine sahip bireylere göre en düşük benlik saygısı puanına sahipken, yaşlı bireyler için üniversite mezunu olanların daha düşük eğitim düzeylerine sahip olanlara göre en yüksek benlik saygısı puanına sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 15.' den elde edilen sonuçlara göre; orta yaş grubu için GDÖ puanlarında farklılığı yaratan grup okur yazar olmayanlar olup, okur yazar olmayan orta yaşlıların ($AO \pm SS= 15.2 \pm 7.6$) daha eğitimli orta yaşlılara göre (Aritmetik Ortalamalar yaklaşık 21.0) daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu söylenebilir ($p=0.001 < \alpha=0.01$). Yaşlı bireyler için ise, GDÖ puanlarında farklılığı yaratan grup üniversite mezunları olup; üniversite mezunu yaşlılar 3.0 değerine sahip olan en düşük medyan değeri ile (Depresyon yok düzeyi) daha düşük eğitim düzeyine sahip yaşlılarınkine göre (Medyan değerleri= 13.0, 8.0 ve 11.0) en düşük düzeyde depresyona sahiptirler. ($p=0.028 < \alpha=0.05$). 66 yaş ve üstü tüm bireyler için ise GDÖ puanlarında farklılığı yaratan grubun okuma yazma bilmeyenler olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; okuma yazma bilmeyen bireylerin daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek geratrik depresyon puanına sahip olduğu söylenebilir. Elde edilen sonuçlar; eğitim düzeyinin orta

yaş, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeyini etkilediğini göstermekte olup, orta yaş ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için okuma yazma bilmeyenler daha yüksek eğitim düzeylerine sahip olanlara göre en yüksek depresyon puanına sahipken, yaşlı bireyler için üniversite mezunu olanların daha düşük eğitim düzeylerine sahip olanlara göre en düşük depresyon puanına sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 15.'deki eğitim düzeyi değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; bağımsız değişken eğitim düzeyi olarak alındığında, benlik saygısının geratrik depresyon düzeyini etkilediği düşünülebilir. Çünkü okuma yazma bilmeyen orta yaşlıların ve okuma yazma bilmeyen 66 yaş ve üstü tüm bireylerin daha yüksek eğitim seviyelerine sahip bireylere göre benlik saygıları en düşük düzeylerde ve geratrik depresyon düzeyleri en yüksek seviyelerdedir. Benzer biçimde; okuma yazma bilmeyen yaşlıların daha düşük eğitim seviyelerine sahip bireylere göre benlik saygıları en yüksek düzeylerde ve geratrik depresyon düzeyleri en düşük seviyelerdedir.

Tablo 15. incelendiğinde; çalışma durumu değişkeninin orta yaşlı ve yaşlı bireylerin RBSÖ puanını etkilemeyip (p değerleri $> \alpha = 0.05$), 66 yaş üstü tüm bireylerin RBSÖ puanları üzerinde istatistiksel bir etkisinin olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; çalışma durumunun ne olduğu orta yaşlı ve yaşlıların benlik saygısını değiştirmemekte olup, hiç çalışmamış ve emekli değil (İşsiz) olan 66 yaş üstü bireylerin diğer çalışma durumu gruplarına göre daha düşük düzeyde benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir ($p = 0.030 < \alpha = 0.05$).

Tablo 15. incelendiğinde; çalışma durumu değişkeninin yaşlı bireylerin GDÖ puanını etkilemeyip (p değerleri $> \alpha = 0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin GDÖ puanları üzerinde istatistiksel etkilerinin olduğu görülmektedir (p değerleri $< \alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; çalışma durumunun ne olduğu yaşlıların geriatrik depresyon düzeylerini etkilemiyor olup, emekli olup çalışan ve emekli olup çalışmayan orta yaşlıların ve 66 yaş üstü bireylerin diğer çalışma durumu gruplarına göre daha düşük düzeylerde depresyon puanlarına sahip oldukları söylenebilir ($p = 0.030 < \alpha = 0.05$).

Tablo 15.'deki çalışma durumu değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; bağımsız değişken çalışma durumu olarak alındığında, orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireyler için, benlik saygısının geriatrik depresyon düzeyini belirli bir düzeyde de olsa etkilediği düşünülebilir.

Gelir düzeyi, çocuk sayısı ve şu ana kadar en çok ikamet ettiği yer değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 15.'de verilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde; gelir düzeyi değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. (p değerleri $< \alpha = 0.05$ ve $\alpha = 0.05$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlılar için farklılığı yaratan grup 2500 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olan bireyler olup, 2500 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olan orta yaşlıların 2500 TL'den daha az gelir düzeylerine sahip olan orta yaşlılara göre benlik saygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. ($p = 0.010 < \alpha = 0.01$). Yaşlılar ve 66 yaş üzeri bireyler için ise farklılığı yaratan grup 1000 TL altı gelir düzeyine sahip olan bireyler olup, 1000 TL ve altı gelir düzeyine sahip olan yaşlıların diğer gelir gruplarına göre daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip oldukları söylenebilir. Böylece; genel olarak, gelir düzeyinin yüksek olmasının orta yaşlılar için benlik saygısını artıran ve gelir düzeyinin düşük olmasının da yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireyler için benlik saygısını azaltan etkenler olduğu düşünülebilir.

Tablo 16 incelendiğinde; gelir düzeyi değişkeninin yaşlı bireylerin GDÖ puanlarını etkilemediği ($p = 0.270 > \alpha = 0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin GDÖ puanlarını ise % 99 güven düzeyinde istatistiksel olarak etkilediği görülmektedir. (p değerleri $< \alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlılar ve 66 yaş üstü tüm bireylerin gelir düzeyleri arttıkça geriatrik depresyon düzeyleri azalmaktadır (p değerleri $< \alpha = 0.01$). Örneğin hiç geliri olmayan orta yaşlı bireylerin geriatrik depresyon aritmetik ortalama değeri yaklaşık 13 değerinden (olası depresyon seviyesi) azalarak 2500 TL ve üzeri gelir düzeyine ulaşıldığında 9.1 (depresyon yok seviyesi) aritmetik ortalama

değerine düşmektedir. Bununla birlikte; gelir düzeyi yaşlı bireylerin geraitrik depresyonu üzerinde istatistiksel bir etkiye sahip değildir.

Tablo 16.'daki gelir düzeyi değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; bağımsız değişken gelir düzeyi olarak alındığında, orta yaşlılar ve 66 yaş üstü bireyler için, benlik saygısının geriatrik depresyon düzeyini istatistiksel olarak etkilemediği düşünülebilir.

Tablo 16. incelendiğinde; çocuk sayısı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin hiç birinin GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği (p değerleri $> \alpha = 0.05$), orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin her birinin RBSÖ puanlarını ise istatistiksel anlamlılık düzeylerinde etkilediği görülmüştür. (p değerleri $< \alpha = 0.05$ ve $\alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlılar ve 66 yaş üstü tüm bireyler için farklılığı yaratan grup 1-2 çocuğa sahip olanlar olup, 1-2 çocuğa sahip olan orta yaşlıların ve 66 yaş üstü tüm bireylerin benlik saygısı, 0 çocuklu veya 2 den fazla çocuklu orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin benlik saygılarından daha yüksektir (p değerleri $< \alpha = 0.05$ ve $\alpha = 0.01$). Bununla birlikte, yaşlılar için farklılığı yaratan grup çocuğu olmayanlar olup, çocuğu olmayan yaşlıların benlik saygısının 28 aritmetik ortalama değeri (yüksek benlik saygısı seviyesi), çocuklu yaşlıların benlik saygılarından (yeterli benlik saygısı seviyeleri) daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 16.

Aylık Gelir Düzeyi, Çocuk Sayısı ve Şu Ana Kadar En Çok İkamet Edilen Yer Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Gelir Düzeyi RBSÖ	Geliri Yok	20.0	20.5±4.9	-	-	20.0	20.5±4.9
	1000 TL	19.0	19.6±4.6	16.0	17.1±4.8	18.0	18.9±4.8
	1000-2500 TL	20.0	20.5±4.1	20.0	20.1±3.3	20.0	20.4±3.9
	2500 TL	21.0	21.8±4.2	21.0	22.1±4.5	21.0	21.9±4.2
	Üstü					21.0	21.9±4.2
	Test İstatistiği	F=3.8(p=0.010*)		F=7.2(p=0.001**)		KW=21.75(p=0.000**)	
Gelir Düzeyi GDÖ	Geliri Yok	14.0	12.9±6.7	-	-	14.0	12.9±6.7
	1000 TL	12.0	13.1±8.4	13.0	10.7±5.5	12.0	12.5±7.8
	1000-2500 TL	11.0	11.7±6.7	8.0	10.1±5.6	10.5	11.2±6.4
	2500 TL	8.0	9.1±6.3	9.0	8.1±5.5	8.0	9.0±6.2
	Üstü					8.0	9.0±6.2
	Test İstatistiği	F=6.3(p=0.000**)		F=1.3(p=0.270)		F=7.0(p=0.000**)	
Çocuk Sayısı RBSÖ	Çocuğu Yok	19.0	19.3±4.3	28.0	28.0±2.0	19.0	20.1±4.9
	1-2 Çocuk	21.0	21.6±4.6	21.0	20.8±4.1	21.0	21.5±4.6
	3 Çocuk	20.0	20.7±3.9	20.0	20.0±4.2	20.0	20.5±3.9
	4 ve Üzeri Çocuk	19.5	20.2±4.1	18.0	19.1±4.0	18.0	19.7±4.1
	Üstü					18.0	19.7±4.1
	Test İstatistiği	KW= 10.1(p=0.018*)		F= 4.4(p=0.006**)		KW= 12.4(p=0.006**)	
Çocuk Sayısı GDÖ	Çocuğu Yok	12.0	11.6±7.1	4.0	3.3±3.1	11.5	10.8±7.2
	1-2 Çocuk	9.0	10.4±7.0	8.0	9.3±5.1	9.0	10.3±6.9
	3 Çocuk	12.0	10.9±6.3	11.0	9.8±5.9	11.5	10.6±6.2
	4 ve Üzeri Çocuk	13.5	12.2±8.1	9.0	10.1±5.5	10.5	11.3±7.1
	Üstü					10.5	11.3±7.1
	Test İstatistiği	F= 0.8(p=0.519)		F= 1.4(p=0.257)		KW= 1.2(p=0.757)	
Şu Ana Kadar En Çok İkamet Ettiği Yer RBSÖ	Büyükşehir	22.0	22.0±4.0	-	-	22.0	22.2±4.1
	Şehir	20.0	21.1±4.4	19.5	20.1±3.9	20.0	20.8±4.3
	İlçe	18.0	19.7±4.5	-	-	18.0	19.7±4.5
	Köy	17.5	17.6±2.2	17.0	20.4±9.0	17.0	18.7±5.6
	Üstü					17.0	18.7±5.6
	Test İstatistiği	F= 2.3(p=0.075)		t= 1.3(p=0.193)		F= 2.1(p=0.102)	
Şu Ana Kadar En Çok İkamet Ettiği Yer GDÖ	Büyükşehir	7.0	10.0±5.2	-	-	7.0	9.7±5.2
	Şehir	10.0	10.6±7.0	9.0	9.5±5.5	10.0	10.4±6.7
	İlçe	19.0	15.6±7.9	-	-	19.0	15.6±7.9
	Köy	14.0	14.1±5.5	15.0	10.8±7.5	15.0	12.8±6.3
	Üstü					15.0	12.8±6.3
	Test İstatistiği	F= 2.7(p=0.045*)		t= 0.8(p=0.541)		F= 3.0(p=0.031*)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; F: Tek Yönlü ANOVA; KW: Kruskal Wallis; *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 16.'daki çocuk sayısı değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; çocuk sayısı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin benlik saygısını geriatrik depresyon bağımsız bir şekilde etkilediği düşünülebilir.

Tablo 16. incelendiğinde; şu ana kadar en çok ikamet ettiği yer değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin hiç birinin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği (p değerleri $> \alpha = 0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş ve üstü tüm bireylerin her birinin GDÖ puanlarını ise istatistiksel anlamlılık düzeylerinde etkilediği görülmüştür. (p değerleri $< \alpha = 0.05$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlılar için farklılığı yaratan gruplar en çok ikamet ettiği yer ilçe ($AO \pm SS = 15.6 \pm 7.9$; kesin depresyon seviyesi) ve köy ($AO \pm SS = 14.1 \pm 5.5$; kesin depresyon seviyesi) olanlar olup; en çok ikamet ettiği yer ilçe ve köy olanların depresyon düzeylerinin, en çok ikamet ettiği yer büyük şehir ve şehir olanların (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 10: depresyon yok seviyesine yakın) depresyon düzeylerine göre daha yüksek bir değer olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuca benzer olarak; 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için ise farklılığı yaratan grup en çok ikamet ettiği yer ilçe ($AO \pm SS = 15.6 \pm 7.9$; kesin depresyon seviyesi) olanlar olup; en çok ikamet ettiği yer ilçe olanların depresyon düzeylerinin, en çok ikamet ettiği yer büyük şehir, şehir veya köy olanların (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 10-3 arasında: olası depresyon seviyeleri) depresyon düzeylerine göre daha yüksek bir değer olduğu görülmektedir.

Tablo 16.'daki şu ana kadar en çok ikamet ettiği yer değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; şu ana kadar en çok ikamet ettiği yer değişkeninin orta yaşlı, ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, onların benlik saygıları düzeylerinden bağımsız bir şekilde etkilediği düşünülebilir.

Yaşadığı yer, Kaldığı ev ve mal varlığı değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 17.'de verilmiştir. Tablo 16 incelendiğinde; yaşadığı yer değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak

etkilemediği (p değerleri $> \alpha = 0.05$), orta yaştaki ve 66 yaş üstü tüm bireylerin GDÖ puanlarını ise istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. (p değerleri $< \alpha = 0.05$). Elde edilen sonuçlara göre; müstakil evde yaşayan orta yaşlıların ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerinin (olası depresyon seviyelerinde), apartman dairesinde yaşayan orta yaşlıların ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerinden (depresyon yok seviyelerinde) daha yüksek seviyelerde olduğu söylenebilir (p değerleri $< \alpha = 0.05$). Tablo 17.' de ki yaşadığı yer değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; yaşadığı yer değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, onların benlik saygıları düzeylerinden bağımsız bir şekilde etkilediği düşünülebilir.

Tablo 17.

Yaşadığı Yer, Kaldığı Ev ve Mal Varlığı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Yaşadığı Yer RBSÖ	Apartman Dairesi	20.0	21.0±4.3	21.0	20.7±4.5	20.0	21.0±4.3
	Müstakil Ev	19.0	20.4±4.7	18.0	18.5±3.4	19.0	19.8±4.4
	Test İstatistiği	t=0.8 (p=0.438)		MU=370.5 (p=0.072)		MU=7415.0 (p=0.050)	
Yaşadığı Yer GDÖ	Apartman Dairesi	10.0	10.6±6.9	8.0	9.2±5.6	10.0	10.3±6.7
	Müstakil Ev	12.0	13.1±7.1	9.0	10.8±5.2	12.0	12.3±6.6
	Test İstatistiği	t=-2.0 (p=0.045*)		t=-1.0 (p=0.302)		t=-2.0 (p=0.044**)	
Kaldığı Ev RBSÖ	Kendine Ait	21.0	21.4±4.2	20.0	20.7±4.1	21.0	21.2±4.1
	Ailesine Ait	19.0	20.2±5.0	15.5	16.1±4.2	18.0	19.1±5.0
	Kira	19.0	19.5±4.7	-	-	19.0	19.4±4.6
	Test İstatistiği	F= 4.4 (p=0.013*)		t= 3.0 (p=0.004**)		KW= 13.9 (p=0.001**)	
Kaldığı Ev GDÖ	Kendine Ait	10.0	10.3±6.5	8.0	9.1±5.7	10.0	10.0±6.3
	Ailesine Ait	9.0	11.4±7.9	13.0	12.5±3.3	11.0	11.7±6.9
	Kira	12.0	13.3±8.3	-	-	13.0	13.3±8.2
	Test İstatistiği	KW= 5.5 (p=0.065)		t= -1.7 (p=0.102)		KW= 7.9 (p=0.019*)	
Mal Varlığı RBSÖ	Mal Varlığı Yok	19.0	19.8±5.1	14.0	14.3±2.0	18.0	19.3±5.1
	Bir Ev	20.0	20.8±3.9	19.0	19.9±3.9	20.0	20.5±3.9
	Ev ve Araba	21.0	21.6±4.1	23.0	23.0±2.8	21.0	21.6±4.1
	Birkaç Ev-Arazi	21.0	22.0±4.4	21.0	21.6±4.4	21.0	21.9±4.3
	Test İstatistiği	KW= 10.0 (p=0.019*)		KW= 16.4 (p=0.001**)		KW= 17.2 (p=0.001**)	
Mal Varlığı GDÖ	Mal Varlığı Yok	14.0	14.0±7.9	13.5	13.0±3.7	14.0	13.9±7.6
	Bir Ev	12.0	11.3±6.2	9.0	10.3±5.7	11.0	11.0±6.1
	Ev ve Araba	7.5	9.4±6.4	6.0	6.0±5.7	7.5	9.4±6.4
	Birkaç Ev-Arazi	6.0	8.2±6.2	8.0	7.9±5.3	7.5	8.1±5.8
	Test İstatistiği	KW= 24.7 (p=0.000**)		KW= 6.3 (p=0.098)		KW= 31.3 (p=0.000**)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; MU:Mann Whitney U testi; F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 17. incelendiğinde; kaldığı ev değişkeninin orta yaştaki, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği (p değerleri $\alpha=0.05$ ve $\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaştakilerin, yaşlıların ve dolayısı ile 66 yaş üstü tüm bireylerin benlik saygılarında farklılığı yaratan grup kendine ait evde yaşayanlar olup;

kendine ait evde yaşayan orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısı düzeylerinin (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 20 ile 21 aralığında: yeterli benlik saygısı seviyeleri), ailesine ait bir evde veya kirada oturanların benlik saygılarına göre (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 15.5 ile 20.0 aralığında: yeterli benlik saygısı seviyeleri) daha yüksek seviyelerde olduğu söylenebilir.

Tablo 17. incelendiğinde; kaldığı ev değişkeninin orta yaşlı ve yaşlı GDÖ puanlarına istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı (p değerleri $> \alpha = 0.05$), 66 yaş ve üstü bireylerin ise GDÖ puanlarını ise % 95 güven düzeyinde etkilediği görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerinde farklılığı yaratan grup kirada yaşayanlar olup; kirada yaşayan 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatrik depresyon puanının ($AO \pm SS = 13.3 \pm 8.2$: kesin depresyon seviyesi), kendisine veya ailesine ait bir evde oturanların depresyon puanlarına göre (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 10.0 ile 11.7 aralığında depresyon yok ve olası depresyon seviyeleri) daha yüksek bir değer olduğu söylenebilir.

Tablo 17.' de ki kaldığı yer değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; kaldığı yer değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, onların benlik saygılarına bağımlı bir şekilde etkilediği düşünülebilir.

Tablo 17. incelendiğinde; mal varlığı değişkeninin orta yaştaki, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri $< \alpha = 0.05$ ve $\alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaştakilerin, yaşlıların ve dolayısı ile 66 yaş üstü tüm bireylerin benlik saygısı düzeylerinde farklılığı yaratan grup hiç bir mal varlığı olmayanlar olup; hiçbir mal varlığı olmayan orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısı düzeylerinin (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 14 ile 19 aralığında: düşük ve yeterli benlik saygısı seviyeleri), bir evi, bir ev ve arabası veya bir kaç evi ve arazisi olanlara göre (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 20.0 ile 23.0 aralığında: yeterli benlik saygısı seviyeleri) daha düşük puanlarda olduğu söylenebilir.

Tablo 17. incelendiğinde; mal varlığı değişkeninin orta yaşlılar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.000 < \alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlıların ve 66 yaş üstü tüm bireylerin mal varlıkları arttıkça, onların geratrik depresyon düzeyleri azalmaktadır. Örneğin; orta yaşlılar için, hiç bir mal varlığı olmayanların geriatric depresyon puanı 14 medyan değeri ile kesin depresyon seviyesini ifade ederken, en zengin grup olan birkaç evi ve arazisi olanların geriatric depresyonu 6 medyan değeri ile depresyon yok seviyesine ulaşmaktadır.

Tablo 17.' de ki mal varlığı değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; mal varlığı değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatric depresyon düzeylerini, biraz da olsa onların benlik saygılarına bağımlı bir şekilde etkilediği düşünülebilir.

4.2.2. Sosyal Yaşam ile İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin İncelenmesi

Bu bölümde, sosyal yaşam ile ilgili özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, düzenli olarak el becerisi gerektiren işler yapıp yapmama, düzenli olarak televizyon ve radyo dinleyip dinlememe ve düzenli olarak bir şeyler yazma çizme işleri yapıp yapmama değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (p değerleri> $\alpha=0.05$). Bununla birlikte, diğer sosyal yaşam ile ilgili özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanları üzerinde istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilere sahip olduğu belirlenmiş olup, bu etkilere ait bulgular sırası ile sunulmuştur.

