



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILIKTA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE
SOSYAL DESTEĞİN İYİLİK DURUMU VE DEPRESYON İLE
İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN: GİZEM BIYIKLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ.DR. HAKAN BAYDUR

MANİSA – 2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILIKTA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE
SOSYAL DESTEĞİN İYİLİK DURUMU VE DEPRESYON İLE
İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN: GİZEM BIYIKLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ.DR. HAKAN BAYDUR

TEZ JÜRİSİ
DOÇ. DR HAKAN BAYDUR
DOÇ. DR. GÜLTEN UÇAN
DOÇ. DR. MELİH KAAN. SÖZMEN

MANİSA – 2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gizem BIYIKLI

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecim boyunca ihtiyaç duyduğum her konuda beni bilgilendiren, yönlendiren, destekleyen, öğrenme sürecimi en verimli şekilde geçirmem için zamanını ve enerjisini çalışmamıza ayıran eğitim hayatımdaki en değerli isimlerden biri olan tez danışmanım Doç Dr. Hakan BAYDUR'a teşekkürlerimi sunarım.

Dört yıllık sosyal hizmet lisans hayatım boyunca sosyal hizmet bakış açısını içselleştirmemi sağlayan, mesleki kuram ve uygulama becerilerimi kazandıran, meslek etik ilke ve etiklerini benimseten başta Prof. Dr. Veli DUYAN olmak üzere Ankara Üniversitesinin kıymetli hocalarına teşekkürlerimi sunarım.

Lisans sürecinin ardından yüksek lisans eğitimimiz boyunca bizleri daha iyiye taşımayı hedeflemiş olan Prof Dr. Fatih ŞAHİN ve sosyal hizmet bölümündeki değerli hocalarımıza teşekkür ederim.

Meslek hayatına başlangıcımdan itibaren sosyal hizmet bilgi, beceri ve değerlerini bana özümseten, uygulama becerilerini benimle paylaşan, akademik kariyerime devam etmem için beni hep desteklemiş olan meslek duayenim Mustafa ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Ölçek geliştirme sürecinde öneri ve fikirlerini ileterek çalışmamıza destek veren değerli hocalarımıza teşekkür ederim.

Yüksek lisans sürecinde tanıştığım benim için hem bir dost hem de akademik anlamda en büyük yardımcım olan arkadaşım Arş. Gör. İsmail ORBAY'a teşekkürlerimi sunarım.

7 yıldır süren eğitim ve meslek hayatımda her zaman yanımda olan, sevgileri ve desteklerini asla esirgemeyen dostlarım, meslektaşlarım Filiz ÇELİK ATEŞ ve Elif AY KORKMAZ'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni her zaman desteklemiş olan, varlıklarına şükrettiğim eşim Zeki KARASOY'a, aileme ve hayatımıza yeni katılan minik yeğenim Beren'e bana verdikleri yüksek motivasyon ve sevgilerinden ötürü teşekkür ederim.

Son olarak araştırma çalışmama katılarak kıymetli zamanlarını ayıran değerli yaşlılarımıza teşekkürlerimi sunarım.

Gizem BIYIKLI



İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR VE SEMBOLLER	xi
ÖZET	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU	5
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	8
1.3. SAYILTILAR	10
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	11
1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	12
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. YAŞLILIK.....	13
2.1.1. Yaşlanmanın Belirleyicileri-Nüfusun Yaşlanması.....	13
2.1.2. Yaşlı Nüfusa İlişkin İstatistikler	15
2.1.3. Toplumsal Dönüşüm Süreçlerinde Yaşlılık.....	16
2.1.4. Yaş-Yaşlılık-Yaşlanma	17
2.1.5. Yaşlanma Tipleri	20
2.1.6. Yaşlanma Süreci	21
2.1.7. Yaşlılıkla İlgili Teoriler	22
2.1.8. Yaşlılık Dönemi Genel Özellikleri.....	23
2.1.8.1. Fizyolojik özellikler	23
2.1.8.2. Psikolojik özellikler	24

2.1.8.3. Sosyal özellikler.....	26
2.1.9. Yaşlılık Kuramları.....	26
2.1.9.1. Demografik ve ekonomik kuramlar	26
2.1.9.2. Sosyolojik kuramlar	27
2.1.10. Yaşlılık ve Sosyal Hizmet	30
2.2. DAMGALANMA.....	34
2.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	38
2.2.2. Yaşlılık ve İçselleştirilmiş Damgalanma	41
2.2.3. Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma Süreci	43
2.2.3.1. Stereotipilerin farkında olma	43
2.2.3.2. Stereotipleri onaylama-Kendisine uygulama.....	46
2.2.4. Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanmayı Etkileyen Faktörler	48
2.3. DEPRESYON.....	49
2.3.1. Depresyon Tipleri	50
2.3.2. Depresyonu Etkileyen Etmenler.....	50
2.3.4. Yaşlılık ve Depresyon	51
2.3.4.1. Yaşlılık depresyonunda risk etmenleri.....	52
2.3.4.2. Yaşlılıkta depresyon belirtileri.....	53
2.4. SOSYAL DESTEK	54
2.4.1. Yaşlılıkta Sosyal Destek	55
2.5. İYİLİK HALİ	57
2.6. SOSYAL DESTEK, DEPRESYON, İYİLİK HALİ VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA	58
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	61
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	61
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	61
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	61
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	62
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	62
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	62
3.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	62
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	62
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	63

3.5.2. Standardize Mini Mental Test (rMMSE-T).....	63
3.5.3. Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (YİDÖ).....	63
3.5.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	65
3.5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	65
3.5.6. WHO-5 İyilik Durum İndeksi	66
3.5.7. Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi (AYTA)...	66
3.5.8. Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-AGE).....	67
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	67
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	67
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	68
3.9. SÜRE VE OLANAKLAR.....	69
4. BULGULAR,.....	71
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....	71
4.1.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	71
4.1.2. Katılımcıların Ölçeklerden Elde Ettiği Puanların Dağılımı	77
4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR	79
4.2.1. Tek Değişkenli Çözümleyici Bulgular.....	79
4.2.1.1. Sosyodemografik özellikler ile geriatrik depresyon ölçeği ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları karşılaştırması.....	80
4.2.1.2. Ölçek puanları arasındaki ilişki	85
4.2.2. Çok Değişkenli Analiz Sonuçları.....	86
5.TARTIŞMA	92
5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN YAŞLILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	92
5.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE GDÖ VE WHO-5 İYİLİK DURUMU İNDEKSİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	93
5.3. GDÖ VE WHO-5 İYİLİK DURUMU İNDEKSİ İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, YİDÖ VE ÇBASDÖ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	99
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	104
KAYNAKLAR	107

EKLER	121
EK 1. ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI.....	121
EK 2. ETİK KURUL ONAYI	122
EK 3. VERİ TOPLAMA FORMU	123
EK 4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ.....	131
EK 5. ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ	136
EK 6. NORMALLİK SINAMASI SONUÇLARI	137
EK 7. YAŞLI İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME SÜRECİ, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI.....	138
EK 7.1. Ölçek Geliştirme Süreci.....	138
EK 7.1.1. Birinci Aşama (ölçek kavramsal çerçevesinin oluşturulması) ..	138
EK 7.1.2. İkinci Aşama (ölçek boyutları ve bunları içeren maddelerin oluşturulması)	138
EK 7.1.3. Üçüncü Aşama (kapsam geçerliliğinin test edilmesi)	139
EK 7.1.4. Dördüncü Aşama (Ölçeğin pilot ve alan uygulaması).....	145
EK 7.1.5. Beşinci Aşama (Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizi).....	147
7.1.5.1. Yapı geçerliliği	147
7.1.5.2. Paralel ölçek geçerliliği	151
7.1.5.3. Ayırt edici geçerlilik.....	151
7.1.5.4. Bilinen gruplar geçerliliği	152
7.1.5.5. Güvenirlilik çözümlemeleri, İç tutarlılık düzeyi ve madde toplam korelasyonları ve test-tekrar test sınıf içi korelasyon katsayıları	154
EK 8. UZMAN GÖRÜŞÜNE KATILAN UZMANLARA İLİŞKİN BİLGİLER	157
EK 9. ÖZGEÇMİŞ.....	158

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Halk damgalaması–İçselleştirilmiş damgalanma.....	39
Tablo 2. İçselleştirilmiş damgalanma süreci	43
Tablo 3. Araştırmaya katılanların cinsiyet ve yaş dağılımı.....	71
Tablo 4. Katılımcıların en uzun yaşadığı yer ve öğrenim durumlarına göre dağılımı.....	72
Tablo 5. Katılımcıların medeni durum, çocuk sahibi olma durumları ve sahip olunan çocuk sayısına ilişkin durumları.....	73
Tablo 6. Ekonomik durum, gelir ögeleri ve sağlık güvencesi dağılımı	74
Tablo 7. Katılımcının kiminle birlikte yaşadığı ve ev mülkiyeti durumu.....	75
Tablo 8. Katılımcıların kronik hastalıkları ve sağlık durumu değerlendirmesi	76
Tablo 9. Katılımcıların Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinden elde ettiği puanların dağılımı	77
Tablo 10. GDÖ ve WHO-5 puan dağılımı ve kategorileri.....	78
Tablo 11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları dağılımı	79
Tablo 12. GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki	80
Tablo 13. GDÖ ve WHO-5 puanları ile yaş grupları arasındaki ilişki.....	80
Tablo 14. GDÖ ve WHO-5 puanları ile en uzun süre yaşanan yer arasındaki ilişki.....	81
Tablo 15. GDÖ ve WHO-5 puanları ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki ..	81
Tablo 16. GDÖ ve WHO-5 puanları ile medeni durum arasındaki ilişki	82
Tablo 17. GDÖ ve WHO-5 puanları ile çalışma durumu arasındaki ilişki.....	82
Tablo 18. GDÖ ve WHO-5 puanları ile ekonomik durum algısı arasındaki ilişki	83
Tablo 19. GDÖ ve WHO-5 puanları ile yaşının kiminle yaşadığı arasındaki ilişki .	83
Tablo 20. GDÖ ve WHO-5 puanları ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki	84
Tablo 21. GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi ile YİDÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki korelasyon.....	85

Tablo 22. Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki, çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi sonucu	86
Tablo 23. Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile sosyodemografik özellikler, YİDÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki, çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi sonucu.	88
Tablo 24. Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile YİDÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ve alt boyutları arasındaki ilişki, çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi modelleri	90
Tablo 25. Değerlendirmeye Katılan Uzmanların Cinsiyet ve Unvanlarına Göre Dağılımı	140
Tablo 26. Ölçek farkına varma boyutu içerik geçerliliği indeksi için uzman değerlendirmeleri	142
Tablo 27. Ölçek onaylama boyutu içerik geçerliliği indeksi için uzman değerlendirmeleri	143
Tablo 28. Ölçek kendine uygulama boyutu içerik geçerliliği indeksi için uzman değerlendirmeleri	144
Tablo 29. Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (YİDÖ) alan uygulama maddeleri.....	146
Tablo 30. YİDÖ açıklayıcı faktör analizi sonucu	149
Tablo 31. YİDÖ ve AYTA ölçekleri arasındaki korelasyon.....	151
Tablo 32. YİDÖ ile WHOQOL-AGE, GDÖ ve WHO-5 ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları.....	152
Tablo 33. YİDÖ'nin seçilmiş bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	153
Tablo 34. Yaşam Kalitesi ölçeği puan dağılımı	156
Tablo 35. AYTA puan dağılımı	156

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği puan dağılımı.....	77
Şekil 2. YİDÖ ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonucu	150



KISALTMALAR VE SEMBOLLER

Kısaltmalar

AD :	Alzheimer Hastalığı
AYTA:	Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi
ÇASHB:	Çalışma Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ÇBASDÖ:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DNA:	Genetik Yapı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GA:	Güven Aralığı
GDÖ:	Geriatrik Depresyon Ölçeği
MÖ:	Milattan Önce
M-KGİ:	İçerik Geçerlilik İndeksi
OO:	Olasılık Oranı
Ö-KGİ:	Ölçek Geçerlilik İndeksi
rMMSE-T:	Standardize Mini Mental Test
SHÇEK:	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL- AGE:	Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
YİDÖ:	Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği



Başlık: Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Desteğin İyilik Durumu ve Depresyon ile İlişkisi

Öğrencinin Adı: Gizem BIYIKLI

Danışmanlar: Doç.Dr.Hakan BAYDUR

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı 65 yaş üstü bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin iyilik hali ve depresif duygudurum ile ilişkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma niceliksel tarama modelindedir. Araştırmada 162 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri geriatrik depresyon ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü iyilik durumu indeksi puanlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanlarıdır. Verilerin analizinde Mann Witney U testi, Kuruskal Wallis testi, Sperman korelasyon analizi, Ordinal lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Araştırmada SPSS 25.0, Stata 14 ve Lisrel 9.1 istatistik paket programları kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan analizde araştırmaya katılanların yaş, eğitim durumu, medeni durum, kiminle birlikte yaşadığı, gelir durumu, kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik özellikleri ile depresif duygudurum ve iyilik durumu arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca depresif duygudurum ve iyilik durumu ile yaşlı içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı ilişkinin olduğu bulunmuştur. Yaşlı içselleştirilmiş damgalanmanın depresif duygudurumuna pozitif yönde, iyilik durumuna ise negatif yönde etkisi vardır. Buna karşın sosyal desteğin depresif duygudurumuna negatif yönde, iyilik durumuna ise pozitif yönde etki ettiği belirlenmiştir.

Sonuç: Hem yaşlı içselleştirilmiş damgalanmanın hem de sosyal desteğin birbirinden bağımsız bir şekilde iyilik ve depresif duygudurumuna etki ettiği belirlenmiştir. Sosyal destek varlığı yaşlının içselleştirilmiş damgalanmadan kaynaklanan depresif duygudurumunu azaltmış, iyilik durumunu arttırmıştır.

Anahtar kelimeler: Sosyal Destek, İselleştirilmiş Damgalanma, İyilik hali,
Depresyon



Title: The relationship of internalized stigma and social support with well-being and depression among the elderly

Student Name: Gizem BIYIKLI

Thesis Advisor : Assoc. Prof. Hakan BAYDUR

Department: Department of Social Work

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to determine the relationship between internalized stigma and social support with well-being and depressive mood in individuals over 65 years of age.

Material and Method: The study is survey model. A questionnaire was applied to 162 people in survey. Dependent variables of research are geriatric depression scale and WHO-5 well-being index score. The independent variables of the study are the sociodemographic characteristics, multidimensional perceived social support, and elderly internalized stigma scale score. Mann Witney U test, Kruskal Wallis test, Spearman correlation and ordinal logistic regression were applied in the analyzes of data. SPSS 25.0, Stata 14 and Lisrel 9.1 statistical package programs were used in study.

Results: In the analysis, a meaningful relationship was determined between depressive mood and well-being, the sociodemographic characteristics of the participants such as age, education status, marital status, who they lived with, income status, chronic disease. There was also significant relationship between depressive mood and well-being and elderly internalized stigma level and multidimensional perceived social support level. Elderly internalized stigma was positively correlated with depressive mood, and negatively linked with well-being. Nonetheless, multidimensional perceived social support was negatively linked depressive mood and positively correlated with well-being.

Conclusion: It has been identified that both internalized stigma and social support, independently affect the well-being and depressive mood. The presence of social support has reduced the depressive mood caused by internalized stigma and increased the well-being.

Key words: Social Support, Internalized Stigma, Well-Being, Depression



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Yaş yapısının değişime uğrayarak çocuk ve gençlerin payının azalmasına karşılık yaşlı insan sayısının (60-65 yaş üstü bireylerin) artması nüfus yaşlanması olarak tanımlanmaktadır. Bir ülke nüfusunun %14'ünden fazlası 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşuyorsa o toplumlar yaşlı toplum olarak değerlendirilmektedir (Şan 2007).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2019 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 83 milyon 154 bin 997 kişidir. Yaşlı nüfus 2019 yılı itibariyle 7 milyon 550 bin 727 kişidir. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9,1dir. Yaşlı nüfusun %44,2 sini erkek yaşlılar, %55,8'ini ise kadın yaşlılar oluşturmaktadır. Türkiye nüfusu genç bir nüfus yapısına sahip olduğu halde toplam nüfus içinde yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazladır (TÜİK 2020).

Yaşlanma sosyal hayatta bireylerin kendilerine göre anlamlar yüklediği çok boyutları olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Süreç içerisinde bireyin çevreye uyum sağlayabilme becerisinde, iç ve dış etkenlere karşı denge sağlama yetisinde azalmalar olması; ölme ihtimalinin artması “yaşlanma” olarak tanımlanmaktadır(Yumurtacı 2013). Doğumla başlayan, yıl birimiyle ölçülebilen süreç “yaş” olarak tanımlanmaktadır. Yaşı ilerleyen bireylere “yaşlı”, yaşlı olma durumuna ise “yaşlılık” denilmektedir (Ak 1991). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı tanımlarken kronolojiyi esas alarak yaşlılık dönemini “65 yaş ve üzeri” olarak tanımlamaktadır. Bu tanım yaşlı nüfusu kendi içerisinde kategorize etmiştir. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (Tezcan ve Seçkiner 2012).

Damga (stigma), kelime anlamına bakıldığında “yara, iz, leke, delmek, kara leke” gibi anlamlara gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Damgalama, kişilere ve toplumlara zarar veren, onları aşağılamak, küçük görmek, ayırt etmek, değersiz

görmek anlamında kullanılan bir kavramdır (Yaman ve Güngör 2013). Damgalama, insana ait olan bazı özelliklerle ilgili basmakalıp düşünceler sonucunda ortaya çıkan ayırım, farklılaştırma olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Çuhadar 2011). Damgalama ile bahsedilen kişinin, grubun, toplumun farklı olduğu üzerinde durulur ve bu farklılıklar damgalanana olumsuz birçok özellik yapıştırır (Taşkın 2007).

Mevcut literatür yapısal damga, sosyal damga ve içselleştirilmiş damga olarak üç çeşit damga tanımlamıştır. “Yapısal damga” sistemlerle, “sosyal damga” gruplarla, “içselleştirilmiş damga” ise bireylerle ilgilidir (Doğanavşargil Baysal 2013). İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerin toplumda var olan olumsuz kalıp yargıları benimseyerek utanç, değersizlik, yetersizlik gibi negatif duygularla toplumsal yaşamdan geri çekilmesi olarak tanımlanmaktadır. Daha basit haliyle içselleştirilmiş damgalanma, kişinin kendini damgalamasıdır (Corrigan 1998).

Yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalanma, toplum tarafından yaşlılara atfedilen olumsuz düşüncelerin yaşlı birey tarafından benimsenmesidir. Yaşlı bireyler diğer gelişim dönemlerinde, toplumun diğer tüm bireylerinde olduğu gibi birçok basmakalıp düşünce edinirler. Yaşlılık ve yaşlı bireylere yönelik olarak edinilen basmakalıp düşünceleri ister istemez benimserler ve kendilerini o gruba dahil ederler. (Çam ve Çuhadar 2011).

Yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalanma süreci stereotipilerin farkında olma, stereotipileri onaylama ve kendisine uygulama olarak üç aşamada ortaya çıkar. Stereotipiler “bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen” anlamında kullanılmaktadır. Negatif önyargılarla desteklenen, doğru olduğu varsayılan, geniş kesimlerce kabul edilen düşünceler ve söylemlerdir (Doğanavşargil Baysal 2013). Yaşlı bireyler diğer tüm gelişim dönemlerinde yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili birçok stereotipi yani basmakalıp düşünceler edinirler. Yaşlılara yönelik stereotipiler medya, kitaplar, gelenek ve görenekler gibi birçok farklı yolla oluşturulup sürdürülür. Yaşlı insanlar kendilerine atfedilen basmakalıp düşünceleri benimserler, bu düşünceler onlar için normalleşir, bu düşüncelere uygun davranmaya başlarlar ve damgalamayı içselleştirirler.

Kelime anlamıyla “çökkünlük” anlamına gelen depresyon psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülenidir. İnsan hayatında yaşanabilecek sıkıntıların semptom halini almasıyla oluşan hastalık hali depresyon olarak tanımlanmaktadır (Savrun 1999).

Depresyon bir “duygudurum bozukluğu” dur ve depresyonda duygudurumun çökkün hali yaşanır. Duygudurum kişilerin hal ve hareketlerini, dünyaya bakışlarını şekillendiren sürekli ve hakim bir duygudur.

Yaşlı bireyleri olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biride depresyondur. Depresyon yaygın bir psikiyatrik hastalıktır, yaşamın her döneminde görülebilir. Yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biri olan depresyon bu dönemde karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında birinci sırada yer alır (İlhan ve ark. 2006).

Sosyal destek, teorik temeli Kurt Lewin’in Alan Kuramına ve davranışı tanımlandırmasına dayanır, “bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek” olarak tanımlanmaktadır. Lewin davranışı “çevre ile bireyin fonksiyonu” olarak tanımlamaktadır. Davranışlar psikolojik çevrede olan değişmelere göre şekillenmektedir. Sosyal destek mekanizmaları da işte bu psikolojik çevre içerisinde yer almaktadır. En temelde bireylerin ailesi, arkadaşları, komşuları, iş arkadaşları, okul arkadaşları, etnik veya dini grupları, dahil olduğu diğer büyüklü küçüklü grupları bireylerin sosyal destek ağlarını oluşturmaktadır (Yıldırım 1997).

İyilik hali son yıllarda üzerinde sıklıkla durulan bir kavramdır, bedenen ve ruhen optimal düzeyde sağlıklı olabilmek, işlevsel bir yaşam sürdürebilmek, kişisel ve sosyal alanlarda başarılı olabilmek anlamındadır (Korkut-Owen ve ark. 2017). İyilik hali modelinde zihin, beden ve ruh bütün halinde fonksiyoneldir, bireyin yaşam tarzı işlevseldir, genel anlamda sağlıklı olmaya işaret etmektedir (Doğan 2006).

Depresyon yaşlılıkta sık görülür ve genellikle damgalanmayla ilişkilidir (Werner ve ark. 2009). Kùltürler boyunca, çalışmalar damgalamanın depresyon ve anksiyeteyi içeren psikolojik iyi oluş üzerindeki etkilerini incelemiştir. Ruhsal bozukluklarla başvuran kişilerin damgalanmaya maruz kalanlarında depresif belirtiler daha yüksek bulunmuştur (Burgener ve ark. 2015a). Yapılan bir araştırmada damgalanma, sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş, duygusal sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı negatif korelasyonlar gözlenmiştir (Li ve ark. 2009). İyilik halinin depresyon ve sosyal destek ile anlamlı olduğu da çalışmalarda ortaya konulmuştur (Doğan 2016).

Bu çalışmada yaşlı bireylerde yaşlılığa ilişkin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin iyilik durumu depresyon ile olan ilişkisi test edilmeye çalışılmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Tıp, teknoloji, bilimde ilerlemeler tüm dünyada insanlar artık daha uzun süre yaşamaktadır. Düşen doğum oranlarıyla birlikte yaşlı nüfus oransal ve sayısal olarak artmaktadır. Bu değişim ve dönüşüm sürecinde nüfusun yaşlanması, 21. Yüzyılda karşımıza çıkan tüm yönleriyle toplumu etkileyen en önemli demografik olguların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre 2025 yılında yaşlı nüfusun sayısı 840 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Toplumsal dönüşüm süreçleriyle birlikte insanların yaşam koşulları değişmiştir ve gelişmiştir. Bununla birlikte toplumsal hayatta güncel birçok sorun ortaya çıkmıştır. Değişim ve dönüşümden etkilenen yaşam koşulları ve standartları değişen bir grupta yaşlı nüfus olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle geniş aile yapılarının çekirdek ailelere dönüşmesi, tarımsal hayattan kent hayatına güncel yaşlı sorunlarını ortaya çıkartmıştır.

Büyümenin ve gelişmenin ileri evresi yaşlılık dönemidir. Biyolojik işlevleri yönünden erişkin düzeye ulaşan üreme dönemi biten canlılar yaşlanmaya başlamaktadırlar. Yaşlılık bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutta etkileyen bir dönemdir. Yaşamın bir parçası olan yaşlılıkta bireylerde fizyolojik kapasitelerinde, bilişsel becerilerinde ve sosyal rollerinde bir takım kayıplar yaşanmaktadır, yaşlılar bu dönemde birçok sorun durumu ile karşılaşabilmektedir.

Damgalama belirli bir özelliğe sahip grup hakkında düşünülen stereotipiler ya da olumsuz inançlar, negatif duygusal tepkiler ve önyargılardan kaynaklı davranışlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Damgalama olgusu bireylerin yaşam kalitelerini düşüren, sosyal, ekonomik ve psikolojik yönlerden olumsuz deneyimler yaşatan, bireye kendini değersiz hissettiren, ümitsizlik, reddedilme, özgüven eksikliği ortaya çıkaran bir olgudur. İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerin kendilerini damgalanmış olarak hissetmesi, negatif duygularla toplumsal yaşamdan geri çekilmesi durumudur.

Toplumda farklı sosyal gruplar içselleştirilmiş damgalanma süreçlerini yaşamaktadırlar. Yaşlı bireyler de diğer gelişim dönemlerinde, toplumun diğer tüm bireylerinde olduğu gibi yaşlılıkla ilişkili birçok basmakalıp düşünce öğrenip benimserler. Yaşlandıklarında da kendilerini bu gruba dahil ederler.

Yaşlılara yönelik stereotipiler (basmakalıplar) iş yaşamı, aile yaşamı, çalışma yaşamı, sosyal yaşam, sağlık bakım hizmetleri gibi birçok alanda karşımıza çıkmaktadır. Bu stereotipiler, yaşlılardan belirli davranışları sergilemesini beklemektedir. Yaşlılara yönelik genel algı, onların kendileri için yetersiz oldukları, bağımlı oldukları, bakıma muhtaç oldukları, zamanlarını evde geçirmeleri gerektiği, dinamik olmadığı, gelişmelere uyum sağlayamayacağı, gençlere göre düşük performans gösterecekleri, yeniliklere uyum sağlayamayacakları, huysuz, inatçı ve aksi oldukları yönündedir. Yaşlılara özgü olan basmakalıplar yaşlı birey tarafından onaylanır, basmakalıplar benimsenir, normalleştirilir ve bu düşünceye uygun davranmaya başlarlar.

Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülen sözlük anlamı “çökkünlük” olan depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurumun çökkün halinin yaşanmasıyla birlikte bireylerin enerjilerinde azalma, özgüvenin azalması, mutsuzluk suç eğiliminde artma, karamsarlık, iştahsızlık, dikkate azalma gibi sorun durumları karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlılık bilişsel, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevlerde bir takım kayıpların yaşanmaya başladığı gelişim döneminin bir evresidir. Yaşlı bireyleri bu dönemde olumsuz yönde etkileyen etmenlerden biriside depresyondur. Depresyon yaşlılıkta yaygın görülen, ruhsal sorunlar içinde birinci sırada yer alan ve yaşlıların sosyal işlevselliğini zedeleyen bir halk sağlığı sorunu, psikiyatrik hastalıktır. Tanı ve tedavisi mümkün olmakla birlikte yaşlılıkta yaşlı bireylerin çökkün duygudurumundan şikayetçi olmamaları, bu durumu yaşlılık belirtisi olarak görmeleri tanı konulmasını zorlaştırmaktadır.

“Bireylerin sosyal bir ağın içinde olduğu, bu ağ içinde yaşayanların birbirlerine sevgi, saygı göstererek, ihtiyaçlarda ve sorunlarda birbirlerine değer verdikleri bir yapı” olarak tanımlanan sosyal destek yaşlılıkta oldukça işlevseldir. Aile, komşu, akraba, arkadaşlardan oluşan, yaşlılıkta sosyal destek araçları yaşlı bireyleri sadece yalnızlıktan kurtarmakla kalmaz aynı zamanda bireylerin bakıma yönelik ihtiyaçlarının da karşılanmasında etkin rol oynarlar. Bu sosyal destek mekanizmalarına sahip olan yaşlı bireylerin, sosyal çevresi ve sosyal katılımı az olan yaşlı bireylere göre psikolojik sağlıkları daha iyidir. Olumlu sosyal destek mekanizmaları fiziksel, zihinsel ve ruhsal sağlığın korunmasında, sorunlarla başa çıkılmasında önemli role sahiptir.

İyilik hali kavramı M.Ö 6. Yüzyıla kadar uzanır. İnsanın bütüncül bir halinde ele alınarak beden, ruhen ve fiziken tam işlevsel olması anlamına gelmektedir. 1961 yılında ilk kez Halbert Dunn tarafından “ kişinin beceri ve yeteneklerini maksimum düzeyde kullanabilmesine odaklanan işlevsellik metodu” şeklinde tanımlaması yapılmıştır. Myers ve arkadaşlarının iyilik hali çemberi modeline göre “maneviyat, kendini yönetme, çalışma, serbest zaman, arkadaşlık ve sevgi” den oluşan beş yaşamsal görevden oluşmaktadır (Kasapoğlu 2014).

İçselleştirilmiş damgalanma, depresyon, sosyal destek, iyilik hali birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Literatürde bu dört kavramın farklı sosyal gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda birbirlerini etkilediği ortaya konulmuştur. Depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma birbirlerine paralel olarak artmakta olan sosyal destek ve iyilik hali ise bu iki kavramla negatif ilişki içinde olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmanın amacı yaşlı bireylerde yaşlılığa ilişkin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin iyilik hali ve depresyon ile olan ilişkisinin test edilmesidir. Araştırmanın temel etkileyici etmeni yaşlılığa ilişkin bireylerin algılamış oldukları içselleştirilmiş kendini damgalama düzeyidir. Bu damgalanma düzeyinin bireyin depresif duygudurumu ve iyilik hali ile olan ilişkisi test edilirken elde etmiş olduğu sosyal desteğin ise depresif duygudurum gelişimindeki koruyucu-önleyici etkisi olup olmadığı ortaya konulacaktır.

1.3. SAYILTILAR

Araştırmanın evreni, örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama süreci araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

İçselleştirilmiş damgalanma yaşlılık sürecinde deneyimlenen bir sosyal olgudur. Yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalanma depresyon düzeyini ve iyilik halini etkiler, sosyal destek ise bu ilişkide dönüştürücü işleve sahiptir.

Veri toplama araçlarının içselleştirilmiş damgalanma, iyilik hali, depresyon ve sosyal desteğin tüm yönlerini kapsadığı ve bu konuda mevcut durumu ortaya çıkaracak nitelikte olduğu varsayılmaktadır. Araştırmada kullanılacak olan ölçüm araçlarındaki soruları katılımcıların doğru olarak cevaplandıracağı varsayılmaktadır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Damgalanmanın altında yatan stereotipiler içselleştirilmiş damgalanmanın ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Yaşlı bireylere yönelik ayırıcı, etiketleyici, ön yargılı söylemler damgalanmalara neden olmaktadır ve içselleştirilmiş damgalanma sürecini yaşamalarına zemin hazırlamaktadır. Daha önce üzerinde çok az sayıda durulmuş olan yaşlıda içselleştirilmiş damgalanma konusu yaşlı refahı alanı için önem taşımakta ve araştırılmaya değer görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanmanın ve damgalanmayla paralel olarak artan depresyon düzeyinin, azalan iyilik halinin; sosyal destek mekanizmalarının harekete geçirilerek düşürülebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, depresyon düzeyini ve iyilik halini etkileyecek bir faktör olarak görülen sosyal desteğin, depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi körleştirmesinin mümkün olabileceği üzerinde durulmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmanın iyilik hali, sosyal destek ve depresyonda risk faktörü olmasının önüne sosyal destek sistemlerinin artırılması yoluyla geçilebileceği düşünülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma üzerinde yapılan çoğu araştırma ruhsal bozukluğu olan kişilere işaret eder. Mevcut literatürde içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Ama damgalanma, mental sağlık problemlerinden ayrı tutulmamıştır. Damgalanmadan ve sosyal dışlanmadan muzdarip olan farklı sosyal gruplar, yaşa dayalı damgalamada olduğu gibi daha az dikkat çekmektedir. Ülkemizde mevcut literatürde yer almayan, yabancı literatürde ise çok az sayıda sözü geçen yaşa bağlı kendini damgalamanın yaşanıp yaşanmadığı, sorunlara neden olup olmadığının belirlenmesi, değişkenlerin ortaya çıkarılabilmesi, önleme, azaltma yapılabilmesi, müdahalelerin belirlenmesi için çalışmalara ihtiyaç vardır. İçselleştirilmiş damgalanmanın depresyon düzeyini ve iyilik halini etkileyen bir faktör olması, günümüzde yaşlılarda depresyon görülme sıklığının artmış olması, içselleştirilmiş damgalanmanın yaşlı alanında önemli bir sorun alanı olarak görülmesi nedeniyle yaşlıda içselleştirilmiş damgalanma, iyilik hali, sosyal destek ve depresyon ilişkisinin incelenmesinin literatüre katkı vereceği düşünülmektedir. Özellikle mental hastalıklar alanında içselleştirilmiş damgalanma ile depresyon ilişkisi çok kez incelenmiştir ve içselleştirilmiş damgalanmanın depresif belirtileri arttırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Aynı şekilde yaşlıda içselleştirilmiş

damgalanmanın depresif belirtilerin görülmesinde etkili olup olmayacağına, iyilik haline etkisi ve bu üç kavramla da ilişkili olan sosyal desteğin dönüştürücü etkisinin ortaya çıkarılmasına ilişkin çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırma ile yaşlı bireylerde yaşlılığa ilişkin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin iyilik durumu ve depresyon ile olan ilişkisinin test edilmesi hedeflenmektedir. Araştırmanın temel etkileyici etmeni yaşlılığa ilişkin bireylerin algılamış oldukları içselleştirilmiş kendini damgalama düzeyinin bireyin depresif duygudurumu ve iyilik hali ile olan ilişkisi test edilirken elde etmiş olduğu sosyal desteğin ise depresif duygudurum gelişimindeki koruyucu-önleyici etkisi olup olmadığı ortaya konulacaktır. Araştırmamız sonunda yaşa bağlı kendini damgalamanın yaşanıp yaşanmadığının, kendini damgalama ile depresyon ve iyilik durumu arasında ilişkinin belirlenmesi ve sosyal desteğin dönüştürücü etkisinin ortaya konularak yaşlılık literatürüne katkı sağlaması hedeflenmektedir. Araştırmamız sonunda elde edilecek veriler temel alınarak damgalanmadan yaşlanma, yaşlılıkta sosyal desteğin sürdürülebilmesi, depresyonu önleyici çalışmaların yapılması ve iyilik durumunun artırılması amacıyla sosyal hizmet temelli değerlendirme yapılarak sosyal hizmet literatürüne katkı sağlayabilmek hedeflenmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma Manisa'nın Soma ve Akhisar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri olan, yatağa bağımlı olmayan ve minimal testi geçen yaşlılar ile sınırlandırılmıştır. Araştırma amaçlarını ortaya koyması bağlamında ölçeklerinde yer alan sorularla sınırlandırılmıştır ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden yaşlıların verdikleri cevaplarla sınırlandırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK

2.1.1. Yaşlanmanın Belirleyicileri-Nüfusun Yaşlanması

Yaş yapısının değişime uğrayarak çocuk ve gençlerin payının azalmasına karşılık yaşlı insan sayısının (60-65 yaş üstü bireylerin) artması nüfus yaşlanması olarak tanımlanmaktadır. Ülkemiz özellikle Avrupa ülkeleri gibi diğer dünya ülkelerine kıyasla genç ve dinamik nüfus yapısına sahip bir ülkedir. Ancak ilerleyen yıllarda doğurganlık hızının belirli bir düşüşe geçeceği, ortalama yaşam süresinin artacağı bilinmektedir. Sosyal ve ekonomik değişimler, demografik hareketleri etkilemektedir. Nüfusun yaşlanması adını verdiğimiz geçiş sürecinde temel belirleyiciler bulunmaktadır. Doğum oranlarındaki azalma ve ortalama yaşam süresinin uzaması en temel belirleyicileri oluştururken, göç kavramı da yardımcı bir unsur olarak karşımıza çıkar. Göç, yaşlanma sürecinin hızlanmasında ve nüfusta meydana gelen hareketlilikte önemli bir etkidir (Yumurtacı 2013).

Toplum yaşlanmasının analiz edilebilmesi için bazı demografik belirleyicilere bakılmaktadır. En önemli ve belirleyici “fertilite hızı”nın azalmasıdır. Fertilite kadınlarda doğum, hamile kalabilme, bebek sahibi olabilmektir. Dünya nüfusunda son 50 yılda fertilite hızı 5,0’ dan 2,7’ye düştüğü bilinmektedir. 2045-2050 yıllarında ise 2,5’ e düşeceği düşünülmektedir. Gelişmiş ülkeler bu düşüş sürecini daha uzun süreçte yaşarken gelişmekte olan ülkelerde çok hızlı ve keskin olarak gerçekleşeceği bilinmektedir. Diğer bir demografik belirleyici “mortalitede meydana gelen azalma”dır. Mortalitede meydana gelen azalmayı birçok faktör etkilemektedir. Sağlıksız yaşam biçimleri, alkol sigara kullanımları, biyolojik, hormonal ve kültürel faktörler, kazalar vb. birçok faktör mortaliteyi etkilemektedir. Mortalitede azalma nüfusun yaşlanmasıyla doğrudan ilişkili olarak görülmektedir. Mortalitede meydana gelen azalma doğuştan beklenen yaşam süresini arttırmıştır ve yarım yüzyılda yirmi yıla

yaklaşmıştır. “Yaşlılık endeksi” bir diğer belirleyicidir. 60 yaş ve üzeri yaşlı sayısı 0-14 yaş grubu çocuk sayısına göre gün geçtikçe artmaktadır. 2050 yılına gelindiğinde her 100 çocuga karşılık 101 yaşlı denk gelecektir. Demografik belirleyici olarak “medyan yaş”, yıldan yıla artmaktadır. 2050 yılına gelindiğinde Dünya nüfusu içinde 36 yaş olacağı, gelişmiş ülkelerde ise 46’ ya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Toplum yaşlanmasının önemli göstergelerinden biri de “potansiyel destek oranı”dır. Potansiyel destek oranı 65 yaş ve üstü her yaşlı başına düşen 15-64 yaş arası birey sayısını ifade etmektedir. Oran 50 yılda düşüş yaşamıştır bu durum yaşlıların bakımını sürdürecektir olan çalışma yaşamındaki kişi sayısının azaldığı anlamına gelmektedir (Mandıracıoğlu 2010).

Tıp, teknoloji, bilimde yaşanan gelişmeler ve doğum oranlarında meydana gelen düşüşler toplumların yaşlanmasının en temel belirleyici olmuştur. İnmelere ve kalp hastalıkları sonucunda mortalitenin düşmesi, yüksek serum kolesterol düzeyi, yüksek kan basıncı gibi riskli durumların kontrol altına alınmaya başlanması bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamaktadır. Bunun yanında Dünya Sağlık Örgütü yaptığı açıklamalarında nüfusun yaşlanması ile birlikte diyabet, kanser, demans başta olmak üzere mental hastalıklar, kardiyovasküler hastalıkların arttığı ve bunların önünü geçilebilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerektiği üzerinde durmaktadır (Gökçe Kutsal 2009).

Daha önceki yıllarda yaşanan belirli sosyal olaylar nüfusun yaşlanmasının temel etkenleri olarak gösterilmektedirler. 1. ve 2. Dünya Savaşları toplumların yapısını değiştirmiştir. Sağlık, gıda, teknoloji gibi unsurların gelişmesi bireylerin hayat standartlarını yükseltmiştir, ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte aile yapıları değişmiş, eğitim, sağlık, yoksulluk politikaları gibi sosyal olgular bu doğrultuda biçimlendirilmiştir. Bu doğrultuda yaşlılık bireysel bir konu olmasının yanında en az onun kadar toplumsal boyutlarıyla da ele alınması gereken bir konu haline gelmiştir.

21. Yüzyılda belirgin demografik değişimlerden biri nüfusun yaşlanmasıdır. Tüm toplumlarda yaşam süresi artmaktadır ve doğum oranları azalmaktadır. Bu durumda yaşlı nüfus sayısal olarak artmaktadır. Sağlık, eğitim, çevre, sosyal güvenlik, sosyal kültürel yaşam gibi insan hayatının en temel olguları nüfusun yaşlanması sürecinden etkilenmektedir. Gelişmiş ülkeler politikalarını, sosyal, sağlık, ekonomik ihtiyaçlarını bu doğrultuda belirlemektedir ve çözümler geliştirmektedir. Buna rağmen birçok

sorun yaşanmakta gelişmekte ve geri kalmış ülkelerde uyum süreci çok daha yavaş sağlanabilmektedir. Ülkemiz gelişmekte olan bir ülke olarak yaşlanma süreçlerinin hızlı olduğu bir ülkedir. Yaş yapısının değişmesiyle birlikte özellikle yüzyılın ikinci yarısında ekonomik, demografik, sosyal ve kültürel açılardan yaşlı nüfusun oldukça önem kazanması beklenmektedir. Nüfusun yaşlanması basit süreç değildir. Yaşanan bu değişimler gün geçtikçe belirginleşerek küreselleşmektedir. Bu dönüşüm sosyal ve ekonomik politikaların da değişmesini zorunlu kılmakta ve mevcut nüfus politikalarının etkililiğinin azaldığını göstermektedir. Gelecek yıllar için öngörülen veriler Türkiye'nin yaşlanmasının etkilerinin kuvvetli bir şekilde hissedeceğini göstermektedir.

