



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTARA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**YAŞLI BAKIM KURUMUNA YATIŞI YAPILAN BİREYLERE
UYGULANAN YAŞLI UYUM BECERİLERİ PSİKO-EĞİTİM
PROGRAMI (YUBP)'NİN KOGNİTİF VE PSİKOLOJİK
BELİRTİLER İLE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yunus AYYILDIZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

YAŞLI BAKIM KURUMUNA YATIŞI YAPILAN BİREYLERE
UYGULANAN YAŞLI UYUM BECERİLERİ PSİKO-EĞİTİM
PROGRAMI (YUBP)'NİN KOGNİTİF VE PSİKOLOJİK
BELİRTİLER İLE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yunus AYYILDIZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2024

ÖZET

YAŞLI BAKIM KURUMUNA YATIŞI YAPILAN BİREYLERE UYGULANAN YAŞLI UYUM BECERİLERİ PSİKO-EĞİTİM PROGRAMI (YUBP)' NİN KOGNİTİF VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan bireylere uygulanan Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nın kognitif ve psikolojik belirtiler ile yaşam kalitesi açısından değerlendirildi. Tez kapsamında yapılan çalışma için İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğü bünyesinde yatmakta olan ve yeni yatış yapmış olan yaşlı bireylerden 90 kişi belirlendi. Bu bireylerin 45'i yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan yaşlı bireyler olmak üzere kontrol grubu olarak belirlendi. Yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan diğer 45 kişi ise deney grubu olarak seçildi.

Bu çalışma kapsamında kullanılmak amacıyla, YUBP geliştirildi. Deney grubunda bağımsız değişken ve deneysel işlem olarak YUBP kullanıldı. Deneysel çalışma, 5 haftalık süreyle, haftada iki gün, 120 dakika süren psiko-eğitim oturumları şeklinde uygulandı. Hem deney hem de kontrol grubundaki katılımcılara programın uygulamaları başlamadan önce, programın uygulanmasının sonunda araştırmacı tarafından Sosyo-Demografik Form, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT), Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ölçme araçları uygulandı. Uygulamalar boyunca denek düşmesi söz konusu değildir.

Araştırma verilerine göre deneysel işlem olarak kullanılan YUBP programı deney grubundaki yaşlı bakım kurumuna yeni yatış bireylerin kognitif belirtileri üzerinde kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı bir farklılık oluşturamadığına ulaşıldı. Psikolojik belirtilerden depresyon için ise YUBP, kontrol grubundaki bireylere göre depresyon puanlarının azaltarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu gözlemlendi. Psikolojik belirtilerden anksiyete için ise YUBP, kontrol grubundaki bireylere göre depresyon puanlarını azaltarak anlamlı bir farklılık oluşturduğuna ulaşıldı. Psikolojik belirtilerden algılanan çok boyutlu sosyal destek için YUBP, kontrol grubundaki bireylere göre çok boyutlu sosyal destek puanlarını yükselterek anlamlı bir farklılık oluşturduğu görüldü.

Son olarak yaşam kalitesi için ise YUBP, kontrol grubundaki bireylere göre çok boyutlu sosyal destek puanlarını yükselterek anlamlı bir farklılık oluşturduğuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Kognitif belirtiler, Psiko-eğitim Yaşlılar Sosyal Destek



ABSTRACT

EVALUATION OF THE ELDER ADAPTATION SKILLS PSYCHO-TRAINING PROGRAM (EASP) APPLIED TO INDIVIDUALS ADMITTED TO AN ELDERLY CARE INSTITUTION IN TERMS OF COGNITIVE AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE

The Elderly Adaptation Skills Psycho-Training Program (EASP) applied to individuals newly admitted to an elderly care institution was evaluated in terms of cognitive and psychological symptoms and quality of life. For the thesis study carried out within the scope of the thesis, 90 elderly individuals who were hospitalized and newly hospitalized within the İstanbul Metropolitan Municipality Darülaceze Directorate were identified. 45 of these individuals were determined as the control group, including elderly individuals staying in an elderly care institution. The other 45 elderly people newly admitted to the elderly care institution were selected as the experimental group.

In order to be used within the scope of this study, the Elderly Adaptation Skills Psycho-Training Program (EASP) was developed. EASP was used as the independent variable and experimental procedure in the experimental group. The experimental study was implemented as psycho-educational sessions lasting 120 minutes, once a week, for 5 weeks. Participants in both the experimental and control groups were asked to take Socio-Demographic Form, Beck Depression Scale (BDI), Beck Anxiety Scale (BAS), Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS), Standardized Mini-Mental State, before the program implementation started, and at the end of the program implementation, the researcher administered the Socio-Demographic Form, Beck Depression Scale (BDI), Beck Anxiety Scale (BAI), Test (SMMDT) and Quality of Life (P36) Form measurement tools were applied. There is no drop in subjects during the applications.

According to the research data, it was found that the EASP program used as the experimental procedure did not create a significant difference in the cognitive symptoms of the individuals newly admitted to the elderly care institution in the experimental group compared to the individuals in the control group. For anxiety, one of the psychological symptoms, EASP made a significant difference by reducing depression scores compared to individuals in the control group. For multidimensional social support perceived from psychological symptoms, EASP was observed to create a

significant difference by increasing multidimensional social support scores compared to individuals in the control group. Finally, for quality of life, it was found that EASP created a significant difference by increasing multidimensional social support scores compared to individuals in the control group.

Keywords: Anxiety, Cognitive symptoms, Depression, Psycho education, Elderly Social Support,



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince emeği kelimelerle tarifsiz ve tezimi yazarken doğru yolda ilerlememi sağlayan benim için çok kıymetli olan tez danışmanım Prof. Dr. F. Gökben Hızlı Sayar’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

18.03.2024

Yunus AYYILDIZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR DİZİNİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1.Tezin Amacı.....	7
1.2.Araştırmanın Önemi	8
1.3. Araştırmanın Problem Cümlesi	9
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	9
1.5. Alt Hipotezler	10
1.6. Araştırmanın Sayıltıları.....	10
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	10
1.8. Tanımlar.....	11
2. KOGNİTİF, PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE YAŞAM KALİTESİ.....	12
2.1. Yaşlılıkta Kognitif Belirtiler.....	12
2.2. Psikolojik Belirtiler.....	14
2.2.1. Yaşlılık ve depresyon.....	14
2.2.2. Yaşlılık ve anksiyete.....	28
2.2.3. Yaşlılıkta sosyal destek algısı	41
2.3. Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1.Yöntem.....	50

3.1.1. Araştırmanın değişkenleri	50
3.1.2. Deneysel işlem	50
3.1.2.1. Yaşlı uyum becerileri psiko-eğitim programı (YUBP)	50
3.2. Araştırmanın Deseni	52
3.3. Çalışma Grubu	53
3.3.1. Evren örneklem	53
3.3.2. Dışlama kriteri	54
3.4. Veri Toplama	54
3.4.1. Veri toplamada etik yönler	54
3.4.2. Araştırmanın yer ve zamanı	55
3.4.3. Veri toplama araçları	55
3.4.3.1. Sosyo-demografik bilgi formu	55
3.4.3.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)	55
3.4.3.3. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)	55
3.4.3.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASD)	56
3.4.3.5. Standardize mini mental durum testi (SMMDT)	56
3.4.3.6. Yaşam kalitesi (Sf36) formu	57
3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	57
4. BULGULAR	60
4.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	60
4.2. Kognitif Belirtilere İlişkin Bulgular	60
4.2.2. Kognitif belirtilere ilişkin H_{alt1} alt hipotezin test edilmesi	62
4.2.2.1. YUBP'nın SMMDT ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular	62
4.2.2.2. H_1 ana hipotezin SMMDT puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular	63
4.3. Psikolojik Belirtilere İlişkin Bulgular	64
4.3.1. Depresyona ilişkin bulgular	65

4.3.1.1. BDÖ verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulgular.....	65
4.3.1.2. Depresyona ilişkin H_2 alt hipotezin test edilmesi	66
4.3.1.3. YUBP'nın BDÖ ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular ...	67
4.3.1.4. H_1 ana hipotezin BDÖ ölçüm puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulguları	67
4.3.2. Anksiyeteye ilişkin bulgular	69
4.3.2.1. BAÖ verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulgular.....	69
4.3.2.2. Anksiyeteye ilişkin H_3 alt hipotezin test edilmesi.....	71
4.3.2.3. YUBP'nın BAÖ ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular ...	71
4.3.2.4. H_1 ana hipotezin BAÖ puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular .	72
4.3.3. Algılanan sosyal desteğe ilişkin bulgular	73
4.3.3.1. ÇBASDÖ verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulgular.....	74
4.3.3.2. Algılanan sosyal desteğe ilişkin H_{alt4} alt hipotezin test edilmesi	75
4.3.3.3. YUBP'nın ÇBASDÖ ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular	76
4.3.3.4. H_1 ana hipotezinin ÇBASDÖ son ölçüm puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular	76
4.4. Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	78
4.4.1 Yaşam kalitesi (Sf36) formu verilerinin normallik varsayımına ilişkin bulguları.	78
4.4.1.1 Yaşam kalitesine ilişkin H_{alt5} Alt hipotezin test edilmesi	80
4.4.1.2. YUBP'nın yaşam kalitesi (Sf36) formu ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular.....	80
4.4.1.3. H_1 ana hipotezin yaşam kalitesi (Sf36) formu son-ölçüm puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular	81
5. TARTIŞMA.....	83
5.1. Kognitif Belirtilere İlişkin Tartışma	83
5.2. Psikolojik Belirtilere İlişkin Tartışma.....	85
5.2.1. Depresyona ilişkin tartışma	86

5.2.2. Anksiyeteye ilişkin tartışma.....	93
5.2.3. Çok boyutlu algılanan sosyal desteğe ilişkin tartışma	97
5.3. Yaşam Kalitesine İlişkin Tartışma.....	100
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	106
KAYNAKLAR	110
EKLER	134
Ek-1. Kişisel Bilgi Formu.....	134
Ek-2. Kognitif Belirtiler Ölçeği	135
Ek - 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	136
Ek-4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	140
Ek-5. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF36)	140
Ek-6. İzinler	144
Ek 7. Özgeçmiş	145

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Anksiyete belirtiler listesi.....	36
Tablo 2. Yaşlı uyum becerileri psiko eğitim programı.....	51
Tablo 3. Deneysel desen örüntüsü.....	53
Tablo 4. Tanımlayıcı bulgular tablosu.....	60
Tablo 5. Standardize Mini Mental Test (SMMDT) ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.....	61
Tablo 6. Standardize Mini Mental Test (SMMDT) ön ölçüm puanlarının t testi.....	61
Tablo 7. YUBP'nın uygulandığı grubun SMDT ön-ölçüm ve son-ölçüm puan ortalamaları.....	62
Tablo 8. Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan yaşlı bireylerle YUBP'na katılan yeni yatış yapan yaşlı bireylerin SMMDT ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	63
Tablo 9. SMMDT ölçeğiyle elde edilen ön-son ölçüm kognitif belirti puanlarının ANOVA sonuçları.....	64
Tablo 10. BDÖ ön-ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.....	65
Tablo 11. BDÖ ön-ölçüm puanlarının t testi.....	66
Tablo 12. Yeni yatış yapan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nın BDÖ ön-ölçüm ve son-ölçüm puan ortalamaları.....	67
Tablo 13. Yatmakta olan ve yeni yatış yapan bireylerin BDÖ ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	68
Tablo 14. BDÖ ile elde edilen ön-son ölçüm depresyon puanlarının ANOVA Sonuçları	68
Tablo 15. Beck Anksiyeteye Ölçeği (BDÖ) ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.....	70
Tablo 16. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ön ölçüm puanlarının t testi.....	70
Tablo 17. Yeni yatış yapan bireylere uygulanan YUBP'nın BAÖ ön-son ölçüm puan ortalamaları ve t testi analizi.....	71
Tablo 18. Yatmakta olan ve YUBP'na katılan yeni yatış yapan ve yaşlı bireylerin BAÖ ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	72
Tablo 19. BAÖ ile elde edilen ön-son ölçüm anksiyete puanlarının ANOVA sonuçları.....	73

Tablo 20. ÇBASDÖ ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.....	74
Tablo 21. ÇBASDÖ Ön Ölçüm Puanlarının t Testi.....	75
Tablo 22. YUBP'nın ÇBASDÖ ön-ölçüm ve son-ölçüm puan ortalamaları ve t testi analizi.....	76
Tablo 23. Yatmakta olan yaşlı bireylerle YUBP'na katılan yeni yatış yapan yaşlı bireylerin ÇBASDÖ ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	77
Tablo 24. ÇBASDÖ ile elde edilen ön-son ölçüm ÇBASDÖ puanlarının ANOVA sonuçları.....	77
Tablo 25. Yaşam kalitesi (Sf36) formu ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.....	79
Tablo 26. Yaşam kalitesi (Sf36) formu ön ölçüm puanlarının t testi.....	79
Tablo 27. Yeni yatış yapan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nın yaşam kalitesi (Sf36) formu ön-ölçüm ve son-ölçüm puan ortalamaları ve t testi analizi.....	80
Tablo 28. Yatmakta olan yaşlı bireylerle yeni yatış yapan YUBP'na katılan yaşlı bireylerin Yaşam kalitesi (Sf36) formu ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	81
Tablo 29. Sf36 formu ile elde edilen ön-son ölçüm yaşam kalitesi puanlarının ANOVA sonuçları.....	82

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

YUBP: Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SMMDT: Standardize Mini Mental Durum Testi

Sf36: Yaşam Kalitesi Formu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Yaşlılık kayıp ve değişimlerin en yoğun olduğu gelişim dönemidir. Bu dönemde özellikle bakıma muhtaçlığın ortaya çıkması ile yaşlı bireyler yaşlı bakım kurumlarından yararlanmaktadır. Yaşlı bakım kurumlarına yatışı yapılan bireylerde kuruma uyumla ilgili nasıl bir sürecin olduğu, bu dönemin anlaşılması ve gerekli uygulamaların yerine getirilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle bu tez kapsamındaki çalışma, yaşlı bakım kurumlarına yatışı yapılan yaşlıların uyum sağlama becerilerinin nasıl olduğu sorusu üzerine yoğunlaşarak gerçekleştirildi. Beraberinde uyum becerileri üzerine eğitim almış olmak kuruma uyum becerilerini artırır mı, uyum becerileri eğitimi alan ve almayan gruplar arasında fark var mıdır soruları da problemde belirleyici olmaktadır.

Yaşlılık dönemi, bireylerin fizyolojik, bedensel, zihinsel, sosyal kronolojik ve ekonomik açıdan birçok değişimin yaşandığı bir dönemdir (Townsend, 2016). Yaşlanma, tüm canlılara özgü ortak yaşam dönemidir (Canatan, 2008). Yaşlılık dönemi, insanoğlunun hayatının doğal bir evresidir (Onur, 2011).

Yaşlı bakım kurumundaki bireylerin, bu doğal yaşam evresine bağlı sorunlarına ek olarak karşılaştıkları yeni duruma tepki biçimleri uyumlarını etkilemektedir. Araştırmanın temel konusu bu bağlamla yakından ilişkilidir. Yaşlılık dönemindeki bireylerin yaşlı bakım kurumuna yatış yapmaları durumunda açığa çıkan tepkileri ve sorun belirtilere bağlı uyum sağlama becerilerinin geliştirilmesine Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP) aracılığıyla nasıl katkılar sunulabileceğini ele almak bu tezin temel konusudur.

Çağımızda, insan ömrü uzamaktadır. İnsanların arasında yaşlı nüfus, giderek artış gösterdiği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerinde görmek mümkündür. Bu durumun ülkemizin verileri de incelendiğinde benzer olduğu bulunmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015). Toplum içinde, yaygın çoğunluğu oluşturan yaşlıların; gereksinimlerinin karşılanması, sorunlarının çözüme kavuşturulması ve yaşam kalitelerinin artırılması önem taşıyan konular arasında yer almaktadır (Kılıç ve Aydın, 2017). Bu bağlamda, yaşlılara dönük sosyal hizmet sunan kurumların varlığı zorunluluk halini almıştır.

Yaşlı bakım kurumları, yaşlıların ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanmış ve donatılmış tesislerdir. Bu kurumlarda; yaşlılar günlük bakımlarını ve aktivitelerini yapabilirler ve aynı zamanda diğer yaşlılarla sosyalleşebilirler. Bu kurumlardan hizmet alan yaşlıların, kişisel ve sosyal tüm niteliklerine uyumlu hizmetlerin sunulması önem arz etmektedir (Kılıç, ve Aydın, 2017; Usta, 2020; Yerli, 2017; Tornatore ve Grant, 2004).

Ülkemizde yaşlıların çoğu, ailelerinin yanında yaşayarak destek ve bakım almayı tercih ederler. Ancak, bazen ailelerin bu desteği sağlamak için yeterli zamanı, enerjisi veya kaynakları olmayabilir. Bu durumda, yaşlıların bir bakım evine yerleştirilmesi gerekebilir (Kılıç ve Aydın, 2017; Usta, 2020). Yaşlı bakım kurumlarına yatış, yaşlılar için yeni bir ortamla yüz yüze olmak demektir. Bu durum uyum sağlama zorluğu yaratabilir (Öz ve Sivift, 2002; Altuğ vd., 2009; Erol vd., 2016; Maurya, 2019). Bu duruma ek olarak; yaşlılık dönemine özgü sağlık sorunları, yalnızlık, yaşlıların yaşamlarının son dönemlerinde yaşadıkları tüm değişiklikler yaşlı bireylerin var olan güçlüklerine, kuruma yatış gibi etkili bir değişimin de eklenmesiyle bakım kurumlarındaki uyumlarını bozabilmektedir (Akbaş vd., 2020; Çetinkaya vd., 2019). Yaşlılık dönemi, bireylerin fizyolojik, bedensel, zihinsel, sosyal kronolojik ve ekonomik açıdan birçok değişimin yaşandığı dönemdir. Bu değişim; yaşlı bireyin daha önce var olan potansiyel ve performansında kayıplarla görünmektedir. Bu nedenle yaşlılık başlı başına zaten gelişimsel olarak sorunları yoğun bir dönemdir (Gürhan, 1990; Kinsella ve Velkoff, 2001; Çelebi ve Yüksel, 2014; Yerli, 2017). Bu yaşam dönemine, yaşlı bakım kurumlarına uyum güçlüğünün eklenmesi de sorunları arttıran başka bir etken olarak görülmektedir (Kılıç ve Aydın, 2017; Sarı 2018; Usta, 2020).

Yaşlılara özgü karmaşık etkenler dikkate alındığında, yaşlılara yönelik hizmetlerin bilimsel araştırmaların bulgularıyla düzenlenmesi gerektiği sonucunu ortaya çıkarır (Yerli, 2017). Yaşlı bakım evlerindeki yaşlıların yüz yüze oldukları en yaygın uyum problemleri arasında; yeni bir ortama alışma zorluğu, kayıp hissi, bakım kalitesi, sosyal izolasyon, fiziksel rahatsızlıklar, bilişsel işlevlerde bozulmalar gibi faktörler yer alabilmektedir (Öz ve Sivift, 2002; Altuğ vd., 2009; Erol vd., 2016; Maurya, 2019).

Yaşlı bireylerin yeni bir ortama uyum sağlama becerilerinin yaşa bağlı nedenlerle yetersiz olması, yaşlı bakım kurumunun yeni ortamına uyum göstermekteki zorlanmaların en güçlü nedenidir (Tekeli, 2020). Yaşlı bakım kurumuna yatış yapan

bireyler, uzun yıllar aynı evde yaşamış olanlar, yeni bir ortama alışmakta daha fazla zorlanabilirler. Bu durum, yeni bakım kurumuna yatış zorunluluğunda bireylerin; stres, kaygı ve huzursuzluğun nedeni olabilir (Çetinkaya vd., 2019). Yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin, uyum sorunu yaşamaları beklenen bir evredir. Bu ise herkese özgü olan yeni bir ortama alışma sürecindeki yaşam güçlüğüdür. Bu durum yaşlı bireylerde; yaşam tarzının değiştirilmesinden, yaşlı bakım evlerinin ortak yaşam olmasından kaynaklı özgür hareket etmekle ilgili sınırlamalar, sosyal yaşamlarındaki çeşitliliğin aksine izole edilmeleri şeklinde görülmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam tarzının değişmesindeki en büyük etkenin kendi evlerinden bakım evlerine taşınmasıyla ilgili olmasıdır. Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan yaşlı bireyin, alışkanlığı olan günlük rutinleri, yemek saatleri, uyku saatleri, yürüyüş ve aktivitelerinin değişmesi, uyum sorunlarının güçlü kaynakları arasında verilir. Bunun yanı sıra, yaşlıların bakım evlerindeki düzenli yapıları, kuralları ve sınırlamaları da uyum sağlamalarını zorlaştırabilir. Yatışı yapılan yaşlı bireyin yeni bir ortama uyum sağlamasının uzun zaman almaması ve stres, kaygı ve huzursuzluk gibi etkenlerin de eklenmemesi için uyum becerilerini artıracak etkileşimlere gereksiniminin karşılanması gerekmektedir (Kılıç ve Aydın, 2017; Sarı, 2018; Usta, 2020).

Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere eşlik eden diğer bir sorun kaynağı ise yaşlı bireyin sahip olduklarını kaybetme hisleriyle ilgilidir. Ailelerinden ve alışkın oldukları ev ortamlarından uzaklaşma, var olan ilişkilerinden kopma hali kayıp hislerini derinleştirerek bireyin başa çıkmasını zorlaştırabilir. Yaşlı bireye ayrıca bu süreçte sahip olduklarına özlem duygusu da eşlik ederek uyum sürecini etkiler. Yaşlı bireyin eş ve yakın arkadaşlarını ölüm nedeniyle kaybetmesi ise diğer bir güçlü duygusal sarsıntının nedenidir (Akdemir, 2003). Yaşlılar yaşam döneminin sorunlarına eklenen yaşamsal güçlüklerle karmaşa yaşayabilirler. Bu etki bireyin; depresyon ve anksiyete gibi duygusal yaşantılara özgü psikolojik belirtiler sergilemesine neden olabilir. (Karadakovan, 2014; Danış, 2007; Çetinkaya vd., 2019).

Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireyin uyumunu etkileyen bir diğer faktör ise; bakım kalitesidir. Bakım kalitesi, yüksek olan kurumların yaşlı bireylerin uyumlarına olumlu katkılarının söz konusu olabileceği gibi aksine bakım kurumlarındaki bakım kalitesinin düşmesi ve ilgi yetersizliği gibi nedenler yaşlı bireylerin kaygı ve huzursuzluk gibi psikolojik belirtiler sergilemesinin nedenleri arasındadır (Çetinkaya vd., 2019; Tornatore ve Grant, 2004). Evinde kendi bakımını

fiziksel sınırlılıklar nedeniyle yeterli sürdürememe, kronik hastalıklar, duyuşal yitimler ve yakınlarına bağımlı olma ile ilgili baskı yaşıyan bireyler için yaşı bakım kurumlarının sunduğı yeterli bakım kalitesi, yaşı bireyler için tercih nedeni olabilmektedir (Akdemir, 2003; Tornatore ve Grant, 2004). Bakım kalitesinin belirleyicisi olarak ise personelinin niteliğı, küçümsenemeyecek değıerdir (Tornatore ve Grant, 2004; Yerli, 2017; Kılıç ve Aydın, 2017; Usta, 2020).

Yaşı bakım kurumuna yatış yapan bireyler kuruma değışik nedenlerle yatmaktadır. Bunlar arasındakilerden bazıları şöyledir; eşin ölümü, arkadalarda ölümler, emeklilik, evden ayrılma, sosyal yaşamına dair rollerindeki değışimler, duyuşal işlevlerdeki kayıplar, artık kronikleşmiş hastalıkları, fiziksel çevreye dair sınırlılıklar, sosyal olarak yaşıya sunulan destek sisteminin eskisi gibi sürdürülemeyecek olması, sosyal yaşamda ve kültürel şartlardaki değışimler, finansal sorunlar ve başkalarına bağımlı oluş gibi etkenler sayılabilir. Bu durum yaşı bireyin sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularının etkisi altında yaşı bakım kurumuna yatış yapılmış olduğı ayrıtısı gözden kaçırılmaması gereken önemlibir ayrıtıdır (Akbaş, vd., 2020).

Yaşı bakım kurumuna yatışı öncesinde yaşı bireyler, kendi aileleri ve sosyal çevrelerinde daha aktif sosyal yaşantıya sahip olabilirler. Bu bireyler yatış yapılmasıyla birlikte sosyal anlamda sahip olduklarından izole edilmiş ve bu şekilde hissediyor olabilir. Bu nedenle uyum süreçleri olumsuz yönde ilerleyebilir (Mullins ve McNicholas, 1987; Genç ve Dalkılıç, 2013). Yapılan araştırmalar, yaşı bireylerin sosyal ilişkileri; sınırlı, yetersiz ve duyuşal doyum sunmayan ilişkiler olduğunda yaşı bireylerin ölüm riskini arttırdığına ulaşılırken, güçlü, etkili, duyuşal doyum sunan, sosyal destek sunan sosyal ilişkilerin ise yaşı bireylerin yaşam sürelerinin daha fazla uzadığını göstermektedir (Akbaş, vd., 2020).

Yaşı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yeni kurumu, alıştıklarından farklı olarak, bireyi zorlayan sosyalleşmelerin içine sokar. Bu durum; bakım evine taşınma, kurumda sosyal çevre oluşturmak zorunlulukları bireyin yalnızlık, depresyon ve kaygı gibi psikolojik belirtiler sergilemesine neden olabilir (Çetinkaya, vd., 2019).

Yaşı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin uyumsuzluk kaynaklarından bir diğeri de tüm yaşlılara özgü olan fiziki yetersizlikler, hastalıklardır. Fiziksel yetersizlik ve eksiklikler, yaşlıların birçok aktiviteyi yapamama durumunu içerir. Yaşı bakım kurumlarındaki yaşı bireylerin, kronik rahatsızlıkları ve fiziksel yetersizlikleri onların

fiziki hareket olanlarını kendiliğinden daraltmaktadır (Kılıç ve Aydın, 2017; Sarı, 2018).

Her birey yaşlılık döneminde, sağlık sorunları yaşamaktadır. Yeni sağlık sorunlarına ise yatkındır. Yaşlı bireylerin zaten var olan sağlık sorunları ve yeni sağlık sorunlarına yatkınlığı yaşlıların yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşlı bireyler, bu yüzden hareketlerinde kısıtlılık yaşarlar. Hastalık kaynaklı kronik ağrılar çekerler. Sağlık sorunları nedeniyle kullandıkları ilaçların yan etkileri nedeniyle zorlanmaktadır. Bu faktörlerden dolayı yaşlı bireyler, uyum güçlükleri yanında yaşam kalitesinde düşüşler yaşamaktadırlar (Erdem vd., 2021).

Yaşlı bakım kurumuna yatışın eklenmesi yaşlı bireyin var olan ve alışkın olduğu özgürlük alanlarını kısıtlayan bir diğer etken olarak eklenir. Yaşlı bireylerin kısıtlanması ise; bireyin kaygı ve üzüntü gibi duygusal psikolojik belirtiler sergilemesine neden olabilir. Bu durumda yaşlı bireyin yaşadığı fiziki eksiklik ve yetersizlikler bireyin, uyum sürecini bozar ve bireyin özgüven duygularını yitirmesine neden olabilir. (Kılıç ve Aydın, 2017; Sarı 2018). Yaşlı bireylerin uyum güçlüklerinin kaynakları arasında, fiziksel yetersizliklerin yanında ruh sağlığına dayalı faktörler de yer alabilir. Bu yüzden, yaşlı bireylerin psikolojik belirtilerinin de dikkatle izlenerek uyum sorunları üzerindeki etkisi gözden kaçırılmamalıdır. Bu sorunlar arasında özellikle ilk sırada yer alan psikiyatrik bozukluklar; depresyon, kaygı bozuklukları, demansdır (Ağar, 2020). Ruh sağlığına dayalı bu sorunlar da yaşlı bireylerin bakım evlerinde uyum sürecini zorlaştırır. Yaşlı birey, ruhsal sorunlar nedeniyle başa çıkma becerilerini kaybedebilir. Yeni bir ortama katılan bireyin uyum sağlama becerilerinin geliştirilmesine gereksinim vardır. Yaşlı bireyler için gelişimin her alanında değişim yaşar. Bilişsel becerilerde değişim de diğer alanlarda olduğu gibi olağan bir durumdur (Victoroff, 2004; Boughey ve Graff-Radford, 2007).

Yaşlı bireylerin mental fonksiyonları üzerinde çalışmalar özellikle amnezi, demans gibi birkaç konuyla sınırlıydı. Ancak son yıllarda bu alana yeni araştırmalar eklenmiş olsa bile, yaşlı bireylerin bilişsel fonksiyonları üzerine yapılan araştırmalar yeterli ölçüde değildir (Giray vd., 2008). Yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek uyum süreçlerinin belirleyicileri arasında yer almaktadır. Sosyal destek; bireye sosyal çevresindeki insanlardan sunulan katkı olarak tanımlandığı görülmektedir. Kriz ve duygusal gerginlik durumlarında bireylerin, doğal yardımcısı aile üyeleri ve

arkadaşlarıdır. Bu iki faktöre dayanma ihtiyacını daha fazla duyarlar. Bu formal olmayan yardımcı katkılarının oluşturduğu destek ağı, bireyin uyum sürecine ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli belirleyicilerdendir (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997). Pearson (1990)'nın sosyal destek çalışmasında; sosyal desteğin anlamı, önemi, işlevi ve psikolojik katkılarının sunumu sırasında kullanımını ayrıntılı olarak incelemiştir (Yıldırım, 1997). Sosyal destek ve kişisel bakım eksikliği, bedensel sağlığın korunmasında ve sağlıklığın sürdürülmesinde kritik belirleyiciler arasında ele alınmaktadır. Bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşlı bireyler, toplumun diğer kesimlerinin yardımına gereksinimi olan ve fonksiyonlarını kayıplar yaşayan bireyler olarak görülmektedirler. Bu nedenle sosyal destek düzeylerinin artırılması, formal olmayan sosyal ağlar içinde bireyin bireysel kontrol duygusunu destekleyerek yaşlı bireylerin psikolojik sağlıklığını ve kofor düzeyini arttırmada olumlu etkilidir. Psikolojik açıdan bireyin kendini iyi hissetmesi, yaşlılık sürecinde ortaya çıkan kayıp içeren değişimlere rağmen uyum düzeyinin artması sosyal desteğin bir sonucu olarak görülebilir. Yaşlı bireyler sosyal değişimler nedeniyle; aileden ve toplumdan yeterli ekonomik, sosyal ve psikolojik destek alamamaktadırlar. Yaşlı bireylerin gereksinimlerini karşılayarak yaşamdan duydukları doyumun artırılması, ekonomik kaynakların miktarı, ulaşılabilirliği ve sosyal hizmetlerden yararlanma ile doğrudan bağlantılıdır (Gönen ve Özmete, 1999). Bu açıdan yaşlılara yöneltilecek her türlü sosyal desteğin onların yaşam doyumlarına nasıl etkisinin olduğunun incelenmesi gereklidir. Yaşam doyumunu, moral ve mutluluk subjektif iyi oluşun belirleyicileri arasında yer alan faktörlerdendir (Softa vd., 2016).

Yaşlıların uyum sorunları, yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilir. Yaşam kalitesindeki düşüşler ise yaşamsal tehlikelerin nedeni bile olabilir. Bu sorunlar, her yaşlı için geçerli olmayabilir ve yaşlıların uyum süreci bireysel farklılıklar gösterebilir. Ancak, bu sorunların farkında olmak ve uyum sürecinde yaşlılara yardımcı olmak için yaşlı bakım kurumundaki yaşlı bireylere dönük yakın ilişki içeren Psiko-eğitim uygulamaları önemlidir. Yaşlılar için sistemli yaklaşımların önemi bilinmesine karşın bu alanda psikolojik destek içeren uygulamaların yetersizliği görülmektedir. Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan, yaşlı bireylerin psikolojik destek içeren uygulamalı süreçlere dahil edilmeleri, bireye özgü kişiselleştirilmiş bir yaklaşım geliştirmeye katkı sunabilir. Kişiselleştirilmiş yaklaşım ise, bireye özel ilgi göstererek ortama adaptasyonuna katkı sağlayıcı olabilir (Carlson ve Snowden 2007; Giray vd., 2008).

Myers, (1995), Gladding, (2013), Kaygusuz ve Kalkan (2008), Göka ve Aydemir (2000) ve Çelebi ve Yüksel (2014) psikolojik kuramsal bağlam çerçevesinde yaşlı bireylere dönük geliştirilecek uygulamaların gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012), hazırladığı raporunda, yaşlılara dönük psikolojik destek içeren uygulamaların katkısının önemi özellikle vurgulamaktadır.

Yaşlıların sorunlarının çözümündeki psikolojik bağlam içeren uygulamaların etkisini öne çıkararak yaşlı bireylerin uyumlarını geliştiren grup uygulamalarının ve grup terapilerinin önemini vurgulamaktadır. (Satre vd., 2006; Siviş ve Demir, 2007; Kaygusuz ve Kalkan 2008; Onur, 2011).

Evden ayrılma ve yaşlı bakım kurumuna yatış bazı yaşlı bireylerde travma etkisi oluşturmaktadır. Psiko-eğitim sürecine dahil edilen bireylerin bu süreç esnasında psikolojik belirtilerinin incelenmesi bireysel psikolojik müdahalelerin erken tanı ile belirlenmesine de katkı sağlayabilir. Psiko-eğitim programı bu sürece katılan bireyin travmatik etkilerini uyum sağlama sürecine sunacağı katkıyla yavaşlatabilir, stres ve kaygı düzeylerinin azalmasında katkı sunabilir (Myers, 1995; Gladding, 2013; Kaygusuz ve Kalkan, 2008; Göka ve Aydemir, 2000; Çelebi ve Yüksel, 2014).

Yaşlı bireylerin uyum sağlama sürecini etkileyen etkenlerden biri diğeri de yalnızlıktır. Bu nedenle desteklerin artırılması, grup çalışmalarının yapılması, yaşlıların katılımcı olması yalnızlık üzerine olumlu bir müdahale olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerin yalnızlık süreçlerine de olumlu katkısı olduğu düşünülen yaşlı bakım kurumlarında yaşlı bireylerin uyum sağlamaları üzerine yapılacak her türlü çalışma değerli olarak görülmektedir (Yazıcıoğlu, 2010).

1.1. Tezin Amacı

Bu çalışmanın amacı, yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilecek Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP); yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan yaşlı bireylerin uyumunu arttırma ve psikolojik belirtiler üzerindeki etkinin incelenmesi olarak belirlenmiştir.

Bu tez kapsamında; kuruma yatış yapan yaşlı bireylerin psikolojik belirtileri açısından aşağıdaki maddeler ile sırasıyla,

- Sergiledikleri anksiyete belirtilerini ön ölçümlerle

- Sergiledikleri depresyon belirtilerini ön ölçümlerle
- Sergiledikleri çok boyutlu sosyal destek belirtilerini ölçümlerle
- Sergiledikleri mental becerilerine özgü belirtilerini ön ölçümlerle
- Sergiledikleri yaşam kalitelerini ön ölçümlerle

belirlendi.

Elde edilen bu veriler ile aşağıdaki maddeler gerçekleştirilecektir.

- Uyumuna katkı sağlayacak Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP) geliştirmek.
- Ön ölçüm bulgularına göre Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nı yeniden revize ederek uygulamaktır.
- Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nın fark oluşturabilme durumunu son ölçümlerler aracılığıyla da belirlemek.
- Literatüre hazır ve uygulanabilir program kazandırmaktır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Bu tez kapsamında, yaşlı bakım kurumlarında araştırmacının yaşadığı benzer güçlüğe müdahale etmek isteyen saha çalışanlarına YUBP uygulandı. Geliştirilen bu program, literatür ve saha açısından önemlidir.

Geliştirilen YUBP' nin, uygulanabilirliği ve katkısının ön test ve son testlerle belirlenmesi önemlidir.

Psiko-eğitim programları genel olarak bilişsel-davranışsal konularda bilgi ve becerilerin geliştirilmesinde kullanılmaktadır (Güçray vd., 2009). Psiko-eğitim programları duyuşsal ve varoluşsal konuları da içermektedir (McWhirter, 1995; Fristad, Gavazzi, Centolella ve Soldano, 1996; Pomeroy vd., 1997; Taylor-Brown vd., 1993). Ayrıca Psiko-eğitim programlarının önleme fonksiyonları da vardır. (Geroski ve Kraus, 2002; Smead, 1995). Bu çalışma, literatüre kazandıracakları bağlamında önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün verilerine göre yaşlılık dönemindeki bireylerde görülen psikiyatrik hastalıkların sıralaması belirlenmiştir. Yaşlılıkta duygu durum bozuklukları ilk sırada yer almaktadır. Bunlar; depresif bozukluklar ve iki uçlu duygu durum bozukluğudur. İkinci sırada yaşlılıkta anksiyete bozuklukları, üçüncü sırada ise somatoform bozukluklar yer almaktadır. Dördüncü sırada ise yaşlılıkta psikotik

bozukluklar yer almaktadır. Bunlar arasında ise geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozlar ve geç başlangıçlı hezeyanlı bozukluklardır. Yaşlıda akut konfüzyonel durum bozuklukları sıralamayı takip etmektedir. Deliryum, demanslar ve alzheimer hastalığı bunlar arasındadır (Kulaksızoğlu, 2009). Geliştirilen YUBP'nin yaşlı bireylerin ruh sağlığı açısından önemli sıralarda yer alan ruh sağlığı sorunlarına katkı sunuyor olması açısından önemli bir yere sahip olduğu düşünülebilir.