Yaşama ortamı ve çocuklarıyla/sevdikleriyle görüşme sıklığı değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 18.' de verilmiştir. Tablo 18. incelendiğinde; yaşama ortamı değişkeninin 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemeyecek derecede ($p=0.126 > \alpha=0.05$), orta yaşlı ve

yaşlı bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. (p değerleri $\alpha=0.05$ ve $\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlılar için benlik saygısında farklılığı yaratan grup tek başına yaşayanlar olup, tek başına yaşayan orta yaşlıların benlik saygılarının ($AO \pm SS=19,2 \pm 5.4$; yeterli benlik saygısı düzeyi), eşile veya çocukları ile yaşayan orta yaşlıların benlik saygılarından (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 21.0: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. ($p=0.014 < \alpha=0.05$). Yaşlılar için ise benlik saygısında farklılık yaratan grup çocukları ile birlikte yaşayanlar olup, çocukları ile birlikte yaşayan yaşlıların tek başına veya eşleri ile yaşayan yaşlılara göre daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 18.' e göre; yaşama ortamı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilemediği görülmektedir ($p=0.126 > \alpha=0.05$).

Tablo 18.

Yaşama Ortamı ve Çocuklarıyla/Sevdikleriyle Görüşme Sıklığı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Yaşama Ortamı RBSÖ	Tek Başına	19.0	19.2±5.4	21.0	21.9±3.8	20.0	20.3±5.0
	Eşiyile	20.5	21.3±4.2	19.0	19.6±4.5	20.0	21.1±4.3
	Çocuklarıyla	20.0	20.7±4.0	16.0	15.9±2.1	19.0	19.9±4.2
	Test İstatistiği	F=4.3 (p=0.014*)		F=7.5 (p=0.001**)		F=2.1 (p=0.126)	
Yaşama Ortamı GDÖ	Tek Başına	12.0	12.3±8.6	8.0	9.3±6.5	8.0	11.1±7.9
	Eşiyile	10.0	10.6±6.6	10.0	9.3±5.2	10.0	10.4±6.5
	Çocuklarıyla	10.0	11.2±7.0	13.0	12.4±4.4	12.0	11.4±6.6
	Test İstatistiği	KW=1.1 (p=0.557)		F=1.0 (p=0.357)		KW=1.0 (p=0.605)	
Çocuklarıyla veya sevdikleriyle Görüşme Sıklığı RBSÖ	Her Gün	21.0	21.6±4.5	19.0	19.4	21.0	21.2
	Haftada Birkaç Kez	20.0	20.4±3.6	18.0	19.9	20.0	20.3
	Ayda Birkaç Kez	21.0	22.0±4.9	28.0	23.2	21.5	22.2
	Senede Birkaç Kez	20.5	20.9±4.6	20.0	20.9	20.0	20.9
	Bir Seneden Uzun	17.0	16.9±2.3	-	-	17.0	16.9
	Hiç	16.0	16.3±4.5	-	-	16.0	16.3
	Test İstatistiği	F= 4.4 (p=0.001**)		F= 1.4 (p=0.239)		F= 4.1 (p=0.001**)	
Çocuklarıyla/sevdikleriyle Görüşme Sıklığı GDÖ	Her Gün	10.0	11.0±6.8	11.0	10.8	10.0	11.0±6.5
	Haftada Birkaç Kez	12.0	10.9±6.4	8.5	9.7	11.0	10.7±6.1
	Ayda Birkaç Kez	6.0	8.2±6.2	4.0	7.4	6.0	8.1±6.1
	Senede Birkaç Kez	8.0	9.4±7.4	7.5	8.3	8.0	9.0±7.1
	Bir Seneden Uzun	23.0	22.6±2.0	-	-	23.0	22.6±2.0
	Hiç	18.0	17.0±7.3	-	-	18.0	17.0±7.3
	Test İstatistiği	F= 7.1 (p=0.000**)		F= 1.2 (p=0.316)		F= 8.5 (p=0.000**)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 18.'deki RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta olanlar için tek başına yaşamanın ve yaşlılar için çocukları ile birlikte yaşamanın benlik saygılarının azalmasına neden olan risk faktörleri olduğu ve bu risk faktörlerinin bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini artırmayacak düzeylerde gerçekleştiği söylenebilir.

Tablo 18. incelendiğinde; çocuklarıyla/sevdikleriyle görüşme sıklığı değişkeninin yaşlıların RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği ($p=0.239>\alpha=0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını ise istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.001<\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen bireyler olup, çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının (Aritmetik ortalamalar 16.3 ve 17.0 aralığında değerler: Yeterli benlik saygısı düzeyi, çocuklarıyla/sevdikleriyle daha sık görüşen orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarından (Aritmetik ortalamalar 20.0 ile 21.5 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır. (p değerleri= $0.001<\alpha=0.01$).

Tablo 18. incelendiğinde; çocuklarıyla/sevdikleriyle görüşme sıklığı değişkeninin yaşlıların GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği ($p=0.316>\alpha=0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin ise GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.000<\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için geriatik depresyon düzeyinde farklılığı yaratan grup çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen bireyler olup, çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin geriatik depresyon puanlarının (Aritmetik ortalamalar 17.0 ve 22.6: kesin depresyon düzeyi), çocuklarıyla/sevdikleriyle daha sık görüşen orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin geriatik depresyon puanlarına göre (Aritmetik ortalamalar 8.1 ile 12.0 değerleri arasında: Depresyon yok ve olası depresyon düzeyleri) oldukça büyük değerler oldukları saptanmıştır. (p değerleri= $0.000<\alpha=0.01$).

Tablo 18.'deki RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta olanlar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun bir zamanda ve hiç görüşmemenin benlik saygılarının azalmasına ve dolayısı ile geriatik depresyon düzeylerinin oldukça önemli

miktarlarda artmasına neden olan risk faktörleri olduğu söylenebilir. Böylece, bağımsız değişken çocuklarıyla sevdikleri ile görüşme sıklığı olarak alındığında, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için, benlik saygısı değişkeninin geriatik depresyon değişkenini etkilediği söylenebilir.

Çocukları ile telefonda görülme sıklığı ve ev ziyaretine en çok kimlerin geldiği değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 19' da verilmiştir.

Tablo 19.

Çocukları ile Telefonda Görüşme Sıklığı ve Ev Ziyaretine En Çok Kimlerin Geldiği Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Çocukları ile Telefonda Görüşme Sıklığı RBSÖ	Her Gün	21.0	21.6±4.3	20.0	20.1±3.6	21.0	21.3±4.2
	Haftada	20.0	20.5±4.0	18.0	20.4±5.5	20.0	20.5±4.3
	Birkaç Kez	21.5	20.7±4.6	20.0	20.0±4.4	20.0	20.4±4.4
	Ayda Birkaç Kez	21.5	22.0±4.1	-	-	22.0	22.6±4.4
	Senede Birkaç Kez	15.0	14.8±1.8	-	-	15.0	14.8±1.6
	Bir Seneden Uzun	15.5	16.9±5.5	-	-	15.5	16.9±5.5
	Hiç						
	Test İstatistiği	F=5.2 (p=0.000**)		F=1.4 (p=0.229)		F=5.2 (p=0.000**)	
Çocukları ile Telefonda Görüşme Sıklığı GDÖ	Her Gün	10.0	10.8±6.7	9.0	10.5±5.2	10.0	10.7±6.4
	Haftada	9.0	10.2±6.8	9.0	8.6±6.2	9.0	10.0±6.7
	Birkaç Kez	12.5	11.3±8.3	4.0	6.5±5.2	8.0	9.7±7.6
	Ayda Birkaç Kez	9.0	8.4±4.4	-	-	8.0	7.8±4.6
	Senede Birkaç Kez	22.0	22.2±2.4	-	-	21.5	20.2±5.4
	Bir Seneden Uzun	16.5	15.1±9.7	-	-	16.5	15.1±9.7
	Hiç						
	Test İstatistiği	F=4.1 (p=0.001**)		F=1.4 (p=0.238)		F=4.2 (p=0.001**)	
Ev Ziyaretine En Çok Kimlerin Geldiği RBSÖ	Hiç Kimse Gelmez	18.0	18.4±4.2	-	-	18.0	18.3±4.0
	Çocuklar	20.0	20.6±4.2	18.0	19.5±4.6	19.0	20.3±4.3
	Akrabalar	20.0	21.0±4.3	21.0	20.8±3.8	20.0	20.9±4.2
	Arkadaşlar	21.0	22.6±4.5	21.0	22.5±4.5	21.0	22.6±4.5
	Komşular	21.0	20.7±4.2	20.0	20.1±4.6	21.0	20.5±4.3
	Test İstatistiği	KW= 13.4 (p=0.009**)		F= 0.9 (p=0.439)		KW= 18.3 (p=0.001**)	

Tablo 19. (devam)

Çocukları ile Telefonda Görüşme Sıklığı ve Ev Ziyaretine En Çok Kimlerin Geldiği Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Ev Ziyaretine En Çok Kimlerin Geldiği GDÖ	Hiç Kimse Gelmez	14.0	13.6±8.5	-	-	14.0	13.7±8.3
	Çocuklar	12.0	11.6±6.9	9.00	9.5±4.8	12.0	11.0±6.4
	Akrabalar	10.0	10.4±6.6	9.0	8.5±5.3	10.0	10.1±6.4
	Arkadaşlar	8.0	9.2±7.1	5.5	6.3±4.7	7.5	8.9±6.9
	Komşular	10.0	11.7±6.6	12.0	11.3±6.7	10.0	11.6±6.6
	Test İstatistiği		KW= 8.5 (p=0.075)		F= 1.6 (p=0.207)		KW= 11.0 (p=0.026*)

t: Bağımsız iki örneklem t testi; F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 19. incelendiğinde; çocukları ile telefonda görülme sıklığı değişkeninin yaşlı bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği ($p=0.229 > \alpha=0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. (p değerleri= $0.000 < \alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan gruplar çocuklarıyla bir seneden uzun sürede telefonla görüşen ve hiç telefonla görüşmeyen bireyler olup, çocuklarıyla bir seneden uzun sürede telefonla görüşen ve hiç telefonla görüşmeyen orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının (Aritmetik ortalamalar 14.8 ve 16.9: düşük benlik saygısı ve yeterli benlik saygısı düzeyi), çocuklarıyla daha sık telefonda görüşen orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarından (Aritmetik ortalamalar 20.4 ile 22.6 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır. (p değerleri= $0.001 < \alpha=0.01$).

Tablo 19. incelendiğinde; çocuklarıyla telefonda görüşme sıklığı değişkeninin yaşlıların GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği ($p=0.238 > \alpha=0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin ise GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.001 < \alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm

bireyler için geriatik depresyon düzeyinde farklılığı yaratan gruplar çocuklarıyla bir seneden uzun sürede telefonda görüşenler ve telefonla hiç görüşmeyen bireyler olup, çocuklarıyla bir seneden uzun sürelerde telefonla görüşen ve hiç görüşmeyen orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin geriatik depresyon puanlarının (Aritmetik ortalamalar 15.1 ile 22.2 aralığında değerler: Kesin depresyon düzeyi), çocuklarıyla telefonda daha sık görüşen orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin geriatik depresyon puanlarına göre (Aritmetik ortalamalar 7.8 ile 11.3 değerleri arasında: Depresyon yok ve olası depresyon düzeyleri) oldukça büyük değerler oldukları saptanmıştır. (p değerleri=0.000<.α=0.01).

Tablo 19.'daki RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta olanlar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için çocuklarıyla bir seneden uzun sürede bir zamanda telefon ile görüşmenin ve telefonda hiç görüşmemenin benlik saygılarının azalmasına ve dolayısı ile geriatik depresyon düzeylerinin oldukça önemli miktarlarda artmasına neden olan risk faktörleri olduğu söylenebilir. Böylece, bağımsız değişken çocuklarıyla telefonda görüşme sıklığı olarak alındığında, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için, benlik saygısı değişkeninin geriatik depresyon değişkenini etkilediği söylenebilir.

Tablo 19. incelendiğinde; ev ziyaretine en çok kimlerin geldiği değişkeninin yaşlı bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği (p=0.439>α=0.05), orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri bireylerin RBSÖ puanlarını ise istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. (p değerleri<α=0.01). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup ev ziyaretine hiç kimsenin gelmediği ev ziyaretine hiç kimsenin gitmediği orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri bireyler olup, ev ziyaretine hiç kimsenin gitmediği orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının (Aritmetik ortalamalar 18.0: yeterli benlik saygısı düzeyi), ev ziyaretlerine birilerinin geldiği orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarına göre (Aritmetik ortalamalar 19.0 ile 21.0 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır. (p değerleri=0.001<.α=0.01).

Tablo 19. incelendiğinde; ev ziyaretine en çok kimlerin geldiği değişkeninin orta yaşlıların ve yaşlıların GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği (p değerleri $>\alpha=0.05$), sadece 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkilediği görülmektedir (p=0.026 $<\alpha=0.05$). Elde edilen sonuçlara göre; 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için geriatrik depresyon düzeyinde farklılığı yaratan gruplar hiç kimsenin ziyaretine gelmediği ve arkadaşlarının ziyaretine geldiği 66 yaş ve üzeri bireyler olup, hiç kimsenin ziyaretine gitmediği 66 yaş ve üzeri bireylerin diğer gruplara göre en yüksek geratrik depresyon puanına (Medyan=14; Kesin depresyon düzeyi) ve arkadaşlarının ziyaretine geldiği 66 yaş ve üzeri bireylerin ise en düşük depresyon puanına sahip olduğu (Medyan=7.5: Depresyon yok düzeyi) saptanmıştır. Yani; 66 yaş ve üzeri bireylerin ziyaretlerine hiç kimsenin gelmemesi, geriatrik depresyon açısından, onlara kötü gelmekte, bununla birlikte arkadaşlarının ziyaretlerine gelmesi ise onların depresyonlarını neredeyse ortadan kaldırmaktadır.

Tablo 19.'deki RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta ve 66 yaş ve üzeri bireyler için hiç kimsenin onlara ziyarete gitmemesinin benlik saygılarının azalttığı ve belki de bunun bir etkisi olarak geriatrik depresyon düzeylerinin artmasına neden olan risk faktörü olduğu söylenebilir. Ayrıca geriatrik depresyonu azaltma da, arkadaşların ev ziyaretlerine gelmesi de önemli bir faktördür. Böylece, ev ziyaretine en çok kimlerin geldiği değişkeni olarak alındığında, benlik saygısı değişkeninin geriatrik depresyon değişkenini etkilediği söylenebilir.

Aktivitelere katılma düzeyi ve ev dışına çıkma sıklığı değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20.

Sosyal Aktivitelere Katılma Düzeyi ve Ev Dışına Çıkma Sıklığı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkileri

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Sosyal Aktivitelere Katılma Düzeyi RBSÖ	Sık Sık	21.0	21.8±4.5	22.0	23.3±4.0	21.5	22.0±4.4
	Bazen	20.0	20.8±4.2	18.0	18.6±3.5	20.0	20.4±4.2
	Hiç	17.0	17.7±3.3	17.5	18.7±5.0	17.0	17.9±3.7
	Test İstatistiği	KW=15.4 (p=0.000**)		F=13.7 (p=0.000**)		KW=25.9 (p=0.000**)	
Sosyal Aktivitelere Katılma Düzeyi GDÖ	Sık Sık	8.0	9.6±7.0	4.0	4.8±4.1	7.0	8.8±6.9
	Bazen	12.0	11.2±6.5	12.0	11.6±4.3	12.0	11.3±6.1
	Hiç	14.5	14.7±8.5	17.5	14.2±6.5	16.0	14.6±8.0
	Test İstatistiği	KW=10.1 (p=0.005**)		F=23.0 (p=0.000**)		KW=25.4 (p=0.000**)	
Ev Dışına Çıkma Sıklığı RBSÖ	Sık Sık	21.0	21.5±4.3	21.0	21.7±4.6	21.0	21.5±4.3
	Bazen	20.0	20.1±4.3	18.0	18.3±3.2	19.0	19.6±4.1
	Hiç	17.0	17.3±3.6	-	-	17.0	17.3±3.6
	Test İstatistiği	F= 7.0 (p=0.001**)		t= 3.8 (p=0.000**)		KW= 22.1 (p=0.000**)	
Ev Dışına Çıkma Sıklığı GDÖ	Sık Sık	8.0	9.6±6.7	8.0	7.8±5.7	8.0	9.3±6.5
	Bazen	13.0	13.4±6.9	12.0	11.7±4.7	13.0	12.9±6.4
	Hiç	15.0	15.0±5.9	-	-	15.0	15.0±5.9
	Test İstatistiği	F= 12.0 (p=0.000**)		t= -3.3 (p=0.002**)		KW= 31.1 (p=0.000**)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 20. incelendiğinde; sosyal aktivitelere katılma düzeyi değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri=0.000< α =0.01). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup sosyal aktivitelere hiç katılmayan bireyler olup, sosyal aktivitelere hiç katılmayan orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının (Medyan 17.0: yeterli benlik saygısı düzeyi), sosyal aktivitelere bazen veya sık sık katılan orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarından (Medyan değerleri 20.0 ile 21.5 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır. Yaşlılar da ise benlik saygısında farklılığı yaratan grup sosyal aktivitelere sık sık katılan bireyler olup, sosyal aktivitelere sık sık katılan yaşlıların benlik saygısının (AO ± SS= 23,3 ± 4.0: yeterli benlik saygısı düzeyi), sosyal aktivitelere hiç katılmayan veya bazen

katılan yaşlıların benlik saygılarından (Aritmetik ortalamalar 18.6 ile 18.7 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20. incelendiğinde; Aktivitelere katılma düzeyi değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri $<\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; orta yaşlılar, yaşlılar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin sosyal aktivitelere katılma düzeyleri azaldıkça geriatrik depresyon düzeyleri artmaktadır. Örneğin; Sosyal aktivitelere sık sık katılan yaşlıların geriatrik depresyon düzeyi 8 medyan değeri ile depresyon yok seviyesinde iken, sosyal aktivitelere bazen katılan orta yaşlıların depresyon düzeyi 12 medyan değerine yükselerek olası depresyon düzeyine gelmekte ve en son olarak, sosyal aktivitelere hiç katılmayan orta yaşlıların geriatrik depresyon değeri maksimum değerine (Medyan=14.5) ulaşarak kesin depresyon düzeyine ulaşmaktadır.

Tablo 20.'deki aktivitelere katılma düzeyi değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta ve 66 yaş ve üzeri bireyler için sosyal aktivitelere hiç katılmamak benlik saygısını azaltma yönünde bir risk faktörü olarak ortaya çıkmakta ve sosyal aktivitelere sık sık katılmak ise yaşlılar için benlik saygısını artıran bir durum olmaktadır. Ayrıca, orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin sosyal aktiviteleri katılmaları onların geriatrik depresyonlarını büyük ölçüde azaltabilmektedir. Bu sonuçlar, sosyal aktivitelere katılma sıklığı değişkeni bağımsız değişken olarak alındığında, benlik saygısı değişkeninin geriatrik depresyon değişkenini etkilediği göstermesi açısından önemlidir.

Tablo 20. incelendiğinde; ev dışına çıkma sıklığı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin hem RBSÖ hem de GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri $<\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; ev dışına çıkma sıklığı değişkeninin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisi, yukarıda anlatılan sosyal aktivite düzeyinin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisine çok benzer olarak, orta

yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin ev dışına çıkma sıklığı azaldıkça benlik saygıları da yeterli benlik saygısı düzeylerinden düşük benlik düzeylerine doğru azalmakta ve dolayısı ile geriatrik depresyon düzeyleri depresyon yok seviyesinden kesin depresyon seviyesine doğru artmakta olduğu söylenebilir.

Tablo 21.