2.1.2. Yaşlı Nüfusa İlişkin İstatistikler

Türkiye İstatistik Kurumunun 2019 yılı verilerine göre ülkemiz nüfusu 83 milyon 154 bin 997 kişidir. Yaşlı nüfusumuz ise 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur. 2019 yılı itibari ile yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9,1dir. Bu oranın 2060 yılına gelindiğinde %25,6 olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il %18,8 ile Sinop, en düşük %3,3 ile Şırnak'tır. Yaşlı nüfusun %44,2 sini erkek yaşlılar, %55,8'ini ise kadın yaşlılar oluşturmaktadır. Yaş dağılımına bakıldığında %62,8'i 65-74 yaş grubu yaşlılar, %28,2'sini 75-84 yaş grubundaki yaşlılar, %9,1' ini 85 ve daha üstü yaşlılar oluşturmaktadır Yaşlı nüfusun 0,1'i 5 bin 567 kişi ile 100 yaş ve üzeridir. 2018 yılındaki sonuçlara göre Türkiye'de yaşam süresi 78,3 yıl olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ise kadınlarda 81 yıl, erkekler için ise ortalama yaşam süresi 75,6 yıldır. Verilere göre kadınların yaşam süresi erkeklerden 5,4 yıl daha uzun bulunmuştur. Türkiye nüfus piramitlerine bakıldığında doğumların ve ölümlerin azalmasına bağlı olarak ortanca yaşın arttığı ve 2019 yılı itibariyle 32,4'e yükseldiği görülmektedir. 2080 yılına gelindiğinde ortanca yaşın 45 olacağı tahmin edilmektedir. Çalışma yaşamındaki birey başına düşen çocuk ve yaşlı birey sayısını ifade eden yaşa bağlı bağımlılık oranına bakıldığında çalışan birey başına düşen yaşlı birey sayısı %13,4'tür ve bu oranın 2080 yılına gelindiğinde %43,6 olacağı öngörülmektedir. Türkiye nüfusu genç bir nüfus yapısına sahip olduğu halde toplam nüfus içinde yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazladır. Ülkemizin refah seviyesinin artması, sağlık sisteminde yaşanan gelişmeler, doğum ve ölüm

oranlarının azalıyor olması yaşlı nüfusumuzun artmasına ve yaş yapımızın değişmesine neden olmaktadır (TÜİK 2020).

Dünya nüfusu 2019 yılı tahmini 7 milyar 604 milyon 656 bin 633 kişidir. Yaşlı nüfus ise 703 milyon 711 bin 487 kişidir. 2019 yılı itibarıyla nüfusun %9,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre 2025 yılında yaşlı nüfusun sayısı 840 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. 840 milyon yaşlının %70'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu üç ülke sırasıyla Monako (%34,1), Japonya (%28,8) ve Almanya (%22,7) olmuştur. Türkiye 167 ülke içinde 66. sıradadır (TÜİK 2020). Gelecek yıllarda yaşlı popülasyonun büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde, yarısında fazlası Asya ve Çin'de olacağı ifade edilmektedir. (TÜİK 2017).

2.1.3. Toplumsal Dönüşüm Süreçlerinde Yaşlılık

İnsanların toplayıcılıkla hayatını sürdürdüğü ilkel toplumlarda, yaşlılar kendilerine bakabildikleri süre boyunca hayatlarını sürdürüyorlardı. Avcılıkla geçinen ve göçebe olan toplumlarda yaşlılar grubun hareket etme hızlarına ayak uydurabilmek durumunda kalıyorlardı. Uyum sağlayamayan yaşlılar o grup için yük olmaktaydılar. Japonya'nın ilkel topluluğu Ainu'lar yaşlı kadınların değersiz olduklarını düşünmekteydiler. Güney Amerika'da Arawaks'lar yaşlı bireyleri terk etmekteydiler. Kuzey Avrupa'da Lapps'lerde ve Hopi gibi göçebe gruplarda yaşlılar, kabile yer değiştirirken ölüme terkediliyorlardı. Eskimolarda bir yerden başka bir yere gidilirken gruba uyum sağlayamayan yaşlılar yolda yanlarına yiyecek bırakılarak terk edilmekteydiler. Üretici olmaktan tüketici olmaya başlayan yaşlılar toplumsal yaşama yük olan bireyler olarak görülmekte, dışlanmakta ve horlanmaktaydılar. Kısaca ilkel toplumlarda yaşlılar işe yarayıp topluluk yaşantısına katkı verebildikleri, sağlıklı oldukları, kendilerine yetebildikleri ölçüde saygınlık görmekteydiler. Aksi durumda onlardan kurtulma arayışına girilmekteydi. Göçebe yaşamdan sonra yerleşik hayata geçilmeye başlandığında, tarımsal faaliyetler yapılmaya başlanmasıyla toplum yapıları da değişime uğramıştır. Yerleşik düzene geçen toplumlarda yaşlıların yaşam deneyimlerinin fazla olması, yol gösterici olmaları ve gençlere rehberlik etmeleri gibi sebeplerle statülerinin arttığı görülmektedir. Ayrıca yaşlıların toprak sahibi olmalarından kaynaklı ekonomik

güçlerinin olması onların saygınlığını ve itibarını arttırmıştır. Tarımsal toplumlarda yaşlılar işlevsel rollere sahip olmuşlardır. Tarımsal faaliyetlere katılabildikleri ölçüde katılmışlar ya da evi bekleme gibi roller üstlenmişlerdir. Kırsal kesimlerde İslam dininin gereklerine, gelenek ve göreneklere de daha çok uyulmuş; yaşlılara sevgi, saygı, bakım konusunda hürmet edilmiştir. Kırsal kesimin geniş aile yaşam biçimi yaşlıların bakımının sağlanabilmesinin önünü açmıştır. Bu aile biçiminde yaşlılar otoritedir, söz sahibi ve yetkili kişilerdir. Geniş aile yapısının parçalanmasıyla birlikte ortaya çıkan toplumsal değişimler yaşlılar için olumsuz sonuç doğurmuştur. Kırsal kesimden kente göç eden genç neslin geride bıraktığı yaşlılar yalnızlaşmışlardır ve geçimlerini kendilerini sağlamak durumunda kalmışlardır. Kente göç etmiş olan çocuklar ekonomik olarak destek olsalar da bakım, sevgi, şefkat gibi temel gereksinimlerden yoksun kalmışlardır. Aile yapısındaki değişimler, nesiller arası çatışma, kentleşme gibi toplumsal değişimler yaşlıları etkilemiştir. Kentte yaşayan yaşlıların en önemli sorunlarından birisi kent yaşamına uyum sağlamakta zorlanmalarıdır. Azalan komşuluk ilişkileri ve sosyal çevre özellikle yaşlı kadınları daha çok etkilemektedir. Çocuklarıyla ve akrabalarıyla ilişkilerini sürdüren yaşlıların kent yaşamına uyum sağlaması daha kolay olmaktadır (Tezcan 1982).

2.1.4. Yaş-Yaşlılık-Yaşlanma

Yaşlanma kavramına ilişkin birçok tanım yapılmış ve bu tanımlar genellikle benzer anlamlar içermektedirler. Bu kavrama yüklenen öznel anlam onun çok sayıda tanımının olmasını sağlamıştır. Yaşlanma sosyal hayatta bireylerin kendilerine göre anlamlar yüklediği çok boyutları olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Süreç içerisinde bireyin çevreye uyum sağlayabilme becerisinde, iç ve dış etkenlere karşı denge sağlama yetisinde azalmalar olması; ölme ihtimalinin artması “yaşlanma” olarak tanımlanmaktadır (Yumurtacı 2013). Biyolojik işlevleri yönünden erişkin düzeye ulaşan canlılar yani üreme dönemi biten canlılar yaşlanmaya başlamaktadırlar. Yaşlanma, üreme dönemi bittikten sonra ölüme kadar olan sürede yaşanan değişimler, dönüşümler bütünüdür. (Karakaş ve Durmaz 2017).

Doğumla başlayan, yıl birimiyle ölçülebilen süreç “yaş” olarak tanımlanmaktadır. Yaşı ilerleyen bireylere “yaşlı”, yaşlı olma durumuna ise “yaşlılık” denilmektedir (Ak 1991). Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber pek çok alanda farklı

şekillerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı tanımlarken kronolojik tanımlamayı esas alarak “65 yaş ve üzeri” olarak belirtmiştir. Ülkelerde farklı sınıflandırmaların kullanılması mevcut olmakla birlikte ulusal ve uluslararası bilimsel çalışmalarda genellikle DSÖ’nün tanımı kullanılmaktadır. Bu tanım yaşlılığı kategorize etmiştir. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı” şeklinde tanımlanmaktadır (Tezcan ve Seçkiner 2012). Yapılan sınıflandırma bize “takvim yaşı” vermektedir. Yaşlanma her bireyde farklı hız ve şekillerde meydana geldiğinden bu sınıflandırmanın her yaşlıya uygulamak pratikte mümkün olmamaktadır.

“Biyolojik yaş-yaşlılık” hücrelerimizde meydana gelen değişimleri ifade etmektedir. Anne karnında başlayan bir süreçtir. Bireylerin yaşam biçimleri biyolojik yaşlanmayı yavaşlatmakta veya hızlandırmaktadır. En erken yıpranmaya başlayan hücreler gözdeki lenf hücreleridir. “Sosyal yaş-yaşlılık” toplumdaki diğer bireylerin bizim fiziksel görüntümüze bakarak yaşımız hakkında yaptığı yorumlardır. “Ekonomik yaş-yaşlılık” bireyin emekli olmasıyla başlayan yaştır. “Fizyolojik yaş” fizyolojik yeterliliğin olması gerekenden daha erken yaşlarda azalmasının nedenleri, hayata bakış, hayatla iletişim kurmada başarısız olmaktır. “Psikolojik yaş-yaşlılık” geçmiş yaşantıdan kopamama, takılı kalma, geçmişe duyulan özlem ve geleceğe yönelik duyulan kaygı, korku ve üzüntü vb. duygular psikolojik olarak çökmeye neden olmaktadır. Bu bağlamda profesyonel desteğe ihtiyaç duyulabilir. “Toplumsal yaş-yaşlılık” toplum içindeki yaşantıda işlevselliğin azalması, güç ve yeteneklerin azalmasıdır (Tümerdem 2006).

Yaşlanmanın tamamen takvim yaşıyla ilgili olmadığı konusunda her zaman hemfikir olunmuştur. Biyolojik, psikolojik ve kronolojik yaş büyük farklılıklar gösterebilir. Mutlu-mutsuz, sorunlu-sorunsuz bir yaşlılığın belirleyicisi biyolojik ve takvim yaşı arasında yaşanan farklılaşmanın sonucu olabilir. Yaşlanma vücutta meydana gelen bir dizi olaylar serisidir, tek bir biyolojik süreç değildir aynı zamanda sosyal bir içeriğe de sahiptir. Yaşlanma kavramı, genellikle bireyde ortaya çıkan farklılaşmalara işaret etmek için kullanılan bir kavramdır. Kronolojik, psikolojik, biyolojik birçok farklı boyutta ele alınabilecek karmaşık bir süreçtir. Bu farklı boyutlar arasında bir eş zamanlılık olması gerekmez. Bireyin psikolojik, sosyal, biyolojik yaşları kronolojik yaşından farklı durumda olabilir ve farklı bireyler bu süreçleri farklı biçimde yaşarlar (İlgar ve İlgar 2007). Biyolojik, psikolojik, sosyal

farklılıklar birçok nedenden dolayı ortaya çıkar. Beslenme, yaşam biçimi, hastalıklar, uykusuzluk, stres, heyecan, meslek, sosyal ve kültürel çevre gibi faktörler farklılıkları ortaya çıkarır. Bunun yanında genel olarak saçlarda beyazlama, yüzde kırışma, duyu ve hareket organlarında yavaşlama, çabuk yorulma, kronik hastalıklara yakalanma, tepkilerde yavaşlama gibi belirtiler yaşlılık belirtileri sayılmaktadır (Dönümcü 2006).

Pek çok araştırma yaşlılığı yalnızca biyolojik ve kronolojik olarak ele almaz. Çünkü kronolojik yaş, yaşlanmanın sürecine ve niteliğine ilişkin yeterli bilgi vermez. Yaşlanma ancak psikolojik, sosyal ve kültürel olarak ele alındığında anlaşılabilir. Araştırmalarda takvim yaşına odaklanmaktan ziyade yaşa anlam katan tecrübelere odaklanılması gerektiği ifade edilmektedir (Aközer ve ark. 2011).

Yaşlılık, yaşlanma, ihtiyarlık gibi kavramlar arasındaki ayrımlar net değildir ve sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar. Cansız varlıklar için süreç içerisinde eskime, yıpranma gibi kavramlar kullanılırken canlılar için “yaşlanma” kavramı tercih edilmektedir. Dünyaya gelen her canlı varlığın süreç içinde aldığı mesafe yaşlanma olup ölüm ile sona ermektedir. “Yaşlılık” ise sözlükte yaşın artmasıyla birlikte yaşa bağlı değişimlerin gözlenmesi, yaşlı olma hali şeklinde ifade edilmiştir. Yaşlanma kavramı ve yaşlılık arasındaki fark ise şudur; 3 yaşını bitirerek 4 yaşında olan çocuk biraz yaşlanmıştır fakat yaşlılık dönemine geçmemiştir. “İhtiyarlık” kavramı yaşlılık kavramıyla eş anlamlı olarak kullanılıyor olsa da ihtiyarlık kavramıyla ileri yaşla meydana gelen kültürel ve toplumsal ilişkiler belirtilmektedir ancak ihtiyarlık sözcüğü günümüz gelişmiş toplumlarında kullanım dışı kalmıştır. Yaşlılık kavramında daha çok zaman geçtikçe meydana gelen fizyolojik ve biyolojik değişimler ifade edilmektedir. Yaşlılık, insan hayatında psikolojik ve fiziksel yetilerde kayıpların yaşandığı bir zaman dilimidir (Beğer ve Yavuzer 2012).

Büyümenin ve gelişmenin ileri evresi yaşlılık dönemidir, bu dönem bütün yaşlılar için kaçınılmazdır. İnsanlar uzun yaşamak isterler ve buna göre yaşlanma aslında istenen bir durumdur. Yaşlılık, yaşlanma olgusunu içinde barındıran çağımızın sorun olarak ele aldığı her birey için ölüme kadar devam eden uzun bir süreçtir. Yaşlanma kavramının ardından günümüzde çok sık karşımıza çıkan ve sıklıkla aynı anlamda kullanılan iki kavrama bakmak gerekmektedir. Yaşlanma sürecinin bilimsel olarak incelenmesi “Gerontoloji”dir. “Yaşlı insan-old man” anlamına gelmektedir. Yaşlanma olaylarını sosyolojik ekonomik, biyolojik, çevresel boyutlarıyla

incelemektedir. Yaşlanmayı, nedenlerini, koşullarını sosyal ve çevresel kuramları kullanarak temellendirmektedir. Gerontologlar temelde 3 soru üzerinde dururlar. Bunlar; yaşlanma süreçlerinin nasıl geliştiğini anlamak, niçin bu türde geliştiğini açıklamak, yaşlanma süreçlerini etkilemenin olanaklı olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. “Geriatrı” ise yaşlı kişilerin tedavi ve bakımı anlamına gelmektedir. Yaşlanmayı tıbbi açıdan ele alır. Hastalıkların tedavisini, değerlendirilmesini, önlenmesini amaçlayan bir disiplindir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı, “çevreye uyum sağlama kapasite ve yetisinin azalması” şeklinde ifade etmektedir. Yaşlanma kronolojik, psikolojik, sosyolojik, biyolojik, boyutlarıyla önlenmesi mümkün olmayan bir gerileme sürecidir. Bu süreç hayat boyu devam eder. Başlangıç ve bitiş anı belli değildir. Yaşlanmanı bireysel ve biyolojik boyutlarının olması onun sadece kronolojik olarak değerlendirilmemesini sağlar. İnsanlarda biyolojik, kronolojik ve psikolojik olarak 3 çeşit yaş vardır. Bunlar genel olarak birbirine paralel gitmez. 60 yaşında bir kişi 70 yaşında bir kişinin damar ve eklemlerine sahip olabilir. 80 yaşında biri yaşlılarına göre işitme, görme gibi işlevlerinde çok daha iyi durumda olabilir. Bunun yanında kendini olduğu yaşından çok daha iyi durumda veya çok daha yıpranmış, yaşlanmış hissedene çok sayıda birey vardır (Ardahan 2010). Bu gibi durumlar her bireyin kendisi olarak tek bir birey olarak ele alınması gerektiğini ortaya çıkarır. Tüm bireylerin kendilerine özgü biyolojik yapısı, kalıtsal özellikleri ve geçmiş deneyimleri vardır. Bu gibi özellikler insanları birbirlerinden farklı kılar. Bu nedenle kimi insanlar 50 yaşında yaşlıdır, kimi insanlar 70 yaşında gençtir.

2.1.5. Yaşlanma Tipleri

Yaşlanma biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla meydana gelen ve gelişen bir süreçtir. Biyolojik yaşlanma, kronolojik yaşla birlikte ortaya çıkan değişimleri ifade etmektedir. Geçen zamana bağlı olarak hastalık olmadan fizyolojik işlevlerde meydana gelen değişimlerdir. Döllenme ile başlar zamanla hızlanır ve dış görünüşte kendini gösterir. Yaşlanmanın diğer boyutlarına göre daha erken ve belirgin olarak gözlemlenebilir. Psikolojik boyutuyla yaşlanma kişilik özellikleri, psikomotor beceriler, problem çözebilme, öğrenme algı kapasitelerinde meydana gelen değişimleri ifade etmektedir. Diğer bir ifade ile bireyin davranışsal uyumundaki yaşa bağlı değişimlerdir. Bireyin kendini yaşlanmaya hazırlamaması psikolojik yaşlanmanın ortaya çıkmasının en önemli nedenlerinden biridir. Örneğin kendini işine adanmış biri

emekli olunca psikolojik yönden çöküntüye uğrar. Bireylerin beden, zihin, duygu gücü gibi işlevlerinde sorun olmadıkça yaşlanma gerçekleşmez. Ruhen ve fiziken yaşlılığa hazırlanma yaşlılık sürecinde ruhsal sağlık açısından oldukça önemlidir. Sosyal boyutuyla yaşlılık ise, yaş grubuna özgü davranışları ve toplum tarafından o gruba verilen değerleri diğer bir deyişle yaş grubundan beklenen değer ve normları ifade etmektedir. Sosyal roller yaşamın farklı dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Yaşa bağlı olarak değişen roller sosyalizasyon süreçleri içerisinde biçimlenir. Bireyler ait oldukları grubun kültürel ve sosyal normlarına uygun olarak şekil alırlar. Yaşlılık sosyal rollerde çoğu zaman bir kayba neden olur. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda yaşlılığın biyolojik boyutunun yanında sosyal ve kültürel boyutların öneminin üzerinde durulmasında artış yaşanmıştır (Beğer ve Yavuzer 2012). Yaşlılar yaşamlarını sürdürürken psikolojik, sosyolojik, fizyolojik birçok değişimle karşı karşıya kalırlar. Kayıplar, yaşanan stresler, hastalıklar, dulluk, emeklilik, duyu kayıpları gibi birçok olumsuz etken yaşlıları riskli bir grup haline getirmektedir.

2.1.6. Yaşlanma Süreci

Yaşlılık fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik, biyolojik özellikleri ile kaçınılmaz hayatının gerçeğidir. Bireyin biyolojik sürecinin ve gelişim dönemlerinin bir parçasıdır. Yaşamın bir parçası olan yaşlılıkta bireylerde reaksiyonel, fizyolojik ve algısal kapasitelerinde bir gerileme olması doğaldır. Bireyde meydana gelen fizyolojik değişimlerle bedensel fonksiyonlar yavaşlar ve bireylerin yaşamsal aktivitelerini kısıtlanır (Bulduk 2014). Yaşlıların ruhsal özelliklerinde ve bilişsel becerilerinde gerçekleşen değişimlere yönelik olarak çok sayıda araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre yaşlı bireylerin bilişsel becerilerinde çok yönlü değişimler vardır. Araştırmacıların birçoğu yaşlılığın bütünüyle bir gerileme dönemi olmadığını savunmuşlardır. Bunlar birikimli zekanın yaş ilerledikçe arttığını savunan çalışmalardır. Diğer bir grup araştırmacılar ise bellek, konsantrasyon, dikkat, dil kullanma yeteneği gibi becerilerin yaş ilerledikçe azaldığını savunan çalışmalar yapmışlardır. Bu araştırmacılar yaşlıların özellikle yaratıcılık gerektiren alanlarda temel yaratıcılık becerilerini korusalar bile kaliteli ürünler ortaya çıkarmada zorlanacaklarını savunmuşlardır (Karakaş ve Durmaz 2017).

Yaşlılığın ve ölümün nedenleri açıklanmaya çalışılmış ve 130'dan fazla varsayım ve kuram geliştirmiştir. Birçok araştırmacı yaşlılığı beyin büyümesiyle açıklamışlardır. Araştırmacıların bir kısmı üreme dönemi biten ama çocuklarına, torunlarına yardım eden yaşlıların daha uzun süre yaşayacaklarını öne sürerek bunu büyükanne teorisi adını vermişlerdir (Ardahan 2010). Gerontologlar arasında popüler bir yaklaşım olan beyin büyüklüğü ve yaşam uzunluğunun arasında bağlantı kurmak 20. Yüzyılı dek dayanır. Bu kurama göre büyük beyinli olmak ölümleri ve çevreden gelebilecek tehlikeleri azaltan böylece uzun ömürlü olmayı sağlayan bir etken olarak görülmektedir. Büyükanne teorisi, kadınlarda menopoz sonrası dönemde yaşamın nasıl devam ettirildiği sorusuna yanıt aramaktadırlar. Bu teori büyük ananeler doğurganlık çağındaki torunlarına ve kızlarına destek olduklarında yaşam sürelerinin uzadığı varsayımına dayanmaktadır. Tüm kuramlar ve varsayımlar ölümün ve yaşlanmanın nedenini çözmekte başarılı olamamıştır. Bu görüşlerin hiçbiri insanların niçin yaşlanmaya başladığı, nasıl bir evrim süreci geçirdikleri sorularına doyurucu ve net açıklamalar yapamamaktadır. Ancak yaşlılığın insan ve kültürel evrim açısından önemini ve ne zaman yaygın hale geldiği konusunda bizleri aydınlatmaktadır. Bilimsel anlamda şuan bilinen ölümün, yaşlanmanın kaçınılmaz olduğu ve yaşlıların sayısının nüfus içinde artmış olduğu gerçeğidir (Tümerdem 2006).

Yaşlanma süreci hücresel, moleküler, doku-organ, bireysel ve toplumsal yaşlanma olarak düşünülebilir. Temelde yaşlanmayı etkileyen dört etmen vardır. Bunlar; pasif duruma düşmek ve işten yoksun kalmak, fiziksel güçte meydana gelen zayıflamalar ve bedensel şikayetler, hayattan keyif alınan deneyimlerin dışında kalmak, ölüme yaklaştığının farkında olmaktır (Ardahan 2010).

2.1.7. Yaşlılıkla İlgili Teoriler

Yaşlı bir birey değerlendirilirken normal yaşlanma ile patolojik değişikliklerin ayırt edilmesi gerekmektedir. Yaşlanma ile ilgili olarak güncel teoriler ortaya sürülmüştür. Serbest radikal teori en çok kabul gören ve desteklenen teoridir. Serbest radikallerin yaşlanmaya neden olduğunu desteklemektedir. Bu kimyasallar genetik yapıyı (DNA) zarara uğratmaktadırlar. Ultraviyole ışınlar, hava kirliliği, fosil yakıtlar, stres, virüsler vb. bu kimyasalların oluşmasında etkilidir. Serbest radikaller doğumla birlikte oluşmaya başlarlar ve dış etkenlerden de etkilenirler. Yaşlanmayla birlikte vücutta bu kimyasalların lehine dönüşümler olur ve vücut sistem, hasar görür

(Şentürk 2018). Serbest radikal reaksiyonları ile makro moleküllere hasar akümüasyonu olmaktadır. Enzimlerin aktiviteleri azalmaktadır, besin ve oksijenin hücre membranını aşabilmesi mümkün olmamaktadır. Genetik teoriye göre, hücre popülasyonlarının genetik kodlarının sınırlı sayıda replikasyon yetenekleri vardır. Yaşlanmanın neden, bireyin ne zaman yaşlanacağı genetik kodlarında bellidir. Kontrol teorisine göre homeostatik dengeden sorumlu immün ve nöroendokin sistemlerde meydana gelen değişiklikler sonucunda T hücrelerinin, nörotransmitterlerin ve hormonların fonksiyonu azalmaktadır. Yaşlanma ile birlikte organların rezerv kapasitesinde, homeostatik kontrolde, çevreye uyum sağlama yeteneğinde ve stres cevap kapasitesinde azalma meydana gelmektedir. DNA Hasar Teorisine göre, genetik yapıyı DNA oluşturmaktadır. Hücrelerde sürekli DNA hasarı ve onarımı olmaktadır. Uzun yıllar süren hasar yaşlanmaya sebep olmaktadır. Yaşlanma multi faktöriyel bir süreçtir. Zaman içerisinde tüm bireylerde fizyolojik kayıpların ortaya çıkması beklenir ancak bu kayıplar bazen hızlı bazen yavaş yaşanabilmektedir. Bu kayıplar bireyleri yaralanmalara ve hastalanmalara karşı korunmasız durumda bırakmaktadır (Gökçe Kutsal 2009).

2.1.8. Yaşlılık Dönemi Genel Özellikleri

Yaş ilerledikçe bireylerde ruhsal ve fiziksel yönlerden farklılaşmalar meydana gelmektedir. Gelişim süreçlerinin birbirini takip eden yıllarında hücrelerde ve organlarda yenilenmenin yavaşlaması, yıpranması, durması gibi fiziksel farklılıklar gerçekleşmektedir. Belirgin olarak gözlenebilen fiziksel değişikliklerin yanında ruhsal, sosyal birçok değişim yaşanmaktadır. Yaşlılık bireyi biyolojik, psikolojik, sosyolojik birçok yönden etkileyen bir dönemdir.

2.1.8.1. Fizyolojik özellikler

Yaşlanmayla birlikte değişiklikler sistemlerde ve organlarda belirgin olarak kendini gösterir. Değişimi hızı genetik, beslenme, yaşam şekli ve koşullarına göre değişiklik göstermektedir. En temelde duyu organlarında, sistemlerde birçok fizyolojik gerilemeler meydana gelmektedir. Göz, fizyolojik değişikliklerin en belirgin olarak hissedildiği organdır. Görebilme azalmakta ve yaşlının net görmesi gereken ışık miktarı artmaktadır. Yüksek sese maruz kalma, kulakta uzun yıllar kirlilerin birikmiş olması veya yalnızca yaşlanmış olmanın etkisiyle duyma kalitesi

yıllar geçtikçe azalır. Diş etlerinde çekilme yaşanması diş kayıplarına sebebiyet verir. Ağız bakım ve temizliğine gösterilen önemin azalması bakteri oluşumlarına, ağızda biriken yemek artıkları, sağlıklı ağız yapısının oluşmasına sebep olur, dil yapısındaki değişimlerle iştahsızlık ve tat kayıpları yaşanır. Cilt altı yağ dokusunda azalma kırışıklıklara ve cildin sertleşmesine sebep olur, kan dolaşımının azalmasına bağlı olarak derilerde meydana gelen yaralanmalar daha geç iyileşir. Artan yaşla birlikte vücut postürü bozulur, kemiklerin zayıflığı ve kırılabilirliği artar. Beyindeki hücre sayısı da yaşa bağlı olarak azalır. Buna bağlı olarak, öğrenme, algılama, hatırlama, gibi işlevlerde kayıplar yaşanır. Yaşa olarak kalbin yapısında meydana gelen gerilemeler kalp yetmezliğine neden olabilir. Egzersizler ve düzenli yürüyüşler kardiyovasküler sistemdeki gerilemeleri yavaşlatabilir. Solunum kaslarında meydana gelen zayıflamalarla akciğerlerin fonksiyonları azalır. Yaşlanmayla birlikte emilimde ve mukusta azalma meydana gelir. Mide daha yavaş boşalır bu da reflü gibi rahatsızlıklara sebep olabilir. Kalın bağırsağın yavaşlamasıyla kabızlık gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Hücre miktarının azalması karaciğerde küçülmeye neden olabilir. Böbreklerin dokusu küçülmeye başlar, kan akışı azalmaya başlar. Erkeklerde genital değişiklikler daha az yaşanmakta iken, kadınlarda menapoz sonrasında değişiklikler daha yoğun yaşanmaya başlar. Hormonal sistemde ortaya çıkan farklılaşmalar kas, iskelet sisteminde, kemik ve minerallerde kayıplara sebep olur. Bağışıklık sisteminde azalmaya bağlı olarak enfeksiyon riski artar (Pehlivan ve Karadakovan 2013).

2.1.8.2. Psikolojik özellikler

Yaşlılığın psikolojik boyutu ruhsal davranışlardaki değişiklikler ve bilişsel becerilerde meydana gelen değişikliklerle ilgilidir. Ruhsal davranışlardaki değişimler baş etme becerileri, güdülenimler ve duygudurum gibi olgularla açıklanmaktadır. Bilişsel beceriler öğrenme, zeka, dikkat, dil, bellek, akıl yürütme, görsel yetiler gibi olgulardır. Diğer kayıplarla birlikte davranışsal olarak meydana gelen değişimler yaşlanmanın psikolojik boyutunu oluşturmaktadır (Ak 1991).

Yaşlanmayla birlikte bilişsel becerilerde yaşanan gerilemeler ruhsal durumları da etkilemektedir. Yaşlanmayla birlikte beynin hacmi küçülür ve ağırlığı azalır. Beyinde meydana gelen bilişsel değişimler, toplum tarafından yaşlının bunak, unutkan olarak nitelendirilmesine sebep olmaktadır. Fakat bilimsel olarak beyindeki bilişsel değişimler beraberinde işlev bozukluklarını getirmez. Beynin ağırlığı ve büyüklüğü

bilişsel işlevlerde doğrudan ilişkili değildir. Ayrıca yaşlanmayla birlikte bilişsel becerilerin tamamı gerilemez. Bu beceri ve işlevler yaşam koşulları, genetik, eğitim, sosyoekonomik şartlar, geçirilen hastalıklar gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bellek ve öğrenme yaşlılık sürecinden en çok etkilenen bilişsel işlevlerdir. Eksik veya yanlış hatırlama, bellek sapması, düşünmede yavaşlama, detaycı olma, direnme gibi değişiklikler görülür. Muhakeme becerisi azalır. Dikkatte azalma yaşanmaya başlanır, dili kullanma becerisinde değişme gerçekleşmez. Yaşlanmayla birlikte demans, alzheimer, bilinçte bunaklık, stres, depresyon görülme ihtimali yüksektir (Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

Yaşlanma olgusu biyolojik ve fizyolojik boyutlarına ilişkin birçok tanım yapılmaktadır. Ancak yaşlılığın bütüncül bir şekilde anlaşılabilmesi için psikolojik ve bilişsel boyutlarıyla da göz önüne alınmaktadır. Yaşlanan bireyin psikolojik özellikleri değerlendirilirken kayıpları, kazançları, artılar, eksiler bir arada değerlendirilmektedir. Yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişimler yaşlı bireyde değersizlik ve yetersizlik duyguları uyandırmaktadır. Bu durumda yaşlının psikolojik durumuna yansımaktadır. Sinir sisteminde meydana gelen yavaşlama bilişsel işlevleri geriletmektedir, yaş arttıkça bu kayıpların düzeyi de artmaktadır. Konuşma, karar verme, algılama, öğrenme gibi özellikler artan yaşla birlikte gerilemektedir. Gerilemelerin hızı yaşam şeklinden ve geçmiş deneyimlerden etkilenmektedir. Bu nedenle bütün yaşlılar bu gerilemelere aynı tutum ve tepkileri göstermezler. Fakat hangi kişilik özelliklerine sahip olsalar da bireyler psikolojik olarak birçok sorunla karşılaşır. Fiziksel kayıplarla birlikte ortaya çıkan davranışsal yetenekte yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanma kapsamındadır. Yine aynı şekilde fiziksel kayıplarla birlikte işe yaramama, fazlalık olma, ölüm endişesi gibi yetersizlik duyguları ortaya çıkabilmektedir. Zihinsel değişiklikler uyum sorunlarını ortaya çıkarmakta, ruhsal çöküntüler yaşanabilmektedir. Bu süreçte yeniliklere uyum sağlamakta zorlanma, eski alışkanlıkları sürdürmeye çalışma, yeniliklerden korkma gibi psikolojik durumlar yaşanabilmektedir (Eyüboğlu ve ark. 2012). Yaşlı bireyler ruhi bir çöküntü içerisinde görünebilirler, çabuk öfkelenerek kızgınlıklarını gösterebilirler. Başarısızlık, hayal kırıklıkları, işe yaramamazlık hislerini yaşayabilirler. Yaşamaları için bir sebep kalmadığını düşünebilirler, neşesizlikten ve hayattan keyif alamamaktan yakınabilirler (Ak 1991).

2.1.8.3. Sosyal özellikler

Yaşlılık döneminin belirgin fizyolojik ve psikolojik özelliklerinin yanında kendine has sosyal özellikleri vardır. Bu dönemde sosyal rollerde değişimler ve rollerde kayıpların yaşanma ihtimali oldukça fazladır. Emeklilik, yaşlılık döneminin başlaması olarak kabul edilmektedir. Yaşlı birey bu sürece hazırlıksız veya hazırlıklı girebilmektedir. Bu dönemde kişiyi birçok rol değişikliği beklemektedir. Sosyal hayata katılımın azalması, verimliliğin düşmesi, çalışma hayatından uzaklaşma en temelde de ekonomik gücün azalması yaşlının bu dönemde karşılaşacağı değişimlerdendir. Bu döneme alışmak oldukça zor olabilir. Özellikle hazırlıksız yakalanan yaşlı birey boşluğa düşebilir, Boşluğa düşme, çevreyle iletişim sorunları, iç dünyaya kapanma sorunları yaşanabilir. Emeklilik dönemine hazırlık yapılmış ise bu süreçte yaşlı hayata farklı anlamlar yükleyip yeni sosyal roller kazanabilir ve bahsedilen sorun durumlarını daha az yaşayabilir. Çocukların evden ayrılmasıyla birlikte ebeveynlik rolünde meydana gelen değişimler yaşlının ruhsal durumunu etkiler. Bakım rolünü üstlenen ebeveynin artık yaşlanmış olmasıyla bakıma muhtaç duruma gelmesi çocuklar ve ebeveynler arasında rollerin değişmesini beraberinde getirir. Bu dönemde bakımı veren çocuklar, bakımı alan ise yaşlılardır. Toplumsal hayatta yaşlıya olan ihtiyacın azalması, çocukların evden ayrılması, arkadaş ve akrabalarda ölümlerin yaşanması yaşlı bireyi yalnızlaştırır. Özellikle eşin ölümü yalnızlaşmanın en büyük faktörlerinden biridir. Kendine olan güvenin kaybolması, işe yaramamazlık, başkasına muhtaç olma duygusu, ölüm korkusu gibi ruhsal problemler yaşanabilir (Milli Eğitim Bakanlığı 2013).

2.1.9. Yaşlılık Kuramları

Yaşlanma üzerine geliştirilmiş birçok kuram bulunmaktadır. Bu kuramlar ekonomik, demografik, psikolojik, siyasi, sosyolojik açılardan yaşlılığı ele alan kuramlardır.

2.1.9.1. Demografik ve ekonomik kuramlar

“Yakınsama kuramı”, değişen toplum yapısıyla birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde geniş aileden çekirdek aileye dönüşüm süreçleri başlamıştır. Daha önceleri aileler tarafından sağlanan yaşlı bakımı, bu süreçte kamu sektörü veya özel sektör kurumlarına devredilmeye başlanmıştır. “Yaşam döngüsü kuramı” na göre bireyler

yaşamlarına net tüketici olarak başlarlar, net üretici olarak devam ederler ve daha sonra yeniden net tüketici olurlar. Tüm bireyler aynı temel sıra içinde yaşarlar. “Varlık akışı kuramı”na göre doğurganlığa yönelik kararların ne gibi temellere dayanılarak alındığını kuşaklararası kaynak akışı bağlamında açıklamaya çalışır.

2.1.9.2. Sosyolojik kuramlar

Yaşamdan kopma kuramı Elaine Cumming ve William E. Henry tarafından geliştirilmiştir ve yaşlılık alanındaki ilk sosyolojik kurumlardan biridir. Yaşlanan bireylerin toplumsal rollerinden yavaş yavaş geri çekilişine odaklanır. Yaşlılığı bir geri çekilme süreci olarak tanımlar. Aktivite kuramına tepki olarak doğmuştur. Yaşama katılamamayı, yaşamdan geri çekilmeyi; doğal, normal bir eylem olarak görmektedir. Bu teoriye göre, sağlıkları bozulan, fiziksel kapasiteleri azalan ve ölüm ihtimali artmış olan yaşlılar sosyal yaşamdan kademe kademe geri çekilirler. Çalışmak, sosyal faaliyetlere katılmak, ebeveynlik gibi temel sorumluluklarından kurtulan yaşlılar, katılmak istedikleri sosyal aktivitelere katılma fırsatı bulabilirler. Toplum, yaşamdan geri çekilmeyi destekler, temel rollerinden geri çekilen yaşlı bireyin yerini dolduracak genç bireylere fırsat tanır, yaşlıların geliştirdiği işlevler gençlere aktarılır. Sosyal rollerin kuşaklar arası aktarımını sağlayabilmek için yaşlıların kendi rollerini genç nesillere bırakması gerekmektedir. Bu nedenle emeklilik şartlarının, yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin yaşlıları ikna edecek şekilde planlanması gerekmektedir (Demirbilek 2007).

Kuram, yaşlıların sosyal ilişkilerinin ve rollerinin devam ettirilmesine ilişkin gerekli olan enerji ve güçlerin azaldığını hatta bu durumun toplumu kesintiye uğratma riskinin olabileceğini savunur. Kaybedilen roller toplumsal aidiyet duygusunu olumsuz yönde etkilemektedir (Alptekin 2011).

Çatışma yaklaşımı, dezavantajlı durumdaki yaşlılara odaklanan, onları bağımlı olmaya zorlayan ekonomik ve siyasal faktörlerin üzerinde durmaktadır. Kuramın temel kavramları “rekabet, dengesizlik ve değişim” dir. Bu kavramlar toplumda kargaşa meydana getirebilecek kavramlardır. Kurama göre yaşlı bireyler var olan sosyal kaynaklar ve ödüller için gençlerle yarışma halindedirler. Ancak azalan sosyal güçlerinden dolayı dezavantajlı durumdadırlar. Bu nedenle yaşlıların ekonomik, sosyal, siyasi güce ulaşma imkanları daha düşüktür ve gücü elinde bulunduranların baskısı altındadır. Toplumsal dönüşümler öncesi tarımsal toplumlarda yaşlılar toprak,

mülkiyet gibi hakları ellerinde bulundurdıklarından ekonomik güce sahiptiler. Geniş ailelerin dağılması, tarımsal düzenden kent hayatına geçilmesi gibi faktörlerle yaşlılar statü kaybına uğramışlardır (Demirbilek 2007).

Etkinlik kuramı, kişilerin sosyal hayatta aktif oldukları sürece yaşamdan alacakları tatmininde fazla olacağını ifade eder. Aktiflik durumunu ekonomik durumu, sağlık düzeyi, yaşam biçimi gibi faktörler etkiler. Bireylerin yaşamları boyunca sahip oldukları aktivite becerileri, yaşlılık dönemlerini de etkiler. Sembolik etkileşimci yaklaşımdan türemiştir. Yaşlanmayla birlikte bireylerin aktifliğinin azalacağını ve buna ek olarak toplumun da yaşlı bireyleri kenarı ittiklerini savunur. Yaşlılık döneminde anlamlı sosyal etkinliklerle uğraşılmasının önemi üzerinde durur. Sosyal etkinliklere katılmak yaşlıların sosyal bütünleşmesine yardımcı olur. Yaşlı insanlar ne kadar aktif olursa yaşamdan o denli tat alırlar. Eski rollerin yerine yeni roller konularak aktiviteler korunabilir. Böylece toplumsal katılım imkanları artar ve sosyal düzenin bir parçası olmaya devam ederler. Bu kuram yaşamdan kopma kuramının tersi görünümündedir. Bireyler sosyal rollerini yaşları ilerledikçe kaybetmeye başlarlar. Roller azaldıkça yaşamdan aldıkları tatmin düzeyleri de azalır. Aktivite düzeyi arttıkça yaşamdan tatmin olma düzeyleri de artacaktır. Aktivite teorisinin temelini, emekli bireyler hayatlarını nasıl daha tatmin edici hale getirirler sorusu oluşturmaktadır (Demirbilek 2007).

Bu kurama göre yaşlıların ihtiyacı olan şey üretici olmak, sosyal aktiviteler içerisinde yer almaktır. Her yaşlı bireyin farklı gereksinim, ilgi, fiziksel yetenekleri vardır. Doğru yönlendirilen bireysel aktivitelerle yaşlıların bireysel doyumları sağlanabilir. Yaş farkı insanların birbirinden ayrıldığı temel farklılık değildir. Esas fark insanların aktiviteleriyle ve yararlı olmalarıyla ilişkilidir, pasif olmak yaşlıları mutsuzluğa sevk eder. Çeşitli sosyal rollere sahip olan yaşlıların topluma bağlılık düzeyi daha yüksektir ve daha fazla yaşam memnuniyetine sahiptirler (Alptekin 2011).

Süreklilik kuramı, bireyler yetişkinlik sürecinde edindikleri becerileri, tercihleri, ilişkileri, alışkanlıkları kişiliklerinin bir parçası haline gelir ve yaşlılık dönemlerinde de bunları sürdürmeye devam ederler. Yani bireyler yetişkinlik sürecindeki kişiliklerinin bir parçası haline gelen özelliklerini yaşlılık dönemlerinde de sürdürme eğilimi göstermektedirler. Toplumsallaşma süreci doğumla başlar, çocukluk ve yetişkinlik sürecinde edinilen değer, kültür, inançlar yaşlılıkta da korunmaya devam

etmektedir (Onur 1997). Kuram, içsel ve dışsal yapı mekanizmalarının bireylerde korunarak sürdürülmesi gerektiğini savunur. İçsel yapılar duygu, tecrübe, seçim, sabır, beceri, eğilimler olarak tanımlanır. Dışsal yapılar ise bireyin geçmiş becerilerine ilişkin kazanımlarının yanı sıra farklı rol performanslarıyla ve etkinlikleriyle ilişkili olarak tanımlanır (Aközer ve ark. 2011).

Kurama göre, yaşlı bireyler kaybettikleri sosyal rollerinin yerine yenisini koyarlar böylece topluma uyum sağlamaya ve ait olmaya devam ederler. Başarılı yaşlanma yaşam doyumunun temelidir. Gençlik döneminde pasif, içine kapanık olan bireyler yaşlılık dönemlerinde de aynı kişilik özelliklerine sahip olurlar. Gençlik dönemlerinde aktif, konuşkan olan bireyler yaşlılıkta da bu özelliklerini korurlar.