Kuruma yatış yapan yaşlılarda yoğun olarak yatışlarının yapılmasının ardından yeni ortama uyum sağlamada güçlük yaşadıkları, depresif belirtilerinde ve anksiyete belirtilerinde artış yaşandığı gözlenmektedir. Sıklıkla ayrılmayı reddetme eğilimiyle ortaya çıkan anksiyete belirtileri, mental performanslarını kullanmakta güçlük ve kurum öncesinde var olan sosyal destek kaynaklarının yerine yeni sosyal destek kaynaklarını yerleştirmede reddedici tutumlar sergilemektedirler. Bu bireylerde yaşam kalitesini arttıracak kurumsal olanaklardan yararlanmak ve bilgi edinmek için istek düzeylerinde yetersiz kaldıkları gözlemlenmektedir.

Literatür incelendiğinde, yaşlılara dönük yukarıda sıralanan sorunlara cevap olabilecek kapsama sahip içerikler hemen hemen yok denecek kadar azdır. Bu sorunu ortadan kaldıracak; hızlı, kolay ulaşılabilir, uygulanabilir hazır programlara ihtiyaç vardır. Yaşlı bakım kurumlarında bu sorunları gündeme getiren pek çok çalışanın benzer arayışlar içerisinde olduğu ve çözüm üretmekte güçlük yaşadıkları bilinmektedir. Bu bağlamda bu tez çalışması bahsi geçen sorunlara çözüm üretmek açısından önemli bir çalışma olacağı öngörülmektedir.

1.3. Araştırmanın Problem Cümlesi

Araştırmanın temel problem cümlesi “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)’ na katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesinin incelenmesi” olarak ifade edilebilir.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın H_0 ve H_1 hipotezi şöyle ifade edilebilir;

H₀ :“Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ye katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşmayacaktır.”

H₁ :“Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ye katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

1.5. Alt Hipotezler

H_{alt1} :“Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; kuruma yeni yatış yapan grubundaki deneklerin SMMDT puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

H_{alt2} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; kuruma yeni yatış yapan grubundaki deneklerin BAÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

H_{alt3} :“Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; kuruma yeni yatış yapan grubundaki deneklerin BDÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

H_{alt4} :“Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; kuruma yeni yatış yapan grubundaki deneklerin MSPSS puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

H_{alt5} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; kuruma yeni yatış yapan grubundaki deneklerin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

1.6. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmada yer alan katılımcılar, araştırmada kullanılan ölçme araçlarını içtenlikle yanıtladıkları öngörülmektedir. YUBP psikolojik belirtiler anlamlı düzeyde fark oluşturabilecek etkililiğe sahip olduğu varsayılmıştır.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya; yaşlı bakım kurumuna yeni yatışı yapılan ve eskiden yatmakta olan bireyler dahil edilmiştir. Bu yüzden, bu araştırma evreniyle sınırlıdır. Araştırmanın

evreni; İstanbul ilinin, Ataşehir semtinde, İBB Darülaceze şube müdürlüğünde uygulanacak yaşlı bireylerle sınırlıdır.

Psiko-eğitim uygulamaları sırasında katılımcıların farklı eğitim düzeyleri, entellektüel farklılıklar, yaşlanma kaynaklı somatik hastalıklarının olması amaçlara ulaşma bakımından bazı sınırlılıkların olabileceği öngörülebilir.

Psiko-eğitim programının etkisi; ölçme araçlarıyla elde edilen verilerle sınırlıdır. Psiko-eğitim programı; 5 hafta 10 oturumdan oluşan bir programla sınırlıdır.

1.8. Tanımlar

YUBP: Yaşlıların uyum becerilerini geliştiren araştırmacı tarafından hazırlanan psiko-eğitim programıdır.

2. KOGNİTİF, PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE YAŞAM KALİTESİ

Bu bölümde araştırmanın değişkenlerine ait kavramların literatür taramalarından elde edilen bilgiler yer almaktadır.

2.1. Yaşlılıkta Kognitif Belirtiler

Kognitif işlevler, bireyin süreç içinde bazı fonksiyonlarla gerçekleştirdiği mental becerileri kapsar. Bilişsel işlevler arasında; dikkat, bilgi, muhakeme ve değerlendirme, yürütücü işlevler, hafıza, dil ve görsel uzamsal algı gibi birçok süreçten söz edilebilir (Sachdev vd., 2014). Yaşlı bireylerin kognitif işlevlerine ilişkin en etkili sonuçlar mental ölçümlerle elde edilebilir. (Tamam, 2001; Özmenler, 2001).

Kognitif becerilerden biri olan dikkat; çevresel uyaranlar arasından birini seçme, ona odaklanma ve yoğunlaşma durumu olarak tanımlanabilir. Ancak dikkatin sürdürülebilmesinin de önemli beceri olduğu unutulmamalıdır. Bu yüzden, bu yoğunlaşmayı devam ettirebilmek de dikkat becerisi olarak ele alınmalıdır (Harada vd., 2013). Yaşlı bireyler için de dikkatin dağılması, öğrenme engelleyicileri arasındadır (Besdine ve Wu, 2008). Öğrenmenin sürdürülebilmesi ve dikkatin artırılması için çeşitli modeller önerilmektedir. Bu modellerin bileşenleri selektif ve bölünmüş dikkat üzerinde daha fazla yoğunlaştıkları görülmektedir. Selektif dikkatin gerçekleştirilebilmesi için bilgiye odaklanmak önemlidir. Ayrıca odaklanmak kadar etraftan gelen uyaranları yok saymak da önem taşımaktadır. Bölünmüş dikkat ise aynı anda birden fazla işle ilgilenip aktivitelere yeterince odaklanma becerisidir (Harada vd., 2013).

Kognitif becerilerden bir diğeri ise yürütücü işlevlerdir. Yürütücü işlevler; bireyin planlama, karar verme, problem çözme, bilişsel esneklik gibi bilişsel süreçlerini içeren bilişsel becerileriyle ilgilidir. Birey hedefine yönelik plana göre düşünce ve hareketlerin koordinasyonunu gerçekleştirir. Hedefe uyumlu olarak yönelmiş bağımsız davranışlar için yürütücü işlevsellik gereklidir (Harada vd., 2013).

Yaşlılık döneminde yürütücü işlevlerde bozulmalar söz konusu olduğunda soyut düşünme, plan yapma, akıl yürütme, esnek düşünme kayıpları yaşanabilir. Bunlara bağlı olarak birey daha önceden yönetebildiği gündelik yaşamının doğal sorunlarına çözüm üretemeyen bir hal alır (Gurvitt, 2011).

Bellek de kognitif beceriler arasında önemli bir yere sahiptir. Bellek öğrenilen bilgilerin kaydedilmesi ve depolanmasından sorumlu bir sistemdir. Yaşlı bireylerin yaşlanma ile etkilenen alanları arasında en sık rastlanılan alan bellektir. Özellikle soyut düşünme becerilerinde azalma görülmektedir (Keskin vd., 2016). Bellek süreçleri, süreç olarak uzun ve kısa süreli bellek şeklinde iki şekilde gerçekleştirilir. Yaşlı bireylerde belleğin kullanımında; kısa ve uzun süreli bellek etkileşimi eş zamanlı gerçekleştirilmesiyle ilgili güçlükler yaşanmaktadır. Yaşlı bireylerdeki en belirgin gerilemenin uzun süreli bellekte olduğu görülmektedir (Yerli, 2017). Yaşlı bireylerin yaşlanma etkileriyle, epizodik belleklerinde de azalmalar olmaktadır. Anlamsal bellekleri ise yaşlanmanın erken dönemlerinde anlamsal bellekleri artış gözlemlenmektedir. Yaşlanmanın ilerleyen dönemlerinde ise anlamsal belleklerinde azalma görülmektedir (Akdeniz vd., 2019).

Kognitif beceriler arasında dil de yer almaktadır. Dil, bilişin temel yapı taşlarından biridir. Dil, bilişsel fonksiyonlar arasında yaşlanmanın etkilerine rağmen düşüşünün çoğunlukla dirençli görünen bir yönüdür. Bununla birlikte, bir dili konuşmak, okumak ve anlamak, dikkat, anlamsal bellek, çalışma belleği ve bellek bağlama gibi daha önce gözden geçirilmiş bazı bilişsel süreçleri içeren karmaşık süreçlerdir. Kelimelerin anlamının geri kazanılması ve diğer semantik süreçlerin yaşlanmayla çok az değişiklik göstermesine rağmen, yaşlı yetişkinler kelime hatırlamanın fonolojik yönlerinde bir düşüş gösterirler (Mather, 2010).

Kognitif beceriler arasında görsel-uzamsal işlevler de önemli bir yere sahiptir. görsel-uzamsal işlevler; nesnelerin uzaydaki boyut, konum, durum ile ilgili algılanışı, aynı nesnelerin hatırlama ve yeniden algılanmasıyla ilgili bilişsel işlevlerdir. Bu durum, duyu farkındalığıyla ilişkilidir. Çevreden duyulara ulaşan uyaranların analizi sırasında oluşan nöral bağlantılarla ilgili oluşumlardır (Harada vd., 2013).

Kas ve kavrama gücü de bilişsel işlevlere ilişkin ipuçlarını sunmaktadır. Kas gücünün doğrudan bir ölçütleri arasında kavrama kuvveti yer almaktadır. Kavrama kuvvetinin arttırılmasına yönelik eğitimler, yatak başında veya poliklinikte uygulanabilen, ucuz, objektif ve tekrarlanabilir bir tekniktir (De vd., 2022). Bu bulgulara ek olarak; ayrıca bilişsel bozulma veya gerileme ile ilişkili olduğu bildirilen fiziksel kırılmanın temel belirleyicilerini temsil etmektedir. Düşük el kavrama gücü, 10 yıllık bilişsel gerilemeyi tahmin edebildiği belirlenmiştir (Chou vd., 2019).

Epidemiyolojik bulgular ise zayıf kavrama kuvvetinin sakatlık, hastalık ve ölüme yakınlaşmayla ilişkili olduğunu göstermektedir (Dodds vd., 2014).

Yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan yaşlanmayla ilgili önemli kognitif bozukluklardan biri olan demans (bunama) grubu hastalıklardır. Dünyada demans tanısı 15 milyon civarındadır. Türkiye’de 250-500.000 tahmini demans hastası vardır. Demans öncesi bir klinik tablo olan Hafif Kognitif Bozukluk (HKB) şeklinde seyretmektedir. HKB şeklinde seyreden belirtiler için ülkemizdeki tahmini rakam 500.000- 1.000.000’dir. Ancak kesin olmamakla birlikte 300-400 bin Alzheimer ve demans hastası olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’deki demans ve Alzheimer sıklığının Avrupadaki ülkelerdeki oranlara benzer oranlar olduğu kolayca görülmektedir (Terry vd., 2001).

Yaşlı bireylerin bilişsel işlevlerine ilişkin belirtilerine ilişkin en etkili sonuçlar, mental ölçümlerle elde edilebilir. Standardize Mini Mental Test (SMMT) ise bu etkili ölçüm araçlarından birisidir. Yaşlı bireylerin demans açısından ayırıcı tanısında da işlevseldir. Bu test, depresyon tedavisi sırasında veya sonrasında, bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde de etkili sonuçlar vermektedir (Tamam ve Öner, 2001; Özmenler, 2001).

2.2. Psikolojik Belirtiler

Bu kısımda araştırmanın psikolojik belirtilerine ait değişkenlerden depresyon, anksiyete ve algılanan çok boyutlu sosyal destek kavramlarına ait literatür taraması yer almaktadır.

2.2.1. Yaşlılık ve depresyon

Depresyon, ruhsal bozukluklar arasında en yaygın görülenler arasındadır (Nas Acar, 2010). Depresyon; yeti ve işlevsellikte bozulmayla bireyin kayıplar yaşamasına neden olan belirgin duygu durum bozukluğudur (Pınar ve Tel, 2012). Sözcük olarak depresyon; çökkünlük, kederli hisler, melankolik duygu halidir. Sözcüğün kökleri ise Latince’dir. Latince kökü “depressus” kelimesine dayanmaktadır. Çökkünlük, bitkinlik anlamlarına gelen duygularla tanımlanmaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2016; Üzel ve İnci, 2020).

Depresyon; çökkün duygu durumu, hayattan zevk alamama ve ilgisizlik hali, dikkat ve yoğunlaşmada azalma, düşünce hızında yavaşlama gibi belirtilerin yanında,

iştah, uyku ve cinsel yaşamı etkileyen ruhsal bir bozukluktur (Durmuş, 2020; Anber vd., 2021). Depresyon, yoğun üzüntü duygusuyla belirlir. Bazen bu duygu durma hen üzüntü hem de bunaltının birlikte eşlik ettiğı durum söz konusu olabilir. Ek olarak tüm işlevlerde yavaşlama özellikle düşüncede, konuşmada, fiziksel aktivitelerde belirlir. Değersizlik duygusu, kendini küçümseme, gücünü yitirmişlik hisleri, belirgin biçimde bir şeyi yapma konusunda isteksizlikler, karamsar düşüncelere kendini kaptırmışlık diğer belirgin belirtilerdir. Bireyin günlük yaşamına ise çökkün bir beden görünümüne üzüntülü, melankolik duygu durum hakimdir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5. edisyona göre Depresif Bozukluk tanısının konulabilmesi için belirtilerde aşağıdaki kriterlerin karşılanmış olması gerekmektedir (APA, 2013).

Psikolojik bozuklukların salt yaşlanmayla ilişkilendirilerek neden olarak yaşlanmanın görülebilmesi kabul edilemez. Buna karşılık bazı psikolojik bozuklukların fonksiyon kayıplarının olduğu yaşlılık döneminde görülebilmesi mümkündür (Şimsek, 2007).

Yapılan çalışmalar depresyonun 20’li yaşların sonunda ya da 30’lu yaşlarda başladığını göstermektedir (Sadock vd., 2007; McIntosh vd., 2010). Depresyona yakalanma açısından yaşa göre bir değerlendirme yapılacak olsa, depresyon için yüksek risk grubunda 18-44 yaş aralığındaki bireylerin olduğu görülmektedir (Üzel ve İnci, 2020).

Depresyon etiyolojisinde yer alan bu faktörler ayrı ayrı ele alınabilir. Nöro-biyolojik etkenleri ele alarak başlayabiliriz. Nöronların iletilerinde görev alan nöro transmitterlerin normal dışı aktiviteleri, depresyonun nedenleri arasında görülebilir. Bazı özel nöro transmitterlerin duygu durum değişikliklerinde etkin rollere sahip olduğu kanısı söz konusudur. Bu nöro transmitterler, serotonin ve norepinefrindir (noradrenalin). Ayrıca dopaminin de depresyon üzerinde etkisi olduğunu vurgulayan görüşler yer almaktadır. Bazı araştırmalar; dopamin etkinliğinin depresyon duygu durumunun söz konusu olduğu durumlarda azladığını, manide ise arttığını vurgulamaktadırlar. Duygu durum bozukluklarının etiyolojisinde tek tek nöro transmitterlerin yer alması görüşünün yanı sıra, günümüzde en çok kabul gören teori biyojenik aminlerin kombine bir düzensizliğinin sebep olduğu yönündedir. Monoamin hipotezine göre; merkezi sinir sistemindeki sinapslarda norepinefrin (NE) ve serotonin

(5-HT) eksikliği sonucu depresif bozukluk ortaya çıkar (Yüksel, 2014). Yaşlanmayla birlikte bireyin beyin yapısında bazı değişiklikler olmaktadır. Serebral kan akımında azalma, myelin kılıfın azalıp kalınlaşması, glial hücre sayısında artış, nörolojik bağlamda nöron ve sinaps sayısında azalma gibi bellek, dikkat, algı gibi bireyin bilişsel fonksiyonlarında azalmaya neden olan fizyolojik düzeyde bazı değişiklikler meydana gelmektedir (Ropper vd., 2014). Depresyonu olan yaşlı bireylerin manyetik rezonans görüntülemelerinde patolojik görünümlere daha fazla rastlandığı belirtilmektedir. Frontal lob da beyaz maddede ve bazal gangliyonlarda aşırı yoğunlaşmalara rastlanmıştır. Bu bulgulardaki artış bireyin yaşlılık dönemindeki depresyonunun etiyolojisinde ilişkili olduğu saptanmıştır (Jorm vd., 2005). Yaşlılık döneminde nörofizyolojik bozulma bireyin bilişsel fonksiyonları arasında yer alan yürütücü işlevlerde bozulmaya yol açtığı belirlenmiştir. Bu bağlamdaki tespit yeni bir sendromun tanımlanmasına katkı sağlamıştır. Bu sendroma “depresyona dayalı yürütücü işlev bozukluğu sendromu” adı verilir. Bu sendroma maruz kalan yaşlı bireylerde; psikomotor yavaşlama, ilgi ve istek kaybı, artan şüpheli düşünceler, rutin ve basit yaşam aktivitelerinde bile bazı bozulmalar, antidepresan kullanımında dahi yavaş, yetersiz ve düzensiz tepkimeler görülmektedir (Alexopoulos vd., 2008). Yaşlılık döneminde inme yaşayan yaşlı bireylerin depresyon belirtileri arasında da ilişki görülmektedir. Çünkü inme ile nörolojik düzeyde bir ya da daha fazla lezyonun prefrontal kortekse bağlı sistemleri, yolları kesmesi depresyonun temel oluşumuna kaynaklı edecek bir yapıdır (Jorm vd., 2005). Ayrıca lezyonların frontal loba yakınlığıyla depresyonun şiddeti arasında yakın ilişkiyi gösteren araştırma bulguları da söz konusudur (Reinman ve Alexander, 2005). Yaşlılık döneminde ayrıca bireyin beyin ağırlığı, hacminde azalma belirlenmektedir. Bu azalma frontal lob ile ilgilidir. Bu bölge aynı zamanda depresyonla ilişkisi olan bir bölge olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Yaşlılık dönemindeki sağlık kontrollerinde depresyonlu bireylerin beyin frontal lobdaki ağırlığı ve hacminde azalmaların daha fazla olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (Zhang ve Kumar, 2012). Yaşlanmayla birlikte oluşan diğer farklılaşma ise nörotransmitterin beyindeki konsantrasyonu ile ilgilidir. Yaşlılık döneminde serotonin, noradrenalin, dopamin ve gama-amino bütirik asidin beyin konsantrasyonunda azalma görülmektedir. Bu nörotransmitterin beyindeki konsantrasyonunda azalma depresyon etiyolojisinde nedenlere ilişkin patolojik bulgular sunmaktadır. Yaşlılık dönemiyle birlikte oluşan bu azalma depresyona yatkınlığın nedeni olarak ifade edilmektedir (Demiröz, 2011). Yaşlılık dönemine özgü diğer kayıplardan biri de duylara ilişkin

işlevlerdeki kayıplardır. Yaşlanmayla bireyin görme, işitme gibi alanlarda duyuşal işlev kayıpları söz konusudur. Bu durum anlama ve tepki verme hızını olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılıkta bu alanlardaki artış işlevde yetersizliğe dayalı olarak bireyin depresyonunu etkilerken yaşanan bu sıkıntılardaki sayıca artış anksiyetenin kökleşmesine neden olarak tetikleyerek bazı kaçınmalara neden olmaktadır (İlbay vd., 2016).

Depresyon etiolojisinde yer alan bu faktörler bir diğeri ise genetik etkenlerdir. Bu amaçla yapılan genetik araştırmalar önemli yer tutmaktadır. Yaşlı bireylerin depresyonlarında genetik etkenlerin rolünün incelendiğı araştırmalarda, gençlerde görülen depresyonlardaki genetik etkenler kıyaslandığında yaşlı bireylerin depresyonlarında genetik etkenlerin rolünün daha az olduğunu belirlenmiştir (Duman vd., 2016; Sekhon vd., 2019). Genetik yatkınlıklar, depresyonun risk faktörleri arasında yer almaktadır (Üzel, 2020).

Depresyon etiolojisinde yer alan faktörlerden bir diğeri ise psikolojik etkenlerdir. Yaşlanmayla birlikte bireyin yaşama bağlanma gücünü oluşturan temel biyolojik ve sosyal güdülerde sayıca azalma yanında güdülerin gücü açısından da azalmalar söz konusudur. Bu azalma duygulanımda düşüşün, neşenin azalmasının, istek ve ilginin azalmasının nedeni olmaktadır. Yaşamdaki bu boşluğu ise yoğun çökkünlük duyguları doldurmaktadır (Çalışkan, 2014). Algı, dikkat, yaratıcılık, düşünme gibi bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın görülmesi de yaşlılık dönemine özgü doğal sonuçlar arasındadır. Bu kayıplar bireyin duygulanımında bazı bozulmaların nedeni olarak depresyon etiolojisinin kaynağında belirleyici olmaktadır (Torpil vd., 2016). Yaşlılık döneminde birey üretkenlik yeteneğini ya kaybetmekte ya yetilerini yitirmekte ya da yetilerini sergileyebileceğı yaşam alanlarında uzaklaşmış olabilmektedir. Bireyin yetilerini sergileyemez hali ve üretmez oluşu onu derin bir varoluşsal krize itmektedir. Birey iş yaramadığı duygusuna kendini kaptırarak depresyona duyuşal olarak yatkın hale gelmektedir (Göktaş, 2023). Depresyonun etiolojisinde psikolojik yatkınlığa neden olabilecek bir diğeri etken ise yaşlı bireylerin yalnızlık duygularına kapılmasıyla ilişkilidir. Yaşlı birey kendini çevreden soyutlamaktadır. Bu soyutlamanın kaynakları arasında ise işlevlerini kaybetmesi, her geçen gün daha fazla alingan ve kırılğan hale gelmesi, artan kuşkuculuğu sosyal kaçınmalarını arttırarak depresyon ve anksiyetesine kaynaklık etmektedir (İlğar ve İlğar, 2007; Göktaş ve Özkan, 2006).

Yaşlılık dönemindeki bireylerde ölüm anksiyetesi yaşlı bireyler için ayrıca depresyon yaşamalarının nedeni olabilir. Yaşam için oluşturulan hedeflere ulaşmamak, benlik doyumunu sağlayamamış olmak yaşlı bireyin depresyonunun temellerini oluşturabilir (Rakıcıoğlu ve Atilla, 2009; Demirel, 2017).

Duygu durum bozukluğu depresyona, genellikle anksiyete ile eşlik ettiği bilinmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Yaşlılık döneminde; en yoğun duygu durum düzeninde bozulma, depresyon tablosunda görülmektedir. Bu sıklık pek çok çalışmada tespit edilmektedir (Adamek ve Slater, 2008; Rinfrette, 2009; Bernabei vd., 2011; Saddichha vd., 2014).

Yaşlılık dönemindeki yaşlı bireylerde Anksiyete ve ajitasyonun eşlik ettiği depresif tablolara da rastlamak sıkça mümkündür. Bu durumda yaşlı birey; aşırı huzursuz olur, yerinde duramaz, sürekli ellerini ovuşturmakla meşguliyeti, elinde sürekli bir nesneyle uğraşı ajite depresyonu düşündürmelidir. Bazı bedensel belirtiler ise abartılı olarak bedensel hastalık olarak kolayca algılanır. Yaşlı birey bu duruma kendini hızlıca kaptırır. Bu tutumu ise anksiyetenin belirtileriyle ilişkili olabilir (Özmenler, 2001). Yaşlı birey; sık sık geçmişe döner. Geçmişinde başarısızlıklarıyla ilgili kendini suçlamaya yönelebilir. Bu durum, değersizlik duygularını artırır. Umutsuzluk duygularını körükler. Şu andaki durumuna ve geleceğine yönelik umutsuzluk hakim olur (Ayyıldız, 2024).

Yaşlı hastaların depresyon semptomları farklılaşabilir. Yaşlılık dönemindeki bireylerdeki kadınlarda, depresyonun duygu durumu bozuklukları şekli daha fazla gözlemlenirken erkeklerde ise yönelme bozukluğu şekli daha fazla gözlemlenmektedir (Rosenberg vd., 2010). Hastanede yatış yapan hastaların verileri üzerindeki yapılan incelemede ise yaşlı bireylerde psikotik depresyon sıklığı % 30-45 aralığında belirlenmiştir. Bu psikotik belirtiler arasında hezeyanlar ön plana çıkmasına rağmen halüsinasyonların ise daha az görüntülediği belirlenmiştir. Hastaların sergilediği hezeyan belirtileri arasında; suçluluk, bedensel ve nihilistik hezeyanlar, hipokondriyak yakınmalar, nadiren kötülük görme ve kıskançlık hezeyanları da bu belirtilere eklenebilir. Bu hastalarda halüsinasyonlardan işitsel halüsinasyon belirtileri bulunabilir. Psikotik depresyonlar, hezeyanlar, daha sistematizedir. Yaşlı bireyin duygu durumuyla daha uyumludur. Bu iki özellik demanstaki hezeyanlardan ayrılmasına katkı sağlar (Alexopoulos, 2005).

Depresyon etiyolojisinde yer alan faktörlere sosyal etkenler de eklenebilir. Yaşlanan birey bu dönemde daha önceden elinde bulundurduğu; sosyal güç, saygınlık, ekonomik güç, sosyal işlevsellik, etken sosyal roller, yoğun ve hareketli sosyal yaşamını yitirmektedir. Üreten, yardım eden, bağımsız, yoğun sosyal hayat, tersine dönerek başkalarına bağımlı ve bakıma muhtaç, tüketen, kısıtlı sosyal ilişki ağına ek olarak kayıplara her biri eklenmektedir. Bu durumların etkisi emeklilikle birlikte zirveye ulaşmıştır. Birey sosyal pek çok alanda daha edilgen bir pozisyonda yer almaktadır. Bütün bu etkenler bireyin duygulanımını olumsuz tetikleyen faktörler olarak işe karışarak depresyona yatkın hale getirmektedir (Çalışır, 2009).

Geleneksel sosyal bağların güçlü olduğu toplumlarda yaşlı bireylerin saygınlığı korunmaktadır. Bakımları ve gereksinimleri sosyal değerler bağlamında ele alınmaktadır. Aile bağları güçlü ve yakınsa depresyonu önleyicidir. Bu faktörlere sahip toplumsal ağlarda depresyonun etiyolojik kaynakları bertaraf edilmekle kalmayıp sıklığında azalmalara rastlanmaktadır (Karataş, 2011).

Bireylerin düşük eğitim seviyesine sahip olması risk faktörlerden biri olarak görülmektedir. Bireylerin olumsuz çevre koşullarına sahip oluşu da diğer risk etmeni olarak görülebilir. Bireylerin bireyselleşmesiyle ortaya çıkan sosyal ilişkilerinin azalması da depresyona yaklanma risk etmeni olarak görülebilir. Bireyler sosyal ve ekonomik nedenlerle göç, fiziksel, akut ve kronik hastalıklar sayılmaktadır. Ayrıca 18-44 yaş aralığındaki bireylerin depresyon için yüksek risk grubu olduğu belirtilmiştir. Bireylerin olumsuz çevre koşullarına sahip oluşu da diğer risk etmeni olarak görülebilir (Üzel, 2020).

Depresyona yakalanma risk etmenlerinden biri de cinsiyetle ilgilidir. Cinsiyet açısından bireyin kadın cinsiyetinden olması depresyona yakalanma riskine sahip olması anlamına gelmektedir (Üzel, 2020). Kadınlarda depresyon görülme yaygınlığı erkeklere oranla daha fazladır. Yaşam boyu depresyon görülme oranı erkeklerde % 8-10, kadınlarda ise %17-25 ile yaklaşık iki katı olarak belirtilmektedir (González vd., 2010; Salk vd., 2017).

Depresyon hastalarında, hastalığın başlangıç yaşı düştükçe işlevsellikte bozulma artmaktadır. Ayrıca depresif duygudurumun dönemsel olarak uzun oluşu ve depresyonun diğer birçok bulgusunda artış görülmektedir. Başlangıç yaşının düşüşü ek olarak; yaşam kalitesi daha fazla düşmesine, beraberinde diğer fiziksel ve psikolojik

bozuklukların görülme sıklığının artmasına ve özyıkım girişimi riskinin yükselmesiyle bağlantılıdır (Anber vd., 2021).

Depresyonun etyolojisini belirlemek için yapılan araştırmalarda depresyonun temelinde birçok faktörün rol oynadığı tespit edilmiştir. Günümüzde biyo-psiko-sosyal bir hastalık olarak tanımlanan depresyonda genetik yapı ve çevreyle olumsuz etkileşim önemlidir (Aydın, 2018). Yaşlılık çağında depresyon etiyolojisi ele alındığında hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı olası risk faktörleri arasında pek çok ayrımı önemli olduğuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Yaşlılık döneminde depresyonu tetikleyen pek çok faktör yer almaktadır. Bunlar ailede daha önce görülmüş depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü, depresif kişilik öyküsünün yer alması, kadın olmak, yalnız yaşamak, bekar olmak, düşük eğitim seviyesine sahip olmak, düşük sosyo ekonomik seviyede olmak, emekli olmak, işsizlik, eş, çocuk, yakınlarından birini kaybetmek, terk edilme ve boşanma gibi olumsuz yaşam olayları, bakım evinde veya hastanede kalma gibi yaşam şeklindeki belirgin değişiklikler, yetersiz sosyal destek, yoksunluklar, uyku bozuklukları, yeti yitimi, bedensel ve kronik hastalıkların var olması gibi etkenler olarak sıralanabilir (Zincir vd., 2008). Yaşlı bireylerde depresyona neden olabilecek faktörleri ele alınmak istendiğinde yine benzer bir listeyle karşılaşmak mümkündür. Bunlar ise kadın olmak, erkekler için bekarlık, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olmak, barınma ve beslenme şartlarının yetersizliği, ileri yaş nedeniyle yaşanan kısıtlılık ve zorluklar, tedavi ve ilaç konusunda yetersizlik, yeti yitimi ve kronik hastalık sahibi olmak, kronik ağrılı hastalıklar, olumsuz yaşam olayları, sosyal destek sistemlerinde eksiklik, bilişsel bozukluğun varlığı, biyolojik yatkınlık yaratan hastalıklar olarak yer almaktadır (Altuğ vd., 2009). Benzer şekilde yaşlı bireylerde depresyona neden olabilecek diğer faktörler ise yaşlı bireyin daha önce depresyon atağı geçirmesine rağmen bu hastalığı kabul etmemesi, tedavi olmayı reddetmesi ya da tedaviyi yarım bırakması, emekli oluşla birlikte gelişen ise yaramama hissi, eş kaybı, başkalarına bağımlı kalmanın yarttığı rahatsızlık hissi, diyabet, böbrek, kalp yetmezliği vb. kronik somatik hastalıklar, metastaz ağrıları ve somatik tedavisi bir türlü başarısız olan ağrılar, psikolojik kökenli bas ağrıları, yaşlı bireyin daha den alkol ve sigara kullanımı, yaşlı bireyin bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili bağımlılık geçmişi, yaşlı bireyin çevresindeki insanlarla daha önceden de zaten var olan iletişim yetersizliği, hoşgörüsüz, alıngan, takıntılı, katı vb. kişilik yapısıyla ilintili davranışsal sorunlar, ekonomik ve maddi sorunlardır (Yıldırım ve Kaptanoğlu, 2011).

Yukarıda bahsedilenlere ek olarak yaşlılarda yaşanan depresyonun etiyolojisinde bireyin yaşamdan beklediği istek ve arzuların, hedeflerin gerçekleşmemesinin yaşattığı hayal kırıklığının depresyon riskini arttırdığını vurgulanmaktadır (Lapid vd., 2010; Çelik ve Hocaoglu, 2016). Ayrıca yaşlılık döneminde yaşlıların kronik hastalıkları ve bu hastalık için kullandıkları ilaçların depresyonu tetiklediğini gösteren araştırma bulguları da belirlenmiştir. Depresif yaşlı hastaların depresif olmayanlarla yapılan kıyaslamalarda; depresif yaşlı hastaların daha fazla bedensel hastalıkları olduğu belirlenmiştir (Bekircan ve Okanlı, 2023; Hacıhasanoğlu vd., 2010).

Yaşlılık dönemi depresyonunun etiyolojisinde, normal yaşlanma sürecinin bir ürünü gibi ele almak hatalı çıkarım yapışın nedeni olabilir. Ancak yaşlılık döneminin kendiliğinden sonuçları arasındaki bazı faktörler tıbbi sağlık sorunlarındaki artma, yoğun biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanmak zorunda kalmak, kendi kendine yetebilmekle ilgili eksiklikler, işlevsel bazı bozukluklar, hastanede yada yaşlı bakım kurumlarında yatılı olarak kalmak ve bu sürelerdeki uzamaya eklenen sosyo-ekonomik güç ile ilgili yetersizlikler, yakınlarından sağladığı sosyal destek araçlarındaki yetersizlikler, her geçen gün iletişim düzeyindeki yetersizlikler, yakınları ve akrabalarındaki kayıplara her gün birisinin ekleniyor olması gibi faktörler de sıralanabilir (Zivin vd., 2010).

Ruhsal rahatsızlıkların toplumdaki sıklığı; 18 yaşından büyük yetişkin nüfusta depresyon için bir aylık prevelansı % 2.2 iken yaşam boyu prevelans % 5.8 olarak bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalara topluca bakıldığında majör depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda ortalama % 10-25 bulunurken, erkeklerde ortalama % 5-12 olarak bulunmuştur (Türkçapar, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre ise depresyon yaşanma sıklığı ortalama % 10.4 olarak bulunmuştur. Depresyon en çok 35-45 yaş aralığında kadınlarda, erkeklerde ise 55 yaş sonrasında görülmektedir. Depresyon, görülme oranı kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazladır. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalara bakıldığında bu oranda cinsiyet farklılığının giderek azaldığı görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018a).

Yaşlıların hekime başvuru oranında da depresyon açısından ilginç bulgular söz konusudur. Depresif duygu durum yaşayan yaşlı bireylerin depresif duygu durum yaşamayan yaşlılara bireylere göre sağlık hizmetlerine başvuru oranı 2-3 kat daha fazladır (Wada vd., 2005; Kaya, 2007). Sosyo kültürel yapıdaki hızlı ve kapsayıcı

değişimlerin etkisiyle yaşlı bireylerin depresyon belirtilerini sergileme sıklığı oranında her geçen gün artış olduğu görülmektedir (Ryu vd., 2023). Yaşlılık döneminde bireylerin depresyon sıklığı dünya genelindeki oranlarda % 12 düzeyindeyken ülkemizde depresyon sıklığı oranları % 10 oranında olduğu görülmektedir. Dünya genelindeki yaşlı bakım kurumlarında kalan yaşlı bireylerin depresyon sıklığı % 68 oranındayken ülkemizdeki yaşlı bakım kurumlarında kalan yaşlı bireylerin depresyon sıklığı % 80 oranında olduğu belirlenmiştir (Eliopoulos, 2013).

Bireylerin yaşlılık çağlarındaki depresyonu ile ilgili dünya genelindeki yapılan epidemiyolojik çalışmalardaki bulgular, yaşlı bireylerdeki depresyon tanısına uyumlu belirtilerinin normal bireylerdeki dağılımda % 8,0 dolayında iken yaşlılık dönemindeki bireyler arasında 35,0 dolayındadır. Majör depresyonun dağılımı ise normal bireylerde % 0,8 dolayında iken yaşlı bireyler arasındaki dağılım oranı % 2,9 oranında görüldüğünü bildirmektedir (Turgut, 2021)

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlı bireylerin 5 milyona yakınında depresyon etkilerinin var olduğu belirlenmiştir. Yaşamını toplum içinde sürdürebilen yaşlıların depresyon sıklığı % 15,0 - 25,0 aralığında bulunmaktadır. Bakım merkezlerinde uzun süre kalmak zorunda olan yaşlı bireylerdeki depresyon sıklığı ise % 25,0 aralığında belirlenmiştir. Huzurevlerinde bulunan yaşlı bireylerin depresyon sıklığı ise % 20,0-30,0 aralığında belirlenmiştir (Aliyev, 2020). Ülkemizde ise 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerdeki major depresyon görülme sıklığı bakımından ele alındığında klinik ortamlarda konulmuş tanı aralığı % 1,0 - 3,0, olarak görülmekteyken yaşlı bireylerde klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ise % 8,0-15,0 aralığında olarak belirtilmektedir (McKenna vd., 2005; Kelleci ve Ata, 2011; Ak vd., 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2018b; Demir, 2021). Genç ve yaşlı nüfus üzerinde kıyaslama yapıldığında depresyonun sıklığına ilişkin bulgular, genç nüfustaki dağılımın ¼ oranında olduğunu göstermektedir (Hybels vd., 2009). European Depression Study (EURODEP) bağlamında yapılan çalışmalardaki bulgulara yaşlıların depresyon sıklığı % 1,8 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda yaşlı nüfusun özelliklerine bağlı olarak seçim yöntemlerinin değişmesi sonuçlarda farklılaşmaların da nedeni olduğuna ilişkin önemli ayrıntıya ise özellikle vurgu yapıldığı görülmektedir. Komorbiditenin söz konusu olduğunda depresyon sıklığında bazı değişiklikler söz konusu olmaktadır. Kalp hastalıkları, kanser veya artrit gibi komorbid hastalıkların söz konusu olduğu durumda yaşlı bireylerin depresyon sıklığı normal yaşlı bireylere göre değişerek % 25 oranında

sıklığa ulaşmaktadır. Hastanede yatarak tedavi görmek zorunda kalan yaşlılarda ise bu oran % 45 düzeyinde bir aralığa ulaşmaktadır (Akkaya vd., 2008).