Vakit Geçirme ile İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Sık Sık Sohbet Eder misiniz? RBSÖ	Hayır	20.0	20.7±4.3	19.0	19.8±4.3	20.0	20.5±4.3
	Evet	21.0	21.7±4.5	21.0	21.7±4.3	21.0	21.7±4.5
	Test İstatistiği	MU=8809.0 (p=0.071)		t=-1.6 (p=0.104)		MU=12900.5 (p=0.016*)	
Sık Sık Sohbet Eder misiniz? GDÖ	Hayır	11.0	11.1±7.0	9.0	9.7±5.8	10.0	10.8±6.8
	Evet	8.5	10.3±6.9	8.0	8.9±4.5	8.0	10.1±6.5
	Test İstatistiği	MU=9485.5 (p=0.381)		t=0.6 (p=0.573)		MU=14395.0 (p=0.365)	
Kafeteryada Düzenli Olarak Tavla Okey Oynar mısınız? RBSÖ	Hayır	20.0	20.7±4.4	19.5	20.1±4.2	20.0	20.6±4.4
	Evet	21.0	21.9±4.3	20.0	21.8±5.5	21.0	21.9±4.1
	Test İstatistiği	t= -2.0 (p=0.047*)		t= -1.0 (p=0.338)		MU= 9317.5 (p=0.010*)	
Kafeteryada Düzenli Olarak Tavla Okey Oynar mısınız? GDÖ	Hayır	10.0	11.1±7.0	9.0	9.7±5.6	10.0	10.7±6.8
	Evet	8.0	10.1±6.6	6.5	7.7±5.1	8.0	9.9±6.5
	Test İstatistiği	MU= 7585..0 (p=0.328)		t= 0.9 (p=0.397)		MU= 10662.5 (p=0.304)	
Düzenli Olarak İnternete Girer, Gazete Kitap Okur musunuz? RBSÖ	Hayır	20.0	20.4±4.4	18.0	19.2±4.0	19.0	20.1±4.3
	Evet	21.0	21.8±4.3	25.0	23.6±3.9	21.0	22.0±4.2
	Test İstatistiği	MU= 9844.0 (p=0.004**)		t= -4..1 (p=0.000**)		MU= 13625.5 (p=0.000**)	
Düzenli Olarak İnternete Girer, Gazete Kitap Okur musunuz? GDÖ	Hayır	12.0	12.0±7.1	9.0	10.4±5.1	11.0	11.6±6.7
	Evet	8.0	9.3±6.4	2.0	6.5±6.1	8.0	9.0±6.4
	Test İstatistiği	MU= 9426.0 (p=0.001**)		t= -2.6 (p=0.011*)		MU= 14081.0 (p=0.000**)	
Düzenli Olarak Gezerek Yürüyüş Yapar mısınız? GDÖ	Hayır	20.0	20.8±4.4	18.0	19.4±4.7	20.0	20.6±4.5
	Evet	20.0	21.2±4.4	20.0	21.0±3.8	20.0	21.1±4.3
	Test İstatistiği	MU= 11891.5 (p=0.725)		t= -1.6 (p=0.107)		MU= 17837.5 (p=0.285)	
Düzenli Olarak Gezerek Yürüyüş Yapar mısınız? GDÖ	Hayır	12.0	11.8±7.0	11.0	10.5±5.6	12.0	11.6±6.8
	Evet	9.0	9.6±6.7	8.0	8.40±5.3	9.0	9.3±6.4
	Test İstatistiği	MU= 9877.5 (p=0.004**)		t= 1.7 (p=0.091)		MU= 15290.5 (p=0.001**)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; MU:Mann Whitney U testi; *0.05 önem seviyesinde anlamlı;

**0.01 önem seviyesinde anlamlı

Sosyal yaşam içerisinde vakit geçirme özelliklerine göre, orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 21. ve Tablo 22.'de verilmiştir.

Tablo 22.

Vakit Geçirme ile İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi (Tablo 21' nin Devamı)

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Düzenli Olarak Dini İbadetleri Yapar mısınız? RBSÖ	Hayır	20.0	21.1±4.4	18.0	20.4±5.6	20.0	21.0±4.6
	Evet	21.0	20.6±4.3	20.0	20.0±3.4	20.0	20.4±4.0
	Test İstatistiği	t=-0.6 (p=0.519)		t=0.4 (p=0.691)		MU= 16483.5 (p=0.300)	
Düzenli Olarak Dini İbadetleri Yapar mısınız? GDÖ	Hayır	10.0	11.2±7.0	11.0	10.8±6.7	10.0	11.2±6.9
	Evet	10.0	9.9±6.8	8.0	8.8±4.7	9.0	9.5±6.1
	Test İstatistiği	MU=-8950.0 (p=0.128)		t=1.5 (p=0.133)		MU= 15328.5 (p=0.035*)	
Genel Olarak Evde Tek Başına mısınız? RBSÖ	Hayır	21.0	21.3±4.4	20.0	20.5±4.4	21.0	21.1±4.4
	Evet	19.0	19.1±3.4	18.0	17.9±3.5	19.0	18.9±3.5
	Test İstatistiği	MU= 4289.5 (p=0.001**)		t= 1.8 (p=0.073)		t= 4.3 (p=0.000**)	
Genel Olarak Evde Tek Başına mısınız? GDÖ	Hayır	9.0	10.2±6.9	9.0	9.3±5.6	9.0	10.0±6.7
	Evet	14.0	14.6±5.9	9.5	11.3±4.8	14.0	14.0±5.8
	Test İstatistiği	MU= 3738.5 (p=0.000**)		t= -1.1 (p=0.282)		t= -4.7 (p=0.000**)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; MU: Mann Whitney U testi; *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 21. ve Tablo 22.' den elde edilen istatistiksel sonuçlara göre; sık sık sohbet edip etmeme değişkeninin sadece 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği ($p=0.016 < \alpha=0.05$) görülmekte olup; sosyal yaşam içinde sık sık sohbet eden 66 yaş ve üzeri bireylerin (Medyan=21) bu aktiviteyi yapmayanlara (Medyan=20) göre, benlik saygılarının daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Kafeteryada düzenli olarak tavla ve okey oynayıp oynamama değişkeninin hem orta yaşlı hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği (p değerleri $< \alpha=0.05$) saptanmış olup; kafeteryada düzenli olarak tavla ve

okey oynayan orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygılarının (Aritmetik ortalama=21.9) bu aktiviteyi yapmayanlara (Aritmetik ortalama yaklaşık 20.6) göre, benlik saygılarının daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Düzenli olarak internette gazete ve kitap okuyup okumama değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği (p değerleri $\alpha=0.01$) belirlenmiş olup; internette düzenli olarak gazete ve kitap okuyan orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin, okumayanlara göre, benlik saygıları daha yüksek (yeterli benlik saygısı seviyeleri) ve geriatrik depresyon düzeyleri daha düşük (depresyon yok seviyeleri) düzeylerdedir. Düzenli olarak gezerek yürüyüş yapıp yapmama değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği (p değerleri $\alpha=0.01$) belirlenmiş olup; düzenli olarak gezerek yürüyüş yapan orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatrik depresyonlarının (depresyon yok seviyeleri) bu aktiviteyi yapmayanlara (olası depresyon seviyeleri) göre, daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Düzenli olarak dini ibadetleri yapıp yapmama değişkeninin sadece 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği (p=0.016 $\alpha=0.05$) saptanmış olup; düzenli olarak dini ibadetlerini yapan 66 yaş ve üzeri bireylerin (depresyon yok seviyesi) yapmayanlara (depresyon yok seviyesi) göre geriatrik depresyon düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Genel olarak evde tek başına olup olmama değişkeninin orta yaşlı, 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği (p değerleri $\alpha=0.01$) belirlenmiş olup; genel olarak evde tek başına olmayan orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin, genel olarak evde tek başına olanlara göre, benlik saygıları daha yüksek (yeterli benlik saygısı seviyeleri) ve geriatrik depresyon düzeyleri daha düşük (depresyon yok seviyeleri) düzeylerdedir.

Tablo 21. ve Tablo 22.' de elde edilen istatistiksel sonuçlar genel olarak ele alındığında; benlik saygısını ve geratrik depresyonu en çok etkileyen değişkenin düzenli olarak internete girip gazete ve kitap okuyup okumama olduğu söylenebilir. Düzenli olarak internette gazete ve kitap okumak, hem orta yaşlı hem de yaşlıların benlik saygılarını artırmakta ve dolayısı ile geriatrik depresyonlarını büyük ölçüde azaltmaktadır. İkinci önemli

değişkenin ise genel olarak evde tek başına olup olmama olduğu söylenebilir. Genel olarak evde tek başına olmayanların, evde tek başına zaman geçirenlere göre, benlik saygılarının daha yüksek ve geriatrik depresyon düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte; düzenli olarak kafeteryada tavlama ve okey oynamak sadece benlik saygısını artırmakta geriatrik depresyonu azaltmamaktadır. Benzer olarak; Düzenli olarak gezerek yürüyüş yapmak ise, sadece geriatrik depresyonu azaltmakta, fakat benlik saygısını artırmamaktadır. Ayrıca, sık sık sohbet etmenin sadece bireyin benlik saygısının artmasını, düzenli olarak dini ibadetleri yerine getirmenin ise sadece geriatrik depresyonun azalmasına faydası vardır. Vakit geçirme durumu ile ilgili özelliklerin yaklaşık tamamı orta yaşlı ve 66 yaş üzeri tüm bireyler üzerinde etkili olup, direkt olarak yaşlıları etkileyen tek değişkenin düzenli olarak internete girerek gazete kitap okuyup okumama değişkenidir. Düzenli olarak internete girip gazete ve kitap okuyan yaşlıların benlik saygılarının yüksek ve geriatrik depresyonlarının düşük seviyede olduğu söylenebilir.

4.2.3. Sağlık İle İlgili Özelliklerin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisinin İncelenmesi

Bu bölümde, sağlık ile ilgili özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, geçmişte sigara içip içmeme ve içki içip içmeme değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (p değerleri $> \alpha = 0.05$). Bununla birlikte, diğer sağlık ile ilgili özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanları üzerinde istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilere sahip olduğu belirlenmiş olup, bu etkilere ait bulgular sırası ile sunulmuştur.

Yürümeye yardımcı araç kullanma durumu ve gerekli olan ev işleriyle uğraşım uğraşmama durumu değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 23.' de sunulmuştur.

Tablo 23.

Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu, Gerekli olan Ev İşleriyle Uğraşıp Uğraşmama Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu RBSÖ	Yok	20.0	21.0±4.4	20.0	20.7±4.5	20.0	21.0±4.4
	Baston	20.5	19.7±3.9	18.0	19.1±4.2	18.0	19.3±4.0
	Test İstatistiği	t=0.9 (p=0.351)		t=1.4 (p=0.171)		t=2.1 (p=0.038*)	
Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu GDÖ	Yok	10.0	10.8±6.9	8.5	9.2±5.6	10.0	10.5±6.8
	Baston	12.5	13.4±6.9	9.0	10.6±5.8	11.0	11.4±6.2
	Test İstatistiği	MU=-1.2 (p=0.241)		t=-1.0 (p=0.323)		t=-0.7 (p=0.469)	
Gerekli Olan Günlük Ev/Oda İşleriyle Uğraşır mısınız? RBSÖ	Hayır	21.0	21.2±4.2	18.0	19.5±4.8	20.0	20.9±4.4
	Evet	20.0	20.7±4.5	20.0	20.9±3.7	20.0	20.8±4.4
	Test İstatistiği	MU=20911.5 (p=0.264)		t=-1.4 (p=0.153)		MU=18710.5 (p=0.717)	
Gerekli Olan Günlük Ev/Oda İşleriyle Uğraşır mısınız? GDÖ	Hayır	9.0	10.1±7.0	9.0	9.3±5.1	9.0	9.9±6.7
	Evet	12.0	11.8±6.8	8.0	9.8±6.0	12.0	11.4±6.7
	Test İstatistiği	MU= 10375.5 (p=0.022*)		t= -0.4 (p=0.672)		MU= 16709.5 (p=0.031*)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; MU: Mann Whitney U testi; *0.05 önem seviyesinde anlamlı;

Tablo 23. incelendiğinde; yürümeye yardımcı araç kullanma durumu değişkenini sadece 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği ($p=0.016 < \alpha=0.05$) görülmekte olup; baston kullanan 66 yaş ve üzeri bireylerin ($AO \pm SS=19.3 \pm 4.0$), yürümeye yardımcı hiç bir araç kullanmayanlara ($AO \pm SS=21.0 \pm 4.4$) göre, daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 23.' e göre; gerekli olan ev işleriyle uğraşıp uğraşmama durumu değişkeninin RBSÖ puanlarına anlamlı bir etkisi olmayıp (p değerleri $> \alpha=0.05$), orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği görülmektedir (p değerleri $< \alpha=0.05$). Elde edilen sonuçlara göre, gerekli olan ev işleri ile uğraşan orta yaşlıların ve 66 yaş ve

üzeri bireylerin (Medyan=12.0: olası depresyon seviyeleri), ev işleri ile uğraşmayanlara göre (Medyan=9:depresyon yok seviyeleri), daha yüksek geriatik depresyon düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bulguya göre; ev işleriyle uğraşmanın, benlik saygısına her hangi bir etkisi olmayacak şekilde, ,orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatik depresyon düzeyini artıran bir etken olduğu söylenebilir.

Düzenli olarak yürüyüş yapma sıklığı ve düzenli olarak terleme ve nefes alımı egzersizleri yapma sıklığı değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 24.' de sunulmuştur.

Tablo 24. incelendiğinde; düzenli olarak yürüyüş yapma sıklığı değişkeninin, yaşlılar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını (p değerleri $\alpha=0.01$) ve orta yaş, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin de GDÖ puanlarını (p değerleri $=0.000<\alpha=0.01$) istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. Elde edile sonuçlara göre; farklılığı yaratan grup her gün yürüyüşler yapan bireyler olup, yaşlı bireylerin her gün yürüyüş yapması onların benlik saygılarını artırdığı (Medyan=22: Yeterli benlik saygısı seviyesi) ve benlik saygılarının da artmasının etkisi ile, geriatik depresyonlarını da büyük ölçüde azalttığı söylenebilir ($AO \pm SS=.6,4\pm 5.2$: Depresyon yok seviyesi). Benzer durum 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için de söylenebilir. Bununla birlikte; orta yaştaki bireylerin her gün yürüyüş yapması onların benlik düzeylerini artırmamakta, fakat geriatik depresyonlarını büyük ölçüde azaltmaktadır. (Medyan=7: Depresyon yok seviyesi).

Tablo 24. incelendiğinde; düzenli terleme ve nefes alımı egzersizleri yapma sıklığı değişkeninin, yaşlılar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını (p değerleri $\alpha=0.01$) ve orta yaş, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin de GDÖ puanlarını (p değerleri $=0.000<\alpha=0.01$) istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. Elde edile sonuçlara göre; farklılığı yaratan grup her gün düzenli terleme ve nefes alımı egzersizi yapan bireyler olup, yaşlı bireylerin her gün yürüyüş yapmasının onların benlik saygılarını artırdığı (Medyan=25: Yüksek benlik saygısı seviyesi) ve benlik

saygılarının da artmasının da etkisi ile geriatrik depresyonlarını büyük ölçüde azalttığı (Medyan=2: 0' a yakın düşük depresyon yok seviyesi) söylenebilir. Benzer durum 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için de söylenebilir. Bununla birlikte; orta yaştaki bireylerin her gün düzenli terleme ve nefes alımı egzersizleri yapması, onların benlik düzeylerini artırmamakta, fakat geriatrik depresyonlarını büyük ölçüde azaltmaktadır (Medyan=6: Depresyon yok seviyesi).

Tablo 24.

Düzenli Olarak Yürüyüş Yapma Durumu ve Düzenli Nefes Alımı Egzersizleri Yapma Durumu Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Düzenli Olarak Yürüyüş Yapma Sıklığı RBSÖ	Hiç	21.0	20.9±4.9	18.0	17.9±4.8	20.0	20.6±4.9
	Her Gün	21.0	21.5±4.2	22.0	22.7±4.0	21.0	21.7±4.1
	Haftada Birkaç	20.0	20.5±4.1	18.0	18.7±3.5	19.0	20.0±4.0
	Test İstatistiği	KW=2.6 (p=0.269)		KW= 20.4 (p=0.000**)		KW= 12.0 (p=0.002**)	
Düzenli Olarak Yürüyüş Yapma Sıklığı GDÖ	Hiç	12.0	12.3±7.2	17.5	15.9±4.8	13.0	12.6±7.0
	Her Gün	7.0	8.7±6.7	4.0	6.4±5.2	6.0	8.2±6.4
	Haftada Birkaç	12.0	11.9±6.5	10.0	10.4±4.1	11.0	11.5±6.0
	Test İstatistiği	KW= 20.2 (p=0.000**)		F= 17.0 (p=0.000**)		KW= 35.3 (p=0.000**)	
Düzenli terleme ve Nefes Alımı Egzersizleri Yapma Sıklığı RBSÖ	Hiç	20.0	20.8±4.5	19.0	19.5±4.2	20.0	20.5±4.5
	Her Gün	21.0	21.6±4.1	25.0	24.8±2.9	21.0	21.9±4.0
	Haftada Birkaç	21.0	21.5±3.7	23.0	23.0±3.6	21.5	21.8±3.7
	Test İstatistiği	KW=2.2 (p=0.326)		KW=10.5 (p=0.005*)		F=3.0 (p=0.052)	
Düzenli terleme ve Nefes Alımı Egzersizleri Yapma Sıklığı GDÖ	Hiç	12.0	11.6±7.0	11.0	10.7±5.2	12.0	11.4±6.6
	Her Gün	6.0	8.7±7.2	2.0	1.8±0.5	5.5	8.1±7.1
	Haftada Birkaç	7.0	7.8±5.2	3.0	4.3±3.5	7.0	7.1±5.1
	Test İstatistiği	KW= 13.1 (p=0.001**)		KW=19.5 (p=0.000**)		KW= 25.2 (p=0.000**)	

F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Kronik hastalık sayısı ve düzenli ilaç kullanım durum sayısı değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 25.' de sunulmuştur. Tablo 25. incelendiğinde; kronik hastalık sayısı değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde

etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.000 < \alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup 6 ve üzeri sayıda kronik hastalığa sahip olan bireyler olup, 3 ve üzeri sayıda kronik hastalığa sahip olan orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının (Medyan 18.0: yeterli benlik saygısı düzeyi), 3 den daha az sayıda kronik hastalığa sahip olan orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarından (Medyan değerleri 20.0 ile 21.5 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır.

Tablo 25.

Kronik Hastalık Sayısı ve Düzenli İlaç Kullanım Durum sayısı Değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Kronik Hastalık Sayısı RBSÖ	Yok	21.0	21.9±4.2	22.0	21.2±4.6	21.5	21.8±4.2
	1 Adet	21.0	21.6±4.0	21.5	21.6±6.0	21.0	21.6±4.4
	2 Adet	20.0	20.1±4.7	20.0	20.2±3.1	20.0	20.1±4.2
	3 ve Üzeri	18.0	18.4±3.7	18.0	18.7±4.7	18.0	18.5±4.0
	Test İstatistiği	KW= 24.6 (p=0.000**)		t= 1.4 (p=0.251)		KW= 31.0 (p=0.000**)	
Kronik Hastalık Sayısı GDÖ	Yok	8.0	9.8±6.9	5.0	7.7±6.9	8.0	9.7±6.9
	1 Adet	8.0	8.9±6.0	8.0	7.9±5.4	8.0	8.7±5.9
	2 Adet	13.0	12.6±6.7	9.0	9.1±5.0	11.0	11.3±6.3
	3 ve Üzeri	14.0	14.9±7.1	13.0	12.4±5.8	14.0	14.2±6.8
	Test İstatistiği	F= 10.1 (p=0.000**)		F= 2.6 (p=0.061)		KW= 27.0 (p=0.000**)	
Düzenli İlaç Kullanım Durum Sayısı RBSÖ	0-1 Arası	21.5	22.0±4.3	19.0	20.9±5.2	21.0	22.0±4.4
	2-3 Arası	20.0	20.4±4.2	19.0	20.2±4.1	20.0	20.3±4.2
	4-6 Arası	19.0	18.9±4.0	19.5	18.9±3.4	19.0	18.9±3.8
	6-12 Arası	20.0	19.5±4.2	28.0	25.8±5.9	21.0	20.8±5.1
	Test İstatistiği	F= 8.2 (p=0.000**)		F=3.2 (p=0.028*)		F= 9.5 (p=0.000**)	
Düzenli İlaç Kullanım Durum Sayısı GDÖ	0-1 Arası	8.5	9.9±6.9	8.0	7.9±4.9	8.0	10.0±6.8
	2-3 Arası	10.00	11.2±6.7	8.0	8.8±5.0	10.0	10.4±6.3
	4-6 Arası	13.00	13.5±7.2	12.5	11.6±5.5	13.0	12.8±6.7
	6-12 Arası	12.00	11.1±7.0	9.5	10.0±10.4	12.0	10.9±7.5
	Test İstatistiği	F= 3.2 (p=0.023*)		F=1.6 (p=0.200)		F= 3.4 (p=0.019**)	

F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

Tablo 25. incelendiğinde; sosyal kronik hastalık sayısı değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.000 < \alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için geriatrik depresyon puanlarında farklılığı yaratan grup 3 ve üzeri sayıda kronik hastalığa sahip olan bireyler olup, 3 ve üzeri sayıda kronik hastalığa sahip olan orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerinin (Aritmetik ortalamalar 14.9 ve 14.2: kesin depresyon düzeyi), 3 den daha az sayıda kronik hastalığa sahip olan orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerinden (Aritmetik ortalamalar değerleri 8.0 ile 12.6 değerleri arasında: depresyon yok ve olası depresyon seviyeleri)) daha yüksek oldukları saptanmıştır. Tablo 24.' de elde edilen iki bu bulgu birleştirilirse, 3'den daha çok sayıda kronik hastalığa sahip olmanın, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısını azaltan ve geriatrik depresyon düzeylerini artıran önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Tablo 25 incelendiğinde; düzenli ilaç kullanım durum sayısı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri $<\alpha=0.05$ ve p değerleri $<\alpha=0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup düzenli ilaç kullanım durum sayısı 6-12 olan bireyler olup, düzenli ilaç kullanım durum sayısı 6-12 olan orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının (aritmetik ortalamalar 19.5 ile 25.8 aralığında değerler: yeterli benlik saygısı ve yüksek benlik saygısı düzeyleri), düzenli ilaç kullanım durum sayısı 6' dan daha az olan orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarından (Medyan değerleri 18.9 ile 22.0 değerleri arasında: Yeterli benlik saygısı düzeyi) daha yüksek düzeylerde oldukları saptanmıştır.