Modernleşme teorisi, toplumların modern hale geldikçe yaşlıların konumlarında bir gerileme olduğunu savunan makro bir kuramdır. Yaşlılar teknolojiye ve olanaklara uyum sağlayamadıklarında modası geçmiş olarak görülerek toplumda değer ve statüleri azalmaktadır. Bu durum yaşlıların güvenlik, sevgi, saygı, ihtiyaçlarının karşılanmasını olumsuz olarak etkilemektedir. Avcılık-toplayıcılık dönemlerinde yaşlılar işe yaradıkları ölçüde değer görmüşlerdir. Tarımsal süreçlerde yaşlıların bilgi, deneyim ve ekonomik güçleri olmasından dolayı statüleri artmıştır. Sanayileşme ile yaşlı insanlara verilen değer azalmıştır. Artan teknoloji yaşlıların bilgi ve deneyimlerine olan ihtiyacı azaltmış ve yaşlıları değersizleştirmiştir (Şentürk 2018).

Kuram, endüstrileşmenin yaşlıların statüsünü gerileten bir faktör olduğunu, endüstrileşmenin yaşlıların statüsünü olumsuz etkilediğini savunmaktadır. Geleneksel işçilikten ve tarımsal sistemden fabrika sistemine geçilmesi, teknolojinin artması yaşlıların saygınlığını, değeri azaltmış, onların geleneksel olan becerilerini değersizleştirmiştir (Tufan 2002).

Rol kaybetme kuramına göre, insanlar toplumsal hayat içerisinde belirli konumlardadırlar ve bu konumlarda belirli rollere sahiptirler. Değer, inanç ve tutumlar bu rollerle ilişkilidirler. Yaşlı bireyler değerlerini ve statülerini arttıracak yeni roller bulamamaktadırlar. Yaşlı bireyler rolsüzdürler ve sosyal destekten yoksun kalmaktadırlar. Kurama göre, yaşlılıkta karşılaşılan sıkıntılar kişisel yetersizliklerden kaynaklı değil, yaşlılara atfedilen rollerin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Yaşlı

bireylerin sosyal olanaklarının arttırılması, onlara yeni roller atfedilmesi benlik saygılarını ve sosyal işlevselliklerini arttıracaktır (Şentürk 2018).

Psikososyal yaklaşım, Erikson bireylerin psikososyal gelişimlerini 8 dönemde tamamladıklarını, her gelişim döneminin kendine ait özellikleri olduğunu savunmuştur. Bu gelişim dönemlerinde önemli olan bireylerinin olumlu olumsuz olan özelliklerden hangisini kazandığıdır. Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk evresinde (65 yaş ve üstü) yaşlılık dönemi gelişim özelliklerini belirtmektedir (Arslan 2008). Kurama göre daha önceki gelişim aşamalarını sağlıklı geçiren bireyler bu dönemde de olumlu ilişkiler kurarlar, yalnızlık, ümitsizlik gibi duyguları daha az yaşarlar. Bu evrede yaşlı birey emekli olur, yaşlılık dönemine özgü belirtileri yaşamaya başlar. Birey geçmiş hayatını sorgulamaya başlar. Kişi geçmiş deneyimleri olumlu olarak görüyorsa başarılı yaşlanma geçirir ve benlik bütünlüğüne ulaşır. Geçmiş yıllarını yaşamaya değer görmez ise umutsuzluğa ve mutsuzluğa sürüklenir. Çünkü geçmişi düzeltme veya yeniden yaşama imkanına sahip değildir (İlgar ve İlgar 2007). Erikson'a göre bebeklik dönemindeki temel güven duygusunun yaşlılık dönemindeki benlik bütünlüğü ile ilişkilidir.

2.1.10. Yaşlılık ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet insan hakları ve sosyal adaleti temel alarak sosyal değişimi destekleyen, bireylerin iyilik durumunu geliştirmek amacıyla sorun çözme, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan profesyonel bir meslektir (IASSW ve IFSW 2001).

Sosyal hizmet mesleği profesyonel bir yardım mesleğidir; bireylerin sorun çözme kapasitelerini arttırmak, kaynak sağlayan sistemlerle bireyler arasında bağlantı kurmak, sosyal politikanın gelişmesine katkı vermek ve risk altında bulunan dezavantajlı grupları desteklemek amacıyla çalışmalarını yürütür (Zastrow ve ark. 2016).

Sosyal hizmetin odağında toplum, değişme ve gelişme vardır. Meslek uygulamasına çevresi içinde yaşayan bireylerin yaşam deneyimlerini koyarak bireyleri güçlendirmeye ve sosyal işlevselliklerini arttırmaya çalışır (Duyan 2010).

Sosyal hizmetin esas amacı birey, grup, aile ve toplumlara sorunlarıyla baş etmeleri, güçlü yönlerini fark etmeleri ve harekete geçirmeleri, sosyal

işlevselliklerini arttırmaları amacıyla yardım etmektir. Sosyal hizmet her düzeyde (mikro, mezo, makro) çok yöntemli ve çok yaklaşımlı genelci uygulama anlayışıyla çalışır. Sosyal hizmet uzmanları mesleki bilgi beceriye sahip, çeşitli kuram ve modelden faydalanan, uygulama alanları arasında rahatlıkla geçiş yapan meslek elemanlarıdır. Genelci sosyal hizmet uygulamasıyla çok düzeyli değişim ve gelişim sürecini sürdüren sosyal hizmet uzmanları birey, aile, grup, toplumla uyum içerisinde çalışır (Duyan ve ark. 2008).

Bireylerle sosyal hizmet birebir ilişki içerisinde müracaatçıların bireysel ve sosyal sorunlarının, sıkıntılı, üstesinden gelinmesi gereken durumların çözümüne odaklanır (Turan 2012). Ailelerle sosyal hizmet uygulaması odağına aileyi koyup bireylerin karşılaştıkları sorunların aileden etkilediği ve aileyi etkilediğini esas alarak aile sistemini işlevsel hale getirmeye çalışır. Gruplarla sosyal hizmet uygulaması toplu halde yaşamını sürdüren insanların değişmesinde ve gelişmesinde çok güçlü bir araçtır. Grup içerisinde bireyler benzer ihtiyaçları olan kişilerle etkileşime girerek birbirlerine destek olurlar, sosyal becerilerini geliştirirler (Duyan ve ark. 2008). Toplumla sosyal hizmet uygulaması müracaatçıların sistemin boşluklarından veya aksaklıklarından kaynaklı karşılanamayan ihtiyaçlarını görerek sistemlerin değiştirilmesi ve geliştirilmesi için makro düzeyde aktif rol almayı amaçlar (Sheafor ve ark. 2016).

Sosyal hizmetin uygulama alanları toplumdan topluma değişebilir. Her toplumun kendine özgü var olan sorunları sosyal hizmetin uygulama alanlarını şekillendirir. Genel anlamda sosyal hizmet mesleği dezavantajlı, özel gereksinimi olan gruplarla çalışır. Sosyal hizmet uygulamalarının yapıldığı yerler sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların değişmesi, gelişmesi ve refahın artırılması için mesleki uygulamalarını yaparlar. Çocuk, kadın, genç, yaşlı refahı, adli, tıbbi alan, sosyal güvenlik, sosyal yardım, sivil toplum alanlarında sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirir ve geliştirirler. Yaşlı refahı alanı sosyal hizmet mesleğinin birincil alanlarından biridir. Sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak sorunlarını çözmek, sosyal işlevselliklerini geliştirmek, yaşlılara yönelik var olan sosyal politika ve programların iyileştirilmesini sağlamak için aktif olarak çalışırlar (Şeker 2008).

Her ülkenin kendine özgü yapısı, gelenekleri, sosyal ve ekonomik olanaklarıyla paralel olarak sosyal hizmetlerin toplumdaki bireylere sunumu şekillenmektedir.

Genel itibariyle sosyal hizmetler her ülke de devlet bünyesindeki bakanlıklar ve bağılı kuruluşlardan oluşan merkezi yönetimler, belediye ve il özel idaresinden oluşan yerel yönetimler, özel sektöre bağılı kuruluşlar, kar amacı gütmeyen dernek, vakıf vb. kuruluşlar aracılığıyla sunulmaktadır. Sosyal hizmetler günümüzde oldukça geniş bir alanı kapsamakla birlikte çocuk, engelli, kadın yaşlı alanlarında yoğunlaşmıştır. Türkiye’de yaşlılara yönelik sunulan hizmetler ulusal ve uluslararası mevzuatlar çerçevesinde sunulmaktadır. Uluslararası alanda İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Birleşmiş Milletler Yaşlı İlkeleri, Avrupa Sosyal Şartı, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı gibi mevzuatların yaşlılara ilişkin hükümleri Türkiye’yi de bağlayıcı niteliktedir. Ulusal mevzuatta yaşlılara özgü hazırlanmış yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Yaşlılara yönelik hizmetlerin sunumunda Anayasanın 10. ve 61. Maddeleri en üst norm olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde sosyal hizmetlerin sunumunda ana sorumluluk ve yetki Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına (AÇSHB) verilmiştir. Bakanlık yapılanması içinde yaşlılara yönelik hizmetler Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yürütülmektedir. Bakanlık mevzuatında yaşlılara yönelik sunulan hizmetlerin düzenlendiği kanun 24/5/1983 tarih 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunudur. 2828 sayılı kanunda “ihtiyacı olan yaşlı” tanımlanarak koruyucu önleyici tedbirlere yer verilmiştir. Kanunda yaşlılara yönelik hizmet veren kuruluşlar huzurevleri, aktif yaşam merkezleri, ev tipi sosyal hizmet birimleri, sosyal hizmet merkezleri olarak tanımlanmışlardır. Huzurevleri ve Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimleri yatılı olarak Aktif Yaşam Merkezleri ve Sosyal Hizmet Merkezleri gündüzlü sosyal hizmet kuruluşları olarak hizmet vermektedirler. 2828 sayılı kanunda bulunan hizmetler önceden Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından yürütülmekteydi. 2011 yılında 633 sayılı Kararname ile SHÇEK Genel Müdürlüğü kapatılarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuştur. 10.07.2018 tarih ve 30474 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yerine Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kurulmuştur. 2013 yılında da Genel Müdürlüğün adı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü iken Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü yaşlılara yönelik koruyucu, önleyici, rehabilite ve rehberlik edici hizmetler sunmak ve var olan hizmetleri geliştirmekle yükümlüdür (Umut ve Zubaroğlu Yanardağ 2019).

Yaşlı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları yaşlı yaşam kalitesini arttırmak ve sürdürmek amacıyla çalışırlar. İleri yaşla birlikte ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, zihinsel ve sosyal sorunlarla baş edebilmeleri için yaşlı bireyleri güçlendirir, en üst düzeyde işlevselliklerini sağlamaya çalışır.

Sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına hak temelli hizmet sunarlar. Mesleki çalışmalarını sosyal adalet ilkeleri ve insan haklarını merkeze koyarak yürütürler. İnsanların yalnızca insan oldukları için sahip oldukları şeylere ulaşmaları için yardım ederler. Yaşlılarla çalışan sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylere yönelik var olan hizmetlerin ve programların uygulanması, kaynaklara erişilebilmesi, hizmetlerin geliştirilmesi bağlamında önemli rol oynarlar. Yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik ihtiyaçları olduklarının farkındadırlar ve bu ihtiyaçların karşılanması konusunda gerekli desteği sunarlar. Yaşlı ihmali ve istismarıyla mücadele ederler, yaşlı yaşam kalitesini en üst düzeye çıkartmak için uğraşırlar. Kendi kaderini tayin hakkına saygı duyarlar. Savunucu rolü ile vaka savunuculuğu yaparlar. Eğitici rolü ile yaşam becerilerinin kazandırılması ve korunmasını sağlarlar. Sosyal hizmet uzmanlarının yaşlı alanında çalışması için herhangi bir uzmanlık eğitimi almış olmaları gerekmez. Dört yıllık lisans eğitiminde öğretilen geneli sosyal hizmet uygulamaları ve becerileri meslek elemanlarına kazandırır. Temel olarak vaka değerlendirme, vaka yönetimi, müdahale planı hazırlama ve uygulama rollerini üstlenirler (Yanardağ 2019).

Gerontoloji ve geriatriye görev yapan sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylerin tıbbi ihtiyaçlarına, sosyal ihtiyaçlarına, ruh sağlığı problemlerine, kaygı, depresyon, yas ile ilgili sıkıntılara profesyonel meslek elamanları olarak destek verirler. Vaka yönetimi, kaynak yönetimi, yaşlının işlevsel kapasitesinin değerlendirilmesi, hizmet planlaması ile ilgili bütüncül hizmet verilecek iş ve işlemlerden sorumludurlar. Yaşlı bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanları mikro, mezzo, makro düzeyde birçok müdahale planlarlar. Planlama yaparken yaşlı bireylerin fiziksel gücünün azaldığı, çeşitli hastalıkların var olabildiği, bilişsel becerilerin zayıflayabildiği, okuryazarlık oranının düşük olabileceği, yeni durumlara uyum sağlamanın zorlaşabileceği, sosyal izolasyon yaşanabileceği, psikiyatrik hastalıkların görülebileceği, kişilere ve araçlara olan bağımlılıkların artabileceği, rol kayıplarının artabileceği, manevi destek ihtiyacının olabileceği, ekonomik zorluklar yaşayabileceği gibi kritik hususların

üzerinde önemle durarak yaşlılık döneminin sağlıklı geçirilmesi için çalışırlar (Zastrow ve ark. 2016).

2.2. DAMGALANMA

Damga (stigma), kelime anlamına bakıldığında “yara, iz, leke, delmek, kara leke” gibi anlamlara gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Damgalama, kişilere ve toplumlara zarar veren, onları aşağılamak, küçük görmek, ayırt etmek, değersiz görmek anlamında kullanılan bir kavramdır. Olumlu olmayan inançlar önyargıları oluşturmakta ardından etiketleme, ayrımcılık ve dışlamayı ortaya çıkarmaktadır. Bu kavramlar birbirleri yerine sıklıkla kullanılmaktadır ancak damgalama kavramı daha geniş bir anlama sahiptir. Damgalamanın temelinde ön yargılar, stereotipler ve sapmalar sonucu oluşan etiketleme bulunmaktadır. Damgalama sonucunda ise ayrımcılık ve dışlama, psiko şiddet (mobbing), sosyal izolasyon ortaya çıkmaktadır. Damgalama birçok farklı bireyin, grubun, toplumun yaşadığı çok boyutlu bir durumdur (Yaman ve Güngör 2013).

Damgalama, insana ait olan bazı özelliklerle ilgili basmakalıp düşünceler sonucunda ortaya çıkan ayırım, farklılaştırma olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Çuhadar 2011). Damgalama ile bahsedilen kişinin, grubun, toplumun farklı olduğu üzerinde durulur ve bu farklılıklar damgalanana olumsuz birçok özellik yapıştırır. Bireyler ya da toplumlar kendilerini korkutan, huzursuz hissettiren, rahatsızlık veren bir durumla karşılaştıklarında damgalayarak kendisinden ve toplumdan ayırır ve dışlar. Pek çok olgu ve durumda görülen damgalanmanın hedefi dışlamak ve ayırmaktır (Taşkın 2007).

Damgalama ile ilgili literatürün ilginç özelliklerinden biri, kavramın tanımında var olan değişkenliktir. Sözlük tanımı utanç, stereotipleme, reddetme gibi bir konuya işaret etmektedir. Damgalama Goffman tarafından açıkça tanımlandığında “derinlemesine kötü bir davranış” olarak tanımlamakta ve “bütün ve normal bir insandan niteliksiz olana” indirmektedir. Stafford & Scott, damgalamanın “bir toplumsal birliğin normuna aykırı olan kişilerin bir karakteristik özelliği olduğunu” öne sürmektedir. Norm burada “bir kişinin belirli bir zamanda belirli bir şekilde davranması gerektiği şeklindeki ortak bir inanç” olarak tanımlanmaktadır. Crocker

ve arkadaşları, “damgalanmış bireylerin belirli bir sosyal bağlamda devalüe edilen bir sosyal kimlik taşıyan bazı niteliklere veya karakteristiklere sahip olduklarını (veya sahip olduklarına inanmış olduklarını) belirtmektedir.” Etkili bir tanım, Jones ve arkadaşları (1984) tarafından öne sürülmüştür, Goffman'ın gözlemini kullanarak damgalamayı bir kişiyi istenmeyen karakteristiklerle ilişkilendiren bir “etiket”, “atfetme ve stereotipleme” arasındaki bir ilişki olarak görülebilir (Link ve Phelan 2001).

Birbiriyle ilişkili dört bileşen sonucu damgalama ortaya çıkar. İlk bileşende insanlar insan farklılıklarını ayırt eder ve etiketler. İkinci bileşende egemen kültürel inançlar, etiketlenen kişileri istenmeyen özelliklerle (negatif kalıplaşmışlara) ilişkilendirir. Üçüncüsü, etiketli kişiler, “onlar” dan “biz” ayrımını gerçekleştirmek için ayrı kategorilere yerleştirilirler. Dördüncü olarak, etiketli kişiler, eşit olmayan sonuçlara yol açan kayıplara ve ayrımcılığa maruz kalırlar (Link ve Phelan 2001).

Halk damgalaması, genel halkın bir grup hakkındaki damgalamaya dayanan karşıt tepkilerini içerir. Her ne kadar toplumdaki grupları ayırt etmek ve bu grupları farklı niteliklerle etiketlemek için kullanılsa da bu kendiliğinden bir süreç değildir. İnsanlık farklılıklarının çoğu, zamanımızın batı toplumlarında göz ardı edilmekte ve toplumsal olarak önemsizdir. Halk damgası stereotipleme, önyargı ve ayrımcılık olmak üzere üç kavram ile ilişkilidir (Rüsch ve ark. 2005).

Damgalama belirli bir özelliğe sahip grup hakkında düşünülen stereotipiler ya da olumsuz inançlar, negatif duygusal tepkiler ve önyargılardan kaynaklı davranışlardır (Peterson ve ark. 2008). Damgalamayla birlikte korkma, dışlama, toplum dışına itme, yardımseverlik, otorite kurmaya çalışma gibi karşıt tepkiler ortaya çıkabilir (Çam ve Çuhadar 2011).

Mevcut literatür yapısal damga, sosyal damga ve içselleştirilmiş damga olarak üç çeşit damga tanımlamıştır. Her bir damga çeşidinin farklı olumsuz etkileri vardır. “Yapısal damga” sistemlerle, “sosyal damga” gruplarla, “içselleştirilmiş damga” ise bireylerle ilgilidir (Doğanavşargil Baysal 2013). Damgalanmış bireyler için fırsatları, kaynakları ve refahı kısıtlayan toplumsal düzen koşullar, kültürel normlar ve kurumsal uygulamalar yapısal damgayı oluşturmaktadır (Hatzenbuehler ve ark. 2014). Toplum tarafından bir bireye, gruba veya başka bir topluma karşı olan

olumsuz duygu, düşünce ve varsayımlar toplum damgasını diğer adıyla sosyal damgayı oluşturur (Karagöl ve ark. 2013).

Damganın beş temel bileşeni bulunmaktadır. Birincisi damga söz konusu olması için bir özellik gerekmektedir. İkincisi sahip olunan o özellik ile ilgili belli kalıp yargılar yani stereotipiler olmalıdır. Üçüncü olarak toplumun bu olumsuz stereotipleri biliyor olması ve bunları birbirlerine aktarıyor olması gerekir. Dördüncü olarak önyargıların davranışlarda farklılık ve ayrımcılık yaratmış olmasıdır. Beşinci olarak damgalanan kesimin karşılaştığı sosyal, ekonomik, politik zorluklar ve güçlüklerdir. Damgalanan kişiler diğerleri tarafından daha değersiz, istenmeyen ve geri plana itilen durumdadırlar. Bu durum sosyal dışlanma kavramını beraberinde getirmektedir. Bunun sonucunda da damgalanan bireyler iş, barınma, iletişim, sosyal roller gibi en temel toplumsal meselelerde geri plana itilmektedirler (Karagöl ve ark. 2013).

Damgalamayı anlayabilmek için sosyal mesafe kavramının anlaşılması gerekmektedir. Sosyal mesafe, bireylerin diğerleriyle kurdukları ilişkilerde onları ne kadar kabul ettiklerinin derecesidir (Arkar 1991). Damgalanan bir birey, toplum içinde normal koşullarda yaşarken, sahip olduğu bir özelliği nedeniyle değerini yitirmiş, hatalı birine dönüşmüş bir birey olarak nitelendirilmektedir.

Damgalama birçok sürecin insan beyinde gerçekleşmesiyle oluşmaktadır, bu süreç etiketinin edinilmesiyle başlamaktadır. Etiket insan farklılıklarının ayırt edilmesine gönderme yapar. İstenmeyen karakteristik özellikleri barındıran baskın kültürel inançlar olan stereotiplerin uyarılmasıyla etiketleme ortaya çıkar. Stereotipi, neredeyse her insan tarafından kullanılan, negatif çağrışımları içeren ve bir kez oluşup sonrasında hiç değişmeyen demektir. Yanlış bilgi sahibi olma yoluyla ortaya çıkan, doğru olduğuna inanılan varsayımlardır. Etiketlenen kişilere yönelik biz algısı yerine onlar algısı oluşturularak grup dışı görülürler. Bütünlük algısı bozulur. Bu nedenle bu kişilere yönelik olumsuz duygular açığa çıkar. Toplum kendini bu kişilerden uzak tutmaya çalışır. Etiketlenen bireylerde kendini toplumdan uzaklaştırır. Bunların sonucunda da etiketlenen bireyler düşük statü, ayrımcılık gibi deneyimler yaşayarak olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalırlar. Bölünme, dışlanma ve ayrımcılık bu süreçlerin sonucunda oluşmaktadır (Angermeyer ve Matschinger 2005).

Damgalama bireylerin yaşam kalitelerini düşüren, sosyal, ekonomik ve psikolojik yönlerden olumsuz deneyimler yaşatan, bireye kendini değersiz hissettiren, ümitsizlik, reddedilme, özgüven eksikliği ortaya çıkaran bir olgudur. Damgalanan birey toplumdan uzaklaşmış, yalnız ve yanlış anlaşılmış bir biçimde yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Kişiler arası ilişkilerde ayrımcılığa uğramakta, dışlanmakta ve kabul edilmeyen duruma düşmektedir. Ayrımcılık ise, belirli grup, birey veya toplumların damga nedeniyle haklarından ve menfaatlerinden mahrum kalması durumudur.

Damgalanma tanımlarken dört kavram kullanmışlardır (Corrigan ve Watson 2002). Bunlar stereotipiler, önyargılar, ayrımcılık ve tutumdur. Stereotipi, önyargı ve ayrımcılık hem damgalanmanın hem de kendini damgalamanın temel unsurlarıdır. Etiketler negatif tutumlarla ilişkilendirildiğinde stereotipiler oluşmaktadır. Bir kişiyi istenmeyen etiketlerle ilişkilendirmek onun damgalanmasına öncülük etmektedir. Stereotipilerden beslenen acımak, üzölmek, kızmak gibi olumsuz duygusal tepkiler önyargıları oluşturmaktadır. Ayrımcılık, önyargıların beslediğı olumsuz duyguların davranışa dönüşmüş halidir. Tutum ise bakış açılarıyla ilişkilendirilir. Damgalanma söz konusu olduğunda tutumları oluşturan bu bakış açıları olumsuzdur (Omori ve ark. 2014).

Damgalama, başkalarının bir kişiyi sosyal bir etkileşime katılım için uygunsuz olarak yargılamalarına yol açan bir sapma biçimidir. Bu, damgalanan bireylerin etkileşim ve iletişim kurmak için beceri veya yeteneklerden yoksun olmaları algısından ve aynı zamanda kişinin bu kişilerin tehlikeli ve öngörülemezliğine ilişkin önyargılardan kaynaklanmaktadır. Bireyler uygunsuz sayıldığı zaman, normal sosyal davranış kurallarının ötesindedirler, toplumdaki diğer grup tarafından göz ardı edilirler ve dışlanırlar (Elliott ve ark. 1982).

Damgalanmanın altı boyutu ileri sürölmüştür;

-Gizlenebilirlik: Bir özellik diğerlerine ne kadar açıktır veya algılanabilir;

-Zaman: Farkın ömür boyu mu yoksa geri dönölebilir olup olmadığı;

-Yıkıcılık: Farkın kişilerarası ilişkiler üzerindeki etkisi;

-Estetik: Farkın, iğrenme tepkisine yol açıp açmadığı veya itici olarak algılanıp algılanmadığı

-Kaynak: Farkın nedenleri, bu fark için özellikle bireyin sorumlu olarak algılanıp algılanmadığı

-Risk: Farkın diğerlerinde tehdit veya tehlike duyguları yaratma derecesi (Jones 1984).

Damgalanma, farklılığın tanımlanmasına, stereotipilerin oluşturulmasına, etiketli kişilerin farklı kategorilere ayrılmasına ve onaylanmama, reddedilme, dışlama ve ayrımcılığın tam olarak uygulanmasına izin veren sosyal, ekonomik ve politik güçlere bağlıdır (Link ve Phelan 2001).

Goffman'ın sınıflandırmasında damga üç ana grupta kategorize edilmiştir. Birincisi “vücudun iğrençlikleri” örneğin fiziksel engel veya görünür şekil bozukluğu; ikincisi “bireysel karakterin bozuklukları” örneğin akıl hastalığı, suçlu bulma; üçüncüsü “kabilesele damga” örneğin yaş, ırk, cinsiyet (Brohan ve ark. 2010b).

2.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerin toplumda var olan olumsuz kalıp yargıları benimseyerek utanç, değersizlik, yetersizlik gibi negatif duygularla toplumsal yaşamdan geri çekilmesi olarak tanımlanmaktadır. Daha basit haliyle içselleştirilmiş damgalanma, kişinin kendini damgalamasıdır (Corrigan 1998).

İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerin kendilerini damgalanmış olarak hissetmesi durumudur. Damgalanmanın oranı ne derece yüksek ise içselleştirilmiş damgalanmanın derecesi de o denli büyüktür. Bireyler dışarıdan herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissedebilirler, istenmeyen bir durumla karşılaştıklarında veya belirli özelliklerinden dolayı öncelikle kendi kendilerini damgalayabilirler. Bu süreçte bireyde var olan basmakalıp düşünceler önem taşır. Bu düşüncenin negatifliğinin derecesi kendini damgalama derecesi ile doğru orantılı olarak gelişir (Çam ve Çuhadar 2011).

Bireyler damgalandıkları için kendilerini diğerlerinden farklı, eksik, olumsuz hissederler. Depresif belirtilerin ortaya çıkması kolaylaşır ve kişinin özsaygısı azalır. Damgalanma kişinin kendisini nasıl hissettiğinin derecesi ile yakından ilişkilidir. Damgalanma duygusu arttıkça birey diğerleriyle iletişimde ve etkileşimde

zorlanmaya başlar, bu süreç geri çekilme ve sosyal katılımın azalmasıyla sonuçlanabilir (Link ve ark. 2002).

İçselleştirilmiş damgalanma, damgalanmış bir gruba ait olan bireylerin tepkisini ifade eder ve bu bireyler damgalayıcı tutumları kendilerine karşı çevirirler. Halk damgalaması gibi, içselleştirilmiş damgalanma, basmakalıp, önyargı ve ayrımcılıktan oluşur. Öncelikle, kendilerine karşı önyargılı olmaya başlayan kişiler stereotiplere katılırlar: "Bu doğru; kendimi umursamıyordum! "İkinci olarak, kendine zarar verme, özellikle düşük öz saygı ve öz-yeterlilik gibi olumsuz duygusal tepkilere yol açıyor. "Doğru; Zayıf ve kendime bakamayacak durumdayım! "İkincisi, kendine yönelik önyargı düşük öz saygı ve öz-yeterlilik gibi olumsuz duygusal tepkilere yol açar. Ayrıca kendine yönelik ön yargı davranış tepkilerine yol açar. İçselleştirilmiş damgalanmanın ortaya çıkmasında kişi öncelikle gruplarıyla ilgili kalıpları bilirler. Ancak, halk damgalamasında olduğu gibi, bireylerin klişelerin farkında olmaları ancak onlarla aynı fikirde olmamaları durumunda, bilgi tek başına damgalanmaya yol açmaz.

Tablo 1. Halk damgalaması–İçselleştirilmiş damgalanma

Halk Damgalaması	İçselleştirilmiş Damgalanma
<u>1)Stereotipi:</u> Bir grup hakkında negatif inanç -Yetersizlik, karakter zayıflığı, tehlikelilik gibi.	<u>1)Stereotipi:</u> Kendisi hakkında negatif bir inanç -Yetersizlik, karakter zayıflığı, tehlikelilik gibi.
<u>2)Önyargı:</u> İnancı kabul etme ve/veya olumsuz duygusal tepki -Kızmak veya Korku gibi	<u>2)Önyargı</u> İnancı kabul etme Düşük benlik saygısı veya Düşük öz-yeterlilik
<u>3)Ayrımcılık:</u> Önyargıya davranışsal tepki -İş veya konut vermekten kaçınmak, yardım vermemek	<u>3)Ayrımcılık:</u> Önyargıya davranışsal tepki -İş ve konut fırsatlarını takip edememe, yardım istemekten kaçınma

(Rüsch ve ark. 2005)

Damgalanmanın halk damgası ve içselleştirilmiş damgalanma olmak üzere iki tipi vardır. Teorik olarak halk damgası içselleştirilmiş damgalanmanın gelişmesine neden olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin benlik saygısındaki azalma ya da bireyin kendisinin sosyal olarak kabul edilemez olduğu algısı nedeniyle öz-değer duygusunda azalma olarak tanımlanmaktadır. Halk damgalaması gibi olumsuz dışsal algıların, bireyin içsel benlik duygusu üzerinde zararlı bir etkisi olabilir. Başka bir deyişle, içselleştirilmiş damgalanma kişinin bir halkın damgalanmasını içselleştirilmesi olarak açıklanır. Üç aylık periyotla yapılan bir çalışmada, halk damgalamasının 3 aylık bir zaman diliminde içselleştirilmiş damgalanmayı tetiklediği gösterilmektedir (Vogel ve ark. 2013).

Damgalanma algısı, en temelde kabul edilmiş damgalanma korkusuna gönderme yapar ve aynı zamanda utanç duygusunu da kapsar. Damgalanma algısı hem algılanan hem de damgalanmanın unsurlarını kapsayan bir kavram olarak düşünülebilir. Damgalanma algısı iki bileşeni içerir. Birincisi bireyin, çoğu insanın genel olarak damgalanmış grup hakkında ne düşündüğü; ikincisi bireyin toplumun kendisini kişisel olarak damgalanmış grubun bir üyesi olarak görmesini nasıl düşündüğüdür (LeBel 2008). Damgalanma algısı, bireyin etiketi almasıyla birlikte dışarıdan gelen bir uyarı olmadan ya da dışarıdan gelen olumsuz tutum ve davranışlar sonucu bireylerin kendilerini toplum tarafından dışlanmış hissetmeleri duygusudur. Damgalanmanın ölçüsü ne kadar çok ise bu gibi olumsuz tepkilerinde düzeyi o derecedir. Düşük benlik saygısı olan kişilerin damgalama düzeyleri yüksektir. Ayrıca damgalama düzeyleri yüksek olan kişilerin damgalama algıları da daha fazladır. Damgalanma algısının temel nedeni bireylerin içselleştirilmiş damgalanma eğilimleridir (Taşkın 2007). İnanç, değer, kültür, aile yapısı kişinin damgalanma veya damgalama düzeyini etkilemektedir (Doğanavşargil Baysal 2013).

Sosyal normlara dayanarak çocuklukta gelişen olumsuz inançlar ve tutumlar, bireyler damgalanmaya yönelik bir özelliği taşımaya başladığında zihinlerinde mevcuttur. Bireyler bu inanç ve tutumların kendilerine uygulanacağını ve diğer insanların onları reddedeceğini ve değersizleştireceğini düşünür. Bu nedenle birey kendini damgalanan bir grupta ilişkilendirdiğinde kendini damgalamaya başlar (Corrigan ve Watson 2002).

Damgalanma yaşadığını düşünen bireylerin benlik saygısı azalmaktadır. Benlik saygısı ve damgalanma duygusu birbirlerini etkilerler. Yapılan araştırmalar

damgalanma ile kendilik saygısının negatif yönlü etkileşimin bulunduğunu ortaya koymuştur (Tel ve Pınar 2012).

İçselleştirilmiş damgalanmanın değerlendirilebilmesi için Ritsher ve ark. (2003) ‘de Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini geliştirmişlerdir. 29 veri 5’li gruplandırma yapılmıştır. Birincisi “yabancılaşma”, toplumun diğer üyelerinden daha aşağıda hissetmek; ikincisi “stereotipi onaylama”, yaygın olan stereotiplere katılma derecesi; üçüncüsü “ayrımcılık deneyimi”, görüşülen kişilerin başkalarının kendisine nasıl davrandığı konusunda algısı; dördüncüsü “sosyal geri çekilme”, önemli bir dışlama faktörü; beşincisi “damgalanma direnci”, damgalanmadan etkilenmeyi reddetme deneyimi olarak sınıflandırılmıştır (Ritsher ve ark. 2003). Bu faktörler daha sonraki çalışmalarda depresyon madde bağımlılığı, yeme bozukluğu gibi diğer popülasyonlarda, dil ve kültürlerde de içselleştirilmiş damgalanmayı ölçmek için 55 farklı versiyona uyarlanarak kullanılmıştır (González-Domínguez ve ark. 2018).

Corrigan ve arkadaşları 2009’da The “Why Try” Effect Modelini geliştirmişlerdir. Bu modelde içselleştirilmiş damgalanmayı üç bileşene ayırmışlardır. Bu bileşenler. Stereotipilerin farkında olmak, onları onaylamak ve kendine uygulamaktır. Modele göre içselleştirilmiş damgalanmayı deneyimlemek için kişi damgalanmış grubu tanımlayan klişelerin farkında olmalıdır ve onlarla hemfikir olmalıdır. Kişi öncelikle kendisiyle ilgili aynı fikirde bulunmadan ve kendi kendini damgalamadan önce ilgili kalıpları bilmelidir. Bununla birlikte bu iki faktör kendini damgalamak için yeterli değildir. Üçüncü faktör kendine uygulamasıdır. Kişinin kendi kendine klişelere başvurması gerekmektedir. Bu bakış açısı hiyerarşik olarak kendini damgalamayı temsil eder (Corrigan ve ark. 2009).

2.2.2. Yaşlılık ve İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma üzerinde yapılan çoğu araştırma ruhsal bozukluğu olan kişilere işaret eder. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanma kişinin ruhsal hastalığından kaynaklı, kendisi hakkında negatif duygular tarafından karakterize edilen bir süreç, uyumsuz davranışlar, bireysel ve basmakalıplardan kaynaklı kimliğin dönüşümü, negatif sosyal tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Mevcut literatürde içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır ancak damgalanma mental sağlık problemlerinden ayrı tutulmamıştır. Damgalanmadan ve

sosyal dışlanmadan muzdarip olan farklı sosyal gruplar, yaşa dayalı damgalamada olduğu gibi daha az dikkat çekmektedir. Damga, yaş ile ilişkilendirildiğinde yaş ayrımcılığı olarak karşımıza çıkmaktadır ve yalnızca yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan stereotipiler ve sistematik ayrımcılık sürecidir.

Ülkemizde mevcut literatürde yer almayan, yabancı literatürde ise çok az sayıda sözü geçen yaşa bağlı kendini damgalamanın yaşanıp yaşanmadığı, sorunlara neden olup olmadığının belirlenmesi, değişkenlerin ortaya çıkarılabilmesi, önleme, azaltma yapılabilmesi, müdahalelerin belirlenmesi için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalanma, toplum tarafından yaşlılara atfedilen olumsuz düşüncelerin yaşlı birey tarafından benimsenmesidir. Yaşlı bireyler diğer gelişim dönemlerinde, toplumun diğer tüm bireylerinde olduğu gibi birçok basmakalıp düşünce edinirler. Yaşlılık ve yaşlı bireylere yönelik olarak edinilen basmakalıp düşünceleri ister istemez benimserler ve kendilerini o gruba dahil ederler. Bireyler içinde yaşadıkları kültürde yaşlanmaya yönelik birçok kavram geliştirirler. Yaşlıların muhtaç, elden ayaktan düşmüş, hasta, sağlıksız oldukları yönünde birçok özellik atfederler. Bu tür kavramlar aile, eğitim, medya, deneyim gibi yollarla edinilirler. Yaşlı birey değersiz görüleceğini, reddedileceğini düşünüyorsa, bunun bireysel olarak uygulanmasından korkar. Birey “ yaşlı olduğum için insanlar beni değersiz görür” gibi kaygılar taşır. Yaşlı birey, toplumda var olan basmakalıplara maruz kaldıkça kendini damgalama düzeyleri de artacaktır. Basmakalıp düşünceler toplumun birçok üyesi tarafından bilinen bilgilerdir. Ön yargılı bireyler basmakalıpları daha kolay onaylarlar ve daha kolay duygusal tepki gösterirler (Çam ve Çuhadar 2011) Yaşlı bireylerin sıklıkla üretken olmayan, hasta, bağımlı ve topluma yük olduklarına yönelik basmakalıp düşünceler benimsenir (Gething ve ark. 2004).

İçselleştirilmiş damgalanma toplum damgası gibi basmakalıplar, önyargılar ve ayırım olmak üzere üç bileşenden oluşur. İlki basmakalıpların onaylanmasıdır (Çam ve Çuhadar 2011). “Doğru, hastayım ve bakıma ihtiyacım var” İkincisi bireysel ön yargıların kendilik saygısında azalma gibi olumsuz duygusal tepkiler ortaya çıkarmasıdır. Üçüncüsü yaşlı bireyi toplumdan soyutlayan, geri çekilmesine sebep olan ayırımdır. Yaşlı birey çalışmayı, özgürce yaşamayı bırakır bunun sebebi yaşlanmanın kendisi değil, yaşlının kendini ayırmasıdır (Fung ve ark. 2007).

İçselleştirilmiş damgalanmayla yaşlı bireylerde utanma, olumsuz düşüncelerde artma, ilişki kurmaktan kaçınma, kendilik saygısında ve değerinde düşme yaşanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama yaşlı bireyin kendini toplumun bir üyesi olarak görmemesine neden olmaktadır. Yaşlı bir bireyde, yaşlı birini damgalama eğilimi yüksekse kendini damgalama derecesi de o denli yüksek olacaktır.

2.2.3. Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma Süreci

Tablo 2. İçselleştirilmiş damgalanma süreci

<u>İçselleştirilmiş Damgalanma</u>	<u>Basmakalıplar</u>
1)Stereotipilerin farkına varma	Yaşlılık yalnızlıktır.
2)Onları onaylama	Evet doğru, yaşlılık yalnızlıktır.
3)Kendine uygulama	Yaşlı olduğum için yalnızım.

2.2.3.1. Stereotipilerin farkında olma

Stereotipiler “bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen” anlamında kullanılmaktadır. Negatif önyargılarla desteklenen negatif, doğru olduğu varsayılan, geniş kesimlerce kabul edilen düşünceler ve söylemlerdir (Doğanavşargil Baysal 2013).

Damgalamanın temelinde stereotiplerden (basmakalıplar) kaynaklı etiketleme bulunmaktadır. Damgalama sonucunda ise ayrımcılık ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireylere yönelik var olan stereotipiler onların ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır. Ayrımcılık stereotipilerin davranışsal bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı bireyler yalnızca yaşlandıklarından ötürü birçok ayrımcı tutum ve davranışlara maruz kalmaktadır. Literetürde yaş ayrımcılığı olarak geçen bu tanımın altında damgalama ve ona sebep olan stereotipiler vardır.

Yaşlılara yönelik stereotipiler medya, kitaplar, gelenek ve görenekler gibi birçok farklı yolla oluşturulup sürdürülebilir. İnsanların bu stereotipleri benimsemesi eğitim durumları, değer yargıları, kültürlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Yaşlanan bireylerin çalışma yaşamından çekilmesi, yaşlanmanın fiziksel kayıplarla,

hastalıklarla anılması stereotipilerin yayılmasına ve sürdürülmesine neden olabilmektedir.

Yaşlanmayla birlikte algılamada zayıflama, hareket etme yeteneğinde azalmalar, kendini geliştirme ve gerçekleştirme becerisinde zayıflama, çalışma hayatının dışında tutulma gibi etkenler yaşlılara yönelik olumsuz algıların oluşmasını yaygınlaştırmaktadır. Yaşlı bireylerin günlük aktivitelerini yapabilme, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilme becerileri azaldığında sosyal olarak bir dışlanma sürecine doğru yaklaşılmaktadır. Yaşlı birey kendine yetebilecek seviyede olsa bile bir şekilde ölümü çağrıştıran bir duruma düşmektedir.

Stereotipiler iş yaşamında, aile yaşamında, hizmet alımlarda yaşlıların ayrımcılığa maruz kalmasına neden olabilmektedir. Stereotipiler, yaşlılardan belirli davranışları sergilemesini beklemektedir. Yaşlılara yönelik genel algı, onların kendileri için yetersiz oldukları, bağımlı oldukları, zamanlarını evde geçirmeleri gerektiği yönündedir. Yaşlı bireylere yönelik en temel stereotipiler onların bakıma muhtaç oldukları, sağlık durumları kötüleşmiş, çocuklaşmış, bağımlı bireyler haline dönüşmüş olduklarıdır. Yaşlanan bireylerin çocuklaştığı algısı onun diğer yetişkinler tarafından muhatap olarak görülmemesine neden olmaktadır.

Yaşlı bireylere yönelik stereotipiler toplumsal yaşamın her alanında karşımıza çıkmaktadır. Çalışma yaşamına katılım söz konusu olduğunda yaşlı bireylere yönelik var olan yaşlanmış bireylerin dinamik olmadığı, gelişmelere uyum sağlayamayacağı, gençlere göre düşük performans gösterecekleri, yeniliklere uyum sağlayamayacakları gibi basmakalıplar yaşlıların hem toplumsal hayattan uzaklaşmasına hem de ekonomik yoksunluğa sürüklenmesine sebep olabilmektedir (Çayır 2012). Toplumsal dönüşüm süreçleriyle birlikte yaşlıların deneyim ve tecrübelerinin önemsiz hale gelmesi onlara iş yaşamında olan ihtiyacı azaltmıştır. Bu durum onları tüketici kesim haline getirmiş ve ekonomiye yük bireyler olarak algılanmasına neden olmuştur. Benimsenen bu düşünceler sorgulamadan kabul ettiğimiz, içselleştirdiğimiz, öğrendiğimiz stereotipilerle ilgilidir.