Depresyon konulu meta analiz çalışmasında bulgular 1994-2014 yılları arasında kapsamaktadır. Bu çalışmada, depresyonun toplam yaygınlığı kadınlar için %14.4, erkekler için %11.5 olduğu ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Lim vd., 2018). Yaşlı bireylerin depresyon sıklığı oranları cinsiyete dayalı olarak ele alındığında; kadınlardaki depresyon sıklığı % 46 iken erkeklerdeki depresyon sıklığı ise % 20 olarak belirlenmiştir. Kadınlardaki depresyon oranlarının yüksek olduğuna ilişkin genelleme her yaş dönemi için söz konusudur. Yaşa bağlı olarak erkeklerin depresyon sıklığı ilerleyen yaşlarda artmaktadır (Butler vd., 2006; Türkçapar, 2013).

Medeni durum değişkeni erkeklerin depresyon sıklığındaki artış ile ilgili bir diğer değişkendir. Yaşlılığın getirdiği kayıp ve yitimlere eklenen dul kalma ve yalnız yaşama zorunluluğu depresyonu etkileyen önemli faktör olarak göze batmaktadır. Evinde yaşayıp evli olan yaşlı bireylerde depresyon belirtileri sergileme sıklığı % 15,6 iken dul ya da bekar olanlarda bu oran % 46,5 düzeyinde belirlenmiştir. Yaşlılık döneminde yalnız yaşamak zorunda olmak depresyon açısından 4,72 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Kürümlüoğlu, 2017).

Yaşlı bireylerin yaşadığı ortamla depresyon yaşama olasılığı arasında ilişki olabildiği gibi sıklığında da değişiklikler görülmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam alanlarından biri de yaşlıların bakımlarının üstlenildiği yaşlı bakım evleridir. Bu bakım evlerinde kalan bireylerin kalmayanlarla kıyaslandığı durumlarda depresyon sıklığında yaşlı bakım evlerinde kalanların depresyon sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Yaşlı bireylerin bakım kurumlarında oluşu da depresyon sıklığını etkileyebilmektedir. Yaşlı bakım kurumlarında yaşamına devam eden yaşlı bireylerin depresyon sıklığı Wada vd., (2005)'e göre % 32,3, Rinaldi vd., (2003)'e göre % 57,1 oranlarında bulunmuştur. Bekaroğlu vd., (1991)'e göre % 41,0, Aksüllü ve Doğan (2004)'e göre % 68,9, Maral vd., (2001) 'e göre % 48,1, Demet vd., (2002)'e göre % 35,9, Sütölük vd., (2004)'e göre % 26,1, Topbaş vd., (2004)'e göre ise % 80,4 olarak belirlenmiştir. Yaşlılık dönemindeki bireyler kendilerini ifade etmede yetersizdirler. Depresif duygu duruma özgü belirtiler üstü örtülürken bilişsel belirtiler daha fazla ön plana çıkarılabilir. Bir diğer üstünü örtme çabası somatik şikayetlerle icra edilebilir. Depresyon; fiziksel yetersizliklere, yeme içmede düzensizliğe, somatik

sorunlara ve mortaliteyi arttırıcı etkilere sahiptir. Depresyonun şiddetinin artmasıyla birlikte bilişsel yavaşlama ve psikomotor davranışlarda azalma ya da ajitasyona paralel olabilir (Pekri, 2019).

Yaşlı bireylerin depresyonu pek çok somatik bedensel problemle ve psikiyatrik bozuklukla birlikte seyredebilir. Bunların başında anksiyete yer alır. Başka psikiyatrik bozuklukla birlikte seyreden depresyon tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilir (Özen vd., 2010). Yaşlılık dönemindeki bireylerde beklentiler düşer, yaşam kalitesi düşer, bedensel hastalıklar artar bu etkenler öz kıyım riskini arttırır. Depresyon tanısını alan yaşlı bireylerin tedavisi klinik açıdan önemlidir (Aypak vd., 2019). Depresyonun kendiliğinden iyileşme seyri mümkün değildir. Bunun yanında özkıyım riskini ise yüksek oranda taşır. Bu risk; depresyonun tipi, şiddeti, fiziki başka hastalıkların eşlik etmesi, bireyin bilişsel durumu, ekonomik durumu, sosyal desteğe sahip olma düzeyi, doyum sağlayıcı sosyal ilişkiler depresyonun prognozunda belirleyicidir (Yanardağ ve Şahin, 2019).

Yaşlı bireylerin depresyonunda iyileşme sürecini etkileyen etkenler vardır. Bu etkenlerin depresyonun şiddeti üzerindeki etkisi iyileşme sürecini etkiler. Bu etkenler yaşlı bireyin hastalık öncesinde de işlevselliğinde yaşadığı sorunlar, yaşlı hastanın bedensel hastalıkları, bilişsel bozuklukları, yeti yetersizliği, melankolik ve psikotik kişilik, sosyal desteğin yetersizliği, eşini kaybetmesi, alkol bağımlılığı, yetersiz beslenmesi, ilk depresyon atağıyla yaşlılıkta karşılaşmış olması, uğraşının olmayışı, ekonomik sorunları, konut sahibi olmaması, bakım sorunları yaşaması olarak sıralanabilir (Güvener, 2022).

Depresyonun tedavi sürecinde pek çok müdahale biçimini içerir. Bunlar; bozulmaya dair elde edilen bulgu ve belirtilerin iyileşmesi, yeniden alevlenme ve nüksü engellemek, işlevsel bir yaşama yeniden dönebilmek, yaşam kalitesinin arttırmak gibi pek çok müdahale biçimidir (Bowler vd., 2012).

Depresyon için pek çok tedavi yönteminin kullanılması söz konusudur. Bunlar; ilaç tedavisi (Farmakoterapi), psikoterapi ve elektrokonvulsif (EKT) tedavilerdir. Bunlara ek olarak; uyum sağlayıcı sossal beceri eğitimi, aile tedavisi, grup terapisi, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel davranışçı terapidir. Antidepresan ilaç tedavisinin yanında bu psikososyal destek içeren uygulamaların tedaviye uyumu arttırmakta, hastalığın nüksetme riskinin azalmasına, hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesine ve

sosyal bilişsel işlevselliklerinin artırılmasında etkili olduğu görülmektedir (Anber vd., 2021). Depresif atakların şiddetine ve türüne göre, davranışsal terapiler, bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapi gibi psikolojik tedaviler ve/veya seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve trisiklik antidepresanlar (TCA) gibi antidepresan ilaçlar kullanılabilir. Antidepresanlar, hafif depresyon için ilk tedavi yöntemi olarak değerlendirilmeye alınmamalı psikososyal destek kaynaklarına yönelinmelidir (DSÖ, 2023).

Psiko Farmakoterapi yani psikolojik ilaç tedavisinde antidepresanlar kullanılır. Antidepresanlar depresif bozukluklarda uzun süreli kullanılan ilaçlardır. Psikotik semptomlar içermeyen majör depresif bozuklukta da işlevseldir (Brambilla vd., 2009; Yüksel, 2006). İlaç tedavisinde kullanılan antidepresanlar; dopamin, norepinefrin veya serotoninin beyindeki işlevselliğini arttırarak etki gösteren etken maddeler içerirler (Hassanane vd.,2012).

Elektrokonvulsif Terapi (EKT) tekniği de tercih edilenler arasındadır. Elektrokonvulsif terapi, ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda ve diğer tedavi yöntemlerine direnç gösteren hastalara uygulanan tedavi yaklaşımıdır (Kokaçya vd., 2008).

Depresyon terapilerinde psikoterapi önemli yer tutmaktadır. Psikoterapide amaç; düşmüş olan benlik saygısının arttırılmasına odaklanılır. Hastanın yaşama ilişkin yanlış inançları ele alınır ve yerine düzeltilmiş inançlar yerleştirilmeye odaklanılır. Hastalıktan kaynaklanan kısıtlanmış yaşamın aşılması için kabullenmeyle başlayan süreç başlatılır. Sosyal olarak azalan izolasyonun azaltacak yollar bulunur. Hastada yaşanan kayıp duygusuna kabul ederek eşlik edilmelidir. Yaşadığı kaygı ve korkuları ifade ederek fark etmesine yardım etmektir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

Depresyonu tedavisinde pek çok psikoterapi türünün etkisinden söz edilebilir. Bu bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarından üçü ön plana çıkmaktadır. Bunlar bilişsel terapi kuramı, Klerman ve Weisman'ın kuramı olan kişilerarası terapi yöntemi ve Lewinshon ve Bellack tarafından geliştirilen davranışçı depresyon tedavisidir (Türkçapar, 2013). Buna ek olarak başka terapi yöntemlerinden de söz etmek mümkündür. Bunlar arasında; Psikodinamik Terapi, Aile ve Çift Terapisi, Hümanistik-Varoluşçu Terapi, Sorun Çözme Terapisi (SÇT), Farkındalık Eğitimi, Psiko eğitim sayılabilir (Anber, Akar ve Altun, 2021).

Depresyonun tedavisinde ilaç ve psikoterapinin birlikte eşgüdümlü ilerlemesinin önemi her geçen gün fazla vurgulanarak önerilmektedir (NICE, 2009; Mitchell vd., 2018).

Psiko farmakolojik tedavi sürecine ruhsal bozukluğu olan kişilere; terapötik katkılar ya da psiko eğitim verilmesi önemlidir. Hasta ve tedavi ekibi işbirliğini yakalayabilir. Bu süreç; kendi sorumluluklarını üstlenmeye, yanlış inançları düzeltmeye, yaşantılarına ilişkin bilinçlendiklerinde, problemlerini fark ederek düzeltmeye çabaladıklarında ilaç uyumunu arttırdığını gösteren bulgular edinilmektedir. Hastalığın hafifler ve tedavi süreci de beklenenden daha etkili verilere ulaşmış olabilir (Alataş vd., 2007).

Psiko eğitimin verilmesi; tedaviye uyumu arttırmakla kalmaz, hastalığın tekrarlama ve nüksetmesi riskinin azalmasına, hastaların yaşam kalitelerinin artarak iyileşmeyi sağlayarak ve sosyal bilişsel fonksiyonelliğin artırılmasına katkıda bulunmaktadır (Anber vd., 2021).

Psiko eğitim uygulamaları da depresyon yanında pek çok ruhsal bozukluklara katkı sunmaktadır. Bu uygulama; psikoterepi ve eğitimsel düzenlemeleri kullanarak tedaviye bütünlük bir içerikle katkı sunmaktadır. Bu bütünlük birbiri tamamlayıcı nitelikler de barındırmaktadır (Lukens ve Mc Farlane, 2006).

Depresyon üzerinde yapılan araştırmalarda; psikoterapi, depresyonun akut tedavisinde etkili olduğu gibi, tekrarlama olasılığı yüksek olan bu hastalıkta, yeni depresif atakların oluşumunu da azaltmakta ve yeni depresif atakları önleyici role sahip olduğunu göstermektedir (Sözeri-Varma vd., 2017). Ancak bu ayrıntının gözden kaçırılmaması da önemlidir. Depresyon tedavilerinde en etkili sonuçlar; kombine yöntemde yani hem psiko farmakolojik tedavi hem de psikoterapinin tercih edildiği tedavi yöntemlerinde elde edilebilir. Bu uygulamanın yaygınlığı yetersizdir. Daha çok psiko farmakolojik tedavi tercih edilmektedir. Bunun nedeni daha hızlı daha kolay ulaşılabilir oluşundan kaynaklanıyor olabilir (Aliyev, 2020).

Tedavi sürecinin etkinliğinin azaltıcı engelleri arasında bazı hususlar yer almaktadır. Bunlar; hastanın ilaçları önerilen dozuna uymaması, ilacı kullanma sürelerine uymaması, düzensiz ilaç kullanımı, reçete edilmediği halde kendi inisiyatifıyla ilaç kullanması, kontrol ve takip edilememesi, yetersiz şekilde bilgilendirme, yetersiz hastanenin koşulları, hasta yakınlarının özellikle ilaç tedavisine ve ruhsal bozukluklara

karşı olumsuz tutumu gibi engeller yer alabilir. Ayrıca ulusal düzeyde bazı hususlar da yer alabilmektedir. Onlar arasında en önemlileri kaynak yetersizliği, müdahale eden ve sağlık hizmetini sunanların yetersizliği, ruhsal bozukluk yaşayan bireylere ilişkin sosyal damgalamanın aşılammamış oluşu yer alabilir. (Kelleci ve Ata, 2011).

Yaşlı bireyler depresyon tedavi sürecinde genel tedavi sürecine uyumlu hareket edilebilir. Ancak göz önünde tutulması gereken bazı hususlar söz konusudur. Yaşlı bireylerin riskleri arasında; yan etki riski, çoklu ilaç kullanımına dayalı ilaç etkileşim riskleri yer alabilir (Zivin vd., 2010).

Yaşlılık dönemindeki depresyon hastası tüm bireyler için de anti depresanların etkinlikleri eşittir. Yaşlı depresyonlarında tedavi etkinliklerini araştırmıştır (Salzman vd., 2002). Psiko farmakolojik ilaç tedavisi uygulanan 97 EKT tedavisi uygulanan 12 araştırmanın bulgularını incelemiştir. Her ikisinin de etkili olduğunu bulmuşlardır. Saygın (2007)'e göre; B12 vitamini ve folik asit eksikliği tespit edilen depresyon hastalarında öncelikli olarak bu eksikliklerinin tedavi edilmesi gerekir. Vitamin replasmanı yapılmayan hastalarda psiko farmakolojik antidepresan tedavisinden tam ve etkili sonuç alınamayacağına ilişkin önemli bulgulara ulaşılmıştır

Yaşlı bireylerin depresyonlarında psikoterapinin etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ve kişiler arası ilişkiler terapisi yaklaşımı etkili sonuçlar sunmaktadır. Ancak bu terapi yöntemlerinin uygulanışı sırasında yaşlı bireylerin yaşlarına bağlı gelişen bilişsel ve sosyal ilişkisel değişikliklere göre düzenlenebildiği durumlarda daha etkili sonuçlar alınabilir. Yaşlılar bireylerin ruhsal bozukluklarının tedavisinde psikoterapiler etkililiği sabittir. Ancak psikoterapi uygulamalarının uzun süren tedavi süreci bu uygulama biçiminin tercih edilmesini etkilemektedir. Ayrıca yaşlı bireylere sağlanacak sosyal destek tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir. En etkili sosyal destek aracı yaşlı bireylerin aileleridir. Kurumda yatan yaşlı depresyon hastalarına; kurum görevlileri, bakım vericiler, sağlık personeli tarafından da sosyal destek sağlama misyonunun sosyal destek gereksiniminin karşılanmasında etkisinin önemi unutulmamalıdır (Areán ve Cook, 2002; Cuijpers vd., 2008).

Yaşlı bakım evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığı % 48,1, evde yaşayan yaşlılarda ise % 24,3 düzeyinde bulunmuştur. Yaşlı bakım evlerinde yaşayan yaşlılarda major depresyon düzeyi % 8,1, minör depresyon düzeyi ise % 14,1 ve subklinik

depresyon düzeyi ise % 24,0 düzeyinde belirlenmiştir. Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkinlik (UHY-ME) raporu sonuçlarında ulusal düzeyde altmış yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerde, yeti yitimine (YLD: Years Life Disabled) neden olan on hastalık arasında demanslar ile unipolar depresif hastalıklar gelmektedir (Uluocak vd., 2013).

Yaşlılarda depresyonun süresi ve sıklığında yaşa bağılı olarak artış söz konusudur. Yapılan araştırmalar depresyon ve yaş ilişkisinin pozitif yönde bir ilişki niteliğı sergilediğini göstermektedir. Yaşın ilerlemesinin bireyin depresyon riskini arttığını göstermektedir (Jongenelis vd., 2003).

Depresyon yineleyicidir. Tedavisi için uzun süre ve süreç gereklidir. Bireyin bazı yetileri ve işlevlerinde kayıpların nedenidir. Bunlar arasında odaklanamama, dikkat becerilerinde yetersizlik öncül kabul edilebilecek sendromlar arasındadır. Zihinsel süreç ve işlevlerde yavaşlama, kısa süreli bellek yitimi, öğrenememek, unutkanlık, amaca yönelik işlevlerde yetersizlikler, genel bilişsel işlevlerde bozulmalar bazen demansla birlikte veya demansın öncü semtomları olabilmesi nedeniyle yaşlı bireylerin yaşamlarını etkileyen sonuçların doğuşunda güçlü ve etkilidir. Yaşlı bireylerdeki bu yetilerdeki yitimler sağık ve bakım hizmetleri veren kurumların hizmetlerinin etkili kullanımını ve bu kurumlardaki maliyetin artıran etken haline dönüşmektedir (Göktaş ve Özkan, 2006).

Yaşlılık dönemindeki bireylerde depresyonun erken tanısı ve tedavisi bireylerin yaşam kalitesini artmasında etkilidir. Hatta yaşlı bireylerin erken ölümleri üzerinde önleyici etkisinin olduğu bile söylenebilir (Kaner, 2009).

2.2.2. Yaşlılık ve anksiyete

Anksiyete ise tanısı daha net olan duygu durum bozukluğudur. Anksiyete, kaygı ve bunaltı ile eş anlamlı kullanıldığı durumlar söz konusudur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Anksiyete ve korku; tehlike ve tehdit oluşturan olay, durum, nesnelerin etkilerine verilen huzursuzluk tepkisidir. Aslında organizmanın stresli etkiye karşı sergilediğı tepkidir. Anksiyete duygusu bu bağlamda, insan ırkının evrimsel sürekliliğinin temel kaynağıdır. Çünkü tehdit ve tehlikeyi fark etme ve tedbire zorlamaktadır. Koruyan bir uyarıcıdır. Bu durum organizmada ‘savaş veya kaç’ tepkisi doğar. Dolayısıyla koruyucu ‘savaş veya kaç’ sisteminin çalışabilmesi için anksiyete duygusu gereklidir. Yani organizmanın yaşamını sürdürebilmesi için anksiyete duygusu gereklidir (Akhtar, 2018; Miller, 2018).

Anksiyete yaygın olarak; endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk, kaygı, sıkıntılı duygu durumudur. Düzey olarak hafif seviyelerde seyrettiğinde anksiyete bireyin; spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırır. Ancak anksiyete düzeyinin yükselmesi ise bireyin bireyin algılama, kavrama ve karar verme yeteneğini azaltmasını doğurur (Dilbaz, 2010).

Anksiyete bozukluk tanısını alan bireyin işlevselliği bozuktur. İşlevsellikteki bu bozulma bireyin gerçeklikle bağının kopmamış oluşu, sosyal uyumunun genel olarak bozulmamış oluşu psikozlarla karşılaştırıldığında önemle üzerinde durulması gereken ayrıntısıdır. Ek olarak anksiyete bozuklukları oluşum seyrindeyken anksiyetenin semptomları bazen olduğu gibi yansıtılır ya da bazen bastırıldığı da olabilir. Bastırıldığı durumlarda farklı savunma mekanizmalarıyla oluşan semptomlar yerleşebilir (Aslan ve Yüksel, 2006; Gençtan, 2017; Öztürk, Uluşahin, 2008a; Öztürk, Uluşahin, 2008b).

Anksiyete, herkese özgü herkesin yaşayabileceği duygu durumudur. Bazı durumda ise bir hastalık belirtisi olarak değerlendirilemeyecek kadar yaşamın içindeki bir duygudur. Tehdit algısı oluşan durum yada olaylardan ya da değer verilen bir şeyin kaybindan sonra ise şiddetinde değişiklikler olabilir. Buna bağlı olarak farklı bir duygu olarak açığa çıkabilir. Yaşam seyrini yakından ilgilendiren bozulmalar şiddeti değiştirebilir. anksiyete şiddetini belirleyicileri arasında en önemlileri; beden bütünlüğünü bozacak düzeyde etkili sağlık problemleri, ekonomik sorunlar, yakın ilişki kuralan birinin kaybedilmesi, taşınma veya göç etme gibi yer değişikliği, bireyin sosyal anlam içeren statüsünde yaşadığı kayıplar, yaşamını kontrol edişiyile ilgili etkiler, bağımsızlığına saldırı, benlik saygısını zedeleyen olumsuz etkiler sayılabilir (Şen, 2018).

Anksiyetenin “anksiyete bozukluğu” olarak değerlendirilmeye alınabilmesi için; yüksek düzeyde olması, sıklığının yakın olması, varolan gerçeklikten daha abartılı yaşanması, gerçekçi ve somut bir tehlike durumu söz konusu değilken varmış gibi semptomlarının görülmesi, etkisinin olabileceğinden daha uzun sürmesi, kontrol altına alınamaması gibi faktörler öne sürülebilir. Bireyin bu şekilde yaşadığı anksiyete duygusu artık işlevselliği bozmuş, yaşamın sağlıklı bir seyir izlemesine mani olan dehşetli ve felaket duygularıyla karakterize edilebilir hale dönüşmüştür (Türkçapar, 2013)

Anksiyete kaçma ve kaçınma tepkilerini doğmasına yardım ederek uyumu sağlamaktadır (Beesdo vd., 2009). Anksiyete, tehlike ve tehditlere uyum sağlama gerekçemizdir. Öyleyse anksiyete ne olduğunda patolojik olarak değerlendirilir sorusunun cevabındaki kriterleri incelediğimizde:

- Anksiyete, tehlike ve tehdit oluşturacak bir nesnel durum olmasa bile duygusal ve nöro kimyasal yanıtlar veriyorsa,
- Şiddet, sıklık, süreklilik beklenen düzeyin üzerinde yanıtlanıyorsa,
- Kaçma ve kaçınma için seçilen yanıtlar bireyin, günlük işlevlerde bozulmaya yaşam olumsuz yönde etkileniyorsa

sorunun cevabına ulaşılır.

DSÖ, raporlarında; anksiyetenin iş ve sosyal hayattaki işlevselliği bozan yoğun bir korku hali olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün yayınladığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD)'nda anksiyete için ayrı tanı olarak ele alınmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliğine (APA) ise DSMV tanı kriterlerinde benzer şekilde ele alınmaktadır. Bu temeller üzerine anksiyete bozukluğunun sınıflandırılmasına bakabiliriz. DSM-5'te anksiyete bozukluklarını; ayrılma anksiyetesi, yaygın anksiyete, sosyal anksiyete, panik bozukluk, selektif mutizm, özgül fobi ve agarofobi şeklinde sınıflandırılmasını önerir (APA, 2013). Yaşlılık dönemindeki bireyler bu sınıflamadaki bazı belirtileri sergileyebilirler.

Yaygın anksiyete bozukluğu; bir ya da daha çok bedensel semptomla yaşamın pek çok durumuyla ilişkili olabilen, uzun süre kalıcı ve yoğun olarak hissedilen endişe ile karakterizedir. Yaygın anksiyete bozukluğu, klinik özelliklerinde motor gerginlik ve içsel huzursuzluk, sürekli kaygı hali bulunur. Fiziksel belirtiler nedeni ile doktor başvurusunda bulunmaları sıklıkla görülen bir durumdur. Başlangıç yaşını tespit etmek zordur. YAB tanılı hastaların diğer psikiyatrik bozukluklar ile eş hastalanımına sık rastlandığından klinik gidişi hakkında tahminde bulunmak kolay değildir. Birtakım olumsuz yaşam deneyimlerinin olması YAB gelişiminde risk faktörüdür (Ginsburg ve Affrunti, 2013).

Sosyal anksiyete bozukluğu ise bireylerin bazı özgül durumlarda yaşadıkları anksiyete türüdür. Bu alanlardan bazıları; yeni birileriyle tanışma, otorite figürleriyle iletişim kurabilme, sosyal ortamlarda bulunma, topluluk içinde konuşma, kalabalığa karşı okuma, kalabalıkta yemek yeme, başka birileriyle eğlenceye katılma, sınıfta sorumluluk gereği sınıfın önüne çıkma, sunumunu sınıfa sunma, her hangi bir konuda

gösteri yapma, performans gösterisinde bulunma, sosyal yaşamın gerektirdiği durumlarda iletişime katılma gibi durumlar sosyal anksiyete bozukluğunun yoğun yaşandığı taşam durumlarından (Eldoğan, 2018).

Sınıflamadaki diğer bozukluk ise panik bozukluktur. Panik bozukluğa özgü belirti panik atak nöbetidir. Atak anında; birdenbire aşırı korkma ya da kalp çarpıntısı, nefes almakta güçlük çekme, midede bulantı hissi, göğüste ağrı, baş dönmesi gibi somatik belirtilere eklenen ölüm korkusuyla birlikte yaşanır. Zihinsel sürecin de bu somatik bağlama eklendiği görülmektedir. Panik bozukluk beklenmedik anlarda ortaya çıkar. Tekrarlı panik ataklarla seyreder. Kişi panik ataklarla panik atak beklenti korkusu arasında döngü yaşar. Bu etki, onu her yaşam durumundan kaçınma davranışı sergileyerek kendini korumaya almasına yol açar (APA, 2013).

Agorafobi durumunda ise birey yaşam alanından uzaklaşamayacağına inanır. Yetersizlik düşüncesi, utanç duygusuyla farklı farklı durumlara özgü korkular yaşar. Bu korkuları yaşamamak için ise kaçınma davranışını tercih eder. Kaçmanın güçleştiği bazı kapalı mekanlarda ise örneğin tiyatrolar, berberler, otobüs metro gibi kalabalık araçlar ve trafiğin fazla olduğu durumlarda genellikle güvende hissettiği kişilerden yardım arayışı görülmektedir (Rapee, 2012).

Selektif Mutizm / Seçici Konuşmazlık ise konuşmaya engel olabilecek somatik bir engel olmamasına, bu yeteneğin kazanılmasına rağmen seçici bazı durumlarda kişinin konuşamıyor olmasıdır (APA, 2013). Özgül Fobi ise bir durum ya da nesneden sürekli ve aşırı derecede korkma olarak tanımlanır. En sık görülen anksiyete bozuklarından. Özgül fobisi olan kişi uyarandan kaçınmayı tercih eder. Kaçabilmenin mümkün olmadığı durumlarda ise yoğun korku/kaygı ile bu uyarana katlanmaya çalışır. Kişinin özgül fobisi sık karşılaştığı nesne ya da durum olduğunda bu yoğun korku duygusu yaşamını kısıtlar (Akay ve Es, 2016).

Anksiyete bozukluklarının etiyolojinde ise kalıtsal etkenler, kişiliğin mizaç boyutu gibi biyolojik faktörler yer almaktadır. Ayrıca bireyin öğrenmesi, bilişsel bilgi işleme süreçleri, bağlanma biçimleri, bireyin ebeveynleriyle olan etkileşimi, okulu ve yaşlıları ile ilişkisi gibi sosyal süreçlerin tümünün etkileşiminin ürünü olduğuna dair bulgular öne çıkmaktadır (Doğan, 2009).

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında multi faktöriyel etkenin söz konusu olduğu belirgindir. Gerçek ya da gerçek olmayan biçimde reddedilme, gerçekleştirilemeyen beklentileri, özsaygı eksikliği, öz değer eksikliği yaşayan birey benlik tehditi altında

kendini hissedebilir. Bireyin karşılanamayan gereksinimleri de anksiyete üzerinde etkili olabilir. Bunlar arasında fizyolojik ihtiyaçları, güvenlik gereksinimi, ait olma duygusu, sevgi ihtiyacı, benlik saygısı, kendini potansiyelini gerçekleştirme gibi gereksinimler sayılabilir. Bireyin yaşadığı biyolojik, sosyal ve psikolojik bütünlüğü tehdit edildiğinde yaşanan krizler, beklenmeyen ani olaylar gibi durumsal krizlerde anksiyetenin etiyolojisinde rastlanılabilir. Bazen fiziksel, psiko-sosyal rol değişimlerinin yaşandığı gelişimsel dönemlere ait krizlerdir. Ergenlik döneminde bireyin yaşadığı gelişimsel krizler buna örnek olarak verilebilir. Sağlık sorunları da anksiyete nedeni olabilir. Fiziksel ve psikolojik hastalıklar ya da sakatlıklar, tıbbi tedavi, sağlık hizmetlerine ulaşma konusundaki zorluklar bunlar arasındadır. Kişiler arası etkileşimdeki değişimler de örneğin aileden ayrılma, arkadaş ortamlarından ayrılma, işten ayrılma, evden yani evin fiziki olanaklarından fizik ortamından ayrılmalar olabilir. Bu ayrılmalar fiziksel ya da emosyonel olarak ayrılma içeren etkenlerdendir. Yaşanılan çevreye özgü değişiklikler için örneğin; çevresel tehlikeler ve tehditler: bireyin yerleşim yerindeki yaşadığı değişiklikleri, yaşanılan çevrede meydana gelen doğal afetler, yaşanılan çevrenin kirlenmesi, dünyada ya da yaşanılan çevrede savaşın ve nükleer tehdit algısı gibi etkenler de bireyin anksiyete semptomlarının nedenleri arasına eklenebilir. Sosyo ekonomik değişiklikler ise örneğin; bireyin iş yaşamında yaşadığı değişiklikler, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunlarının varlığı, ekonomik sorumluluklarla aşırı yüklenmişlik, bireyin ekonomik yük altına girmesi anksiyetenin sosyo ekonomik nedenleri arasında sayılabilir. Anksiyetenin bulaşması da söz konusudur. Anksiyetesi olan ebeveynlerin kendi anksiyetelerini ebeveyn tutumlarıyla çocuklarına geçirebilirler. Ya da bazen grup üyelerinden birinin yaşadığı anksiyetesi bir süre sonra grubun diğer üyelerine aktardığı görülebilir (Tukel ve Alkin, 2006).

Anksiyete ile bazı değişkenler arasında ilişki vardır. Bu yüzden anksiyetenin bazı değişkenler bağlamında ilişkilerini ele almak gerekmektedir. Bunlardan bir kaçını üzerinde durulabilir. Anksiyete ve cinsiyet ilişkisi açısından bulgular ele alındığında ortak risk altında bulunan cinsiyet kadın cinsiyetidir (Ginsburg vd., 2004). Anksiyete, genetik ve ailesel geçiş ilişkisi açısından bulgular söz konusudur. Bu amaçla ikizlerle yapılan çalışmalarda anksiyeteye ilişkin bulgular; monozigotlarda %50, dizigotlarda ise %15 eş oran saptanmıştır (Ginsburg vd., 2004). Anksiyetesi yüksek olan çocukların anne babalarında anksiyete bozukluğu klinik tablosu daha yaygındır. Anksiyetesi yüksek olan bireylerin çocuklarında anksiyete görülme ihtimali artmaktadır (Rapee,

2013). Anksiyete bozukluğu tanısı olan bireyin birinci derece yakınlarında aynı tanının görülme sıklığının diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak; genetik faktör çalışmalarında özgüllük gösterilememiştir (Rapee, 2013). Ailesel geçiş hem genetik hem de çevresel faktörlerden etkilenebilir dolayısıyla genetik geçiş daha genel bir risk oluştururken, aile ortamının bu riski özgülleştirdiği düşünülebilir (İşeri ve Güveli, 2017). Moleküler biyolojik çalışmalar, belirli genlerin, özgül bir anksiyete bozukluğuyla ilişkisinden daha çok genel olarak anksiyeteye yatkınlıkla açıklamaktadırlar. Davranışsal inhibisyon, emosyonel reaktivite gibi özellikleriyle olan ilişkisini bulgulamışlardır (Ginsburg ve Affrunti, 2013). Anksiyete bozukluklarında çevre etkisi ise yadsınamaz. Bu durumda, çevresel koşullarla bağlantılı genetik yatkınlık şeklinde ele alınır (Arnold vd., 2004). Ayrıca, ailede anksiyete bozukluğunun oluşu çocukların riskini iki ila dört kat daha fazla arttırmaktadır (Sadock, 2016).

Anksiyete bozukluğunda nörolojik değişiklikler de yer almaktadır. Anksiyete ele alınırken nörolojik ve fizyolojik yapı göz ardı edilemez. Anksiyete bozukluklarında noradrenalin işlevinin anormal olarak arttığını gösteren bulgulara rastlanılmaktadır. Kortizol seviyelerinde de anormallik gözlenmektedir. Ayrıca Beyinde ana inhibitör nörotransmitter olan Gamma amino bütirik asit (GABA), kronik stres oluşturarak beyin frontal korteks, hipokampus ve hipotalamus gibi anksiyete ile ilgili bölümlerinde GABA-A reseptör sayısında azalma oluşturarak anksiyeteyi artırıcı etki oluşturabilmektedir (Bayraktar, 2006). Algılanan tehdite karşı korku cevabında rol oynayan ve beyinde en fazla ilgisi olduğu düşünülen yapı amigdaladır. Limbik sistemde bulunan bu subkortikal yapı merkezinin korkuya verilen yanıtta önemli bir yeri vardır. Yapılan bir MRI çalışmasında YAB tanılı bireylerde, sağ ve total amigdala volümleri kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu gösterilmiştir. Amigdala temporal lobların ön kısmında korteks, hipokampus ve talamustan girdileri alarak, gelen uyarıların duygusal önemini değerlendirir. Amigdaladaki bu değerlendirmeden sonra çıktılar frontal lob, hipokampus, striatum, hipotalamus ve beyin sapına projekte olmaktadır. Tehditi değerlendirirken limbik sistem ve korteksin birlikte hareket etmesinde aksaklık olması durumunda oluşan işlevsel iletişim zayıflığının anksiyetenin artışı ile ilişkisi olduğu ifade edilmiştir (Price vd., 2014). Nörotransmitterlerden biri olan norepinefrinin korkma, uyarılma, uyanıklık hali, strese karşı oluşturulan cevapta rolü vardır (Berridge vd., 2012). Serotonin ise özellikle amigdala ve prefrontal korteks üzerinden etki

ederek inhibitör kaçınmada ve tehdite karşı savunma yanıtının uyarılmasında rol oynadığı belirtilmektedir (Graeff ve Zangrossi, 2014).

Anksiyete bozukluğu etiyolojisinde ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde etkileşimlerden söz edilir. Bu bağlamda, anksiyete etiyolojisinde model etkisine ilişkin bulgular da önemli yer almaktadır. Anksiyeteli ebeveynlerin kendi korkuları ve başa çıkma stratejileri ile ilgili model olmalarının çocuklarında anksiyete gelişiminin riskini artırdığı düşünülmektedir (İşeri ve Güveli, 2017). Ebeveynin korku durumundaki korkusunu dışavurumunun sadece sosyal modellemeyle aktarmamaktadır. Ebeveynler aynı zamanda korku ve kaygı durumunda kullandıkları sözel bilgi aktarımıyla da çocukların anksiyetelerini tetikledikleri değerlendirilmektedir. Ebeveyn kısıtlayıcı olduğunda yani çocuğun otonomi kazanmasını sağlayacak şekilde destekleyici olmadığında, anne-baba tutumlarında, aşırı koruyucu ve aşırı müdahaleci ebeveynlerin çocuklarında anksiyete gelişimi açısından risk taşındığı bildirilmektedir (Tekmil, 2019).

Anksiyete bozukluğu etiyolojisinde bedensel sağlığın bozulmasına ilişkin bulgular söz konusudur. Bu bulgular, yıl olarak uzak bilimsel literatürde dahi ele alınan konulardandır. Örneğin; Holmes ve Rahe (1967) stresi, kişinin yaşamında meydana gelen herhangi bir değişiklik ve durum olarak tanımlamışlardır. Sağlığın bozulduğu durumlarda, homeostatik denge bozularak duygusal tepkiler ortaya çıkmaya başlar. Bu duruma bağlı olarak birey, özgüveninde, beden imajında, yaşama dair amaçlarında, kimliğinde, benlik bütünlüğünde, sosyal ortamlarında, aile ilişkilerinde ve çevre ilişkilerinde kayıplar yaşar. Bu durumun kronik hal alışıyla ise psikolojik sorunlardan depresyon ve anksiyete olarak bazen de stres sendromu olarak ortaya çıkabilmektedir (Kelleci vd., 2009). Bedensel hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre % 41 oranında psikolojik hastalıklara yaklanma riski söz konusudur. Bedensel hastalığı olan bireyler daha fazla duygu durum bozukluklarına, anksiyete bozukluklarına, madde kullanım bozukluklarına yakalanma riski altındadırlar (Murat vd., 2007). Bedensel hastalığı olanlarda, depresyon çok sık gözden kaçabilen semptomlar içerir. Bunun nedeni, bireyin yaşadığı bedensel hastalıkla ortaya çıkan semptomların depresyon kriterleriyle benzeşmesidir. Özellikle depresyon yaşayan bireylerin somatik yakınmalarını daha fazla ön plana çıkarması depresyonun tanısının atlanılmasındaki neden olarak sayılabilir (Sertöz ve Mete, 2004). Özellikle bir diğer etken de kanser gibi ağır seyreden hastalıklarda anksiyete bozuklukları, sıklıkla depresif duygu bozuklukları bir arada

seyretmektedir. Depresyon ve anksiyetenin bir arada görüldüğü görüldüğü durumlarda, bireyler daha şiddetli semptomlar göstermektedirler. İyileşme süreleri uzar. Tedaviye daha az yanıt verdikleride tespit edilen diğer bulgulardandır. Kalp, diabetes, mellitus ve kanser gibi hastalıklara sahip kişiler üzerinde depresyon, anksiyete ve stres, olumsuz etkileri olan psikolojik bozukluklardır (Kelleci vd., 2009). Ayrıca psikolojik sorunların varlığı, hastanın yaşam kalitesini etkileyerek, bakım süresini uzatmaktadır. Tedavi etkinliğini ve tedaviye uyumunu da bozmaktadır (Alacacioğlu, 2007).

Anksiyete, en yaygın ruhsal bozuklukların arasındadır (Aslan ve Yüksel, 2006; Tukel ve Alkin, 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre dünyada anksiyete bozukluklarından birine sahip kişi sayısı dünya nüfusunun % 3,6'lık bir orana karşılık gelmektedir (Temel, 2019). Anksiyetenin dünya genelinde prevalansı ortalama olarak % 7.3' tür. Özgül fobiler % 10.3'lük prevalans oranıyla en yaygın olanıdır (Ertan, 2008). İkinci sırada ise % 6.0 ile panik bozukluk yer almaktadır. Üçüncü sırada ise sosyal anksiyete bozukluğu % 2.7 prevalans oranıyla yerlirken yaygın anksiyete bozukluğunun prevalansı ise % 2.2 aralığındadır (Thibaut, 2017).