Tablo 25. incelendiğinde; düzenli ilaç kullanım durum sayısı değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık

seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.000 < \alpha = 0.01$). Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için geratrik depresyon puanlarında farklılığı yaratan grup düzenli ilaç kullanım durum sayısı 0-1 adet olan bireyler olup, düzenli ilaç kullanım durum sayısı 0-1 adet olan orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin geriatric depresyon düzeylerinin (Aritmetik ortalamalar 9.9 ve 10.2: depresyon yok seviyesi), düzenli ilaç kullanım durum sayısı 1'den daha fazla sayıda olan orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin geriatric depresyon düzeylerinden (Aritmetik ortalamalar değerleri 10.0 ile 13.5 değerleri arasında: depresyon yok seviyesi)) daha düşük değerler oldukları saptanmıştır. Tablo 25.' de elde edilen bu iki bulgu birleştirilirse, çok sayıda ilaç kullanmanın, orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısını artıran ve az sayıda ilaç kullanmanın ise, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatric depresyon düzeylerini azaltan etkilere sahip oldukları söylenebilir önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Sigara kullanma durumu ve içki kullanma durumu değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 26.' de sunulmuştur.

Tablo 26. incelendiğinde; düzenli ilaç kullanım durum sayısı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarının hiç birini istatistiksel olarak etkilemediği (p değerleri $> \alpha = 0.05$) ve orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistikse anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir (p değerleri= $0.000 < \alpha = 0.05$). Elde edilen sonuçlara göre; sigara kullanan orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin (Medyan=21), sigara kullanmayanlara göre (Medyan=20) daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 26.*Sigara Kullanma Durumu Değişkeninin RBSÖ ve GDÖ Puanlarına Etkisi*

Değişkenler XÖlçekler	Grup	ORTA YAŞ (n=315)		YAŞLI (n=78)		TOPLAM (n=393)	
		Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS	Medyan	AO ± SS
Sigara Kullanma Durumu RBSÖ	Kullanıyor	21.0	21.9±4.3	18.0	19.2±2.2	21.0	21.7±4.2
	Kullanmıyor	20.0	20.6±4.4	20.0	20.3±4.5	20.0	20.5±4.4
	Test İstatistiği	MU=8157.5 (p=0.024*)		MU=163.0 (p=0.707)		MU=11458.5 (p=0.021*)	
Sigara Kullanma Durumu GDÖ	Kullanıyor	10.0	10.5±6.8	12.0	14.0±3.7	10.0	10.7±6.6
	Kullanmıyor	10.0	11.0±7.0	8.0	9.2±5.5	10.0	10.6±6.7
	Test İstatistiği	MU=9441.0 (p=0.641)		MU=89.0 (p=0.056)		MU=13440.5 (p=0.837)	

t: Bağımsız iki örneklem t testi; MU: Mann Whitney U testi; *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

t: Bağımsız iki örneklem t testi; F: Tek Yönlü ANOVA testi, KW: Kruskal Wallis testi *0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı

4.3. RSBÖ ve GDÖ Puanlarının İlişki Analizleri

Bölüm 4.2' de demografik, sosyal yaşam ve sağlık ile ilgili bir çok bağımsız değişkenin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisi olup olmadığı ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu incelemede, çok sayıda demografik, sosyal ve sağlık ile ilgili faktörün aynı grubun hem benlik saygısında hem de geriatrik depresyonda farklılık yaratacak şekilde, benlik saygısı ile geriatrik depresyonun her ikisini birden istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkiledikleri görülmüştür. Herhangi bir bağımsız değişkenin hem RBSÖ ve hem de GDÖ puanlarına etkisi varsa, bu etkinin her zaman benlik saygısı arttıkça geriatrik depresyonun azalması şeklinde olduğu görülmüştür. Böylece; genel olarak benlik saygısı değişkeni ile geriatrik depresyon arasında negatif bir korelasyon olduğu ortaya konulmuştur. Bu bölümde ise, RBSÖ ile GDÖ puanları arasındaki ilişki, korelasyon analizi gerçekleştirilerek daha net bir biçimde ortaya konulmuştur. RBSÖ ile GDÖ puanları arasındaki Pearson'ın moment çarpanlar korelasyon katsayıları Tablo 27.'de verilmiştir. Tablo 27. incelendiğinde; orta yaş, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısı ile geriatrik depresyon değişkenleri arasında ters yönlü orta düzeyde korelasyonlar olduğu görülmektedir. Yani; orta yaştaki, yaşlı veya 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için, kişinin benlik saygısı arttıkça geriatrik depresyon düzeyinin doğrusal olarak

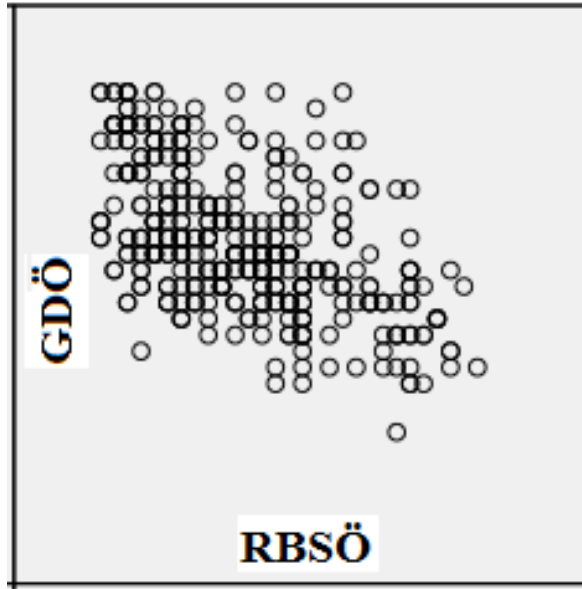
azaldığı söylenebilir. Bu doğrusal ilişki, Şekil 2.'de daha açık bir şekilde görülmektedir

Tablo 27.

RBSÖ ve GDÖ Puanları Arasındaki Pearson'ın Korelasyon Katsayıları

Yaş Grubu	Korelasyon
Orta Yaş	-0.566 (p=0.000**)
Yaşlı	-0.513 (p=0.000**)
Toplam	-0.547 (p=0.000**)

*0.05 önem seviyesinde anlamlı; **0.01 önem seviyesinde anlamlı



Şekil 2. 66 Yaş ve Üzeri Tüm Bireylerin RBSÖ İle GDÖ Puanları Arasındaki Serpilme Diyagramı

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Psikolojik yönüyle yaşlılık genel anlamıyla ruhsal davranış ve zihinsel becerilerin değişimleriyle alakalıdır. Bu dönemde yaşlı bireylerde zekâ ve dikkatte önemli değişimler görülebilmektedir; örneğin geçmişe göre daha çok unutkanlık veya kısa süreli hafızada gençler ile kıyaslandığında yeterli olmayabilirler. Yaşlılık döneminde belli noktaya odaklanmada zorluk yaşama ve dikkatli olunması gerektiğinde, duymada ile görmede güçlük çekme, iletişim organlarında gerilemeler gözlenebilir.(Altay ve Avcı, 2009; Altıparmak, 2009; Yüksel,1998).

Birey bu tarz rahatsızlıkların çoğalmasında sosyal ve ekonomik bakımdan zayıflamakta ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamaya başlamaktadır. Bu nedenlerin de ortaya çıkışı ile orta yaş ve yaşlı insanlarda gözlemlenen kendisini her yönü ile değerlendirip bunun neticesinde kendinden memnun olmadığını ifade eden düşük benlik saygısı ve yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan doğal bir sonuç depresyon veya toplum uyumsuzluğu ile açıklanmaktadır.

Yapılan çalışmalar; yüksek benlik saygısı taşıyan kişilerin sağlıklı, üretken, mutlu ve başarılı odaklı bireyler olduklarını, güçlüklerle baş etmek için daha uzun süre gayret gösterdiklerini, gece daha kaliteli uyuduklarını, ülsere yakalanma risklerini daha az taşıdıklarını, yaşlılarının baskılarına daha duyarsız davrandıklarını göstermektedir. Coleman vd. (1990) düşük benlik saygısına sahip bireylerin ise karamsar, geleceğe dair olumsuz duygulara sahip ve başarısızlık yönelimli bireyler olduklarını açıklamıştır. Kassin, (1998) literatür incelendiğinde düşük benlik saygısı olanların başarısızlık beklentisi

taşıdıklarını, önemli noktaları görmezden gelebilecekleri, bununla beraber başarıya ulaşamadıklarını, daha az çaba harcadıklarını ve sinirli olma gibi eğilimleri olduğunu ve kendilerini yeteneksiz ve değersiz oldukları ile alakalı suçlayabileceklerini belirtmiştir. Çuhadoroğlu, (1986) literatürde ayrıca depresyonun düşük benlik saygısının emosyonel anlatımı olarak düşünülmektedir. Gallety vd. (1996) literatürde depresyonu sahip bireylerde benlik saygısının düşük olduğu bildirilmektedir.

Araştırmamızda elde edilen bir Çorum örnekleminin demografik özellikleri incelendiğinde; orta yaşdaki bireylerin, yaşlılara göre evlilik ve iş hayatı yönünden daha aktif olduğu saptanmıştır. Bu bulguyu destekleyecek şekilde yaşlıların, orta yaşlılara göre daha yalnız yaşadığı, çocuklarıyla ve sevdikleriyle orta yaşlılara göre daha az görüştüğü görülmektedir. Bu bulgular orta yaşlıların yaşam içinde daha aktif olduğunu, yaşlıların ise daha durağan bir yaşantıya sahip olduğunu göstermesi açısından önemli sonuçlardır. Ayrıca orta yaşdaki bireyler el becerisi gerektiren işlerde ve internetten gazete, kitap okuma ve kendilerini geliştirmeye yönelik aktiviteleri yaşlı bireylere göre daha sık gerçekleştirdikleri görülmektedir. Bununla birlikte yaşlıların orta yaşlılara göre daha çok televizyon izlemeyi, radyo dinlemeyi ve dini ibadet gerçekleştirmeyi tercih ettikleri görülmektedir. Bu sonuçlara göre orta yaşlılara göre daha gelece dönük yaşam şekline sahip olacak şekilde yaşamda yer aldıkları görülmektedir. Yaşlıların daha içe dönük ve yalnız bir yaşam tercih ettikleri görülmektedir. Orta yaş ve yaşlı bireylerin sağlık ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında; orta yaşlıların, yaşlılara göre daha sağlıklı olduğu ve düzenli yürüyüş yapma, düzenli nefes alma egzersizlerini, sağlık ile ilgili aktiviteleri daha sık yerine getirdikleri görülmektedir.

Sonuç olarak, orta yaşdaki bireylerin, hayatın içinde daha çok yer aldığı, eğitim çalışma hayatı, sağlık ve sosyal ilişkiler yönünden daha aktif ve sağlıklı olduğunu, yaşlı bireylerin ise durağan, daha yalnız ve yetersiz sağlık düzeyinde olduğu araştırmamızın sonuçlarında gözlemlenmiştir.

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmada Çorum ilinde orta yaş ve yaşlı bireylerin, benlik saygıları ve depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin

belirlenmesi ve benlik saygısı ile depresyon ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulguları, tartışılarak yorumlaması yapılmış ve sosyo-demografik değişkenler tanımlanmış ve araştırma değişkenleri ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması yapılmıştır.

Bu bölümde, demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkileyip etkilemediği, demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisi incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, bu çalışmadaki bulgular, literatür ile karşılaştırılmıştır.

Medeni durum ve sosyal güvence değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RMSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, diğer demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanları üzerinde istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilere sahip oldukları belirlenmiş olup, bu etkilere ait bulgular sırası ile sunulmuştur.

Literatür taramasında, bu araştırma da ele alınan katılımcı özellikleri bağlamındaki orta yaş ve yaşlı bireylerin, benlik saygıları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi bir arada ele alan ve değerlendiren herhangi bir araştırma bulunamamıştır. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçlarını başka çalışmalarla birebir karşılaştırmak mümkün olmamıştır. Bu sınırlılık çerçevesinde, araştırma sonuçları benzer çalışmaların bulguları ile kıyaslanmıştır.

Literatürde yaşlılarda yaş değişkeninin depresyon ve benlik saygısına etkisi incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulunan çalışmalarda, bu çalışmaya benzer şekilde olduğu görülmektedir. Dişçigil vd. (2008) tarafından yapılan çalışmada benzer bulgulara rastlanılmış depresyon riskinin yaş ile değişmediği vurgulanmıştır. Altay vd. (2009) yaptığı çalışmada ise yine yaş ve çocuk sahibi olma durumunun depresyon puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Bu bulgular, bu çalışmadaki sonuçlar ile benzerlik göstermiştir. Yaş değişkeninin, orta yaş ve yaşlı birey olarak iki grubu ayırarak benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkilerinin bulguları incelendiğinde; orta yaşın yeterli benlik saygısına sahip olduğu, yaşlı

bireylerin ise yeterli benlik saygısı barındırdığı düşünülmektedir. Her iki grubun sahip olduğu ortalama yeterli benlik saygısı %72.0 olduğu gözlemlenmektedir. Depresyon oranları, iki grup katılımcı orta yaş 66>79 yaşlı 80<99 için ayrı ayrı değerlendirildiğinde orta yaş %52 oranı ile depresyon yok olduğu saptanmış, yaşlılarda ise %53.4 oranında gözlemlenmektedir. Bu iki grup katılımcı için bulunan yüzdeler arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Ancak çözümlenmeler sonucunda var olan iki yaş grubu ayrı olarak değerlendirildiğinde benlik saygıları ve depresyon düzeylerinin farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu durumun sebebinin araştırmanın, sosyoekonomik düzeyi anlamlı seviyede, eğitim ve sağlık hizmetlerinden kolay faydalanabilen yaşlı bireylerle yapıldığını düşündürmektedir.

Cinsiyetler ile benlik saygısı ve depresyon düzeyleri ele alındığında depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü sık rastlanan bir bulgudur. Araştırmalar incelendiğinde; Garcia, vd. (2008), tarafından yapılmış bir diğer araştırmada kadınlarda (%24,7) erkeklerden (%16,2) daha fazla depresyon bulunduğu vurgulanmıştır. Dişçigil, vd.(2005) çalışmasında yine depresyon riskinin kadınlarda daha yüksek seviyede bulunduğu vurgulanmıştır. Sadock, (2015) tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmalar cinsiyetlere kadınların yaşam boyu depresyon risklerinin %20-25 olduğunu göstermiş ve bu değer erkeklerde %8-12'dir. Çınar ve Kartal'ın (2008: 401-403) yaptığı çalışmada ise dul ya da ayrılmış bireylerin depresyon puanları evli olan bireylere oranla daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca kadınların depresyon puanı değerlendirildiğinde erkeklerin depresyon puanından daha yüksek seviyede bulunduğu ifade edilmiştir.

Literatürdeki araştırmalar ile paralellik gözlemlenen bu çalışmanın sonuçlarında yapılan cinsiyet değişkeninin etkisi söz konusu olduğunda, benlik saygısı ile geriatrik depresyon birbirinden bağımsız olduğu düşünülebilir. Böylece kadın ile erkeklerin benlik saygılarının yeterli benlik saygısı düzeyinde olacak şekilde istatistiksel olarak aynı olmasına karşın, depresyon düzeyi farkları çok fark edilir olarak görülmektedir. Orta yaşlı kadınlar olası depresyona sahip iken, orta yaşlı erkeklerin geriatrik depresyon düzeyinin

'depresyon yok' seviyesinde olduğu söylenebilir. Sosyo demografik değişken olarak cinsiyetin benlik saygısı üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır. Genel tabloda erkeklerin benlik saygısı yüksek iken aynı durum kadınlarda ters orantılıdır. 66 yaş ve üzeri kadınların toplumdaki konumlarına bakıldığında bu neticeler şaşırtıcı olmamaktadır. Çalışmamızın sonuçlarının, literatür ile örtüşmekte olduğu düşünülmektedir. Kadınlardaki depresyonun fazla olmasının sosyal ve kültürel toplumdaki konumundan (kadın olmak, anne olmak") kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim düzeyinin benlik saygısı ve depresyon düzeyleri ele alındığında Arslan, (2013) ve Saygılı, vd. (2015) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin benlik saygısının yükselmesi bulgularına rastlanmıştır. Maral, vd. (2001) yapmış olduğu araştırmada huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde eğitim durumunun depresyonda risk faktörünün bulunmadığı saptanmıştır. Çifçili, vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim durumu yüksek olan yaşlı bireylerin GDÖ ortalamasının daha düşük seviyede olduğu bulgusuna rastlanmıştır. Literatürler arasındaki farklılığın nedeninin, eğitim durumu ile depresyon arasındaki ilişkinin farklılaşabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar kapsamında yapılmış araştırmalardaki bulgular ile örtüştüğü görülmektedir. Eğitim düzeyinin, orta yaş, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısını etkilediğini göstermekte olup, orta yaş ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için okuma yazma bilmeyen katılımcıların, daha yüksek eğitim düzeylerine sahip bireylere göre en düşük benlik saygısı puanına sahip olduğu ve üniversite mezunu yaşlı bireylerin ise daha düşük eğitim düzeylerine sahip bireylere göre en yüksek benlik saygısı puanına sahip olduğu görülmüştür. Bu araştırmadaki bulgular değerlendirildiğinde eğitim düzeyi değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. Orta yaş ve yaşlıların 66 yaş ve üstü tüm bireyler için ise GDÖ puanlarında farklılığı yaratan grubun okuma yazma bilmeyenler olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; okuma yazma bilmeyen bireylerin daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek geratrik depresyon puanına sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada eğitim düzeyi değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ

puanları birlikte değerlendirildiğinde; bağımsız değişken eğitim düzeyi olarak alındığında, benlik saygısının geriatrik depresyon düzeyini etkilediği düşünülebilir. Çünkü okuma yazma bilmeyen orta yaşlılar ile 66 yaş ve üstü tüm bireylerin daha yüksek eğitim seviyelerine sahip bireylere göre benlik saygıları en düşük düzeylerde ve geriatrik depresyon düzeyleri en yüksek seviyelerdedir. Benzer biçimde; yüksek eğitim seviyesindeki yaşlıların, daha düşük eğitim seviyelerine sahip bireylere göre benlik saygıları en yüksek düzeylerde ve geriatrik depresyon düzeyleri ise en düşük seviyelerde bulunmuştur. Bireylerin eğitim durumları, onların konumlarını belirlerken kişilik yapılanmalarını ve sosyalliklerine de etki etmektedir ve onları yaşamda konumlandırma önemli bir değişkenlerden olduğu düşünülmektedir.

Orta yaş ve yaşlılarda medeni durumun değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Literatürde medeni durum değişkeninin, depresyon düzeyini etkilediğini gösteren pek çok çalışma vardır. Aksüllü, (2001) yalnız yaşama ve dul kalmanın depresyon için risk faktörü taşıdığı eşi vefat etmiş yaşlıların yalnızlık, hüznün, terk edilmişlik duygularının sürdürdüğü ve bu kişilerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, medeni durum ve sosyal güvence değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RMSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Bu çalışma ile benzer biçimde Çetin, (2008) huzurevinde yaşayan 54 yaşlı ile yaptığı çalışmada depresyon düzeyi ve medeni durum grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu araştırmada medeni durum değişkeni ile bulgularının sonuçlarının literatür sonuçlarıyla farklılık göstermesinin nedeni olarak orta yaş ve yaşlı katılımcıların benlik saygılarının gelir düzeyi ile pozitif yönde olduğunu düşündürmektedir. Gelir düzeyi orta, yüksek ve düşük olan katılımcılar, yaptıkları sosyal karşılaştırmalarda kendilerini gelir seviyesi daha düşük olan bireylerle mukayese yaptıkları için benlik saygılarına ilişkin daha olumlu bildirimlerde buldukları düşünülmektedir.