Sosyal yaşamda yaşlıya yönelik algılamalara baktığımızda yaşlıların çalışma hayatından, sosyal hayattan çekilmelerinin onlar için mutluluk veren bir olay olduğu algısıdır. Bu stereotipi yaşlılıkla ilgili ortaya atılan ilk kuramlardan biri olan yaşamdan geri çekilme kuramına dayanır. Kuram yaşamdan geri çekilmeyi doğal bir

süreç olarak varsayar. Daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan aktivite kuramı tam tersine aktif yaşlanma üzerinde durur. Geri çekilme kuramı ile desteklenen ve yaşları asosyal olan bireyler olarak nitelendiren bu stereotipi yaşlı bireyin sosyal hayattan dışlanmasına neden olabilir (Buz 2015).

Sağlık bakım hizmetlerinde yaşlılara yönelik olarak algılamalar hem olumlu hem olumsuz olabilmektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının yaşlılarla çalışma da olumlu tutumlarının fazla olduğunu göstermekle birlikte farklı çalışmalarda birçok farklı sonuç elde edilmiştir. (Ünal ve ark. 2012). Sağlık alanında yetişen öğrencilerinde yaşlılara yönelik genellikle olumlu tutum gösterdiği ortaya konulmuştur. Ancak daha genç yaştaki öğrencilerin, yaşlılarla iletişim kurmakta zorlanmaları, yaşlıların huysuz, inatçı ve aksi olmaları gibi nedenlerle yaşlılarla çalışmak istemediklerini ifade ettikleri ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca yabancı literatüre de bakıldığında yapılan birçok çalışmada öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının geriatrik hizmetlerde çalışmak istemedikleri ortaya konulmuştur (Yılmaz ve Özkan 2010). Sağlık alanında bakım veren meslek elemanlarının yaşlanmaya ilişkin olumsuz algılamaları olduğu gözlenmektedir. Yaşlı hastalar için sağlık personelleri tarafından “aciz kimse” kavramının kullanılması bunun varsayımı doğrular niteliktedir. Buna ek olarak hemşirelerin yaşlılarla değil gençlerle çalışmayı tercih ettiğini ortaya koyan birçok çalışma vardır (Duyan ve Gelbal 2013). Gething ve ark’a göre, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları, üretkenliğin azalması onların topluma yük olan, bağımlı bir grup olarak algılanmasına neden olmaktadır. Özellikle sağlık çalışanları tarafından “yatak işgal eden”, “hastanenin verimliliğini düşüren, sağlık hizmetlerinin başarısızlığı olan” bireyler olarak görülmektedir (Kulakçı 2010).

Yaşlı bireylerin bilişsel durumu göz önüne alınmadan yalnızca yaşlarının ilerlemesinden dolayı, yaşlı bireyler kendi kararlarını kendilerinin veremeyecek duruma gelirler stereotipisinin düşünülmesi kendi hayatları hakkında karar almalarının kısıtlanması, sağlık durumlarına ilişkin bilgilendirmelerin yetersiz olması, şikayetlerinin ihmal edilmesine neden olmaktadır (Zehirlioğlu ve ark. 2015).

Yaşlılara karşı damgalayıcı söylemler modern toplumlarda geleneksel toplumlara göre daha fazladır. Modern toplumda insanların yaşlılara ve yaşlanmaya ilişkin birçok damgalayıcı söylemleri vardır. Bunlar yaşlı ayrımcılığının altında yatan sebeplerdir. Yaşlıların genellikle ekonomik yoksunlukta olduklarının, sağlıksız

olduklarının, fiziksel güçlerinin ve zihinsel güçlerinin zayıf olduğunun düşünülmesi oldukça yaygın stereotiplerdir. Bireyler yaşlandıklarında özgürlüklerini kaybedeceklerini, birçok sıkıntı yaşayacaklarını, hastalıklarla boğuşup başkalarına bağımlı hale geleceklerini düşünürler (Duyan ve Gelbal 2013). Bu düşüncelerin altında yatan geleneksel düzenden modern düzene kadar artarak gelen stereotiplerdir. Yaşlı insanlarda içselleştirilmiş damgalanmanın yaşanmaya başlanması da Corrigan ve arkadaşlarının belirttiği modelin birinci adımı "Stereotiplerin Farkında Olma" ile ortaya çıkar. İnsanlar aile içinde, içinde bulunduğu küçük gruplarda ve toplumda stereotipleri öğrenirler. Çocukluktan itibaren bütün gelişim dönemlerinde yaşlılığa ilişkin algılama ve söylemleri duyarlar, öğrenirler. Bunda ailenin, medyanın, kitapların, gelenek ve göreneklerin, değerlerin ve toplumun etkisi vardır. Stereotiplerin farkında olan yaşlı birey içselleştirilmiş damgalanmanın birinci adımını tamamlamış demektir

2.2.3.2. Stereotipleri onaylama-Kendisine uygulama

Yaşlı insanlar kendilerine atfedilen basmakalıp düşünceleri benimserler, bu düşünceler onlar için normalleşir, bu düşüncelere uygun davranmaya başlarlar ve damgalamayı içselleştirirler. Yaşlılara özgü olan basmakalıplar (stereotipler) yaşlı birey tarafından onaylanır, yaşlı kendini bağımlı, düşkün, hasta olarak görmeye başlar.

Etiketleme/Damgalanma kuramı, bir bireye yönelik toplumda var olan damgaların, o bireyin hayatında önemli bir etkisi olduğunu savunmaktadır. Kurama göre kişilere ilişkin üretilen damgalar kendini gerçekleştiren kehanetlere dönüşür (Zastrow ve Kirst 2015). Bireylerin hayatında diğerleri ile iletişimde edinmiş olduğu fakir, başarısız, suçlu, yaşlı gibi toplumsal damgalar, tekrarlanarak tekrardan üretilmektedirler. Yeniden üretilen damgalar, bireylerin etkilenme düzeylerine bağlı olarak hayatlarını şekillendirir. Bireyler üzerlerindeki damgalara bağlı kalarak hayatını devam ettirir. İlişki ve etkileşim kurduğumuz her durumda, bireyler de çift yönlü bir etiketleme devreye girer. Bireyler bu damgalanmaya göre tutum, davranış ve düşünce geliştirirler. Yaşlı veya yaşlılık bir etiketleme/damgalama biçimidir. Damgalanma süreciyle birey, toplumda daha önce bu gruba girmiş olan diğer bireylerin yaşayış biçimlerini ve alışkanlıklarını bilerek yaşamını bu doğrultuda şekillendirmektedir. Diğer bireylerde bu damgalama kalıplarına uyarak yaşlı bireye

“bunak” algısıyla davranmaya devam eder. Etiketleme/ Damgalama kuramına göre insanlar kendi değerlerini ve kimliklerinin çevresinde yaşayan diğer insanların onu nasıl gördüklerine bağlı olarak şekillendirir. Buradan yaşlı bireylerin durumlarının, onları değerlendiren, tanımlayanların algılamalarına bağlı olduğunu anlarız. Kendisine yönelen olumsuz algılamaları kabul eden yaşlı, kendinden beklendiği gibi bağımlı, edilgen bir şekilde yaşamaya başlar. Bu döngünün bir parçası haline gelir. Örneğin yaşlı insanlar rahatsızlıkları, bir hastalık belirtisi olmak yerine yaşlılığın belirtileri olarak değerlendirilir şikayet ve yakınmaları normalleştirilir. Yaşlıdan edilgen yaşaması beklendiğinde, yaşlının aktif bir şekilde yaşlanabilmesinin olanaksız hale gelmektedir. Bir bakıma damgalama, bireyin deneyimlerini doğrudan etkilemekte ve onun kaderi haline dönüşmektedir (Şentürk 2018).

Pek çok kişi, yaşlıları bağımlı, hasta ve topluma katkısı çok az olan insanlar olarak görmektedir. Medyada, kitaplarda, reklamlarda yaşlı tanımlaması bu özellikler doğrultusunda yapılmaktadır. Bu algılar yaşlı bireylerin motivasyonları ve inançları bu doğrultuda etkilenebilmektedir (Zehirlioğlu ve ark. 2015).

Yaşlılarla yapılan çalışmalarda yaşlılar, yaşlanmayı olumlu özelliklerini kullanarak tanımlamaktadır. Ancak ilerleyen yaşla birlikte yaşlıların bilgelik ve tecrübe gibi tanımlamalar yerine yaşlılığı dışlanma olarak tanımlamaya başlamaktadırlar. Yapılan bir araştırmada 65-74 yaş arası yaşlılardan %3,8’i yaşlılığı “hastalık ve bağımlılık” , %7,3 ‘ü “mutsuzluk ve depresyon” olarak tanımlarken 76-98 yaş arası olanlar % 14,1’ i “hastalık ve bağımlılık” ; %16,3’ü “mutsuzluk ve depresyon” olarak tanımlamıştır. Yaşlılar maruz kaldıkları damgalamalar sonucu kendilerine ait bir alan oluşturmaktadırlar kendi istekleriyle ya da çevredekiler baskısı ile kendi alanlarında yaşamaya başlamaktadırlar. Burada üzerinde durulması gereken bu yaşam tarzlarını yaşlının kendi tercihleri olmadığıdır. Toplumda yaşadıkları damgalama ve bunun sonucu ortaya çıkan içselleştirilmiş damgalanma yaşlıların kendi köşelerine çekilmeye zorlamaktadır (Yıldız ve ark. 2017). Yaşlıların kendilerini değersiz, güçsüz, sosyal işlevselliklerini yitirmiş hissetmeleri veya hissettirilmesi onların yaşam doyumlarını etkilemektedir (Kılıç ve ark. 2016).

65 yaş ve üzeri bireylere yönelik bir çalışmada yaşlıların yaşlılığı, “güçten düşen, fiziksel olarak gerilemiş, sağlık sorunları olan huysuzlaşan, tahammülsüzleşen, çocuklaşan, tat almayan, statü kaybeden, tat almayan, yorgun, güçsüz, bakını

olmayan, huzurevine düşen, bakıma muhtaç” kişiler olarak nitelendirdikleri ortaya koyulmuştur (Kalaycıoğlu ve ark. 2003).

Diğer sosyal damgalarda olduğu gibi yaşlı insanlar yaşlılığın olumsuz tanımlarını benimsemeye ve böylece kendilerine yönelik stereotipleri sürdürme, varsayma ve içselleştirme eğilimindedirler. Bu anlamda bazı çalışmalarda olumsuz tutumların yaşlıların hafızalarını, bilişsel süreçlerini, motor performans hızı gibi otomatik fonksiyonları olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Araştırmalar “double stigmanın” yaşlılıkta ve mental hastalığa sahip olduğunda ortaya çıktığı gösterilmiştir (González-Domínguez ve ark. 2018).

2.2.4. Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanmayı Etkileyen Faktörler

Yabancı literatürde yapılan bir araştırmaya göre yaşa bağlı içselleştirilmiş damgalanmayı etkileyen faktörler, yüksek seviyede algılanan yalnızlık, düşük seviyede başa çıkma stratejileri, cinsiyet, mental hastalık, majör depresif bozukluk, yaşam kalitesi ve yüksek seviyede fonksiyonel bozukluktur. Araştırma sonucunda yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalanmayı etkileyen dört değişken bulunmuştur. Bunlar, yalnızlık, başa çıkma stratejileri, mental hastalık ve cinsiyettir. Yalnızlık ve baş etme stratejileri en belirgin etken olarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet yönünden kadın olmanın içselleştirilmiş damgalanma boyutunda daha dezavantaj oluşturduğu ifade edilmiştir (González-Domínguez ve ark. 2018).

Mental hastalık boyutunda demansla ilişkili olarak damgalama son 10 yılda daha çok öneme sahiptir. Alzheimer hastalığı (AD) gibi ilerleyici nörolojik hastalıklar, davranış ve yeterlilik değişiklikleri gibi damgalanmaya yol açtığına inanılan hastalıklardır. Ancak bugüne kadar AD'nin erken evrelerinde öz farkındalığı destekleyen kanıtların artmasına rağmen AD ile ilişkili damgalamaya ilişkin çok az sistematik bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bir araştırmada insanlar sık sık bunamaktan korktuğunu ve bu durumunda olan insanlardan kaçındıklarını, onları yalıtılmış ve damgalanmış hissettirdiklerini ifade etmişlerdir. Demanslı insanların ifadelerine göre bir kez hastalıkları bir kez teşhis edildikten sonra diğerlerinin farklı davranmaya veya kendilerinden tamamen kaçınmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalar birbirini desteklemektedir. Demanslı bireylerin

özelikle sosyal dışlanmayla ilişkili olarak içselleştirmiş damgalanma yaşamaya riskleri yüksektir (Burgener ve ark. 2015b).

Damgalama bireysel kimlikleri ve bireylerin algılamalarını etkileyen karmaşık bireysel deneyimler olarak tanımlanmaktadır. Damgalamaya neden olacak bir özelliğe sahip olan kişi bu olumsuz sosyal özelliğin damgalanmış kişiye bağlı hale gelmesiyle genellikle etiketlenir. Tekrarlanan etiketleme etkileşimleri devam ettikçe içselleştirme süreçleri ortaya çıkar ve düşük benlik saygısı, azalan sosyal destek, değişen aile dinamikleri, azalan duygusal iyilik, sonuçta savunmasızlık gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. 50 demanslı bireyle ve bakım veren 47 aile üyesi ile yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın depresyon, anksiyete, davranışsal semptomlar, kişisel kontrol, fiziksel sağlık, öz saygı, sosyal destek ve aktivite katılımı gibi faktörlerin tümüyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Burgener ve ark. 2015a).

2.3. DEPRESYON

Kelime anlamıyla “çökkünlük” anlamına gelen depresyon psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülenidir. İnsan hayatında yaşanabilecek sıkıntıların semptom halini almasıyla oluşan hastalık hali depresyon olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği çalışmasında (1994) DSM IV depresyonu çeşitli alt gruplara ayrılmıştır. Bu gruplar içinde en çok yaygın olarak kullanılan majör depresif bozukluktur. Teknolojideki gelişmeler ve bununla birlikte gelişen sağlık sistemi birçok hastalıktan korunmayı, hastalıkların tanısını, tedavisini kolaylaştırmıştır. Ancak depresyon önemli bir sağlık sorunu olarak özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Diğer bir sorun depresyonun insanlar tarafından bir hastalık olarak görülmediğinden tedavi olmak ve sağlığa kavuşmak için çaba harcamamaktadırlar (Savrun 1999).

Depresyon bir “duygudurum bozukluğu” dur. Duygudurum kişilerin hal ve hareketlerini, dünyaya bakışlarını şekillendiren hakim ve sürekli duygudur. Bireyin duygudurumu normal, yükselmiş, çökkün olarak gözlenebilir. Depresyonda duygudurumun çökkün hali yaşanır. Depresyonda çökkün duygulanım, keyfin, enerjinin, zevkin azalması temel özelliklerdir. Bununla birlikte dikkat azalması,

özgüven azalması, mutsuzluk, karamsarlık, suç eğilimi, iştah sorunları da depresyon belirtileridir. Tanının konulabilmesi için bu tip belirtiler en az iki hafta boyunca sürüyor olmalıdır.

2.3.1. Depresyon Tipleri

“Depresyon” terimi psikiyatride üç anlamda kullanılmaktadır. İlk anlamı bireylerin gündelik yaşantılarında yaşadıkları kayıpla birlikte ortaya çıkabilen kederli, sıkıntılı, üzüntülü ruh halidir. Bu yaşama uyum sürecinde yaşanan normal bir duygusal tepkidir. İkinci anlam ruhsal bir belirti olarak karşımıza çıkan bir depresyondur. Gündelik yaşantıda mutsuzluğun, hüznün hakim olduğu duygudurumdur. Üçüncü anlamı ise ruhsal bir rahatsızlığı ifade etmek için kullanılan anlamıdır (Türkçapar 2004). Depresyon alt tiplere ayrılmıştır ve bu alt tiplerin kendine özgü bulguları ve tedavi biçimleri bulunmaktadır. Majör depresyonun belirtileri iki yıl veya daha uzun sürerse “kronik depresyon” dan bahsedilir. Belirli mevsimlerde depresif belirtiler “mevsimsel affektif bozukluk” şeklinde tanımlanmaktadır. Doğumdan sonraki dört hafta içinde yaşanan depresif ataklar “post partum depresyon”, varsanı ve sanrılar biçiminde depresyon atağı görülürse “psikotik depresyon”, katalepsi, stereotipiler gibi katatonik özellikler olduğunda “katatonik depresyon” şeklinde tanımlanmaktadır. Tepkisel olmayan duygudurum, kilo kaybı, suçluluk, ajitasyon, psikomotor retardasyon, uyku sorunları, sabah rahatsızlanmaları “melankolik depresyon” olarak tanımlanmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011).

2.3.2. Depresyonu Etkileyen Etmenler

Dünya Sağlık Örgütü’nün ve Dünya Bankası’nın açıklamalarına göre toplumda sık görülen, yeti yitimine neden ruhsal bir bozukluk olan depresyon gelecekte yaygınlaşacağı düşünülmektedir. Bu durum depresyon farkındalığının önemini arttırmaktadır ve hangi evrede ne gibi belirtiler gösterdiği, depresyonu tetikleyen etmenlerin neler olduğunun bilinmesi gerekmektedir. En temelde cinsiyet faktöründe kadın olmak, eğitim ve ekonomik düzeyde düşüklük, işsizlik, olumsuz yaşam olayları yapılan çalışmalarda incelenen değişkenlerdir.

Sağlık hizmetlerinde ve teknolojide yaşanan gelişmeler, depresyon başvurularının artması, depresyonun sağlık sorunu olarak değerlendirilmesi başvuru oranlarını arttırması yirminci yüzyılın ikinci yarısında depresyon yaygınlığını arttırmıştır. Depresyonu etkileyen etmenlerde cinsiyet faktörü irdelendiğinde yapılan tüm çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla depresyon yaşadıkları bulgusu karşımıza çıkar. Günümüzün mevcut koşullarında kadınların iş, aile ve evlilik hayatlarında rol çokluğu ve rol karmaşaları, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınlara dezavantaj yaşıtan sosyal koşulların etkisi olduğu düşünülmektedir. Kadınların erkeklere göre daha fazla psikososyal strese maruz kalmaları, eğitim düzeyinin düşüklüğü, iş olanaklarının azlığı ve biyolojik faktörlerin etkisinin kadınlardaki depresyon durumunu etkileyen faktörler olduğu gösterilmiştir. Depresyonda yaş faktörü değerlendirildiğinde depresyonun 40'lı yaşlarda görülmeye başladığı ancak depresyonun eskiye oranla 20'li yaşlarda ve yaşlılarda görülme sıklığının arttığı ortaya konulmuştur. Depresyonda medeni durum faktörü değerlendirildiğinde, ikili ilişkiler depresyon oluşumunda önemli bir etmendir. Depresyonun en çok boşanan veya ayrılan kadınlarda görüldüğü, en düşük risk grubunu evli erkeklerin oluşturduğu ve 65 yaş üstü kadınlarda dul olanlarda görüldüğü belirtilmektedir. Sosyoekonomik durum açısından depresyon değerlendirildiğinde düşük sosyoekonomik durumda olanlarda, sosyal destek mekanizmaları ve çevresel faktörleri olan bireylerde depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Savrun 1999).

2.3.4. Yaşlılık ve Depresyon

Yaşlılık bilişsel, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevlerin değişime uğradığı, bireylerin gençlik ve yetişkinlik süreçlerinden sonra bir takım kayıpların yaşanmaya başladığı kaçınılmaz bir evredir. Yaşlı bireyleri olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biride depresyondur. Depresyon yaygın bir psikiyatrik hastalıktır ve yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden birisidir.

Her yaşta görülebilecek ruhsal bir sorun olan depresyon yaşlılıkta rastlanan ruhsal sorunlar içinde ilk sırada yer almaktadır (İlhan ve ark. 2006).

Depresyon yaşlılıkta sık görülür. Yaşlı popülasyondaki depresyonun doğru tahminlerini belirlemek zor olsa da, birkaç çalışma, 65 yaş ve üzerindeki kişilerde majör depresyon prevalansının, toplumda yaşayan yaşlılarda % 0,9 ile % 9,4; bakım

evindeki yaşlılarda % 14 ile % 42; özel hane halklarında veya kurumlarda yaşayan yaşlılarda % 1 ile % 16 arasında değiştiğini bildirmiştir (Djernes 2006).

Yaşlılık öncesinde yaşlılık sürecine hazırlanmayan yaşlı bireylerde yaşlılık döneminde yaşanan gerileme belirtileri, fiziksel sağlıkta ve sosyal ilişkilerde yaşanan gerilemelerle birlikte ruhsal bir çökkünlük dönemi yaşanmaktadır. Çoğu zaman yaşlı bireylerin çökkün duygudurumundan şikayet etmemeleri, yaşlılıkta bunun normal bir durum olduğunun düşünülmesi yaşlılık depresyonlarında tanı konulmasını zorlaştırmaktadır (Şahin ve ark. 2012). Yaşlanma deneyimleri, fiziksel – sosyal sağlık koşulları, ekonomik koşullar, yalnızlık bireylerin psikolojik sağlığını etkileyerek depresyon görülme olasılığını artırır (Keskinoglu ve ark. 2006).

Depresyon, yaşlılıkta oldukça sık görülen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir. Depresyon tanısında belirtilerin fiziksel hastalık, yaşlılığın doğal nedeni gibi başka sebeplerden kaynaklandığının düşünülmesinden ve belirtilerin çok dikkate alınmamasından hastalığın tanı ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Bireyde farklı rahatsızlıklarında bulunması depresyon belirtilerinin fark edilmesinin önüne geçebilmektedir, araştırmalarda kullanılan araçlar yaşlılarda depresif belirtilerin ortaya çıkarılabilmesi için yetersiz kalabilmektedir (Tamam ve Öner 2001).

2.3.4.1. Yaşlılık depresyonunda risk etmenleri

Yaşlı bireylerin eşinin vefat etmesi, fiziksel sağlığı etkileyen hastalıklar, ekonomik yetersizlikler, sosyal desteğin ve sosyal ilişkilerin azalması, özsaygı eksikliği, gündelik ihtiyaçlarını kendi karşılayamama, cinsel işlevlerde azalma gibi etmenlerin yaşlılık depresyonunda etkili olduğu belirtilmektedir (Şahin ve ark. 2012). İzmir’de yapılan bir araştırmada kadınlarda, boşanmış kişilerde, yakınlarıyla 8 günden fazla aralıklarla görüşenlerde, genel sağlık durumu kötü olan ve kronik hastalıkları bulunanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, kendisi ile ilgilenecek yakını olmayanlarda depresif belirti puanları yüksek bulunmuştur (Keskinoglu ve ark. 2006).

Hastanede yatan yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırmada yaşlı kadınların erkeklere göre, dul kadınların evli olanlara göre, hiç çocuğu olmayanların çocuğu olanlara göre, okuryazar olmayanların okuryazar olanlara göre, sosyal güvencesi olmayanlar olanlara göre, kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre, devamlı ilaç

kullananlar kullanmayanlara göre ve kendini çok yaşlı olarak algılayan yaşlıların geriatrik depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonunda yaşlılarda %52 oranla depresyon riski saptanmıştır (Bingöl ve ark. 2010). Ankara bölgesinde yapılan bir araştırmada, yaşlılarda %48 oranında depresif belirtiler bulunmuştur ve fiziksel kronik hastalığa sahip olmak, son bir ayda hayatı etkileyen olumsuz bir şey yaşamak, sosyal güvencesi olmamak risk etmenleri olarak sıralanmıştır (İlhan ve ark. 2006).

Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada huzurevinde kalma süresi daha uzun süre olan yaşlıların depresyon puanları daha yüksek ve huzurevinde kalma süreleri ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun nedeni olarak ise huzurevinde kalan yaşlıların sosyal destek sistemlerinin, aile, akraba, arkadaşlarla görüşme sıklıklarının daha az olması görülmüştür (Gül ve ark. 2012). Huzurevlerinde yapılan başka bir araştırma da çalışma grubunun % 39,7 sinde depresyon olduğu belirlenmiş, kadın olmak, kronik hastalığa sahip olmak, çoklu ilaç kullanımları risk etmenleri olarak bulunmuştur ve bu özelliklere sahip bireyler için koruyucu önleyici hizmetlerin verilmesi önerilmiştir (Werner ve ark. 2009). Huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların depresyon düzeylerini karşılaştıran bir başka araştırmada huzurevinde yaşayan kadınlarda, bekar ve dul olanlarda; evinde yaşayan yaşlılarda en az ilkokul mezunu olanlarda depresyon sıklığının fazla olduğu saptanmıştır (Demir ve ark. 2013).

2.3.4.2. Yaşlılıkta depresyon belirtileri

Yaşlılık dönemi depresyonunda tanı koymadan yaşanan zorluk dönemin en önemli sıkıntılardan biridir. Yaşlılıkta hem bireyler hem de doktorlar depresyon belirtilerini yaşlılığın genel özellikleri olarak değerlendirebilmektedir. Ayrıca yaşlıların sağlık durumları incelenirken bedensel sorunlar üzerinde durulması ve depresif belirtilerin geri planda bırakılması depresyon tanısının konulabilmesini zorlaştırabilmektedir. Depresyon tanısının konulmasında klinik belirtiler genç yaşlarda ortaya çıkan depresyon belirtileri ile benzer ancak bireyden bireye farklılıklar gösterebilmektedir. Depresyon tanısının konulabilmesi için DSM tanı ölçütleri kullanılabilmekte “uyku, ilgi, suçluluk, enerji, konsantrasyon, iştah, psikomotor, özyıkım” başlıkları altında incelenmektedir. Yaşlılıkta uyku bozuklukları sık gözlenen bir olgudur. Sabahları erken uyanma, geceleri uykunun

bölünmesi, gündüz saatlerinde uyku hali gibi problemler gözlenebilmektedir. Sosyal çevreye ve etkileşim kurmaya olan ilginin azalması, suçluluk düşünceleri, kendini toplumsal yaşamdan soyutlama, kendine acıma, yorgunluk, halsizlik, yeme problemleri, ölüm ve özyıkım düşünceleri temel belirtilerin arasındadır (Tamam ve Öner 2001).

2.4. SOSYAL DESTEK

Toplumla bağı güçlü olan, bu bağları geliştiren, toplumsal ilişkileri iyi olan insanlar sorunlarını daha kısa sürede çözüme kavuşturabilmektedirler. Toplumda başarısız olarak nitelendirilebilecek suç işleyen bireyler, madde bağımlıları, intihar girişimli bireyler toplumla bağları zayıf bireylerdir. Toplumsal bağlar ve ilişkiler bireylerin içinde yaşadıkları topluma uyumunu ve sorun çözmelerini kolaylaştırır. İnsanlarla iletişim kurma, ilişki halinde olma, yaşanan sosyal çevrede yaşananların farkında olma, yeni insanlar tanıma, yeni bir şeyler öğrenme, bilgi alışverişinde bulunma, sosyal katılım, sosyal bütünleşme bireylerin hayatında önemli işleve sahiptir (Şentürk 2018).

Kurt Lewin'in Alan Kuramına ve davranışı tanımlamasına dayanan sosyal destek "bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek" şeklinde tanımlanmaktadır. Lewin davranışı "çevre ile bireyin fonksiyonu" olarak tanımlamaktadır. Çevre fiziksel çevreyi de içine alan psikolojik çevredir ve psikolojik çevredeki tüm faktörler çevreyi etkiler. Davranışlar psikolojik çevrede olan değişmelere göre şekillenmektedir. Buradan anlaşılan psikolojik çevrede yapılan değişikliklerle bireylerdeki olumsuz davranışlar ortadan kaldırılabilir. Sosyal destek mekanizmaları da işte bu psikolojik çevre içerisinde yer almaktadır. En temelde bireylerin ailesi, arkadaşları, okul çevresi, komşuları, iş arkadaşları, etnik veya dini grupları, dahil olduğu diğer büyüklü küçüklü grupları bireylerin sosyal destek ağlarıdır. Sosyal destek düzeyi bireylerde destek kaynaklarında meydana gelen değişmelere bağlı olarak değişebilmektedir. Ölüm, evlilik, göç, çocuk sahibi olma, emeklilik gibi faktörler sosyal destek düzeylerinde değişmelere neden olmaktadır. Sosyal destek sistemlerinin varlığı bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına yardım eder, becerilerini geliştirmesini ve korumasını sağlar, maddi kaynaklara erişimi

kolaylaştırır, olumsuz yaşam deneyimlerinin etkisini azaltır, stres yaratan durumlar karşısında işlevselliğini korumasını sağlar (Yıldırım 1997).

İlgilenme, önemseme, empatik düşünceyi içeren “duygusal destek”; bilgi edinme, bilgi alışverişinde bulunmayı içeren “bilgi desteği”; “maddi destek”; bir gruba dahil olmayı içeren “ağ desteği” sosyal destek çatısı içinde yer almaktadır. Stresli bir durum karşısında alınan sosyal destek bireylerin durumu daha iyi değerlendirip, başa çıkabilmelerine yardımcı olmaktadır. Sosyal etkileşimler fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlığın iyi oluş halini attırdığı ve sosyal destek yoksunluğunun sağlığı tehdit edici bir etmen olduğu ifade edilmektedir. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların birinde iyi oluş hali ile aileden alınan sosyal desteğin en etkili olduğu, aileden sonra arkadaşların bu sırayı takip ettiği ifade edilmektedir (Yalçın 2015).

2.4.1. Yaşlılıkta Sosyal Destek

Yaşlılık döneminin işlevsel duruma getirilmesi toplumsal dayanışma temelli sağlanabilir. Aktif yaşamın giderek azaldığı sosyal, psikolojik ve ekonomik desteğe giderek daha fazla gereksinim duyan yaşlı bireylerde sosyal destek toplumsal ilişkilerin ve bağların sürdürülmesi için oldukça işlevseldir. Aile, komşu, akraba, arkadaşlardan oluşan yaşlılıkta sosyal destek araçları yaşlı bireyleri sadece yalnızlıktan kurtarmakla kalmaz aynı zamanda bireylerin bakımına yönelik ihtiyaçlarının da karşılanmasına etkin rol oynarlar. Bu sosyal destek mekanizmalarına sahip olan yaşlı bireylerin, sosyal çevresi ve katılımı da az olan yaşlı bireylere göre psikolojik sağlıkları daha iyidir. Olumlu sosyal destek mekanizmaları fiziksel, zihinsel ve ruhsal sağlığın korunmasında, sorunlarla başa çıkılmasında önemli role sahiptir.

Sosyal destek en temel anlamda “bireylere aile, arkadaş, komşu, toplum gibi mikro mezzo makro gruplardan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanır”. Toplumsal dönüşüm süreçleriyle birlikte nüfusun hızla artması, teknolojinin artması, sanayileşme kentleşme, göçler, kadınların çalışma hayatına katılması, ekonomik sorunlar, çekirdek aile yapısı ve kentleşmeyle birlikte değişen konut yapıları, nesiller arası çatışmalar yaşlıların sosyal destek sistemlerinin azalmasına neden olmuştur ve yaşlıları yalnızlaştırmıştır. Yaşlıların sosyal destek sistemlerinde azalma olmasına rağmen yaşlı nüfus gittikçe artmaktadır. Yaşlı

bireylerin en temel sosyal ihtiyaçları olan sevgi, bağlılık, öz saygı gibi gereksinimler sosyal destek araçları ile sağlanmaktadır (Altay ve Aydın Avcı 2009).

Sosyal destek, “bireylerin sosyal bir ağın içinde olduğu, bu ağ içinde yağayanların birbirlerine sevgi, saygı göstererek, ihtiyaçlarda ve sorunlarda birbirlerine değer verdikleri bir yapıdır”. Sosyal destek mevcut literatürde iki boyutuyla incelenmektedir bu iki boyutu bireylerin toplumsal yapıda “aldıkları destek” ve “algılanan sosyal destek” oluğturmaktadır. Bireylerin ihtiyaç duyduğunda çevresinde destek göreceğine yönelik inancı algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. İhtiyaç halinde olduğu kadar günlük yağantısında da yağlı bireylere aile, arkadağ, yakın çevrenin fiziksel ve psikolojik yardımlarıyla sağladığı sosyal destek; yağlı bireylerin sosyal ihtiyaçlarını karėılamaktadır (Genç ve ark. 2015).

Yağlılık döneminde karėılaėılan önemli sorunlardan biri yağlıların, gençlik ve yetiğkinlik döneminde iliğki kurdukları insanlarla kurdukları etkileğim ve iletiğimin azalması veya kaybolmasıdır. Eė ve ocuk desteğinin azalması, vefatlar, ayrı evlerde yağama gibi gündelik olaylar yağlıların toplumsal süreçten yavağ yavağ geri çekilmesinin temel etkenleridir. Benlik saygısını ve kiğiliği geliğtiren sosyal iliğkiler yağlılık döneminde de sağlıklı yağlanma için kritik öneme sahiptir. İçe kapanma ve yalnızlık duygusunun önüne geçilmesinde ki temel etken bireylerin sosyal destek araçlarıdır. Sosyal destek araçları bireylerin yağam doyumlarını ve iliğki kurmada uyumlarını arttırıcı bir faktör olarak belirtilmektedir (Softa ve ark. 2016). Yapılan bir alığmada arağtırmaya katılan yağlılarda yağam doyum düzeyinde akraba, aile, arkadağ çevreleri ile etkili olduğu, yakınları tarafından ziyaret edilen yağlıların sosyal destek gereksinimlerinin karėılanması bakımından olumlu olduğu saptanmığtır (Bingöl ve ark. 2010). Sağlıklı bir yağlılık döneminin oluğturulması ve sürdürülebilmesi için sosyal iliğkilerin varlığı etkilidir. Yalnızlık fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarını tetikleyebilmekte ve arağtırmalarda yağlılıkta sosyal destek düzeylerindeki eksikliğin ölüm riskini arttırdığı ifade edilmektedir. Yapılan alığmada yağlılarda sağlık durumları ve sosyal destek sistemi arasında anlamlı bir iliğki saptanmığtır. Yağ, ekonomik, kronik hastalık ve eğitim durumları da bu iliğkiyi etkilemektedir (Softa ve ark. 2016). İki ayrı huzurevinde yapılan arağtırmada yağlıların sosyal destek düzeyleri ve kognitif bozukluk arasındaki iliğki incelenmiğtir ve bu fonksiyonlar arasında yakın iliğki olduğu saptanmığtır (Giray ve ark. 2008). Sosyal destek düzeyi ile stresle bağ etme düzeyleri arasında anlamlı bir iliğki

bulunmakla birlikte, eşi veya eşi ve çocuğuyla yaşayanların, kronik hastalığı olmayanların, sosyal destek puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Polat ve Kahraman 2013).

2.5. İYİLİK HALİ

Dünya Sağlık Örgütü (1984) sağlık terimini fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (TC Sağlık Bakanlığı 2011). Çok boyutlu bir kavram olduğundan sağlığı anlamaya çalışırken fiziksel ve zihinsel sağlık bileşenlerine aynı ölçüde ağırlık vermek gerekmektedir (Mortazavi ve ark. 2015).

Yaşam boyunca sağlıklı olabilmek, iyilik halini sürdürebilmek tamamen genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğundan bireylerin kontrolünde olan bir durum değildir. Sağlık hizmetlerinde ve diğer endüstrilerde uygulanmakta olan iyilik hali kavramı hem tıp hem de psikoloji alanında giderek daha fazla kullanılmaktadır. İyilik hali kavramı birey-çevre ilişkisini bütüncül, çok boyutlu olarak ele almaktadır. İyilik hali bir seçim, bir yaşam biçimi, bir süreç olarak değerlendirilen sağlıklı bireylerin özelliklerini ifade eden, denge ile ilişkilendirilen öznel bir kavramdır. En yaygın tanımı Myers ve arkadaşları (2000) tarafından “optimal düzeyde işlevsel bir yaşam sürerek sağlıklı olmaya yönelmiş davranışlar” olarak tanımlanmıştır. Yaşlılıkta iyilik hali; fiziksel, zihinsel, sosyal becerilerin sürdürüldüğü, yaşama karşı olumlu tutumları içeren sağlıklı yaşlanma ile de doğrudan ilişkili bir durum olarak değerlendirilmektedir. Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan belirtiler yaşlı bireylerin daha incinebilir olmalarına neden olmaktadır ve iyi oluşlarını tehdit etmektedir. Yaşlılarda iyilik hali bireylerin güçlü yanlarının farkında olarak, düzenli beslenme, hareketli yaşam, sosyal desteğin ve günlük rutinlerin sürdürülmesi gibi yollarla korunabileceği bilinmektedir (Owen ve Çelik 2018). Yaşlının bütüncül iyilik halini sağlamak için ekonomik, sosyal, psikolojik, gelişimsel ve tinsel ihtiyaçlarının karşılanarak işlevsel bir iyilik hali sağlanmalıdır. Tam iyilik halinin oluşabilmesi için yaşlı bireylerde, yaşlının güçlendirilmesi, damgalanma, ayrımcılıkla mücadele edilmesi gibi bireysel iyi oluşun öğelerinin desteklenmesinin yanında, toplumsal koşulların iyileştirilerek toplumsal iyi oluş da geliştirilir.

Hem bireysel hem de sosyal faktörlerin birleşimine vurgu yapan iyilik hali kavramı sağlıklı olma, mutlu olma, self determinasyon, sosyal adalet, eşitlik, sosyal güvenlik ile ilişkilidir. Türk Dil Kurumu iyilik halini “gönenç olma, sağlığı yerinde olma, esenlik” olarak tanımlamaktadır. Birey çok yönlü bir varlık olduğundan iyilik hali tek yönlü açıklanabilen bir kavram değildir. Bu nedenle iyilik halini tanımlarken iyi oluş birey, aile, topluluk ve toplum olarak bütün yönleriyle ele alınır (Attepe-Özden ve ark. 2017).

Myers, Witmer ve Sweeney’in “iyilik hali çemberi” olarak kavramsallaştırdıkları yapıda, iyilik halini bütüncül bir yapı olarak ele aldıklarını; bireyin kendini düzenleme, çalışma ve serbest zaman, sevgi, arkadaşlık, ve spiritüel yaşam olarak 5 temel amacı olduğunu; bu amaçların üstesinden gelindiğinde tam iyilik halinin sağlanacağını belirtmişlerdir (Attepe-Özden ve ark. 2017).

2.6. SOSYAL DESTEK, DEPRESYON, İYİLİK HALİ ve İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

Depresyon yaşlılıkta sık görülür ve genellikle damgalanmayla ilişkilidir. Bununla birlikte yaşlı insanlarda içselleştirilmiş damgalanma ve depresyon konusunun önemi ve sonuçları konusunda çok az çalışma bulunmaktadır (Werner ve ark. 2009).

Kültürler boyunca, çalışmalar damgalamanın depresyon ve anksiyeteyi içeren psikolojik iyi oluş üzerindeki etkilerini incelemiştir. Ruhsal bozukluklarla başvuran kişilerde, damgalayıcı hastalık yaşayanlarda depresif belirtiler daha yüksek bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanmanın daha düşük yaşam doyumu ve artan anksiyete ile ilişkili olduğu ortaya konulmaktadır. Çalışmalarda aktivite katılımının damgalanmayı etkilediği bulunmuştur. Damgalamanın sosyal davranışlar üzerindeki etkisi, sosyal etkileşimden kaçınma, daha fazla kendini koruma ve daha az güven duyma ve kendini açıklayamama olarak ifade edilmektedir (Burgener ve ark. 2015a).

Depresyon bireyler, aileleri ve profesyoneller tarafından yaşlanmanın, kayıpların ve bedensel hastalığın doğal bir sonucu olarak görülür. Bu nedenle teşhis veya tedavi edilmesi zordur. Bazı depresyon belirtilerinin (örneğin anhedoni, sosyal geri çekilme) özellikle bu şekilde yanlış yorumlanması muhtemeldir. Depresif bilişler

(örneğin suçluluk, karamsarlık, umutsuzluk) ve davranışlar (örneğin intihar eylemleri), hasta ve aileleri üzerinde damgalayıcı bir etkiye sahiptir. Diğer yöntemlere göre (örneğin psikoterapi) göre daha fazla damgalayıcı olarak algılanan bazı tedavilerin (örneğin ilaçlar) yaşlılara sunulması daha olasıdır (Graham ve ark. 2003).

Tayland'daki HIV pozitif hamile kadınlarla yapılan bir çalışmada yüksek sosyal desteğin daha düşük içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Ross ve Srisaeng 2005). Yapılan başka bir çalışmada, HIV' e bağlı damgalama, sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki ve bunların demografik özellikleriyle olan etkileşimleri incelenmiştir. Araştırma sonucunda duygusal sosyal destek ve içselleştirilmiş utanç ve içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı negatif korelasyonlar gözlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma ve içselleştirilmiş utanç düzeyleri pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Depresyon düzeylerinin içselleştirilmiş utanç, içselleştirilmiş damgalanma ve duygusal sosyal destek düzeyleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (Li ve ark. 2009). İçselleştirilmiş damgalanmanın duygudurum bozuklukları üzerinde etkisinin son zamanlarda önemli bir konu haline geldiği ifade edilmiştir (Chung ve ark. 2009).

Depresyon hastalarının damgalanmaya karşı daha fazla direnç gösterdiği, hastaların toplumunda var olan önyargılara kendilerinin de orta düzeyde sahip olduğu bunun sonucunda kendilerini damgaladıkları belirtilmektedir. Depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın boyutlarıyla arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Sevindik ve ark. 2014). Depresyon öz saygı, öz saygı ve tedaviye uyum gibi olumsuz sonuçlara yol açan damgalanma ile de ilişkilidir. Gerçekten de, yakın zamandaki araştırmalar, depresyonun bireysel düzeyde olumsuz sonuçlarının birçoğunun, bozukluğa bağlı kendini damgalamasının bir sonucu olduğunu göstermiştir. Majör depresyonu olan katılımcıların örnekleminde, kendi kendine damgalanmanın % 10 ila % 20'sinin kendini damgaladığını belirtilmektedir (Werner ve ark. 2009).

