

115692



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KURUMDA VE EVDE YAŞAYAN YAŞLI
BİREYLERİN ALGILANAN SOSYAL DESTEK
FAKTÖRLERİ İLE DEPRESYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Nihayet AKSÜLLÜ**

115 692

**OCAK 2002
SİVAS**

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KURUMDA VE EVDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN
ALGILANAN SOSYAL DESTEK FAKTÖRLERİ İLE
DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Nihayet AKSÜLLÜ


115692

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. Selma DOĞAN

OCAK 2002

SİVAS



“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır.”

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. ARAŞTIRMANIN AMACI	7
3. GENEL BİLGİLER	8
3.1. Yaşlanma Süreci	8
3.2. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Değişiklikler ve Sorunlar	10
3.3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlı Bireylere Verilen Hizmetler	13
3.4 Sosyal Destek Kavramı.....	17
3.5 Yaşlanma Sürecinde Depresyon	22
3.6 Yaşlı Bireylerin Sosyal Desteklerini Güçlendirmede Hemşirenin Rolü	26
4. YÖNTEM	30
1. Araştırmanın Şekli	30
2. Araştırmanın Yeri	30
3. Araştırmanın Evreni	31
4. Araştırmanın Örneklemi	32
5. Araştırma Verilerinin Toplanması	32
6. Araştırma Verilerinin Uygulanması	34
7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	35
5. BULGULAR ve TARTIŞMA	36
6. SONUÇLAR	73
7. ÖNERİLER	77
8. ÖZET	79
9. SUMMARY	81
10. KAYNAKLAR	83
11. EKLER	90

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (I)	37
Tablo 2. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (II)	38
Tablo 3. Huzurevinde Kalan Bireylerin Kurum Yaşantısına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	43
Tablo 4. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Yere Göre Genel ve Alt Grup Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 5. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 6. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puanlarının Dağılımı	48
Tablo 7. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 8. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 9. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 10. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Gelir Kaynaklarına ve Gelir Yeterliliğine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 11. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Tablo 12. Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	56

Tablo 13.	Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Ziyaret Edilme ve Aile İçinde Kendilerini Algılamalarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 14.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	59
Tablo 15.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Depresyon Yaşama Durumlarına Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo 16.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	63
Tablo 17.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	64
Tablo 18.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı ...	65
Tablo 19.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı ...	66
Tablo 20.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	67
Tablo 21.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Gelir Kaynakları ve Gelir Yeterliliğine Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	68
Tablo 22.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Durumuna Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	69
Tablo 23.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı	70
Tablo 24.	Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ziyaret Edilme ve Aile İçinde Kendi Yerini Algılama Durumlarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	71

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılık, fiziksel ve mental fonksiyonlarda yetersizliklerin arttığı bir dönemdir. Son 30-40 yıl içinde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması, beslenme alışkanlığının olumlu yönde gelişmesi gibi faktörler ölüm hızını azaltmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler de doğurganlık ve bebek ölüm hızını azaltmıştır. Bütün bunların sonucunda, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (Akdemir 1997, Büyükcoşkun 1998, Uçku 1990).

Dünya'da 1900-1990 yılları arasında toplam nüfus üç kat artarken, 65 ve üzeri yaştaki nüfus 10 kat artmıştır. Durmaz ve Ünal'a (2000) göre Dünya Sağlık Örgütü'nün son raporunda, 2025 yılına gelindiğinde yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşacağı, bunların üçte ikisinin de gelişmekte olan ülkelerde olacağı bildirilmektedir. Ülkemizde yaşlı olarak kabul edilen 65 ve üzeri yaştaki bireylerin sayısı 1955'te nüfusun %3.3'ünü, 1980'de %4.6'sını, 1990'da ise %4.1'ini oluşturmaktadır. Bu artışa göre yapılan projeksiyon çalışmalarında ülkemizde yaşlı nüfusun 2010 yılında toplam nüfusun % 5.6'sına, 2025 yılında %9.3'üne ulaşması beklenmektedir (Akdemir 1997, Güler 1997, Vehid ve ark 1998). Bugün üçgen biçiminde olan nüfus piramidi gelişmiş ülkelerde silindirik şekline dönüşmeye başlamış olup, 65 ve üzeri yaştaki bireylerden oluşan nüfus genel nüfus içinde % 6'lara ulaşmıştır. Nüfus piramidindeki bu değişiklik dikkate alındığında gelişmiş ülkeler boyutunda olmasa da ülkemizde de gelecekte yaşlılık sorunlarının öncelikli sorunlar arasında yer alacağı söylenmektedir (Akdemir 1997). Çünkü 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranının % 7-10 olması, o toplumun "yaşlı toplum" olduğunun göstergesi sayılmaktadır (Güler 1997). Bu durumda yaşlılığın ülkemizde de yakın gelecekte yalnızca kişileri