Çalışma durumunun benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkisi için literatürde aktaran: Ağırman vd. (2017) bir araştırmada yaşlılardaki depresyon oranının toplum genelinden yüksek olmasını; bu kişilerin emeklilik ile iş hayatından uzaklaşması, bunun sonucu olarak maddi gelirin düşmesi, eş kaybı ile yalnız kalma, kronik hastalıkların başlaması, buna ilişkin fiziksel güç kaybı, cinsel yeti kayıpları, tüm bu koşulların getirdiği işe yaramazlık duyguları, aile ve toplumdaki yerini kaybetme, yalnız kalma duyguları ile ifade edilmektedir. Bu araştırmada, çalışma durumu değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; bağımsız değişken çalışma durumu olarak alındığında, benlik saygısının geriatrik depresyon düzeyini belirli bir düzeyde de olsa etkilediği düşünülebilir. Çünkü hiç çalışmamış 66 yaş ve üstü tüm bireylerin diğer çalışma durumuna sahip bireylere göre benlik saygıları en düşük düzeylerde iken, geriatrik depresyon düzeyleri ise en yüksek seviyelerdedir. Sosyal destek ve çalışma gibi bireyin işlevselliğini devam ettirmesini sağlamaktadır ve üretkenliğinin görülmesi ve gösterilmesi de benlik saygısının yükselmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmanın, gelir durumu ve çalışma durumu değişkenlerinin RBSÖ ve GDÖ nin literatürde etkileri araştırıldığında, Hua vd. (2015) tarafından Çin'de yapılan bir araştırmada yaşlı bireylerdeki depresyonun yaşam biçimiyle birebir ilişkili olduğu bulgusuna rastlanmıştır. Tatlıoğlu (2015) gelir artışı ile mutluluk düzeyleri arasında doğru orantılı bir ilişki ortaya koymuştur. Özkan vd. (2013) çalışmasında; yoksulluk sınırı altı koşullarındaki bireyler ve algılanan kötü ekonomik koşulları olan kişilerin ruhsal sağlıklarının daha olumsuz seyrettiği bulgusuna rastlanmıştır. Belek, (1999), Tosun, vd. (2014) yapılan diğer araştırmalarda da sosyo-ekonomik durumu kötü olan bireylerin ruhsal sağlık bakımından daha dezavantajlı oldukları belirtilmiştir. Karlsson vd. (2010) yaptığı çalışmada da gelir eşitsizliği ve sağlık arasında negatif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada gelir düzeyi değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; bağımsız değişken gelir düzeyi olarak alındığında, orta yaşlılar ve 66 yaş üstü bireyler için, benlik saygısının geriatrik depresyon düzeyini istatistiksel olarak etkilediği düşünülebilir. Sonuçlar çalışmayanların depresyonları yüksek, benlik saygısı düzeyleri düşük olduğu gözlemlenmiştir. Literatürler kapsamında araştırmamızın

sonucunu destekleyen ve eşleşen sonuca ulaştığımız düşünülmektedir. Çalışma gibi bireyin işlevselliğini devam ettirmesini sağlayan, üretkenliğinin görülmesi ve gösterilmesi benlik saygısının yükselmesine katkıda bulunduğu sonucunu çalışmayanların depresyonları yüksek, benlik saygısı düzeyleri düşük olduğunu göstermektedir.

Bu araştırma kapsamında olan çocuk sayısı değişkeninin RBSÖ VE GDÖ ne etkileri hakkında literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde Demet, vd. (2002) arkadaşlarının Manisa ili huzurevlerinde yaşayan yaşlı katılımcılar ile yaptıkları araştırmada, yaşlıların çocuk ve yakınları ile ilişkisindeki değişkenlerin depresyon varlığı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bahar, vd. (2005) ve arkadaşlarının Gaziantep'teki araştırmalarında; yaşlı bireylerin çocuklarının sayısı ile ortalama depresyon puanları arasında farkın anlamlı olduğu, çocuk sahibi olmama ile 1-4 arasında çocuğu olmasının ortalama depresyon puanını yükselttiği saptanmıştır. Beş ve üzeri çocuğa sahip katılımcılarda ise ortalama depresyon puanları daha düşük olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada çocuk sayısı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin hiç birinin GDÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin her birinin RBSÖ puanlarını ise istatistiksel anlamlılık düzeylerinde etkilediği görülmüştür. Literatür bulgularıyla karşılaştırılan bu çalışmanın sonuçları arasında, istatistiksel anlamda benzerliklerin olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte, yaşlılar için farklılığı yaratan grup çocuğu olmayanlar olup, çocuğu olmayan yaşlıların benlik saygısının (yüksek benlik saygısı seviyesi), çocuklu yaşlıların benlik saygılarından (yeterli benlik saygısı seviyeleri) daha yüksek olduğu söylenebilir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların beklentileri yokken çocuk sahibi katılımcıların beklenti içinde olmaları ve yetişkinlikte ki alışkanlıklarına devam etme arzuları benlik saygısı puan ortalamalarının düşük olmasının sebebi olarak düşünülmektedir.

Orta yaş ve yaşlı bireylerin çocuklarıyla yüz yüze veya telefonda görüşme sıklığı bağımsız değişkeninin RBSÖ ya da GDÖ ne etkilerine literatüre

bakıldığında Bahar, vd. (2005) çalışmada çocukları ile görüşmeyen yaşlı bireylerin ortalama depresyon puanları yüksek olmakla beraber bu yüksekliğin ise anlamlı olmadığı ifade edilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürdeki bulgular ile örtüşmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen bireyler olup, çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının, çocuklarıyla/sevdikleriyle daha sık görüşen orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarından daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için geriatik depresyon düzeyinde farklılığı yaratan grup çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen bireyler olup, çocuklarıyla/sevdikleriyle bir seneden uzun ve hiç görüşmeyen orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin geriatik depresyon puanlarını, çocuklarıyla/sevdikleriyle daha sık görüşen orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin geriatik depresyon puanlarına göre "Depresyon yok" ve olası depresyon düzeyleri oldukça büyük değerler oldukları saptanmıştır. RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta olanlar ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için çocuklarıyla bir seneden uzun sürede bir zamanda telefon ile görüşmenin ve telefonda hiç görüşmemenin benlik saygılarının azalmasına ve dolayısı ile geriatik depresyon düzeylerinin oldukça önemli miktarlarda artmasına neden olan risk faktörleri olduğu söylenebilir. Böylece, bağımsız değişken çocuklarıyla telefonda görüşme sıklığı olarak alındığında, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için, benlik saygısı değişkeninin geriatik depresyon değişkenini etkilediği söylenebilir. Birçok değişimlerin yaşandığı bu dönemde orta yaş ve yaşlılar, ailelerinden ve sevdiklerinden destek beklemektedirler. Yaşlı bireylerin aileden ve sevdiklerinden aldıkları pozitif yöndeki desteğin onların bu zor dönemlerinde, yaşadıkları bu değişimlerle başa çıkabilmek için yeni çözümler bulabilmelerinde ve bu döneme uyum sağlayabilmelerinde koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu desteğin neticesinde bireylerin kendilerine yönelik algılarının olumlu yönde artacağı düşünülmektedir. Aileleri ve

sevdikleri bireyler tarafından aranılmayan kişilerde yaşlanma sebebiyle oluşan değişimlerle beraber benlik algılarında azalma yaşanabilmektedir.

Bu araştırmada ikamet edilen yer değişkeninin RBSÖ veya GDÖ ne etkilerine literatürde bakıldığında Taiwan'da yapılan araştırmada yaşlı bireylerde yapılmış, kentsel ve kırsal toplumu karşılatıran bir çalışmadır. Chiu vd. (2005) bu araştırmada kentte yaşamını sürdüren yaşlı bireylerde depresif belirti yaygınlığını daha yüksek olduğu bulgusuna rastlamışlardır. Lehtinen vd. (2003) 18-64 yaş aralığında ki 12702 kişilik geniş katılımcıları içeren ve Finlandiya, İrlanda, Norveç ve İngiltere'yi içine alan çalışmalarında, kentte yaşayanlarda depresyonun daha yaygın olduğunu ve kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğünü ifade edilmektedir. Fleischer vd. (2007) Meksika'da yoksul kırsalda 20-70 yaş aralığındaki 5457 kadın üzerinde yapılan kesitsel çalışmada ise düşük gelir düzeyine sahip olan kadınlarda depresif belirti yaygınlığı yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Literatür ile bu araştırma arasında istatistiksel anlamda farklılık gözlemlenmiştir. Bu araştırmada katılımcıların en çok ikamet ettiği ilçe olanların depresyon düzeylerinin, en çok ikamet ettiği yer büyük şehir, şehir veya köy olanların (Aritmetik ortalamalar yaklaşık 10-3 arasında: olası depresyon seviyeleri) depresyon düzeylerine göre daha yüksek bir değer olduğu görülmektedir. Şu ana kadar en çok ikamet ettiği yer değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; şu ana kadar en çok ikamet ettiği yer değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, onların benlik saygıları düzeylerinden bağımsız bir şekilde etkilediği düşünülebilir. Araştırmada aynı sonuç yaşadığı yer değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; yaşadığı yer değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, onların benlik saygıları düzeylerinden bağımsız bir şekilde etkilediği düşünülebilir. Bu bulguda benlik saygısından bağımsız etkilenen depresyonun yaşlı bireyin toplumsal, sosyal ve sağlık gibi olanaklara ulaşabilirliği kısıtlılığın kaynaklandığı bu durumun öz benliğine etkilemediği düşünülmektedir.

Orta yaş ve yaşlıların konakladıkları yer tipi ve kaldıkları evin aitlik durum değişkenlerine ait RBSÖ ve GDÖ'ne etkilerinin literatür incelendiğinde Aktaran: Şahin, vd. (2003) tarafından yapılan çalışmada yurt dışında, türlü sebepler ile viziteye çıkan 65 yaş üzerindeki hastaların %15'inde huzurevlerinde kalanların %25'inde depresyon bulgusuna rastlandığı öne sürülmekteyken Copeland, vd. (1992) tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada kendi evlerinde bulunan yaşlıların %29 huzurevlerinde bulunanlarda ise %41 gibi yüksek düzeyde depresyon bulunduğu açıklanmıştır. Liteatüdeki araştırma bulguları, bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Kaldığı ev değişkeninin orta yaş, yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği, elde edilen sonuçlara göre; orta yaştakilerin, yaşlıların ve dolayısı ile 66 yaş üstü tüm bireylerin benlik saygılarında farklılığı yaratan grup kendine ait evde yaşayanlar olup; kendine ait evde yaşayan orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısı düzeylerinin, ailesine ait bir evde veya kirada oturanların benlik saygılarına göre daha yüksek seviyelerde olduğu söylenebilir. Bu araştırmanın bulguları incelendiğinde; Kaldığı ev değişkeninin orta yaşlı ve yaşlı GDÖ puanlarına istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı 66 yaş ve üstü bireylerin ise GDÖ puanlarını ise % 95 güven düzeyinde etkilediği görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerinde farklılığı yaratan grup kirada yaşayanlar olup; kirada yaşayan 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatrik depresyon puanının kendisine veya ailesine ait bir evde oturanların depresyon puanlarına göre depresyon yok ve olası depresyon seviyeleri daha yüksek bir değer olduğu söylenebilir. Kaldığı ev değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; kaldığı ev değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, onların benlik saygılarına bağımlı bir şekilde etkilediği düşünülebilir. Yaşlı bireylerin benlik saygılarını koruyabilmeleri ve depresyon düzeylerini arttırmayacak bir diğer değişken barınmadır. Yaşlı bireylerin kimlerle ve kime ait bir yerde yaşadığı önemli bir etkidir.

Mal varlığı değişkenine ait RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte değerlendirildiğinde; Özmete, (2008) tarafından yapılan çalışmada gelir

durumu arttığına ve sağlık yönünden iyi durumda olan yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları duyuları artıp, ekonomik yönden iyi durumda olmayan yaşlı bireylerin, akrabalık bağlarının kötüleştiğini açıkladıklarını ifade etmektedir. Khorşid, vd. (2004) yaptıkları araştırmada huzurevinde bulunan 206 yaşlı üzerinde, yaşlı bireyin yalnızlık düzeyini araştırdıkları çalışmalarında, geliri bulunmayan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin daha fazla görüldüğünü ifade etmiştir. Aksülün, vd. (2004) tarafından yapılan çalışmada huzurevi ve evde ortamında bulunan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada iyi gelir seviyesine sahip yaşlı bireylerin sosyal destek algısının, iyi gelir seviyesinde bulunmayanlara göre daha iyi olduğunu gözlemlemiştir. Spitzer, vd. (1995) yüksek sosyoekonomik durumun sosyal desteği olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır. Altıparmak, (2009) çalışmasında gelir düzeyi iyi olan yaşlılarda sosyal desteğin iyi olduğu ve yaşam doyumlarının yüksek olduğunu açıklamıştır. Softa, (2014), Benise, vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada gelir durumundaki yeterlilik, sosyal imkânlarının fazlalaşmasına ve ekonomik problemlerin neden olduğu stresörlerle daha az karşılaştığından sağlıklı yaşlanmada önemli bir etken olduğu açıklanmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür sonuçlarıyla örtüşmektedir. Mal varlığı değişkeninin orta yaşlı ve 66 yaş üstü tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini, biraz da olsa onların benlik saygılarına bağımlı bir şekilde etkilediği düşünülebilir. Bunun nedeni sahip oldukları varlıkların, yaşam koşullarında ki zorluklar karşısında kaygı taşımamaları ve kendilerine güvenmeyi sağladığı düşünülmektedir.

Yaşlılık evresinde bireyin yaşam tarzı da önemli etmenler arasındadır. Bireyin yalnız ya da biriyle mi yaşadığı onun psikolojisini etkileyen faktörlerdendir. Dişcigil, vd. (2005) tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin yaşam aktivitelerinde bağımsız olsalar da sosyal olarak bağımlı olmalarının depresyon açısından risk oluşturabileceğinin belirtildiği çalışmalarda mevcuttur. Özen, (1991) tek yaşayanların ve eşiyile benlik saygıları düşük saptanırken çocuğu ile yaşayanlar ve hem çocuk hem eşiyile kalanlarda durum ters yönde bulunmaktadır. Birey yalnız ya da eşiyile yaşıyorsa paylaşımları kısıtlanmaktadır. Ayrıca çocuk faktörü eklendiğinde olumsuzlukların azaldığı görülmektedir. Bu durumla eşleşen bir sonuç olarak

sıkıntılarını yalnız çözmeye çalışanların benlik saygısı en düşük saptanmıştır. Sonuç olarak yalnızlık olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Bu çalışmada, yaşama ortamının RBSÖ ya da GDÖ'ne etkileri değerlendirildiğinde; yaşlılar için ise benlik saygısında farklılık yaratan grup çocukları ile birlikte yaşayanlar olup, çocukları ile birlikte yaşayan yaşlıların tek başına veya eşleri ile yaşayan yaşlılara göre daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip oldukları görülmüştür. RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta olanlar için tek başına yaşamanın ve yaşlılar için çocukları ile birlikte yaşamanın benlik saygılarının azalmasına neden olan risk faktörleri olduğu ve bu risk faktörlerinin bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini artıramayacak düzeylerde gerçekleştiği söylenebilir. Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile istatistiksel anlamda örtüşmemektedir. Yalnızlık, duygu durumunu olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Bunun nedeni olarak, eş ve çocuklar ile olan ilişkilerin ve de bu ilişkilerin kişinin sağlığı açısından etkilerinin yaşanılan bölge, sosyal yapı ve kültür ile değişebileceği düşünülmektedir.

Ev ziyaretine en çok gelen değişkeninin literatürde incelemesinde Dişçiğil, vd. (2005) tarafından yapılan başka bir çalışma Umurlu Aile Hekimliğine kayıtlı yaşlı bireylerin katılımıyla gerçekleştirilmiş olan çalışmada eşi ile birlikte yaşayan ve yalnız yaşayan sık ziyaretleri yapılan yaşlılarda, çocuklarının yanında yaşayanlara göre depresyon görülme oranlarının düşük bulunduğu, yalnız yaşamanın depresyon için risk oluşturmadığı belirtilmiştir. Kocataş, vd. (2004) tarafından yapılan çalışmada yaşlılarda, ailenin kolay ulaşılabilir sosyal destek sistemlerinden biri olduğu ve sosyal ilişkinin birçok risk etkenlerinin zararlı etkisine karşı engelleyici ya da hastalıklarla mücadelede destek sağlayan bir etkiye sahip olduğunu açıklayan çalışmalar olduğu ifade edilmektedir. Uçku, (1990) aile, özellikle yaşlı bireylerin kolay erişebileceği sosyal destek unsurlarından en önemli etken olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmadaki sonuçlar literatür bulgularıyla örtüşmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; hem orta yaşlılar hem de 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için benlik saygısında farklılığı yaratan grup ev ziyaretine hiç kimsenin gelmediği ev ziyaretine hiç kimsenin gitmediği orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri

bireyler olup, ev ziyaretine hiç kimsenin gitmediği orta yaşlıların ve 66 yaş üzerindeki tüm bireylerin benlik saygılarının, ev ziyaretlerine birilerinin geldiği orta yaşlıların ve 66 yaş üzeri tüm bireylerin benlik saygılarına göre daha düşük düzeylerde oldukları saptanmıştır.

Bu çalışmada depresyon düzeyi durumuna bakıldığında sonuçlara göre; 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için geriatrik depresyon düzeyinde farklılığı yaratan gruplar hiç kimsenin ziyaretine gelmediği ve arkadaşlarının ziyaretine geldiği 66 yaş ve üzeri bireyler olup, hiç kimsenin ziyaretine gitmediği 66 yaş ve üzeri bireylerin diğer gruplara göre en yüksek geriatrik depresyon puanına ve arkadaşlarının ziyaretine geldiği 66 yaş ve üzeri bireylerin ise en düşük depresyon puanına sahip olduğu saptanmıştır. Yani; 66 yaş ve üzeri bireylerin ziyaretlerine hiç kimsenin gelmemesi, geriatrik depresyon açısından, onlara kötü gelmekte, bununla birlikte arkadaşlarının ziyaretlerine gelmesi ise onların depresyonlarını neredeyse ortadan kaldırmaktadır. Bu çalışmada RBSÖ ve GDÖ puanları birlikte yorumlandığında; orta yaşta ve 66 yaş ve üzeri bireyler için hiç kimsenin onlara ziyarete gitmemesinin benlik saygılarının azalttığı ve belki de bunun bir etkisi olarak geriatrik depresyon düzeylerinin artmasına neden olan risk faktörü olduğu söylenebilir. Ayrıca geriatrik depresyonu azaltma da, arkadaşların ev ziyaretlerine gelmesi de önemli bir faktördür. Böylece, ev ziyaretine en çok kimlerin geldiği değişkeni olarak alındığında, benlik saygısı değişkeninin geriatrik depresyon değişkenini etkilediği söylenebilir. Sosyal ilişki, birçok risk faktörünün zararlarına karşı engelleyici durumundadır. Hastalıklarla mücadele etmek için destek veren birilerinin var olması önemli etkenlerden olduğu düşünülmektedir.

Yaşlılarda vakit geçirme durumu literatürde incelendiğinde; Gautam, vd. (2007) tarafından yapılan çalışmada erkeklerde radyo dinleme, televizyon izleme, fiziksel aktiviteye iştirakın, kadınlarda ise televizyon izleme ve radyo dinlemenin düşük depresyon oranı ile bağlantılı bulunduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ülkemizde de yaşlı erkekler günün büyük bir bölümünü boş vakit aktiviteleri (kahvehane vb. ortamlara gitme gibi) faaliyetlerde bulunarak ve arkadaşları ile birlikte, kadınlar evde bulunan çocuklarına bakım vererek ve

torunlarıyla ilgilenerak geçirmektedirler. Literatürdeki bu çalışmayla bizim bulgularımızın sonuçları örtüştüğü düşünölmektedir. Elde edilen istatistiksel sonuçlar genel olarak ele alındığında; vakit geçirme durumu değışkenlerinin benlik saygısı ve depresyon düzeyini etkilediğini benlik saygısı ve geriatric depresyonu en çok etkileyen değışkenin düzenli olarak internete girip gazete ve kitap okuyup okumama olduğu söylenebilir. Düzenli olarak internette gazete ve kitap okumak, hem orta yaşlı hem de yaşlıların benlik saygılarını artırmakta ve dolayısı ile geriatric depresyonlarını büyük ölçüde azaltmaktadır. İkinci önemli değışkenin ise genel olarak evde tek başına olup olmama olduğu söylenebilir. Genel olarak evde tek başına olmayanların, evde tek başına zaman geçirenlere göre, benlik saygılarının daha yüksek ve geriatric depresyon düzeylerinin ise daha düşük olduğu görölmüştür. Bununla birlikte; düzenli olarak kafeteryada tavlâ ve okey oynamak sadece benlik saygısını artırmakta, geriatric depresyonu ise azaltmamaktadır. Benzer olarak; düzenli olarak gezerek yürüyüş yapmak ise, sadece geriatric depresyonu azaltmakta, fakat benlik saygısını artırmamaktadır. Ayrıca, sık sık sohbet etmenin sadece bireyin benlik saygısının artmasını, düzenli olarak dini ibadetleri yerine getirmenin ise sadece geriatric depresyonun azalmasına faydası vardır. Vakit geçirme durumu ile ilgili özelliklerin yaklaşık tamamı orta yaşlı ve 66 yaş üzeri tüm bireyler üzerinde etkili olup, direkt olarak yaşlıları etkileyen tek değışkenin düzenli olarak internete girerek gazete kitap okuyup, okumama değışkenidir. Düzenli olarak internete girip, gazete ve kitap okuyan yaşlıların benlik saygılarının yüksek ve geriatric depresyonlarının düşük seviyede olduğu söylenebilir. Bu bulgular kapsamında en çok internete girerek ve gazete, kitap okuyarak sonrasında ise televizyon izleme, komşu ve arkadaşlarıyla beraber olma, bahçe işleri gibi aktiviteler yapmaktan zevk almaktadırlar.

Bu araştırmanın değışkenlerinden olan sosyal aktivitelere katılma düzeyinin benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkileri literatürde araştırıldığında Yücel vd. (2008)'nin yaptığı bir araştırmada yaşlı bireylerde aktivite yelpazesinin geniş tutulması ile depresyonun azaldığı gösterilmiştir. Yücel, vd. (2008) bireylerin aktivitelere katılımının disiplinli ve sürekli hale getirilmesinin, isteklerin ve şartların yerine getirilmesinde önemli olduğu ifade edilmiştir.