Mental hastalığa sahip bireylerle yapılan bir araştırmada içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal destek arasında güçlü negatif korelasyon bulunmuştur. Aileden algılanan sosyal destek azaldıkça, içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanma ve aile desteği arasında anlamlı bir negatif ilişki bulunmuştur. Ailenin sağladığı destek azaldıkça hastaların içselleştirilmiş

damgalanma düzeyleri, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme düzeyi artmıştır (Korkmaz ve Küçük 2016).

Sosyal desteğin stresten koruyucu ve bireylerin iyilik halini arttırıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Sosyal ilişkiler hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Aile ve arkadaş ilişkilerinin niteliği ve sayısı bireylerin iyi oluş düzeylerini pozitif yönde etkilemektedir. Literatürde sosyal destek ve iyilik hali üzerine yapılan çalışmalarda sosyal destek ve iyilik hali arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Aynı çalışmada sosyal desteğin depresyon ile ilişkisinin de anlamlı olduğu, özellikle aile desteğinin iyilik haline etkisi olduğu vurgulanmıştır (Doğan 2016). Başka bir çalışmada bireylerin iyi oluş hali ile sosyal destek ile pozitif yönde orta düzey, sosyal destek ile depresyon arasında ise negatif yönde orta düzey bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. İyi oluş, depresyon ve sosyal destek değişkenlerinin birbirine etkisinin en yüksek olduğu yaş grubunun yaşlılar olduğu görülmüştür (Yalçın 2015).

İçselleştirilmiş damgalanmanın önüne geçebilmek sosyal destek koruyucu bir faktör olabilir. Yapılan çalışmalarda sosyal destek içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olarak bulunmuştur (Burnham ve ark. 2016). Sosyal destek bu ilişkide potansiyel olarak etkili bir faktördür. Sosyal destek psikolojik tepkiler üzerinde ana ve etkileşimli bir etkiye sahiptir. Öğrenciler ile yapılan bir araştırmada daha düşük sosyal destek belirtenlerin, psikotik belirtileri daha yüksek, içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Daha yüksek sosyal destek bildirenlerde semptomlar ve kendini damgalama arasında belirgin bir ilişki görülmemektedir (Denenny ve ark. 2015). İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile sosyal temasların sayısı arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Artan sosyal destek daha düşük depresif belirtilerle, hastalıklara ve uyuma daha az stres ile ilişkilidir (Brohan ve ark. 2010a).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma niceliksel tarama modeli kullanılarak yapılmıştır. Nicel araştırma modelinde amaç bireylerin toplumsal davranışlarını gözlem, deney ve test yoluyla nesnel bir şekilde ölçmek ve sayısal verilerle açıklamaktır (Gürbüz ve Şahin 2016).

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma Manisa'nın Soma ve Akhisar ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 2019 Aralık ayından 2020 Şubat ayına kadar 3 aylık bir zaman diliminde toplanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Manisa'nın Soma ve Akhisar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü belirlenmesinde Yasemin (2017)'in tez çalışmasında yaşlılarda elde ettiği geriatrik depresyon ölçeği ortalama puanı dikkate alınmıştır. Klinik olarak anlamlı bir farklılık olabilmesi için ortalamadan yarım puan sapma değişim gerekeceği (Yasemin 2017a) dikkate alındığında alfa 0,001 düzeyinde %99 güç ile en küçük örnek büyüklüğü 101 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 1). Araştırmada yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği geliştirilecektir. Bu ölçek için örnek büyüklüğü ise madde sayısının yaklaşık 5-10 katı olacak şekilde olması planlanmıştır (DeVellis 2017; Tavşancıl 2005). Bu kapsamda ulaşılması gereken örnek büyüklüğünün en az 185 kişi olması beklenmektedir. Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri 162 yaşlı bireye ulaşılmıştır. Geçerlilik-güvenilirlik çalışması için ulaşma oranı %87,5'tir. Örnek seçiminde kolaylı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya Manisa'nın Soma ve Akhisar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri olan, yatağa bağımlı olmayan ve minimal testi geçen yaşlılar dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen hiçbir yaşlı tedavi amacıyla hastanede bulunmamaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni iyilik hali ve geriatrik depresyon puanıdır. Bu bağımlı değişkenlerin ölçümünde WHO 5 iyilik durum indeksi ve geriatrik depresyon ölçeği uygulanmıştır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaşlıya ait sosyodemografik özellikler, içselleştirilmiş damgalanma düzeyi, sosyal destek düzeyidir.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerinin ölçümünde araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik özellikler bilgi formu, yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği uygulanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamında sosyodemografik bilgi formu, standardize mini mental test, geriatrik depresyon ölçeği, WHO 5 iyilik durum indeksi, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği, Avrupa yaşlanma tutumu anketi ve yaşlılar için yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır (Bkz. Ek 2).

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış soru formudur. Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, sağlık güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik bulguları içermektedir. 17 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Standardize Mini Mental Test (rMMSE-T)

Araştırmada Mini mental testin Türkçe versiyonu olan eğitilmiş ve eğitimsiz yaşlı bireyler için hazırlanmış olan rMMSE-T kullanılacaktır. Minimental testin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Keskinöglü ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır ve yüksek geçerlilik ve güvenilirlik bulmuşlardır. Eğitilmişler için kullanılan versiyonu 19 sorudan oluşmaktadır ve 5 yıl ve üzeri eğitim almış bireylere uygulanmaktadır. Eğitimsizler için hazırlanan versiyonu 19 sorudan oluşmaktadır. Her iki versiyonda toplam puan 30'dur. Yönelim (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat ve hesaplama (5 puan), hatırlama (3 puan), lisan (9 puan) olarak hesaplanmaktadır. Eğitilmişler için sınır puanı 22/23; eğitimsizler için ise 18/19 olarak değerlendirilmektedir (Keskinöglü ve ark. 2009). Araştırmaya katılması planlanan yaşlıya eğitim durumuna göre bu testler uygulanmış ve yaşlı sınır puanının üzerinde bir puan alır ise araştırma sorularına geçilmiştir .

3.5.3. Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (YİDÖ)

Yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği (YİDÖ) yaş almış bireylerde yaşlılık ile ilişkili içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği sınanmıştır. Ölçek yaş almış bireylerin yaşlılık ile ilişkili stereotipleri farkına varma, onaylama ve kendine uygulama düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 17 soru ve 3 alt boyut ile bir toplam puandan oluşmaktadır. Alt boyutlar sırasıyla farkına varma, onaylama ve kendine uygulamadır. Toplam puan yaşlı içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin maddelerinin yanıt seçenekleri üç noktalı likert tipidir. Bunlar katılıyorum (2 puan), emin değilim/kararsızım (1 puan) ve katılmıyorum (0 puan) biçiminde kodlanmaktadır. Her bir boyuta verilen

yanıtların en az %75'i işaretlenmiş ise ilgili alt boyutun puanı hesaplanmaktadır. Puan hesaplanmasında önce ilgili alt boyutu oluşturan maddelerin ortalaması alınmaktadır. Elde edilen değer 0 ile 2 arasındadır. Bu değer daha sonra standart 50 değeri ile çarpılarak 0 ile 100 arasında ölçeklendirilmiş alt boyut puanı bulunmaktadır. Üç alt boyuta ait puanların ortalaması hesaplanarak ölçeğin toplam puanı bulunmuş olur. Elde edilen toplam puana yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanı denilmektedir. Artan puan olumsuz damgalanma durumunun bir göstergesidir. Diğer bir deyiş ile alt boyutlarda stereotipleri daha fazla farkına varma, onaylama ve kendine uygulamayı, toplamda ise artan damgalanma düzeyini ifade etmektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik özellikler şöyledir: Yapı geçerliliğinin nihai sınanması için iki düzeyli doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Elde edilen özet ölçütlere göre RMSEA=0,042, ki-kare/serbestlik derecesi=1,28, CFI=0,98 ve Stand.RMR=0,052 düzeyinde iyi uyumu ve düşük hatayı göstermektedir (Kline 2011; Schermelleh-Engel ve ark. 2003). Benzer ölçek geçerliliğinde AYTA ile olan korelasyon katsayısının her bir alt boyutta ve toplamda ($r=-0,83$) oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin ayırt ediciliğini test etmede Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-AGE) ile karşılaştırması yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre YİDÖ toplam ve alt boyutları WHOQOL-AGE alt boyutları ve toplam puanı ($-0,78$) ile yüksek düzeyde korelasyon göstermektedir (Cohen 1988; Robitail ve ark. 2006). Bilinen gruplar sınaması için yapılan karşılaştırmada elde edilen sonuçlar ölçeğin anlamlı düzeyde ayırt edici olduğunu belirlemiştir (Cohen 1988).

Güvenilirlik ölçütlerinden iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alfa değeri ölçeğin bütünü için 0,89, farkına varma, onaylama ve kendine uygulama alt boyutları için sırasıyla 0,82, 0,67 ve 0,88'dir. Elde edilen sonuçlar iç tutarlılığın yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Loewenthal ve Lewis 2001; Nunnally ve Bernstein 1994). Ölçeğin zamana karşı tutarlılığını belirlemede iki haftalık bir ara ile 30 kişide tekrarlanan ölçümde sınıf içi korelasyon katsayı (ICC=Intraclass Correlation Coeffience) ölçeğin tamamı için ICC=0,99, farkına varma, onaylama ve kendine uygulama alt boyutları için sırasıyla 0,98, 0,98 ve 0,99 düzeyindedir (Portney ve Watkins 1993).

Ölçeğin geliştirilme süreci ile geçerlilik ve güvenilirlik çözümlemesine ilişkin ayrıntılı bulgular EK 7’de sunulmuştur.

3.5.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatrik depresyon ölçeği 1983 yılında Yasavage ve arkadaşları tarafından geliştirilen yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir. 30 sorudan oluşan bu ölçek cevapları “evet” “hayır” şeklinde yanıtlaması kolay yaşlılara yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıtlar için 0 puan verilmekte ve toplam puan üzerinden depresyon puanı hesaplanmaktadır. 0-10 puan “depresyon yok”, 11-13 puan “olası depresyon”, 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” şeklinde sınıflandırılmaktadır (Ertan ve ark. 1997).

Geriatrik depresyon ölçeğinin kısa formu 1991 yılında Burke ve arkadaşları tarafından kullanım kolaylığı sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Kişinin ruh halini sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar geçen haftaki duygulara dayanarak verilir; Cevaplar tıpkı uzun formdaki gibi “evet” veya “hayır” şeklinde olup, soruya bağlı olarak “evet” cevabına veya “hayır” cevabına 1 puan verilir. Toplam puan 15’dir. 0-4 puan arası “depresyon yok”, 5-8 puan arası “hafif depresyon”, 9-11 “orta düzey depresyon”, 12-15 “şiddetli depresyon” olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda geriatrik depresyon ölçeğinin kısa formu kullanılmıştır (Durmaz ve ark. 2018). Geriatrik depresyon ölçeğinde depresyon tanısı koymak değil, depresif belirti varlığını göstermek amaçlanmaktadır. Depresyon tanısı için bir kesim noktası göstermemektedir. Sadece depresif belirtileri bulmaya yönelik bir ölçektir (Eser ve ark. 2018).

3.5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği 1988’de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş kullanımı kolay kısa bir ölçektir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin dörder maddeden oluşan aile, arkadaş ve özel kişi desteğini belirlemek üzere üç alt ölçeği vardır. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmakta ve “kesinlikle hayır” ve “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tamamından elde

edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve ark. 2001).

3.5.6. WHO-5 İyilik Durum İndeksi

WHO-5 iyilik durum indeksi beş tanımlamadan oluşan ve bireylerin son iki hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili değerlendirme yapan tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek 5 olumlu ifade içeren maddeden oluşmaktadır. Bu ifadeler: “Kendimi neşeli ve keyifli hissettim”, “Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim”, “Kendimi aktif ve dinç hissettim”, “Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım”, “Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu” şeklindedir. Yanıt seçenekleri “her zaman (5 puan)”, “çoğu zaman (4 puan)”, “geçen zamanın yarısından çoğunda (3 puan)”, “geçen zamanın yarısından daha azında (2 puan)”, “bazen (1 puan)” ve “hiçbir zaman (0 puan)” şeklindedir. Ölçeğin ham puanı 0-25 arasındadır. Ham puan hesabı ölçeğin beş sorusuna verilen yanıtların atanan sayısal değerleri toplanarak hesaplanır. 0 olası en kötü, 25 olası en iyi iyilik durumunu gösterir. Ölçeğin ham puanından 13 ve altında puan alan bireyler ile herhangi bir sorusuna bazen veya hiçbir zaman yanıtını verenlerin Major Depresyon Envanteri ile yeniden değerlendirilmesi önerilir. Artan puan iyi yaşam kalitesini gösterir 0 ile 100 aralığında bir yüzde puanı elde etmek için ham puan 4 ile çarpılır. Yüzde 0 olası en kötü, yüzde 100 olası en iyi iyilik durumunun göstergesidir. (Eser ve ark. 2018).

3.5.7. Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi (AYTA)

Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi Türkçe sürümü Eser ve arkadaşları tarafından 2011 yılında uyarlanan bir ölçektir. Ölçeğin her biri 8 sorudan oluşan üç boyutu bulunmaktadır. Ölçek psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal gelişme olmak üzere üç boyutu içeren 24 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 1 ve 5 arasında puan almaktadır ve 5’li likert tipi yanıt ölçeği kullanılmaktadır. Boyutlar en az 8 en büyük 40 puan arasında değerlendirilmektedir. İlk 7 sorunun yanıt seçenekleri “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “emin değilim”, “katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” şeklindedir. 7. soru itibarıyla yanıt seçenekleri “hiç doğru değil”, “biraz doğru”, “orta derecede doğru” “çok doğru”,

“son derece doğru” şeklindedir (Eser ve ark. 2011). Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi tez çalışmasında geliştirilen yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılmıştır.

3.5.8. Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-AGE)

Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-AGE) 13 sorudan oluşan 5’li likert tipi ölçektir. Yanıt seçeneklerine göre 1 ile 5 arasında bir puan alınmaktadır. Yanıt seçenekleri soru kalıplarına göre değişiklik göstermektedir. Katılımcıdan duygularına göre her bir soruda kendisi için en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği tez çalışmasında geliştirilen içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılacaktır (Özcan ve Eser 2020). Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği bu tez çalışmasında geliştirilen yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri gönüllülük esasına dayalı olarak Manisa’nın Soma ve Akhisar ilçelerinde yaşamakta olan 65 yaş ve üzeri olan, yatağa bağımlı olmayan ve minimal test geçiren 162 yaşlı ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 25-30 dakika sürmüştür.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizinde Lisrel 9.1, Statistical Package for the Social Science (SPSS 25.0) ve Stata 14.0 programları kullanılmıştır. Bu tez çalışması kapsamında Yaşlıda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği geliştirme ve çözümlemesinde açıklayıcı ve doğrulayıcı yaklaşımlar bir arada kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini sınamada açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Paralel form geçerliliğinde AYTA ölçeği ile korelasyonu

incelenmiştir. Kriter geçerliliğinde WHOQOL-AGE ölçeği ile olan ilişkisi incelenmiştir. Bilinen gruplar geçerliliğinde çeşitli sosyodemografik özellikler karşısındaki farklılıkları belirleme özelliğine bakılmıştır. YİDÖ'nin güvenilirlik bulgularının belirlenmesinde Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı incelenmiştir. Ayrıca ölçeğin zamana karşı tutarlılığının belirlenmesinde sınıf içi korelasyon katsayısına (Intraclass correlation coefficient) bakılmıştır.

Araştırmanın temel sorusunu oluşturan yaşlıda içselleştirilmiş damgalanma ile sosyal desteğin depresyon ve iyilik haline etkisi ayrı ayrı ve bir arada incelenmiştir. Bunun için öncelikle elde edilen bulgulara ait verilerin tanımlayıcı özellikleri sunulmuştur. Sayımla elde edilen bulgular için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilenlerde ise ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük ve büyük değerler verilmiştir. Nedensel ilişkilerin çözümlemesinde Mann Witney U testi, Kruskal Wallis analizi, spearman korelasyon katsayısı tek değişkenli sonuçların ortaya konulmasında kullanılmıştır. İyilik durumu (WHO-5) ve depresif duygudurum (GDÖ) bağımlı değişkenlerine etki eden faktörlerin çok değişkenli nedenselliğini belirlenmesinde ordinal lojistik regresyon analizi modelleri uygulanmıştır. Model oluşturma ve analiz stratejisinde üç farklı çözümleme uygulamasına gidilmiştir. İlk olarak tek değişkenli analizde anlamlı bulunan sosyodemografik değişkenlerden aralarında yüksek düzeyde birliktelik olmayanlar analiz modelinde sınanmıştır. İkinci yaklaşımda YİDÖ toplam ve ÇBASDÖ toplam puanları sosyodemografik özellikler ile bir arada bağımlı değişkenler ile olan ilişkileri açısından sınanmıştır. Son olarak YİDÖ ve ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları ayrı ayrı bağımlı değişkenler ile olan ilişkileri açısından analiz edilmiştir. WHO-5 iyilik durum indeksi çok değişkenli analiz modeline dahil edilirken artan puan kötü iyilik durumunu gösterecek şekilde tersten kodlanmıştır. Elde edilen bulgular Olasılıklar Oranı (OO) ve %95 Güven Aralığı (%95 GA) biçiminde sunulmuştur. İstatistiksel testlerin olasılık değeri için kabul edilen alfa düzeyi kesme noktası $\alpha < 0,05$ 'tir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma uygulanmasından önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan onay alınmıştır. Araştırmaya dahil edilecek yaşlılara

araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Katılımcılara kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca bu çalışmada kullanılacağı ve başka amaçla kullanılmayacağı belirtilmiştir. Araştırmaya yalnızca mini-mental testten yeterli puan alanlar dahil edilmiştir.

3.9. SÜRE ve OLANAKLAR

Araştırma Mayıs 2018-Nisan 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

- Araştırma Konusunun belirlenmesi: Mayıs 2018
- Araştırma ile ilgili literatür taraması: Mayıs 2018-Mart 2019
- Araştırma deseninin belirlenmesi: Mayıs 2018
- İncelenecek evreni belirleme: Mayıs 2018
- Örnekleme planlama: Mayıs 2018
- Enstitü onayı: Temmuz 2018
- Etik kurul onayı için başvuru evraklarının hazırlanması: Temmuz 2018 – Ekim 2018
- Etik kurul onayı: Kasım 2018
- Ölçek hazırlama için literatür taraması: Kasım 2018-Şubat 2019
- Ölçek boyutlarını belirleme: Şubat 2019
- Madde havuzu oluşturma: Şubat 2019-Ekim 2019
- Uzman Paneli: Aralık 2019
- Ölçek son halini oluşturma: Aralık 2019
- Verilerin toplanması: Aralık 2019-Şubat 2019
- Veri girişlerinin yapılması: Mart 2019
- Verilerin analize hazırlanması: Mart 2019-Nisan 2019
- İstatistiksel analizin yapılması: Nisan 2019-Mayıs 2019

-İstatistiksel analizin yorumlanması: Nisan 2019-Mayıs 2019

-Tezin yazımı: Temmuz 2019-Mayıs 2020



4. BULGULAR,

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

4.1.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, medeni durum vb. özellikler açısından durumunu izleyen tablolarda sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların cinsiyet ve yaş dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	88	54,3
Erkek	74	45,7
Yaş		
65-74 yaş arası	76	46,9
75-84 yaş arası	55	34,0
85-94 yaş arası	31	19,1
Yaş ortalaması±standart sapması	76,5±7,9	
Ortanca yaş	76,0	
En düşük – yüksek yaş	65,0-94,0	

Araştırmaya katılanların %54,3'ü kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 76,5±7,9, ortanca yaş 76, en düşük 65 ve en yüksek 94'tür. En fazla katılımcı %46,9 ile 65-74 yaş aralığında, peşi sıra %34,0 ile 75-84 yaş aralığındadır. 85-94 yaş aralığında katılımcıların %19,1'i yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların en uzun yaşadığı yer ve öğrenim durumlarına göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
En uzun süre yaşanılan yer		
Köy	23	14,2
Kasaba	21	13,0
İlçe	104	64,2
İl	14	8,6
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	28	17,3
Okuryazar	37	22,8
İlkokul	46	28,4
Ortaokul	24	14,8
Lise	6	3,7
Üniversite	21	13,0

Araştırmaya katılan yaşlıların en uzun süre ile yaşadıkları yer dağılımı incelendiğinde %64,2'si ilçe, %14,2'si köy, %13,0 kasaba ve %8,6'sı il merkezinde yaşadığını bildirmiştir.

Eğitim durumları dağılımına göre %13,0 üniversite, %3,7 lise, %14,8'i ortaokul, %28,4'ü ilkokul mezunudur. Okuryazar olanlar %22,8 ve okuryazar olmayanlar %17,3'tür.

Tablo 5. Katılımcıların medeni durum, çocuk sahibi olma durumları ve sahip olunan çocuk sayısına ilişkin durumları

Değişkenler	Sayı	%
Medeni durum		
Hiç evlenmemiş	10	6,2
Evli	78	48,1
Boşanmış	15	9,3
Eşini kaybetmiş	59	36,4
Çocuk sahibi olma durumları		
Var	145	89,5
Yok	17	10,5
Çocuk sayısı		
Bir	11	7,6
İki	48	33,1
Üç	40	27,6
Dört ve üzeri	46	31,7

Araştırmaya katılanların %48,1'i halen evlidir. Eşini kaybetmiş olanlar %36,4, boşanmış olanlar %9,3 ve hiç evlenmemişler ise %6,2'dir.

Yaşlıların %89,5'i çocuk sahibi olup, bir çocuğu olanlar %7,6, iki çocuğu olanlar %33,1, üç çocuğu olanlar %27,6 ve dört ve üzeri çocuğu olanlar %31,7'dir.

Tablo 6.Ekonomik durum, gelir ögeleri ve sağlık güvencesi dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Ekonomik durum değerlendirmesi		
İhtiyaçlarımı karşılamakta çok güçlük çekiyorum	2	1,2
İhtiyaçlarımı karşılamakta güçlük çekiyorum	25	15,4
Gelir giderim birbirine denk yetiyor	68	42,0
Ekonomik durumum rahat	56	34,6
Ekonomik durumum çok rahat	11	6,8
Gelirini oluşturan ögeler #		
Emekli aylığı	128	79,0
Bireysel emeklilik	4	2,5
Kendine ait birikimler	39	24,1
Gayrimenkul gelirleri	42	25,9
Devlet yardımları	33	20,4
Çocuklarının yardımı-bakımı	1	0,6
Sağlık güvencesi		
SSK	76	46,9
Bağ-Kur	51	31,5
Yeşil kart	33	20,4
Yok	2	1,2

Birden fazla seçeneğe sahip olabilir.

Ekonomik durum değerlendirmesinde yaşlılar en çok %42,0 ile gelir-gider durumlarının denk olduğunu, daha sonra %34,6 ile ekonomik durumlarının rahat, %6,8 ile ekonomik durumlarının çok rahat olduğunu bildirmiştir. İhtiyaçlarımı karşılamakta güçlük çekiyorum diyenlerin oranı %15,4 ve çok güçlük çekiyorum diyenler ise %1,2'dir. Gelirlerini oluşturan ögeler sorulduğunda ise %79,0 emekli aylığı, 25,9 gayrimenkul gelirleri, %24,1 kendi birikimleri, %20,4 devlet yardımları, %2,5 bireysel emeklilik ve %0,6 çocuklarının yardımı olduğunu bildirmiştir.

Sağlık güvence dağılımı ise %46,9 SSK, %31,5 Bağ-Kur, %20,4 yeşil kart olarak belirtmiş, yalnızca iki kişi bir sağlık güvencesine sahip olmadığını bildirmiştir.

Tablo 7. Katılımcının kiminle birlikte yaşadığı ve ev mülkiyeti durumu

Değişkenler	Sayı	%
Kiminle yaşıyor?		
Tek başıma	38	23,5
Eşimle	57	35,2
Eşim ve bekar çocuklarımla	21	13,0
Sadece ben bekar olan çocuklarımla	4	2,5
Sadece ben evli olan çocuklarımla yanında	5	3,1
Kurum bakımında	37	22,8
Evin mülkiyeti		
Kendi evim	113	89,7
Kira	7	5,6
Çocuklarımla/yakınlarımla evi, kira vermiyorum	6	4,8

Katılımcıların kiminle birlikte yaşadıkları sorulduğunda en çok %35,2 ile eşimle, %23,5 tek başına ve %22,8 kurum bakımında olduğunu bildirmiştir. Yaşadıkları evin mülkiyeti açısından %89,7'si kendine ait olduğunu belirtmiş olup, %5,6'sı kirada, %4,8'i çocuklarının evinde olduğunu beyan etmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların kronik hastalıkları ve sağlık durumu değerlendirmesi

Değişkenler	Sayı	%
Kronik hastalık varlığı		
Var	133	82,1
Yok	29	17,9
Katılımcıların kronik hastalıkları		
Hipertansiyon	47	29,0
Diyabet	23	14,2
Kalp-damar hastalıkları	42	25,9
Göğüs hastalıkları	25	15,4
Eklem hastalıkları	17	10,5
Böbrek hastalığı	12	7,4
Görme sorunları	38	23,5
İşitme sorunları	41	25,3
Karaciğer hastalığı	5	3,1
Astım	5	3,1
Osteoporoz	5	3,1
Kemiklerde kireçleme	11	6,8
Romatizma	4	2,5
KOAH	5	3,1
Diğer	2	1,2
Geçen seneye göre sağlık durumu		
İyi	92	56,8
Orta	29	17,9
Kötü	41	25,3

Katılımcıların %82,1'i kronik bir hastalığı olduğunu bildirmiştir. Bu hastalıklar arasında en fazla %29,0 ile hipertansiyon, %25,9 kalp-damar hastalıkları, %25,3 işitme sorunları, %23,5 görme sorunları, %15,4 göğüs hastalıkları, %14,2 diyabet ve %10,5 eklem hastalıklarıdır.

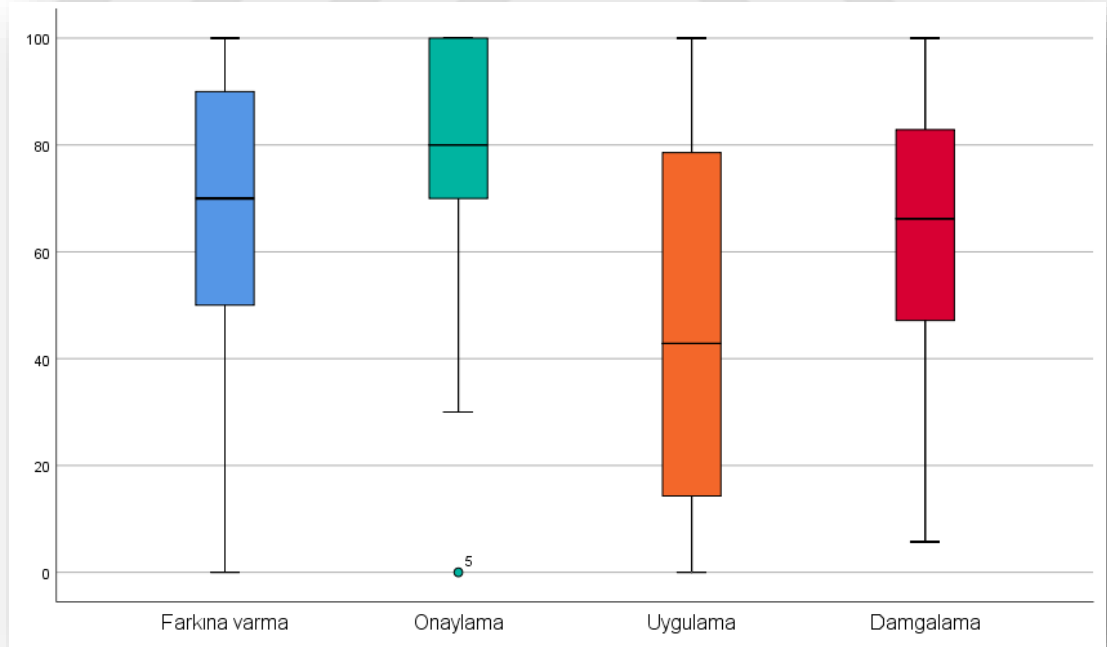
Geçen seneye göre sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna %56,8'i iyi, %17,9'u orta ve %25,3'ü kötü şeklinde yanıt vermiştir.

4.1.2. Katılımcıların Ölçeklerden Elde Ettiği Puanların Dağılımı

Tablo 9. Katılımcıların Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinden elde ettiği puanların dağılımı

	Farkına varma	Onaylama	Uygulama	Damgalanma toplam
Ortalama $\pm$ standart sapma	64,6 $\pm$ 28,2	79,8 $\pm$ 20,4	46,7 $\pm$ 34,3	63,7 $\pm$ 22,7
Ortanca	70,0	80,0	42,9	66,2
En küçük - büyük değer	0-100	0-100	0-100	5,7-100

Araştırmaya katılanların yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinden elde ettiği puan dağılımı tablo 10'da sunulmuştur. Tabloya göre ölçeğin farkına varma, onaylama, uygulama ve damgalama toplam puanından elde ettikleri puan dağılımı ortalaması sırasıyla 64,6 $\pm$ 28,2, 79,8 $\pm$ 20,4, 46,7 $\pm$ 34,3 ve 63,7 $\pm$ 22,7'dir. Ortanca puan dağılımları ise aynı sırayla 70,0, 80,0, 42,9 ve 66,2'dir. En yüksek puan onaylama boyutundan elde edilirken peşi sıra farkına varma ve uygulama boyutları gelmektedir.



Şekil 1. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği puan dağılımı

Tablo 10. GDÖ ve WHO-5 puan dağılımı ve kategorileri

GDÖ kategorileri	Sayı	%
Normal	100	61,7
Depresif Duygudurum	62	38,3
GDÖ puan dağılımı		
0	37	22,8
1-4	63	38,9
5-9	40	24,7
10-14	22	13,6
GDÖ ortalaması±standart sapması	4,20±3,99	
Ortanca GDÖ	3,0	
En düşük – yüksek GDÖ	0,0-14,0	
WHO-5 kategorileri	Sayı	%
Normal	141	87,0
NORMAL DEĞİL (Depresif Duygudurum VAR)	21	13,0
WHO-5 puan dağılımı		
20-49	20	12,3
50-74	48	29,6
75-100	94	58,0
WHO-5 ortalaması±standart sapması	75,3±20,2	
Ortanca WHO-5	80,0	
En düşük-yüksek WHO-5	20,0-100,0	

Araştırmada sorgulanan bağımlı değişkenlerden GDÖ puan ortalaması 4,20±3,99, ortancası 3,0, en düşük sıfır ve yüksek 14,0'dür. GDÖ kesme noktasına göre katılımcıların %38,3'ü depresif duygudurum kategorisinde yer almaktadır.

WHO-5 iyilik durumu indeksi puan ortalaması 75,3±20,2, ortancası 80,0, en düşük 20,0 ve en yüksek 100,0'dür. Bu ölçek için belirlenen kesme noktasına göre katılımcıların %13,0'ü normal değil kategorisinde yer almıştır.

Tablo 11.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları dağılımı

	Özel biri	Aile	Arkadaş	ÇBASD toplam
Ortalama ± standart sapma	19,7±7,7	18,4±6,8	18,7±6,4	56,8±19,4
Ortanca	23,0	17,5	18,0	56,0
En küçük-büyük değer	4,0-28,0	4,0-28,0	5,0-28,0	16,0-84,0

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları olan özel biri, aile ve arkadaş ile sosyal destek toplam puanı ortalaması sırasıyla 19,7±7,7, 18,4±6,8, 18,7±6,4 ve 56,8±19,4'tür. Ortanca puan dağılımları yukarıdaki sırayla 23,0, 17,5, 18,0 ve 56,0'dır.

4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR

4.2.1. Tek Değişkenli Çözümleyici Bulgular

Araştırmanın bağımlı değişkenleri GDÖ ve WHO-5 iyilik durum indeksinden elde edilen puanlardır. Bu iki değişkeni etkilediği düşünülen yaşlıya ait sosyodemografik özellikler, yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği boyut ve toplam puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarıdır.

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle sosyodemografik özellikler ile geriatrik depresyon ölçeği ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları arasındaki ilişki bire bir olacak şekilde karşılaştırmalı olarak incelenecektir. Daha sonra bu iki bağımlı değişken ile yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyut ve toplam puanı ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları ve toplam puanı karşılaştırmalı olarak sunulacaktır.

4.2.1.1. Sosyodemografik özellikler ile geriatrik depresyon ölçeği ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları karşılaştırması

Tablo 12. GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	Z	p
GDÖ	Kadın	88	82,72	-0,365	0,715
	Erkek	74	80,05		
WHO-5	Kadın	88	78,92	-0,766	0,444
	Erkek	74	84,57		

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksinden aldıkları puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. GDÖ ve WHO-5 puanları ile yaş grupları arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	χ^2	p	Post-hoc
GDÖ	65-74 yaş arası(a)	76	51,71	71,041	0,000	a<b<c
	75-84 yaş arası(b)	55	94,65			
	85-94 yaş arası(c)	31	131,19			
WHO-5	65-74 yaş arası(a)	76	109,66	66,040	0,000	a>b>c
	75-84 yaş arası(b)	55	70,85			
	85-94 yaş arası(c)	31	31,35			

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puan sıra ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Yaş gruplarına göre bu fark incelendiğinde GDÖ ölçeğinde daha düşük yaşta olanların daha düşük depresyon puan sıra ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Buna karşın daha düşük yaş grubunda olanların ise WHO-5 iyilik durumu indeksinde ise daha yüksek puan sıra ortalaması elde ettiği görülmektedir. Diğer bir deyiş ile daha yaşlı olanlar daha fazla depresif duygudurumu ve daha kötü iyilik durumuna sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14. GDÖ ve WHO-5 puanları ile en uzun süre yaşanan yer arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	Z	p
GDÖ	Köy-kasaba	44	111,66	-5,042	0,000
	İlçe-il	118	70,25		
WHO-5	Köy-kasaba	44	49,06	-5,392	0,000
	İlçe-il	118	93,60		

Araştırmaya katılan yaşlıların en uzun süre yaşadıkları yer özellikleri ile GDÖ puanı ve WHO-5 iyilik durumu puanı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Köy-kasabada yaşayanların GDÖ puanı ilçe-il’de yaşayanlara göre daha yüksek bulunurken, WHO-5 puanı daha düşük düzeydedir.

Tablo 15. GDÖ ve WHO-5 puanları ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	χ^2	p	Post-hoc
GDÖ	Eğitimsiz (a)	65	107,65	40,572	0,000	a>b>c
	İlkokul ve Ortaokul (b)	70	71,28			
	Lise ve Üniversite (c)	27	45,04			
WHO5	Eğitimsiz (a)	65	53,68	51,926	0,000	a<b<c
	İlkokul ve Ortaokul (b)	70	89,31			
	Lise ve Üniversite (c)	27	128,24			

Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Eğitim düzeyi azaldıkça GDÖ puanı artarken, WHO-5 puanı düşmektedir. Katılımcılardan eğitimsiz olanların GDÖ puanı ilkokul ve ortaokul ile lise ve üniversite eğitimlilere göre daha yüksek iken, WHO-5 puanı daha düşüktür. Benzer şekilde ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitime sahip olanların GDÖ puanı lise ve üniversite eğitimlilere göre daha yüksek iken, WHO-5 puanı daha düşüktür.

Tablo 16. GDÖ ve WHO-5 puanları ile medeni durum arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	Z	p
GDÖ	Evli	78	53,79	-7,312	0,000
	Diğer	84	107,23		
WHO-5	Evli	78	105,16	-6,205	0,000
	Diğer	84	59,53		

Araştırmaya katılanların medeni durumu ile GDÖ ve WHO-5 puanı arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Evli olanların GDÖ puanı evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunurken, WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı daha yüksektir. Diğer bir deyiş ile evli olmayanların daha yüksek oranda depresif duygudurumuna sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 17. GDÖ ve WHO-5 puanları ile çalışma durumu arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	Z	p
GDÖ	Çalışıyor	23	48,89	-3,632	0,000
	Çalışmıyor	139	86,90		
WHO-5	Çalışıyor	23	115,67	-3,783	0,000
	Çalışmıyor	139	75,85		

Araştırmaya katılanların çalışma durumu ile GDÖ ve WHO-5 puanları arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0,001$). Katılımcılardan çalışanların GDÖ puanı çalışmayanlara daha düşük düzeyde iken, WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı yüksektir. Diğer bir deyiş ile çalışanların çalışmayanlara göre daha düşük düzeyde depresif duygudurumuna sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 18. GDÖ ve WHO-5 puanları ile ekonomik durum algısı arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	χ^2	p	Post-hoc
GDÖ	Yetersiz (a)	27	129,28	63,367	0,000	a>b>c
	Denk (b)	68	93,38			
	Yeterli (c)	67	50,19			
WHO-5	Yetersiz (a)	27	35,94	69,829	0,000	a<b<c
	Denk (b)	68	65,63			
	Yeterli (c)	67	115,96			

Ekonomik durum açısından yaşlıların algısı değerlendirilmiş yetersiz, denk ve yeterli şeklinde sınıflandırılmıştır. GDÖ ve WHO-5 ölçekleri ile olan ilişkisi incelendiğinde ekonomik durum algısının tüm kategorileri arasından anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,005$). Buna göre ekonomik durum algısı yetersiz olanların GDÖ puanı ekonomik durumu denk ve yeterli olanlara göre daha yüksek, WHO-5 puanı ise daha düşük düzeydedir. Benzer şekilde ekonomik durumu denk olanların yeterli olanlara göre GDÖ puanı daha yüksek iken, WHO-5 puanı daha düşüktür.

Tablo 19. GDÖ ve WHO-5 puanları ile yaşının kiminle yaşadığı arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	χ^2	p	Post-hoc
GDÖ	Eş ve/veya çocuklar ile (a)	87	57,28	52,165	0,000	a<(b=c)
	Yalnız (b)	38	103,96			
	Kurum bakımında (c)	37	115,39			
WHO5	Eş ve/veya çocuklar ile (a)	87	103,32	40,967	0,000	a>(b=c)
	Yalnız (b)	38	57,41			
	Kurum bakımında (c)	37	54,93			

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği değeri

Araştırmaya katılan yaşlıların GDÖ ve WHO-5 puanları ile kiminle birlikte yaşadıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre eş ve/veya çocukları ile birlikte yaşayanların GDÖ ve WHO-5 puanı yalnız ya da kurum bakımında

yaşayanlara göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0,001$). Eş ve/veya çocukları ile birlikte yaşayanların GDÖ puanı yalnız ya da kurum bakımında yaşayanlara göre daha düşük düzeyde iken, WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı daha yüksektir. Diğer bir deyiş ile yalnız ya da kurum bakımında yaşayanların eş ve/veya çocukları ile birlikte yaşayanlara göre daha kötü iyilik durumuna ve depresif duygudurumuna sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 20. GDÖ ve WHO-5 puanları ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki

Ölçek	Kategori	n	Sıra ort.	Z	p
GDÖ	Var	133	89,34	-4,596	0,000
	Yok	29	45,55		
WHO-5	Var	133	73,53	-4,643	0,000
	Yok	29	118,03		

Araştırmaya katılanların kronik hastalık varlığına göre GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir ($p<0,005$). Diğer bir deyiş ile kronik hastalığı olanların daha yüksek depresif duygudurumu ve daha düşük iyilik durumuna sahip olduğu görülmektedir.

4.2.1.2. Ölçek puanları arasındaki ilişki

Tablo 21. GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi ile YİDÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki korelasyon

Değişkenler	GDÖ	WHO-5
YİDÖ-Farkına varma	0,555**	-0,515**
YİDÖ-onaylama	0,468**	-0,440**
YİDÖ-Uygulama	0,904**	-0,889**
YİDÖ-Toplam	0,832**	-0,793**
ÇBASDÖ özel biri	-0,838**	0,777**
ÇBASDÖ aile	-0,821**	0,822**
ÇBASDÖ arkadaş	-0,869**	0,841**
ÇBASDÖ toplam	-0,893**	0,860**

* p<0,05 p<0,01

Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile YİDÖ ve ÇBASDÖ boyut ve toplam puanları arasındaki birliktelik incelendiğinde tümünün anlamlı korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir. En yüksek korelasyon katsayısı YİDÖ ile GDÖ arasında ($r=0,832$), daha sonra YİDÖ ile WHO-5 ($r=-0,793$) arasındadır. YİDÖ ölçeği alt boyutlarda arasında ise en yüksek korelasyon uygulama boyutu ile GDÖ arasındadır ($r=0,904$). Peşi sıra uygulama boyutu ile WHO-5 arasındaki korelasyon katsayısı $r=0,889$ düzeyindedir. Her iki sonuç değişkeni ile yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde birliktelik olduğu görülmektedir.

Diğer taraftan GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasında da yüksek düzeyde birliktelik olduğu görülmektedir. Depresif duygudurumu ve iyilik algısında sosyal desteğin yüksek düzeyde birliktelik sergilediği belirlenmiştir.