ilgilendiren bir sorun olmaktan çıkıp toplumsal bir sorun haline geleceği söylenebilir.

Yaşlanma her canlı için doğumdan ölüme kadar devam eden fizyolojik bir değişim süreci olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde bireylerde hastalık sözü konusu olmaksızın anatomik yapı ve fizyolojik işlevlerde değişiklik görülür. Yaşlılıkla ilgili biyolojik, sosyal, psikolojik, ekonomik, patolojik yaşlılık gibi farklı boyutlar vurgulanmakla birlikte temel olarak biyolojik ve bireysel yaşlanma şeklinde gruplandırılabilir. Biyolojik yaşlanma, molekül, hücre, doku ve organlar düzeyinde meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişimlerle ortaya çıkar. Bireysel yaşlanma ise, bireyde biyolojik, fizyolojik ve psişik yönden gerilemelerin görüldüğü, buna bağlı fizik ve duygusal fonksiyonlarda belirgin yetersizliklerin ortaya çıkması ile bireyin günlük yaşam aktivitelerinin engellendiği bir dönem olarak açıklanmaktadır (Büyükcoşkun 1990).

Yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (Browning 1995, Büyükcoşkun 1990, Kaya 1999, Palabıyıkoglu ve ark 1992).

Yaşlanma ile birlikte fizyolojik olarak doku ve organlarda gerilemeler, beden fonksiyonlarında yetersizlikler ortaya çıkar. Kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, hematopoetik, endokrin, kas-iskelet, sinir sisteminde ve deride değişiklikler, görme ve işitme duyularında azalma olur. Bunların sonucunda bireyler hareket, görme, işitme, algılama gibi pek çok işlevlerini yerine getirmede zorlanırlar (Akdemir 1997, Büyükcoşkun 1990, Uçku 1990, Smith 1996). Tüm dünyada yaşlı bireylerde fiziksel olarak en sık kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, osteoartirit, pulmoner hastalıklar görülmektedir (Akdemir 1997, Biçer 1996, ICN 2001, Smith 1996).

Bu değişikliklerin yanısıra yaşlanma sosyal yönden de birçok değişikliğe ve kayba yol açar. Emeklilik yaşlılık dönemine geçişin somut bir göstergesidir, beraberinde, statü ve rol kaybı, ekonomik ve bunun gibi kayıpları getirir. Ayrıca

ülkelerde sanayileşme ve kentleşmenin getirdiği hızlı toplumsal değişimler de yaşlıların rol ve statülerini etkiler. Hızlı nüfus artışı, köyden kente göç, geniş ailenin yerini çekirdek aile tipinin alması gibi nedenlerle ailelerin yaşlı bireylere sağladığı destekler günümüzde giderek azalmaktadır (Bekaroğlu 1991, Durgun ve Tümerdem 1999, Günaydın 1996). Diğer yandan kadının çalışma hayatına girmesi, çocukların eğitim ya da evlilik gibi nedenlerle evden ayrılması yaşlı bireylerin aile içinde desteklenmelerini zorlaştırmaktadır. Bu da yaşlıların azalan gelirleri ile kendi evlerinde yalnız yaşamalarını zorunlu kılmakta, ya da bireysel gereksinimlerini tek başına karşılayamamaları nedeniyle bağımsızlığını kaybeden pek çok yaşlı için kurum yaşamını gündeme getirmektedir (Büyükcoşkun 1990, Durgun ve Tümerdem 1999).

Kurum yaşamı geleneksel aile içinde saygın bir yeri, otoritesi olan yaşlı birey için kolay kabul edilebilir bir durum değildir. Pek çok yaşlı için evi bildiği, hakim olduğu, içinde kendini güvende hissettiği, anıları ile beraber olduğu bir ortam; huzurevi ise, çevre denetimini yitirdiği, ilk kez karşılaştığı insanlarla yaşamak zorunda olduğu kaygı verici bir ortam olabilir (Akdemir 1997).