Cinsiyet açısından bakıldığında ise kadınlarda anksiyete bozukluğu erkeklerle oranla 1.5-2 kat daha fazla prevelansa sahiptir (Kessler vd., 2005). Anksiyete bozukluğunun kadınlarda bir yıllık prevelansı % 30,5 iken erkeklerde % 19,2' dir. Toplumdaki prevelans ise % 17,7 olarak bildirilmektedir.

Aylık proseste görülme oranları da ilginç bulgulardır. Amerika Birleşik Devletlerinde anksiyete bozukluğunun Birleşik Devletler nüfusunun %28,8' ini ve her 12 aylık proseste ise % 18,1' ini etkilediği saptanmıştır (Kessler vd., 2005). Bu durum Avrupa açısından ele alındığında ise Avrupa'da Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Araştırmasına (ESEMeD) göre, katılımcıların olduğu ülkelerde anksiyete bozukluklarının toplam nüfustaki oranı % 14,5 iken 12 aylık proseste görülme oranı ise % 8,4 olarak saptanmıştır (Alonso ve Lépine, 2007).

Anksiyetenin yaşa bağlı ele alındığında incelenmeye değer yaygınlık bulguları söz konusudur. Amerika Birleşik Devletlerinde, yaşlılıkla beraber kaygı bozukluklarında bir azalma saptanması ilginç bir bulgudur. Amerika Birleşik Devletlerindeki bu çalışmada anksiyetenin bir yıllık görülme oranı genç yaşlılarda % 8 olarak belirlenmişken, 75 yaş ve üzerinde ise % 5,6 olarak bulunmuştur. Yaşlılığa özgü bazı hastalıklarla anksiyete bozukluklarının yaşlılarda görülme sıklığının karşılaştırılmasında da farklı bulgular söz

konusudur. Bu bulgulara; anksiyete bozuklukları demansın iki katı, majör depresyonun ise 4-8 katı olduğu görülmektedir.

Tablo 1: Anksiyete belirtiler listesi

Fiziksel	Bilişsel	Davranışsal	Duygusal
Çarpıntı	Katastrofik düşünceler	Motor huzursuzluk	Çıldırma korkusu
Nefes alamama, Nefes darlığı	Endişeler İntrusif düşünceler	Kaçınma Güvenlik davranışları	Ölüm korkusu
Boğulma hissi	İmgeler	Kompulsiyonlar	
Terleme,	Obsesyonlar	Yardım arama	
Titreme	Gerçekdışılık,		
Baş dönmesi, sersemlik	Kendine yabancılaşma,		
Göğüs ağrısı,			
Göğüste sıkışma,			
Bulantı,			
Karın ağrısı,			
Bayılacakmış hissi,			
Ani üşümeler ateş basmaları			
Uyuşmalar,			

Ayrıca 65 yaş üstünde bireylerin arasında yaygın anksiyete bozukluğuna sahip hastaların daha genç yaşlarda bulunan ancak aynı tanıya sahip hastalarla kıyaslandıklarında daha şiddetli semptomlarla psikiyatriste başvurduklarını gösteren araştırma bulgularına rastlanılmaktadır (Dilbaz, 2010; Eroğlu vd., 2012). İleri yaş döneminde bulunan bireylerin anksiyete bozukluklarının % 90' ında yaygın anksiyete bozukluğu veya özgül fobi olduğu görülmektedir. Geri kalan %10' unda ise ilk sırada obsesif kompulsif bozukluklar ikinci sırada ise post-travmatik stres bozukluğu ve son sırada ise panik bozukluklar olduğu görülmektedir (Dilbaz, 2010). Yaşlılık dönemindeki bireylerde en yaygın ve sık görülen fobik bozukluk ise agorafobidir. Bu dönem yaşlılarında agorafobik belirtiler; tıbbi bir hastalık, düşme veya saldırıya maruz kalma gibi travmatik bir yaşantının ardında genellikle de panik bozukluk olmadan ortaya çıktığı görülmektedir (Dilbaz, 2010). Anksiyete sıklığı yaygın olan bir duygudur. Belirsizlik hisleri ve keyif alamama hisleriyle karakterizedir. Bazı belirtilerle karakterize seyir takip edebilir. Bu belirtiler arasında bazıları Öztürk ve Uluşahin (2008a,b)' e göre Tablo 1'de verilmiştir.

Anksiyete durumunda, bedeni hissettiği tehlikeye karşı yanıt vermek için hazır hale getirmeye çabalar. Bunun için bedensel fizyolojik değişimler oluşturarak harekete geçiren seyir izler. Akut korku esnasında bireyin uyarana sergilediği bazı tepkiler söz konusudur. Bu sırada; birey hareketsiz kalabilir. Nabız yavaşlar. bireyin kan basıncında düşme olur. Kasları kasılır ve zayıflar. İstemsiz işeme, miksiyon ve defekasyon söz konusu olabilir, Bazen ani terlemeler, pupiller genişleme de olabilir. Kan basıncında yükselmeler olabilir. Tehlikeyle karşı karşıya kalan kişide hipotalamus uyarılır. Bunun ardından sempatik sinir sistemi ve hipofiz bezi uyarılarak bazı hormonların salgılanması sağlanır. Bu duruma kas gerginliğinde artma ve bazı fizyolojik değişimlerin de eşlik ettiği gözlemlenebilir (Kocabaşoğlu, 2005).

Bu tepkilerle anksiyetenin düzeyi arasında ilişki söz konusudur. Anksiyetenin belirti ve bulguları farklı yoğunluk düzeyinde seyredebilir. Bu yoğunluk anksiyetenin düzeyini belirler. Anksiyetenin seyrindeki düzeyleri birbirlerini izleyen hafif, orta, şiddetli ve panik düzeyler olarak tanımlayabilmek mümkündür. (Öztürk ve Uluşahin, 2008a,b). Hafif anksiyete, günlük yaşamın bir parçası olan anksiyete düzeyidir. Birey, uyumlu, yapıcı ve yaratıcıdır. Bunun yanında kas gerginliği hafiftir. Bu düzey anksiyeteye tez canlılık, huzursuzluk ve rahatsızlık eşlik edebilir. Göz temasında bir kayıp söz konusu değildir. Tırnak yeme, ayak ya da parmak oynatma gibi davranışlar söz konusu olabilir. Öğrenme ve problem çözme yeteneği işlevseldir. Algılama ve farkındalık düzeyi yeterlidir. Konuşmanın hızı ve şiddeti içerikle uyumludur. Jest, mimik ve davranışlar bireyin tehlikeye karşı tetikte olduğunu yansıtır. Bütün bunların sonunda beden güvenli ve göreceli olarak da tehlikeye karşı hazır olduğunu yansıtmış olur (Öztürk ve Uluşahin, 2008a,b).

Orta düzeyde anksiyetede bireyin bedeni koruyucu işlevlere hazırdır. Orta derecede anksiyetede, somatik belirtiler yani kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikayetleri ise hafif düzeyde seyredebilir. Birey, endişeli, ürkek, hassas, sabırsız ve heyecanlı görünüm sergileyebilir. Güven duygusu azalabilir. Algılama alanında daralma görülürken, seçici dikkat düzeyinde kayıplar söz konusudur. Öğrenme ve problem çözme optimum düzey değildir. Birey yerinde duramaz, konuşmanın hızı ve şiddeti artış eğilimindedir. Sözel iletişimin içeriğine sık sık konu değiştirme eğilimi söz konusudur. Şaka yapma bunun araçlarından biridir. Vücut postürü sık değişken ve saldırgan biçimdedir. Duygusal

uyaranlar etkili bir şekilde algılanamadığından sosyal ve mesleki sorumluluklardan çekilme isteği ve iş yavaşlatma eğilimi gösterebilirler (Öztürk ve Uluşahin, 2008a,b).

Şiddetli anksiyete durumunda ise birey anksiyetenin şiddetinin yükselmesiyle “savaş ya da kaç” tepkisi hazırlığındadır. Nabız, kan basıncı ve solunum sayısı, kas gerginliği ve terlemede artış somatik belirtilerdendir. Ayrıca şikayetler arasında uykusuzluk, bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı, titreme ve kalp çarpıntısının fazlalığı vardır. Hassasiyet duyguları yükselmiştir ve hatta ölüme yakın hissedilir. Algılama alanında daralma mevcuttur, bu durumda çevrede ne olup bittiğine ilişkin dikkat zayıflar. Bunun yanı sıra öğrenme ve problem çözme becerileri kaybolmuştur. Şaşkın, sersemlemiş hissi vardır ve göz teması kaybolmuştur. Yüksek sesli ve hızlı konuşma başlar. Sözsüz belirtiler arasında; volta atma, elleri ovuşturma, titreme ve yüzü buruşturma olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008a,b).

Panik anksiyete durumu ise anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Bu düzeyde yaşanan duygular acı vericidir. Bireyin kendi kontrolünü kaybetmiş hissetmesi, aşırı derecede öfke tepkileri, ümitsizlik, çaresizlik ve tükenmişlik sendromuna özgü duygular ön plana çıkar. Gerçekle olan bağlantı kaybolmuştur. Konfüzyon, bağırma, çılgık atma, anlamsız konuşma, konuşmama ve hallüsinasyonlar görülebilir. İsteklerini ifade etmede ve kendini savunmada çaresizlik içerisinde. Bireyin bu durumunda koruyucu ve sakinleştirici önlemler alınmsdığında süresi uzayan panik anksiyete bozukluğu ağır bedeller içeren sonuçların yaşanmasının nedeni olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008a,b).

Anksiyete ve algı ilişkisi anksiyetenin seyri üzerinde önemli belirleyicilerdendir. Anksiyete durumunda bireyin algılama ve duyuşsal süreçleri de etkilenmektedir. Anksiyetenin düzeyi hafif olduğunda, duyuşsal farkındalık artmaktadır. Orta düzey anksiyetede ise algı donuklaşmaktadır. Anksiyete seviyesi yükseldikçe, algılama bozulmaya başlamaktadır. Duyusal tepkiler azalmaktadır (Kocabaşoğlu, 2005).

Anksiyetenin bireyin psikolojik dünyası üzerinde doğurduğu sonuçlar olacaktır. Anksiyete yaşayan birey huzursuzluk içindedir. Konsantre olamaz, sese karşı duyarlılık aşırı hassasiyet gelişir ve ölçüsüz tepkilere neden olabilir. Bireyin fiziksel aktivitesinde artış görülürken, hatırlamada güçlükler yaşanır. Kalp atımlarını hissetme ve bunu bir kalp krizi gibi algılayıp korkuyu artırma görülür. Buna bağlı olarak algılamada çarpıklıklar ve düşünce biçiminde bozulmalar görülmektedir (Şahin, 2019). Anksiyete

bozukluğu bireyin bilişsel dünyasını da etkileyecektir. Çünkü anksiyetenin bireyin bilişsel dünyası üzerindeki etkileri göz ardı edilemez niteliklere sahiptir. Bu sonuçlar arasında pek çok unsur sayılabilir. anksiyetesi artan bireylerin öğrenme performansları düşer. Bazı bilişsel yetileri örneğin kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme gibi yetilerinde de azalmalar görülebilir. Eğer anksiyete hafif ve orta düzeyde görüldüğünde ise bireyin dikkat ve odaklanması artmaktadır. Birey öğrenme ve problem çözme durumlarına karşı daha fazla güdülenmiştir. Anksiyetenin düzeyi eğer şiddetli ise, bireyin bilişsel işlevlerinde bozulmalar görülmektedir. Birey konular arasındaki kavramsal bağlantıları kurmada ve onları kavramada güçlük çekmektedir (Kocabaşoğlu, 2005). Anksiyete bozukluklarının tedavi sürecinde, psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisinin kombinasyonu ile yapılandırılmalıdır. Kombine tedavinin daha etkin bulgular sunduğu belirlenmiştir. Bilişsel davranışçı terapi, kanıta dayalı tedavi sonuçlarıyla, üst düzeyde kanıtlar sunan psikoterapi yöntemidir (Reddy vd., 2014).

Yaşlılık döneminde; en yoğun duygu durum düzeninde bozulma; anksiyete Tablo 1’ de verilmiştir (Saddichha vd., 2014). Yaşlı bireyler arasında anksiyete sıklığına bakıldığında; yaşlı bireyler arasında anksiyetenin sık ve bunun %10-20’leri bulunduğu gözlenmektedir. Bu oranın büyük çoğunluğunu önemli ölçüde kadınlardan oluşmaktadır (İbrahim, 2020).

Yaşlı bireylerin ruhsal sorunlarıyla tıbbi hastalıkları birlikte seyretmesi sorunu nedeniyle tanı sürecinde karmaşalar yaşanmaktadır. Anksiyete semptomlarının bazıları diğer tıbbi sorunların ardına saklanmış olabilir ya da gözden kaçırılmış olabilir. Yaşanılan bu dezavantaj, anksiyete semptomlarının patolojik mi yoksa yaşlanmaya dayalı mı açığa çıktığının ayrılmasında önemli güçlüklerdendir (İbrahim, 2020). Yaşlı bireyler, yaşlılık döneminde somatizasyon benzeri tepkiler verebilirler. Bolca fiziksel şikayetler ve hipokandriasis semptomlarına rastlanılabilir. Birey değişik etkilerle stres veya anksiyete yaşadığında, yaşlı bireyler bu etkiyi azaltmak için kendilerini kısıtlayabilirler. Yeni durumlara uyumda direnç gösterebilir ya da yeni bağımlılıklar geliştirebilirler (Özmen, 2009).

Yaşlı bakım kurumlarında yaşayan yaşlı bireylerin ruh sağlıklarına anksiyete bozukluğu bağlamında ele bakıldığında farklı bulgular göze çarpmaktadır. Yaşlı bakım kurumlarında yaşayan yaşlı bireyler anksiyete bozukluğu oranı % 15.4 olarak

bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının; bireyin yaşı, cinsiyeti ve mesleki statüden etkilendiği araştırma bulgularında yer almaktadır (Gezgin vd., 2010). Yaşlı bakım kurumlarında yaşayan yaşlı bireylerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu belirlenmiştir. Bu bulgunun; zor yaşam koşulları ve stresli olayların etkisiyle şekillendiğini vurgulamaktadır (Esenyel, 2012). Kadınların, kronik hastalığının olmasıyla ve genel sağlık durumu kötü olanların anksiyete ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Ayrıca bu bulgular arasında yaşlı bireylerin sosyal uğraşılara yönelerek beceriler geliştirmeleri anksiyeteyi azalttığı da belirlenmiştir (Çunkuş vd., 2019). Yaşlılık dönemindeki bireylerde anksiyete bozukluklarının çeşitleri açısından bakıldığında agorafobi dışında birincil olarak yaşlılıkta başlayanına nadiren rastlanılmaktadır. Yaşlı birey uzun süredir anksiyete bozukluğuna özgü semptomları klinik düzeyde sergilemektedir. Ancak yaşlılıkla birlikte bu semptomlarda şiddet artmıştır. Eğer ilk kez ileri yaşta anksiyete tanısını karşılayan bulgulara rastlanmışsa mutlaka eş tanılarını değerlendirmeye almak gereklidir. Bunlar ise depresyon, demans veya yeni eklenen bir fiziksel hastalık vb. olarak sıralanabilmektedir (Akdeniz vd., 2010).

Anksiyetenin psikoterapotik tedavisinde gevşeme teknikleri, bilişsel-davranışçı psikoterapiler, destekleyici psikoterapiler, analitik ve psikodinamik psikoterapiler kullanılan psikoterapi yaklaşımlarıdır. Anksiyete bozukluğunun tedavisinde anksiyetenin şiddeti de belirleyicidir. Çünkü anksiyetenin şiddeti, bireyin işlevselliğini belirlemektedir. Hafif düzeydeki anksiyete bireyin günlük işlevlerini yerine getirmede bozukluk söz konusu değilse bilişsel davranışçı tedavi önerilebilir. Anksiyete bozukluğu orta düzeyde ve ağır düzeyde ise ayrıca işlevler büyük ölçüde bozulmuşsa; sadece bilişsel davranışçı tedavilerden beklenen tedavi bulguları yeterli olmayabilir. Bu durumlarda farmakolojik tedaviyle sürecin planlanması daha etkilidir (Rapee, 2012).

Anksiyetenin farmakolojik tedavisinde kaygı giderici ilaçlar (benzodiazepin türevleri), adrenerjik etkiyi kesen ilaçlar ve betablokörler, antidepresanlar, seçici serotonin geri alım önleyicileri, serotonin-noradrenalin geri alım önleyicileri, trisiklik antidepresanlar ve antiepileptik ilaçlar yaygın anlamda tercih edilen ilaçlar arasındadır. SSRI ve SNRI grubu ilaçlar, farmakoterapide birinci basamak ilaçlar arasında yer alır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Yaşlı bireylerin anksiyete tedavisinde ilaç kullanımı prensibi minimum dozla başlar. doz arttırılması yavaş yavaş ilerlemelidir. Tedavi süresinin uzun tutulması tercih edilebilir. Yaşlı bireylerin tedavisinde kaygıya

neden olabildikleri için Bupropion ve Metilfenidat kullanmaktan oldukça kaçınılmalıdır. Benzodiazepinlerin psikolojik bağımlılığa neden olmalı gerekçesiyle kısa süre düzenli kullanılması önerilen önemli bir ayrıntıdır (Çavuşoğlu vd., 2020).

2.2.3. Yaşlılıkta sosyal destek algısı

Sosyal destek, bireyin karşılaştığı sorunlar ile baş edebilmesi için gerekli, bilgileri ve davranış becerilerini kazanmasını destekleyen kendisi dışındaki etkenlere ilişkin algısıdır. Problem yaşanan anda yani desteğe ihtiyaç duyduğu anda yaşanan durumun üstesinden gelebilmek için ona katkı sunan paydaşlarının olması önemli ve gereklidir. Sosyal desteğe gereksinim duyan bireyin hayatında önemli bir yeri olan akrabaları, aile üyeleri, eşi, sosyal arkadaşları, uzmanlar, öğretmenler, komşuları, partneri gibi kişilerden aldığı maddi içerik taşıyan yada manevi yönü olan destekler olarak da ifade edilebilir (Sarason, 2013; Yuvakgil, 2017).

Sosyal destek, bireyin zorlu yaşam durumlarındayken veya yoğun stres yaşatan bir durumun etkisi altındayken çevresindeki kişiler tarafından sunulan destek olarak da tanımlanabilir. Bu etki ruhsal sorunlar söz konusu olduğunda, nicel yoğunluktan bağımsız olarak nitel katkılarının etkililiği ve kalitesiyle ilişkili olduğu ayrıntısı gözden kaçırılmamalıdır (Toper, 2017). Başka bir tanımı ise kişilerin krizlerin, yaşam dönemleriyle ilgili sorunların ve yaşamsal stresle baş edebilmek ve üstesinden gelebilmek için çevreyle kurulan güçlü bağlar olarak da tanımlanabilir (Cansız, 2007; Sarason, 2013). Bazen sosyal destek algısı sunduğu sınırlı niteliklerine göre de şekillenebilirler. Bunlar, duygusal destek, bilgilendirici destek, değerlendirme desteği ve araçsal (maddi) destek şeklinde ele alınabilir. Ruh sağlığı bakımından sosyal desteğin etkili işlevleri söz konusudur. Karşılıklı ilişkilerde sosyal desteğin dört adet işlevi bulunmaktadır. İlk olarak sosyal destek, duygusal, güven içeren boyutundan söz edilebilir. Bu işlev bağlamında kurulan kişilerarası ilişkiler, değer verme, sevgi, hoşgörü, kabullenme ve duygu paylaşımı sözkonusu olduğunda bireyler kendilerini iyi hissederler. Bu durumda duygusal destek elde edilmiş olur. İkinci boyutta ise bilgi sağlayıcı destek, bilişsel rehberlik şeklinde gerçekleşebilir. Bunlar, araçsal destek ve eşlik etme şeklinde sergilenen desteklerdir. Bireyin günlük sorunlarına destek olma, rehberlik etme, öğüt verme gibi işlevlerin sözkonusu olduğunda ise birey bilgi sağlayan sosyal destek elde eder. Üçüncü boyutta ise bireyin yardımlaşma veya maddi destek sağladığı sosyal destek durumudur. Bu durumda ise araçsal destek icra edilmiş olur. Son olarak ise sosyal aktivitelere katılma şeklinde karşılanan sosyal destek ise eşlik etme

desteğidir. Bilimsel araştırmalara göre; en yararlı sosyal destek işlevinin duygusal destek olduğu öngörülmektedir (Sarason, 2013; Keskin, 2015).

Bir başka açıdan sosyal destek; bireyin ihtiyaçlarını karşılayarak duygusal rahatlık veren etkidir. Bireyin sorunlarıyla ilgili olarak yol gösterici olan kişilerin varlığıyla ilgilidir. Bu kişiler başa çıkma stratejileri sunar bunun sunucunda da bireye ihtiyaç duyduğu kendisini geliştirecek geribildirimler sunabilirler. Bu tutumlarıyla bu bireyler iletişim halinde bulunarak gelişimi destekleyici yönde ve kriz anlarında onları, stresin negatif etkilerine karşı koruyucu rol ve etkene dönüşürler (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Ayrıca bilinmelidir ki, sosyal destek, her bireyin gereksinimidir. Bu gereksinimi doyurabilme motivasyonu her bireyde vardır. Sosyal destek gereksinimi farklı modellerle karşılanabilir. Bazen birey; sosyal desteğe ihtiyaç duyduğunda karşılıklı paylaşımlara yönelebilir. Bu model sosyal yardım biçimi olarak düşünüldüğünde birey gereksinimlerini resmi olmayan ilişkilerle karşılayabilceği gibi resmi katkı sunmayan gönüllü ilişkilerden de karşılayabilir. Diğer model ise; doğrudan bir gereksinime bağlı olmaksızın amaç gütmeksizin bireyin kurduğu ilişkilerde olumlu etkilenmeye dayalı insan ilişkilerinin sosyal desteğidir (Cohen, 2004; Sarason, 2013). Kısacası, bireyler sosyal destek gereksinimlerini farklı kaynaklardan karşılayabilirler. Bunlar arasında öne çıkanlar; aile, arkadaş, dini ve etnik gruplar, komşular, öğretmenlerdir. Yaşlı bireylerin sosyal destek kaynakları arasında ise yakın akrabalarından bakım verenler, resmi sağlık çalışanları ve bireyin katıldığı sosyal grupların üyeleri sayılabilir (Ebimbo vd., 2019).

Sosyal destek aynı zamanda bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerinde koruyucu ve genel sağlığının olumlu olarak etkilediği genel kabul görmektedir (Varıcıer, 2019). Üç farklı sosyal destek kaynağından yani aile, arkadaş, özel görülen birinden elde edilen sosyal destek algılamasının; bireyin zorlu hayat tecrübelerinde güçlü kılan psikolojik dayanıklılığını ve ruhsal uyumunu arttıran etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Terzi, 2006; 2008). Bir başka araştırma ise bu durumu yordayıcılık açısından ele aldığında farklı bakış açısı sunmaktadır. Aileden alınan sosyal destek algısı, öznel iyi oluşun yordayıcısı iken arkadaş ve özel bir insana dair algılanan desteğin iyi oluş üzerinde yordayıcı değildir. Dolayısıyla, aile etkisi sosyal destek algısı açısından önemli bir değere sahiptir (Gülaçtı, 2010).

Bu anlatılanlar ışığında sosyal destek, bireylerin sevgi, bağlılık, öz saygı ve bir gruba uyum ve ait olma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayarak psikolojik ve fiziksel

sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Algılanan sosyal destek ve yalnızlık hissi üzerindeki etkisi de dikkate değerdir. Algılanan sosyal destek oranı yüksek olanların, kendilerini yalnız hissetme oranlarının düşük olduğunu; algılanan sosyal destek ile yalnız hissetme arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Yılmaz vd., 2008).

Sosyo ekonomik durum ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sosyo ekonomik durum ile algılanan sosyal destek arasındaki negatif yönde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Aile içinde, tek ebeveyne sahip olan bireylerin algılanan sosyal destek puanlarının, her iki ebeveyne de sahip olan bireylere göre daha az olduğu ortaya çıkmıştır (Xu vd., 2020).

Algılanan sosyal destek üzerine sosyal beceriler ve bilişsel yeniden çerçeveleme içerikli psiko-eğitim uygulamaları sonucunda farklı bulgulara ulaşılmıştır. Bu bulgular; algılanan sosyal destek düzeylerinin aile alt boyutu bakımından arttırdığını göstermektedir. Algılanan sosyal destek düzeylerinin arkadaş alt boyutu bakımından herhangi bir fark oluşturmadağını göstermektedir. Araştırmanın önemli bir diğer bulgusu ise bireylerin kendisinden aldığı desteğin, sosyal çevresinden aldığı desteğe göre psikolojik sağlıklarının daha çok olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir (Maddux ve Tangney, 2011).

Sosyal açıdan uyumu destekleyici çevreler, bireyin sorunlarını paylaşılmasını sağlarlar. Birey adına ihtiyaçlarını karşılayan sosyal rolleri yerine getirirler. Kendilerini değişime kolayca adapte ederek olumlu sosyal destek algısının gelişmesini sağlarlar (Softa vd., 2016).

Sosyal destek ağları, bireyin kronik hastalığa uyum sağlama sürecini kolaylaştırarak, hastanın sağlığı üzerine olumlu etki oluşturarak başa çıkma süreçlerini pozitif etki oluşturmaktadır (Çam ve Yalçiner, 2018). Sosyal destek algısı; bireyin yaşadığı stresi tamamen ortadan kaldırmasa bile bireylerin yaşadığı kaygı düzeylerinin azalmasına, bireyin daha pozitif algıya sahip olmasına, karşı karşıya kaldığı zor durumlarla başa çıkmada yeni çözümler üretebilmesinde yaratıcılığına ve sorunun yaşattığı çaresizlik duygularının azalmasında önemli etkiye sahip olduğu vurgulanmaktadır (Binar, 2011).

Thoits'e göre ise sosyal destek; bireyin stresle başa çıkma sürecinde başka bireylerin bu sürece üstlendikleri sosyal rollerle eşlik etmesi olarak ele almaktadır.

Sosyal destek sürecinde diğer bireylerin üstlendikleri sosyal roller bireyin emosyonel tepkilerinin başa çıkma biçiminde değişmesine katkıda bulunur (Yürür ve Sarıkaya, 2011). Ancak, sosyal destek, her zaman olumlu bir etkiye sahip olmayabileceğine ilişkin görüşlerden de söz etmek gereklidir. Bazen güçlü bir sosyal desteğin ters etki oluşturarak diğer sosyal destekleri engelleyicisi olabileceğinin göz ardı edilmemesi gerektiği öne sürülmektedir. Bireyin algıladığı destek yaşadığı sorun bağlamında gereken sosyal destekle uyuşması birey için faydalı olup olmadığının önmeli göstergesidir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Sosyal destek sistemlerinin yeterliliğini, bireyin sosyal desteği nasıl algıladığı belirlemekte olduğu söylenebilir (Softa vd., 2016).

Algılanan sosyal destek, aslında kişinin kendi kendine ilişkin belirlediği değerdir. Bulunduğu çevrede saygınlık, sevilme, ihtiyaç anında yardım elinin uzatılması, karşılıklı sosyal ilişkilerde doyum bulan bireyin, algıladığı sosyal destek oldukça yüksek seyredecektir. Algılanan sosyal destek, günlük yaşam içerisindeki kolay değişebilen faktörlerin etkisine açıktır. Sosyal desteğin başkalarının katkısına bağlı olması ruh sağlığının salt başkalarının etkisi koşuluna bağlanması eleştirilebilir. Sosyal destek yerine kişinin öz-saygısını ve öz değerini zenginleştirmesi, sağlığının bozulmamasında daha fazla etkili olmaktadır (Ardahan, 2006).

Yaşlılar için sosyal destek söz konusu olduğunda içeriğine bakılmalıdır. İçeriğin bilgi, kaynak ya da yardım alma ile sınırlı tutulmaması gereklidir. Yaşlı bireyler söz konusu olduğunda manevi destek içeriğine sahip olması önemlidir. Ayrıca yaşlılar için bir yere ait olma duygusunun desteklenmesi aidiyet hislerinin karşılanması gereklidir. Ayrıca yaşlı bireylere diğer insanlarla ilişki kurarak kendi farkındalığında olma durumlarının desteklenmesi de önemlidir. Yaşlı bireylerin sosyal destek algılarını, yakın arkadaşları etkilemektedir. Yaşlı bireyler eğer bakım kurumlarında iseler, oda arkadaşlarından alacakları sosyal destek yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkilediği düşünüldüğünde fiziki ve sosyal ortamlarının düzenlenmesinde dikkatli olunmalıdır. Çünkü sosyal desteği, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini de yordayan belirleyicilerden olduğu göz ardı edilemez (Erkan, 2015).

Yaşlı bireylerin sosyal çevresinde yer alan eşi, ailesi ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağı bireylerin sevgi, bağlanma, ego saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamasına katkı sunar. Bu durum aynı zamanda bireylerin

algıladıkları sosyal desteğinde olumlu yönde etkilenmesini sağlar. Bu etki beraberinde bireyin bedensel ve psikolojik sağlığına olumlu katkılar sunmaktadır. Sosyal destek sonucu ortaya çıkan sağlamlık hali bireyin benlik saygısının, moral düzeyinin artışının, yaşam doyumunun artmasında etkilidir. Aynı zamanda stres verici olaylarla baş etmesinde de destekleyici etkiye sahiptir (Dedeli ve Karadakovan, 2011).

2.3. Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık

Yaşam kalitesi, mutlu olmayı ve hayattan memnun olmayı içeren bir terimdir (Altay vd., 2016). Çok yönlü doyum, mutlu olma ve zevkin kişisel algısı olarak düşünülebilir. Yaşam kalitesi, hayattan doyum alma, mutlu olma ve moral kavramlarının yerine de kullanılır. Maddi çevrenin sunduğu olanaklar, uygun konfor ve bireylerin bu durumu algıslama farklılığı olarak ele alınabilir. Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin kendilerine ilişkin iyi olma halini belirleyen önemli belirleyicilerden birisi olarak görülebilir (Bayraktar, 2009).

DSÖ sağlığı, "sadece hastalığın bulunmaması olarak değil, fizyolojik, zihinsel ve sosyal olarak tam iyilik hali" şeklinde tanımlarken WHOQOL Yaşam Kalitesi Grubu ise yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile ilişkili olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendilerini nasıl algıladıklarıdır" şeklinde tanımlar (Arpacı, 2005). Yaşam kalitesi; bireyin genel olarak iyi olma halinin derecelendirmesi olarak görülebilir. Yaşam kalitesi, bireyin yaşam koşulları bağlamında elde edilebileceği kişisel yaşam doyumun düzeyini etkileyen faktördür. Günlük yaşam içindeki bedensel, psikolojik, sosyal yaşam etkilerine verdiği kişiye özgü tepkiler olarak görülebilir (Oktik, 2004).

Yaşam kalitesi tanımları incelendiğinde etkili altı alan öne çıkmaktadır. Bunlar; bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik duygu durumu, bağımsızlık derecesi, sosyal ilişkileri, yaşadığı çevreye özgü özellikler ve ruhsal sağlığı ile ilgili özelliklerdir. Bedensel sağlık durumu bireyin biyolojik sağlığı, fizyolojik sağlığı ya da işlevsel bozuklukları ve bunlara bağlı semptomların dikkate alınarakkarar verilen bireyin subjektif iyi olma durumudur. Bireyin günlük işlevselliğinin de göz ardı edilmemesi önemlidir. Bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamadaki her zamanki sorumluluğu ve rollerini yerine getirebilmesidir. Ayrıca bireyin sahip olduğu sağlık ve iyi olma durumunun sürdürülebilmesi amacıyla günlük fonksiyonlarına dair işlevlerini yerine getirme konusundaki yetkinliğidir. Genel sağlık durumu açısından ise bireyin genel sağlık

durumuna etkil eden veya sağlık durumundan etkilenen genel yaşama dair doyum düzeyi ve mutlu oluşudur. Tanımlarda yer alan diğer kavram bireyin ruhsal durumuna ilişkin etkilerle ilgilidir. Bireyin uzun süren ya da kısa süren stres durumlarına verdiği duygusal tepkileridir. Bireyin dış dünyaya karşı yansıyan yüzü olarak da görülebilir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik duygu durumu, bağımsızlık derecesi, sosyal ilişkileri, yaşadığı çevreye özgü özellikler ve ruhsal sağlığı ile ilgili özellikler bağlamında biçimlenmektedir. Tanımda yer alan bu bağlam DSÖ standartlarında yer alan yaşam kalitesi belirleyicisi faktörlerdir (Sarı, 2013).

Yaşlı bakım kurumlarındaki yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin belirleyicileri arasında ise fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel etkenler yer almaktadır. Yaşam kalitesinin bu dört farklı belirleyici etkene ek olarak bireyin kültürel ve sosyal bağlamıyla öznel bir değerlendirmesi olarak görülebilir (Lai vd., 2014). Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini inceleyen çalışmalardan ortaya çıkan sonuçlara göre yaşam konforunun genellikle belirli faktörlerden etkilendiği fikri yaygındır. Alt faktörlerdeki bozulmanın kalitenin düşmesinden kaynaklandığı muhtemel görülmektedir Bu etmenler fiziksel sağlık, sosyal iletişim, işlevsellik, psikolojik, toplumsal ve bilişsel faktörlerle ilgilidir (Sarı, 2013). Barınma koşulları, yaşanılan ev ortamı, kronik sağlık sorunları, kognitif işlevlerdeki bozulmalar, bedensel ağrılar, sunulan sağlık hizmetleri ve onların kullanılabilmesi, fizik çevredeki yetersizlikler ve toplumsal yalıtım gibi sorunlar yaşlı bireylerin yaşam kalitesini bozan faktörlerdir. Sağlık hizmetlerine ulaşım ve bu hizmetlerin kullanma durumu yanında ev ve aile ile ilgili konular, çalışma durumu, sosyal, ekonomik ve fiziksel faktörler yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen, sağlık düzeyini belirleyen önemli değişkenlerdir (Altay vd., 2016).

Yaşlı bireylerde, bilişsel problemler de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. İleri yaşyaki yaşlı birerlerdeki kadınlarda depresyon, anksiyete, bilişsel işlevsellikte yaşanan kayıplar daha fazla görülmesi nedeniyle yaşlı bireylerin sağlığını tehdit etmektedir. Bu etkenlere ek olarak yalnızlığın eşlik etmesi yaşam kalitesiyle ilişkilidir (He vd., 2017). Yaşlı erişkinlerde depresif semptomların, önemli tıbbi durumların olumsuz etkisini ele alan terapötik müdahalelerin, yaşam kalitesini arttırmada önemli yararlar sağlayabileceği belirtilmiştir (Kuok vd., 2017).

Yaşlı bakım kurumlarında ve aileleriyle yaşayan yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesinin benzer olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal

ilişki ve çevresel alanları ile ilgili olarak, Türkiye, Ürdün ve Tayvan'daki yaşlı bakım kurumlarındaki yaşlı bireylerin en yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin; ağrılarının olması, çocuk sahibi olmaları, daha genç yaşta olmaları ve bilişsel bozulmaları ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu belirtilmiştir (Lai vd., 2014).

Yaşlılık döneminde yaşam kalitesini yaştan ilerlemesi arasında negatif ilişkiden söz edilebilir. Yaşlı bireyler arasında kronik hastalığı olanların yaşam kalitelerine ilişkin bulguları, uyku düzeyi, ağrı, emosyonel durum, enerji düzeyi açısından ortalamalarında anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir (Taşkiran ve Demirel, 2017).

Yaşam kalitesi, yaşlanmayla birlikte bozulduğu belirlenmiştir. Hayat konforun bazı etkenlere göre etkilenecek şekilde şekillenebilir. Yaşlanmayla birlikte bu alt etkenlerdeki bozulmalar yaşam kalitenin düşmesine neden olmaktadır. Bu etkenler; bireyin bedensel sağlığı, genel işlevsellik durumu, psikolojik ve toplumsal durumu, bilişsel işlevler açısından durumu son olarak da toplumsal iletişim başlıklarıyla incelenebilir. Bireyin yaşlanması, her bireye özgü görülen genel fonksiyonlarda azalmadır. Bu sonuç, kaçınılmaz olan evren insanlarına ait bir sürecin sonucudur. Yaşam kalitesi, bireyin yaşamın bütün yönleri açısından iyilik halidir. Bireylerin yaşlanmalarıyla birlikte fiziksel fonksiyonlarında, toplumsal işlevselliğinde ve genel psikolojik durumuyla ilgili fonksiyonlarında kayıplar meydana gelmesi kaçınılmazdır. Bu kayıpların yaşanması yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin her geçen gün giderek azalmasına yol açmaktadır (Bayraktar, 2009).

Bireyin yaşlanmasıyla birlikte organizmada biyolojik ve fizyolojik değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler bireyin yaşamındaki özerkliği için gerekli olan fonksiyonlarını kısıtlamaktadır. Zamanla yetersizlik duygusuna da kapılmaya neden olmaktadır. Ayrıca bunlara ek olarak olumsuz sağlık çalışanı davranışları ve bazı fiziki çevreyi iğlendiren etkenler, yaşlanmayla açığa çıkan kaçınılmaz fizyolojik değişimlerin etkisini daha da olumsuzlaştırmaktadır. Bireyin yaşlanmasıyla birlikte görme kusurları, işitmeyle ilgili kayıplar, genel iskelet sistemindeki postür bozulmaları, beyinde işlev kayıpları, prostat, menopoz ve andropoz dönemlerindeki fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler de yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin düşmesindeki etkenler arasındadır (Cankurtaran, 2005).