4.2.2. Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Tablo 22. Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki, çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi sonucu

Değişkenler	GDÖ	WHO-5
	OO(%95GA)	OO(%95GA)
Yaş (65-74 yaş arası)	ref	ref
75-84 yaş arası	2,70(1,26-5,79)^a	2,23(1,08-4,58)^a
85-94 yaş arası	10,40(3,92-27,56)^c	9,19(3,47-24,36)^c
Öğrenim (lise-üniversite)	ref	ref
İlkokul-ortaokul	1,07(0,40-2,83)	2,88(1,08-7,63)^a
Eğitimsiz	3,68(1,27-10,68)^a	7,23(2,43-21,51)^c
Çalışma durumu (çalışmıyor)	1,27(0,47-3,41)	1,56(0,62-3,91)
Ekonomik durum (yeterli)	ref	ref
Denk	2,47(1,15-5,27)^a	4,26(1,99-9,11)^c
Yetersiz	11,33(3,95-32,52)^c	12,55(4,51-34,89)^c
Kiminle yaşıyor (ailesi)	ref	ref
Yalnız	2,68(1,26-5,71)^a	2,71(1,29-5,72)^b
Kurum bakımında	7,55(3,26-17,50)^c	4,09(1,82-9,21)^c
Kronik hastalık (var)	4,10(1,70-9,88)^b	3,31(1,48-7,41)^b

OO(%95GA): Olasılıklar Oranı (%95 Güven Aralığı)

a: $p < 0,05$ b: $p < 0,01$ c: $p < 0,001$

Çok değişkenli analizde model oluşturma stratejilerinden ilki sosyodemografik özellikler ile GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasıdır. GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanlarına etki eden faktörlerin çok değişkenli analizinde ilk olarak tek değişkenli analizde anlamlı bulunan sosyodemografik özellikler çözümlemeye alınmıştır. Elde edilen bulgular olasılıklar oranı (%95 güven aralığı) biçiminde sunulmuştur. Buna göre GDÖ ile yaş, ekonomik durum, yaşlının kiminle yaşadığı ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Analizden elde edilen sonuçların ayrıntılı olarak durumunu ifade edecek olursak: 65-74 yaş grubunda olanlara göre 75-84 yaş arasında olanların 2,70 (%95 GA:1,26-5,79) kat, 85-94 yaş arasında olanların 10,40 (%95 GA:3,92-27,56) kat GDÖ puanı daha yüksek düzeydedir. Yaş arttıkça depresif duygudurum puanı artmaktadır.

Ekonomik durum ile GDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde kendini yeterli olarak sınıflandırılanlara göre denk ekonomik duruma sahip olanların 2,47 (%95 GA:1,15-5,27) kat, yetersiz ekonomik duruma sahip olanların ise 11,33 (%95 GA:3,95-32,52) kat GDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. GDÖ puanı ekonomik durumdan etkilenmektedir. Düşük ekonomik duruma sahip olanlar daha kötü GDÖ puanına sahiptir. Daha fazla depresif duygudurumu sergilemektedir.

GDÖ ile anlamlı ilişki bulunan bir diğer değişken yaşının kiminle birlikte yaşadığıdır. Ailesi ile yaşayanlara göre yalnız yaşayanların 2,68 (%95 GA:1,26-5,71) kat, kurum bakımında yaşayanların 7,55 (%95 GA:3,26-17,50) kat anlamlı düzeyde daha yüksek GDÖ puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Yalnız ya da kurum bakımında yaşayanların ailesi ile yaşayanlara göre daha fazla depresif duygudurumuna sahip olduğu görülmektedir.

Son olarak GDÖ ile anlamlı ilişki gösteren diğer değişken kronik hastalık varlığıdır. Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre GDÖ puanı 4,10 (%95 GA:1,70-9,88) kat daha yüksektir. Kronik hastalık varlığı depresif duygudurumunu arttırmaktadır.

Benzer bir tablo WHO-5 iyilik durum indeksi puanlarında da görülmektedir. WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı yaşı 65-74 arasında olanlara göre 75-84 yaş arasında olanlarda 2,23 (%95 GA:1,08-4,58) kat ve 85-94 yaş arasında olanlarda 9,19 (%95 GA:3,47-24,36) kat daha fazla oranda düşüktür. Diğer bir deyiş ile yaş arttıkça iyilik durumu indeksi puanı azalmakta, duygudurumu kötüleşmektedir.

Eğitim durumu açısından incelendiğinde lise ve üniversite eğitimlilere göre ilkokul ve ortaokul eğitimlilerin 2,88 (%95 GA:1,08-7,63) kat ve eğitimsizlerin 7,23 (%95 GA:2,43-21,51) kat daha düşük WHO-5 iyilik durumu puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düştükçe iyilik durumu puanı da azalmaktadır.

Ekonomik durum ile iyilik durumu indeksi puanı arasındaki ilişki ele alındığında ekonomik durumu yeterli olanlara göre denk düzeyde olduğunu belirtenlerin iyilik durumu indeksi 4,26 (%95 GA:1,99-9,11) kat ve yetersiz ekonomik duruma sahip olanlarda 12,55 (%95 GA:4,51-34,89) kat daha kötüdür.

WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı ile yaşının kiminle birlikte yaşadığı arasında da anlamlı ilişkinin olduğu çok değişkenli analiz sonucunda görülmektedir. Ailesi ile yaşayanlara göre WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı yalnız yaşayan yaşlıların 2,71

(%95 GA:1,29-5,72) kat ve kurum bakımında yaşayan yaşlıların 4,09 (%95 GA:1,82-9,21) kat daha düşük düzeydedir. Yalnız ya da kurum bakımında olmak daha kötü iyilik durumu ile ilişkili bulunmuştur.

Son olarak kronik hastalığı olanların iyilik durumu puanının 3,31 (%95 GA:1,48-7,41) kat daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 23. Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile sosyodemografik özellikler, YİDÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki, çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi sonucu.

Değişkenler	GDÖ	WHO-5
	OO(%95GA)	OO(%95GA)
Yaş (65-74 arası)	ref	ref
75-84 arası	2,69(1,22-5,92)^a	1,68(0,79-3,55)
85-94 arası	4,49(1,63-12,38)^b	3,48(1,22-9,88)^a
Öğrenim (lise-üniversite)	ref	ref
İlkokul-ortaokul	0,43(0,15-1,22)	1,63(0,58-4,57)
Eğitimsiz	1,99(0,64-6,18)	4,49(1,43-14,12)^a
Çalışma durumu (çalışmıyor)	0,52(0,18-1,49)	0,85(0,32-2,20)
Ekonomik durum (yeterli)	ref	ref
Denk	0,73(0,31-1,71)	2,22(0,97-5,07)
Yetersiz	2,41(0,76-7,59)	3,51(1,23-9,99)^a
Kiminle yaşıyor (ailesi)	ref	ref
Yalnız	0,68(0,29-1,57)	0,92(0,40-2,07)
Kurum bakımında	1,71(0,71-4,11)	0,93(0,39-2,18)
Kronik hastalık (var)	2,86(1,10-7,43)^a	2,00(0,84-4,74)
YİDÖ toplam (nümerik)	1,05(1,02-1,08)^c	1,02(1,00-1,05)^a
ÇBASDÖ toplam (nümerik)	0,86(0,83-0,89)^c	0,89(0,86-0,92)^c

OO(%95GA): Olasılıklar Oranı (%95 Güven Aralığı)

a: p<0,05 b: p<0,01 c: p<0,001 ref:referans

Çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ÇBASDÖ ve YİDÖ toplam puanları ile hem GDÖ hem de WHO-5 iyilik durumu indeksi puanı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. GDÖ ile ilişkili olan diğer

sosyodemografik değişkenler artan yaşı ve kronik hastalık varlığı iken, WHO-5 ile artan yaşı, düşük eğitim ve yetersiz ekonomik durumdur.

Çok değişkenli çözümlemeden elde edilen sonuçları ayrıntılı olarak inceleyecek olursak: GDÖ puanı ile artan yaşı arasında anlamlı ilişkinin olduğu; 65-74 yaşı arasındakilere göre 75-84 yaşı arasında olanlarda 2,69 (%95 GA:1,22-5,92) kat, 85-94 yaşı arasında olanlarda 4,49 (%95 GA:1,63-12,38) kat daha yüksek düzeyde puan elde edildiği belirlenmiştir. WHO-5 iyilik durumu indeksi puanında ise 85-94 yaşı arasında olanların 3,48 (%95 GA:1,22-9,88) kat daha düşük puan elde ettiği görülmüştür. Her iki sonuç değişkeni açısından artan yaşı kötü duygudurumu göstermektedir.

Eğitim durumu ile WHO-5 puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu yüksek eğitimlilere (lise+üniversite) göre eğitimsiz grubun 4,49 (%95 GA:1,43-14,12) daha düşük puan elde ettiği belirlenmiştir. Düşük eğitimli grupta olanların daha düşük iyilik durumu puanı elde ettiği görülmektedir. Diğer taraftan depresif duygudurum ile eğitim durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır.

WHO-5 puanına etki eden sosyodemografik özelliklerden bir diğeri ekonomik durumdur. Yeterli ekonomik duruma sahip olanlara göre yetersiz ekonomik durumda olanların WHO-5 puanı 3,51 (%95 GA:1,23-9,99) kat daha düşüktür. Buna karşın depresif duygudurum ile bir ilişki bulunmamaktadır.

Kronik hastalık varlığı ile GDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Buna göre kronik hastalığı olanların GDÖ puanı 2,86 (%95 GA:1,10-7,43) kat daha yüksek düzeydedir. Diğer bir deyiş ile kronik hastalığı olanların daha fazla oranda depresif duygudurumuna sahip olduğu bulunmuştur.

Araştırmada sorgulanan ve depresif duygudurumu ile iyilik durumunu belirlediği düşünölen YİDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanının her ikisinin bir arada etkili olduğu görülmektedir. Buna göre YİDÖ toplam puanındaki her bir birimlik artış GDÖ puanını 1,05 (%95 GA:1,02-1,08) kat artırırken, WHO-5 puanını 1,02 (%95 GA:1,00-1,05) kat azaltmaktadır. ÇBASDÖ toplam puanında ise durum tersine çalışmakta olup her birimlik artış GDÖ puanında 0,86 (%95 GA:0,83-0,89) kat azaltmakta, WHO-5 puanındaki artışı 0,89 (%95 GA:0,86-0,92) kat arttırmaktadır. Diğer bir deyiş ile ÇBASDÖ toplam puanındaki her bir birimlik artış depresif

duygudurumunda %14 (1-0,86), iyilik durumunda %11'lik (1-0,89) bir koruyucu etki oluşturmaktadır.

Tablo 24. Araştırmaya katılanların GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile YİDÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ve alt boyutları arasındaki ilişki, çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi modelleri

Değişkenler	GDÖ	WHO-5
Model 1	OO(%95GA)	OO(%95GA)
YİDÖ toplam (nümerik)	1,05(1,03-1,07)^c	1,03(1,01-1,05)^b
ÇBASDÖ toplam (nümerik)	0,86(0,83-0,89)^c	0,87(0,84-0,90)^c
Model 2		
Farkına varma (nümerik)	1,01(1,00-1,03)^a	1,00(0,99-1,01)
Onaylama (nümerik)	1,00(0,98-1,01)	1,00(0,98-1,02)
Uygulama (nümerik)	1,11(1,09-1,13)^c	1,10(1,08-1,12)^c
Model 3		
ÇBASDÖ özel biri (nümerik)	0,80(0,74-0,86)^c	0,84(0,79-0,90)^c
ÇBASDÖ aile (nümerik)	0,77(0,69-0,87)^c	0,76(0,68-0,86)^c
ÇBASDÖ arkadaş (nümerik)	0,92(0,79-1,07)	0,94(0,81-1,10)

OO(%95GA): Olasılıklar Oranı (%95 Güven Aralığı)

Model 1: YİDÖ ve ÇBASDÖ toplam puanlarının bir arada analiz edildiği model

Model 2: YİDÖ farkına varma, onaylama ve uygulama alt boyutlarının bir arada analiz edildiği model

Model 3: ÇBASDÖ özel biri, aile ve arkadaş alt boyutlarının bir arada analiz edildiği model

a: $p < 0,05$ b: $p < 0,01$ c: $p < 0,001$

Bu bölümdeki analiz yaklaşımında bağımlı değişkenler ile YİDÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ve alt boyutlarına ait puanlar ayrı ayrı bir arada incelenmiştir. Üç bağımsız değişken oluşturma modeli ile yapılan sınamada ilk modelde YİDÖ toplam ve ÇBASDÖ toplam puanları analize alınırken, ikinci modelde YİDÖ alt boyutları ve üçüncü modelde ÇBASDÖ alt boyutları çözümlemeye dahil edilmiştir. Elde edilen bulgular olasılıklar oranı ve %95 güven aralığı biçiminde sunulmuştur. Buna göre:

YİDÖ toplam puanındaki her bir birimlik artışın GDÖ puanında 1,05 (%95 GA:1,03-1,07) kat artışa, WHO-5 puanında 1,03 (%95 GA:1,01-1,05) kat azalışa neden olduğu belirlenmiştir. Buna karşın ÇBASDÖ toplam puanındaki her bir

birimlik artışın GDÖ puanında 0,86 (%95 GA:0,83-0,89) kat azalışa ve WHO-5 puanında 0,87 (%95 GA:0,84-0,90) kat artışa neden olmaktadır. Diğer bir deyiş ile ÇBASDÖ toplam puanı depresif duygudurumunu %14 azaltırken, iyilik durumunu %13 arttırmaktadır.

YİDÖ'nün farkına varma, onaylama ve uygulama alt boyutları ile GDÖ ve WHO-5 puanları arasındaki ilişki incelendiğinde: GDÖ puanını, YİDÖ-farkına varma alt boyutu 1,01 (%95 GA:1,00-1,03) kat, YİDÖ-uygulama alt boyutu 1,11 (%95 GA:1,09-1,13) kat düşürmektedir. Diğer bir deyiş ile GDÖ puanında YİDÖ-farkına varma ve YİDÖ-uygulama alt boyut puanları bir arada anlamlı etkiye sahiptir. En yüksek etki YİDÖ-uygulama alt boyutundan gelmektedir. WHO-5 ile yalnızca YİDÖ-uygulama boyutu anlamlı ilişkiye sahip olup, her bir birimlik artış iyilik durumu puanında 1,10 (%95 GA:1,08-1,12) katlık bir azalışa neden olmaktadır.

ÇBASDÖ alt boyutları olan özel biri, aile ve arkadaş puanları ile GDÖ ve WHO-5 puanları arasındaki ilişkinin incelendiği son modelde elde edilen sonuçlar şöyledir: ÇBASDÖ-özel biri alt boyutu puanındaki her bir birimlik artış GDÖ puanında %20 [OO=0,80 (%95 GA:0,74-0,86)] ve WHO-5 puanında %16'lık [OO=0,84 (%95 GA:0,79-0,90)] bir koruyucu etki oluşturmaktadır. Diğer taraftan ÇBASDÖ-aile alt boyutu puanındaki her bir birimlik artışın GDÖ puanında %23 [OO=0,77 (%95 GA:0,69-0,87)] ve WHO-5 puanında %24'lük [OO=0,76 (%95 GA:0,76-0,86)] olumlu (koruyucu) etki oluşturduğu belirlenmiştir. ÇBASDÖ-arkadaş boyutu hem GDÖ hem de WHO-5 puanında anlamlı bir etki oluşturmamaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde yaşlıların sosyodemografik özellikleri, geriatrik depresyon, WHO-5 iyilik durumu indeksi, sosyal destek algısı ve yaşlı içselleştirilmiş damgalanma puanları arasındaki ilişkinin karşılaştırmalı olarak değerlendirmeleri yapılacaktır.

5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN YAŞLILARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Manisa'nın Soma ve Akhisar ilçelerinde 65 yaş üstü yatağa bağımlı olmayan ve minimal testini geçen 162 yaşlı bireyle yapılan araştırmada katılımcıların %54,3 ü kadınlardan %45,7'si erkeklerden oluşmaktadır. Altay ve ark. çalışmasıyla örtüşmektedir (Altay ve Aydın Avcı 2009). Katılımcıların en uzun yaşadıkları yer %64,2'i ile ilçe diğerleri ise il, köy veya kasabada yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %17,3'ü okuryazar değildir, diğerleri ise en az ilköğretim mezunu olup %28,4 ile ilköğretim mezunları sayısı diğer öğrenim durumlarından yüksektir. Bu bulgu Gül ve ark. yaptığı çalışma ile benzeşmektedir (Gül ve ark. 2012). Medeni durumlarına göre katılımcıların %48,1'inin evli olduğu ve %89,5'inin en az bir çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Keskinoglu ve ark. çalışmasıyla uyumaktadır (Keskinoglu ve ark. 2006). Yaşlılardan ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde %42,0'si gelir ve giderlerinin denk olduğunu %1,2'si ise ihtiyaçlarını karşılamakta çok güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir. Kılıç ve ark. çalışmasıyla uyumludur. (Kılıç ve ark. 2016). Yaşlıların %35,2'si eşi ile %23,5'i tek başına, %22,8'i kurum bakımında kalmakta olup diğerleri ise çocukları ile kaldıklarını söylemişlerdir. Yaşlıların %82,1'inin en az bir kronik hastalığı olmakla birlikte hipertansiyon katılımcıların en fazla görülen sağlık sorunu olarak belirlenmiştir ve yaşlıların %56,8'i geçen seneye göre sağlık durumlarını iyi olarak

değerlendirmişlerdir. Bingöl ve ark. çalışmasıyla örtüşmektedir. (Bingöl ve ark. 2010).

5.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE GDÖ ve WHO-5 İYİLİK DURUMU İNDEKSİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada ilk olarak geriatrik depresyon ve iyilik durumu ile yaşlıların sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki ele alınmış ve tek değişkenli analizler ile test edilmiştir. Daha sonra tek değişkenli analizde anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizi modelinde incelenmiştir. Bu bölümde tek değişkenli analizi yapılan çözümleyici bulguların ulusal ve uluslararası literatür ile karşılaştırılması yapılarak bulunan veriler değerlendirilecektir.

Cinsiyet ile GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi arasındaki ilişki test edildiğinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatüre bakıldığında kadın olmak depresyonu yaygınlaştırıcı neden olarak bilinmektedir (Varma ve ark. 2008), yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında; kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmış, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Elkin 2016). Başka bir çalışmada kadınlarda hem tanı konmuş depresyon hem de depresyon skala puanları erkeklere göre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Gül ve ark. 2012). Bizim çalışmamızda depresyon ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark görülememiştir. Bu farklılık çalışmaya katılan kadın yaşlıların sağlık durumu, eğitim düzeyi, hayata bakış ve sosyal işlevsellikleriyle ilişkilendirilebilir. WHO 5 Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında yaşlı kadınların iyilik durumu puanı erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (Eser ve ark. 2019).

55 yaş ve üzeri emeklilerin iyi oluşlarını inceleyen bir çalışmada cinsiyet değişkeninin iyi oluş üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Kurtkapan 2019), 60 yaş üstü bireylerle yapılan başka bir çalışma da cinsiyetin iyilik halinde istatistiksel olarak anlam ifade etmediği belirlenmiştir (Bahar ve Başıbüyük 2019). Yetişkinlerle yapılan iyilik hali çalışmasında da cinsiyet ile iyilik hali arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Korkut-Owen ve ark. 2017). İyilik halinin cinsiyete göre değişmemesi katılımcıların yaşlı bireylerden oluşmasından kaynaklı

olabileceği düşünülmektedir çünkü daha genç gruplarda yapılan benzer çalışmalarda (Eryılmaz ve Ercan 2016) genellikle iyilik halinin cinsiyete göre farklılaştığını görmekteyiz.

Yaş grupları arasında GDÖ ile WHO-5 iyilik durumu indeksi arasındaki ilişki test edildiğinde daha düşük yaşta olanların daha düşük depresyon puan sıra ortalamasına sahip oldukları buna karşın WHO-5 iyilik durum indeksinde daha yüksek puan sıra ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ve anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0,001$). Yaş arttıkça depresif duygudurumun arttığı buna karşın iyilik halinin azaldığı görülmektedir. Bingöl ve ark. çalışmasında kendini çok yaşlı olarak algılayan yaşlıların depresyon puanı yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Bingöl ve ark. 2010). Yaşlılık dönemine ilişkin beklentilerin araştırılmasına yönelik bir çalışmada yaş dilimi yükseldikçe yaşam kalitesi düştüğü, sosyal etkinliklere katılım azaldığı, sosyal etkinlik düzeyinin genel iyilik hali ile doğrudan ilişkili olduğu bu nedenle yaşla birlikte iyilik halinin azaldığı vurgulanmıştır (Aközer ve ark. 2011). Yaş değişkeninin iyilik halini etkilediğini söyleyen farklı çalışmalarda ise 55-64 yaş grubunun iyilik halinin 75 ve üzeri yaşa göre anlamlı olarak farklılaştığı (Kurtkapan 2019), katılımcıların yaşı arttıkça, iyilik hali puanlarının azaldığı (Bahar ve Başbüyük 2019) ifade edilmiştir. Tez çalışmasında yaş ile depresyon ve iyilik halinin anlamlı olması benzer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.

En uzun süre yaşanan yer ile GDÖ ve WHO-5 iyilik durum indeksi arasındaki ilişki test edildiğinde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) Köy kasabada yaşayanların GDÖ puanı ilçe veya il de yaşayanlara göre daha yüksek iken WHO-5 puanı daha düşük düzeydedir. Köy ve kasabada yaşayanların depresif duygudurumu daha yüksek iyilik halinin daha düşük olduğu görülmektedir. Ülkemizde kırsal kesimde yaşayanlarda depresyon seviyesi daha yüksek bulunmuştur (Savrun 1999). Yapılan bir çalışmada kırsalda yaşayan katılımcıların %32,2'sinde, kentte yaşayan yaşlıların %18,7'sinde depresyon bulunmuştur (Yasemin 2017b). Kentte yaşamın daha rahat olduğunu ifade eden yaşlılar bu durumu imkanların çokluğu, ekonomi ve sosyal anlamda çeşitliliğe bağlamışlardır (Gönüllü Taşkesen 2017). Çalışmamız bulgularında kentte yaşayan bireylerde depresif belirtiler daha düşük, iyilik hali daha yüksek bulunmuştur. Benzer çalışma bulgularına da bakıldığında kentte yaşamın yaşlılar için sosyalleşme, kaynak ve fırsatların çokluğu ve bunlara daha kolay erişimle ilişkilendirilerek daha yüksek iyilik haline neden olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyi ile GDÖ ve WHO-5 iyilik durum indeksi arasındaki ilişki incelendiğinde tek değişkenli analizde eğitim düzeyi azaldıkça GDÖ puanı artarken WHO-5 puanı düşmektedir ($p<0,001$). Eğitim düzeyinin depresif duygudurum ve iyilik hali ile ilişkili olduğu eğitim düzeyi arttıkça depresif duygudurumun azaldığı iyilik halinin ise arttığı görülmektedir. Yapılan benzer çalışmaların kimisinde eğitimin geriatrik depresyon üzerinde iyi yönde etkilerinin olduğu saptanmış (Gül ve ark. 2012) ancak bu ilişkinin değişebileceği de vurgulanmıştır (Demir ve ark. 2013). Yine benzer bir çalışmada istatistiksel olarak anlam ifade etmemekle birlikte okuryazar olmayan yaşlıların geriatrik depresyon puanı yüksek bulunmuştur (Bingöl ve ark. 2010). Çalışmamızda depresyon ve eğitim ilişkisi anlamlıdır literatürde farklı sonuçlarında var olması yaşlıların bireysel ve sosyal özelliklerindeki farklılıklarla ilişkilendirilebilir. WHO-5 Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan yaşlıların iyilik durumu puanı eğitimsizlerde daha düşük bulunmuştur (Eser ve ark. 2019).

60 yaş üstü bireylerin iyilik durumunu inceleyen bir çalışmada eğitim durumu iyilik halini etkilemektedir, ilköğretim ve üniversite mezunu yaşlıların iyilik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (Bahar ve Başbüyük 2019). Eğitim hem toplumu geliştiren hem de bireylerin yaşamlarını daha kaliteli, sağlıklı yaşamasının önünü açan bir unsurdur. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin özgüveni artar, sosyal çevresi genişler, ilişki kurma becerileri gelişir ve yaşam standartları iyileşir. Benzer çalışma bulguları da göz önüne alındığında depresyon ve iyilik halinin eğitim düzeyinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

Yaşlıların medeni durumunun GDÖ ve WHO-5 iyilik durum indeksi ile anlamlı bir ilişki içinde olduğu evli olanların depresif duygudurumunun daha düşük ve WHO-5 iyilik durum indeksinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0,001$). Medeni durumun bireylerin depresif duygudurumunu ve iyilik halini etkilemekte olup evli olmayanların daha yüksek depresif duygudurumuna sahip oldukları ve iyilik hallerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre depresyon yaygınlıkları incelendiğinde; evli olanların % 30'unda, dul olanların ise % 56,3'ünde depresyon görüldüğü saptanmıştır (Kocataş ve ark. 2004). Elkin'in çalışmasında evlilerde depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Elkin 2016). Karalar ve ark. çalışması da bu durumu destekleyecek şekilde dul olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğu yönündedir (Karalar ve

ark. 2004). Yaşlı bireylerin iyi oluş halini inceleyen bir çalışmada medeni durumu evli katılımcıların lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kurtkapan 2019), evli bireylerin iyilik halinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çetinkaya 2004). Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan eş ölümü, ayrılıklar, yalnızlık bireylerin sosyal işlevselliğini etkilemektedir. Yıllarca beraber yaşanan, üzüntünün, sıkıntının, sevincin paylaşıldığı eş ile birlikte geçirilen yaşlılık bireylere güven ve mutluluk verir. Medeni durum yaşlılıkta bireylerin kiminle birlikte yaşadığı ile yakından ilişkilidir. Bu gibi etkenler göz önüne alındığında yalnız yaşayan yaşlıların depresyon ve iyilik durumunun medeni durumdan etkilendiğini söyleyebiliriz.

Yaşlıların kiminle birlikte yaşadıkları GDÖ ve WHO-5 puanını anlamlı olarak etkilemektedir ($p<0,001$). Yalnız ya da kurum bakımında yaşayan yaşlıların eş ve/veya çocukları ile yaşayan yaşlılara göre daha kötü iyilik durumuna ve depresif duygudurumuna sahip oldukları bulunmuştur. Huzurevleri ve evde yaşayan yaşlıların depresyon sıklığını inceleyen bir araştırmada huzurevinde yaşayan kadınların evde yaşayan kadınlara göre, huzurevinde yaşayan yaşlılardan bekar ve dul olanların depresyon sıklığı evde yaşayan bekar ve dul olan yaşlılardan daha yüksek bulunmuştur (Demir ve ark. 2013). Evde ve huzurevinde kalan yaşlıların fizyolojik psikolojik ve sosyal yönden incelendiği bir çalışmada evde kalan yaşlıların depresyon puan ortalaması huzurevinde kalan yaşlıdan daha düşük olmakla beraber her iki grupta da orta düzey depresyon bulunmuştur (Softa 2015). Yine başka bir çalışmada huzurevinde yaşayanların %68,9'unda, evde yaşayanların ise %27,9'unda depresyon saptanmıştır (Aksüllü ve Dogan 2004). Şahin ve ark. çalışmasında ise kendi evinde yaşayanlarda %34,2 huzurevinde yaşayanlarda ise % 48,1 oranında depresyon bulunmuştur (Şahin ve Yalçın 2003), huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kalitesi anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Ercan Şahin ve Emiroğlu 2014). Yapılan çalışmalara paralel olarak araştırma bulgularımızda da kurum bakımında yaşayan yaşlıların depresyon düzeyi aile yanında yaşayan yaşlılara göre daha yüksektir. Artan yaşla birlikte bağımsız yaşama becerileri azalması, terk edilmişlik duygusunun varlığı, sevdiklerinden uzak kalmak, eş kaybı, sosyal ilişkilerin azalması gibi nedenlerden yalnız yaşayan yaşlılarda iyilik durumunun daha düşük olacağı, sosyal desteğin yaşlılıkta önemli bir faktör olması nedeniyle yalnızlığın depresif belirtileri arttıracığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların çalışma durumlarına göre GDÖ ve WHO-5 iyilik durum indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışanların iyilik durum indeksi yüksek, depresif duygudurumu ise daha düşüktür. Yetişkinlerde yapılan bir iyilik hali çalışmasında çalışma durumu iyilik hali ile ilişkili bulunmamıştır (Korkut-Owen ve ark. 2017). Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimlerinin incelendiği bir çalışmada daha önce herhangi bir işte çalışmamış olmak risk faktörleri arasında değerlendirilmiştir (Çağlayan ve Yılmaz 2016). Yaşla birlikte iş hayatından ayrılmak depresyon ve iyilik halinde bir risk etmeni olarak görülmektedir (Sığın 2016). Demirelek çalışmasında emekliliğin yalnızca gelir kaybı olmadığını aynı zamanda bireylerin sosyal prestijlerinde düşme ve hayata karşı amaç edinmenin de kaybı olarak görüldüğünü vurgulamıştır (Demirelek 2007). Çalışma hayatından ayrılarak emekli olmak azalan gelirle birlikte yaşlıların uzun yıllar içselleştirdikleri mesleki kimliklerini bir anda terk etmesine neden olmaktadır. Eğer emeklilik sonrası döneme ilişkin planlamalar yetişkinlik döneminden itibaren yapılmadıysa bireylerde sosyal geri çekilmeyle birlikte depresif duygudurumun artması ve iyilik halinin azalmasıyla ilişkili olarak değerlendirilmektedir.

Yaşlıların ekonomik durum algıları GDÖ ve WHO-5 ile anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ekonomik durum algısı yetersiz olanların GDÖ puanı yüksek WHO-5 puanı daha düşüktür. Ekonomik durumun GDÖ ve WHO-5 puanını etkilediği görülmektedir. Diğer bir ifade ile ekonomik durumu yetersiz olanların depresif duygudurumunun daha yüksek iyilik halinin ise daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada yaşlıların sosyal güvencesi varsa gelir düzeyi sağlıklı ve rahat yaşamasını sağlayabilecek düzeyde ise yaşam doyumu yükselir ve sosyal uyumu da artar (Özmete 2008). Yaşlılarda depresif belirtiler üzerine yapılmış bir araştırmada sosyal güvence ve ekonomik durum depresyonda risk etmeni olarak görülmüştür (İlhan ve ark. 2006), yine başka bir çalışmada aylık ortalama geliri düşük olanlarda depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur (Balcı ve ark. 2012). WHO-5 Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında geliri yetersiz olan yaşlıların iyilik durumu puanı daha düşük bulunmuştur (Eser ve ark. 2019). Bireyin iyilik halinin gelir düzeyinden etkilendiği de literatürde mevcuttur (Canbay 2010). Yaşlılıkta gelirin iyi olması yaşlı yaşam doyumunu arttırmaktadır ve yaşam doyumu iyilik hali ile yakından ilişkili olarak görülmektedir (Kankaya ve Karadakovan 2017). Ekonomik durumun iyi olması, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada kendine

yetebilecek durumda olması, sağlık, beslenme, barınma gibi ihtiyaçların karşılanabiliyor olması yaşlı bireylerinde iyilik halini yükselttiği, yaşam standartlarını iyileştirdiği böylece depresif belirtilerin görülme sıklığını azalttığı araştırmamız bulguları ve mevcut literatür ışığında söylenebilir.

Kronik hastalığın varlığı ile GDÖ ve WHO-5 iyilik durum indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,005$). Kronik hastalığın depresif duygudurumunu arttırdığı ve iyilik durumu olumsuz etkilediği görülmektedir. Literatürde kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre depresyon görülme olasılığı yüksek bulunmuş (Altay 2009) ve fiziksel kronik hastalığı olmak depresyonda risk etmeni olarak görülmüştür (İlhan ve ark. 2006). Yaşlılarda depresif belirtiler üzerine yapılmış bir araştırmada fiziksel sağlığın kötü olması ve çoklu ilaç kullanımı depresyonu yaygınlaştırıcı neden olarak görülmüştür (Varma ve ark. 2008). Yine benzer çalışmalarda kronik hastalığa sahip olmanın depresyon için risk taşıdığı (Aksüllü ve Dogan 2004), iki ya da daha fazla kronik hastalığı bulunanların geriatrik depresyonunun yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Bingöl ve ark. 2010) vurgulanmıştır. Çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olmakla birlikte kronik hastalığın depresyon riskini arttırdığı söylenebilir. WHO-5 Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kronik hastalığı olanların iyilik durumu puanı daha düşük bulunmuştur (Eser ve ark. 2019). Sağlık ile iyilik halinin ilişkisini vurgulayan çok sayıda çalışma vardır (Doğan 2006). Yaşla birlikte ortaya çıkabilecek kronik hastalıkların tanı ve tedavisinin yapılabilmesinin yaşlıların iyilik halini arttırabileceği, duygudurum bozukluklarının ise görülme sıklığının azalabileceği bulgularımız ışığında düşünülmektedir. Kronik hastalık varlığı ve çoklu hastalıklar yaşlılık döneminde çok sık görülen durumlardır. Özellikle birçok kronik hastalığın bireylerin sağlık algıları ve iyilik durumları üzerinde etkili sonuçlar ürettiği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da kronik hastalık varlığının bireylerin duygudurumları ve iyilik algıları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyiş ile hastalıklar bireyleri yalnızca bedenlen değil ruhen de olumsuz etkilemektedir. Elde edilen sonuçlar bu duruma bariz şekilde işaret etmektedir.

5.3. GDÖ ve WHO-5 İYİLİK DURUMU İNDEKSİ İLE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER, YİDÖ VE ÇBASDÖ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri olan geriatrik depresyon ve iyilik hali ile bağımsız değişkenler olan yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ve çok boyutlu algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ve çok değişkenli ordinal lojistik regresyon analizleri ile karşılaştırılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan sosyodemografik özellikler de çok değişkenli analizde çözümlemeye alınmıştır. Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular sunularak mevcut literatür ile birlikte karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir.

Yapılan tez çalışmasında GDÖ ve WHO-5 iyilik durumu indeksi puanları ile YİDÖ ve ÇBASDÖ boyut ve toplam puanları arasındaki birliktelik incelendiğinde tümünün anlamlı korelasyona sahip olduğu görülmektedir. Burada en yüksek korelasyon YİDÖ ve ÇBASDÖ arasında bulunmuştur ($r=0,832$). İkinci olarak ise YİDÖ ve WHO-5 arasında yüksek korelasyon olduğu görülmektedir ($r=-0,793$). Aynı zamanda bu bulgular ışığında GDÖ ve WHO-5 ile ÇBASDÖ'nün yüksek düzeyde birliktelik sergilediği görülmektedir. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler ile birlikte çok değişkenli regresyon analizine alındığında sosyodemografik değişkenlerden anlamsız duruma düşenler olmuştur ancak YİDÖ ve ÇBASDÖ anlamlılığını korumuştur. Araştırma çalışmasında sorgulanan ve depresif duygudurumu ile iyilik durumunu etkilediği düşünülen YİDÖ ve ÇBASDÖ toplam puanlarının her ikisinin de etkili olduğu, YİDÖ toplam puanındaki her bir birimlik artışın GDÖ puanını 1,05 kat arttırırken WHO-5 puanını 1,03 kat azalttığı belirlenmiştir (Çok değişkenli analizlerde WHO-5 puanı tersinden kodlanmış olarak çözümlemelerde yer almaktadır. Çok değişkenli analizdeki yorumu artan puan kötü iyilik durumunu gösterecek şekildedir.).

YİDÖ'nün GDÖ üzerindeki etkisi farklı çalışmalarda da ele alınmıştır ve bizim çalışmamızda olduğu gibi damgalanma ile depresyon ilişkili bulunmuştur. Yaşlılarda damgalanması yüksek olanların depresyon düzeyi de daha yüksek bulunmuştur (Werner ve ark. 2009). Literatürde içselleştirilmiş damgalanmanın depresyon gibi duygudurum bozukluklarında son zamanlarda önemli bir konu haline geldiği (Chung

ve ark. 2009), içselleştirilmiş damgalanmanın depresyon ve sosyal destek faktörleriyle ilişkili olduğu (Burgener ve ark. 2015a), psikiyatrik olarak içselleştirilmiş damgalanmanın depresyon hastalarında sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu söylenmiştir (Sevindik ve ark. 2014). Duygudurum bozukluğu olan kişilerin açık bir ayrımcılıkla karşılaşmalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri (Doğanavşargil Baysal 2010), damgalanma algısının duygudurum bozukluklarının tedavisinde tedaviyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak görüldüğü (Doğanavşargil Baysal ve ark. 2013) ve majör depresif bozukluğu olan hastaların klinik durumunun şiddeti ile kendilerini damgalama düzeylerinin pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu saptanmıştır (Yıldız ve ark. 2012). İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireylerde aynı zamanda depresif belirtilerinde görüldüğü (Yıldırım ve ark. 2012), belirtilerin şiddetinin damgalanma seviyesinin yüksekliğiyle ilişkili olduğu (Kamış 2016), kalıplaşmış önyargıların sosyal geri çekilmeye neden olarak kaygı artması, özsaygının azalması, yetkinlik duygusunun kaybı ile depresif belirtilerin ortaya çıktığını öne sürülmüştür (Vauth ve ark. 2007). Çalışmamızda bulmuş olduğumuz yaşlı içselleştirilmiş damgalanmasındaki her bir birimlik artışın geriatrik depresyon üzerindeki 1,05 kat artışı mevcut literatür ile uyumlu görülmektedir. Toplumda var olan olumsuz yaş stereotiplerinin yaşlı birey tarafından erken yaşlarda sosyal çevre içinde öğrenildiği ve yaşlılık döneminde bunların içselleştirilerek benimsendiği, bu benimseme sonucunda yaşlı bireylerde depresif duygudurumun arttığı düşünülmektedir. Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğumuz yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından farkına varma ve uygulama boyutunun depresyon ile anlamlı olduğu görüldüğünden yaş stereotipilerini biliyor ve bireyin kendisine uyguluyor olmasının depresyon üzerinde etkili olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle farkına varma boyutunda toplumun eğitilmesi, çocuklara küçük yaşlardan itibaren olumlu yaş stereotiplerinin kazandırılması, sosyal medya, kitaplar gibi kaynaklarda yaşlılığa ilişkin olumsuz söylemlerin azaltılması için mesleki çalışmalara ihtiyaç vardır. Olumsuz kalıp yargıların azaltılması uygulama boyutuyla damgalanmayı içselleştirmenin önüne geçebilir.

Araştırmamızda YİDÖ'nün WHO-5 iyilik durumu indeksini her bir birimlik artışta 1,03 kat azalttığını görülmektedir. Zayıf psikolojik iyilik hali damgalanma ile ilişkilidir ve psikolojik iyilik halini yordayan bir faktördür (Doğanavşargil Baysal

2013). Çalışmada YİDÖ uygulama boyutu iyilik durumu ile anlamlı bulunmuştur. Norman ve ark. da farkına varma ve içselleştirme boyutlarıyla damgalanmayı iyilik durumunu etkileyen bir faktör olarak değerlendirmiştir (Norman ve ark. 2011). Damgalanma benlik saygısı ile ilişkilidir, damgalanmaya maruz kalan bireylerin benlik saygısı düşüktür, benlik saygısı iyilik halini etkilemektedir (Tel ve Pınar 2012). İyilik hali kişinin diğer insanlar tarafından ne kadar önemsendiği ile ilişkili olduğundan çeşitli nedenlerle damgalanma yaşayan bireylerin iyi oluşları bozulmaktadır (Öcel 2017), ayrımcılığa hedef olmak bireylerin iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Scambler 1998). Araştırma bulgularımızı destekleyen çalışmalarında ışığında damgalanmanın içselleştirilmesinin yaşlı bireylerin iyilik halini etkileyerek bedensel, psikolojik ve sosyal sağlıklarını tehdit edecek bir faktör olabilir. Yaşlılık döneminin tüm bireyler tarafından refah içinde geçirebilmesinin sağlanması için iyilik durumunu tehdit eden damgalanma ile mücadele etmek gerekmektedir.

Tez çalışması bulgularında ÇBASDÖ ise YİDÖ'nün tersine çalışmakta olup ÇBASDÖ toplam puanındaki her bir birimlik artış depresif duygudurumunu 0,86 kat diğer bir ifade ile %14 azaltmaktadır, burada ÇBASDÖ'nün koruyucu ve dönüştürücü etkisi görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ve sosyal destek üzerinde yapılan çalışmalarda bu iki kavramın birbirleriyle ilişkili oldukları (Burnham ve ark. 2016), damgalanma ve sosyal destek arasında güçlü bir negatif korelasyon olduğu, sosyal destek azaldıkça içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı (Korkmaz ve Küçük 2016), damgalanmanın sosyal desteğin zayıflamasıyla ilişkili olduğu (Koç ve Tok 2019) ve sosyal desteğin damgalanmanın anlaşılması, ele alınması için potansiyel öneminin vurgulandığı görülmektedir (Denenny ve ark. 2015). Bulgularımız ve yapılan benzer çalışmaların bulguları uyumlu görülmektedir, sosyal desteğin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki dönüştürücü etkisi birçok çalışmanın da konusu olmuştur. Yapılan bir tez çalışmasında, bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında benzer çalışmalarda olduğu gibi (Cerit ve ark. 2012) negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Sosyal destek azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin arttığı (Kök ve Demir 2018) ve negatif yaş stereotipilerini benimseyen yaşlı bireylerde pozitif yaş stereotipilerine benimsemiş olanlara göre aile desteğinden daha az tatmin oldukları belirlenmiştir (Cheng 2020). Sosyal destek düşük olduğunda bireyler kendilerini çevre ve toplumun dışında hissedebilirler ve içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla

yaşayabilirler (Kök ve Demir 2018). Depresif hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada şiddetli depresyonu olanlarda içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğu (Yen ve ark. 2005), başka bir çalışmada ise damgalanmayı fazla deneyimleyen kişilerin eş desteğinin düşük olduğu bulunmuştur (Verhaeghe ve ark. 2008). Sosyal destek düzeyi yeterli olan yaşlıların depresif belirtilerini düşüktür (Altay ve Aydın Avcı 2009), yaşlı bireylerin yakınları ile görüşme sıklığı depresyon için risk faktörüdür (Keskinoglu ve ark. 2006) ve sosyal destek ile depresyon arasında negatif anlamlı korelasyon bulunmaktadır (Aksüllü ve Dogan 2004). Araştırma bulgularımızda da aile ve özel kişi desteğinin geriatrik depresyon üzerinde koruyucu etkisi olduğunu görmekteyiz. Yapılan çalışmalar ve bulgularımız birlikte değerlendirildiğinde yaşlılıkta depresyon sık görülen bir duygudurum bozukluğudur, aile, arkadaş ve özel kişi desteği depresyon üzerinde koruyucu ve önleyici etki yapmaktadır. Bu nedenlerle yaşlılıkta sosyal desteğin en üst düzeyde sağlanmasının yaşlı bireylerin başarılı yaşlanma serüvenine olumlu katkı yapacağını, ruhsal sağlıklarının korunacağını söylemek mümkündür.