Yaşlanma süreci ile birlikte bedensel ve sosyal yönden ortaya çıkan bu değişiklik ve sorunlar psikolojik sorunları da beraberinde getirir. Yaşlının kişilik yapısı, toplumun yaşlıyı ve yaşlının kendini algılaması ile bağlantılı olarak gelişen psikolojik sorunlar, genel olarak kayıplar, keder, yas tutma ve ölüm kavramı ile bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Daha önce de açıklanan değişiklik ve kayıplar nedeniyle yaşlı bireyler giderek yalnızlaşma, toplumdaki uzaklaşma, değersizlik, ümitsizlik, karamsarlık, keder duyguları ile çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler (Kaya 1999, Öz 1992).

Yaşlılık döneminde en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur (Bekaroğlu 1991, ICN 2001, Kaya 1999, Kurtoğlu ve Rezaki 1999, Sağduyu 1997). Uçku ve Küey (1992) çalışmalarında, 65 yaş üzerinde depresif belirtileri %11, majör depresyon yaygınlığını %6 düzeyinde saptamışlardır.

Yaşlılarda depresyon için risk oluşturan durumlar olarak yakın çevredeki bireylerin kaybı, iş kaybı, fizik sağlığın bozulması ile yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı olmak, kronik hastalık, ekonomik yetersizlik, sosyal izolasyon

ve sosyal desteklerin yetersizliği gösterilmektedir (Browning 1995, Eker 1998, Gülseren 1995, Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan 1998, Yüksel 1998).

Bu faktörlerin yanısıra kurum yaşamı da yaşlılar için önemli bir risk oluşturmaktadır. Çalışmacılar kurumda yaşayan yaşlıların kendi ortamında yaşayanlara göre daha yoğun depresyon, umutsuzluk, yalnızlık yaşadıklarını belirtmektedirler. Aksayan, Yıldız ve Ergün (1998) huzurevinde yaşayan yaşlıların ailelerinin yanında yaşayanlara göre 2.85 kat daha umutsuz olduğunu, Bekaroğlu ve ark (1991) ise toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon oranının %29, huzurevinde yaşayanlarda %41 olduğunu saptamışlardır. Diğer bazı çalışmalarda da evde yaşayan yaşlı bireylerin kurumda yaşayanlara göre depresyon oranı düşük, yaşam doyumu yüksek bulunmuştur (Ekici ve Ünal 1992, Palabıyıkoğlu ve ark 1992). Yaşlı bireylerin bu döneme özgü yukarıda belirtilen pek çok sorunla baş etmelerinde, daha sağlıklı mutlu, huzurlu, üretken bir yaşlılık dönemi geçirmelerinde, yani yaşam kalitelerinin artmasında olumlu yaşam tarzı, kişilik yapısı, fiziksel sağlık durumuyla birlikte sosyal desteklerinin varlığı önemlidir.

Yaşlılık döneminde sosyal desteklerin güçlendirilmesi ve harekete geçirilmesi ayrı bir önem taşır. Daha önce de değinildiği gibi yaşlılık bedensel, sosyal, psişik olarak yoğun kayıpların olduğu ve bireylerin daha fazla yalnızlık yaşadıkları, başkalarına en fazla gereksinim duydukları bir dönemdir. Sosyal destek bireylerin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılayarak, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde etkiler (Sorias 1988c, Tremethick 1997). Çalışmacılar sosyal destek ile sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedirler (Langford ve ark 1997, Tremetrik 1997).

Sosyal destek genel anlamda, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş, komşu vb gibi) tarafından sağlanan maddi, manevi yardım olarak tanımlanır (Leavy 1983, Seeman ve Berkman 1988, Sorias 1988a, Spitzer, Bar ve Golander 1995). Bazı yazarlara göre ise sosyal destek, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcısıdır (Leavy 1983, Patterson 1995, Tremetrik 1997). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan,

gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya katkı veren sosyal destek sistemleri olarak kabul edilirler (Sorias 1988c). Geniş bir sosyal ağ içinde bulunan insan; eş, ebeveyn, arkadaş, evlat ya da komşu gibi birbirinden farklı roller sürdürür (Patterson 1995). Sorias'a göre (1988b) bu farklı roller içinde, seviliyor, değerli bulunuyor, gerektiğinde yardım görüyorsa kendini o denli mutlu ve güven içinde hisseder. Bunun tersine, sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda ruhsal bir hastalık geliştirme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları yaşanır. Stres verici bir yaşam olayı ile karşılaştığında sosyal kaynaklarını kullanan ve kullanmayan yaşlıların uyumu ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada, yakın bir arkadaşı olanların, emeklilik ya da eşin ölümü gibi travmatik sosyal kayıplarla daha iyi başa çıktıkları belirlenmiştir (Sorias 1988b). Uçku ve Küey (1992) ise yalnız yaşayan ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olan yani sosyal desteği düşük bireylerin depresyon riski taşıdıklarını ifade etmektedirler. Yaşlı bireylerde yapılan bir diğer çalışmada ise sosyal destek ile depresyon arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Özgür 1992).

Günümüzde yaşlı sayısındaki artış ve buna bağlı artan bağımlılık nedeniyle yaşlıların günlük yaşamlarını sürdürmelerinde bir başkasının yardımına daha fazla gereksinimleri olduğu açıktır. Halen yaşlıların büyük bölümü toplumun içinde yaşamaktadır. Ülkemizde de yaşlıların Akın, Seviğ ve Karataş'a (2001) göre %96.4'ü, Akdemir'e göre (1997) %98'i evde yaşamaktadır. ABD'de ise yaşlı nüfusun %5'inin kurumda yaşadığı belirtilmektedir (Jacelon 1995). Toplumlarda genel eğilim ve yaşlılarla ilgili bugünkü politikalar da yaşlıların kendi ortamlarında, yakınlarının desteği ile yaşamlarını sürdürmeleri, bu anlamda sosyal desteklerin güçlendirilmesi yönündedir.

Hemşireler gerek kurum gerekse toplum içinde yaşayan yaşlıların bakımında ve desteklerinin harekete geçirilmesinde en önde gelen ve etkili olabilecek sağlık çalışanlarıdır. Bireyi çevresinden ve çevresindeki önemli kişilerden ayrı düşünmeyen, bütüncül sağlık anlayışına sahip olan hemşirelerin, bireylerin sosyal destek sistemlerini belirleme, güçlendirme ve rehberlik etme önemli sorumlulukları arasındadır (Gürhan 1995, Özgür 1993).

Bununla birlikte ülkemizde gerek kurumda gerekse evinde yaşayan yaşlılar için planlı, sistemli bir sağlık hizmeti programı yer almamaktadır. Diğer yanda kendi ortamında yaşayan yaşlı bireylere yönelik evde bakım hizmetleri yetersiz hatta bulunmamaktadır. Toplumun içinde yaşayan yaşlılar çeşitli sağlık sorunları ile birlikte tümüyle aile bireylerinin sorumluluğu altında yaşamını sürdürmekte olup bu durum diğer aile üyelerinde gerginlik ve zorlanmaya neden olabilmektedir. Yaşlı bireylere bakım veren aile bireylerinin yaşadığı sorunların incelendiği bir çalışmada, aile bireylerinin çoğunluğu yaşlı ile yaşamada ve bakım vermede zorlandığını, özel yaşamlarının kısıtlandığını ve yaşlı ile ilişkilerinin iyi olmadığını ifade etmişlerdir (Bilgili 2000). Oysa evde bakım hizmetleri ile yaşlı birey ve ailenin desteklenmesi, dolayısı ile bu dönemin daha rahat, huzurlu, üretken geçmesi sağlanabilir. Diğer taraftan kurumda yaşayan yaşlıların bu ortamlarda daha ziyade barınma, beslenme gibi fiziksel bakım yönünden desteklendikleri, psikososyal gereksinimlerinin çoğunlukla gözardı edildiği gözlenmektedir.