Tıp ve teknoloji bilimi alanındaki bilimsel çalışmalar sağlık sorunlarıyla mücadelede katkı sağlayarak insanların ölüm oranlarını azaltmıştır. Bu gelişmeler sağlık alanında sundukları katkılar nedeniyle bireyin yaşam kalitesinin de arttırmışlardır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, bireyin yaşamında karşılaştığı sorunlara karşı etkili başetme strateji, yöntem ve teknikleriyle ilişkilidir. Ayrıca yaşlılık dönemi farklı alanlarda kayıpların yaşandığı dönemdir. Yaşlıların bu kayıpları kabullenebilmeleri ve bunların üstesinden gelebilecek stratejileri geliştirebilmeleriyle yakından ilintilidir (Çetin, 2019).

Yaşam kalitesi, birçok faktörün etkisi altındadır. Bunlar; ağrı, bulantı, kusma, bitkinlik, defekasyon, anksiyete, beslenememe, güvensizlik, geleceğin belirsizliği ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi başlıklarla ele alınabilir. Yaşlılık döneminde bu başlıklarda sık yaşanan sorunlar yaşlıların yaşam kalitelerini düşmesine neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör ise yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu olan kronik hastalıklar ve kalıcı hasarlar bırakan sakatlanmalardır (Günaydın, 2010).

Yaşlı bireylerin sedanter yaşam tarzı yaşam kalitesinin olumsuz etkileyicilerden olduğu belirlenmiştir. Emekli olan yaşlı bireyde emekli oluşla berilikte rollerinde değişimler ve rollerinde kayıplar söz konusu olmaktadır. Yaşlı bireyin etken pozisyonundaki statü, rol ve sorumlulukları edilgen pozisyona geçişle birlikte yaşlı bireyi yeni bir duyguduruma sokmaktadır. Yaşlı birey kendini işe yaramaz biri gibi hissedebilir. Bu durumun zamanla yerleşmesiyle birlikte yaşlı birey hayattan aldığı yaşam doyumu daha da azalabilir (Belice vd., 2021).

Yaşam kalitesi de birçok faktörün etkisinin söz konusu olduğu kavramlardandır. Bireyin değer sistemi, inanç durumundan etkilenir. Ayrıca bireyin yaşam biçimi, yaşamını geçirdiği mekan, aile üyeleriyle olan ilişkilerinin durumu, kişisel olarak sağlığıyla ilgili anlayış ve algılayış biçimi yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir (Süt, 2009).

Yaşlılık dönemindeki bireyin yaşam kalitesini belirleyen etkenler vardır. Bunlar arasında cinsiyet, yaş, kalıtsal hastalıklar yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşlı bireyin fiziksel özelliklerini etkileyen yardımcı araç kullanımı, görme ve işitme yardımcısı, sürekli ilaç kullanımı, kronik hastalıklar ve sakatlığın söz konusu oluşu yaşam kalitesini şekillendirmektedir. Psikolojik değişkenler arasında ise en önemlisi yaşlı bireyin yaşamdan doyum arttıran duygusal olanaklarıdır. Yaşlı bireyin kendi sağlık

durumundan duyduğu memnuniyet derecesi de etkilidir. Yaşlı bireyin sosyal çevresi ile olan iyi ilişkilerinden aldığı doyum, bireyin psikolojik durumunu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Sosyo-demografik ve ekonomik değişkenler arasında ise eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvencelere sahip oluşu, temel ihtiyaçlarının karşılayabileceği kadar gerekli olan ekonomik yeterliliğe sahip olması yaşlı bireyin yaşam kalitesi düzeyini belirlemektedir. Yaşlı bireyin yaşadığı fiziki çevreye ait değişkenler de etkilidir. Yaşadığı fiziksel çevre, yaşlı bireyin genel sağlığını ve yaşam fonksiyonlarını belirlemektedir (Bektaş, 2008; Dönmez, 2010; Erol vd., 2016; He vd., 2017; Dağlı, 2019).

Yaşlı bireyin yaşam kalitesini düşüren eklenebilecek etmenlere de söz konusudur. Bunların her biriyle başetme sorumluluğu vardır. Yaşlı bireyin yaşamını sürdürebilmek için gerekli temel gereksinimlerin karşılanamaması bunların başında gelir. Ayrıca beden imgesinin değişmesi de yaşlı bireyi etkileyen faktörlerdendir. Bu durum yaşlı bireyin uyum sağlaması gereken bir değişimdir. Yaşlı birey yaşlanmadaki kayıpları nedeniyle öz bakımını yapmakta da zorlanmaktadır. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerinin kendi başına yapabilmemesi yetersizliği başetmesi gereken diğer konulardan birisidir. Yaşlı bireyin kronik yorgunluk çekmesi de yetersizliklerindendir. Cinsel fonksiyonlarında da bozulmalar başgöstermektedir. Artık sık sık geçmişe dair pişmanlıkları yakasını bırakmaz olur. Ayrıca geleceğe ait kaygıları da buna eklendiğinde ruh sağlığı daha fazla hırpalanır. Akut ve kronik sağlık sorunları yaşlı bireylerin anksiyete ve depresyon tablosunun belirleyicilerindendir. Tüm bu etkenler yaşlı bireylerin yaşamının parçalarıdır ve yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Dönmez, 2010; Bilgili ve Arpacı, 2014; Campos vd., 2014; Murphy vd., 2014; Roberts ve Ishler, 2018).

Yaşlı bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olma, güven içinde yaşama şansına sahip olma, konforlu ve anlamlı bir yaşam, aktif ve hareketli bir yaşantıya sahip olma, pozitif nitelikli ilişkilere sahip olma, zevkli ve eğlenceli faaliyetlere sahip olma, saygı duyulan ilişkilere sahip olma olarak sıralanabilir. Bunlara ek olarak, bağımsızlığa sahip olma, mahremiyetine saygı gösterilmesi, gereksinim duyduğunda evde bakım ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek fırsata sahip olma, yaşlılıkta kişisel bakım için eğitimi alması, yaşlı bireye özgü değişkenlerin bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi, öğrenme ve gelişme fırsatına sahip olma durumları yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu söylenebilir (Bakar, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemleri çerçevesinde yürütülen deneysel desenli bir araştırmadır. Deneysel desenli araştırmalarda; değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkileri incelenir. Bu araştırmada öncelikle bir psiko eğitim programı geliştirilmiştir. Ardından program uygulanmıştır. Uygulanan programın sorunun çözümünde ne derece etkili olup olmayacağını görmek için deneysel desenli araştırma yapılmıştır.

Deneysel desenli araştırmalar, göre; bir olaydaki değişkenin sonuca etkilerinin gözlenebildiği tek yöntemdir. Deneysel araştırma koşullarının iyi oluşturulduğu durumlarda sebep-sonuç ilişkisini test eden en güvenilir yoldur. Sahip olduğu bu niteliğiyle de diğer yöntemlerden ayrılmaktadır (Fraenkel ve Wallen, 2006). Bu bağlamda deney ve kontrol gruplarının yer aldığı bu araştırmada ön test, son test ölçümleri alındı. Deney ve kontrol grubuna atanacak yaşlı bireyler yaşlı bakım kurumuna yatış biçimine göre atama yöntemi ile atandı. Araştırmada ayrıca demografik bilgiler alındı. Veri toplama aracı olarak psikolojik testler kullanıldı. Veriler betimsel analiz ile çözümlendi. Bu araştırmada alınan ölçümlere ilişkin deneysel deseni: deney ve kontrol gruplu ön test ve son test ölçümlü olarak yapıldı.

3.1.1. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmada iki farklı değişken söz konusudur. Bağımsız değişken; Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'dır. Bağımlı değişken ise; Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nın etkisiyle kognitif belirtiler, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi puanlarındaki anlamlı farklılaşmalardır.

3.1.2. Deneysel işlem

Tez kapsamında, 5 hafta boyunca, haftada 2 gün, süresi 90 dakika olarak yapılandırılmış YUBP uygulandı. Uygulama sırasında; çalışma ve ödev kağıtları ve amaçlara ulaşmaya katkı sunan nesneler yer aldı.

3.1.2.1. Yaşlı uyum becerileri psiko-eğitim programı (YUBP)

Psiko-eğitim uygulama süreci, aşağıdaki Tablo 2'de verildi.

Tablo 2: Yaşlı uyum becerileri psiko-eğitim programı

YAŞLI UYUM BECERİLERİ PSİKOEĞİTİM PROGRAMI (YUBP)					
	1. HAFTA	2. HAFTA	3. HAFTA	4. HAFTA	5. HAFTA
	TANIŞMA VE EĞİTİMİN TANITILMASI	FARKINDALIK YARATMA	GÖRSEL YÖNERGELERİ YERİNE GETİRME	ANIMSAMA ETKİNLİĞİ	DÜŞÜNME BECERİLERİNİ GELİŞTİRME
SALI	<u>Yaşamevinize hoşgeldiniz</u> Katılımcılara bir defter ve kalem dağıtımı (Her günün sonunda yaşadıklarını ve duygularını not etmelerinin istenmesi. Her toplantı sonunda her bir katılımcının içinden seçtiği bir notunu paylaşması). Moderatörün kendini tanıtım, irtibat bilgilerini adres bilgilerini vs yazması. Katılımcıların bu bilgileri not etmelerinin istenmesi. Katılımcıların kendini tanıtım(ismi, mesleği,nereden geldi, en sevdiği yemek). Moderatörün bunu kayıt altına alması ve her katılımcı için bir dosya oluşturması. Psiko-eğitimin amacının anlatılması.	<u>Kurum yönergelerinin paylaşılması</u> <u>Kavramlar Üzerine Çalışma:</u> Bilgelik, Cesaret, İnsaniyet, Adalet, Ölçülülük, Aşkınlık gibi erdemler üzerine paylaşım ve tartışma (Bu erdemleri oluşturan karakter güçleri kartları üzerinden çalışma aktif bir şekilde yürütülür.)	<u>Parti Yemeği Hazırlama Etkinliği:</u> Bilgisayarda görülen ya da masada olan ürünlerden, nasıl olacağı ayrıntıları ile belirtilerek birlikte bir menü oluşturulması. Moderatörün bu söylenenleri son hafta uygulamak üzere kayıt etmesi	<u>Anımsama-Bağlantı Nesneleri Üzerine Paylaşım:</u> Kişiler ile ilgili nesnelerin getirilerek öyküsünün ve kişinin kendisinde yarattığı duygunun paylaşılması (Tesbih, fotoğraf, yastık, tavla vd...?)	<u>Hikayeyi Tamamlama Etkinliği:</u> Herkese başlangıcı olan bir hikaye verilerek nasıl tamamlanacağını kurgulanmasının istenmesi, A4 Kağıda yazılması ve sonra herkesin okuması. Defter notlarının okunması

	<u>GRUP İÇİ PAYLAŞIM</u>	<u>BEKLENTİLER</u>	<u>İLETİŞİM BECERİLERİNİ GELİŞTİRME</u>	<u>ZAMAN MEKAN ALGISI</u>	<u>SONLANDIRMA</u>
PERŞEMBE	<u>Yaşamevinde İlk Günümü Nasıl Geçirdim?</u> Katılımcılara söz verilmesi. Defter notlarının okunması. Herkesin sevdiği bir şarkısının tahtaya yazılması, seçim yapılarak birlikte söylenmesi. <u>Birlikte Yürüyoruz Etkinliği</u> Kurumiçi gezi etkinliği	<u>Kurumda yapmak istediklerim veKurumdan beklediklerim:</u> Bu çalışmanın yazılı olarak yapılması, herkese A4 kağıdın dağıtılması ve belli süre içinde yazmalarının istenmesi ardından söz hakkı verilerek bu kağıtların okunması. Moderatörün öne çıkan cümleleri tahtaya yazması 1.Hafta 2. Oturumda seçilen şarkılardan birinin birlikte söylenmesi Defter notlarının okunması	<u>İlişki ve İletişim Biçimlerini Anlama Etkinliği:</u> Siz kimlere destek veriyorsunuz? Kimler size destek veriyor? Çevrenizde kimler var? Kendinizle ilgili 10 özellik paylaşın. Bir durumu ben dili karşılamalarının istenmesi ve örneklerin verilmesi Yapıcı eleştirilerde bulunmalarını istenmesi 1.Hafta 2.Oturumda seçilen şarkılardan birinin birlikte söylenmesi. Defter notlarının okunması.	<u>Olayları Sıralama Etkinliği:</u> Olayın zamanlamasının da içinde yer aldığı kartlar gösterilerek bunlar üzerinden zaman, o zamanda ne yapılacağı nasıl yapılacağı, hangi durumun hangi durumdan sonra geleceği üzerine konuşulması 1.Hafta 2.Oturumda seçilen şarkılardan birinin birlikte söylenmesi. Defter notlarının okunması.	<u>Partinin gerçekleştirilmesi:</u> 3.Hafta 1.oturumda kişilerin belirttiği yemek vs hazırlanarak kişilerin davet edilmesi ve aktivitenin gerçekleştirilmesi. Karşılıklı temennilerin belirtilmesi. 1.Hafta 2.Oturumda seçilen şarkılardan birinin birlikte söylenmesi.

3.2. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma Tablo 3’de verildiği gibi kontrol ve deney gruplu ön ölçüm/son ölçümlü deneysel bir araştırmadır.

Tablo 3: Deneyisel desen örüntüsü

Grup	Ön Ölçüm	İşlem	Son Ölçüm
Yeni Yatış Yapan (Deney Grubu)	Sosyo-Demografik Form, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT), Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu	Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nin Uygulanması.	Sosyo-Demografik Form, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT), Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu
Yatmakta Olan (Kontrol Grubu)	Sosyo-Demografik Form, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT), Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu		Sosyo-Demografik Form, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT), Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu

3.3. Çalışma Grubu

Bu başlık altında araştırmadaki çalışma gurubuna ait nitelikler üzerinde durulacaktır.

3.3.1. Evren örneklem

Araştırmanın evrenini; İBB Ataşehir Darul Acaze kurumuna yatış yapan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise kuruma yatış yapan yaşlı bireyler arasından seçilen 45 yeni yatış yapmış olan yaşlı birey oluşturmaktadır. Evren ve örnekler üzerindeki işlemler aşağıdaki adımlarla uygulanır.

- Ön testler olabildiğince tüm evrene uygulanır.
- Evrendeki katılımcılar yatış biçimine göre belirlenir. Yeni yatış yapan grup katılımcılarına Psiko-Eğitim uygulaması yapılır.
- Psiko-Eğitim uygulaması katılımcıları gönüllülük esasına göre katılımları sağlanır. Bunun için katılımcılara; ilk olarak, Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nin içeriği hakkında bilgi verilir. Ardından

katılımcılara, kişisel bilgilerin korunması konusunda güvence verilir. Katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı belirtilir. Ardından gönüllü olan katılımcılara, gönüllük ve onam sözleşmesi yapılır.

- Deney kaybı yaşamamak için, katılımcıların devamlılığını sağlayacak ortak zaman belirlenir.

3.3.2. Dışlama kriteri

Araştırmada katılımcıların dışlama kriteri olarak belirlenen kriterler belirlenmiştir. Bunlar;

- Zeka açısından geri olan katılımcılar,
- Genel tıbbi durumunu araştırmadaki ölçümlerin değerlerini bozabilecek nitelikte bir hastalığı bulunanlar.

3.4. Veri Toplama

Araştırmada veri toplamanın ilk adımı; İstanbul, Ataşehir semtindeki İBB Darülacezede zaten yatmakta olan yaşlı bireylere veri toplama araçlarının ön test verilerinin elde edilmesi amacıyla uygulanmasıdır. Araştırmada veri toplamanın ikinci adımı ise; İstanbul, Ataşehir semtindeki İBB Darülacezede yeni yatış yapan yaşlı bireylere veri toplama araçlarının ön ölçüm verilerinin elde edilmesi amacıyla uygulanmasıdır. Araştırmada üçüncü adımında; yaşlı bakım kurumuna yatış yapan yaşlı bireylere Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nin uygulamasına geçilecektir. Son olarak uygulama sonrasında hem eskiden zaten yatmakta olan yaşlı bireylerin bulunduğu kontrol grubuna ve yeni yatış yapan yaşlı bireylerin bulunduğu deney grubuna son ölçüm verilerinin toplanmasına geçilecektir. Veri toplama işleminde elde edilen veriler, Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP)'nin fark oluşturuçu olup olmadığını belirlemeye yarayacaktır.

3.4.1. Veri toplamada etik yönler

“Girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu başvuru kontrol listesi” Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul onayından geçmiştir. İBB Darülaceze Şube Müdürlüğü'nde izin işlemleri onaylanmıştır (Ek-7).

3.4.2. Araştırmanın yer ve zamanı

Araştırmanın psiko eğitim uygulamalarının yeri: Türkiye İstanbul ilinin Ataşehir semtinde İBB Darülaceze Şube Müdürlüğü'dür. Araştırmanın psiko-eğitim uygulamalarının tarihi: 06.2023 - 08.2023 tarihleri arasında yürütülecektir.

3.4.3. Veri toplama araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak; Sosyo demografik veri formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT), Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu kullanılacaktır.

3.4.3.1. Sosyo-demografik bilgi formu

Demografik bilgi formunda; yaş, cinsiyet, eğitim geçmişi, ebeveyn bilgileri, yaşam özgeçmişi, medeni durum, alışkanlıklar, aile bilgileri, psikolojik ve fiziksel sağlığa ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.4.3.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Beck depresyon ölçeği, Beck tarafından geliştirilmiş olup, 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddeler 0'dan 3'e kadar depresyon durumunun ciddiyetine göre sıralanmıştır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif sayılar ile değerlendirmektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Ölçekte toplam değer 9 ve altı ise depresyon yok, 10-16 ise hafif, 17-29 arasında orta ve 30-63 arasında ise ciddi şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tegin tarafından 1980 yılında ve Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Depresyon ölçeğinin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Ülkemiz 17 ve üzeri puan % 90 ihtimalle normalin üzerinde depresyon düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur (Hisli, 1989). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur.

3.4.3.3. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

Beck anksiyete ölçeğinin, türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, Ulusoy (1998) tarafından yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Ölçek, bireye ait farklı durumlarda yaşanan anksiyete semptomlarının sıklığını belirleyerek

değerlendirmektedir. Kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Puanlama şekli olarak 0-3 arası puanlamayı kullanmaktadır. Maddelerde sıkıntı hissinin son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Puanların yüksek olması yaşanan anksiyetenin de yüksek düzeylerde olduğunu göstermektedir.

3.4.3.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASD)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (ÇBASD) Zimet, vd. (1988) tarafından geliştirilerek literatüre kazandırılmıştır. Türkiye bilim literatürüne ise Eker ve Arkar (1995) tarafından türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak kazandırılmıştır. Ölçek bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye odaklanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiştir. Ölçek toplamda 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri ise yedi dereceli olarak düzenlenmiş Likert tipi bir ölçektir. Maddelere yanıtlar “kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet” şeklinde verilmektedir. Puanlamada ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük 12 puan, en yüksek ise 84 puandır. Ölçekten alınabilecek puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin de yüksek düzeylerde olduğunu göstergesidir.(Eker ve Arkar, 1995).

3.4.3.5. Standardize mini mental durum testi (SMMDT)

Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMDT); erişkinlerdeki bilişsel işlev bozukluklarının kantitatif olarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilen bir ölçektir. Standardize Mini Mental Durum Testi kognitif işlev düzeyinin saptanmasında kullanışlı, kısa, ve standardize bir ölçme aracıdır. Madde sayısı toplamda 11 maddedir. Bu maddelerle elde edilen veriler; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında değerlendirilebilir.

Ölçeğin puanlarının değerlendirilmesi 30 puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 24-30 puan arası alına puan kognitif fonksiyonların normal olduğunu göstermektedir. Alınan puan eğer 18-23 puan arasında ise hafif kognitif fonksiyonlar olduğunu göstermektedir. Alınan puan eğer 18 puan ve altı ise kognitif işlevlere ait durumun ciddi şekilde olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir.

3.4.3.6. Yaşam kalitesi (Sf36) formu

Rand Corporation tarafından 1992 yılında yaşam kalitesini değerlendirmek için kısa, kolay uygulanabilir olan ve geniş açılı ölçüm sağlayabilen SF-36 (Kısa Form-36) kullanıma sunulmuştur. Formun oluşumu için yapılan ilk çalışmalarda 20 maddeli SF-20 oluşturulmuştur. Bu formun kapsamının ve psikometrik özelliklerinin geliştirilmesi ile madde sayısı arttırılarak 36 maddeli SF-36 meydana gelmiştir. SF-36 formunun kısa zamanda cevaplanabilmesi ve olumsuz sağlık durumlarını olduğu kadar olumlu sağlık durumunu da değerlendirmesi özellikleri arasında bulunmaktadır. Ayrıca bireyin kendisini değerlendirmesine de olanak sunmaktadır. 36 maddeden oluşan ölçek ve bunlar 8 alt başlığı değerlendirmektedir; mental sağlık (5 madde), fiziksel fonksiyon (10 madde), sağlığın genel algılanması (5 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), ağrı (2 madde), enerji/vitalite (4 madde) ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde) . Maddeler (4 ve 5 hariç) likert tipi cevaplanmaktadır. 4 ve 5 ise evet/hayır olarak yanıtlanmaktadır. Form doldurulurken son 4 hafta göz önüne alınarak doldurulması istenmektedir. Alt ölçeklerin her biri için ayrı ayrı toplam puan verilmektedir. 0 ile 100 20 arasında değerlendirilme yapılırken yüksek puanlar iyi sağlığı anlatmaktadır.

Düşük puan durumu ise kötü sağlığı anlatmaktadır. Türkçeye 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından uyarlanmış olup cronbach alpha değeri 0.73-0.76 olarak bulunmuştur (Koçyiğit vd., 1999). Formu kendileri doldurabilen bireylerden kendilerinin kendisi dolduramayan bireylere ise araştırmacı tarafından destek verilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Bu çalışma, nicel araştırma yöntemi çerçevesinde yürütülmüş deneysel bir araştırmadır. Deneysel desenlerde değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkileri incelenir. Bu çalışmada öncelikle uygulanan bir programın bir sorunun çözümünde ne derece etkili olacağını görmek için deneysel çalışma uygulanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının yer aldığı araştırmada ön test, son test ölçümleri alınacaktır. Deney ve kontrol grubuna katılımcılar yaşlı bakım kurumuna yatış biçimine göre belirlenen yöntemle atanacaktır.

Araştırmada ayrıca demografik bilgiler de alınacaktır. Veri toplama aracı olarak psikolojik testler kullanılacaktır. Veriler betimsel analiz ile özömlenecektir. Bu araştırmada alınan ölçömlere ilişkin Deneysel Deseni: Deney ve Kontrol gruplu Ön Test ve Son Test ölçömlödür.

Örneklemin normal dağılım sergileme durumları betimsel analizlerle gerçekleştirilecektir. Analiz işlemleri için bir örneklem normal dağılım gösteriyorsa, parametrik testlerin, normal dağılımın olmadığı durumlarda ise non-parametrik testlerin tercih edilmesi gereklidir.

Örneklem normal dağılım gösterdiğinde, hipotez testleri yapılabilir. Ortalama veya oranlar arasındaki farkı test etmek için t-testi veya ANOVA analizi yapılabilir. T-testi, iki grup ortalaması arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek için kullanılan bir istatistiksel analiz yöntemidir. Bu test, örneklem büyüklüğü küçük olduğunda veya örneklem normal dağılım varsayımı sağılandığında kullanılabilir. t-testi, iki grup ortalaması arasındaki farkın neden rastgele oluşabileceğı veya gerçek bir farklılık olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Bu test, iki grup arasındaki ortalamaların farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için, örneklem büyüklüğü, standart sapma ve ortalamalar arasındaki fark gibi faktörleri hesaba katarak bir t değeri hesaplar. t-testi, iki farklı türde yapılabilir: bağımsız örneklem t-testi ve eşleştirilmiş örneklem t-testi. Bağımsız örneklem t-testi, iki farklı grup arasındaki ortalamaların farklılığını test etmek için kullanılırken, eşleştirilmiş örneklem t-testi, aynı gruptaki bireyler arasındaki ölçömler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek için kullanılır. t-testi sonuçları, p değeri olarak ifade edilen bir anlamlılık düzeyi ile birlikte rapor edilir. Eğer p değeri belirli bir anlamlılık düzeyinin altındaysa (örneğin, %5), bu, gruplar arasındaki ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. ANOVA (Analysis of Variance), bir bağımsız değışkenin, bağımlı değışken üzerindeki etkisinin test edilmesi için kullanılan bir istatistiksel analiz yöntemidir. ANOVA, en az üç farklı grup arasındaki farklılıkları test etmek için kullanılır. Özellikle, bir grup ortalamasının diğerklerinden farklı olup olmadığını belirlemek için kullanılabilir. ANOVA, verilerin normal dağılım göstermesi ve varyansların eşit olması varsayımı altında çalışır. ANOVA, toplam değışkenliğı parçalara ayırarak, farklı gruplar arasındaki varyansın toplam varyansa oranını hesaplar. Bu oran, F istatistiğı olarak adlandırılır. ANOVA sonuçları, p değeri olarak ifade edilen bir anlamlılık düzeyi ile birlikte rapor edilir. Eğer p değeri belirli bir anlamlılık

düzeyinin altındaysa (örneğin, %5), bu, gruplar arasındaki ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. ANOVA analizi, birçok farklı grup arasındaki farklılıkları test etmek için kullanılabilen güçlü bir araçtır.

Örneklem normal dağılım göstermediğinde ise non-parametrik testler kullanılabilir. Non-parametrik testler, örneklem dağılımı hakkında belirli varsayımlar yapmadan çalışır ve verilerin dağılımı hakkında herhangi bir varsayımda bulunmazlar. Bu nedenle, veriler normal dağılmadığında bile güvenilir sonuçlar sağlarlar. Araştırmanın örneklem verileri normal dağılım sergilemediğinde veriler Mann-Whitney U testiyle analiz edilebilir. Mann-Whitney U testi, iki grup arasında bağımsız örneklem için bir karşılaştırma testidir. Mann-Whitney U testi, veriler normal dağılmadığında veya veriler arasında eşit varyans olmadığında kullanılabilir. Bu nedenle, parametrik olmayan bir testtir. Bu test, birbirinden bağımsız iki grup arasında medyan farkının olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Mann-Whitney U testi, birinci gruba ikinci grup arasındaki gözlemleri birleştirerek tek bir veri kümesi oluşturur. Ardından, bu veri kümesindeki gözlemler sıralanır ve sıralama numaraları atanır. İki grup arasındaki medyan farkı, sıralama numaralarına dayalı olarak hesaplanır. Mann-Whitney U testi, hipotez testinin null hipotezinin reddedilip edilemeyeceğini belirlemek için U istatistiğini kullanır. U istatistiği, birinci grubun sıralama numaralarının toplamını içeren U_1 ve ikinci grubun sıralama numaralarının toplamını içeren U_2 olmak üzere iki farklı şekilde hesaplanır. U istatistiği, küçük örneklem boyutları için kritik değerler tablosundan veya büyük örneklem boyutları için normal dağılım kullanarak p-değerine dönüştürülür. Mann-Whitney U testi, özellikle iki grup arasındaki medyan farkının belirlenmesi gerektiğinde kullanışlıdır ve normal dağılım varsayımı sağlanmadığında t testlerine alternatif olarak kullanılabilir. Test verileri; SPSS 27 programında işlenerek analiz edildi.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmada, katılımcıların “Kişisel Bilgi Formu”na vermiş oldukları cevapların oluşturduğu değişken ve gruplarına ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Tanımlayıcı bulgular

Bilgi	Tanımlayıcı	N	%
Yatış şekli	Eski Yatan	45	50,0
	Yeni yatan	45	50,0

4.2. Kognitif Belirtilere İlişkin Bulgular

Kognitif belirtilere ilişkin bulgulara ulaşabilmek için verilerin analiz edilmesi gereklidir. Bu amaçla verilerin hangi analize tabi tutulacağına karar verilebilmesi için normallik varsayımının test edilmesi gereklidir.

4.2.1. SMMDT verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulguları

Deney ve kontrol gruplarının normal dağılıma uygun olup olmadıklarına karar vermenin yollarından biri Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım varsayımının doğrulanabilmesidir. Bunu için dağılımın bazı ölçütleri karşılayabilmesi gereklidir. Literatürde bu ölçütlere ilişkin kabul gören aralıklara ilişkin farklı ölçütler sözkonudur. Hair vd., (2009)’e göre Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık $-+1$ değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Tabachnick vd., (2013)’ e göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+1.5$ ile -1.5 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. George ve Mallery, (2012)’ e göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+2$ ile -2 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Aminu ve Shariff (2014)’e göre çarpıklık değerlerinin $-+3$ aralığında, basıklık değerlerinin ise 10’dan küçük olması durumunda normal dağılım varsayımında bulunulabileceği belirtilmiştir. Normaldağılım varsayımında

bulunulabilmeye ilişkin bir diğer ölçüt ise Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre ± 2 ve basıklık için 7'den küçük olabileceğine ilişkindir. Bu bağlamda araştırma SMMDT verilerinin ön ölçüm puanlarına ilişkin Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin bulgular Tablo 5' de yer almaktadır.

Tablo 5: Standardize mini mental test (SMMDT) ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri

Grup	Skewness	Kurtosis
Yatmakta olan	-,682	-,705
Yeni Yatış Yapan	-,602	1,961

Araştırmada, yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının SMMDT ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri George ve Mallery, (2010)' e göre beklenen değerler içerisinde yer aldığından normal dağılım varsayımını karşılamaktadır.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının homojen ve normallik testlerinden almış oldukları değerler incelendiğinde veri setinin her iki grup içinde hem homojen hem de Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri bakımından ise normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda, araştırmanın veri analizinde parametrik analiz teknikleri kullanılabilir.

Tablo 6: Standardize mini mental test (SMMDT) ön ölçüm puanlarının t testi

	n	X	S	t	P
Yatmakta olan	45	25,6667	3,44436	,305	,761
Yeni yatış yapan	45	25,4222	4,12029		

Araştırma sürecinde yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının deneysel uygulamanın başlangıcında birbirlerinin karşılaştırılması deneysel işlemin etkisinin gözlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda deneysel işlemin başlangıcında yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için ön ölçüm puanlarına ilişkin t-testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 6'da verilmiştir. Bu tabloda, yatmakta olan ve yeni yatış

yapan gruplarının SMMDT ön ölçüm puanlarının arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($t=,305$, $p=,761$). Yeni yatan bireylerin SMMDT puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirine yakındır. Buna göre; YUBP programı uygulaması öncesinde yeni yatış yapan yaşlı bireylerin puanları, eskiden yatan yaşlı bireylerin puanları birbirlerine göre anlamlı farklılığa sahip değildir.

4.2.2. Kognitif belirtilere ilişkin H_{alt1} alt hipotezin test edilmesi

Araştırmanın H_{alt1} alt hipotezi;

H_{alt1} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; kuruma yeni yatış yapan grubundaki deneklerin SMMDT puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklinde.

4.2.2.1. YUBP’nin SMMDT ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular

YUBP deney grubundaki yeni yatış yapan yaşlı bireylerin uyum programı öncesi ve sonrası SMMDT puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin t testi sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: YUBP’nin uygulandığı grubun SMMDT ön-ölçüm ve son-ölçüm puan ortalamaları

	n	X	S	sd	t	P
Yeni yatan Ön Ölçüm	25,4222	45	4,12029	44	-,304	,763
Yeni yatış yapanSon Ölçüm	25,5556	45	2,63331			

Tablo 7’deki bulgular ışığında yeni yatan gruplarının YUBP öncesi ve sonrası SMMDT ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($t=,304$, $p=,763>,05$). Yeni yatan bireylerin SMMDT puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirlerinden farklı olsa bile yakındır. Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin kognitif belirti puanları açısından anlamlı etkiye sahip olmadığı söylenebilir.

4.2.2.2. H₁ ana hipotezin SMMDT puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular

Araştırmanın H₁ana hipotezi;

H₁ : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ na katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklinde ifade edilmektedir. Ana hipotezin kognitifbelirtilere ilişkin bulgularına ulaşabilmek için bazı analizler gereklidir.

Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan bireylerle, YUBP’na katılan yaşlı bireylerin SMMDT ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8’ de verilmiştir.

Tablo 8: Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan yaşlı bireylerle YUBP’na katılan yeni yatış yapan yaşlı bireylerin SMMDT ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ön ölçüm			Son ölçüm		
	N	X	S	N	X	S
Yatmaktaolan	45	25,66 67	3,444 36	45	26,0444	3,118 53
Yeni yatış yapan	45	25,42 22	4,120 29	45	25,5556	2,633 31

Tablo 8’de görüldüğü gibi grupların ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında birbirine yakın değerlere sahip oldukları görülmektedir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının YUBP’nın uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan SMMDT ölçeğiyle elde edilen puanlar üzerindeki değişimlerin anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin iki faktörlü ANOVA analizine başvurulabilir. SMMDT ölçeğiyle elde edilen kognitif belirti puanlarına ilişkin değerlerin iki faktörlü ANOVA analizisunuçları aşağıda Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: SMMDT ölçeğiyle elde edilen ön son ölçüm kognitif belirti puanlarının ANOVA sonuçları

		KT	sd	KO	F	p
Denekler arası	1789,161		89			
Grup(birey/grup)		6,050	1	6,050	,299	,586
Hata		1783,111	88	20,263		
Denekler içi	222,5		90			
Ölçüm (ön/son)		2,939	1	2,939	1,182	,280
Grup*ölçüm		,672	1	,672	,270	,604
Hata		218,889	88	2,487		
Toplam	2011,661		179			

Tablo 9'a göre; grup ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisi bakımından eski yatan ve yeni yatan grubundaki ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı farklılık görülmediği söylenebilir. Yani deneysel işlem olan yeni yatan gruba uygulanan Yaşlı YUBP'nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturamadığı görülmektedir $F(1-88)=,270$, $p=,604>0,05$. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin kognitif belirtiler bakımından doğrulanamadığı söylenebilir.

Ayrıca grup ve ölçümün temel etki testinde ise eski yatan yaşlı bireylerin puanları ve yeni yatan yaşlı bireylere uygulanan YUBP programıyla elde edilen toplam puanların arasında da anlamlı farklılık olmadığı söylenebilir $F(1-88)=,299$, $p=,586>0,05$.

Son olarak analizde ayrıca ölçüm temel etkisiyle grup ayrımı yapılmaksızın katılımcı yaşlı bireylerin ön ve son ölçüm puanları arasında da anlamlı farklılık olmadığı söylenebilir $F(1-88)=1,182$, $p=,280>0,05$.

4.3. Psikolojik Belirtilere İlişkin Bulgular

Araştırmada, yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan yaşlı bireylere YUBP uygulanmıştır. Bu uygulamadan elde edilecek veriler, yaşlı bakım kurumunda zaten yatmakta olan yaşlı bireylerin psikolojik belirtileriyle anlamlı fark oluşturma durumlarına bakılacaktır. Bu bulgulara ulaşabilmek için öncelikle, psikolojik

belirtilerden depresyon, anksiyete ve sosyal destek verilerinin ayrı ayrı normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığına bakılmalıdır.

4.3.1. Depresyona ilişkin bulgular

Depresyona ilişkin bulgulara ulaşabilmek için verilerin analiz edilmesi gereklidir. Bu amaçla verilerin hangi analize tabi tutulacağına karar verilebilmesi için normallik varsayımının test edilmesi gereklidir.

4.3.1.1. BDÖ verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulgular

Deney ve kontrol gruplarının normal dağılıma uygun olup olmadıklarına karar vermenin yollarından biri Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım varsayımının doğrulanabilmesidir. Bunu için dağılımın bazı ölçütleri karşılayabilmesi gereklidir. Literatürde bu ölçütlere ilişkin kabul gören aralıklara ilişkin farklı ölçütler söz konusudur. Hair vd., (2009)'e göre Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık $+1$ değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Tabachnick vd., (2013), göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+1.5$ ile -1.5 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. George ve Mallery (2012)'e göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+2$ ile -2 değerleri arasında ise normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Aminu ve Shariff (2014)' e göre çarpıklık değerlerinin $+3$ aralığında, basıklık değerlerinin ise 10 ' dan küçük olması durumunda normal dağılım varsayımında bulunulabileceği belirtilmiştir. Normaldağılım varsayımında bulunulabilmeye ilişkin bir diğer ölçüt ise Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)' e göre $+2$ ve basıklık için 7 den küçük olabileceğine ilişkindir.

Bu bağlamda araştırma verilerinin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ön ölçüm puanlarına ilişkin Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin bulgular Tablo 10' da yer almaktadır.

Tablo 10: BDÖ ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri

Grup	Skewness	Kurtosis
Yatmakta olan	1,639	4,127
Yeni Yatış yapan	,252	-,088

Tablo 10'a göre yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri Aminu ve Shariff, (2014) ve Tunçer vd., (2023)'e göre beklenen değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri bakımından ise normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının ön test puanlarının karşılaştırılması için parametrik analiz tekniklerinin kullanılabilir.

Araştırma sürecinde yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının deneysel uygulamanın başlangıcında birbirlerinin karşılaştırılması deneysel işlemin etkisinin gözlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda deneysel işlemin başlangıcında yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için ön ölçüm puanları t-testi analizi uygulanmış ve bulgular Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 11: BDÖ ön ölçüm puanlarının t Testi

	n	X	S	t	p
Yatmakta olan	45	,1545	,13589	-11,987	,000
Yeni yatış yapan	45	1,0021	,45448		

Tablo 11'e göre yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının BDÖ ön ölçüm puanlarının arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($t=-11,987$, $p=,000$). Yeni yatış yapan bireylerin BDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirinden farklıdır. Buna göre; YUBP programı uygulaması öncesinde yeni yatış yapan yaşlı bireylerin puanları, eskiden yatan yaşlı bireylerin puanları birbirlerinden farklıdır.