Tez çalışması bulgularında ÇBASDÖ toplam puanındaki her bir birimlik artış iyilik durumunu %13 diğer bir deyişle 0,87 kat arttırmaktadır. Literatürde iyi oluş ile sosyal ilişkiler arasında da pozitif yönde ilişkiler bulunmaktadır, sosyal çevresi geniş olan bireylerin öznel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olma eğiliminde olduğu, sosyal desteğin stresten koruyucu etkisinin olduğu bilinmektedir (Cohen ve Wills 1985). Bireylerin sosyal destek algısı stresli durumlarla başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır bu da hem psikolojik hem de fiziksel iyilik haline neden olmaktadır (Goldsmith 2004). Yetişkinlerde iyilik hali romantik ilişkilerin varlığı ile ilişkilidir (Korkut-Owen ve ark. 2017), aile ve arkadaş desteği iyilik halini yükseltir (Doğan 2006). Aile ve arkadaş desteği psikolojik iyilik halini olumlu etkiler ve depresyona karşı koruyucu etki gösterir (Ryan ve ark. 2010). İyi oluştan bahsedebilmek için sosyal desteğin yeterli düzeyde karşılanabiliyor olması gerekmektedir, sosyal destek iyi oluş için doğrudan koruyucu bir etkiye sahiptir (Türköz ve Şahin Kıralp 2019). Ülkemizde son dönemlerde bireylerin iyi oluşları ve sosyal destek kaynakları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların sayısı artmıştır ve bu çalışmalarda artan sosyal desteğin iyi oluşla yakından ilişkili olduğu sıklıkla ifade edilmiştir (Saygın 2008). İyilik hali, depresyon, sosyal destek arasındaki etki büyüklüğünün diğer yaş gruplarına göre yaşlılarda daha güçlü bulunmuştur ve iyilik

hali sosyal destek ile en yüksek korelasyonu göstermiştir (Yalçın 2015). Yapılan analizlerde sosyal destek toplam puanı ve alt boyutlarından aile ve özel kişi desteği iyilik durumu üzerinde koruyucu etkiye sahiptir. Yapılan benzer çalışmalar ve bulgularımızı bir arada değerlendirirsek yaşlılık döneminde sosyal desteğin maksimum düzeyde sağlanabiliyor olması yaşlı iyilik halini attırarak yaşlı yaşam kalitesine de olumlu etki sağlayacaktır.

Araştırmada sorgulanan ve depresif duygudurumu ile iyilik durumunu belirlediği düşünülen yaşlı içselleştirilmiş damgalanma puanının geriatrik depresyonu arttırdığı, iyilik durumunu azalttığını ve algılanan sosyal desteğin bu ilişki içinde koruyucu ve dönüştürücü etkisi olduğunu, ulusal ve uluslararası literatürde de incelediğimiz çalışmalarda verilerimizi destekleyici bulgular olduğunu görmekteyiz. Bununla birlikte yaşlıda içselleştirilmiş damgalanmanın yaratmış olduğu olumsuz duygudurumu ortadan kaldırmada sosyal desteğin etkisi yeterli düzeyde oluşamamakta, damgalanmanın yaşlı bireylerin iyilik durumu ve depresif duygudurumu üzerindeki olumsuz etkisini ortadan tam olarak kaldıramamaktadır. Diğer taraftan yaşlı içselleştirilmiş damgalanmanın duygudurum ve iyilik üzerindeki kötücül etkisini sosyal desteğin en azından azaltabilecek kabiliyete sahip olduğu da gözlenmektedir.

Bu araştırmanın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan ilki araştırma yapılan örneğin tüm yaşlı bireyleri temsil etmemesidir. Örnek seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Dolayısıyla elde edilen sonuçlar tüm yaşlı bireyleri temsil edebilme özelliğine sahip değildir. Bir diğer kısıtlılık ise depresif duygu durumunu belirlemek için kullanılan ölçeğin tanı koyucu özellikte olmamasıdır. Bu nedenle yaşlı bireylerdeki depresyonu değil, depresif duygu durumu öngörülmeyle çalışılmıştır. Diğer taraftan yaşlının içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiş olan ölçeğin karşılaştırılabilir bir altın standardı yoktur. Ölçek geliştirme sürecinde uzman görüşleri ve psikometrik özellikleri açısından uygun bulunmakla birlikte, yaşlıda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini istenilen düzeyde ölçememiş olabilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği geliştirme süreci, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Elde edilen analiz sonuçları YİDÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu, istenen özellikleri ayırt edebildiğini, kararlı ve tutarlı bir şekilde sonuç ürettiğini göstermektedir. Ölçek tüm geliştirme, uygulama ve analiz süreçlerinden başarı ile geçmiş, yaş almış bireylerde yaşlı içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçebilecek özellikte olduğu görülmüştür.

Araştırma çalışmasından elden edilen sonuçlar incelendiğinde geriatrik depresyon ve iyilik hali üzerinde pek çok sosyodemografik değişkenin etkisinin olduğunu görülmektedir. Bu sosyodemografik değişkenler arasında yaş, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşlının kiminle yaşadığı ve kronik hastalıkları yer almaktadır.

Yapılan tez çalışmasında geriatrik depresyon ve iyilik hali ile yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal destek arasındaki birliktelik incelendiğinde tümünün anlamlı korelasyona sahip olduğu görülmektedir.

Araştırma çalışmasında sorgulanan ve depresif duygudurumu ile iyilik durumunu etkilediği düşünülen yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin her ikisinin de etkili olduğu, yaşlı içselleştirilmiş damgalanmasındaki artışın geriatrik depresyonu arttırdığı, iyilik halini ise azalttığı görülmektedir. Yaşlı içselleştirilmiş damgalanma farkına varma ve uygulama boyutları ile geriatrik depresyonu, uygulama boyutu ile de iyilik halini etkilemektedir.

Tez çalışmasında sosyal desteğin ise yaşlı içselleştirilmiş damgalanmanın tersine çalışmakta olduğu sosyal destekteki artışın depresif duygudurumunu azalttığı, iyilik halini ise arttırdığı belirlenmiştir. Sosyal destek özel kişi ile aile alt boyutları ile geriatrik depresyonu ve iyilik halini etkilemektedir. Sosyal destek burada koruyucu ve dönüştürücü bir etkiye sahiptir.

Elde edilen sonuçlar literatür ile uyumdur. 65 yaş üstü bireyler damgalanmaya maruz kalmaktadır ve damgalanmayı içselleştirmektedir. Damgalanma bireylerin iyilik halini ve duygudurumunu etkilemektedir. Bireyler için bir güç kaynağı olan sosyal destek koruyucu bir faktördür ve damgalanmanın etkilerini azaltmaktadır. En temelde damgalanma ile çalışmak ve diğer faktörlerin iyileştirilmesiyle mücadele etmek için koruyucu, önleyici, destekleyici hizmetleriyle sosyal hizmet mesleğinin müdahalesine ihtiyaç vardır.

Sosyal hizmet mikro, mezzo ve makro uygulamalarıyla sosyal adalet ilkelerini temel alarak insanlarla birlikte insanlar için çalışan profesyonel bir yardım mesleğidir. Sosyal hizmetin odağı insandır, insanı ele alış biçimi içinde yaşadığı çevre ve sosyal sistemleri ile birlikte olduğundan çok yönlü, bütüncül müdahale yöntemleri vardır. Dezavantajlı ve risk gruplarına hizmet veren sosyal hizmetin birincil alanlarından biride yaşlı alanıdır. Sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylerin gereksinimlerini karşılamak, sorunlarını çözüm bulmak, sosyal işlevselliklerini geliştirmek, yaşlılara yönelik var olan sosyal politika ve programların iyileştirilmesini sağlamak için aktif olarak çalışırlar.

Yaşlı içselleştirilmiş damgalanması bireylerin yaşam kalitesini bozan, sosyal işlevselliklerini ve baş etme kapasitelerini azaltan bir deneyimdir. Damgalanmanın içselleştirilmesinin bireylere birçok olumsuz sonucunun olmasıyla birlikte depresif duygudurumda ve bireylerin iyilik halinde de bozulmalara neden olmaktadır. Sosyal hizmet mesleğinin nihai amaçları arasında bireylerin iyilik durumunu geliştirmek, duygusal sorunlara çözüm bulmak vardır. Sosyal hizmet uzmanları fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden yaşlı bireylerin hayatlarını başarılı bir şekilde sürdürebilmeleri için var olan risk etmenleriyle mikro, mezzo ve makro boyutlarda çalışır.

Sosyal hizmet uzmanları müdahalelerinde bireylerin güçlü yönlerine vurgu yapar ve bireyin sahip kaynaklarını ortaya çıkarır. Sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi en etkili müdahale araçlarından biridir. Yaşlanmayla birlikte sosyal rollerin azalması, ölümler, ayrılıklar, çocukların evden ayrılması, iş hayatından uzaklaşma, fiziksel bağımsızlığın azalmasıyla birlikte eve kapanma gibi durumlar yaşlıların sahip oldukları sosyal destek mekanizmalarını tehdit eden unsurlardır. Yaşlılık döneminde aileden, arkadaşan ve diğer kişilerden alınan sosyal desteğin işlevsel hale getirilmesi, ilişkilerin düzenlenmesi, destek kaynaklarının arttırılması sosyal hizmet uzmanlarının sorumlulukları arasındadır.

Araştırma çalışmamızdan edilen bulgular sonucunda yaşlı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının faydalanabileceği sosyal hizmet uygulamaları şu şekilde sıralanabilir.

-Negatif yaş stereotipleriyle mücadele etmek için ayrımcı dil ve söylemlerin azaltılması amacıyla toplumun eğitim ve medya yolu ile bilinçlendirilmesi,

-Küçük yaşlardan itibaren çocuklara olumlu yaş stereotiplerinin kazandırılması ve yetişkinlerde farkındalık düzeyinin artırılması için toplum çalışmalarının yapılması,

-Yaşlı bireylere damgalanmayla mücadele etmek için danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

-Psikolojik iyi iyilik haline katkı vermek için ilerleyen yaşta gönüllülük esaslı sosyal hayata katılımın sağlanması,

-Yaşlı bireylerin içine kapanıp sosyal geri çekilmesine izin vermeden hayatın içinde aktif rol almalarını sağlayacak sosyal politika ve uygulamaların geliştirilmesi,

-Yaşlılık depresyonuna yönelik yaşlı bireylerin sürekli izlenerek erken tanı ve tedavisinin yapılması, yaşlıların sağlık hizmetlerinden aktif olarak yararlandırılabileceği sağlık politikalarının geliştirilmesi,

-Sosyal desteğin yaşlılık sürecindeki önemi dikkate alınarak destek ağlarının harekete geçirilmesi, sosyal destek bağlarının güçlendirilmesi,

-Yaşlılara yönelik hizmet veren kurumlarda damgalanma, ruh sağlığı, iyilik hali ve sosyal destek üzerinde çalışabilecek iyi eğitilmiş profesyonel meslek elamanları sayısının artırılması,

-Yaşlı içselleştirilmiş damgalanma, depresyon, iyilik hali ve sosyal destek arasındaki nedensellik ilişkisini inceleyecek bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Ak B. Yaşlılık psikolojisi. Aile ve Toplum 1991; 1(1): 67-72.

Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. Aile ve Toplum. 2011; 7(27): 103-128.

Aksüllü N, Dogan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004; 5(2): 76-84.

Alptekin D. Gerontoloji Ekseninde Yaşlılık Sürecinin Sosyo-Ekonomik Boyutları. Yardım ve Dayanışma. 2011; 2(3): 7-15.

Altay B. Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics. 2009; 12(3): 147-155.

Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun Alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(2): 139-146.

Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling-stereotype-discrimination. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005; 40(5): 391-395.

Ardahan M. Yaşlılık ve huzurevi. Aile ve Toplum Eğitim- Kültür- ve Araştırma Dergisi 2010; 11(5): 25-32.

Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. Düşünen Adam. 1991; 4(3): 6-9.

Arslan E. Erikson'un psikososyal gelişim dönemleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2008; (19): 53-60.

Attepe-Özden S, Pak MD, İçağasıoğlu- Çoban A. Sosyal hizmette iyilik hali kavramı. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2017; 1(2): 87-104.

Bahar T, Başıbüyük HH. Antalya 60+ tazelenme üniversitesi öğrencilerinin iyilik halinin değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 8(1): 160-173.

Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012; 10(1): 37-43.

Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim. 2012; 25(3): 1-3.

Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaz EG. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Medeniyet Medical Journal. 2010; 25(4): 169-176.

Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. Schizophrenia research. 2010a; 122(1): 232-238.

Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC health services research. 2010b; 10(1): 80.

Bulduk EÖ. Yaşlılık ve Toplumsal Değişim. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2014; 182(182): 53-60.

Burgener SC, Buckwalter K, Perkhounkova Y, Liu MF. The effects of perceived stigma on quality of life outcomes in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part 2. Dementia. 2015a; 14(5): 609-632.

Burgener SC, Buckwalter K, Perkhounkova Y, Liu MF, Riley R, Einhorn CJ, Fitzsimmons S, Hahn-Swanson C. Perceived stigma in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part 1. Dementia. 2015b; 14(5): 589-608.

Burnham KE, Cruess DG, Kalichman MO, Grebler T, Cherry C, Kalichman SC. Trauma symptoms, internalized stigma, social support, and sexual risk behavior among HIV-positive gay and bisexual MSM who have sought sex partners online. AIDS care. 2016; 28(3): 347-353.

Buz S. Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 14(53): 268-278.

Canbay H. Lise öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri ile sosyal beceri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri. İzmir, 2010.

Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. Comprehensive Psychiatry. 2012; 53(5): 484-489.

Cheng S-T. The effect of negative aging self-stereotypes on satisfaction with social support. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020; 75(5): 981-990.

Chung L, Pan A-W, Hsiung P-C. Quality of life for patients with major depression in Taiwan: A model-based study of predictive factors. *Psychiatry Research*. 2009; 168(2): 153-162.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. Lawrence Erlbaum: Hillsdale, New Jersey; 1988.

Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*. 1998; 5(2): 201-222.

Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1): 35-53.

Corrigan PW, Larson JE, Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*. 2009; 8(2): 75-81.

Çağlayan Ç, Yılmaz F. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016; 20(4): 129-140.

Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalanma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(3): 136-140.

Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2018; 26(3): 199-210.

Çayır K. Yaşlılık yaşa dayalı ayrımcılık. *Ayrımcılık: Çok Boyutlu Yaklaşımlar*. 2012: 163-174.

Çetinkaya H. Beden imgesi, beden organlarından memnuniyet, benlik saygısı, yaşam doyumu ve sosyal karşılaştırma düzeyinin demografik değişkenlere göre farklılaşması. *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans*. Mersin, 2004.

Demir G, Ünsal A, Arslan GG, Çoban A. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 2(1): 1-12.

Demirbilek S. Yaşlılık ve emeklilik ilişkisinin sosyal boyutu. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2007; 10(1-2): 131-146.

Denenny D, Thompson E, Pitts SC, Dixon LB, Schiffman J. Subthreshold psychotic symptom distress, self-stigma, and peer social support among college students with mental health concerns. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2015; 38(2): 164.

DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 4. Sage publications: Los Angeles; 2017.

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113(5): 372-387.

Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2006; 30(30): 120-129.

Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016; 3(30): 30-44.

Doğanavşargil Baysal GÖ. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans*. İzmir, 2010.

Doğanavşargil Baysal GÖ. Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013; 22(2): 239-251.

Doğanavşargil Baysal GÖ, Özkan Ç, Gökmen Z. Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik. *Çukurova Medical Journal*. 2013; 38(3): 390-402.

Dönümcü Ş. Yaşlı ve sosyal hizmetler. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2006; 52(1): 42-46.

Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *Northern clinics of Istanbul*. 2018; 5(3): 216.

Duyan V, Özbulut M, Sayar ÖÖ. Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak. Öncü Basımevi: Ankara; 2008.

Duyan V. Sosyal hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği: Ankara; 2010.

Duyan V, Gelbal S. Yaşlılara yönelik tutum ölçeğinin bir grup üniversite öğrencisi üzerinde Türkçeye uyarlanma çalışması *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2013; 16(2): 202-209.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(1): 17-25.

Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 9(1): 9-21.

Elliott GC, Ziegler HL, Altman BM, Scott DR. Understanding stigma: Dimensions of deviance and coping. *Deviant behavior*. 1982; 3(3): 275-300.

Ercan Şahin N, Emiroğlu O. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(1): 57-66.

Ertan T, Eker E, Sar V. Reliability and validity of the geriatric depression scale in Turkish elderly population. *Archives of Neuropsychiatry* 1997; 34(2): 62-71.

Eryılmaz A, Ercan L. Öznel iyi oluşun cinsiyet, yaş grupları ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016; 4(36).

Eser E, Gerçeklioğlu G, Eser S, Fidaner C, Baysan P, Pala T. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)'Türkçe sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011; 14: 101-110.

Eser E, Çevik C, Baydur H, Güneş S, Esgin TA, Söğüt Ç, Eker E, Gümüşsoy U, Özyurt B. WHO-5 Türkçe sürümünün, Türk toplumunda erişkin ve yaşlılardaki psikometrik özellikleri. 2 Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği: Antalya; 2018, s: 1192-1193.

Eser E, Çevik C, Baydur H, Güneş S, Esgin TA, Öztekin ÇS, Eker E, Gümüşsoy U, Eser GB, Özyurt B. Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. *Primary Health Care Research & Development*. 2019; 20: e100.

Eyüboğlu C, Şişli Z, Kartal M. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. *Turkish Family Physician*. 2012; 3(1): 18-22.

Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW, Lam CS, Cheng W-m. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. 2007; 53(5): 408-418.

Genç F, Küçük E, Onur O. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların sosyal destek algılarının karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015; 4(2): 47-53.

Gething L, Fethney J, McKee K, Persson LO, Goff M, Churchward M, Matthews S, Halvarsson M, Johannsson I. Validation of the reactions to ageing questionnaire: assessing similarities across several countries. *Journal of gerontological nursing*. 2004; 30(9): 47-54.

Giray S, Özenli Y, Yerdelen D, Arlıyer Z, Benli S. The influence of the social support on the cognitive functions of the elderly living in old age asylums. *Turk J Neurol*. 2008; 14(2): 111-116.

González-Domínguez S, Muñoz M, Ausín B, Castellanos MA, Pérez-Santos E. Age-related self-stigma of people over 65 years old: adaptation of the Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI) for use in age-related self-stigma (IS65+) in a Spanish sample. *Aging & mental health*. 2018; 22(2): 250-256.

Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. İçinde: Gökçe Kutsal Y, (eds.). GERİATRİ "Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım". Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını: Ankara; 2009, s: 9-15.

Gönüllü Taşkesen C. Kırsal ve kentsel alanlarda yaşlanma, yaşlılık ve yaşlılar: Denizli ili örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1): 92-124.

Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JR, de Mendonça Lima CA, Gaillard M, Gély Nargeot MC, Gray J. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003; 18(8): 670-678.

Gül H, Evcili G, Karadaş Ö, Gül E. Geriatrik depresyon ve ilişkili risk etkenleri: huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi. *J Clin Anal Med*. 2012; 3(3): 308-310.

Gürbüz S, Şahin F. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2016.

Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science & Medicine*. 2014; 103: 33-41.

IASSW, IFSW. International definition of social work. 2001.

İlgar L, İlgar Ş. Yaşlılık dönemi ve yaşlının gelişim görevleri. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007; 4(1): 147-156.

İlhan MN, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, Bumin MA. Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. *Klinik Psikiyatri*. 2006; 9: 177-184.

Jones EE. Social stigma: The psychology of marked relationships. WH Freeman: 1984.

Kalaycıoğlu S, Tol UU, Küçükural Ö, Cengiz K. Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. TÜBA Raporları. 2003.

Kamış GZ. Depresyona İlişkin Tutumlar Ve Damgalanmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp, Uzmanlık Tezi. Ankara, 2016.

Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 21-29.

Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2013; 22(3): 96.

Karakaş S, Durmaz H. Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. Kocatepe Tıp Dergisi. 2017; (18): 32-36.

Karakoç AGDFY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014; 13(40): 39-49.

Karalar F, Öztürk I, Şahin A, Çayköylü A, Kırpınar I. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu. İstanbul; 2004, s: 10-12.

Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45: 65-74.

Kasapoğlu F. İyi Hali İle Özgeciliğin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi/An Examination Of The Relationship Between Wellness And Altruism. Hikmet Yurdu Düşünce-Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi. 2014; 7(13): 271-288.

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

Keskinoğlu P, Uçku R, Yener G, Yaka E, Kurt P, Tunca Z. Reliability and validity of revised Turkish version of Mini Mental State Examination (rMMSE-T) in community-dwelling educated and uneducated elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2009; 24(11): 1242-1250.

Kılıç D, Türkoğlu N, Adıbelli D, Armut S. Geriatrik yaş grubundaki kişilerin yaşam doyumunu ve yaşam tutum profilleri arasındaki ilişki. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2016; 5(1): 1-8.

Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3. The Guilford Press: New York, NY; 2011.

Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 7(1): 11-18.

Koç A, Tok HH. Alkol ve opioid bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek farklı mı? Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2019; 20(1): 51-54.

Korkmaz G, Küçük L. Internalized stigma and perceived family support in acute psychiatric in-patient units. Archives of psychiatric nursing. 2016; 30(1): 55-61.

Korkut-Owen F, Demirbaş-Çelik N, Doğan T. Yetişkinlerde iyilik hali. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; 10(53): 600-611.

Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. Cukurova Medical Journal. 2018; 43(1): 99-106.

Kulakçı H. Hemşirelik lisans programı birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin düşüncelerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2010; 3(1): 15-22.

Kurtkapan H. Kentte yaşayan emeklilerin iyi oluş halleri: İstanbul örneği. Turkish Studies Social Sciences. 2019; 14(1): 119-131.

LeBel TP. Perceptions of and responses to stigma. Sociology Compass. 2008; 2(2): 409-432.

Li L, Lee S-J, Thammawijaya P, Jiraphongsa C, Rotheram-Borus MJ. Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. AIDS care. 2009; 21(8): 1007-1013.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annual review of Sociology. 2001; 27(1): 363-385.

Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma. Psychiatric Rehabilitation Skills. 2002; 6(2): 201-231.

Loewenthal K, Lewis CA. An Introduction to Psychological Tests and Scales. Psychology Press: Cornwall, UK; 2001.

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

Milli Eğitim Bakanlığı. Hasta ve Yaşlı Hizmetleri: Yaşlı Psikolojisi. MEB, Ankara. 2013.

Mortazavi F, Mousavi S-A, Chaman R, Khosravi A. Dünya Sağlık Örgütü-5 İyilik Hali Endeksi Geçerliği: Annenin İyilik Hali ve Bununla İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Derg. 2015; 26(1): 48-55.

Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. Schizophrenia Research. 2011; 133(3): 3-7.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory McGraw-Hill.: New York; 1994.

Omori Y, Mori C, White AH. Self-stigma in schizophrenia: a concept analysis. Nursing forum. 2014; 49(4): 259-266.

Onur B. Gelişim psikolojisi:(yetişkinlik-yaşlılık-ölüm). Sefat Yayıncılık: 1997.

Owen FK, Çelik ND. Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10(4): 440-453.

Öcel H. Meme kanseri tanısı almış çalışan kadınlarda damgalanma ve bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler: Psikolojik esnekliğin düzenleyici rolü. Türk Psikoloji Dergisi. 2017; 32(80): 116-137.

Özcan C, Eser E. Validation of the Turkish version of the WHOQOL-AGE and a proposed alternative scale structure Turkish Journal of Geriatrics. 2020; 23(2): 157-168.

Özmete E. Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2008; 15(15): 7-20.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri: 2011.

Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(3): 385-395.

Peterson D, Hotere-Barnes A, Duncan C. Fighting shadows: Self-stigma and mental illness. Mental Health Foundation of New Zealand: 2008.

Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi. 2013; 18(4): 213-218.

Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*. 2006; 29(5): 489-497.

Portney LG, Watkins MP. *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*. Appleton & Lange: East Northwalk, Connecticut; 1993.

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003; 121(1): 31-49.

Robitail S, Simeoni M-C, Erhart M, Ravens-Sieberger U, Bruil J, Auquier P. Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health-Related Quality of Life Questionnaire: First Results. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 39(4): 596.e591-596.e510.

Ross R, Srisaeng P. Depression and its correlates among HIV-positive pregnant women in Thailand. *Sigma Theta Tau International: 38th Biennial Convention*, Indianapolis. 2005.

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2005; 20(8): 529-539.

Ryan C, Russell S, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2010; 23(4): 205-213.

Savrun BM. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: İstanbul; 1999, s: 11-17.

Saygın Y. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans. Konya, 2008.

Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. *The Lancet*. 1998; 352(9133): 1054-1055.

Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*. 2003; 8(2): 23-74.

Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. 2014; 48(3): 198-207.

Sheafor BW, Horejsi CR, Bilgen A. Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler. Nika Yayınevi: Ankara; 2016.

Sığın A. Çalışma hayatı ve emeklilik bağlamında Türkiye'de yaşlılık. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016; 25(1): 87-101.

Softa H. Evde ve huzurevinde kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2015; 8(2): 63-76.

Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016; 9(1): 1-12.

Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar HD. Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3(1): 38-41.

Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. Turkish Journal of Geriatrics. 2003; 6(1): 10-13.

Şan MK. Sosyoloji Yazılar 1. İstanbul 2007.

Şeker A. Sosyal Çalışma Mesleği. Sabev Yayınları: Ankara; 2008.

Şentürk Ü. Yaşlılık sosyolojisi. Dora Yayıncılık: Bursa; 2018.

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

Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. İçinde: Taşkın E O, (eds.). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Meta Basım Matbaacılık: İzmir; 2007, s: 17-30.

Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Nobel Yayınları: Ankara; 2005.

TC Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Anıl Matbaacılık: Ankara; 2011.

Tel H, Pınar ŞE. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği. 2012; 3(2).

Tezcan M. Toplumsal değişme ve yaşlılık. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1982; 15(2): 169-177.

Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Palme Yayıncılık: 2012.

Tufan İ. Antikçağdan günümüze yaşlılık: sosyolojik yaşlanma. Aykırı: 2002.

Turan N. Birey ve Aileler ile Sosyal Hizmet. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği: Ankara; 2012.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Türkiye İstatistik Kurumu: Ankara; 2017.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Türkiye İstatistik Kurumu: Ankara; 2020.

Tümerdem Y. Gerçek yaş (Real age). Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9(3): 195-196.

Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. Klinik Psikiyatri, Ek. 2004; 4: 12-16.

Türköz S, Şahin Kırallp S. Öğretmen adaylarının öznel iyi oluş, algılanan sosyal destek ve kendini saklama düzeylerinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs University Journal of Education. 2019; 38(2): 51-56.

Umut Y, Zubaroğlu Yanardağ M. Yaşlılık ve Sosyal Hizmet. 2019.

Ünalın D, Soyuer F, Elmalı F. Geriatri merkezi çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2012; 2(3): 115-120.

Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Amuk T, Ateşçi F. Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008; 11(1): 25-32.

Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry Research. 2007; 150(1): 71-80.

Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. International Journal of Social Psychiatry. 2008; 54(3): 206-218.

Vogel DL, Bitman RL, Hammer JH, Wade NG. Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. Journal of counseling psychology. 2013; 60(2): 311.

Werner P, Stein-Shvachman I, Heinik J. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics*. 2009; 21(6): 1180-1189.

Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2015; 26(1): 21-32.

Yaman E, Güngör H. Damgalama (stigma) ölçeği’nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*. 2013; 11(25): 251-270.

Yanardağ U. Yaşlılarla hak temelli çalışma. İçinde: Yanardağ U, Zubaroğlu Yanardağ M, (eds.). Yaşlılık ve Sosyal Hizmet. Nika yayınevi: Ankara; 2019, s: 171-188.

Yasemin B. Kır ve kentte yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin depresyona etkisi: Altinkum ve Adrasan mahalleleri üzerine bir çalışma. Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji, Yüksek Lisans. Antalya, 2017a.

Yasemin B. Kır ve kent yaşamında depresyon seviyesi. İçinde: Arun Ö, (eds.). Krizler ve Yaşlanma. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları: Antalya; 2017b, s: 54-77.

Yen C-F, Chen C-C, Lee Y, Tang T-C, Yen J-Y, Ko C-H. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*. 2005; 56(5): 599-601.

Yıldırım E, Sokullu DA, Köknel Ö. Alkol bağımlılığında içselleştirilmiş damgalanma: depresif belirtilerle ilişki. *Psikoloji Çalışmaları*. 2012; 32(1): 1-12.

Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997; 13(13): 81-87.

Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012; 13(1): 1-7.

Yıldız R, Ömeroğlu G, Terim N. Yaşlı penceresinden yaşlı ayrımcılığı: Bursa ve Yalova örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017; 3(2): 313-329.

Yılmaz E, Özkan S. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(2): 35-52.

Yumurtacı A. Demografik değişim: psiko sosyal ve sosyo ekonomik boyutlarıyla yaşlılık. *Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2013; 3(6): 9-31.

Yurdugöl H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. 2005; 1: 771-774.

Zastrow C, Kirst K. İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre 2. Nika Yayınevi: Ankara; 2015.

Zastrow C, Aykara A, Beyazova A, Yakut-Çakar B. Sosyal hizmete giriş. Nika Yayınevi: 2016.

Zehirlioğlu L, Yönt G, Bayat E, Günay B. Hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2015; 3(1): 11-18.



EKLER

EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/07/2018-E.61768



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 74547675-302.14.01-
Konu : Gizem BIYIKLI'nın Tez Konusu Hk.

SBE SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 22.06.2018 tarih ve 23/8 sayılı yönetim kurulu toplantısında, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı 171358002 tezli yüksek lisans programı öğrencisi Gizem BIYIKLI'nın tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Desteğin İyilik Durumu ve Depresyon ile İlişkisi**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.evrak@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

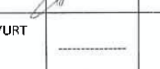
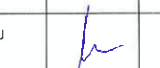
Bilgi İçin: Çisem Tutan
Unvanı: Sürekli İşçi

* B E N U B B S L L *

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK 2. Etik Kurul Onayı

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	14 / 11 / 2018 / 20.478.486						
ARAŞTIRMANIN ADI	Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Desteğin İyilik Durumu ve Depresyon ile İlişkisi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Hakan BAYDUR - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Sosyal Çalışmacı Gizem BIYIKLI						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS - DOKTORA TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	02 / 11 / 2018 / Tarih ve 52051 Sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐	Doç. Dr. Sordar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD		☐	☐
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☒	Mukadder YILMAZER Avukat		☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme -- Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

EK 3. Veri Toplama Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....

2.Cinsiyet: (1) Kadın (2) Erkek

3. Hayatınızda En Uzun Yaşadığınız Yer: Köy () Kasaba() İlçe() İl ()

4.Öğrenim Durumu : (1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) ilkokul (4) Ortaokul

(5) Lise (6) Üniversite

5.Medeni Durum: (1) Hiç evlenmemiş (2) Evli (3) Boşanmış (4) Ayrı yaşıyor (5) Eşini kaybetmiş
(6) Nikâhsız ya da dini nikâhla birlikte yaşıyor

6.Çalışma durumunuz

(1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor

7.Meslek/Eski Meslek

- (1) Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler (CEO, genel müdür, daire başkanı vb.)
(2) Profesyonel meslek mensupları (mühendis, avukat, doktor, vb.)
(3) Yardımcı profesyonel meslek mensupları (sosyal hizmet uzmanı, hemşire, polis vb.)
(4) Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar (sekreter, memur, vb.)
(5) Hizmet ve satış elemanları (satış temsilcileri, mümessiller, vs.)
(6) Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları (çiftçi, vb.)
(7) Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar (ressam, müzisyen, zanaatkâr, vb.)
(8) Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları (torna, tasfiye, vb.)
(9) Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar (inşaat ve temizlik işçileri, vb.)

8.Çocuk Durumu: (1) Var (2) Yok 9.Çocuk Sayısı:

10.Ekonomik durumunuzu değerlendir misiniz?

- (1) İhtiyaçlarımı karşılamakta çok güçlük çekiyorum
(2) İhtiyaçlarımı karşılamakta güçlük çekiyorum
(3) Gelir giderim birbirine denk, yetiştiriyor.
(4) Ekonomik durumum rahat
(5) Ekonomik durumum çok rahat

11.Aşağıdakilerden hangisi gelirinizi oluşturan öğelerdir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- (1) Emekli aylığı (SGK)
(2) Bireysel emeklilik (özel sigorta)
(3) Kendi birikimlerim/fon
(4) Gayrimenkul gelirleri (kira/dükkan/ arsa)
(5) Devlet yardımları (yaşlı aylığı, bakım parası, Sosyal yardımlaşma ve dayanışma fonu, vb.)
(6) Çocuklarım
(7) Diğer _____ (Belirtiniz)

12. Sağlık güvenceniz nedir?

(1) SSK (2) BAĞKUR (3) YEŞİLKART (4) ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI (5) YOK

13.Kimle birlikte yaşıyorsunuz?

- (1) Tek başına (2) Eşimle (3) Eşim ve bekar çocuklarımla (4) Sadece ben bekar olan çocuklarımla (5) Diğer akrabalarım
(6) Eşimle birlikte evli olan çocuklarımla yanında
(7) Sadece ben evli olan çocuklarımla yanında (8) Kurum Bakımı (9) Diğer.....

14. Evde yaşıyor ise ev mülkiyetiniz nedir?

(1) kendi evim (2) kira (3) çocuklarımla/yakınlarımla evi kira vermiyorum.

15. Kronik Hatalığınız Var mı?

Var() Yok ()

16. Kronik Hastalıklarınızı Yazınız?

Tansiyon() Diyabet () , Kalp ve damar () , Göğüs () , Eklem () , Böbrek () , Görme() , İşitme () , Karaciğer () ,
Astım() , Kemik erimesi() , Kireçlenme () , Romatizma() , Koah () Diğer....

17. Geçen seneye göre sağlık durumunuzu değerlendir misiniz?

- (1) Mükemmel (Aktivitelerimi sürdürmede asla engelim yok)
(2) İyi (Aktivitelerimi sürdürmede nadiren sorun yaşıyorum)
(3) Orta(Bazı aktivitelerimi sürdürmede bazen sorun yaşıyorum)
(4) Zayıf (Birçok aktivitemi yerine getirmede çok sıklıkla sorun yaşıyorum)
(5) Kötü(Sağlık sorunlarımdan ya da özür durumumdan dolayı çoğu aktivitemi yerine getirme konusunda sorunlarım var)

Açıklama:

Bu anket genel olarak yaşlılık ile ilgili bazı ifadeleri içermektedir. Ayrıca sizin yaşlılığa yönelik görüş ve düşüncelerinizi de sormaktadır. Ankette her bir ifadeyi ilgili bölüm içerisinde dikkatlice okuyunuz. Bu ifadeye katılıp katılmadığınızı yandaki size uygun seçeneklere bakarak işaretleyiniz. Her bir yanıtınız bizim için oldukça önemlidir. Boş seçenek bırakmamaya özen gösteriniz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

YAŞLI İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

Yaşlılık...	Emin Değilim/		
	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
... öğrenmenin zorlaştığı çağdır (S.6)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... yalnızlıktır (S.8)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... insanlar tarafından daha az önemsenmektir (S.10)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... aileye yük olmaktır (S.11)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... işe yaramaz olmaktır (S.12)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
İnsanlar yaşlandıkça ...			
... gündelik işleri için gücü kuvveti azalır (S.15)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... uyku düzeni bozulur (S.16)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... genellikle yavaş hareket ederler (S.17)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... daha dikkatsiz olurlar (S.20)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... geçmişe göre daha fazla alıngan olurlar (S.21)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Yaşlandığım için ...			
... diğer insanların yardımına daha fazla ihtiyaç duyuyorum (S.26)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... eskisi kadar hayattan zevk almıyorum (S.28)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... insanların ilgisine daha fazla ihtiyaç duyuyorum (S.30)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... artık işe yaramadığımı hissediyorum (S.32)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... ölümü daha fazla düşünüyorum (S.33)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... çevrem ile ilişkilerim zayıfladı (S.35)	1 ☐	2 ☐	3 ☐
... el becerilerim azaldı (S.36)	1 ☐	2 ☐	3 ☐

WHO (Beş) İyilik Durumu İndeksi

Aşağıdaki beş tanımlamadan her biri için, son iki hafta süresince kendinizi nasıl hissettiğinize en yakın olan yanıtı veriniz.

	<i>Son iki hafta boyunca</i>	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısında n çoğunda	Geçen zamanın yarısında n daha azında	Bazen	Hiçbir zaman
1	Kendimi neşeli ve keyifli hissettim	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
2	Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3	Kendimi aktif ve dinç hissettim	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4	Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5	Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.

		EVET	HAYIR
1	Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	☐ 0	☐ 1
2	Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	☐ 1	☐ 0
3	Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	☐ 1	☐ 0
4	Sıklıkla canınız sıkın mı?	☐ 1	☐ 0
5	Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?	☐ 0	☐ 1
6	Sanki size kötü bir şey olacaktı gibi bir korku yaşıyor musunuz?	☐ 1	☐ 0
7	Kendinizi çoğu zaman mutlu hissedersiniz?	☐ 0	☐ 1
8	Sıklıkla çaresiz hissedersiniz?	☐ 1	☐ 0
9	Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	☐ 1	☐ 0
10	Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	☐ 1	☐ 0
11	Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	☐ 0	☐ 1
12	Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz ?	☐ 1	☐ 0
13	Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	☐ 0	☐ 1
14	Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	☐ 1	☐ 0
15	Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐ 1	☐ 0

Bu anket formu yaşlanma ile ilgili duygularınızı sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları yanıtlayınız. Eğer soruya hangi yanıtı vereceğinizden emin değilseniz, lütfen en uygun görünen yanıtı seçiniz. Bu sıklıkla ilk yanıtınız olacaktır. Lütfen kendi standartlarınızı, umutlarınızı, zevklerinizi ve sorunlarınızı göz önünde bulundurunuz. Genel olarak yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Bilgelik yaşla edinilir.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoş (giden) güzel şey var.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içeride kapanma) dönemidir.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Her yaşta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önemlidir.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
	Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru
8. Yaşlı olmak sandığımdan daha kolaymış.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak zor geliyor.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Kendimi yaşlı hissetmiyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Fiziksel sağlığımla ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak zor oldu.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. İyi ki yaşamışım hayatımın bir işe yaradığını hissediyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
20. Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hissetmiyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
21. Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
22. Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
23. Sağlığım bu yaşımda beklediğimden daha iyi	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
24. Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

- 1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden alırım.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

(WHOQOL-AGE) Türkçe Sürümü

Lütfen soruları okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını daire içine alınız

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü 1 ☐	Biraz kötü 2 ☐	Ne iyi, ne kötü 3 ☐	Oldukça iyi 4 ☐	Çok iyi 5 ☐
2	Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama dokunma gibi) sizce nasıldır?	Çok kötü 1 ☐	Biraz kötü 2 ☐	Ne iyi, ne kötü 3 ☐	Oldukça iyi 4 ☐	Çok iyi 5 ☐
3	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
4	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
5	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizde ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
6	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
7	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
8	Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
9	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç 1 ☐	Çok az 2 ☐	Orta derecede 3 ☐	Çokça 4 ☐	Tamamen 5 ☐
10	Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	Hiç 1 ☐	Çok az 2 ☐	Orta derecede 3 ☐	Çokça 4 ☐	Tamamen 5 ☐
11	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1 ☐	Çok az hoşnut 2 ☐	Ne hoşnut, ne de değil 3 ☐	Epeyce hoşnut 4 ☐	Tamamen hoşnutum 5 ☐
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	Hiç 1 ☐	Çok az 2 ☐	Orta derecede 3 ☐	Çokça 4 ☐	Tamamen 5 ☐
13	Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	Hiç 1 ☐	Çok az 2 ☐	Orta derecede 3 ☐	Çokça 4 ☐	Tamamen 5 ☐

Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)

Ad Soyad:

Yaş:

Eğitim: yıl

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el

Toplam Puan:

Puan

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz?
2. Hangi mevsimdeyiz?.....
3. Hangi aydayız?.....
4. Bu gün ayın kaç?.....
5. Hangi gündeyiz?.....
6. Hangi ülkede yaşıyoruz?
7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....
8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?.....
9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir?.....
10. Şu an bu binada kaçınıc kattasınız?

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

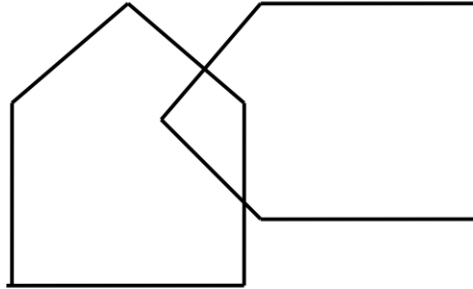
12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88,85)
12. "Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin.
Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise).....

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)
15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan).....
16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)
17. Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN"
18. Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle yazın (1 puan)
19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (eğitimsizlerde)

Ad Soyad:

Yaş:

Eğitim: 0. OYD 1. OY 2. yıl

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el

Toplam Puan:

Puan

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?
2. Bu gün haftanın hangi günündeyiz?
3. Şu an ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?
4. Hangi aydayız?
5. Hangi mevsimdeyiz?
6. Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?
7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?
8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?
9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?
10. Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan
- Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

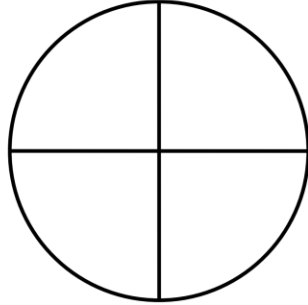
12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan
- (Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)
15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)
16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)
17. Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın) (1 puan)
18. Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan)
19. Size göstereceğim şekillerin aynısını çizin. (1 puan)



EK 4. Ölçek Kullanım İzinleri

04.05.2020

Gmail - AYTA ve WHOQOL-AGE ölçekleri kullanım izni



gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com>

AYTA ve WHOQOL-AGE ölçekleri kullanım izni

Erhan Eser <erhanese@gmail.com>
Alıcı: gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com>

5 Şubat 2020 12:06

Sayın Gizem Bıyıklı,

Türkçe sürümlerini geliştirmiş olduğumuz Yaşlılarda Yaşlılığa Yönelik Turum ölçeği (AYTA)'ni ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-AGE)'ni Türkçe geçerlilik yayınlarına atıfta bulunarak araştırmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Erhan Eser

[Alıntılanan metin gizlendi]

--

Prof. Dr. Erhan Eser
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
WHOQOL Grup Türkiye İletişim Merkezi
236 2338586-127
236 233 14 66 (faks)

Prof. Dr. Erhan Eser
Manisa Celal Bayar University School of Medicine Dept. of Public Health
WHOQOL Group Collaboration Center, Turkey
+90 236 2338586-127
+90 236 233 14 66 (fax)

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=8fbdfb86db&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1657690852114374435&simpl=msg-f%3A16576908...> 1/1



gizem biyıklı <gizembykl5@gmail.com>

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Alıcı: gizem biyıklı <gizembykl5@gmail.com>

6 Kasım

Sayın Gizem Biyıklı,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynaktan bulabilirsiniz.
Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "gizem biyıklı" <gizembykl5@gmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 4 Kasım Pazar 2018 14:17:57
Konu: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Sayın Haluk ARKAR hocam;

Ben Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Gizem BİYİKLİ. Danışmanım Doc. Dr. Hakan BAYDUR ile tezimi **Yaşlılıkta İçselleştirilme: Damgalanma ve Sosyal Desteğin İyilik Durumu ve Depresyon ile İlişkisi** üzerine hazırlamaktayız. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği çalışmamı kendi çalışmam kullanmak istiyorum. Sizin için sakıncası yok ise ölçeğinizi kullanmam için onay verdiğinizde dair izninizi mail gönderirseniz çok sevinirim. İyi çalışmalar diliyorum. Sevgiyle kalın..