Ülkemizde yaşlıların sosyal destek durumları ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır ve bu çalışmalarda emeklilerde sosyal destek ile depresyon ilişkisinin belirlenmesi (Özgür 1992), belirli bir bölgede yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeyleri (Durmaz ve Ünal 2000) gibi konular incelenmiştir. Diğer yandan yaşlılarda depresyon ve diğer psikososyal sorunlara ilişkin daha fazla çalışma yapılmış olup, bu çalışmalarda da kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık (Günaydın 1994), umutsuzluk (Aksayan, Yıldız ve Ergün 1998), depresyon (Bekaroğlu ve ark 1991, Özçankaya ve Mumcu 1996, Palabıyıkoğlu ve ark 1992), ve diğer mediko-sosyal (Bayık ve ark 2000, Biçer 1996, Uçku 1990) sorunları incelenmiştir.

Buna karşın gerek kurum gerekse evde yaşayan yaşlı bireylerin sosyal desteklerini karşılaştıran ve sosyal destek ile depresyon ilişkisini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Böyle bir çalışma ile belirli bir bölgede, evde ve kurumda yaşayan yaşlıların sosyal destek ve ruhsal durumları ile ilgili temel veriler oluşturulması, sağlık hizmeti sunan birimler (örn; sosyal hizmet kurumları, huzurevleri, sağlık ocakları) ve bu birimlerde çalışan hemşirelerin konuya

dikkatlerinin çekilmesi ve yaşı bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerini bu veriler doğrultusunda planlamalarına katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma, evde ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin;

1- Algıladıkları sosyal destek faktörlerinin ve bu faktörleri etkileyebilecek durumların belirlenmesi,

2- Depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi,

3- Algıladıkları sosyal destek faktörlerinin depresyon yaşama yönünden fark yaratma durumunun ve depresyonla sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1 Yaşlanma Süreci

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir (Akdemir 1997, Demirsoy ve Bozcuk 1997). Bir başka anlatımla yaşlanma bir kişinin iş veriminin azalmasına, dengesinin kaybolmasına, sağlığının bozulmasına yol açan, vücudun yapısal yıkım ve harabiyetine neden olan değişikliklerin yaşandığı yaşam sürecidir (Seviğ 1992). Genel olarak 60 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilmekle birlikte, yaşlılık sınıflandırması ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan yaşam beklentisine göre değişiklik göstermektedir (Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan 1999). Yaşlılıkla ilgili tanımlamalar sürekli gelişmekte, çeşitlilik göstermektedir. Simone de Beauvoir (1970) yaşlılığı “ilerleyen yaşla birlikte bireyin yeti yitiminin getirdiği çaresizlik duygusu ve ölümün belirsizliği ile yüz yüze gelmesidir” şeklinde tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre yaşlılık; morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak değerlendirilmektedir (Koptagel-İlal 1992).

Yaşlılıkla ilgili yayınlar incelendiğinde yazarların yaşlılığı çeşitli özelliklerini vurgulayarak açıkladıkları görülmektedir. Bazı yazarlar **normal yaşlanma** kavramı üzerinde durarak normal yaşlanmayı, “hastalık sözkonusu olmaksızın zamanın geçişine bağlı olarak anatomik yapıda ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerin yaşanması” olarak tanımlamaktadır (Güler 1997). Bir diğer tanımda **biyolojik yaşlılıktan** söz edilerek, biyolojik yaşlılığın yumurtanın döllenenmesi ile başlayan, tüm yaşam boyu devam eden bir olgu olduğu ifade edilmektedir (Güler 1997). Bazı yazarlar da kültürel durum, sosyal özellikler ve toplumdan topluma değişkenlik gösteren özellikleri açısından **sosyal yaşlılık** kavramını tanımlamıştır. Bu tanım, zaman içinde kazanılan alışkanlıkların, sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesini ifade etmektedir. **Patolojik yaşlanma** normal yaşlanma süreci ile doğrudan etkileşen patolojik olayların