4.3.1.2. Depresyona ilişkin H₂ alt hipotezin test edilmesi

Araştırmanın H_{alt2} alt hipotezi;

H_{alt2} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen Yaşlı Uyum Becerileri Psiko-Eğitim Programı (YUBP); deney grubundaki deneklerin BDÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.” şeklindedir.

4.3.1.3. YUBP'nın BDÖ ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular

Yeni yatış yapan yaşlı bireylerin bulunduğu deney grubunda YUBP uygulaması öncesi ve sonrası BDÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin t Testi sonuçları Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Yeni yatış yapan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nin BDÖ ön ölçüm ve son ölçüm puan ortalamaları

	N	X	S	sd	t	p
Yeni yatış yapan Ön Ölçüm	45	1,0021	,45448	44	12,083	,000
Yeni yatış yapan Son Ölçüm	45	,1545	,13589			

Araştırmada yeni yatış yapan gruba uygulanan YUBP öncesi BDÖ ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunduğu söylenebilir ($t=12,083$, $p=,000$). Yeni yatan bireylerin BDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümde düşüş yönündedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin depresyon puanları üzerinde anlamlı etki oluşturacak farklılığa sahip olduğu söylenebilir.

4.3.1.4. H₁ ana hipotezin BDÖ ölçüm puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulguları

Araştırmanın H₁ ana hipotezi;

H₁: “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ na katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklinde ifade edilmektedir. H₁ ana hipotezin depresyona ilişkin bulgularına ulaşabilmek için bazı analizler gereklidir.

Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan bireylerle, YUBP’na katılan yeni yatış yapan yaşlı bireylerin BDÖ ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13: Yatmakta olan ve yeni yatış yapan bireylerin BDÖ ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ön ölçüm			Son ölçüm		
	N	X	S	N	X	S
Yatmakta olan	45	,1545	,13589	45	,1433	,12089
Yeni yatış yapan	45	1,0021	,45448	45	,1545	,13589

Tablo 13'te görüldüğü gibi grupların ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında birbirinden farklılaşan değerlere sahip oldukları görülmektedir. Buna göre YUBP'nin değişim etkisi ANOVA analiziyle görülebilir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının YUBP'nin uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan BDÖ ölçeğiyle elde edilen puanlar üzerindeki değişimlerin anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin iki faktörlü ANOVA analizine başvurulabilir. BDÖ ölçeğiyle elde edilen depresyon puanlarına ilişkin değerlerin iki faktörlü ANOVA analizi sonuçları aşağıda Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: BDÖ ile elde edilen ön son ölçüm depresyon puanlarının ANOVA sonuçları

		KT	sd	KO	F	p
Denekler arası	14,769					
Grup(birey/grup)		8,297	1	8,297	112,818	,000
Hata		6,472	88	,074		
Denekler içi	21,052					
Ölçüm (ön/son)		8,297	1	8,297	149,481	,000
Grup*ölçüm		7,871	1	7,871	141,809	,000
Hata		4,884	88	,056		
Toplam	35,821					

Tablo 14'e göre; grup ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisi bakımından eski yatan ve yeni yatan grubundaki ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı farklılık görüldüğü söylenebilir. Yani deneysel işlem olan yeni yatan gruba YUBP'nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturduğu görülmektedir $F(1-88)=141,809$, $p=,000 < 0,05$. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin psikolojik belirtilerden depresyon bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Ayrıca grup ve ölçümün temel etki testinde ise eski yatan yaşlı bireylerin puanları ve yeni yatan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nın uygulanmasıyla elde edilen toplam puanların arasında da anlamlı farklılık olduğu söylenebilir $F(1-88)=112,818$, $p =,000 < 0,05$.

Son olarak analizde ayrıca ölçüm temel etkisiyle grup ayrımı yapılmaksızın katılımcı yaşlı bireylerin ön ve son ölçüm puanları arasında da anlamlı farklılık olduğu söylenebilir $F(1-88)=149,481$, $p =,000 < 0,05$.

4.3.2. Anksiyeteye ilişkin bulgular

Anksiyeteye ilişkin bulgulara ulaşabilmek için verilerin analiz edilmesi gereklidir. Bu amaçla verilerin hangi analize tabi tutulacağına karar verilebilmesi için öncelikle normallik varsayımının test edilmesi gereklidir.

4.3.2.1. BAÖ verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulgular

Deney ve kontrol gruplarının normal dağılıma uygun olup olmadıklarına karar vermenin yollarından biri Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım varsayımının doğrulanabilmesidir. Bunu için dağılımın bazı ölçütleri karşılayabilmesi gereklidir. Literatürde bu ölçütlere ilişkin kabul gören aralıklara ilişkin farklı ölçütler söz konusudur. Hair vd., (2009)'e göre Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık $-+1$ değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Tabachnick vd., (2013), göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+1.5$ ile -1.5 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. George ve Mallery, (2012)'e göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+2$ ile -2 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Aminu ve Shariff (2014)'e göre çarpıklık değerlerinin $-+3$ aralığında, basıklık değerlerinin ise 10 'dan küçük olması durumunda normal dağılım varsayımında bulunulabileceği belirtilmiştir. Normal dağılım varsayımında bulunulabilmeye ilişkin

bir diğer ölçüt ise Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre +2 ve basıklık için 7 den küçük olabileceğine ilişkindir. Bu bağlamda araştırma verilerinin BAÖ ön ölçüm puanlarına ilişkin Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin bulgular Tablo 15'de yer almaktadır.

Tablo 15: BECK anksiyete ölçeği (BDÖ) ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri

Grup	Skewness	Kurtosis
Yatmakta olan	,947	1,7534
Yeni yatış yapan	,920	,471

Tablo 15'e göre yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının BDÖ ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri Hair vd., (2009), Tabachnick vd., (2013), George ve Mallery, (2012), Aminu ve Shariff, (2014), Kayahan vd, (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre beklenen değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapangruplarının normallik testlerinden almış oldukları değerler incelendiğinde veri setinin her iki grup içinde Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri bakımından normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının ön test puanlarının karşılaştırılması için parametrik analiz tekniklerinin kullanılabilir.

Araştırma sürecinde yatmakta olan ve yeni yatış yapangruplarının deneysel uygulamanın başlangıcında birbirlerinin karşılaştırılması deneysel işlemin etkisinin gözlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda deneysel işlemin başlangıcında yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için ön ölçüm puanlarına ilişkin t testi uygulanmış ve bulgular Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: BECK anksiyete ölçeği (BAÖ) ön ölçüm puanlarının T-testi

	n	X	S	t	p
Yatmakta olan	45	1,1079	,15004	-7,832	,000
Yeni yatış yapan	45	1,7534	,53213		

Tablo 16'ya göre yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının BAÖ ön ölçüm puanlarının arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($t=-7,832$, $p=,000$). Yeni yatış yapan bireylerin BDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirinden farklı olsalar da yakınlıkları görülmektedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması öncesinde yeni yatış yapan yaşlı bireylerin puanları, eskiden yatan yaşlı bireylerin puanları birbirlerine göre anlamlı farklılıkla araştırmaya katıldıkları söylenebilir.

4.3.2.2. Anksiyeteye ilişkin H_3 alt hipotezin test edilmesi

Araştırmanın H_{alt3} alt hipotezi;

H_{alt3} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen (YUBP); deney grubundaki deneklerin BAÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklindedir.

4.3.2.3. YUBP'nin BAÖ ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular

YUBP deney grubundaki yeni yatış yapan yaşlı bireylerin uyum programı öncesi ve sonrası BAÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin t testi sonuçları Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Yeni yatış yapan bireylere uygulanan YUBP'nin BAÖ ön son ölçüm puan ortamları ve t testi analizi

	N	X	S	sd	t	p
Yeni yatış yapan ön ölçüm	45	1,7534	,53213	88	7,832	,000
Yeni yatış yapan son ölçüm	45	1,1079	,15004			

Tablo 17'ye göre, yeni yatış yapan gruplarının YUBP öncesi BAÖ ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunduğu söylenebilir ($t=7,832$, $p=,000$). Yeni yatan bireylerin BAÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümlerde düşüş yönündedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin depresyon puanları üzerinde anlamlı etki oluşturacak farklılığa sahip olduğu söylenebilir.

4.3.2.4. H₁ ana hipotezin BAÖ puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular

Araştırmanın ana hipotezi;

H₁ : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ na katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklinde ifade edilmektedir. Ana hipotezin anksiyeteye ilişkin bulgularına ulaşabilmek için bazı analizler gereklidir.

Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan bireylerle, YUBP’ na katılan yeni yatış yapan yaşlı bireylerin BAÖ ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 18’ de verilmiştir

Tablo 18: Yatmakta olan ve YUBP’na katılan yeni yatış yapan ve yaşlı bireylerin BAÖ ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ön ölçüm			Son ölçüm		
	N	X	S	N	X	S
Yatmaktaolan	45	1,107 9	,1500 4	45	1,7534	,5321 3
Yeni yatış yapan	45	1,753 4	,5321 3	45	1,1079	,1500 4

Tablo 18’de görüldüğü gibi, grupların ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında birbirinden farklılaşan değerlere sahip oldukları görülmektedir. Buna göre YUBP’ nin etkisi anksiyete puanlarının düşüşü yönündedir. YUBP’ nin değişim etkisi ise ANOVA analiziyle görülebilir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının YUBP’ nin uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan BAÖ ölçeğiyle elde edilen puanlar üzerindeki değişimlerin anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin iki faktörlü ANOVA analizine başvurulabilir. BAÖ ölçeğiyle elde edilen depresyon puanlarına ilişkin verilerin iki faktörlü ANOVA analizi sonuçları aşağıda Tablo 19’ da verilmiştir.

Tablo 19: BAÖ ile elde edilen ön son ölçüm anksiyete puanlarının ANOVA sonuçları

		KT	sd	KO	F	p
Denekler arası	12,687		89			
Grup(birey/grup)		5,605	1	5,605	69,640	,000
Hata		7,082	88	,080		
Denekler içi	16,938		90			
Ölçüm (ön/son)		5,605	1	5,605	65,930	,000
Grup*ölçüm		3,852	1	3,852	45,319	,000
Hata		7,481	88	,085		
Toplam	38,061		179			

Tablo 19' a göre; grup ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisi bakımından eski yatan ve yeni yatan grubundaki ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Yani deneysel işlem olan yeni yatan gruba YUBP' nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturduğu görülmektedir $F(1-88)=45,319$, $p = ,000 < 0,05$. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin psikolojik belirtilerden anksiyete bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Ayrıca grup ve ölçümün temel etki testinde ise eski yatan yaşlı bireylerin puanları ve yeni yatan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nın uygulanmasıyla elde edilen toplam puanların arasında da anlamlı farklılık olduğu söylenebilir $F(1-88)=69,640$, $p = ,000 < 0,05$.

Son olarak analizde ayrıca ölçüm temel etkisiyle grup ayrımı yapılmaksızın katılımcı yaşlı bireylerin ön ve son ölçüm puanları arasında da anlamlı farklılık olduğu söylenebilir $F(1-88)=65,930$, $p = ,000 < 0,05$.

4.3.3. Algılanan sosyal desteğe ilişkin bulgular

Algılanan sosyal desteğe ilişkin bulgulara ulaşabilmek için verilerin analiz edilmesi gereklidir. Bu amaçla verilerin hangi analize tabi tutulacağına karar verilebilmesi için normallik varsayımının test edilmesi gereklidir.

4.3.3.1. ÇBASDÖ verilerinin normallik varsayımına ilişkin analiz ve bulgular

Deney ve kontrol gruplarının normal dağılıma uygun olup olmadıklarına karar vermenin yollarından biri Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım varsayımının doğrulanabilmesidir. Bunu için dağılımın bazı ölçütleri karşılayabilmesi gereklidir. Literatürde bu ölçütlere ilişkin kabul gören aralıklara ilişkin farklı ölçütler söz konusudur. Hair vd., (2009)'e göre Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık $+1$ değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Tabachnick vd., (2013), göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+1.5$ ile -1.5 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. George ve Mallery, (2012)'e göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+2$ ile -2 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Aminu ve Shariff (2014)'e göre çarpıklık değerlerinin $+3$ aralığında, basıklık değerlerinin ise 10 'dan küçük olması durumunda normal dağılım varsayımında bulunulabileceği belirtilmiştir. Normal dağılım varsayımında bulunulabilmeye ilişkin bir diğer ölçüt ise Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre $+2$ ve basıklık için 7 den küçük olabileceğine ilişkindir.

Bu bağlamda araştırma verilerinin ÇBASDÖ ön ölçüm puanlarına ilişkin Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin bulgular Tablo 20'de yer almaktadır.

Tablo 20: ÇBASDÖ ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri

Grup	Skewness	Kurtosis
Yatmakta olan	,847	,429
Yeni Yatış yapan	,601	-1,377

Tablo 20'ye göre yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının ÇBASDÖ ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri, Hair vd., (2009), Tabachnick vd., (2013), George ve Mallery, (2012), Aminu ve Shariff, (2014), Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre beklenen değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının normallik testlerinden almış oldukları değerler incelendiğinde, veri setinin her iki grup içinde hem homojen hem de Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri bakımından ise normal dağılıma

sahip olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının veri analizinde parametrik analiz teknikleri kullanılabilir.

Araştırma sürecinde yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının deneysel uygulamanın başlangıcında birbirlerinin karşılaştırılması deneysel işlemin etkisinin gözlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda deneysel işlemin başlangıcında yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için ön ölçüm puanlarına ilişkin t-testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: ÇBASDÖ ön ölçüm puanlarının t testi

	n	X	S	t	p
Yatmakta olan	45	1,3981	,50624	-5,044	,000
Yeni yatış yapan	45	2,0333	,67616		

Tablo 21’e göre araştırmaya katılan deneklerin yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının ÇBASDÖ ön ölçüm puanlarının arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($t=-5,044$, $p=,000<,05$). Yeni yatış yapan bireylerin ÇBASDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirinden farklı oldukları görülmektedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması öncesinde yeni yatış yapan yaşlı bireylerin puanları, yatmakta olan yaşlı bireylerin puanları birbirlerine göre anlamlı farklılıkla araştırmaya katıldıkları söylenebilir.

4.3.3.2. Algılanan sosyal desteğe ilişkin H_{alt4} alt hipotezin test edilmesi

Araştırmanın H_{alt4} alt hipotezi;

H_{alt4} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; deney grubundaki deneklerin ÇBASDÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklindedir.

4.3.3.3. YUBP'nın ÇBASDÖ ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular

Yeni yatış yapan yaşlı bireylerin bulunduğu deney grubuna YUBP'nın uygulanması öncesi ve sonrası ÇBASDÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olup olmadığına ilişkin t testi sonuçları Tablo 22' de verilmiştir.

Tablo 22: YUBP'nın ÇBASDÖ ön ölçüm ve son ölçüm puan ortalamaları ve t testi analizi

	N	X	S	sd	t	p
Yeni yatış yapan ön ölçüm	45	2,0333	,67616	88	-3,358	,001
Yeni yatış yapan son ölçüm	45	2,6889	1,12147			

Tablo 22'ye göre yeni yatış yapan gruplarının YUBP öncesi ÇBASDÖ ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunduğu söylenebilir ($t=-3,358$, $p=,001<,05$). Yeni yatan bireylerin ÇBASDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümlerde artış yönündedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin ÇBASDÖ puanları üzerinde anlamlı farklılık oluşturacak etkiye sahip olduğu söylenebilir.

4.3.3.4. H₁ ana hipotezinin ÇBASDÖ son ölçüm puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular

Araştırmanın H₁ana hipotezi;

H₁ : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ na katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklinde ifade edilmektedir. Ana hipotezin depresyona ilişkin bulgularına ulaşabilmek için bazı analizler gereklidir.

Yaşlı bakım kurumunda zaten eskiden yatmakta olan bireylerle, YUBP ’na katılan yaşlı bireylerin ÇBASDÖ ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 23’ de verilmiştir.

Tablo 23: Yatmakta olan yaşı bireylerle YUBP' na katılan yeni yatış yapan yaşı bireylerin ÇBASDÖ ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ön ölçüm			Son ölçüm		
	N	X	S	N	X	S
Yatmakta olan	45	1,3981	,50624	45	1,5111	,70969
Yeni yatış yapan	45	2,0333	,67616	45	2,6889	1,12147

Tablo 23'de görüldüğü gibi grupların ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında birbirinden farklılaşan değerlere sahip oldukları görülmektedir. Buna göre YUBP'nin değişim etkisine neden olabileceği söylenebilir. YUBP'nin değişim etkisi ANOVA analiziyle görülebilir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının YUBP'nin uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan ÇBASDÖ ölçeğiyle elde edilen puanlar üzerindeki değişimlerin anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin iki faktörlü ANOVA analizine başvurulabilir. ÇBASDÖ ölçeğiyle elde edilen puanlara ilişkin değerlerin iki faktörlü ANOVA analizi sonuçları aşağıda Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24: ÇBASDÖ ile elde edilen ön son ölçüm ÇBASDÖ puanlarının ANOVA sonuçları

		KT	sd	KO	F	p
Denekler arası	120,58		89			
Grup(birey/grup)		36,977	1	36,977	38,922	,000
Hata		83,603	88	,950		
Denekler içi	35,246		90			
Ölçüm (ön/son)		6,644	1	6,644	23,120	,000
Grup*ölçüm		3,312	1	3,312	11,525	,001
Hata		25,290	88	,287		
Toplam	155,826					

Tablo 24'e göre; grup ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisi bakımından eski yatan ve yeni yatan grubundaki ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Yanıdeneyssel işlem olan yeni yatan gruba YUBP'nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturduğu görülmektedir $F(1-88)=11,525$, $p = ,001<0,05$. Bu bağlamda araştırmmanın H_1 ana hipotezinin algılanan sosyal destek bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Ayrıca grup ve ölçümün temel etki testinde ise eski yatan yaşlı bireylerin puanları ve yeni yatan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nın uygulanmasıyla elde edilen toplam puanların arasında da anlamlı farklılık olduğu söylenebilir $F(1-88)=38,922$, $p=,000<0,05$.

Son olarak, ölçüm temel etkisiyle grup ayrımı yapılmaksızın katılımcı yaşlı bireylerin bulguları analiz edildiğinde, ön ve son ölçüm puanları arasında da anlamlı farklılık olduğu söylenebilir $F(1-88)=23,120$, $p=,000<0,05$.

4.4. Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Yaşam kalitesine ilişkin bulgulara ulaşabilmek için verilerin analiz edilmesi gereklidir. Bu amaçla verilerin hangi analize tabi tutulacağına karar verilebilmesi için normallik varsayımının test edilmesi gereklidir.

4.4.1 Yaşam kalitesi (Sf36) formu verilerinin normallik varsayımına ilişkin bulguları

Deney ve kontrol gruplarının normal dağılıma uygun olup olmadıklarına karar vermenin yollarından biri Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım varsayımının doğrulanabilmesidir. Bunu için dağılımın bazı ölçütleri karşılayabilmesi gereklidir. Literatürde bu ölçütlere ilişkin kabul gören aralıklara ilişkin farklı ölçütler söz konudur. Hair vd., (2009)'e göre Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık $-+1$ değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Tabachnick vd., (2013), göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+1.5$ ile -1.5 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. George ve Mallery, (2012)'e göre ise Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri $+2$ ile -2 değerleri arasındaysa normal dağılım varsayımını karşılamaktadır. Aminu ve Shariff (2014)'e göre çarpıklık değerlerinin $-+3$ aralığında, basıklık değerlerinin ise 10 'dan küçük olması durumunda normal dağılım varsayımında

bulunulabileceği belirtilmiştir. Normaldağılım varsayımında bulunulabilmeye ilişkin bir diğer ölçüt ise Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre ± 2 ve basıklık için 7 den küçük olabileceğine ilişkindir.

Bu bağlamda araştırma verilerinin Yaşam Kalitesi (Sf36) ön ölçüm puanlarına ilişkin Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin bulgular Tablo 25'de yer almaktadır.

Tablo 25: Yaşam kalitesi (SF36) formu ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri

Grup	Skewness	Kurtosis
Yatmakta olan	,240	,6772
Yeni yatış yapan	-,308	,048

Tablo 25'e göre bu araştırmada yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ön ölçüm puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri, Hair vd.,(2009), Tabachnick vd., (2013), George ve Mallery, (2012), Aminu ve Shariff, (2014), Kayahan vd., (2023), Tunçer vd., (2023)'e göre beklenen değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının homojen ve normallik testlerinden almış oldukları değerler incelendiğinde veri setinin her iki grup içinde hem homojen hem de Sekewnes-Kurtosis yani çarpıklık ve basıklık değerleri bakımından ise normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda eski yatan ve yeni yatan gruplarının ön test puanlarının karşılaştırılması için parametrik analiz tekniklerinin kullanılabilir.

Araştırma sürecinde yatmakta olan ve yeni yatış yapangruplarının deneysel uygulamanın başlangıcında birbirlerinin karşılaştırılması deneysel işlemin etkisinin gözlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda deneysel işlemin başlangıcında yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için ön ölçüm puanlarına ilişkin t-testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Yaşam kalitesi (SF36) formu ön ölçüm puanlarının t testi

	n	X	S	t	p
Yatmakta olan	45	2,8654	,16729	4,922	,000
Yeni yatış yapan	45	2,6772	,19456		

Tablo 26' ya göre araştırmaya katılan deneklerin yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ön ölçüm puanlarının arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($t=4,922$, $p=,000$). Yeni yatış yapan bireylerin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirinden farklı olsalar da yakınlıkları görülmektedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması öncesinde yeni yatış yapan yaşlı bireylerin puanları, eskiden yatan yaşlı bireylerin puanları birbirlerine göre anlamlı farklılıkla araştırmaya katıldıkları söylenebilir.

4.4.1.1 Yaşam kalitesine ilişkin H_{alt5} Alt hipotezin test edilmesi

Araştırmanın H_{alt5} alt hipotezi;

H_{alt5} : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP; deney grubundaki deneklerin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklindedir.

4.4.1.2. YUBP'nın yaşam kalitesi (Sf36) formu ön-son ölçüm puanları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular

Yeni yatış yapan deney grubundaki yaşlı bireylerin YUBP öncesi ve sonrası Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin t testi sonuçları Tablo 27' de verilmiştir.

Tablo 27: Yeni yatış yapan yaşlı bireylere uygulanan YUBP'nin yaşam kalitesi (SF36) formu ön ölçüm ve son ölçüm puan ortalamaları ve t testi analizi

	N	X	S	sd	t	p
Yeni yatış yapan Ön Ölçüm	45	2,6772	,19456	88	4,310	,000
Yeni yatış yapan Son Ölçüm	45	2,8216	,11260			

Tablo 27'de yeni yatış yapan gruplarının YUBP öncesi Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunduğu söylenebilir ($t=4,310$, $p=,000$). Yeni yatış yapan bireylerin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümlerde fark oluşturuucu artış yönündedir.

Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanları üzerinde anlamlı etki oluşturacak farklılığa sahip olduğu söylenebilir.

4.4.1.3. H₁ ana hipotezin yaşam kalitesi (Sf36) formu son-ölçüm puanlarının gruplar arasındaki farkına ilişkin bulgular

Araştırmanın ana hipotezi;

H₁ : “Yaşlı bakım kurumuna yatışı yapılan bireylere yönelik geliştirilen YUBP’ na katılan bireylerin kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi kontrol grubunda yer alan deneklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacaktır.”

şeklinde ifade edilmektedir. Ana hipotezin yaşam kalitesine ilişkin bulgularına ulaşabilmek için bazı analizler gereklidir.

Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan bireylerle, YUBP’ na katılan yaşlı bireylerin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28: Yatmakta olan yaşlı bireylerle yeni yatış yapan YUBP’na katılan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi (SF36) formu ön ve son ölçüm puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ön ölçüm			Son ölçüm		
	N	X	S	N	X	S
Yatmaktaolan	45	2,8654	,16729	45	2,6617	,17799
Yeni yatış yapan	45	2,6772	,19456	45	2,8216	,11260

Tablo 28’ de görüldüğü gibi grupların ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında birbirinden farklılaşan değerlere sahip oldukları görülmektedir. Buna göre yeni yatış yapan yaşlı bireylerin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ortalama ve standart sapma değerlerine göre YUBP’ nin değişim etkisine neden olabileceği söylenebilir. YUBP’ nin değişim etkisi ANOVA analiziyle görülebilir.

Yatmakta olan ve yeni yatış yapan gruplarının YUBP’ nin uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ölçeğiyle elde edilen puanlar üzerindeki değişimlerin anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin iki faktörlü ANOVA analizine başvurulabilir. Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ölçeğiyle elde edilen

Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanlarının iki faktörlü ANOVA analizi sonuçları aşağıda Tablo 29’ da verilmiştir.

Tablo 29: SF36 formu ile elde edilen ön son ölçüm yaşam kalitesi puanlarının ANOVA sonuçları

		KT	sd	KO	F	p
Denekler arası	2,607		89			
Grup(birey/grup)		,009	1	,009	,307	,581
Hata		2,598	88	,030		
Denekler içi	3,654		90			
Ölçüm (ön/son)		,040	1	,040	1,545	,217
Grup*ölçüm		1,364	1	1,364	53,320	,000
Hata		2,250	88	,026		
Toplam	6,261		179			

Tablo 29’a göre; grup ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisi bakımından eski yatan ve yeni yatan grubundaki ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Yani deneysel işlem olan yeni yatan gruba YUBP’ nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturduğu görülmektedir $F(1-88)=53,320$, $p=,000<0,05$. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin yaşam kalitesi bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Ayrıca grup ve ölçümün temel etki değeri analizinde ise eski yatan yaşlı bireylerin puanları ve yeni yatan yaşlı bireylere uygulanan YUBP’nın uygulanmasıyla elde edilen toplam puanların arasında da anlamlı farklılık olmadığı söylenebilir $F(1-88)=,307$, $p=,581>0,05$.

Son olarak analizde ayrıca ölçüm temel etkisiyle grup ayrımı yapılmaksızın katılımcı yaşlı bireylerin ön ve son ölçüm puanları arasında da anlamlı farklılık olmadığı söylenebilir $F(1-88)=1,545$, $p=,217>0,05$.

5. TARTIŞMA

5.1. Kognitif Belirtilere İlişkin Tartışma

Yeni yatan gruplarının YUBP öncesi ve sonrası SMMDT ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yeni yatan bireylerin SMMDT puanları, aritmetik ortalamalar bakımından birbirlerinden farklı olsa bile yakındır. Buna göre; YUBP uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin kognitif belirti puanları açısından fark oluşturacak anlamlı etkiye sahip olmadığı söylenebilir. Buna göre, H_{alt1} alt hipotezi doğrulanamamıştır.

YUBP' nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturamadığı görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin kognitif belirtiler bakımından doğrulanamadığı söylenebilir.

Sonuç olarak; SMMDT puanlarına ilişkin bulgular bağlamında ulaşılan sonuç H_{alt1} alt hipotezi ve H_1 ana hipotezi doğrulanamamıştır. YUBP kognitif belirtiler üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı söylenebilir.

Bu araştırmada kognitif belirtipuanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturamayışı ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu literatür bağlamında ele alındığında tartışılacak farklı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır.

Harada, Love ve Triebel (2013)'e göre; kognitif becerilerin performansa yansıyabilmesi için dikkatin yoğunlaştırılması önem taşımaktadır. Besdine ve Wu (2008)'e göre kognitif becerilerin sağlanamadığı durumlarda bireyin performansını engelleyici bile olabileceği vurgulanmaktadır. Harada vd., (2013)'e göre ise kognitif becerilerin performansa yansıyabilmesi için kognitif becerileri geliştirilmesi üzerine yoğunlaşan modeller önermektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; YUBP uyum programıdır. Yaşlı bireylerin uyum becerilerinin geliştirilmesine daha yoğun biçimde odaklanan program niteliğindedir. Bu araştırmada kognitif belirtipuanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturamayışı ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu Harada ve vd., 2013, Besdine ve Wu 2008

araştırma sonuçlarına göre bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu söylenebilir.

Keskin vd., 2016'ya göre; yaşlanma, karmaşık bir biyo-psiko-sosyal süreçtir. Yaşlılık döneminde, kognitif süreçler açısından nörodejeneratif belirtilerinin insidansı artar. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; YUBP uyum programı yaşlı bireylerin uyum becerilerine daha yoğun biçimde odaklanan program niteliğindedir. Yaşlılıkta ise kognitif belirtiler açısından nörodejeneratif nitelikler söz konusudur. Bu çalışmada kognitif belirtipuanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuya ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaması ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu, Keskin vd., 2016' nın araştırma sonuçları ile destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu bulundu.

Karan 2013' a göre ise; yaş tedavinin değerlendirilmesinde mutlak bir endikasyon olarak kabul görmemektedir. Ropper vd., (2009)' a göre ise yaşlanmanın sonuçlarıyla birlikte bazı nörolojik sağlık sorunlarının görülme sıklığında belirgin bir artış söz konusu olduğundan söz edilmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; YUBP uyum programı yaşlı bireylerin uyum becerilerine daha yoğun biçimde odaklanan program niteliğindedir. Yaşlılıkta, yaşlanmanın sonuçlarıyla birlikte bazı nörolojik sağlık sorunlarının görülme sıklığında belirgin bir artış söz konusu olduğu durumlar söz konusudur. Bu tez kapsamındaki çalışmada, kognitif belirti puanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuya ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaması ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu, Karan, 2013 ve Ropper vd., 2009 araştırma sonuçları ile destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu öngörülmüştür.

Small vd., 1999' e göre bu kognitif süreçlerin nöro biyolojik boyutu da söz konusudur. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; YUBP uyum programı yaşlı bireylerin uyum becerilerine daha yoğun biçimde odaklanan psiko sosyal program niteliğindedir. Yaşlılıkta ise, nöro biyolojik niteliğe sahip kognitif belirti durumları söz konusudur. Bu çalışmada kognitif belirti puanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuya ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaması ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu

Small vd., 1999 araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu düşünülebilir.

Keskin vd., 2016'a göre; bu kognitif işlevlerdeki bozulmalar merkezi sinir sisteminin (MSS) hasarlanması sonucu, birden fazla bilişsel işlev alanı bozulmaktadır. Yaşlı bireyler bu duruma bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeyi başaramamaktadır. Ya da yaşam aktivitelerini eskiden olduğu düzeyde sürdürememektedir. Doğal seyri açısından bu etki, kalıcılığı ve sıklığıyla ilerleyen bir klinik tablo olarak gözlemlenmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; YUBP uyum programı yaşlı bireylerin uyum becerilerine daha yoğun biçimde odaklanan program niteliğindedir. Yaşlılıkta isemerkezi sinir sisteminin (MSS) hasarlanması sonucu, birden fazla kognitif alanın bozulması durumu söz konusudur. Bu çalışmada kognitif belirti puanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturamayışı ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu Keskin, vd., 2016 araştırma sonuçları ile destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu bulunmuştur.

A.P.A. (2014) DSM-V tanı kriterlerinde; demans kavramı yerine “major nörokognitif bozukluk” terimi kullanılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; YUBP uyum programı yaşlı bireylerin uyum becerilerine daha yoğun biçimde odaklanan program niteliğindedir. Yaşlılıkta ise, major nörokognitif bozulmaların söz konusudur. Bu çalışmada kognitif belirti puanları, H_{alt1} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olmayan sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturamayışı ve doğrulanamamasıyla ilgili araştırma sonucu A.P.A. 2014 tanı kriteri açısından yaklaşımı bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel vurguya sahip olduğu öngörülmüştür.

5.2. Psikolojik Belirtilere İlişkin Tartışma

Psikolojik belirtiler başlığı altında depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının sonuçlarıyla literatürdeki bazı araştırma bulguları karşılaştırılacaktır.

5.2.1. Depresyona ilişkin tartışma

YUBP öncesi BDÖ ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunmuş ve yeni yatan bireylerin BDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümde düşüş yönündedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin depresyon puanları üzerinde anlamlı etki oluşturacak farklılığa sahip olduğu söylenebilir. Buna göre, H_{alt2} alt hipotezi doğrulanmıştır.

YUBP' nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmanın H_{1ana} hipotezinin psikolojik belirtilerden depresyon bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Sonuç olarak; BDÖ puanlarına ilişkin bulgular bağlamında H_{alt2} alt hipotezi ve H_1 ana hipotezi doğrulanmıştır. YUBP depresyon üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada depresyon belirti puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin depresyon belirtileri açısından anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu literatür bağlamında ele alındığında tartışılacak farklı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır.

Aksüllü ve Doğan, 2004'a göre yaşlı bireylerin yaşadığı ortamlarla depresyon yaşama olasılığı arasında ilişki olabildiği için müdahale programlarına gereksinim vardır. Ayrıca Wada vd., (2005), Rinaldi vd., (2003), Bekaroğlu vd., (1991), Maral vd., (2001). Demet vd., (2002), Sütölük vd., (2004), Topbaş vd., (2004), Ekinci, vd., (2004) araştırma sonuçlarının da Aksüllü ve Doğan, (2004)'ın araştırma sonuçlarını destekleyici olduğu görülmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam alanlarından biri olan yaşlıların bakımlarının üstlenildiği yaşlı bakımevine yatışı sırasında YUBP uygulamasına tabi tutulmaları yukarıdaki araştırma sonuçlarında belirtilen depresyon yaşama olasılığı olan puanlarını düşürmüştür. Bu çalışmada depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_{1ana} hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Aksüllü ve Doğan, (2004), Wada vd.,(2005), Rinaldi vd., (2003), Bekaroğlu vd.,(1991), Maral, vd., (2001), Demet vd., (2002). Sütölük vd.,

(2004), Topbaşı vd., (2004), Ekinci vd., (2004) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Anber vd., (2021)'e göre depresyon için pek çok tedavi yönteminin kullanılmasının söz konusu olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar arasında uyum sağlayıcı sosyal uyum becerilerine yönelik eğitimleri de saymaktadır. YUBP yaşlı bireylerin uyum becerilerini geliştirmeye katkı sunan içeriğe sahip psiko eğitim programıdır. Bu çalışmada, depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin depresyon puanları üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Anber vd., (2021) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Alataş vd., (2007)'e göre bireylere psiko-eğitim verilmesini bireylerin tedavi sürecine beklenenden daha etkili verilere ulaşılmasına katkı sunabileceğinden söz etmektedir. Bu bağlamda YUBP psiko-eğitim programıdır. Sahip olduğu bu nitelik bağlamında YUBP psikolojik belirtilerden depresyon belirtileri üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Bu çalışmada depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Alataş vd., (2007) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Yanardağ ve Şahin, (2019)'e göre depresyonun tedavi sürecinde, bireyin sosyal ilişkilerinin niteliği depresyonun prognozunda belirleyicidir. YUBP içeriği psikolojik belirtilerden depresyon düzeyini düşürerek yaşlı bireylerin sosyal uyumunu geliştiren içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu çalışmada psiko eğitim uygulanan yaşlı bireylerin depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Yanardağ ve Şahin, (2019) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu söylenebilir.

Lukens ve Mc Farlane (2004)'e göre tedaviye bütünlük bir içerikle katkı sunan psiko eğitimsel düzenlemeler birbirini tamamlayıcı nitelikleriyle nedeniyle katkı sağlayıcıdır. YUBP yaşlı bireylerin depresyon puanlarının düşürülmesi amacıyla psiko-

eğitimsel düzenlemeleri içerir. Bu araştırmada psiko-eğitim uygulanan yaşlı bireylerin depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Lukens ve Mc Farlane (2004) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu görülmüştür.

Anderson vd., (1986) ve Lewinsohn (1989)'a göre psiko-eğitimsel gruplar; ruh sağlığıyla ilgili hastalık belirtilerini azaltır ve başa çıkma becerilerini artırır. Hatta hastanede yatış sürelerinin kısaltılmasında oldukça koruyucu ve ekonomik etkilere sahiptir. YUBP da sahip olduğu uyum becerilerini geliştirici içeriğe sahip psiko-eğitim programıdır. Bu bakımdan yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan bireylere YUBP, depresyon puanlarının düşürülmesinde etkiye sahiptir. Bu araştırmada YUBP uygulanan psiko-eğitim grubunun depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Anderson vd., (1986) ve Lewinsohn (1989) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Daley vd., (1992)'e göre psiko-eğitimsel girişimler; relapslar, rekürrensler ve ruhsal hastalık belirtilerini azaltıcıdır. Kuruma yeni yatış yapan yaşlı bireylere uygulanan YUBP sonuçları bakımından psikolojik belirtilerden depresyon puanlarının düşürülmesinde etkilidir. Bu araştırmada YUBP uygulanan psiko eğitim grubunun depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Daley vd., (1992) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Perry vd., (1999) ve Bauer vd., (2006)'a göre psiko-eğitim programlarının, psikolojik semptomlardaki yinelenmeyi ortadan kaldıracı, daha iyi klinik seyir ve sosyal işlevsellik olduğu belirlenmiştir. Hatta araştırma bulguları, hastanede yatış sürelerini dahi azalttığını göstermektedir. Yaşlı bakım kurumlarındaki yaşlı bireylerin psikolojik semptomlardan depresyon puanlarının düşürülmesini amaçlayan YUBP sahip olduğu uyum becerilerini geliştirici ve sosyal işlevselliği destekleyen içeriğe sahiptir. Bu araştırmada YUBP uygulanan psiko-eğitim grubunun depresyon puanları, H_{alt2} alt

hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Perry vd., (1999) ve Bauer vd., (2006) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu düşünülebilir.