Altuntaş, vd. (2013) tarafından huzurevinde yaşlı bireyler ile yapılan araştırmada huzurevindeki bireylerin depresyonun bulunmamasının günlük aktivitelerinde, bağımsızlıklarından kaynaklandığını destekleyen bulgulara rastlanmıştır. Sosyal aktivite ve sosyal destek türlerinin varlığı ve çeşitliliği yaşlı bireyler için her açıdan olumlu bir durum olduğu düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalar ile çalışmamızın bulguları örtüşmemektedir. Yaşlı bireyler sosyal olarak hem işlevsellik hem de becerilerini devam ettirmektedir. Bu çalışmada yapılan analizler sonucu sosyal aktivite katılma düzeylerinde düşük depresyon ve benlik saygısı bulunması bu bilgiler ile örtüşmektedir.

Araştırmanın değişkenlerinden olan fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili literatür incelendiğinde Bonnefoy, (2001), Van, (1998) yaşlı bireyler ile yapılan çalışmalarda ilerleyen yaşla birlikte fiziksel aktivitede azalmaların olduğu ve yaşlı bireylerin gençlerden daha az fiziksel aktiviteye katılım sağladığı belirtilmektedir. Thongsomboon, (2005) çalışmasında ise yaşlıların yarım fazlasının sosyal etkileşim, egzersiz ile alakalı sağlığı koruyucu davranışlarının iyi seviyede olduğu fakat stres yönetimi ve beslenme ile ilgili davranışlarının orta ya da kötü seviyede bulunduğunu saptanmıştır. Bu araştırmada literatür sonuçlarını destekleyen bulgular elde edilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; farklılığı yaratan grup her gün düzenli terleme ve nefes alımı egzersizi yapan bireyler olup, yaşlı bireylerin her gün yürüyüş yapmasının onların benlik saygılarını artırdığı. Çünkü spor bireyi aktif ve dinç tutarak ona pozitif enerji sağlamaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak sporun benliğe etkileri gözlemlenmekte ve benlik saygılarının da artmasının da etkisi ile geriatik depresyonlarını büyük ölçüde azalttığı (depresyon yok seviyesi) söylenebilir. Benzer durum 66 yaş ve üzeri tüm bireyler için de söylenebilir. Bununla birlikte; orta yaştaki bireylerin her gün düzenli terleme ve nefes alımı egzersizleri yapması, onların benlik düzeylerini artırmamakta, fakat geriatik depresyonlarını büyük ölçüde azaltmaktadır.

Ev dışına çıkma sıklığı değişkeninin literatürde yer alan bulgularında Moore vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada, yaşlılarda yaşamı anlamlandırma aile ve arkadaş ilişkilerinin, sosyal ortamlara katılma ve bağımsız olmanın önemi vurgulanmıştır. Literatür bulguları ile çalışma sonucumuz

örtüşmektedir. Bu araştırmada ev dışına çıkma sıklığı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin hem RBSÖ hem de GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. Bu çalışmada aktivitelere katılma düzeyi değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; ev dışına çıkma sıklığı değişkeninin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisi, yukarıda anlatılan sosyal aktivite düzeyinin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisine çok benzer olarak, orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin ev dışına çıkma sıklığı azaldıkça benlik saygıları da yeterli benlik saygısı düzeylerinden düşük benlik düzeylerine doğru azalmakta ve dolayısı ile geriatrik depresyon düzeyleri depresyon yok seviyesinden kesin depresyon seviyesine doğru artmakta olduğu söylenebilir.

Kronik hastalık değişkeni etkeni ise benlik saygısına anlamlı etkisi olan değişkenlerin arasındadır. Kronik hastalığın varlığı ya da yokluğu ve sayısı kişiyi önemli derecede etkilemekte ve fizyoloji mutlaka bir gün psikolojiyi etkilemektedir. Çınar ve Kartal'ın (2008: 401-403) yaptığı çalışmada kronik hastalık ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını açıklamışlardır. Kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişki alanında yapılan diğer çalışmalarda farklı bulgular ortaya çıkmıştır. Maral vd. (2001) yaptığı çalışma ile Altay vd. (2009) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara göre depresyon görülme olasılığının yüksek olduğu bulunmuş, kronik hastalıkların ortaya çıkardığı depresif tablolar, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyerek hastalığın etkilerini daha da artırmaktadır. Çifçili vd. (2006) yaptığı çalışmada ise kronik hastalık varlığı ile depresyon riski arasında bir ilişki saptanmamış ve kronik hastalığa sahip huzurevinde kalan yaşlılarda kronik hastalığa sahip evde kalan yaşlılar arasında depresyon sıklığı bakımından önemli farklılık bulunmuştur. Yaşlıların bir ay içinde kullandıkları ilaç sayıları değerlendirildiğinden de, grubun %52.0'nin üçten fazla ilaç kullandıkları bulgusuna rastlanmıştır. Aslan, (2005), Kutsal (2006), Birikke (2006) ve arkadaşları ve Diker, (2010) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda, yaşlıların üç ilahtan fazla ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. World Health Organization and International Federation of Medical Students Associations,

(2019) Japonya'da ki çalışmada 65 yaş üstü yaşlıların %61'inin devamlı ilaç kullandıkları gözlemlenmiştir. Bu çalışmada ki bulguların sonucuna göre; Çorum'daki 66 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık sayısının merkezi eğilimi 1 adet olmak üzere, yaşlıların orta yaşlılara göre daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu söylenebilir. 3'den daha fazla kronik hastalığa sahip olmanın, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısını azaltan ve geriatrik depresyon düzeylerini artıran önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Ayrıca çok sayıda ilaç kullanmanın, orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin benlik saygısını artıran ve az sayıda ilaç kullanmanın ise, orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin geriatrik depresyon düzeylerini azaltan etkilere sahip oldukları önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Tüm bu sonuçlar literatür bulgularıyla örtüşmekte ve fizyolojik iyilik durumunun psikolojik iyilik hali ile beraber olduğunu diğer literatür çalışmaları ile desteklenmektedir.

Alkol ve sigara kullanma durumu değişkeninin etki faktörlerinin literatürdeki örneklerine bakıldığında Ertan, (2008) yapılan bir araştırmada, alkol kullanımının beyaz ırkta daha sık rastlanıldığına ve ağır içiciliğin ise erkeklerde kadınlara oranla 4-5 kez daha sık olduğu görülmüştür. Fleming vd. (1999) tarafından yapılan çalışmada alkol kullanımının yaşlı bireylerde sık görüldüğü ve depresyon, ilaç etkileşimi, hipertansiyon diyabet ve yaşanan kazalar yüzünden acil servis müracaatlarının artmasına neden olduğu açıklanmaktadır. Karaman vd. (2009) tarafından yapılan çalışmada alkol kullanan yaşlılarda depresyon ve hafıza sorunları gibi olumsuzluklar gözlemlenmektedir. 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan bir araştırmada alkol kullananların depresyon düzeyinin %73 yüksek olduğu bulunmuştur. Blow, vd. (2002), Borges vd. (2014) fiziksel (kadınların erkeklerden daha uzun yaşaması), sosyal (kadınların erkeklerden daha uzun süre yalnız kalması) ve psikolojik (kadınların bağımsızlığının erkeklerden daha az olması) nedenlerle yaşlı kadınlarda da alkol tüketimi ve alkolün kötüye kullanımı sıklıkla görülmektedir. Yapılan bir araştırmada, yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının sık görüldüğü belirlenmiştir. Hajjar, vd. (2007) çoklu ilaç alımının sağlık durumunu kötü etkilemesi, düşme sayısının fazlalaşması (4 ve üzeri ilaç alanlarda) gibi durumlar ile depresyon, anemi, astım, hipertansiyon, anjina,

gut, osteoartrit ve diyabet gibi hastalıklar ile sık karşılaşılmamasına sebep olduğu açıklanmıştır. Aynı araştırmada çoklu ilaç alımının yaşlılık evresinde yaşanan sendromlarda artış yarattığını; yaşlılarda hastalık ve ölüm oranını yükselttiği ve yaşam kalitesini olumsuzlaştırdığı ifade edilmiştir. Berges, vd. (2007) 65 yaş ve üstü kişilerde sigara kullanım sonucu gözlemlenen ölümlerin kullanmayanlara oranla iki kat daha fazla olduğu açıklanmıştır. Bu üçlü literatürde her zaman olumsuz duygu durumları ile birlikte yer alan etkenlerdendir. Bu 'Olumsuz üçlü' nün benlik saygısını azaltıp, depresyonu arttırmakta olduğu görülmektedir. Bu çalışmada sigara kullanma durumu ve içki kullanma durumu değişkenlerine göre orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ ve GDÖ puanlarının istatistiksel sonuçları incelendiğinde; karşılaştırma yapabilme adına yeterli sayıda içki kullanan katılımcıya ulaşılamamış, bu nedenle sadece sigara kullanan katılımcıların sonuçları saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; sigara kullanan orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin, sigara kullanmayanlara göre daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir. Bireyin psikolojine ani yıkıcı etkileri olan alkol, sigara ve ilaç kullanımı araştırmamızda benlik saygısı etkisi gözlemlenmektedir. Bu çalışmadaki bulgular, literatür çalışmaları ile eşleşmemektedir.

Bu çalışmada bir başka değişken olan düzenli ilaç kullanım durum sayısı değişkeninin orta yaşlı, yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin GDÖ puanlarının hiç birini istatistiksel olarak etkilemediği ve orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilediği görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; sigara kullanan orta yaşlı ve 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin, sigara kullanmayanlara göre daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir. Bunun nedeni sahip oldukları sosyal çevrenin bu durumu destekler niteliğe sahip olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada yürümeye yardımcı araç değişkeninin RBSÖ veya GDÖ'ne etkilerine literatürde bakıldığında Günay, (1990) yaptığı çalışma sonuçları da bu çalışma ile benzerlik göstermekte olup yaşlıların %69.7'sinde görme, %53.2'sinde yürüme sorunu olduğu saptanmıştır. Özürlülük durumu da genel

olarak yaşam kalitesini düşüren bir etken olarak bilinmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bu sonuca göre; Çorumdaki 66 yaş ve üstü bireylerin büyük çoğunluğu yürümeye yardımcı herhangi bir araç kullanmamak üzere, yaşlıların orta yaşlılara göre daha büyük oranda baston kullandığı söylenebilir. 66 yaş ve üzeri tüm bireylerin RBSÖ puanlarını istatistiksel olarak etkilediği görülmekte olup; baston kullanan 66 yaş ve üzeri bireylerin, yürümeye yardımcı hiç bir araç kullanmayanlara göre, daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip olduğu söylenebilir. Bu çalışmada çıkan bulgularda yaşlıların fiziksel aktivitelerinin kısıtlılığıyla birlikte ortaya çıktığı düşünülmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çorumdaki orta yaşlı ve yaşlı bireylerin RBSÖ puanlarının ve GDÖ puanlarının frekans dağılımları aynı olacak şekilde; Çorumdaki 393 orta yaşlı, yaşlılar ve tüm 66 yaş üzeri grupların her biri için; bireylerin büyük çoğunlunun yeterli benlik saygısına, ikinci en büyük çoğunluğunun yüksek benlik saygısına ve en düşük oranlarda ise düşük benlik saygısına sahip oldukları görülmektedir. Benzer biçimde; orta yaşlılar, yaşlılar ve 66 yaş üzeri grupların her biri için; bireylerin büyük çoğunlunun depresyon yok seviyesine, ikinci en büyük çoğunluğunun kesin depresyon seviyesine ve en düşük oranlarda ise olası depresyon seviyesine sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca araştırmamızda demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanlarına istatistiksel anlamlılık seviyesinde etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, medeni durum ve sosyal güvence değişkenlerinin orta yaş, yaşlı ve tüm bireylerin RMSÖ ve GDÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, diğer demografik özelliklerin RBSÖ ve GDÖ puanları üzerinde istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkilere sahip oldukları belirlenmiş olup, bu etkilere ait bulgular sırası ile sunulmuştur.

Sonuç olarak bu çalışma Çorum ilinde, orta yaş ve yaşlı bireylerdeki benlik saygısı ile depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve benlik saygısı ile depresyon ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Literatürde yapılan bütüncül açıdan baktığımızda benlik saygısı ile depresyon

düzeylerinin ayrı ayrı ve birlikte incelenmesi sonucunda, aralarında ilişki olduğu gözlemlenmektedir. Benlik saygısı psikolojik iyilik hali için önemli etmenler arasındadır. Yapılan korelasyon analizi neticesinde bulunan değerler literatürdeki çalışmaları ile uyum göstermektedir. Depresyon düzeyi artarken benlik saygısı düşmektedir; depresyon düzeyi düşerken benlik saygısı yükselmektedir. Buna ek olarak benlik saygısı ve depresyon arasında ters orantılı ilişki saptanmıştır. Genel anlamda benlik saygısını olumlu duyguları çoğalttığını ve olumsuz duyguları eksilttiği görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda bulunan demografik, sosyal yaşam ve sağlık ile ilgili birçok bağımsız değişkenin RBSÖ ve GDÖ puanlarına etkisi olup olmadığı ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu incelemede, çok sayıda demografik, sosyal ve sağlık ile ilgili faktörün aynı grubun hem benlik saygısında hem de geriatrik depresyonda farklılık yaratacak şekilde, benlik saygısı ile geriatrik depresyonun her ikisini birden istatistiksel anlamlılık seviyelerinde etkiledikleri görülmüştür. Herhangi bir bağımsız değişkenin hem RBSÖ hem de GDÖ puanlarına etkisi varsa, bu etkinin her zaman benlik saygısı arttıkça geriatrik depresyonun azalması şeklinde olduğu görülmüştür. Böylece; genel olarak benlik saygısı değişkeni ile geriatrik depresyon arasında negatif bir korelasyon olduğu ortaya konulmuştur.

6.2. Öneriler

Yaşlı bireylerin sosyoekonomik durumları göz önünde bulundurularak ülke çapında düzenlemeler yapılması ve bu bireylerin yaşam şartlarının iyileştirilmesi dolayısıyla motivasyonlarının yükseltilmesi,

Yaşlılarda bedensel ve ruhsal sağlığın kontrolü için rutin taramaların gerçekleştirilerek, ruh sağlığının korunması kendilerini olumlu algılayacakları ve olumlu değer yüklemelerini sağlayacak sosyal çevre ve aktivitelere yönlendirmede bulunulması,

Geriatri hastanelerinin ve polikliniklerinin sayısının fazlalaştırılması ve bu dönemde oluşabilecek fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında bilgilendirme yapılması,

Yaşlıların, yetişkinlik döneminden itibaren yaşlılığa hazırlanmaları için eğitim programlarının düzenlenmesi,

Geriatrik toplumu oluşturan kişiler için yoksunluk, yalnızlık ve yetersizlik duygularından uzaklaştırmaya yönelik sosyal aktivite içerikli programların planlanması ve uygulanması,

Yaşlı bireylerin genelde evde yakınları ile yaşamlarını sürdürdüğü düşünüldüğünde, yaşlı bireyin ruh sağlığı için, yaşlı ile yaşayan aile fertlerini bilgilendirerek duyarlı duruma getirilmelerini destekleyen eğitimler düzenlenmesi,

Yaşlı kişilerin, benlik saygısı düzeyinin artırılması için depresyon ile aralarındaki ilişkiyi ve etkisini ortaya çıkaran daha fazla araştırmalar yapılması,

Sosyal sorumluluk projelerinin sayısının artırılarak, yaşlı bireylerin bu proje kapsamında el becerisi gerektiren ve sanatsal aktivitelere katılımlarının sağlanması,

Kitap, gazete ve dergi gibi okuma faaliyetlerini ücretsiz gerçekleştirebilecekleri alanlar ve faaliyetlerin tasarlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acet, M. (2015). *Yaşlılık ile birlikte organizmada meydana gelen değişimler ve yaşlılık egzersiz ilişkisi*. Dumlupınar Üniversitesi: Sosyal Bilimler Dergisi (2) : 301-314.
- Ağırman, E., Gençer, M. Z., Arıca, S., Kaya, E., Eğici, M.T. (2017). *Huzurevinde, Evde Ailesiyle ve Yalnız Yaşayan Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yalnızlık Hissi Düzeylerinin Karşılaştırılması*. J Contemp Med. 7(3): 234-240
- Ahad, E.Y. (2016). *Yaşlıların, Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyon İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı.
- Akçay, C. (2011). *Yaşlılık Kavramlar ve Kuramlar*. Kriter Yayınevi.
- Akçay, G. (1989). *Ergen Kız ve Yetişkin Kadınlarda Bilişsel ve Algısal Açından Depresyonun Karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Akçay, R. C. (2013). *Yaşlılık kavramlar, kuramlar ve yaşlılığa hazırlık*. İstanbul: Kriter.
- Akdemir, N. (2003). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (Editörler), Akdemir, N., Birol, L. 1.Baskı, İstanbul : Ekin Tıbbi Yayıncılık.
- Akdemir, N., Görgülü, F. İ. (2008). *Yaşlı İstismarı ve İhtimali*. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 4(2), 68-75.
- Akdemir, N., Görgülü, Ü. (2007). *Yaşlılığın Algılanması ve Yaşlı Ayrımcılığı*. Turkish Journal Of Geriatrics, 10(4):215-222.
- Aksüllü, N. (2001). *Kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bil. Enst., Sivas.
- Aksüllü, N. Doğan, S. (2004). *Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki*. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 5: 76-84, Balat
- Akyüz, Z. (2010). *Gençlerde Benlik Saygısı ve Tanrı Tasavvuru*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Alexopoulos, G.S. (2000). *Mood disorders*. I comprehensive Textbook Of Psychiatry, Saddock , B.J., Saddock,V.A., Lippicott, Philadelphia Williams-Wilkins, 3060-3067.

- Alexopoulos, GS. et al. Platelet, MAO. (1987). *activity in geriatric patients with depression and demectia. The American Journal of psychiatry.* 144: 1480-1483.
- Alpay, A. (2009). *Yakın İlişkilerde Bağışlama; Bağışlamanın; Bağlanma, Benlik Saygısı, Empati ve Kıskançlık Değişkenleri Yönünden İncelenmesi'* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, SBE). s.46
- Alper, Y. (1999). *Bütün Yönleriyle Depresyon.* Gendaş A.Ş İstanbul.
- Alper, Y. (2001). 1. Baskı *Depresyon Psikoterapisi.* İstanbul: Alfa Basım.
- Altay, B., Avcı, A.İ. (2009). *Samsun Huzurevinde Yaşanan Yaşlıların Bazı Özellikleri ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki.* Turkish Journal of Geriatrics, 12(3), 147-155.
- Altıparmak, S. (2009). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler.* Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23(3), 159-164.
- Altuk, B. (2011). *Yaşlılıkta Bilişsel İşlevler,Empatik Eğilimler ve Depresyon Belirtileri.* Ankara
- Altuntaş, O., Uyanık, M., Kayıhan, H. (2013). *Huzurevi sakinlerinde aktivite ve katılımın incelenmesi.*
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statical Manuel Of Mental Disorders.* 4th ed. Text Revision, Washington DC: American Psychiatric Assoesation.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı.* 4. Baskı. (DSM 5) (Çev. ed: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amuk, T., Oğuzhanoğlu, N.K. (2003). *Yaşlanma ve Depresyon.* Anadolu Psikiyatri Dergisi 4:113-121.
- Arieti, S. (1978) *A pyschotherapeutic approach to severely depressed patients,* Am J Psychother 1978; (32):33-47
- Arkar, H. (1992). *Beck'in depresyon modeli bilişsel terpisi.* Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 5(1-3):37 ek-40.
- Arslan, G.G., (2013). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* Gümüşhane University Journal of Health sciences;2(1), s.5.
- Atkinson, R. (1990). *Psikolojiye Giriş.* İstanbul.

- Avok A. (1995). *Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Öğrencilerin İnsan Doğası ve Depresyon Düzeyi Bağlantıları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir; Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Ayverdi, M. (1990). *Erken Ergenlik Dönemi Ergenlerinin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Bazı Dış Etmenler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Bacanlı, H. (1997). *Sosyal İlişkilerde Benlik Kendini Ayalamanın Psikolojisi*, Birinci Baskı, İstanbul, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, s.6.
- Bahar, A. (2005). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005). *Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6: 227 -239.
- Balcıoğlu, İ. (1999). *Etyopatogenezi*. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 19-28.
- Bauman, Z. (1992). *Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri*, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, s.32.
- Beğer, T. Yavuzer, H. (2012). *Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi*. Klinik gelişim 25(3), 1-3.
- Bekaroğlu, M., Uluutku, N., Tanrıöver, S., Kırpınar, I. (1991). *Depression in an elderly population in Turkey*. Acta Psychiatr Scand. 84(2): 174-178.
- Belek, İ. (1999). *Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler*. Türk Psikiyatri Dergisi. 10(3):163-172.
- Bengtson, V.L. (1997). *Theory, Explanation and a Third Generation of Theoretical Development in social sciences*. The Journals of Gerontology, Vol.52B, No,2, s.72-88.
- Benise, M., Wooa, J., Bowling, A., Wong, F., Chaua, P.H. (2011). *Health care prioritization in ageing societies: Influence of age, education, health literacy and culture*. Health Policy, 100: 219-233.
- Berges, B.M., Augusto, J.M. (2007). *Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 163-71.