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değil elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmaz kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriği iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete the mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.docx**

16K



gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com>

Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form

A T Isik <atisik@yahoo.com>

4 Kasım 2018 20:14

Alıcı: gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com>

Gizem Hanım Merhabalar,
"Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Desteğin İyilik Durumu ve Depresyon ile İlişkisi" üzerine yaptığınız çalışmada Yesaavge Geriatri Depresyon Skalası- 15 (kısa form) türkçe versiyonunu "Busra Durmaz, Pinar Soysal,Hulya Ellidokuz, Ahmet Turan Isik: Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adultsNorth Clin Istanb 2018;5(3):216–220 doi: 10.14744/nci.2017.85047" şeklinde atıfta bulunarak akademik amaçla kullanabilirsiniz.

İyi Çalışmalar

Ahmet Turan ISIK, M.D.
Chair, Professor of Geriatric Medicine
Unit for Aging Brain and Dementia
Department of Geriatric Medicine
Dokuz Eylul University, School of Medicine
35340 Balçova, İZMİR, TURKEY
+90 232 4124341
+90 232 4124339

gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com> şunları yazdı (4 Kas 2018 15:10):

[Alıntılanan metin gizlendi]

WHOQOL Türkiye Merkezi

İletişim:
Prof. Dr. Erhan Eser
e.eser@cbu.edu.tr
erhanese@gmail.com
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa
Tel: 0 236 233 8586
Faks: 0 236 2323 14 66



WHOQOL Center, Türkiye

Contact:
Prof. Dr. Erhan Eser
e.eser@cbu.edu.tr
erhanese@gmail.com
Celal Bayar University School of Medicine
Dept. Of Public Health 45020 Manisa /Türkiye
Phone: + 90 236 233 8586
Fax: + 90 236 2323 14 66

Tarih: 05 Kasım 2018
Belge No: 2018/01

WHO-5 Türkçe Sürüm

Kullanım İzin Belgesi

Sayın Gizem Bıyıklı

Türkçe'ye uyarlamasını yapmış olduğumuz WHO-5 ölçeğini, merkezimize gönderilmiş olduğunuz “Yaşlılıkta İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Desteğin İyilik Durumu ve Depresyon ile ilişkisi” başlıklı araştırmanızda kullanımınız uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye Merkezi



gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com>

RSMMDT kullanım izni

Pembe Keskinoglu <pembe.keskinoglu@gmail.com>

7 Şubat 2020 14:53

Alıcı: gizem bıyıklı <gizembykl5@gmail.com>, "hakan.baydur" <hakan.baydur@deu.edu.tr>

Gizem,
Çalışmanızda revize minimal durum testini (tarafımızdan geliştirilen) kullanmanıza izin veriyorum, iyi çalışmalar.

EK 5. Örnek Büyüklüğü

One-Sample T-Test Power Analysis

Numeric Results for One-Sample T-Test

Null Hypothesis: Mean0=Mean1 Alternative Hypothesis: Mean0<>Mean1

Unknown standard deviation. Population size = 400

Power	N	Alpha	Beta	Mean0	Mean1	S	Effect Size
0,99092	101	0,00100	0,00908	9,1	12,8	7,3	0,500
0,95115	83	0,00100	0,04885	9,1	12,8	7,3	0,500
0,90252	74	0,00100	0,09748	9,1	12,8	7,3	0,500
0,80059	63	0,00100	0,19941	9,1	12,8	7,3	0,500
0,99028	64	0,05000	0,00972	9,1	12,8	7,3	0,500
0,95117	48	0,05000	0,04883	9,1	12,8	7,3	0,500
0,90151	40	0,05000	0,09849	9,1	12,8	7,3	0,500
0,80084	31	0,05000	0,19916	9,1	12,8	7,3	0,500

Report Definitions

Power is the probability of rejecting a false null hypothesis. It should be close to one.

N is the size of the sample drawn from the population. To conserve resources, it should be small.

Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis. It should be small.

Beta is the probability of accepting a false null hypothesis. It should be small.

Mean0 is the value of the population mean under the null hypothesis. It is arbitrary.

Mean1 is the value of the population mean under the alternative hypothesis. It is relative to Mean0.

Sigma is the standard deviation of the population. It measures the variability in the population.

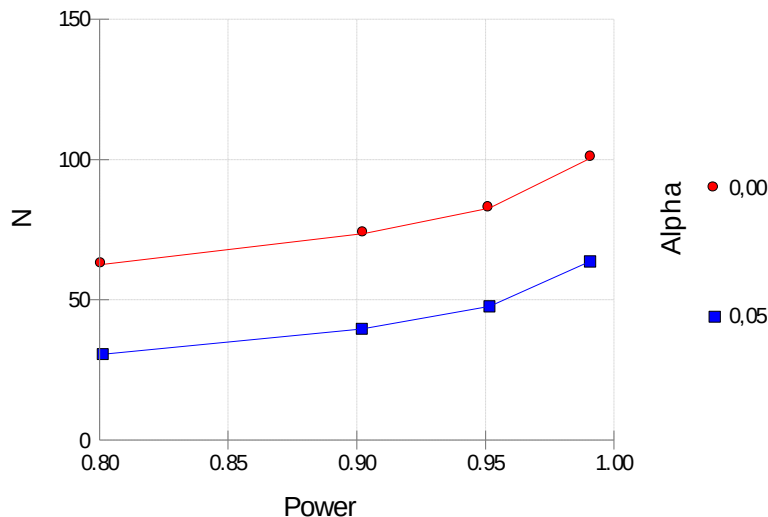
Effect Size, $|\text{Mean0}-\text{Mean1}|/\text{Sigma}$, is the relative magnitude of the effect under the alternative.

Summary Statements

A sample size of 101 from a population of 400 achieves 99% power to detect a difference of -3,7 between the null hypothesis mean of 9,1 and the alternative hypothesis mean of 12,8 with an estimated standard deviation of 7,3 and with a significance level (alpha) of 0,00100 using a two-sided one-sample t-test.

Chart Section

N vs Power by Alpha with Mean0=9,1 Mean1=12,8 S=7,3
T Test



EK 6. Normallik Sınaması Sonuçları

Variable	n	W	V	z	Prob>z
Farkına varma	162	0.97179	3.507	2.856	0.00214
Onaylama	162	0.92444	9.392	5.098	0.00000
Uygulama	162	0.95471	5.630	3.933	0.00004
Damgalanma	162	0.97418	3.210	2.655	0.00397
toplam					
GDÖ	162	0.91544	10.511	5.355	0.00000
WHO-5	162	0.95162	6.014	4.083	0.00002
ÇBASDÖ özel biri	162	0.92276	9.602	5.149	0.00000
ÇBASDÖ aile	162	0.97303	3.352	2.753	0.00295
ÇBASDÖ arkadaş	162	0.98215	2.219	1.815	0.03478
ÇBASDÖ toplam	162	0.97543	3.054	2.541	0.00553

EK 7. Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Geliştirme Süreci, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Yaşlı içselleştirilmiş damgalanma ölçeği geliştirme süreci nitel ve nicel araştırma yaklaşımlarının bir arada yürütüldüğü çalışmadır. Ölçek geliştirme sürecinde öncelikle ölçek maddeleri havuzunun oluşturulması ve niteliksel/niceliksel olarak içerik analizi süreci bir arada yürütülmüştür. Daha sonra elde edilen formun pilot ve alan uygulaması yapılarak geçerlilik ve güvenilirlik çözümleri gerçekleştirilmiştir. Süreç aşağıdaki gibi yürütülmüştür.

EK 7.1. Ölçek Geliştirme Süreci

EK 7.1.1. Birinci Aşama (ölçek kavramsal çerçevesinin oluşturulması)

Öncelikle damgalanma literatürü taranarak damgalanma kavramı, bileşenleri, özellikleri, boyutları ve damgalanma çeşitlerine yönelik çalışmalar incelenmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Daha sonra damgalanmanın bir çeşidi olan içselleştirilmiş damgalanma kavramına odaklanıp çeşitli gruplarda içselleştirilmiş damgalanmanın nasıl ele alındığına bakılmıştır (Corrigan 1998).

İçselleştirilmiş damgalanma, aracı süreçleri ve davranış üzerindeki etkileriyle ilgilenen bir model olan “Why Try Effect” modeli temel alınarak içselleştirilmiş damgalanmanın boyutları bu model çerçevesince değerlendirilmiştir. Modele göre içselleştirilmiş damgalanma; stereotipilerin “farkına varma”, stereotipileri “kabul etme” ve “kendine uygulama” olarak 3 aşamadan oluşmaktadır ve bu üç aşama ölçeğin içselleştirilmiş damgalanmayı ele alış biçimi olarak değerlendirilmiştir (Corrigan ve ark. 2009). Kişinin damgalanmayı içselleştirip içselleştirmedigine bu aşamaları kabul edip etmediğine bakılarak bu model çerçevesinde karar verilmiştir. Üç boyut altında yer alan yaşlılığa ilişkin somut özellikler kişinin damgalanmayı içselleştirip içselleştirmedigini anlamada ölçek maddeleri olarak kullanılmıştır.

EK 7.1.2. İkinci Aşama (ölçek boyutları ve bunları içeren maddelerin oluşturulması)

Yaşlılığa ilişkin hangi özelliklerin damgalanmaya ilişkilendirilebileceğini tespit edebilmek için yaşlılık literatürü geniş kapsamlı taranmıştır. Damgalanmaya neden olan somut özellikleri kavramsallaştırmak amacıyla en geniş yaşlı tanımlarından yola çıkılarak yaşlılık döneminin fiziksel, psikolojik, bilişsel(zihinsel), sosyal özellikleriyle ele alınmıştır (Pehlivan ve Karadakovan 2013).

Fiziksel, psikolojik, bilişsel (zihinsel) ve sosyal boyutlarda özellikleri içeren 62 özellikten oluşan madde havuzu oluşturulmuştur. Literatür taraması sonucu yazılan 62 özellik “Why Try Effect” modelinin stereotipilerin farkına varma, stereotipileri kabul etme (onaylama) ve kendine uygulama alt boyutlarına göre yazılarak ölçek taslağı oluşturulmuştur (Corrigan ve ark. 2009).

EK 7.1.3. Üçüncü Aşama (kapsam geçerliliğinin test edilmesi)

Bu aşamada ölçek maddelerinin konu ile ilişkisini, soruların gerekliliğini, basitliğini, açıklığını, anlaşılabilirliğini, özgüllüğünü hedef kitleye uygunluğunu değerlendirmek amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur (Karakoç ve Dönmez 2014). Kapsam geçerliliğinin test edilebilmesi için ve yapılacak hesaplamaların objektif sonuçlar verebilmesi için uzmanların sayısı ve niteliği önemlidir (Yurdugül 2005). Uzman seçiminde bu hususa dikkat edilmiştir. Değerlendirmeye katılacak uzmanlara elektronik posta yoluyla ulaşılmıştır. Uzmanlara ilişkin bilgiler Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25. Değerlendirmeye Katılan Uzmanların Cinsiyet ve Unvanlarına Göre Dağılımı

	Prof. Dr	Doç. Dr	Dr. Öğretim Üyesi	Öğrt.Gör. (Gerontolog)	Toplam
Cinsiyet					
Kadın	1	5	1	1	8
Erkek	1	-	1	-	2
Toplam	2	5	2	1	10

Uzmanlardan ölçek maddelerinin damgalanma ile ilişkisini, basitliğini, anlaşılabilirliğini ve cevap seçeneklerinin uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir maddeyi ilişki, basitlik ve anlaşılabilirlik boyutlarında dördümlük likert yanıt şeklinde, yanıt seçeneklerinin uygunluğunu üçlü likert yanıt şeklinde değerlendirmeleri ve her maddenin diğer maddelerle benzer olup olmadığını ve varsa önerilerini yazmaları istenmiştir (Polit ve Beck 2006). Uzmanların ölçek maddelerini aşağıdaki özellikler ve yanıt seçeneklerinde değerlendirmesi istenmiştir.

İlişki (1. Konu ile ilişkili değil, 2. Çok düzeltme gerekiyor, 3. Konu ile ilişkili ancak çok az düzeltme gerekiyor, 4. Konu ile ilişkili),

Basitlik (1. Basit değil, 2. Çok düzeltme gerekiyor, 3. Basit fakat çok az düzeltme gerekiyor, 4. Çok basit)

Anlaşılabilirlik (1. Anlaşılır değil, 2. Çok düzeltme gerekiyor, 3. Anlaşılır ancak az düzeltme gerekiyor, 4. Oldukça anlaşılır).

Yanıt Seçeneklerinin Uygunluğu (1. Uygun, 2. Kısmen Uygun 3. Uygun değil).

10 uzmandan elektronik posta yoluyla cevaplar alınmıştır ve uzman görüşlerine dayalı olarak her bir madde için İçerik Geçerlilik İndeksi (M-KGİ) hesaplanmıştır. Maddeye 3 ve 4 yanıtı veren uzman sayısı / tüm uzman sayısı şeklinde hesaplanan $M-KGİ > 0,78$ olması gerekmiştir. Ölçek İçerik Geçerlilik İndeksi (Ö-KGİ) hesaplanabilmesi için her bir maddenin KGS'sini toplayıp toplam madde sayısına bölünmüştür. Her bir uzman için; 3 ve 4 yanıtı verdiği madde sayısı / toplam madde sayısı (her bir uzman için elde edilen değerler toplamı / toplam uzman sayısı)

şeklinde Ö-KGİ hesaplamıştır. Ö-KGİ > 0.80 olması gerekmektedir (Çapık ve ark. 2018; Polit ve Beck 2006).

Uzman görüşüne sunulan madde havuzu analizi yapılarak Ö-KGİ > 0.80 ve M-KGİ > 0,78 olmayan maddeler havuzdan çıkartılmıştır. 24 madde uzmanlar tarafından bir başka madde ile benzer olduğu düşünülmüştür. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda madde havuzu yenilenerek ölçek taslağı 37 madde ile sınırlandırılmıştır. Uzman görüşüne ait değerlendirme sonuçları tablo 26, 27 ve 28’de sunulmuştur.



Tablo 26. Ölçek farkına varma boyutu içerik geçerliliği indeksi için uzman değerlendirmeleri

[illegible]

Tablo 27. Ölçek onaylama boyutu içerik geçerliliği indeksi için uzman değerlendirmeleri

UZMANLAR																																		
Boyut ve maddeleri	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			MADDE Kİİ			
Onaylama	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	
Madde 17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,9	1	1
Madde 18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	
Madde 19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	0,9	1	1
Madde 20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	4	3	3	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	0,8	0,9	1	
Madde 21	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1
Madde 22	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,9	1	0,9
Madde 23	4	4	4	4	4	4	4	2	1	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	1	0,9	0,9	
Madde 24	4	4	4	4	4	4	4	2	1	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	1	4	4	4	2	2	0,9	0,8	0,8	
Madde 25	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,9	1	1	
Madde 26	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	
Madde 27	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	0,9
Madde 28	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
Madde 29	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2	1	1	1	1	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,8	0,8	0,7	
Madde 30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	1	
Madde 31	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1
Madde 32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	0,9	0,8	0,8	
Madde 33	4	4	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1	4	4	4	4	4	3	3	0,7	0,8	1	
Madde 34	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	0,9	
Madde 35	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	
Madde 36	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	
Madde 37	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	3	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,8	1	1	
Madde 38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	0,8	1	1	
Madde 39	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	1	0,8	0,8	0,7	
Madde 40	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	
3 ve 4 verilen madde sayısı/toplam madde sayısı	1	1	1	1	1	1	1	0,88	0,75	0,67	0,84	0,88	0,96	0,96	0,96	1	1	1	0,84	1	0,96	0,88	0,96	0,96	0,96	1	1	0,96	0,88	0,88	Ö-İGİ= İlişki için=0,92 Basitlik için=0,95 Anlaşılabilirlik için=0,93			

Tablo 28. Ölçek kendine uygulama boyutu içerik geçerliliği indeksi için uzman değerlendirmeleri

UZMANLAR																																			
Boyut ve maddeler	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			MADDE Kİİ				
Kendine uygulama	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A	İ	B	A		
Madde 41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	
Madde 42	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
Madde 43	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	0,9	1	0,9		
Madde 44	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	3	4	4	4	4	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,8	1	1	
Madde 45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	0,9	1	1		
Madde 46	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	0,9	1	1		
Madde 47	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	0,8	0,8	0,8		
Madde 48	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	1	1	1	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	0,8	0,8	0,9		
Madde 49	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	1	1	1		
Madde 50	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	1		
Madde 51	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	0,9		
Madde 52	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	0,9		
Madde 53	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	0,9		
Madde 54	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	0,9		
Madde 55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	4	1	0,9	1		
Madde 56	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	1	1	0,9		
Madde 57	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	1	1		
Madde 58	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	1	1	0,9		
Madde 59	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	0,9	1	1		
Madde 60	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	0,9	1	1		
Madde 61	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	3	3	1	1	0,9			
Madde 62	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	3	3	1	3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	0,7	1	1		
3 ve 4 verilen madde sayısı/toplam madde sayısı	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,69	0,91	0,87	0,87	0,91	0,91	1	1	1	0,96	1	1	0,87	1	0,96	1	1	0,87	1	1	1	Ö-İGİ= İlişki için=0,93 Basitlik için=0,98 Anlaşılabilirlik için=0,96				

EK 7.1.4. Dördüncü Aşama (Ölçeğin pilot ve alan uygulaması)

37 maddeye indirgenen ölçek formu 10 yaşlıda uygulanarak ölçeğin bilişsel sorgulaması yapılmıştır. Her bir yaşlı için doldurulan Bilişsel Sorgulama Formunda cinsiyet, kronik hastalık, anketin doldurulma süresi ve genel izlenimler not edilmiştir. Her yaşlıya “Anketin açıklaması zor muydu?”, “Bu soruyu anlamak sizin için zor muydu?”, “Bu soru başka nasıl sorulabilir?”, “Sorunun seçenekleri sizce açık ve tutarlı mı?” soruları sorularak cevaplar kaydedilmiştir. Bilişsel sorgulamadan alınan cevaplara göre ölçek formu yeniden değerlendirilerek son hali verilmiştir. Yanıt seçenekleri: 1-Katılıyorum, 2-Emin değilim/kararsızım, 3-Katılmıyorum biçiminde dizgilenmiştir. Ölçeğin alan uygulamasına alınan 37 maddeden oluşan yapısı izleyen tabloda sunulmuştur. Daha sonra ölçek maddeleri ve ankette yer alan diğer sorular ve ölçekler ile birlikte alanda uygulamaya başlanmıştır. Ölçek maddeleri ayrıca seçilen 30 kişilik örnek üzerinde birinci görüşmeden iki hafta sonra ikinci kez uygulanmıştır.

Tablo 29. Yaşlı İcşelleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (YİDÖ) alan uygulama maddeleri

MADDELER	
Yaşlılık...	
1	Ağrıların artmasıdır.
2	Hastalıkların artmasıdır.
3	Sorun çözme becerilerinin azalmasıdır.
4	Kendine güvenin azalmasıdır.
5	Kelimeleri hatırlarken zorlanmaktadır.
6	Öğrenmenin zorlaştığı çağdır.
7	Karamsarlıktır.
8	Yalnızlıktır.
9	İçine kapanmaktadır.
10	İnsanlar tarafından daha az önemsenmektedir.
11	Aileye yük olmaktır.
12	İşe yaramaz olmaktır.
13	Daha tutumlu olmaktır.
İnsanlar yaşlandıkça...	
14	Cinsel istekleri azalır
15	Gündelik işleri için gücü-kuvveti azalır.
16	Uyku düzeni bozulur
17	Genellikle yavaş hareket ederler.
18	Daha fazla dengelerini kaybederler.
19	Daha yavaş düşünürler.
20	Daha dikkatsiz olurlar.
21	Geçmişe göre daha fazla alingan olurlar
22	Daha kaygılı olurlar.
23	Ölümden daha fazla korkarlar.
24	Geçim sıkıntısı çekerler.
25	Dindarlaşırlar.
Yaşım ilerlediği için...	
26	Diğer insanların yardımına daha fazla ihtiyaç duyuyorum.
27	Yakın zamanda yaşananları hatırlamakta bazen zorlanıyorum.
28	Eskisi kadar hayattan zevk almıyorum.
29	Eskisi kadar yenilikleri sevmiyorum.
30	İnsanların ilgisine daha fazla ihtiyaç duyuyorum.
31	Başkalarına yük oluyorum.
32	Artık işe yaramadığımı hissediyorum.
33	Ölümü daha fazla düşünüyorum.
34	Ailemde veya benim ile ilgili karar alınırken eskisi kadar bana danışılmıyor.
35	Çevrem ile (ailem, arkadaşlarım, komşularım) ilişkilerim zayıfladı.
36	El becerilerim azaldı.
37	Yeni teknolojiyi kullanırken zorlanıyorum.

EK 7.1.5. Beşinci Aşama (Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizi)

7.1.5.1. Yapı geçerliliği

Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çözümlerini içeren beşinci aşamada açıklayıcı ve doğrulayıcı yaklaşımlar bir arada uygulanarak sonuca ulaşılmış, Yaşlı İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinin nihai son sürümü oluşturulmuştur. Buna göre öncelikle 37 maddeden oluşan madde havuzu açıklayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Hem tüm maddeler bir arada olacak şekilde hem de her bir boyutta yer alması planlanan ölçeğin ilgili boyuttaki maddeleri ayrı ayrı açıklayıcı faktör analizine alınmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde ana bileşenler çözümlemesi (principal component analysis) uygulanmış, döndürme için ise varimax rotasyonu yapılmıştır. Uygulanan açıklayıcı faktör analizine paralel bir şekilde ölçek boyutlarını içeren maddeler ayrı ayrı iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alfa değeri, madde silindiğinde Cronbach's alfa değeri ve madde-toplam korelasyon katsayısı açısından incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre madde eksiltmeye gidilmiştir. Madde eksiltmede uygulanan kriterler şu şekildedir:

- Maddenin kendi boyutundaki faktör yükünün 0,4'ün altında yer alması,
- Madde silindiğinde Cronbach's alfa değerinin yükselmesi,
- Maddenin diğer boyutlar ile olan korelasyon katsayısının, kendi boyutu ile olandan daha yüksek olması
- Örtüşmeye göre düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayısının 0,3'ün altında yer alması.

Ölçek maddeleri yukarıdaki kriterlere göre sırasıyla en fazla sapmayı oluşturan maddelerin analizden çıkarılmasına göre yeniden çözümlemeye alınmıştır. Her çözümleme sonunda ilgili boyutun ve ölçeğin toplamının kendi içindeki uyumu ve faktör yüklerine göre karara varılmıştır. Buna göre ölçeğin nihai son sürümü oluşturulmuştur.

Ölçeğin madde eksiltmeler sonucunda toplam 17 sorudan oluşan yapısı meydana gelmiştir. Elde edilen açıklayıcı faktör analizi sonucu faktör yükleri dağılımı tablo 29'daki gibidir. Analiz sonucunda oluşan 17 maddelik ölçek yapısının örneklem yeterliliğini gösteren Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.881, maddeler arasındaki korelasyon yeterliliğini gösteren Bartlett's testi sonucu $p < 0,001$ düzeyindedir. Bu sonuçlara göre ölçek açıklayıcı faktör analizine uygun olarak kabul edilmiştir.

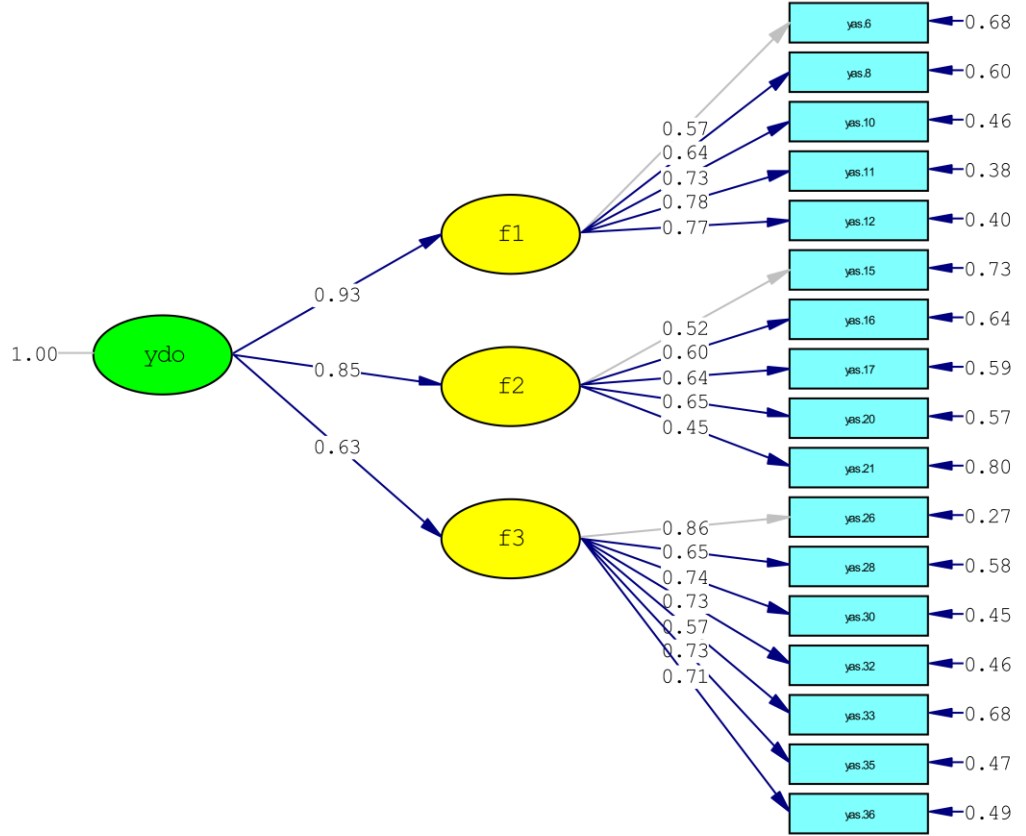
Toplamda 17 maddeden oluşan faktör analizinde özdeğer bir olarak seçildiğinde üç boyut üretilmiş, üretilen üç faktörün yığılımlı açıklayıcılık düzeyi %55,9 olarak belirlenmiştir. İlgili maddenin ait olduğu faktör altında yer alabilmesi için faktör yükünün 0,35'in üzerinde olması yeterli bulunmuştur. Buna göre oluşan faktör yapısı dağılımı doğrulayıcı faktör analizi çözümlmesine alınmıştır.



Tablo 30. YİDÖ açıklayıcı faktör analizi sonucu

Maddeler	Boyutlar		
	Farkına varma	Onaylama	Uygulama
Yaşlılık...			
... öğrenmenin zorlaştığı çağdır (S.6)	0,609	0,253	0,049
... yalnızlıktır (S.8)	0,632	0,207	0,212
... insanlar tarafından daha az önemsenmektir (S.10)	0,773	0,076	0,253
... aileye yük olmaktır (S.11)	0,777	0,203	0,149
... işe yaramaz olmaktır (S.12)	0,727	0,080	0,366
İnsanlar yaşlandıkça ...			
... gündelik işleri için gücü kuvveti azalır (S.15)	0,225	0,681	0,099
... uyku düzeni bozulur (S.16)	0,228	0,681	0,112
... genellikle yavaş hareket ederler (S.17)	0,446	0,524	0,097
... daha dikkatsiz olurlar (S.20)	0,526	0,369	0,193
... geçmişe göre daha fazla alıngan olurlar (S.21)	0,072	0,666	0,166
Yaşlandığım için ...			
... diğer insanların yardımına daha fazla ihtiyaç duyuyorum (S.26)	0,193	0,154	0,825
... eskisi kadar hayattan zevk almıyorum (S.28)	0,240	0,165	0,647
... insanların ilgisine daha fazla ihtiyaç duyuyorum (S.30)	0,172	0,150	0,760
... artık işe yaramadığımı hissediyorum (S.32)	0,244	0,046	0,719
... ölümü daha fazla düşünüyorum (S.33)	0,000	0,205	0,641
... çevrem ile ilişkilerim zayıfladı (S.35)	0,231	0,043	0,747
... el becerilerim azaldı (S.36)	0,145	0,045	0,753

Açıklayıcı faktör analizinde oluşan yapının sınanmasında doğrulayıcı faktör analizi uygulaması LISREL 9.1 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek üç boyuttan oluşmaktadır. Bunlar farkına varma, onaylama ve uygulama boyutlarıdır. Bu boyutların toplamı ise yaşlının içselleştirilmiş damgalanma düzeyini göstermektedir. Diğer bir deyiş ile ölçeğin üç alt boyutu ve bir toplam sonucu bulunmaktadır. Bu nedenle doğrulayıcı faktör analizi uygulamasında iki düzeyli faktör analizi (second-order factor analyses) şeklinde gerçekleştirilmiştir. Uygulanan analize ait grafik gösterimi aşağıdaki gibidir.



Şekil 2. YİDÖ ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonucu

Uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen özet uyumu değerleri incelendiğinde RMSEA=0,042, ki-kare/serbestlik derecesi=1,28, CFI=0,98 ve Stand.RMR=0,052 düzeyinde iyi uyumu ve düşük hatayı göstermektedir (Kline 2011; Schermelleh-Engel ve ark. 2003). Ölçeğin madde hata varyans değerleri incelendiğinde tümünün orta düzeyde hataya sahip olduğu, madde-boyut korelasyon katsayılarının ise hata varyansına benzer özellikte olduğu görülmektedir. Modelde yer alan boyutların kavramın bütünü ile olan birliktelik katsayıları farkına varma, onaylama ve uygulama boyutlarında sırasıyla 0,93, 0,85 ve 0,63 düzeyindedir. Ölçek bir bütün olarak ele alındığında ölçüm modelinin kavramsal modeli yeterli bir uyum ile ölçekbildiğini göstermektedir.

7.1.5.2. Paralel ölçek geçerliliği

Ölçeğin alt boyutları ve toplam puanının benzer kavramları ölçtüğü düşünülen ölçeklerden elde edilen puanlar ile yüksek korelasyon vermesi beklenir. Bunun için araştırmada Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi (AYTA) uygulanmıştır. Anketin üç alt boyutu ve toplam puanı vardır (Eser ve ark. 2011). Alt boyutlar psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal gelişmedir. YİDÖ ile AYTA arasında hesaplanan korelasyon katsayıları izleyen tabloda sunulmuştur.

Tablo 31. YİDÖ ve AYTA ölçekleri arasındaki korelasyon

	Farkına varmı	Onaylama	Uygulama	Damgalanma toplam
Psikososyal kayıp	0,645**	0,522**	0,869**	0,860**
Bedensel değişim	-0,514**	-0,393**	-0,844**	-0,755**
Psikososyal gelişmeler	-0,511**	-0,390**	-0,750**	-0,705**
AYTA toplam	-0,598**	-0,468**	-0,880**	-0,830**

** p<0,01

Araştırmaya katılanları her iki ölçekten elde ettikleri dağılım arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde damgalama toplam puanının AYTA toplam puanı ile -0,830 düzeyinde yüksek korelasyona sahip olduğu görülmektedir. Damgalanma toplam puanının AYTA alt boyutları olan Psikososyal kayıp, Bedensel değişim ve Psikososyal gelişmeler ile korelasyon katsayıları sırasıyla 0,860, -0,755 ve -0,705 düzeyindedir. Elde edilen bu yüksek korelasyon katsayıları YİDÖ ölçeğinin ölçme başarısını göstermektedir.

7.1.5.3. Ayırt edici geçerlilik

Geliştirilen ölçme aracının istenen sonuçları ayırt edebilme becerisini göstermesi açısından sonuç değişkenleri ile olan ilişkileri incelenir. Bunun için seçilen sonuç değişkeni yaşlı yaşam kalitesi kısa ölçeği (WHOQOL-AGE) alt boyutları ve toplam puanıdır. WHOQOL-AGE genel yaşam kalitesi ve yaşlı yaşam kalitesi olmak üzere iki alt boyuta ve bir toplam puana sahiptir. Bu araştırmada geliştirilen YİDÖ'nün yüksek düzeyde sonuç değişkenleri ile ilişkili bulunması ölçeğin ölçme başarısını göstermesi açısından önemlidir. Bu bağlamda YİDÖ ölçek alt boyutları ve toplam

puanı ile WHOQOL-AGE alt boyutları ve toplam puanı arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar izleyen tabloda sunulmuştur.

Tablo 32. YİDÖ ile WHOQOL-AGE, GDÖ ve WHO-5 ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	Farkına varma	Onaylama	Uygulama	Damgalanma toplam
WHOQOL-AGE-Genel YK	-0,520**	-0,385**	-0,891**	-0,778**
WHOQOL-AGE-Yaşlı YK	-0,483**	-0,388**	-0,876**	-0,756**
WHOQOL-AGE-Toplam YK	-0,509**	-0,392**	-0,895**	-0,778**

** p<0,01

Elde edilen korelasyon katsayıları incelendiğinde damgalanma toplam puanı ile WHOQOL-AGE toplam puanı arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=-0,778$). Benzer durum alt boyutlar arasında da gözlenmektedir. Ayrıca YİDÖ onaylama boyutunda düşük ve YİDÖ farkına varma boyutunda orta düzeyde korelasyon olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlar YİDÖ'nün başarılı bir şekilde yaşam kalitesini başarılı bir şekilde öngörebildiğini göstermektedir.

7.1.5.4. Bilinen gruplar geçerliliği

Bilinen gruplar geçerliliğinde YİDÖ ölçeği alt boyut ve toplam puanı ile cinsiyet, yaş, ekonomik durum, eğitim durumu ve sağlık algısı arasındaki ilişki student's t-testi ile karşılaştırılmış, sonuçlar ortalama farkı ve etki büyüklüğü (effect size, ES) biçiminde sunulmuştur. ES için elde edilen değer 0.2-0.5 arası düşük, 0.51-0.8 arası orta ve 0.8'in üzeri büyük olarak değerlendirilmiştir (Cohen 1988).

Tablo 33. YİDÖ'nin seçilmiş bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Değişkenler	Farkına varma		Onaylama		Uygulama		YİDÖ toplam	
	Ortalama Farkı	Cohen's d	Ortalama Farkı	Cohen's d	Ortalama Farkı	Cohen's d	Ortalama Farkı	Cohen's d
Cinsiyet (kadın – erkek)	-2,67	0,10	0,29	0,01	2,17	0,06	-0,07	0,00
Yaş (↓74 - ↑75)	15,17	0,56***	4,99	0,25	42,89	1,63***	21,02	1,05***
Öğrenim durumu (eğitimli – eğitimsiz)	-14,36	0,52***	-8,89	0,44**	-30,04	0,96***	-17,77	0,83***
Ekonomik durum (iyi – kötü)	-23,78	0,67***	-6,07	0,23	-34,07	1,79***	-21,31	0,75***
Kiminle birlikte yaşıyor (aile – yalnız/kurum)	-18,94	0,72***	-10,39	0,53***	-37,46	1,30***	-22,26	1,12***
Sağlık algısı (iyi – orta/kötü)	21,53	0,82***	12,51	0,64***	47,61	1,91***	27,22	1,48***

Etki büyüklüğü (Effect Size, Cohen's d): 0.3 düşük, 0.5 orta, 0.8 yüksek

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Tablodan elde edilen bulgulara cinsiyet değişkeni dışında yaş, öğrenim durumu, ekonomik durum, kiminle birlikte yaşandığı ve algılanan sağlık değişkenlerinin tümü YİDÖ toplam puanına duyarlı olup anlamlı farklılık oluşturmuştur. Elde edilen farklılığın boyutu cinsiyet dışında yüksek düzeydedir. Diğer bir deyiş ile YİDÖ seçilmiş sosyodemografik değişkenleri ayırt edebilecek özelliktedir.

7.1.5.5. Güvenirlilik çözümlemeleri, İç tutarlılık düzeyi ve madde toplam korelasyonları ve test-tekrar test sınıf içi korelasyon katsayıları

Araştırmanın güvenilirlik çözümlemesinde iç tutarlılık düzeyinin göstergesi olan Cronbach's alfa değerleri ile madde silindiğinde Cronbach's alfa değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca her bir maddenin boyutu ile olan korelasyon katsayısı elde edilmiştir. Elde edilen bulgular izleyen tabloda sunulmuştur.

Ölçek alt boyutlarında					Ölçek toplamında		
Maddeler	Düzeltilmiş madde-boyut korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa	ICC	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
M.6	0,491	0,822	0,82	0,98	0,419	0,888	0,89
M.8	0,565	0,804			0,535	0,885	
M.10	0,659	0,777			0,595	0,882	
M.11	0,700	0,764			0,574	0,883	
M.12	0,684	0,769			0,656	0,880	
M.15	0,435	0,632	0,67	0,98	0,401	0,890	
M.16	0,499	0,585			0,406	0,889	
M.17	0,485	0,611			0,464	0,888	
M.20	0,474	0,601			0,519	0,885	
M.21	0,388	0,651			0,350	0,891	
M.26	0,787	0,842	0,88	0,99	0,700	0,878	
M.28	0,602	0,867			0,600	0,882	
M.30	0,700	0,854			0,644	0,880	
M.32	0,658	0,860			0,613	0,882	
M.33	0,530	0,876			0,470	0,888	
M.35	0,681	0,857			0,622	0,881	
M.36	0,661	0,859			0,574	0,883	

Ölçeğin güvenilirlik bulguları incelendiğinde her bir boyuta ait iç tutarlılık katsayıları, madde silindiğinde iç tutarlılık katsayıları ile düzeltilmiş madde-boyut korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Farkına varma, onaylama ve kendine uygulama boyutlarının iç tutarlılık katsayıları Cronbach's alfa değeri sırasıyla 0,82, 0,67 ve 0,88'dir. Ölçeğin toplamı için iç tutarlılık katsayısı 0,89'dur. Hiçbir boyutta

madde silindiğinde Cronbach's alfa değeri artış göstermemektedir. Hem boyutlarda, hem de ölçeğin toplamında en düşük düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu 0,35'in altında değildir.

Test-tekrar test için yapılan uygulamada sınıf içi korelasyon katsaları 0,98, 0,98 ve 0,99 düzeyindedir. Ölçek zaman içerisinde değişime karşı kararlı sonuç vermektedir.

Elde edilen tüm analiz sonuçları YİDÖ'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu, istenen özellikleri ayırt edebildiğini, kararlı ve tutarlı bir şekilde sonuç ürettiğini göstermektedir. Ölçek tüm geliştirme, uygulama ve analiz süreçlerinden başarı ile geçmiş, yaş almış bireylerde yaşlı içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçebilecek özelliktedir.

Tablo 34. Yaşam Kalitesi ölçeği puan dağılımı

	Boyut 1 (YK Genel)	Boyut 2 (YK Yaşlı modülü)	Yaşam Kalitesi Toplam
Ortalama $\pm$ standart sapma	65,6 $\pm$ 21,1	61,4 $\pm$ 19,9	63,5 $\pm$ 20,3
Ortanca	69,2308	62,9630	65,1709
En küçük - büyük değer	13,5-100	20,4-100	21,7-100

Tablo 35. AYTA puan dağılımı

	ps.kayip	fizik	ps.gelisme	ayta.toplam
Ortalama $\pm$ standart sapma	23,2 $\pm$ 7,9	24,1 $\pm$ 7,5	29,4 $\pm$ 5,7	54,3 $\pm$ 19,9
Ortanca	23,0	25,0	31,0	55,0
En küçük - büyük değer	9-38	8-38	13-40	11-91

EK 8. Uzman görüşüne katılan uzmanlara ilişkin bilgiler

1)	Prof.Dr.Turan GÜNDÜZ	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Geriatric PhD.)
2)	Dr.Öğrt.Üy.Türken ÇAĞLAR	Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
3)	Prof.Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., (Geriatric PhD.)
4)	Prof. Dr. Emel YILMAZ	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
5)	Doç. Dr. Gülten UÇAN	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
6)	Doç. Dr. Hatice ŞİMŞEK KESKİN	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD. (Geriatric PhD.)
7)	Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ	Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
8)	Doç.Dr. Şeyda YILDIRIM	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
9)	Doç.Dr.Celalettin ÇEVİK	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
10)	Öğr.Görevlisi Saniye Seda SEVİM	Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Gerontology Bsc)

EK 9. Özgeçmiş

Adı	Gizem	Soyadı	BIYIKLI
Doğum Yeri	Manisa	Doğum Tarihi	09.02.1995
Uyruğu	T.C	Telefon	
E- mail	Gizembykl5@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2020
Lisans	Ankara Üniversitesi	2017
Lise	Rıfat Dağdelen Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - V.n)
Yurt Yönetim Personeli	Manisa Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü	2018- halen
Sosyal Hizmet Uzmanı	Soma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	2017-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS ÜDS IELTS TOEFL IBT TOEFL PBT TOELF CBT FCE CAE CPE

80.0

n

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76,41335	77,18695	69,9506

Bilgisayar Bilgisi

Program

Kullanma Becerisi

SPSS Paket Veri Programı

İyi

MS Office Programları

İyi

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

SOSYAL HİZMET. ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: YAŞLILIKTA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL DESTEĞİN İYİLİK DURUMU VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

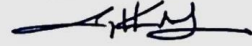
Tezime ilişkin 20/05/2020. tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 10'dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı : Gizem BIYIKLI
Öğrenci No : 171358002
Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet

Tarih ve İmza

23.06.20




DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Doç.Dr.Hakan BAYDUR

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süzülmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri suraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>