Colom vd., (2003)'a göre psiko-eğitim uygulamaları, psikolojik semptomlardaki yinelenmeyi ve psikolojik belirtileri azaltmaktadır. Araştırmada ayrıca, psiko-eğitim uygulamalarının bireyin sürece uyumuna katkılar sunduğu belirlenmiştir. Yaşlı bakım kurumlarındaki yaşlı bireylerin psikolojik semptomlardan depresyon puanlarının düşürülmesini amaçlayan YUBP sahip olduğu uyum becerilerini geliştirici ve sosyal işlevselliği destekleyen içeriğe sahiptir. Bu araştırmada YUBP uygulanan psiko-eğitim grubunun depresyon puanlarını azaltmıştır. H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan doğrulanmıştır. Yani YUBP depresyon puanlarının azalmasında anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Colom vd., (2003) araştırma sonuçları bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2010'da yayınladığı Depresif Bozukluğu Olan Tedaviler İçin Rehber' de psiko sosyal girişimlerin içeriğine ilişkin öneriler sıralanmıştır. Ayrıca Başoğlu ve Buldukoğlu (2015) benzer şekilde etkili psiko sosyal girişimlerin içeriğine ilişkin öneriler sıralamıştır. YUBP' nin psiko-eğitim girişim nitelikleri bu ilkelere göre şekillendirilmiştir. Bu araştırmada YUBP uygulanan yaşlı bireylerin depresyon puanlarının azaltılmasında etkili olmaktadır. H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir.

Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2010'da yayınladığı Depresif Bozukluğu Olan Tedaviler İçin Rehber'deki ve Başoğlu ve Buldukoğlu (2015) psiko sosyal girişimlerin içeriğine ilişkin sıralanan öneriler çerçevesinde şekillendirilmesiyle ilintilendirilerek ele alındığında bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olarak bulunmuştur.

Dalgard, (2006) ve Casañas vd., (2012)' e göre depresyon hastalarına uygulanan psiko-eğitim, psiko sosyal bir tedavilerinin bileşenidir. Ayrıca psiko eğitimsel girişimlerin farklı düzeyde depresyon düzeylerini azalttığı görülmektedir. YUBP' nin psiko eğitim girişimi niteliğindedir. Bu araştırmada YUBP uygulanan yaşlı bireylerin depresyon puanlarının azaltılmasında etkili olmaktadır. Bu araştırmada YUBP uygulanan yaşlı bireylerin depresyon puanları bakımından ele alındığında, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Dalgard (2006) ve Casañas vd., (2012) araştırmalarındaki sonuçlar bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Puskar vd., 2003, Sanford vd., (2003) ve Lusk ve Melnyk (2013)' e göre psiko-eğitim içeren uygulamalar, depresyonun hem önlenmesinde hem de belirtilerin düşürülmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. YUBP depresyon belirti puanlarının düşürülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Puskar vd., (2003), Sanford, vd., (2003) ve Lusk ve Melnyk (2013) araştırmalarındaki sonuçlar ile uyumludur.

Rummel-Kluge vd., (2015)' e göre depresyon semptomlarının azaltılmasında psiko-eğitim etkilidir. YUBP, depresyon belirti puanlarının düşürülmesi amacıyla uygun olan içerik geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Rummel-Kluge vd., (2015) araştırmalarındaki sonuçlar ile birbirini destekler niteliktedir.

Tursi vd., (2013) ve Buntrock vd., (2016)'a göre kapsamlı meta analiz çalışmalarında psiko-eğitim, depresif semptomları azaltmada etkili olduğu ortaya konulmuştur. YUBP geliştirilmesi sırasında, depresyon belirti puanlarının düşürülmesi amacıyla uygun içerik geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı

etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Tursi vd., (2013) ve Buntrock vd., (2016) araştırmalarındaki sonuçlar ile uyumludur.

Buntrock vd., (2016)'e göre psiko-eğitimi uygulamak kolaydır ve maliyeti düşüktür. Psiko-eğitimler depresyon için sıklıkla ilk adım müdahaleler olabilir. Primerbakım ve sosyal temelli müdahalelerde bir başlangıç müdahalesi olduğuunda etkili sonuçlar alınabilir. YUBP yaşlı bakım kurumunda yeni yatış yapan bireylere uygulamak amacıyla geliştirilen psiko-eğitim programıdır. YUBP depresyon için ilk adım müdahalelerdendir. Primerbakım ve sosyal temelli müdahale işlevini bu araştırmada yerine getirmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Buntrock, vd., (2016) araştırmalarındaki sonuçlar ile birbirini desteklemektedir.

Khalid ve Abed (2014)'e göre algılanan sosyal destek, depresyon düzeyi, yaşam kalitesi değişkenler arasında bir ilişki vardır. Bu ilişkinin karşılıklı korelasyon değerleri incelendiğinde ise sosyal destek düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca bu araştırmanın bulgularına göre; sosyal destek, yaşam kalitesi ve depresyon arasında ise negatif yönlü bir ilişkinin bulgularından söz edilmektedir. Literatürde yer alan farklı çalışmalar Mutlu, (2007), Pehlivan, Ovayolu ve Uçan, (2008), Yavuz vd.,(2015), Keskin, (2015) benzer sonuçlarıyla bu bulguyu destekler yöndedir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin depresyon puanlarının düzeyini düşürmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu bağlamda araştırma sonuçları depresyon puanlarının düşürürken yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağladığı görülmektedir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili çalışma sonucu, Mutlu, (2007), Pehlivan, Ovayolu ve Uçan, (2008), Khalid ve Abed (2014). Yavuz vd.,(2015), Keskin, (2015) araştırmalarındaki sonuçlarla destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Öz (2017)'e göre psiko-eğitim programı, psikolojik belirtilerden depresyon puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmıştır. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin depresyon puanlarının düzeyini düşürmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Öz (2017) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirini desteklemektedir.

McGuire vd., (2015)'e göre uyguladıkları psiko-eğitim programının etkisini pek çok değişken açısından incelemişlerdir. Uyguladıkları psiko-eğitim programı, depresyon düzeylerinde ruh sağlığı açısından olumlu ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değişim etkisine sahip olduğunu belirlemiştir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin depresyon puanlarının düzeyini düşürmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu McGuire vd., (2015) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Üzel (2020)'e göre bireylerin olumsuz çevre koşullarına sahip oluşu depresyon açısından risk etmeni olarak görülebilir. Yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylere uygulanan YUBP ise bu bağlamda aksine yaşlı bireylerin çevre koşullarına uyumuna katkı sunarak depresyon puanlarını düşürmeyi amaçlayan program niteliğindedir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Üzel (2020) araştırmasındaki sonuçlar ile uyumludur.

Zivin vd., (2010)' e göre yaşlı bakım kurumlarında yatılı olarak kalınmasını depresyonun risk faktörleri arasında olduğunu vurgulamaktadır. YUBP bu içerdiği uyum sağlayıcı nitelikleri itibarıyla yaşlı bakım kurumuna yatış risk etkisini bertaraf etmek için yeni yatış yapan bireylerin uyumuna destek sunan niteliğe sahiptir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda depresyon puanları, H_{alt2}

alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Zivin vd., (2010) araştırmasındaki sonuçlar bu çalışmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

5.2.2. Anksiyeteye ilişkin tartışma

YUBP öncesi BAÖ ön ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunmuş yeni yatan bireylerin BAÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümlerde düşüş yönündedir. Buna göre; YUBP programı uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin anksiyete puanları üzerinde anlamlı etki oluşturacak farklılığa sahip olduğu söylenebilir. Buna göre, H_{alt3} alt hipotezi doğrulanmıştır.

YUBP' nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin psikolojik belirtilerden anksiyete bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Sonuç olarak; BAÖ puanlarına ilişkin bulgular bağlamında H_{alt3} alt hipotezi ve H_1 ana hipotezi doğrulanmıştır. YUBP anksiyete üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada anksiyete belirti puanları, H_{alt3} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anksiyete açısından anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu literatür bağlamında ele alındığında tartışılacak farklı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tukel ve Alkin, (2006)' e göre kişiler arası etkileşimdeki değişimler örneğin aileden, arkadaşlardan, işten, evden, fizik ortamdan fiziksel ya da duygusal olarak ayrılmak zorunda kalmak ve ayrılma anksiyetesi belirtilerinin sergilenmesine neden olabilecek etkenlerdendir. Bu anksiyete etkenlerin yönetilebilmesi için bireyin başa çıkmasına katkı sunan uygulamalar anksiyete düzeylerini düşürmektedir. YUBP yaşlı bireylerin kuruma yatışı sırasında yaşama ihtimali olan bu kaygı durumunu aşabilmelerine katkı sunan içeriğe sahiptir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler

üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Tükel, ve Alkin, (2006) çalışması ile uyumludur.

Alacacıoğlu, (2007)' e göre psikolojik sorunların varlığı, tedavi etkinliğini ve tedaviye uyumunu bozabilmektedir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin, kurum yatış yaptıkları daha ilk aşamada ruhsal durumlarının tanınmasına ve uyuma katkılar sunan bir içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Alacacıoğlu, (2007) çalışmasındaki sonuçlar bile birbirini destekler yöndedir.

Aslan ve Yüksel, (2006), Ertan, (2008), WHO, (2017), Thibaut, (2017)'e göre anksiyete, en yaygın ruhsal bozuklukların arasındadır. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin daha ilk aşamada ruhsal durumlarının tanınmasına ve uyumlarına katkılar sunan bir içeriğe sahiptir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Aslan ve Yüksel, (2006), Ertan, (2008), WHO, (2017), Thibaut, (2017) çalışmalarındaki sonuçlar bu çalışmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu düşünülebilir.

Heun ve Papassotiropoulos (2000)' e göre yaşlı bakım kurumlarında yaşayan yaşlı bireylerin anksiyete bozukluğuna ilişkin belirti puanları yüksek düzeylerde bulunmuştur. Bouisson, (2002) ve Flint, (2004)' e göre yaşlı bireylerin sosyal içerikli becerilerini geliştirebilecekleri olanakların anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir. YUBP yaşlı bireylerin kuruma yatışı sırasında yaşama ihtimali olan kaygı durumunu aşabilmelerine katkı sunan içeriğe sahiptir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Heun ve Papassotiropoulos (2000), Bouisson, (2002) ve Flint, (2004) çalışmalarındaki sonuçlar ile birbirini destekler yöndedir.

Gezgin vd., (2010)' e göre psiko-eğitim programı uygulamalarının anksiyete düzeylerinin düşmesinde fark oluşturuıcı etkiye sahip olduğunu belirtmektedir. YUBP yaşlı bireylerin kuruma yatışı sırasında anksiyete durumunu aşabilmelerine katkı sunan içeriğe sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Gezgin vd., (2010) araştırmalarındaki sonuçlar ile uyumludur.

Demirkıran ve Terakye (2001)' e göre bireylere sunulan psiko-eğitim uygulamalarının, anksiyeteyele başa çıkma sürecine katkı sunabileceğini vurgulamaktadır. YUBP yaşlı bireylerin kuruma yatışı sırasında anksiyete düzeylerini azaltarak aşabilmelerine katkı sunan içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Demirkıran ve Terakye (2001) araştırmasındaki sonuçlar bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Dilbaz (2006)'e göre psiko-eğitim uygulamaları anksiyeteyele başa çıkmaya, kişisel farkındalık ve iyilik halini geliştirerek katkı sunmaktadır. YUBP yaşlı bireylerin kuruma yatışı sırasında anksiyete durumunu aşabilmelerine katkı sunan içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Dilbaz (2006) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirini destekler yöndedir.

Atik (2007)'e göre psiko-eğitime katılan bireylerin anksite düzeylerinin düştüğünü belirtmektedir. YUBP yaşlı bireylerin kuruma yatışı sırasında anksiyeteyele başa çıkabilmeye katkı sunan içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları

ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Atik (2007) araştırmasındaki sonuçlar ile uyumlu ve birbirini destekler yöndedir.

Anderson vd., (1986) ve Lewinsohn (1989)'e göre psiko-eğitimsel gruplar; mental hastalık belirtilerini azaltır ve başa çıkma becerilerini arttırır. Hatta hastanede yatış sürelerinin kısaltan ve bireyi koruyucu etkilere sahiptir. Ek olarak uygulanması ekonomiktir. YUBP da sahip olduğu uyum becerilerini geliştirici içeriğe sahip psiko-eğitimsel grup niteliğine sahiptir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Anderson vd., (1986) ve Lewinsohn (1989) araştırmalarındaki sonuçlar ile bu çalışmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Daley vd., (1992)'e göre psiko-eğitimsel girişimler; relapslar, rekürrensler ve ruhsal hastalık belirtilerini azaltıcıdır. YUBP'da sonuçları bakımından psikolojik belirtilerden anksiyete belirtilerinin azaltılması amacıyla geliştirilen müdahale içeriğine sahiptir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Daley vd., (1992) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirini destekler yöndedir.

Öz (2017)'e göre uygulanan psiko-eğitim programı, psikolojik belirtilerden anksiyete puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmıştır. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin anksiyete puanlarının düzeyini düşürmek amacının gerçekleştirebilecek içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu çalışmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaya ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Öz, (2017) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirini destekler yöndedir.

McGuire vd., (2015) ise uyguladıkları psiko-eğitim programının etkisini pek çok değişken açısından incelemişlerdir. Uyguladıkları psiko-eğitim programı, anksiyete düzeylerinde ruh sağlığı açısından olumlu ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde

etkileyen değişim elde etmeyi başarmışlardır. YUBP yaşı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin anksiyete puanlarının düzeyini düşürmek amacını gerçekleştirebilecek içeriğe sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda anksiyete puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu, McGuire, vd.,(2015) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

5.2.3. Çok boyutlu algılanan sosyal desteğe ilişkin tartışma

YUBP öncesi ÇBASDÖ ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. YUBP' nın uygulanması yeni yatan bireylerin ÇBASDÖ puanları, aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümlerde artış yönünde etkisi olduğu söylenebilir. Buna göre, H_{alt4} alt hipotezi doğrulanmıştır.

YUBP' nın tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin psikolojik belirtilerden Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek bakımından anlamlı fark oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda; araştırmanın H_1 ana hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Sonuç olarak; ÇBASDÖ puanlarına ilişkin bulgular bağlamında H_{alt4} alt hipotezi ve H_1 ana hipotezi doğrulanmıştır. YUBP, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt4} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek üzerinde anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu literatür bağlamında ele alındığında tartışılacak farklı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır.

Mathews vd., (2004) ve Arian, (2004)' e göre; kurumda yatan yaşı bireylere kurum görevlileri, bakım vericiler, sağlık personelinin sosyal destek sağlama misyonunun önemini vurgulayarak sosyal destek gereksiniminin karşılanmasında etkisini ön plana çıkarmaktadır. YUBP bireylerin sosyal destek puanlarının yükseltilmesinde katkı sunan içeriğe sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Araştırmacı yaşı bakım kurumunun personelidir. YUBP' nin içeriği ve araştırmacının yaşı bakım kurumundaki misyonuna ayrıca katkı sağlamaktadır. Bu araştırmada yaşı bireylere

uygulanan psiko-eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Mathews, vd., (2004) ve Arian, (2004) araştırmalarındaki sonuçlar ile bu çalışmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Malecki ve Demaray, (2003), Mutlu, (2007), Keskin, (2015)'e göre sosyal desteğin birey tarafından algılanabilmesini etkileyen pek çok sosyal destek ögesine sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. YUBP' nin içeriği Malecki ve Demaray, (2003), Mutlu, (2007), Keskin, (2015)' in araştırmalarında belirtilen sosyal destek öğelerini yapısında barındıracak biçimde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko-eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Malecki ve Demaray, (2003), Mutlu, (2007), Keskin, (2015) araştırmalarındaki sonuçlar bu araştırmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahip olduğu düşünülebilir.

Korkmaz ve Havva, (2010)' e göre yaşlılarla ilgili olarak yapılan bazı çalışmalar, ruhsal sorunlarla sosyal destek arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bireyin ruhsal sorunlardaki iyileşmesi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek düzeylerini de pozitif yönde etkilemektedir. Araştırma sonuçları YUBP' nin yaşlı bireylerin ruhsal sorunları ve psikolojik belirtileri üzerinde anlamlı etki oluşturduğunu göstermektedir. Bu bağlamda YUBP' na katılan yaşlı bireylerin psikolojik belirtilerden anksiyete ve depresyon puanlarında azalma beşirlenmiştir. Bu durum YUBP' na katılan yaşlı bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanlarının yükselmesinde etkili olabileceği düşünülebilir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Korkmaz ve Havva, (2010) araştırmasındaki sonuçlar, bu çalışmanın anlaşılmasında destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Yanardağ ve Şahin, (2019)'e göre; ruhsal sorunların tedavi sürecinde bireyin sosyal desteğe sahip olma düzeyi ruhsal sorunlarının prognozunda belirleyicidir. Araştırma sonuçları YUBP' nin yaşlı bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanlarının artışı üzerinde anlamlı etki oluşturduğunu göstermektedir. Ek olarak ruhsal sorunlardan araştırmada yer alan anksiyete ve depresyon psikolojik belirti puanlarının düşürülmesinde etkili olmuştur. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Yanardağ ve Şahin, (2019) araştırmasındaki sonuçlar ile uyumludur.

Coşkun ve Akkaş (2009) ve Cohen, (2004)'e göre yaşam sorunlarının negatif etkilerine karşı koruyucu niteliklere sahip olan psiko eğitim içerikleri algılanan sosyal destek açısından pozitif sonuçlara ulaşılmasına katkı sağlar. YUBP'nin geliştirilme sürecinde yaşam sorunlarının negatif etkileriyle başetmeye katkı sunmak amacıyla bu ilkeler gözetilerek geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Coşkun ve Akkaş, (2009) ve Cohen, (2004) araştırmalarındaki sonuçlar ile uyumlu ve birbirini destekler yöndedir.

Aksüllü ve Doğan, (2004)'e göre bir gruba uyum ve ait olma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını pozitif yönde etkilediğini vurgulamaktadır. YUBP' nin içeriği yaşlı bireylerin yaşlı bakım kurumuna yatışlarının hemen ardından gruba uyum ve ait olma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini destekleyen içeriğe sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Aksüllü ve Doğan, (2004) araştırmasındaki sonuçlar ile uyumludur.

Maddux ve Tangney (2011), sosyal beceriler ve bilişsel yeniden çerçeveleme içerikli uyum geliştirici psiko eğitim uygulamalarının algılanan sosyal destek üzerinde etkisi olduğunu vurgulamaktadır. YUBP' nin içeriği yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin uyumlarını geliştirerek sosyal destek algılarını arttıracak sosyal becerilere sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Maddux ve Tangney (2011) araştırmasındaki sonuçlar, bu çalışmanın anlaşılmasında birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Kaner, (2004)'e göre sosyal açıdan uyumu destekleyici çevrelerinolumlu sosyal destek algısının gelişmesini sağladığını vurgulamaktadır. YUBP' nin içeriği yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin uyumlarını geliştirerek sosyal becerilere sahip olmasını destekleyen içerikte geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşlı bireylere uygulanan psiko eğitim sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanları, H_{alt2} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Kaner, (2004) araştırmasındaki sonuçlar ile birbirini desteklemektedir.

5.3. Yaşam Kalitesine İlişkin Tartışma

YUBP öncesi Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ön ölçüm ve son ölçüm puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. YUBP uygulaması, yeni yatış yapan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanları ve aritmetik ortalamalar bakımından son ölçümlerde artış yönünde etkisi olduğu söylenebilir. Buna göre, H_{alt5} alt hipotezi doğrulanmıştır.

YUBP' nin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu puanları açısından anlamlı fark oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmanın H_1 ana hipotezinin yaşam kalitesi bakımından doğrulandığı söylenebilir.

Sonuç olarak; Yaşam Kalitesi (Sf36) puanlarına ilişkin bulgular bağlamında H_{alt5} alt hipotezi ve H_1 ana hipotezi doğrulanmıştır. YUBP, yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahiptir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu literatür bağlamında ele alındığında tartışılacak farklı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır.

Perry vd., (1999)’a göre psiko-eğitimlerin; psikolojik semptomlarda yinelenmeyi ortadan kaldırarak, daha iyi klinik seyir sunarak, sosyal işlevsellik oluşturarak daha iyi yaşam kalitesi sunduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, hastanede yatış sürelerini dahi azalttığını göstermektedir. YUBP, uyum becerilerini geliştirici ve sosyal işlevselliği destekleyen içeriğe sahiptir. Bu araştırma ek olarak psikolojik semptomlardan anksiyete ve depresyon puanlarının azaltılmasında da katkı sunan sonuçlara sahiptir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Perry vd., (1999) araştırmasındaki sonularile uyumlu ve birbirini destekler yöndedir.

Bauer vd., (2006)’a göre psiko-eğitim uygulamalarının; daha iyi sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi, sağaltım memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir. YUBP, sosyal işlevselliği destekleyen uyum becerilerini geliştirici bir içeriğe sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu; Bauer vd., (2006) araştırmasındaki sonuçlar, bu çalışmayı destekler yöndedir.

Dönmez (2010), Bilgili ve Arpacı (2014), Campos vd., (2014), Murphy vd., (2014), Roberts ve Ishler, (2018)’ e göre anksiyete ve depresyon tablosunun yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini de etkilediğini belirlenmiştir. Bu araştırmada YUBP’ na katılan yaşlı bireylerin depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde azaltıcı biçimde anlamlı etki oluşturmuştur. YUBP’ nın bu katkısı, yaşlı bireylerin yaşam kaliteleriyle ilgili anlamlı etkisini dolaylı yönden etkilemiş olabileceği ilişkilendirilebilir. Bu araştırmada ek olarak yaşam kalitesi puanları; H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla

ilgili araştırma sonucu; Dönmez, (2010), Bilgili, ve Arpacı, (2014), Campos vd., (2014), Murphy vd., (2014), Roberts ve Ishler, (2018) araştırmalarındaki sonuçlarla destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Alacacıoğlu, (2007)'e göre psikolojik sorunların söz konusu oluşu, bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu etkiye bağlı olarak bakım süresi uzayabilmektedir. Ayrıca bireyin tedavi etkinliğini ve tedaviye uyumunu bozucu olabilmektedir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin kurum yatış yaptıkları daha ilk aşamada ruhsal durumlarının tanınmasına katkı sunan, uyum becerilerini geliştirici ve sosyal işlevselliği destekleyen içeriğe sahiptir. Bu bağlamda YUBP'na katılan yaşlı bireylerin anksiyete ve depresyon puanlarını azaltmıştır. Bu azalma bireyin aynı zamanda yaşam kalitesi puanlarının yükselmesinde etki sahibi olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada ek olarak Yaşam Kalitesi puanları; H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu; Alacacıoğlu, (2007) araştırmasındaki sonuçlarla destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Anber, vd., (2021)' a göre ruhsal sorunların oluşu yaşam kalitesinin daha fazla düşmesine, beraberinde diğer fiziksel ve ruhsal hastalıkların görülme sıklığının artmasına ve intihar girişimi riskinin yükselmesiyle ilintili olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda karşılıklı bir etkileşimden söz edilebilir. YUBP' na katılan yaşlı bireylerin psikolojik belirtilerinin düşmesine ve yaşam kalitesinin arttırılmasına katkı sunan niteliğe sahiptir. Bu bağlamda YUBP yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip oluşuyla çalışmada psikolojik belirtilerle belirlenen katkısı nedeniyle yaşam kalitesini desteklemesi ilişkilendirilebilir. Yaşam kalitesinin yükselmesi ayrıca Anber vd., (2021) görüşleri bağlamında koruyucu ve destekleyici olabileceğiyle de ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada ek olarak Yaşam Kalitesi puanları; H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin Yaşam Kalitesi üzerinde anlamlı fark oluşturması ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu; Anber vd., (2021) araştırmasındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Diker vd., (2001), Altay ve Avcı, (2009), Paskulin vd., (2009), Şimşek vd.,(2011)'e göre yaşlı bireylerde depresyon, sosyal destek, günlük yaşam aktivite

performansı gibi değişkenlerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. YUBP bireyin psikolojik belirtilerinin düşmesine, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve yaşam kalitesi puanlarının arttırılmasına katkı sunan niteliğe sahip olacak biçimde geliştirilmiştir. Bu bağlamda YUBP yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip oluşuyla araştırmada psikolojik belirtilerinin düşmesine, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve yaşam kalitesi puanlarının yükselmesiyle belirlenen katkısı Diker vd., (2001), Altay ve Avcı (2009), Paskulin vd., (2009), Şimşek vd., (2011) araştırmalarında belirtilen birbiriyle etkileşim içinde olduklarıyla ilişkilendirilebilir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Diker vd., (2001), Altay ve Avcı, (2009), Paskulin vd., (2009), Şimşek vd., (2011) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Eker ve Noyan, (2004)'e göre depresyon yaşayan yaşlı bireylerde depresyon düzeyi düşürülmediği ve tedavisinin yapılmadığı durumlarda bireyin yaşam kalitesinde düşüş gerçekleşir. Bu duruma ek olarak toplumda hem morbidite hem de mortalite oranında artışla birlikte intihar riski artar ve oranlar yükselir. Bu durum yaşlı bireylere sunulacak psikolojik desteklerin yaygınlığının önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu soruna en etkili katkı yolu ise psiko eğitimlerdir. YUBP bireyin psikolojik belirtilerden depresyon ve anksiyete puanlarının düşmesine ve Yaşam Kalitesi puanlarının arttırılmasına katkı sunan niteliği araştırma sonucunda belirlenmiştir. Bu bağlamda YUBP yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahip oluşuyla araştırmada psikolojik belirtilerden anksiyete ve depresyon puanlarının düşmesine ve yaşam kalitesi puanlarının yükselmesiyle belirlenen katkısı nedeniyle yaşam kalitesini desteklemesi ilişkilendirilebilir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Eker ve Noyan, (2004) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Rummel-Kluge vd., (2015)'e göre psiko-eğitime katılan bireylerin yaşam kalitesinde kontrol grubuna göre daha fazla artış olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda YUBP yaşam kalitesi puanlarının yükselmesini sağlayan bir içeriğe sahip olacak şekilde geliştirilmiştir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel

açından anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Rummel-Kluge vd., (2015) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Khalid ve Abed (2014)'e göre algılanan sosyal destek, depresyon düzeyi, yaşam kalitesi değişkenler arasında bir ilişki söz konusudur. Bu ilişkinin karşılıklı istatistiksel ilişki değerlerine bakıldığında ise bireyin sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir korelasyon belirlenmiştir. Bireyin sosyal destek, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki ele alındığında ise negatif yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan farklı çalışmalar Mutlu, (2007), Pehlivan, Ovayolu ve Uçan, (2008), Yavuz Diker, vd., (2001), Altay ve Avcı, (2009), Paskulin vd., (2009), Şimşek, vd., (2011) (2015), Keskin, (2015) benzer sonuçlarıyla bu bulguyu desteklemektedir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yatış yapan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının düzeyini arttırmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu bağlamda ayrıca araştırma sonuçları depresyon puanlarını düşürürken yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağladığı görülmektedir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu (2007), Pehlivan, Ovayolu ve Uçan, (2008), Yavuz vd., (2001), Altay ve Avcı. (2009), Paskulin vd., (2009), Şimşek vd., (2011) (2015), Keskin, (2015) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Duman vd., (2007), Deveci vd., (2008), Matsui vd., (2008), Nasr ve Kausar, (2009), Arslan vd., (2015), Bilge vd., (2016)' e göre kısa süreli psiko eğitsel programlarının farklı psikolojik sorunlar yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması üzerine olumlu etki oluşturduğu farklı çalışmalarda vurgulanmıştır. YUBP farklı psikolojik belirtilere sahip bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yükseltilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bulgular ve sonuçlar bu doğrultuda elde edilmiştir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturmaları ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Duman, vd., (2007), Deveci, vd., (2008), Matsui vd., (2008), Nasr ve Kausar, (2009), Arslan vd., (2015),

Bilge vd., (2016) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Öz (2017)'e göre psiko eğitim programının uygulaması sonrasında yapılan ölçümlerde yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır. YUBP farklı psikolojik belirtilere sahip bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yükseltilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bulgular ve sonuçlar bu doğrultuda elde edilmiştir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturnası ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Öz, (2017) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

Küçükkaya (2020) ve Aşiret ve Yiğit (2018)'e göre yaşlı bireylerin yaşlılık dönemine özgü uyumlarının artırılmasına dönük katkılar yaşadıkları uyum güçlüklerini azaltmaktadır. Bu etki beraberinde yaşlıların yaşam kalitelerini de arttırdığı belirlenmiştir. YUBP yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yükseltilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bulgular ve sonuçlar bu doğrultuda elde edilmiştir. Bu araştırmada yaşam kalitesi puanları, H_{alt5} alt hipotezi istatistiksel açıdan anlamlı etkiye sahip sonucuyla ayrıca H_1 ana hipotezinin tekrarlı ölçümler üzerindeki ortak etkisinin anlamlı fark oluşturnası ve doğrulanmasıyla ilgili araştırma sonucu Küçükkaya (2020) ve Aşiret ve Yiğit (2018) araştırmalarındaki sonuçlarla birbirini destekleyici ve birbirine paralel sonuçlara sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulguları gözden geçirildiğinde, kognitif belirtiler, psikolojik belirtilerden depresyon, anksiyeteyi azaltmaya algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hazırlanan Yaşlı Uyum Becerileri Psiko Eğitim Programı (YUBP) araştırmanın başında belirlenen amacını gerçekleştirmiştir. Yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan yaşlı bireylerin kognitif belirti puanları üzerinde etkili olamazken diğer bağımlı değişkenlerin puanları üzerinde amaçlanan etkiye ulaşıldı.

Bu araştırma, hem alan yazın açısından hem de yaşlı bakım kurumlarında bakım misyonu üstlenen çalışanlar YUBP istatistiksel analizlerin gösterdiği doğrultuda yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan bireylere uygulanabilecek psikolojik belirtilerden depresyon, anksiyeteyi azaltan algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesini ise arttıran nitelikleriyle hazır paket psiko-eğitim programıdır. Bu bağlamda, bu araştırma sonuçları yaşlı bakım kurumlarında bakım misyonu üstlenen çalışanlar için işlevseldir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, araştırmanın hem alan yazın hem de alan çalışanları için için güçlü ve önemli bir takım özellikleri barındırdığı öngörülmüştür.

Alan yazın incelemeleri, yaşlı bireylere psiko sosyal girişim niteliği taşıyan uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir. Çalışmaların daha çok demografik, kişisel bilgiler ve yaşlılara özgü semptomların ilişkisini ele alan epidemolojik bulgulara odaklandığı görülmektedir. Bu araştırmanın amaçları arasında yer alan ayrıştırma, araştırmacı tarafından YUBP geliştirilmesidir. Bu geliştirilen program psiko-eğitim programıdır. Yaşlılara gereksinim duyulan psiko sosyal girişimsel uygulamalar için hazır paket programdır. Bu bağlamda araştırma sonucunda psiko sosyal girişim niteliği taşıyan uygulamaların yetersizliğini gidermeyi amaçlayan hedefe ulaşıldı. Bu açıdan değerlendirildiğinde, araştırmanın hem alan yazın hem de alan çalışanları için için güçlü ve önemli bir takım özellikleri barındırdığı bulundu.

Bu araştırma deneysel bir çalışma niteliğindedir. Araştırmanın bulgularına, güvenilirliği test edilmiş ölçüm araçlarıyla ulaşıldı. Deneysel uygulama başlamadan önce her iki grubun da ön ölçüm puanlarının denk olup olmadıkları istatistiksel olarak denetlendi. Deney ve kontrol grubundan alınan verilerin analizinde, parametrik analizlerle değerlendirilmesi genellenebilir olabilmesine de katkı sağladı. Ayrıca ön test,

son test olmak üzere bütün ölçümler dentlendi. Araştırmaya katılan yaşlı bireyler istikrarlı bir şekilde katılım sağladı. Denek düşmesi sözkonusu olmadı. Yaşlı örneklem gruplarında denek kaybının yaşanmadan istikrar elde edilmesi bu açıdan zorlukların aşılması da önemli bir etkiye sahiptir.

Bu araştırmanın uygulaması İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğü bünyesinde yer alan yaşlı bakım kurumunda 90 yaşlı bireye yönelik uygulamayla sınırlıdır. Bu araştırmanın parametreleri istatistiksel açıdan genellenebileceğine izin verebilirken saha uygulamaları açısından sınırlı kalmıştır. Bu araştırmanın sonuçları arasında yer alan YUBP saha uygulamasının sınırlılığının aşılabilmesi için yaygınlaştırılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Araştırmanın bulgularından yola çıkılarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Bu araştırma sonuçları, YUBP'nin yaşlı bakım kurumlarında yeni yatış yapan bireylerin psikolojik belirtilerden depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak fark oluşturunca anlamlı etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, YUBP Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına, Belediyelere bağlı ve özel yaşlı bakım ve huzur evi kurumlarında uygulanması önerilebilir.

Bu araştırma sonuçları yaşlı bakım kurumunda yaşlı bireyleri yatmakta olan ve yeni yatış yapan bireyler olarak ayırmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, YUBP programının yeni yatış yapan bireylerin katkı sunmuş olduğunu göstermektedir. Ancak bu araştırma sırasında araştırmacı tarafından, yatmakta olan bireylerin de kognitif, psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi bakımından desteklenmesi gerektiğini gösteren gözlemleri söz konusudur. Ayrıca test ölçüm puanları bu ayrıntıyı göstermektedir. Bu bağlamda, yaşlı bakım kurumunda yatmakta olan bireylerin sorun başlıklarının belirlenmesi ve buna uygun psiko-eğitim programlarının geliştirilerek uygulanması önerilebilir.

Bu araştırma sürecinde, YUBP geliştirilmiştir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan bireylerin sosyal uyumu destekleyen içeriğe sahiptir. Sosyal uyum becerileri geliştirmeye odaklanan bir programdır. Bu nedemle, psikolojik belirtilerden depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek üzerinde istatistiksel olarak fark oluşturunca anlamlı etki oluşturmıştır. Bu fark oluşturunca anlamlı etki yaşam kalitesi açısından da benzer şekildedir. Bu bağlamda, psikolojik belirtilerden depresyon, anksiyete, algılanan sosyal

destek ve yaşam kalitesinin geliştirilmesini salt ele alan programlar daha güçlü fark oluşturuucu sonuçların elde edilmesine katkı sunabilir.

Bu araştırmada, yaşlı bakım kurumunda yaşlı bireyler olarak tanımlandı. Bu araştırma sürecinde araştırmacı, yaşlı bireylerin erken, orta ve ileri yaşlılık evresi yaş dönemler bakımından ayrılması ve o yaş grubuna uygun psiko-eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiğini gözlemlendi. Yaşlı bireylerin erken, orta ve ileri yaşlılık evresi yaş dönemler bakımından ayrılması ve o yaş grubuna uygun psiko-eğitim programlarının geliştirilmesi araştırmacılar önerilebilir. Bir başka deyişle, YUBP programı yaşlı bireylerin erken, orta ve ileri yaşlılık evresi yaş dönemleri göz önüne alınarak erken, orta ve ileri yaşlılık formları şeklinde yeniden revize edilebileceği önerilebilir.

Bu araştırma sürecinde, YUBP geliştirilmiştir. YUBP yaşlı bakım kurumuna yeni yatış yapan bireylerin sosyal uyumu destekleyen içeriğe sahiptir. Sosyal uyum becerileri geliştirmeye odaklanan programdır. Bazı oturumlara yaşlıların çocukları, aileleri ve akrabalarının da katılabilmesi için yeniden revize edilebilir. Revize edilen oturum uygulamalarının nasıl etki oluşturacağı üzerine yeni araştırmaların sonuçları literatüre kazandırılabilir.

Bu araştırma sırasında araştırmacı, yaşlı bireylerin pasif, edilgen içeriğe sahip eğitim oturumlarından daha çok aktif, sorumluluk üstendikleri durumlarda belirgin şekilde kendilerini iyi hissettiklerini ve enerji düzeylerinin yükseldiğini gözlemlendi. Bu bağlamda araştırmacılara, yaşlı bireylerin kendilerini üretken hissettikleri, aktif katılım ve sorumluluk içeren projelere katılma olanaklarının söz konusu olduğu psiko-eğitim programlarının geliştirilmesi önerilebilir.

Bu araştırmanın sonuçları YUBP'nin kognitif belirtiler üzerinde anlamlı etki oluşturmadağını göstermektedir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerinin kognitif belirtileri üzerinde anlamlı etkiler elde edebilmek için kognitif işlev becerilerini içeren psiko eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanması önerilebilir.

Yaşlı bakım kurumlarında yaşamakta olan bireylerin kognitif belirtiler açısında demans düzeyleri farklılığa sahip oldukları SMMT ölçümleri sırasında görülmüştür. Bu bağlamda, farklı demans düzeylerindeki yaşlı bireylerin kognitif belirtileri üzerinde anlamlı etkiler elde edebilmek için demans düzeylerine göre ayrılarak homojen gruplar

oluşturularak, kognitif işlev becerilerini içeren psiko-eğitim programların geliştirilmesi ve uygulanması da önerilebilir.