- Bilir, N. (2008). *Yaşlanan Toplum Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam*. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM). www.gebam.hacettepe.edu.tr Ankara.
- Bilir, N., Paksoy, N. (2007). *Temel Geriatri*, Kutsal, G.Y., Aslan, D., (Edt). *Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi*, s.87-93. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Billig, N. (2000). *Üçüncü Baar Yaşlılık ve Bilgelik.* (Çev., Gültekin, B.. Evrim Yayınları:101, Psikoloji Dizisi: 8, İstanbul.
- Bingöl, C. (2015). *Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Fenomonolojik Özellikler, Bilişsel İşlevler ve Homosistein İle İlişkisi*. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilimdalı, 2015, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).
- Büyüm, N. (1993). *Medicana*. Genel Sağlık Ansiklopedisi, Cilt 11, Ana yayıncılık. İstanbul
- Bingöl, G., Demir, A., vd. (2010). *Bazı Değişkenler Açısından 65 Yaş Üstü Bireylerin DepresyonDüzeylerinin İncelenmesi*. Göztepe Tıp Dergisi, 25(4):169-176,s.170-175.
- Bisschop, Ml., et al. (2004). *The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in community: the kongitudinal Aging Study Amsterdam*, Journal of Clinical Epidemiology. 57(2): 187-194.
- Blackburn, I.M. (1993). *Depresyon ve başa çıkma yolları*. (Çev: N.H. Şahin ve R.N. Rugancı). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Blackburn, M. (1996). *Depresyon ve başa çıkma yolları*. (Şahin M.K., Ruyancı R.N. Çev). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Blow, F.C., Barry, K.L. (2002). *Use and misuse of alcohol among older women*. *Alcohol Research & Health*, 26(4), 308-15.
- Bonnefoy, M. (2001). *Physical activity and aging*. Rev Mal Respir 2001; 18: 41-2. 18.
- Borges, G.L.G., Meléndez, M.Á.M., Brambila. M.Á.L., Pacheco, J.Á.G., Velasco-Ángeles, L.R., Silva, M.A.B., Corchado, P.E.V., Medina-Mora, M.E., Solís, R.C. (2014). *Prevalence and associated factors of use of tobacco, alcohol and drugs in a population sample of elderly individuals from Mexico City*. Salud Mental, 37, 15-25.
- Boyacıoğlu, G. (1994). *Üniversite Öğrencilerinde Kişilerarası Şemalar ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkiler*. Klinik Psikoloji Programı Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

- Bozdemir, N., Karakuş, G., Kurdak, H. (2017). *Türkiyede ve Dünyada Erişkin Depresyon Epidemiyolojisi*. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 8.1: 1-6.
- Burhanettin Kaya, B. (1999). *Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme*. Geriatri Dergisi 2(2):76- 82, s.78.
- Canatan, A. (2008). *Sosyal Yönleriyle Yaşlılık*. Palme Yayıncılık, 1. Baskı
- Canatan, A. (2013). *Yaşlılar ve Toplum Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi ve Psikolojisi*. Açılım Kitap, 2.Baskı, İstanbul.
- Carrel, A. (1959). *Bilinmeyen İnsan*. Nasuhi Baydar (Çevirmen), Üçüncü Baskı, Semih Lütfi Kitapevi, s.9.
- Cengiz, B., Uluç, S. (2007). *Temel Geriatri*, Kutsal, G.Y., Aslan, D. (Edt). *Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler*. Güneş Tıp Kitapevler: Ankara.
- Certel, H. (2003). *Din Psikolojisi*. Ankara: Andaç Yayınları.
- Ceviz, F.H. (2009). *Orta Yaş ve Yaşlılıkta Dindarlık, Mistik Tecrübe ve Benlik Saygısı*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, SBE), s.31
- Ceylan, H. (2015). *Türkiye’de Yaşlıların Yaşam Durumları*. s.35.
- Challege, F. (1965). *Freud ve Freud Doktrini*. Halis Özgü (çev), İstanbul Özgü Yayınevi, s.37
- Clarke, DM., Mckenzie, D.P. (2003). *An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questiannaire as a screening instrument for common mental disoidersin primary care*. Aust N Z J Psychiatry. 37: 236-239.
- Clay, D.L., Anderson, W.P., Dixon, W.A. (1993). *Relationship Between Anger Expression And Stres In Predictig Depression*. Journal of Counseling And Development. 72, 91-94.
- Coleman, J., Hendry, L. (1990). *The Nature of Adolescence*. Second Edition, London: Routledge, 47.
- Copeland, J.R.M., Dewey, PA. (1992). *Yaşlılarda depresyon*. (Cev: Kaplan, İ.). Türk Psikiyatri Dergisi; 3(1): 3-7.
- Coşkun, Ö. (2012). *Birinci Basamakta Yaşlılarda Akıcı İlaç Kullanımı*. Türkiye Klinikleri Yaşlı Sağlığı Özel Sayısı 3.(6):83-86.
- Cox, H.G. (2001). *Later Life: The Realities of Aging* (6th Edition) Prentice Hall.

- Cüceloğlu, D. (2015). *İnsan ve davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çetin A. (2008). *Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ile Depresyon*. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,
- Çetin, M., Gül, S., vd., (2019). *Yaşlılık, Yaşlanmanın Biyolojisi ve Psikolojisi*. http://www.tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/abstract_6459.html (Erişim:09.05.2019).
- Çınar, İ. Ö., ve Kartal, A. (2008). *Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ilişkisi*. TAF Preventive Medicine Bulletin: 7(5): 399-404.
- Çifçili, S., Yazgan, Ç., (2006). *Ünalan p. Bir Huzurevinde Depresyon Taraması Sonuçları*. Turkish Journal of Geriatrics; 9 (3): 122-5.
- Çok, F. (1993). *Gelişim psikolojisi kuramlar, yöntemler ve yaşamın ilk yılları*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 26 (2), 641-670.
- Çuhadar, D., Sertbaş, G., Tutkun, H. (2006). *Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Anatolian Journal Of Psychiatry(7):232-239.
- Çuhadaroğlu, F. (1985). *Gençlerde benlik saygısı ile ilgili bir araştırma*. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda benlik saygısı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Psikiyatri AD, Ankara.
- Dağ, İ., Davison, G.C. ve Neale, J.M. (2004). *Anormal psikolojisi: (Abnormal psychology)*. Türk Psikologlar Derneği yayınları.
- David, Knox, D. (2000). *Understanding Social Problems*. Paperback Edition from Wadsworth Publishing, 2000,s.10
- Demet, M.M., Taşkın, O.E., Deniz, F., Karaca, N., İçelli, İ. (2002). *Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri*. Türk Psikiyatri Dergisi. 13: 290-299.
- Dilbaz, N., Seber G. (1993). *Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve İntihar Önemi*. Kriz Dergisi,1(3);134-138,s.135.
- Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Başak, O., Gürel, E.F., Tekin, N. (2005). *Birinci basmakta geriatrik yaş grubunda depresyon*. Türk Geriatri Dergisi; 8: 129 -133.
- Doğan, O. (1995). *Depresyon etiyolojisi, depresyon*. (Ed: M. Bekaroğlu). Trabzon: İnkılap Matbaacılık.

- Doğan, T., Eryılmaz, A. (2013). *İki Boyutlu Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33(1), 107-117.
- DSM-V-TR, (2013). *Tanı Ölçütleri*. Hekimler Yayın Birliği. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara, s.91-92-93.
- Duyar, İ. (2008). *Geriatri*, Bölüm 1 : *Gerantolojinin Temelleri*. Eds: Mas R., Işık A.T., Karan M.A., Beğer, T., Akman, Ş., Ünal, T. Ankara: TGV ; s. 9-19.
- Eker, E., Noyan, A. (2004). *Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi*. Klinik Psikiyatri. 2: 75-83.
- Epstein, (1973). *The Self Concept Revisited or A Theory of A Theory*. American Psychologist. s.404, Aktaran : Hasan Bacanlı, a.g.e. , s.9.
- Er, D. (2009). *Psikososyal Açıdan Yaşlılık*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 4 (11): 131-144.
- Eric F., (1993). *Çağımızda Kişilik Sorunu* , Yasemin Kalaycıoğlu (çeviren), Birinci Baskı, İstanbul, Düşünen Adam Yayınları, 1993, s.36
- Eriksen, T.H. (2009). *Küçük Yerler Derin Mevzular*. Avesta Yayınları. 1. Baskı İstanbul.
- Erikson, H. E., Erikson, J.M., Kıvnick, Q.H. (1986). *Vital Involvement in Old Age*. NORTON, New York, s.269.
- Erol, N., Kılç, C., Ulusoy, M. ve Ark. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ertan, T., Güngen C., Eker E., Yaflar R., Engin F. (2002). *Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi; 273-282.
- Ertan, T, (2008). *Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 62, 25-30.
- Eşer, H. (2005). *Üniversite Öğrencilerine Dini İnanç ve Benlik Saygısı İlişkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, SBE).
- Fadıloğlu, Ç. (2006). *İleri Geriatri Hemşireliği*, Fadıloğlu Ç. (Editör), İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 14-33.
- Fava, M., Kendler, K.S. (2000). *Major Depressive disorder*. Neuron; 28(2): 335-41.

- Fiske, A., Wetherell, J.L., vd. (2009). *Depression in Older Adults*. *Annu Rev Clin Psychol*, (5);363-389,s.364-365
- Fleming, M.F., Manwell, L.B., Barry, K.L., Adams, W., Stauffacher, E.A. (1999). *Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial*. *The Journal of Family Practice*, 48(5), 378-84.
- Frazio, S. L. (2003). *Social Psychology*. McGraw-Hill Education. Marquette Üniversitesi. s.53.
- Galletly, C., Clark, A., Tomlinson, L. (1996). *A Group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health*. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 17:125-8.
- Garcia-Pena C, Wagner F.A., Sanchez-Garcia, S., Juarez-Cedillo, T., Espinel-Bermúdez, C., Garcia-Gonzalez, J.J., Gallegos-Carrillo, K., Franco-Marina, F., Gallo, J.J., (2008). *Depressive Symptoms Among Older Adults*. *Journal Of General Internal Medicine*. 23 (12): 1973-80.
- Gautam, R., Saito, T., Kai, I. (2007). *Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal*. *BMC Public Health*. 7: 299.
- Gençtan, E. (1984). *İnsan Olmak*. 1. Baskı, İstanbul, Adem Yayıncılık, s.7.
- Gerontological Society of America, (1993-2003). *The Journals of Gerontology*. Vol. 58b, Iss. 5. pg. 281-294.
- Giddens, A. (2008). *Toplumsallaşma Yaşam Akışı ve Yaşlanma*. İstanbul: Kırmızı.
- Gökler, I. ve Aydın, G. (2011). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Algılarının Yordanmasın da Sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin Rolü*. *Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 12(1), 69-91.
- Görüş G. (Ed). (1995). *Bireyden Toplum Ruh Sağlığı*. İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım. s.42
- Gunhild, O.H., Bernice, L. N., (1985). *Age and The Life Course*. In R. H. Binstock and E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold Co., s.257.
- Güleç, C., Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB yayınevi, cilt2: 1282.

- Güler, G. (1997). *Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık*. Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S. (Editörler). Geriatri 1. Ankara : Hakemler Yayın Birliği 1997; 50-60.
- Günay, O., Öztürk, Y. (1990). *Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların mediko sosyal sorunları*. Sağlık Dergisi (Sağlık Bakanlığı); 62(1):13-8.
- Hablemitoğlu, Ş. ve Özmete, E. (2010). *Yaşlı refahı - Yaşlılar için sosyal hizmet*. Ankara: Kilit Yayınları.
- Hajjar, E.R., Cafiero, A.C., Hanlon, J.T. (2007). *Polypharmacy in elderly patients*. The American Journal of Geriatric Pharmacotherap, 5(4), 345-51.
- Hogg, M., A., Vaughan, Graham, M. (2007). *Sosyal Psikoloji, Çevirenler: İbrahim Yıldız, Aydın Gelmez, Ankara, Ütopya Yayınları (Hogg a.g.e. s.149)*
- Hooyman, R.N., Kiyak, H. A., (2002). *Social Gerontology: Multidisciplinary Perspective*. Boston: A PEARSON EDUCATION COMPANY.
- Hua. Y., Wang, B., Wallen, G., Shao, P., Ni, C., Hua, Q. (2015). *Health-Promoting Life styles and Depression in Urban Elderly Chinese*. Plos One 10(3):1-11.
- İkis, M. (2013). *Orta yaş krizi ve din ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- İlhan, T. (2015). *Orta Yetişkinlik döneminde psikososyal ve bilişsel gelişim, yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi*. 3. Baskı , (Ed. Hasan Bacanlı ve Şerife Işık Teri), İstanbul; Açılım Kitap.
- Jiang, J., Tang, Z., Futatsuka, M., Zhang, K. (2004). *Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability. A chart study of elderly*. Qual Life Res 13(7):1337-1346.
- Joshanloo, M. ve Daemi, F.(2015). *Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran*. International Journal of Psychology, 50(2), 115-120.
- Jung, C. G. (2007). *İnsan ve Sembolleri*. Ali Nihat Babaoğlu (çeviren), Birinci Basım, İstanbul, Okyanus Yayınları, s.161.
- Jung, C.G. (1999). *Keşfedilmemiş Benlik*. Canan ENER sılay (çevirmen) 1.Basım, İstanbul, İlhan Yayınevi, s.75.
- Kabakçı, E. (2001). *Üniversite Öğrencilerinde Sosyotrapik / Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler*. Cilt:12, Sayı:4, ss:273-282.

- Kahraman, C. (2009). *Hospitalize edilen geriatric hastalarda beslenme bozukluğunun kognitif fonksiyonlar, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1-59.
- Kahraman, İ. (2002). *Adolesanlarda Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ile Benlik Saygısındaki İlişki*. Yüksek Lisan Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE, s.6.
- Kalafat, S. (1996). *Depresyon ve Mutlulukta Otomatik Düşüncelerin Rolü* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü eğitim Bilimleri ABD.
- Kalınkara, V. (2011). *Temel Gerantoloji: Yaşlılık Bilimi*. NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK, Ankara.
- Kaner, G. (2009). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Görülen Depresif Bulgular Üzerine Günlük Yaşam Etkinliklerindeki Bağımlılık Düzeyinin Etkisi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kaplan, H.İ., Sadock B.J., (1998) *Synopsis of Psychiatry Behavioral Science & Clinical Psychiatry*. 8. baskı, Mass Publishing, s. 328.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2002). *Pocket Handbook Of Clinical Psychiatry*. 2nd Editon, *Klinik Psikiyatri El Kitabı*, 2. Baskı (Çeviri: Okan ÇALIYURT, Cengiz TUĞLU) Nobel Tıp Kitapevi, 9. Basım, 2002.
- Karadağ, M. (2008). *Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler*. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi.
- Karancı, N., Gençöz, F., Bozo, Ö, (2011). *Psikolojik Sağlığımızı Nasıl Koruruz? Yetişkinlik ve Yaşlılık*. Odtü Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş. Yayıncılık, Ankara, s.94
- Karlsson, M., Nilson, T., Lyttkens, C.H., Leeson, G. (2010) *Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective*. *Social Science&Medicine*. 70(6):875-885.
- Kartal, M., (2012). Yaşlılarda Görme Kaybı. Derleme, Türkiye Klinikleri J Fum Med- Special Topics;3(6):44-48.
- Kassin, S. (1998). *Psychology*. Second Edition. New Jersey: Prentice Hall, 1998: 33.
- Katona, CLE. (1997). *New Antidepressants in the Elderly. Advances in Old Age Psychiatry: chromosomes to community care*. Cttolmes, R Howard (Ed), Petersfield, Wrightsons Biomedical Publishing Ltd. s. 143-160.

- Kaya, B. (1992). *Yaşlılık ve Depresyon Tanı ve Değerlendirme*. Geriatri Dergisi, 2(2):76-82.82, s.78.
- Kaya, B. (1999). *Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme*. Geriatri Dergisi 2(2):76
- Kekovalı, M., Baybek, H., vd. (2002). *Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon İncelenmesi*. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. (7);1,s.7-8.
- Kemal Sayar, K. (2000). *Psikiyatri ve Kültür*. İstanbul.
- Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G.G., Çınar, Ş. (2004). *Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi*. Türk Geriatri Dergisi, 7(1): 45-50.
- Kılıçoğlu, A., Yenilmez, Ç. (2005). *Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi*. Düşünen Adam 2005;18(4):187-95.
- Kılınç, S., Torun, F. (2005). *Türkiye Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri*. Dirim Tıp Gazetesi, 86(1), 39-47.
- Kişilik kurumları, gerçek yaşamdan kişilik analiz örnekleriyle*. (Ed: Doç. Dr. Gençtanırım-Kurt, D. Çetinkaya-Yıldız, E.) ,(2017). 1. Baskı Ankara: Pegem Akademi.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M.,Chevron, E.S., Rounsaville, B.J. (1984). *Interpersonal Therapy*. TB Karasu (ed.). The Psychiatric Therapies. Washington: The Amercan Psychiatric Association, 1984: 387-96
- Kocataş, S., Güler, G., Güler, N. (2004). *60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 7: 11 -18.
- Koç, M. (2002) *Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim*. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 12:287-304.
- Kopdagel, G.(1992). *Yaşlılıkta Psikomatik Hastalıklar*. Nöropsikiyatri, Arşivi, 29(1):3-14
- Korkmaz, M. (1996). *Yetişkin Örneklem İçin BirBenlik Saygısı Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, SBE, İzmir, s.10.
- Köknel, Ö. (1989). *Depresyon ve Ruhsal Çöküntü*. Altın Kitaplar Yayınevi, s.165.
- Köroğlu, E. (1993). *Depresif Durumlar Kliniği, Depresyon Monoğrafları Serisi-1*, Hekimler Yay., Ankara.

- Köroğlu, E. (2016). Klinik Patoloji. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Köylü, M. (2000). *Yetişkin Din Eğitimi Teorik Temelleri*. Birinci Basım, Etüt Yayınları, s.75.
- Kurt, İ. (2000). *Yetişkin Eğitimi*. Birinci Basım, Ankara Nobel Basım Dağıtım, s.121.
- Kuşat, A. (2001). *Eğitim ve Dinin Benlik gelişimi ile İlişkisi*. Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı 11, s.97.
- Kutsal, G.Y., Evigör, S. (2012). Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türkiye Sağlık Raporu s.505-512.
- Laing, R. D. (1993). *Bölünmüş Benlik*. Selçuk Çelik(çeviren). Birinci Baskı, İstanbul Kabalıcı Yayınevi, S.107.
- Leary, M.R. (1999), Making sense of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8(1), 32-35
- Lecrubier, Y. (2001). *The burden of depression and anxiety in general medicine*. *J Clin Psychiatry*. 62 (Suppl 8): 4-9.
- Littauer, F. (2000). *Depresyon Yenmek*. (D. Dizman Çev.) İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Maral, I., vd. (2001). *Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(4);251-259,s.258.
- Mehmedoğlu, A.U. (2004). *Kişilik ve Din*. Birinci Basım, Değerler Eğitim Merkezi Yayınları, s.49.
- Mehmetdoğlu Y. (2001). *Erişkin Bireyin Kedilik Bilinci ve Din Eğitimi*. Birinci Baskı, İstanbul, Rağbet Yayınları, s.9.
- Metin, B. (2016). *Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanma Sorunu: Yaşlanan Toplum ve Aktif Yaşlanma*. Ankara : Gazi Kitapevi.
- Mevsim, V., Yılmaz, O. (2017). *Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Ayırıcı Tanısı*. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topres*. 8.1; 21-28.
- Moh, P.C. (1995). *Brief Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 6.
- Morris, C.G. (1996). *Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş)*. (H.B, Ayraşık ve M. Sayıl Çev.) *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*. No:23.

- Morris, C.G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. Editörler: H.Belgin Ayva ışık, Melike Sayıl, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara. s.392
- Nas, Acar, B. (2010). *Üriner İnkontinansı Olan Yaslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sabire Yurtsever). Mersin.
- Nease, DE. Jr., Malom, JM. (2003). *Depression screenin: a pratical stretgy*. J Fam Pract. 52:118-124
- NIH, concensus conferance. (1992). *Diagnosis And treatment of depression in late life*. JAMA. 268(8): 1018-1024.
- Onur, B. (2006). *Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm*. 7. Basım Ankara: İmge.
- Onur, B. (2011). *Gelişim psikolojisi: yetişkinlik, yaşlılık, ölüm*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Ormel, J., Koeter, Wj., Brink, W., Willige, G. (2002). *Genel Tıpta Anksiyete ve Depresyonun Tedavisi ve Gidişi*. JAMA. 5:1-8.
- Orth, U., Maes, J. , ve Schmitt, M. (2015). *Self-esteem development across the life apan : A lingitudinal study with a large sample from Germany*. Development Psychology 51(2), 248-259.
- Öz, F. (2002). *Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açından Gözden Geçirme*. Kriz Dergisi, 10(2), 17-28.
- Özen, D. (2008). *Huzurevlerinde Yasayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Özlem Isıl). İstanbul.
- Özen, S. (1991). *Birey–Toplum İlişkileri Açısından Ruhsal Sağlık Sorunları*. Ege Üniv. HYO Dergisi 7(2):119-127.
- Özer, G., Ergün U., Bozdemir, N., Uguz, S., Güzel, R., Burgut, R., Saatçi, E, Akpınar, E. (2003). *Adana Huzurevi'nde Yasayan Yaşlılar ile Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi*. Türk Geriatri Dergisi. 6 (3): 89-94.
- Özkan, B., Arguvanlı, S., Erten, Z., Seviğ, Ü. (2013). *14 yaş ve üzeri bireylerin anksiyete ve genel sağlık düzeylerinin belirlenmesi*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1(1):1-9.
- Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E. 1997). *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*. Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara, 1997.

- Özmete, E. (2008). *Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması*. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 10(4): 1-14.
- Özpoyraz, N. (1998). *Duygu Durum Bozuklukları*. Galenos Aylık Tıp Dergisi, (8); 37-46
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, N.A. (2016). 14. Baskı *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.
- Öztürk, O. (2002). *Ruh Sağlığı Bozuklukları*. Ankara Nobel Tıp Kitapevi, 9. Basım.
- Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı Bozuklukları*. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Parmelee, C., Patricia, A., Lawton, M., 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.
- Phyllis, J. M. (2001). *Using the Self-Discovery Tapestry to Explore Occupational Careers*. Journal of Occupational Science, August 2001, Vol 8, No, 2, pp 16-24., <http://www.lifecoursepublishing.com/images/meltzer.pdf> (Erişim tarihi: 05.05.2019)
- Plotnik, R. (2009). 1. Basım *Psikolojiye giriş*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Polat, Ü., Kahraman, B. (2013). *Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. Fırat Tıp Dergisi, 18(4), 213-218.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry eight edition*. Newyork, lippincott Williams and Wilkins, volume two; 3679-3680.
- Sadock, J.B., Sadock, V.A. (2005). *Synopsis of Psychiatry, Ninth Edition*, Lippincott Williams and Wilkins. 174-179.
- Savaşır, İ. ve Yıldız, S. (1996). *Depresyonun Bilişsel-Davranışçı Tedavisi. Bilişsel-Davranışçı Terapiler*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:7.
- Saygılı, G., Kesecioğlu, T., Kırktaş, H. (2015). *Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*; 4 (2):210-217.
- Saygın, Y. (2008). *Üniversite Öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

- Sayı, M., (1997). *İnsan Gelişimi*. Hekimler Birliği Yayınevi, İstanbul, s.26.
- Serby, M., Yu, M. (2003). *Overview, depression in elderly*. Mt Sinai Med J 70(1): 38-44.
- Shulman, Kl. (1989). *Conceptual problems in the assessment of depression in old age*. Pschiatr J Univ Ottawa 14(2): 363-366.
- Sivribaşkara, S. (2003). *Özsaygının farklı değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ankara.
- Softa, H.K. (2014). *Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli Geliştirme*. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Programı, İstanbul.
- Sourun, BM. (2-3 Aralık 1999). *Depresyonun Tanımı ve Epidimiyolojisi*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp eğitimi Etkinlikleri Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu İstanbul, s. 11-17.
- Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M., Çalık, E., Kayalı, D., Yetiş, Ç., Şentürk, E., Kurulay, M., Gülcan, MA. (2007). *İzmirde bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 21(3): 145-153.
- Spitzer, A., Bar, T., Golander, H. (1995). *Social support: How does it really work?* J Adv Nurs., 22: 850-854.
- Şahin, E.M., Yalçın, B.M. (2003). *Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması*. Geriatri 6(1): 10-13.
- Şahin, G. Ş. (2006). *Bireyden Proektif Kişilik Yapısı ile Benlik Sayısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, SBE), S.39.
- Tamam L., Öner, S. (2001). *Yaşlılık Çağı Depresyonları*. Demans Dergisi 1 (2): 50-60.
- Taşar, T.P., Akçiçek, F. (2012). *Yaşlılıkta Fizyolojik Değişimler Türkiye Klinikleri*. J. Fam Med- Special Topics. Derleme;3(6):9-15.
- Tatlıoğlu, K. (2015). *Üniversite Öğrencilerinin Aylık Gelir Ve Harcama Düzeyi Ve Harcama Düzeyi ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Bingöl Üniversitesi Örneği)*. Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi, Nisan, 2019, Cilt 1, Sayı1, 40-41.
- Thea L. U. (2001). *Differing Deference: Social Perceptions of Elderly Canadians*. Department of Sociology and Department of Sociology and Anthropology Carleton University Ottawa, Ontario April 26,

<http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/MQ61008.pdf>
(Erişim tarihi:04.05.2019)

- Thongsomboon, J. (2005). *Health promoting behaviors and quality of life among the elderly in Srisamrong district, Sukhothai province*. A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Public Health Program in Health Systems Development, Chulalongkorn University, College of public Health.
- Tiemeier, H. (2003). *Biological risk factors for late life depression* Eur J. Epidemiol. 18: 745-750.
- Tosun, A.S., Akça, G. (2014). *Konya kent merkezinde sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yaşayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık durumlarını etkileyen faktörler*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 17(4):207-215.
- Trzesniewski, K. H. , Donnellan, M.B. , Maffitt, T.E. ,Robins, R.W. , Poulton, R. , ve Caspi, A. (2006) , *Low Self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospect during adulthood*. Developmental psychology, 42(2),381.
- Tufan, İ. (2003). *Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi*. İstanbul: Anahtar Kitaplar.
- Tufan, İ. (2014). *Türkiye’de Yaşlılığın Yapısal Değişimi*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Turner, R. Jay., Taylor J., vd. (2004). *Personal Resurces and Depression in the Transition to Adulthood: Ethnic Comparisons*, Journal of Health and Social Behavior, 45(1);34-52,s.35-42
- Türk Dil Kurumu. (1969). *Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü*. Web: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategori=terim&hng=md&kelime=tan%C4%B1m, Erişim: 09.04.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (2013). *İstatistiklerle Yaşlılar*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>. Yay. tar. 1 Nisan 2018.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2017). *Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları*. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. 01.Nisan 2018.
- Uçku, R. (1990). *Yaşlıların mediko- sosyal sorunları üzerine bir inceleme*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., İzmir.
- Uluşahin, A. (2003). *Depresyona Genel Yaklaşım*. İç hastalıkları dergisi, (10):2-079-088.

- Uyanık, Y. (2017). *Yaşlılık, Yaşlanan Nüfus ve Sosyal Politika*. İş ve Hayat Dergisi, S:5, 71.
- Üstün, T.B., Von, Korff. M. (1995). *Primary mental health services: Access and provision of care*. In: Üstün İB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chishester: John Wiley. Sons, 347-60.
- Van den berg, M.D., et al. (2001). *Depression in later life: Three etiologically different subgroups*, *Journal of Affective Disorders*. (65) 1: 19-26.
- Van H.M.J.K., Kempen, J.M., Ormel, J.(1998). *Physical fitness related to age and physical activity in older persons*. *Med Sci Sports Exerc* 30: 434-41. 19.
- Varma, G.S., Oğuzhanoğlu, N. K., vd. (2008). *Huzurevinde Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve İlişki Risk Etmenleri*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (11);25-32,s.26-31.
- Vatan, S., Gençöz, T. (2007). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresif Duygu Yakınmaları, Umutsuzluk Düzeyleri ve Ölüm Kaygıları ile İlişkili Özellikler*. *Kriz Dergisi*, 15(2), 49-61.
- World Health Organization and International Federation of Medical Students' Associations. *Global survey on geriatrics in the medical curriculum*. http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf. Erişim tarihi: Ekim 2019
- Yapıcı, A., Kayıklık, H. (2005). *Ruh sağlığı bağlamında dindarlığın özsaygı ve kaygı ile ilişkisi: Çukurova Üniversitesi Örneği*. *Değerler Eğitimi Dergisi* 3 (9), 177-206.
- Yavuz, R. (1999). *Depresyonun Kliniği*. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 29-34.
- Yıldız, A., Erol, S., Ergün, A. (2009). *Bir Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ağrı Ve Depresyon Riski*. *Turkish Journal of Geriatrics*; 12 (3): 156-62.
- Yılmaztürk, M. (2003). *Anti-Aging Programı*. Yeditepe Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s.31.
- Yücel, H., Kayıhan, H. (2008). *Huzurevinde ve evde çok amaçlı aktivite eğitiminin geriatrik depresyona etkisi*. *Fizyoter Rehabil*, 19 (2), 74-78.
- Yüksel, N. (1998). *Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı*. *Psikiyatri Dünyası*. 1:13-20.
- Yüksel, N. (1998). *Yaşlılık Çağı Depresyonları*. *Turkish Journal of Geriatrics*, 1(1),19-23.

Yüksel, N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, Yenilenmiş 2. Baskı s. 223.

Yüksel, N. (2002). *Demans ve Depresyon: Klinik ve Nöropsikolojik Özellikler*. Türk Nöroloji Dergisi 8: 71-74

World Health Organization and International Federation of Medical Students' Associations, (2019).

EKLER

Ek-1:Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma Prof. Dr. Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU danışmanlığında Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru Soysal tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı; Çorum ilinde, orta yaş ve yaşlı bireylerin benlik saygıları ve depresyon düzeylerini belirlemek, benlik saygısı ile depresyon arasındaki istatistiksel ilişkileri ortaya koymak ve benlik saygısı ile depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkileyen faktörlerin ne olduğunu belirlemektir. Araştırmanın diğer bir amacı ise iki koşul arasında herhangi bir farklılık görülmesi durumunda çözüm önerileri üretilerek literatüre yeni bir kaynak sunulacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak için kullanılacaktır. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Cevaplarınız gizli tutulacak olup, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Size uygun gelen ifadenin önündeki boşluğu "X" ile işaretleyiniz.

Değerli katkı ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Ebru SOYSAL

1) Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

2) Doğum Tarihi:

3) Eğitim Durumunuz:

Okur yazar değilim. ()
İlköğretim mezunu. ()

Lise mezunu. () Üniversite mezunu. ()

4) Medeni Durumunuz:

Evliyim. () Bekarım. ()
Eşimden ayrıldım. ()

Eşim vefat etti. ()

5) Çalışma Durumunuz:

Hiç çalışmadım. ()

Emekli değilim (işe ihtiyacım var) işsizim. ()

Emekli değilim çalışıyorum. ()

Emekli çalışmıyorum. ()

Emekli çalışıyorum. ()

Diğer ()

6) Aylık Geliriniz:

Gelirim yok () Düşük 1000 TL ve altı () Orta 1000 TL-2500 TL () Üst 2500 TL üstü ()

Ek- 2: Katılımcı Bilgilendirme Ve Aydınlatılmış Onam Formu

Çorum ilinde, orta yaş ve yaşlı bireylerde sosyo-demografik değişkenler, benlik saygısı ve depresyon ilişkisinin incelenmesi.

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Çorum ilinde, orta yaş ve yaşlı bireylerde sosyo-demografik değişkenler, benlik saygısı ve depresyon ilişkisinin incelenmesine dair bilgi edinebilmemiz için yapmakta olduğumuz araştırmanın bir parçasıdır. Bu anket aracılığıyla toplanan veriler, Çorum ilinde, orta yaş ve yaşlı bireylerin, benlik saygıları ve depresyon düzeylerini belirlemek, benlik saygısı ile depresyon arasındaki istatistiksel ilişkileri ortaya koymak ve benlik saygısı ile depresyon düzeylerini istatistiksel olarak etkileyen faktörleri araştırmak için kullanılacaktır. Aşağıda bulunan anketi doldurarak, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Kimlik bilgileriniz araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Anketlerde kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Çalışma bulguları isim kimlik bilgisi olmadan, grup ortalaması olarak değerlendirilecektir. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmadan çekilirseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanımızdan silinecektir ve sizinle ilgili olan veriler çalışmada kullanılmayacaktır. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, bize aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Katılımcının

Adı, Soyadı:

İmzası:

Telefon:

Okudum, Kabul ediyorum

E-posta:

Ebru SOYSAL

Prof. Dr. Fatma gül CİRHİNLİOĞLU

Klinik Psikoloji Bölümü

Klinik Psikoloji Bölümü,

(Yüksek Lisans Öğrencisi)

Yakın Doğu Üniversitesi

Yakın Doğu Üniversitesi

Tel: 05453062533

Tel: 00905488180818 / 5224

E-posta: ebruaz06@gmail.com

E-posta: fatmagul.cirhinlioglu@neu.edu.tr

Ek- 3: Rosenberg Benlik Saygisi Ölçeği

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.

ÇOK DOĞRU () DOĞRU () YANLIŞ () ÇOK YANLIŞ ()

Ek-4: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?		
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-5. Ölçek Kullanım İzin Yazıları

Rosenberg İzin Belgesi

The screenshot shows a Gmail inbox with the following details:

- Search:** Postalarda arayın
- Left Sidebar:** E-Posta Yaz, Gelen Kutusu (200), Yıldızlı, Ertelendi, Önemli, Gönderilmiş Postalar, Taslaklar (53), Kategoriler (Sosyal: 52, Güncellemeler: 154, Forumlar: 32, Tanıtımlar: 320, Diğer).
- Email 1:** Rosenberg benlik saygısı ölçeği (Gelen Kutusu). From: Ebru Soysal <ebruaz06@gmail.com>. Time: 12:38 (32 dakika önce). Content: Ebru Soysal No. 20169338, Yakın Doğu Üniversitesi, Yüksek Lisans Programı, Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğini Çorum ilinde evde yaşayan orta yaş ve üstü bireylerde benlik saygısı ve depresyon ilişkisinin incelenmesi konulu tezde kullanılmak üzere gereğini arz ederim Saygılarımla sunarım.
- Email 2:** Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği. From: Alici: ben. Time: 12:41 (28 dakika önce). Content: Ölçeği kullanmasına derneğimiz tarafından izin verilmiştir. Ebru Soysal <ebruaz06@gmail.com>, 7 Mar 2019 Per, 12:38 tarihinde şunu yazdı: ...

Geriatri Depresyon Ölçeği İzin Belgesi

The screenshot shows a Gmail inbox with the following details:

- Search:** Postalarda arayın
- Left Sidebar:** E-Posta Yaz, Gelen Kutusu (204), Yıldızlı, Ertelendi, Önemli, Gönderilmiş Postalar, Taslaklar (50), Kategoriler (Ebru: +).
- Email 1:** From: Ebru Soysal. Time: 09:51 (8 saat önce). Content: Sayın Turan Hocam; Ben Ebru Soysal Çorum da ikamet ediyorum. Sizi rahatsız etmemin nedeni Yakın D...
- Email 2:** From: Turan Ertan. Time: 15:50 (2 saat önce). Content: Sayın ebru Soysal, Geiratrik Depresyon Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyar başarılar dilerim. Prof. Dr. Turan Ertan, Psikiyatri Uzmanı.
- Contact Information:** Turan Ertan MD, Professor of Psychiatry. Tel: +90 533 303 93 13, +90 212 240 71 81, +90 212 240 71 82 (fax), turanertan@yahoo.com



T.C.
ÇORUM BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Tesisler Müdürlüğü



Sayı : 39180242-809.01-E.11694
Konu : Tez Araştırması

14/05/2019

İLGİLİ MAKAMA

İlgi : 14.05.2019 tarihli ve 3 sayılı yazınız

İlgi yazı ile Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisi 20169338 numaralı Ebru SOYSAL'ın "Çorum İlinde Yaşayan Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerin Benlik Saygıları ile Depresyon Düzeyleri Arası İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırmanın içinde geriatri depresyon ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği de bulunan araştırmayı Çorum'daki Kadın kültür ve sanat merkezlerinde yapabilme talebi bildirilmiştir.

Müdürlüğümüzce olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın ses ve görüntü kaydı almaksızın gönüllülük esası çerçevesinde gizliliğin sağlanması koşuluyla kadın kültür ve sanat merkezlerindeki kursiyerlere uygulanmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

(e-İmzalıdır)
Turhan CANDAN
Belediye Başkan Yardımcısı

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için
<https://uygulama.belediye.gov.tr/GeneleAcikSayfalar/Evrak/EvrakDogrulama/EvrakDogrulama.aspx> adresine
girerek (XxDIZ8-kG96Eg-nMEUmD-PL9Ch8-jbNHubbv) kodunu yazınız.

Yeniol Mah. Gazi Cad. No:2
Telefon No: (364)225 08 10 Dahili: 2724 Faks No: (364)212 38 00
e-Posta: tesisler@corum.bel.tr İnternet Adresi: <https://corum.bel.tr>

Bilgi için: Mustafa ŞENGÜL
MEMUR
Telefon No:

T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İl Sivil Toplumla İlişkiler Müdürlüğü

Sayı :79626644-000-E.6898
Konu :Tez Araştırması

15/05/2019

Sayın: Ebru SOYSAL

İlgi : 14.05.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazı ile Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisi 20169338 numaralı Ebru SOYSAL'ın "Çorum İlinde Yaşayan Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerin Benlik Saygıları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırmanın içinde Geriatrik Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Sosyo Demografik Bilgi Formu da bulunan araştırmayı Çorum'daki derneklere yapabilme talebi bildirilmiştir.

Müdürlüğümüzce olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın dernek yetkililerinden izin almak kaydıyla gönüllülük esasları çerçevesinde gizliliğin sağlanması koşuluyla ilimizde faal bulunan derneklere dernek üyelerine uygulanmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Murat Çağrı ERDİNÇ
Vali a.
Vali Yardımcısı V.



*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (6TtXX+-5CRqZ9-FmKIdh-uAdONO-Fk5GrAbv) kodunu yazınız.

Çepni Mahallesi İnönü Caddesi Valilik Ek Bina No:28/ Çorum
Telefon No: (364)225 56 15 Faks No: (364)224 37 78
e-Posta: corum_dernekler@icisleri.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.corumdernekler.gov.tr>

Bilgi için: Handan DAŞCI
Şef
Telefon No:

ÖZGEÇMİŞ

Ebru Soysal 1981 yılında Eskisehir’de doğmuştur. Tüm öğrenimini Eskişehir ve Afyon’da tamamladı.2001’ den, 2016 yılına kadar sırasıyla Restorasyon, Halkla ilişkiler MYÖ, İktisat, ve Sosyoloji bölümlerinden mezun oldu. Yüksek lisansını Yakın Doğu Üniversitesi, psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında tamamlamıştır. Ebru Soysal 2008 yılında çeşitli bankalarda 4 yıl çalışmıştır. Aldığı eğitimler arasında Çocuk Resimleri Yorumlama Semineri Katılım Belgesi - Türk Eğitim Sen, Temel Koçluk Eğitimi Sertifikası – ÇSGB – KRC, Eğitim Koçluğu Sertifikası – KÜNİB, Bireysel Koçluk Eğitimi Sertifikası – ÇSGB – KRC, Yaratıcı Drama Eğitimlik Eğitimi Sertifikası - Harran Üniversitesi, Aile Danışmanlığı Sertifikası- TC MEB, Evlilik ve Çift Terapisi Sertifikası – PPD, Eğitim Psikolojisi Eğitimi Sertifikası – PPD, Çocukta Ruh Sağlığı Eğitimi Sertifikası – PPD, Diksiyon Eğitimi Sertifikası – PPD, Parapsikoloji Eğitimi Sertifikası – PPD, Temel Kuantum Düşünme Teknikleri Eğitimi – PPD, Depresyon ile Başka Çıkabilme Eğitimi Sertifikası- PPD, Madde Bağımlılığı ile Mücadele Eğitimi Sertifikası- PPD, Ergen Psikolojisi Eğitimi Sertifikası – PPD, Kadın Girişimcilerin Desteklenmesi Projesi – TESK & Avrupa Birliği Programı, Çocuk Psikososyal Gelişimi ve Eğitimi ve Birlikçiliği – TSO Çorum, Zeka Türü Analizi Sertifikası – PPD, Evlilik ve Çift Terapisi Sertifikası – PPD, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Sertifikası – PPD, Ücretli Öğretmenler İçin Özel Eğitim Uygulamaları Sertifikası – TC. MEB eğitimleri bulunmaktadır. 2016’ dan itibaren halen gönüllü olarak Çorum Belediyesi Kadın Kültür ve Sanat Merkezlerinde aile ve çift danışmanlığı ve TEGV’ de (Türk Eğitim Gönüllüleri Vakfı) eğitmen olarak devam etmektedir. Ayrıca Ebeveynlere, Çiftlere, Ergenlere ve Kurumlara yönelik danışmanlık ve koçluk hizmeti sunmaktadır. “Biz Bize” isimli farkındalık ve kişisel gelişim içerikli yerel bir televizyon programında ve “Umut ve Yaşam” adlı radyo kanalında, her hafta konuk konuşmacı olarak bulunmaktadır. Benzer konularda, bir gazetede köşe yazıları yazmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.

İNTİHAL RAPORU

EBRU SOYSAL YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 8	% 3	% 11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 4
2	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	kalemacademy.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
8	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1

ETİK KURUL İZİN BELGESİ

10.04.2019

Sayın Ebru Soysal

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/403 proje numaralı ve **“Çorum İlinde, Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerdeki Benlik Saygısı ile Depresyon Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Benlik Saygısı İle Depresyon İlişkinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.