KAYNAKLAR

- A.P.A. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanınal ve sayımsal elkitabı*. beşinci baskı (DSM-5) [Diagnostic and statistical manual of mental disorders,(DSM-5)](E. Köroğlu, Trans.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Adamek, M. E.,ve Slater, G. Y. (2008). Chapter 7; Depression and Anxiety. *Journal of Gerontological Social Work*, 50(S1), 151-189.
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 75-80.
- Ak, M., Yazihan, N. T., Sütçigil, L., ve Hacıömeroglu, B. (2013). İntihar Girişimi Olan Majör Depresyon Hastalarında Üstbilis Süreçleri/Metacognitive Beliefs of Major Depression Patients with Suicidal Behaviour. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 50(2), 95.
- Akay, A.,ve ES, E. (2016). *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları*. 2. baskı. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 30-50.
- Akbaş, E. , Taşdemir Yiğitoğlu, G. ve Çunkuş, N. (2020). Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık .*OPUS International Journal of Society Researches* , 15 (26) , 4540-4562 . DOI: 10.26466/opus.648658
- Akdemir, N. (2003). *Yaşlılık ve sorunları*. Akademisyen kitabevi.
- Akdeniz, M., Kavukcu, E., ve Teksan, A. (2019). Physiological Changes Related to Aging and Their Reflections to the Clinic. *Türkiye Klinikleri*, 10(3), 1-15.
- Akdeniz, M., Yaman, A., Howe, J., ve Yaman, H. (2010). Birincil Bakımda Yaşlılarda Depresyonun Rehberlere Dayalı Yönetimi. *Gerofam*, 1(3).
- Akhtar, S. (2018). *Sources of suffering: Fear, greed, guilt, deception, betrayal, and revenge*. Routledge.
- Akkaya, C., Sarandöl, A., Danaci, A. E., Kaya, E., ve Kirli, S. (2008). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3).

Aksüllü, N., ve, Doğan. S. (2004). Huzurevinde evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki/Relationship of social support and depression in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 76.

Alacacıoğlu, A. (2007). *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi*. (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).

Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V., ve Karatepe, H. T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196-205.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The lancet*, 365(9475), 1961-1970.

Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Kanellopoulos, D., Mackin, S., ve Arean, P. A. (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(8), 782-788.

Aliyev V. (2020). *Major Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Farmakoterapinin Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi: Bir İzlem Çalışması*. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.

Alonso, J., ve Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 2), 3-9.

Altay, B., Çavuşoğlu, F., ve Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.

Altay B, Avcı Aİ. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4):275-282.

Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N. Ve Cavlak, U. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2(1), 48-60.

Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N., ve Cavlak, U. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2(1), 48-60.

Aminu, İ. M., ve Shariff, M. N. M. (2014). Strategic orientation, access to finance, business environment and SMEs performance in Nigeria: Data screening and preliminary analysis. *European Journal of Business and Management*, 6(35), 124-131.

Aminu, İ. M., ve Shariff, M. N. M. (2014). Strategic orientation, access to finance, business environment and SMEs performance in Nigeria: Data screening and preliminary analysis. *European Journal of Business and Management*, 6(35), 124-131.

Anber, T., Akar, T., ve Altun, F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 99-103.

Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. P., ve Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25(2), 185-205.

Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.

Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-246.

Areán, P. A., ve Cook, B. L. (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological psychiatry*, 52(3), 293-303.

Arnold, P. D., Zai, G., ve Richter, M. A. (2004). Genetics of anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 6(4), 243-254.

Arpacı, F. (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Türkiye İşçi Emekliler Derneği Eğitimi. Ankara: Kültür Yayınları, 15.

Aslan, S., Yüksel N. (2006). Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2(12), 68-80.

Aşiret G, Dutkun M. (2018). The Effect of Reminiscence Therapy on the Adaptation of Elderly Women to Old Age: A Randomized Clinical Trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 41: 124-129.

Atık H (2007) Psikiyatri Hastalarında Anestezili Elektrokonvülsif Tedavi Uygulama Öncesi Ortaya Çıkan Anksiyetenin Giderilmesinde Bilgilendirmenin Etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Aydın, E. (2018). *Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Aydoğdu Durmuş, H. (2020). *Duygu durum bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin iyileşmeye etkisi*. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Aypak, C., Serin, K., ve Görpelioğlu, S. (2019). Yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre yaşam kalitesi ve geriatrik depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), 150-156.

Ayyıldız, Y. (2024). Bakım kurumunda yaşayan yaşlılarda ruminatif düşünme, suçluluk ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJJournal)*, 9(118), 9633-9639.

Bakar, N. (2012). *Yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler*. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.

Başoğlu C, Buldukoğlu K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry* 7(1):1-5 Doi:10.5455/Cap.20140426072955.

Bayraktar, E. (2006). *Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi*. Anksiyete Bozuklukları, 469-508.

Bayraktar, R., (2009). *Yaşlılıkta Biyolojik Ve Psiko-sosyal Belirleyiciler*, Türk Geriatri Vakfı Geriatri Ve Gerontoloji Derneği, 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı, Fethiye.

Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinoshian, B., Altshuler, L., ... ve Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric services*, 57(7), 937-945.

Beesdo, K., Knappe, S., ve Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483-524.

Bekaroğlu, M., Uluutku, N., Tanrıöver, S., ve Kirpinar, I. (1991). Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(2), 174-178.

Bekircan, E.,ve Okanlı, A. (2023). Yaşlı bireylerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 16(1), 16-22.

Bektaş, E. (2008). *Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi* (Doctoral dissertation, Bursa Uludağ University)

Belice, T., Bölükbaşı, S., ve Mandıracıoğlu, A. (2021). Yaşlılarda fiziksel inaktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 44-48.

Bernabei, V., Morini, V., Moretti, F., Marchiori, A., Ferrari, B., Dalmonte, E., ... ve Rita Atti, A. (2011). Vision and hearing impairments are associated with depressive–anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging ve mental health*, 15(4), 467-474.

Berridge, C. W., Schmeichel, B. E., ve España, R. A. (2012). Noradrenergic modulation of wakefulness/arousal. *Sleep medicine reviews*, 16(2), 187-197.

Besdine, R. W., ve Wu, D. (2008). Aging of the human nervous system: what do we know?. *Medicine and Health Rhode Island*, 91(5), 129.

Bilge, A., Ekitli, B. E., Embel, N., Kaya, F. G., Hira-Turan, S. K. ve Oğullu, M. K. (2016). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarına uygulanan öncü belirtileri tanıma ve baş etme eğitiminin içgörü düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 7, 52-68.

Bilgili, N., ve Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 415-421.

Binar, E. S. (2011). *Sığınma evinde kalan kadınların algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma tarzları ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).

Boughey JGF, Graff-Radford NR. *Alzheimer's disease; Neurology and Clinical Neuroscience* (Anthony H.V. Schapira, eds). Mosby, Elsevier. 2007;846-859.

Bouisson J. (2002). Routinization preferences. Anxiety and depression in an elderly French sample.. *J Aging Stud* 2002; 16: s.295-302.

Bowler, J. O., Mackintosh, B., Dunn, B. D., Mathews, A., Dalgleish, T., ve Hoppitt, L. (2012). A comparison of cognitive bias modification for interpretation and computerized cognitive behavior therapy: effects on anxiety, depression, attentional control, and interpretive bias. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1021.

Brambilla, G., Mattioli, F., ve Martelli, A. (2009). Genotoxic and carcinogenic effects of antipsychotics and antidepressants. *Toxicology*, 261(3), 77-88.

Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Smit F, Riper H, Berking M, Cuijpers P. (2016). Effect of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Prevention of Major Depression in Adults With Subthreshold Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. May 3;315(17):1854-63. doi: 10.1001/jama.2016.4326.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., ve Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.

Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., ve Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência ve Saúde Coletiva*, 20, 2221-2237.

Canatan, A. (2008). *Sosyal Yönleriyle Yaşlılık*, Palme Yayıncılık.

Cankurtaran, M. (2005). *Yaşlılık, yaşlanma mekanizmaları, antiaging ve yaşam tarzı değişiklikleri*. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya.

Cansız, R. O. (2007). *Sosyal psikiyatride kullanılan psikolojik testler*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Dönem Projesi, Erişim, 2, 2011.

Carlson WL, Snowden M. (2007). Improving treatment for depression in the nursing home population: integrating the model of the depression care manager. *Harv Res Psychiatry*, 15: 128-132.

CF Kuok, K., Li, L., Xiang, Y. T., Nogueira, B. O. L., Ungvari, G. S., Ng, C. H., ... ve Meng, L. R. (2017). Quality of life and clinical correlates in older adults living in the community and in nursing homes in Macao. *Psychogeriatrics*, 17(3), 194-199.

Chou, M. Y., Nishita, Y., Nakagawa, T., Tange, C., Tomida, M., Shimokata, H., ... ve Arai, H. (2019). Role of gait speed and grip strength in predicting 10-year cognitive decline among community-dwelling older people. *BMC geriatrics*, 19, 1-11.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.

Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... ve Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 402-407.

Colom F, Vieta E, Reinares M. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*, 64: 1101–1105.

Daley, D. C., Bowler, K., ve Cahalane, H. (1992). Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Education and Counseling*, 19(2), 163-174.

Coşkun, Y.,ve Akkaş, G. (2009). *Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki*. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 10(1), 213-227.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., ve Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 909.

Çakır, Y.,ve Palabıykoğlu, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24.

Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 1(3), 240-255.

Çalışkan, M. B. (2014). *Huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam işlevlerinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Çam, O.,ve Yalçın, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60.

Casañas R, Catalán R, Val JL, Real J, Valero S, Casas M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12:230.

Çavuşoğlu, Ç., Demirkol, M. E., ve Tamam, L. (2020). Yaşlılarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 1-1.

Çelebi, Ç. D. ve Yüksel, M. Y. (2014). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(2), 175-202.

Çelik, F. H.,ve Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

Çetin, S. (2019). *Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısında sosyal hizmetin rolü: Ankara örneği* (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi. Turkey).

Çetinkaya F., Güneş F., Üstündağ G. (2019). Yaşlı Bakımevi Sakinlerinde Yalnızlık ve Depresyon İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(2), 216-224.

Çifçili, S. (2012). Aktif yaşlanma: fiziksel boyut. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 6-12.

Çunkuş, N., Yiğitoğlu, G. T., ve Akbaş, E. (2019). Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(2), 58-67.

Dağlı G. (2019). *Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi*. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Danış, M. Z. (2007). *Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Yayınları

Dalgard OS. (2006). A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*; 2:15.

De, A, Kumari, S, Kaur, A, Singh, A, Kalra, N, Singh, V, (2022). Hand-grip strength as a screening tool for sarcopenia in males with decompensated cirrhosis. *Indian Journal of gastroenterology*, 41(3): p. 284-291.

Dedeli, Ö., ve Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula Dd*, 1(1), 23-32.

Demet, M. M., Taşkin, E. O., Deniz, F., Karaca, N., ve İçelli, I. (2002). Depressive symptomatology among elderly residential home residents in Manisa: Prevalence and related risk factors. *Türk psikiyatri dergisi*, 13(4), 290-299.

Demir, G. (2021). *Kronik ve Nükseden Depresyonun Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler Çerçevesinden Değerlendirilmesi: Öz-Şefkatin Koruyucu ve Önleyici Etkisi*. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilimdalı Klinik Psikoloji Programı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Bitirme Projesi, İstanbul 2021.

Demirel, B. (2017). *Yaşlılık aylığı alan bireylerin bazı kişilik özellikleri bakımından incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Demirkıran F, Terakye G (2001) Depresif hastalıkların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi, *Kriz Dergisi*; 9:29-39.

Demiröz, M. (2011). *Huzurevinde ve . Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Ve Uygulama Bölgesi'nde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıkları Ve Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması*. (Doctoral dissertation, Bursa Uludağ University).

Deveci, A., Danacı, A. E., Yurtsever, F., Deniz, F. ve Yüksel, E. G. (2008). the effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19, 266-273.

Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. (2001). Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması, *Psikiyatri Dergisi*, 2(2):79-86.

Dilbaz N (2006) Anksiyete Bozukluğunda Son Gelişmeler 2005, Ankara, s.19-55.

Dilbaz, N. (2010). Geriatrik Hastalarda Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. *Akademik Geriatri Kongresi*, 26-30.

Dodds, R. M., Syddall, H. E., Cooper, R., Benzeval, M., Deary, I. J., Dennison, E. M., ... ve Sayer, A. A. (2014). Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PloS one*, 9(12), e113637.

Doğan, T. (2009). *Bilişsel ve kendini değerlendirme süreçlerinin sosyal anksiyete açısından incelenmesi* (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).

Dönmez G. (2010). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu

Dönmez, G. (2010). *Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Duman, B., Kızıl, E. T. Ö., Baran, P. Z., Kırıcı, P. S., ve Turan, E. (2016). Yaşlılık Çağı Depresyonu ve Hafif Bilişsel Bozukluğu Olan Hastalarda Öznel Bellek Yakınmaları ile Nesnel Bellek Bozukluklarının Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatr Dergisi*, 27(1), 1-7.

Duman, Ç. Z., Aşti, N., Üçok, A. ve Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 91-101.

Ebingbo, S. O., Obi-Keguna, C. N., Chukwu, N. E., Onalu, C. E., Abonyi, S. E., ve Okoye, U. O. (2019). Culture-based social support to older adults in Nnewi, South-East Nigeria. *African Population Studies*, 33(2).

Eker, D.,ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.

Eldoğan, D. (2018). Sosyal anksiyete bozukluğunun alt tipleri: Heterojen bir tanı kategorisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 10(2), 202-217.

Eliopoulos, C. (2013). *Gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins. 239-48

Erdem, H. R., Sayan, M., Gökgöz, Z., ve Ege, M. R. (2021). Yaşlılarda Fiziksel Aktivite: Derleme. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 16-22.

Erkan, Ö. (2015). *İstanbul ili sınırlarında hizmet veren özel huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon, anksiyete, somatizasyon, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek düzeyinin huzur evinde kalmayan bir grup yaşlı ile karşılaştırılması* (Master's thesis, Ege Üniversitesi).

Eroğlu, M. Z., Annagür, B. B., ve İçbay, E. (2012). Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Medical Journal*, 18(3), 143-147.

Erol S, Sezer Balcı A, Şişman F.N, Çandır S. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi ve sosyal destek. *İç Hastalıkları Dergisi*. 23: 61-70.

Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N. ve Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 60-69.

Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 25-30.

Esenyel, C. (2012). *Edirne huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Flint, A. J. (2007). Anxiety disorders in later life: from epidemiology to treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 635-638.

Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., ve Hyun, H. H. (2006). *How to design and evaluate research in education*. Mac Graw Hill.

George, D., ve Mallery, P. (2012). *IBM SPSS statistics 19 step by step*. Boston, Mass, 406.

Genç, Y. ve Dalkılıç, P. (2013). Social exclusion syndrome and social expectations of the elders. *International Journal of Social Science*, 6(4), 461-482.

Gençtan, E. (2017). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. Remzi Kitabevi, İstanbul,:ISBN:9751403898

Gezgin, H., Çam, O., ve Karademir, M. (2010). Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylere verilen psikoeğitimin tedavideki etkinliğinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 65-76.

Ginsburg, G. S., ve Affrunti, N. W. (2013). Generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Pediatric anxiety disorders: A clinical guide*, 71-90.

Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., ve Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and behavioral practice*, 11(1), 28-43.

Giray, S., Özenli, Y., Yerdelen, D., Arlıer, Z., ve Benli, S. (2008). Sosyal Desteğin Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Kişilerin Kognitif Fonksiyonlarına Etkisi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 14(2): 111-116

Gladding, S. T. (2012). *Counseling: A comprehensive profession*. Pearson Higher Ed.

González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., ve Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of psychiatric research*, 44(15), 1043-1051.

Göka, E., ve Aydemir, Ç. (2000). *Yaşlıya ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım*. Demans Dizisi, 5-26.

Göktaş, A. (2023). *60 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ile ilişkisi*. (Master's thesis, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Göktaş, K., ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Türkiye*, 8(1), 30-37.

Gönen, E. ve Özmete, E. (1999). Yaşam kalitesi, yaşam standardı ve refah kavramlarına yaklaşımlar. *Verimlilik Dergisi*, 4, 39-55.

Gurvit İ. H. (2011). *Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar*. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Kitabı, p: 443

Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3844-3849.

Günaydın, R. (2010). Assessment of quality of life in older people. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(4).

Güvener, B. (2022). *Yaşlılık Döneminde Depresyon ve Tedavisi* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., ve Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., ve Tatham, R. L. (2009). Multivariate data analysis: Global edition. 7th Edition: Pearson Education.

Harada, C. N., Love, M. C. N., ve Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737-752.

Hassanane, M. S., Hafiz, N., Radwan, W., ve El-Ghor, A. A. (2012). Genotoxic evaluation for the tricyclic antidepressant drug, amitriptyline. *Drug and chemical toxicology*, 35(4), 450-455.

He, Q., Cui, Y., Liang, L., Zhong, Q., Li, J., Li, Y., ... ve Huang, F. (2017). Social participation, willingness and quality of life: a population-based study among older adults in rural areas of China. *Geriatrics ve Gerontology International*, 17(10), 1593-1602.

Heun R, Papassotiropoulos A, Ptak U. (2000). Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *Eur Psychiatry* 15: s.173-182.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*.

Hybels, C. F., Pieper, C. F., ve Blazer, D. G. (2009). The complex relationship between depressive symptoms and functional limitations in community-dwelling older adults: the impact of subthreshold depression. *Psychological Medicine*, 39(10), 1677-1688.

İbrahim, E. (2020). *Geriatrik Psikiyatri*. Akademisyen Kitabevi ISO 690

İlbay, A. B., Yiğit, Y., ve Özişli, Ö. (2016). Emeklilerin yaşam doyumu ve rehberlik ihtiyacı ilişkisi-Sakarya örneği. *İş'te Davranış Dergisi*, 1(1), 36-47.

İlgar, L., ve İlgar, Ş. (2007). Yaşlılık dönemi ve yaşlının gelişim görevleri. *HAYEF Journal of Education*, 4(1), 147-156.

İşeri, E., ve Güveli, G. (2017). Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 2(3).

Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M., Beekman, A. T., Kluiters, H., Van Tilburg, W., ve Ribbe, M. W. (2003). Depression among older nursing home patients. A review. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatricie*, 34(2), 52-59.

Jorm, A. F., Anstey, K. J., Christensen, H., de Plater, G., Kumar, R., Wen, W., ve Sachdev, P. (2005). MRI hyperintensities and depressive symptoms in a community sample of individuals 60–64 years old. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 699-705.

Kaner, G. (2009). *Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde görülen depresif bulgular üzerine günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık düzeyinin etkisi* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Kaner, S. (2004). *Engelli Çocukları Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi*. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri. Ankara.

Kaptanoğlu, A. Y. (2011). *Yaşlı sağlığı*. İstanbul: AEP Uygulama ve Yaygınlaştırma Projesi.

Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*. Akademisyen kitabevi.

Kayahan Yüksel, D., ve Sarıçam, H. (2023). Öğretmen Kararlılık Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim (TEKE) Dergisi*, 12(3), 1435-1449. <https://doi.org/10.7884/teke.1293454>

Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depression and anxiety disorders. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 45(2), 65-74.

Karan M. Akif, (2013). Yaşlanma ve Yaşlı, Nöroloji Temel Kitabı. 2. Baskı P. 1517

Karataş, Z. (2011). *Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi*. (Master's thesis, Rize Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı/Din Psikolojisi Bilim Dalı).

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.

Kaygusuz, C. ve Kalkan, M. (2008). *Psikolojik, sosyal ve bedensel açıdan yaşlılık. Yaşlılık danışmanlığı içinde* (251-295). Pegem A.

Kelleci, M., ve Ata, E. E. (2011). Drug compliance of patients hospitalized in the psychiatry clinic and the relationship with social support. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3), 105-110.

Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., ve Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12(2), 90-8.

Kemal T, M. (2019). Modern Psikososyoklinik Gelişmelerin Eseri “Antidepresan Kullanım Bozukluğu.” Tıp Etiğince Sorun Teşkil Eden Bir Olgu. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 24(3), 206-216.

Keskin, A.O.,Uncu, G., Tanburoğlu, A. Adapınar, D.Ö, (2016). Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Nörolojik Hastalıklar. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (Özel Sayı 1): 75-82 DOI: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.51945>

Keskin, B. (2015). *Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. TC Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı. İstanbul.

Kılıç, B. ve Aydın, G. (2017). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(4), 398-413.

Kinsella, K. ve Velkoff, V. A. (2002). The demographics of aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(3), 159-169.

Kocabaşoğlu, N. (2005). *Stres ve anksiyete*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 47, 181-98.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., ve Memiş, A. (1999). SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.

Kokaçya, M. H., Savaş, H. A., ve Selek, S. (2008). İdame Elektrokonvulsif Terapi (EKT) ile Tedavi Edilen Dört Depresyon Olgusu. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 18(2).

Korkmaz, T.,ve Havva, T. E. L. (2010). Koah'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 79-86.

Küçükaya, S. (2020). *Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ile Yaşlılığa Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kürümlüoğlugil, R. (2017). *Depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin bilişsel çarpıtmalar üzerine etkileri*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.

Lai, C. K. Y., Leung, D. D. M., Kwong, E. W. Y., ve Lee, R. L. P. (2015). Factors associated with the quality of life of nursing home residents in Hong Kong. *International Nursing Review*, 62(1), 120-129.

Lapid, M. I., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E., Sutor, B., ve Rummans, T. A. (2010). Eating disorders in the elderly. *International psychogeriatrics*, 22(4), 523-536.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., ve Hoberman, H. M. (1989). The Coping With Depression Course: Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(4), 470.

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., ve Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861.

Lukens, E. P., ve McFarlane, W. R. (2006). Psychoeducation as evidence-based practice. *Foundations of evidence-based social work practice*, 291.

Lusk P, Melnyk BM. (2013). COPE for depressed and anxious teens: A brief cognitive-behavioral skills building intervention to increase access to timely, evidence-based treatment. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. (26):23–31.

Maddux, J. E., ve Tangney, J. P. (Eds.). (2011). *Social psychological foundations of clinical psychology*. Guilford Press.

Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yildirim, A., Candansayar, S., ve Bumin, M. A. (2001). Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Mather, M. (2010). Aging and cognition. Wiley Interdisciplinary Reviews: *Cognitive Science*, 1(3), 346-362.

Matsui, M., Sumiyoshi, T., Arai, H., Higuchi, Y. and Kurachi, M. (2008). Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro Psychopharmacology ve Biological Psychiatry*, 32, 280-287.

Maurya, S. K. (2019). Challenges Faced by Elderly in Old Age Homes: A Review. *International Journal of Humanities and Social Science Research*, 8(5), 1-7.

McIntosh, E., Gillanders, D., ve Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology ve Psychotherapy: An International Journal of Theory ve Practice*, 17(1), 33-43.

McKenna, M. T., Michaud, C. M., Murray, C. J., ve Marks, J. S. (2005). Assessing the burden of disease in the United States using disability-adjusted life years. *American journal of preventive medicine*, 28(5), 415-423.

McGuire KB; Stojanovic-Radic J, Strober L, Chiaravalloti ND, DeLuca J. (2015). Development and Effectiveness of a Psychoeducational Wellness Program for People with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*.17(1):1-8

Miller, P. (2018). *Theories of developmental psychology*. New York: Worth ISBN: 978-1429278980

Mitchell, J., Trangle, M., Degnan, B., Gabert, T., Haight, B., ve Kessler, D. (2018). *Adult depression in primary care..* Verfügar unter: <http://www.icsi.org>.

Mullins, L. C.,ve McNicholas, N. (1987). Loneliness among the elderly: issues and considerations for professionals in aging. *Gerontology ve Geriatrics Education*, 7(1), 55-66.

Murat, E. M. U. L., Altinel, L., Ildık, G. Z. B., Geçici, Ö., ve Solak, M. (2007). Sindaktili Hastalarında Psikolojik Durum ve İlişkili Faktörler. *Duzce Medical Journal*, 9(1), 8-14.

Murphy, K., Cooney, A., ve Casey, D. (2014). Improving the quality of life for older people in long-term care settings. *Journal of comparative effectiveness research*, 3(3), 301-315.

Myers, D. G. ve Diener, E. (1995). Who is happy?.*Psychological science*, 6(1), 10-19.

Nas Acar, B. (2010). *Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki*. (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Nasr, T. and Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8, 1-6.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2009). *Depression: Treatment Management of Depression in Adults, including Adults with a Chronic Physical Health Problem*. London,

Oktik, N. (2004). *Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi* (Muğla Örneği) (Cilt 52).

- Onur, B. (2011). *Gelişim Psikolojisi*. İmge Kitabevi
- Öz, F., ve Svift, J. (2002). Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz dergisi*, 10(2), 17-28.
- Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., ve Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 60-65.
- Özmen, E. (2009). Bedenselleştiren hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim Dergisi Psikiyatri Özel Sayısı*, 4, 34-38.
- Özmenler, K. N. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum dizisi*, 3, 109-115.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008)a. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Cilt 1, Ankara s:448-512.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008)b. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Cilt II, Ankara S:555-584.
- Paskulin GL, Vianna L, Molzahn AE. (2009). Factors Associated with Quality of Life of Brazilian Older Adults. *International Nursing Review*, 56:109-115
- Pekri, Z. (2019). *Psikiyatri ve Sinir Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi* (Master's thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)).
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., ve Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, 318(7177), 149-153.
- Pınar, Ş. E., ve Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2).
- Price, R. B., Siegle, G. J., Silk, J. S., Ladouceur, C. D., McFarland, A., Dahl, R. E., ve Ryan, N. D. (2014). Looking under the hood of the dot-probe task: An fMRI study in anxious youth. *Depression and anxiety*, 31(3), 178-187.
- Puskar K, Sereika S, Tusaie-Mumford K. (2003). Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. (16):71-80.
- Rakıcıoğlu, N., ve Atilla, S. (2009). Yaşlılıkta beslenme. *Geriatri ve Gerontoloji II*, 244-257.

Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 15, 69-80.

Reddy, S. V., Kumar, M. P., Sravanthi, D., Mohsin, A. H. B., ve Anuhya, V. (2014). Bruxism: a literature review. *Journal of international oral health: JIOH*, 6(6), 105.

Reinman EM, Alexander GE. (2005). *Neuroimaging: Overview*. In. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan ve Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th edition. New York: Lippincott Williams and Wilkins. 36-47.

Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G., ... ve Cherubini, A. (2003). Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694-698.

Rinfrette, E. S. (2009). Treatment of anxiety, depression, and alcohol disorders in the elderly: Social work collaboration in primary care. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(1), 79-91.

Roberts, A. R., ve Ishler, K. J. (2018). Family involvement in the nursing home and perceived resident quality of life. *The Gerontologist*, 58(6), 1033-1043.

Ropper, A. H., Samuels, M. A., Klein, J. P., ve Prasad, S. (2014). *Adam and Victor's principles of neurology*. 10th Edition. McGraw Hill Professional.

Ropper AH, Brown RJ, Ropper A (2009) Morphologic and physiologic changes in aging nervous system. *Principles of Neurology*, 9th ed. McGraw Hill, Boston, P. 580

Rosenberg, P. B., Mielke, M. M., Xue, Q. L., ve Carlson, M. C. (2010). Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitively healthy older women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 204-211.

Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. (2015). Psychoeducation in Depression: Results of two Surveys five Years Apart in Germany, Austria and Switzerland. (Article in German) *Psychiatr Prax. Sep*; 42(6):309-12. doi: 10.1055/s-0035-1552662. Epub 2015 Aug 26.

Ryu, E., Jenkins, G. D., Wang, Y., Olfson, M., Talati, A., Lepow, L., ... ve Biernacka, J. M. (2023). The importance of social activity to risk of major depression in older adults. *Psychological Medicine*, 53(6), 2634-2642.

Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., ve Petersen, R. C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*, 10(11), 634-642.

Saddichha, S., Al-Desouki, M., Lamia, A., Linden, I. A., ve Krausz, M. (2014). Online interventions for depression and anxiety—a systematic review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 841-881.

Sadock, B. J. (2016). *Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi, 1082-1107.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., ve Levin, Z. E. (Eds.). (2007). *Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry*. Lippincott Williams ve Wilkins.

Salk, R. H., Hyde, J. S., ve Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, 143(8), 783.

Salzman, C., Wong, E., ve Wright, B. C. (2002). Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996–2001: a literature review. *Biological Psychiatry*, 52(3), 265-284.

Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E. (2003). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. (45):386-395.

Santrock, J. W. (2015). *Adolescence*. New York, NY: McGraw-Hill Education.

Sarason, I. G. (Ed.). (2013). *Social support: Theory, research and applications*. Springer Science ve Business Media.

Sarı D. (2018). Yaşlı Bakım Evlerinde Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Uyum Sorunları ve Başa Çıkma Yolları. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14(33), 211-220.

Sarı, E. (2013). *Edirne merkezinde ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılarda yaşam kalitesi* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Satre, D. D., Knight, B. G., ve David, S. (2006). Cognitive-behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research. *Professional Psychology: research and practice*, 37(5), 489.

Saygın, M. Z. S. (2007). *Fluoksetin ve Essitalopram Kullanan Major Depresyonlu Hastalarda Homosistein, Vitamin B12 ve Folik Asit değerleri* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

Sekhon, S., Patel, J., Sapra, A. (2019). *Late-Life Depression*. Study Guide from Stat Pearls Publishing, Treasure Island (FL).

Seki Öz, H. (2017). *Multiple Skleroz'lu Hastalara Verilen Psikoeğitimin Stresle Baş Etme Tarzları, Psikiyatrik Belirtiler ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora tezi. Hacettepe üniversitesi, Sağlık bilimleri enstitüsü.

Sertöz, Ö. Ö., ve HE, M. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Suppl 2), S63-S9.

Siviş, R., ve Demir, A. G. (2007). The efficacy of reminiscence therapy on the life satisfaction of Turkish older adults: A preliminary study.

Small, S. A., Stern, Y., Tang, M., ve Mayeux, R. (1999). Selective decline in memory function among healthy elderly. *Neurology*, 52(7), 1392-1392.

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

Sözeri-Varma, G., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoğlu, N., ve Özdel, O. (2017). *Depresyon tedavisinde grup psikoterapisi ve psikodramanın yeri*. DOI: 10.5505/kpd.2017.86158

Süt, K. H. (2009). *Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması* (Yüksek Lisans Tezi, Edirne).

Sütölük, Z., Demirhindi, H., Savaş, N., ve Akbaba, M. (2004). Prevalence and causes of depression among elders who live in residential homes in Adana. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(3), 148-51.

Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.

Şen, S. (2018). *Kalp cerrahisi sonrası yapılan akupresür uygulamasının ağrı, anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi*. (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).

Şimşek, B. Y. (2007). *Huzurevi çalışanlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin araştırılması*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2011). Mental, Mobilite ve Fonksiyonel Özürlülüğün Yaşlılarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Karşılaştırmalı Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(4):321-330.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., ve Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.

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

Taşkıran, N.,ve Demirel, F. (2017). Türkiye’de yaşlıların yaşam kalitesi: Sistematik inceleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 21-28.

Tekeli, S. (2020). Yaşlı Nüfusun Sosyo-Ekonomik Hayata Uyumunda İleri Yaş Eğitiminin Önemi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(6), 399-422.

Tekmil, G. (2019). *Ebeveyn tutumları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, anksiyete duyarlılığı ve anksiyete duyarlılığında nöropsikolojik performans arasındaki ilişkiler* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Terry, R. D., Katzman, R., Bick, K. L., ve Sisodia, S. S. (2001). *Alzheimer hastalığı*. Çeviri editörü: İ. Hakan Gürvit. İstanbul: Yelkovan yayıncılık.

Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1-11.

Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 87-88.

Topbaş, M., Yaris, F., Can, G., Kapuca, M., ve Sayar, K. (2004). The Effect of Sociodemographic Factors and Medical Status on Depressive Symptoms of the Inhabitants of Nursing Home and Community-Dwelling Elders in Trabzon-Turkey. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 14(2).

Toşer, F. (2017). Huzurevinde kalan yaşlıların algılanan duygusal istismar ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Çankırı örneği (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Tornatore, J. B.,ve Grant, L. A. (2004). Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of a relative with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(3), 46-54.

Torpil, B., Uyanık, M., ve Altuntaş, O. (2016). Huzurevinde yaşayan geriatrik bireylerde denge ve yürüme fonksiyonları ile depresyon ve fonksiyonel bağımsızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 73-79.

Tukel, R.,ve Alkin, T. (2006). *Anksiyete bozuklukları*. Türkiye Psikiyatri Derneği.

Tunçer Günay, E.,ve Sarıçam, H. (2023). Yabancı Dil Sınıflarındaki Lise Öğrencilerinin 21. yy Becerilerine Sahip Olma Durumları ve Sosyal İyi Olma Düzeyleri. *Anadolu Eğitim Liderliği ve Öğretim Dergisi*, 11 (2).

Turgut, M. N. (2021). *İntihar girişiminde bulunmuş hastalarda sorun çözme terapisinin intihar riskini azaltmada etkililiği* (Master's thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Tursi MF, Baes CV, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*.Nov;47(11):1019-31. doi: 10.1177/0004867413491154. Epub Jun 5.

TÜİK., (2015), *Türkiye İstatistik Kurumu, Hayat Tabloları*, 2013-2014, Sayı: 18618.

Türkçapar, H. (2013). *Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi: depresyon*. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Uluocak, Ş., Aslan, C., Gökulu, G., Bilir, O., ve Bakar, C. (2013). *Çanakkale Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sosyo-Kültürel, Demografik, Ekonomik Özellikleri ile Sağlık Durumları ve Yaşam Kalitesi*. Çanakkale Belediyesi Yayınları, ISBN, 978-605.

Ulusoy, M. (1993). *Beck Anksiyete Envanteri: geçerlik ve güvenirlik çalışması*. (Uzmanlık tezi), Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

US Department of Health and Human Services. (2012). Substance abuse and mental health services administration. Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1-17.

Usta E. (2020). Yaşlı Bakım Hizmetleri. *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 45-50.

Üzel, T.(2020). *Depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi*. (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

Xu, H., Yan, S., Chang, Y., Jiang, H., Zou, L., Gan, Y., ... ve Lu, Z. (2020). Discrepancy in perceived social support and related factors among Chinese college students with and without siblings. *Journal of Affective Disorders*, 276, 84-89.

Varıcier, Ş. E. (2019). *Yetişkin psikolojik sağlamlığı üzerine bir inceleme: algılanan ebeveyn tutumu, kontrol odağı, algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma stilleri*. (Master's thesis, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

Vandenberg R, Tournoy J, (2005). Cognitive aging and Alzheimer's disease. *Postgrad Med J*, 81: 343-52

Victoroff J. (2004). *Central nervous system changes with normal aging*. Comprehensive of Textbook of Psychiatry (8th edition). Lippincott WilliamsveWilliams, Philadelphia;3021-3027

Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., ... ve Matsubayashi, K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of gerontology and Geriatrics*, 41(3), 271-280.

World Health Organization, (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Son erişim tarihi 31 Mar 2023.

Yanardağ, M. Z.,ve Şahin, D. S. (2019). Yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine bir inceleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 37-55.

Yazicioğlu, M. (2010). *Boş zaman yönetimi ve rekreatif faaliyetler: Memur emeklilerinin rekreatif faaliyetlerinin analizine ilişkin bir uygulama* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52).

Yıldırım, İ (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenirliliği ve Geçerliği. *H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15,81-87.

Yılmaz, E., Yılmaz, E., ve Karaca, F. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2).

Yuvakgil, Z. (2017). *Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Master's thesis). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Yüksek Lisans Programı

Yüksel, N. (2014). *Ruhsal Hastalıklar*. 4.basım. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi ISBN:9789755670348

Yürür, S.,ve Sarıkaya, M. (2011). Sosyal Çalışmacıların Sosyal Destek Algılarının Tükenmişliğe Etkisi/The Effect of Social Workers' Social Support Perceptions on Burnout. *Ege Akademik Bakış*, 11(4), 537.

Zangrossi Jr, H.,ve Graeff, F. G. (2014). Serotonin in anxiety and panic: contributions of the elevated T-maze. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 46, 397-406.

Zhang, A., Leow, A., Ajilore, O., Lamar, M., Yang, S., Joseph, J., ... ve Kumar, A. (2012). Quantitative tract-specific measures of uncinate and cingulum in major depression using diffusion tensor imaging. *Neuropsychopharmacology*, 37(4), 959-967.

Zincir, H., Taşçı, S., Erten, Z. K., ve Başer, M. (2008). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık bilimleri dergisi*, 17(3), 168-174.

Zivin, K., Llewellyn, D. J., Lang, I. A., Vijan, S., Kabeto, M. U., Miller, E. M., ve Langa, K. M. (2010). Depression among older adults in the United States and England. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 1036-1044

EKLER

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın /Erkek/ Diğer
3. En son bitirdiğiniz okul: İlkokul/ Ortaokul/Lise /Üniversite/ Yüksek lisans/doktora
4. Anne eğitim durumu : İlkokul /Ortaokul/ Lise /Üniversite /Yüksek lisans / Doktora
5. Baba eğitim durumu : İlkokul/ Ortaokulu/Lise/Üniversite/Yüksek lisans/ Doktora
6. Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz? Köy/Kasaba/İlçe /il/ Büyükşehir
7. Nerelisiniz?.....
8. Kaç kardeşsiniz?.....
9. Medeni durumunuz: Bekar /Evli /Boşanmış /Dul /Ayrı
10. Çocuğunuz var mı? Evet / Hayır
11. Herhangi bir sağlık durumunuz var mı?
12. Daha önce bir psikiyatristten ya da bir psikologdan yardım aldınız mı? Evet / Hayır
13. Kronik bir rahatsızlığınız var mı ?
14. Sigara vs. madde kullanımınız var mı ?
15. Gelir durumunuz var mı ?
16. İlaç kullanımınız var mı ?

Ek-2. Kognitif Belirtiler Ölçeği

Ek 1: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaç ()
Hangi gündeyiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

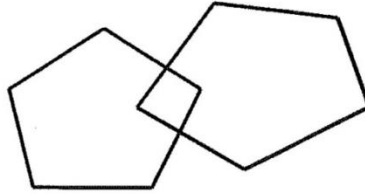
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100,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

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

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

LİSAN (Toplam puan 9)

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



Ek - 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskişine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskişine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama lüt- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek-4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-5. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF36)

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5