Son yıllarda, insan yaşamının giderek uzaması ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde artması, bu nedenle insanın ileri yaşlarında daha sağlıklı kalması için **sağlıklı yaşlanma** kavramı gündeme gelmiştir. Sağlıklı yaşlanma, intrauterin yaşamdan başlayarak yaşam boyu süren ve yaşlılık dönemini de kapsayan bir sağlığı koruma ve geliştirme anlayışını içermektedir (Akın, Seviğ ve Karataş 2001). Sağlıklı yaşlanma kavramı, ilk olarak Amerika Birleşik Devlet'inde gündeme gelmiş (Lauder 1993) ve giderek tüm dünyada önem kazanmaya başlamıştır. Sağlıklı yaşlanma; sağlığı koruma ve geliştirme kapsamı içinde yeterli ve dengeli beslenme, kazalardan ve yaralanmalardan korunma, hastalıkları en alt düzeye indirme, duygusal zorlanmalarla başetme, çevre koşullarını iyileştirme, sağlık kontrolü, sigara ve alkol kullanımından kaçınma, yaşlılığı da kapsayan sağlıkla ilgili her türlü konuyu ve bu konularda da yaşamın erken dönemlerinden başlayarak bireylerin eğitilmesini gerektirir (Akdemir 1997, Büyükcoşkun 1998). Genç yetişkinleri hedef alan sağlığı geliştirme, iyileştirme girişimlerinin, yaşamın ilerleyen yıllarında güçlü bir etkiye sahip olacağı, daha sağlıklı olma ve gerilemeyi yavaşlatabileceği belirtilmektedir (Lauder 1993). Yaşlılıkla ilgili ABD'de yürütülen çalışmaların çoğu, Amerika'luların hasta değil iyi yaşlandığını göstermektedir (Savaşır 1999). Sağlıklı yaşayabilmek ve sağlıklı yaşlılar olabilmek için bireylere, toplumlara ve yöneticilere önemli sorumluluklar düşmektedir (Akdemir 1997).

3. 2. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Değişiklikler ve Sorunlar

Fizyolojik Değişiklik ve Sorunlar: Yaşlılık fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli sorunların görüldüğü bir yaşam dönemidir. Yaşlanma, ovum ile spermin birleşmesiyle başlayan, önlenemeyen ancak geciktirilebilen ve ölümle sonuçlanan bir süreçtir. Bu süreç içinde bütün sistemlerde yıpranma ve değişiklikler söz konusudur. Yaşlanma süreciyle serebral kan akımında, nöron ve sinaps sayısında azalma olur, beyin metabolizması yavaşladığından nörotransmitter sentezi, serotonin, dopamin, norepinefrin metabolitlerinin beyin konsantrasyonları azalır. Beyin yapılarındaki bu dejeneratif değişiklikler bellek,

dikkat, algı gibi bilişsel işlevleri ve psikomotor aktiviteyi olumsuz yönde etkiler (Browning 1995, Kaya 1999). Yaşlanma süreci ile birlikte sinir sistemi, kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, immün, hematopoetik, endokrin, kas-iskelet sistemleri ile duyu organlarında değişiklikler ve fonksiyonlarında azalmalar ortaya çıkar. Özellikle görme, işitme, tat, koku alma, dokunma duyularının zayıflamasına bağlı algılama niteliğinin azalarak bilişsel bozuklukların görüldüğü belirtilmektedir (Akdemir1997, Büyükcoşkun 1990, Ergör ve ark 1996, Smith 1996). Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların arttığı, kronik hastalıkların da yaşlanmayı hızlandırdığı söylenmektedir (Biçer 1996). Kronik hastalıkların neden olduğu yetersizlikler; fonksiyonel bozukluk, fizyolojik ve anatomik fonksiyonlarda yetersizlik ve kayıplar buna bağlı yaşamsal aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (Ergör ve ark 1996). Ayrıca yaşlanma süreci ile ortaya çıkan fizyolojik işlevlerde gerileme ve kronik hastalıkların, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, kendine yeteneğini azaltıp bağımlılığını artırdığı belirtilmektedir (Biçer 1996, Büyükcoşkun 1990).

Yaşlılıkta fiziksel aktivitelerde yavaşlama, fiziksel faaliyetlerde zaman zaman başarısızlık ve aynı işi daha uzun zamanda yapma gibi zorlanmaların bireyin yapacağı işlerden vazgeçmesine ve hareketsizliğinin daha da artmasına neden olduğu söylenmektedir (Akdemir 1997). Yapılan çalışmalar yaşlı nüfusun yarısına yakınının günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan bir rahatsızlığı olduğunu, %18'inin de önemli derecede hareket kısıtlılığının olduğunu göstermektedir. Uçku'nun çalışmasında (1990) yaşlı bireylerin %25.1'inin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersiz olduğu, Yazıcı (1996) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise yaşlıların % 41.4'ünün yarı bağımlı %5.7'sinin tam bağımlı olduğu saptanmıştır.

Psiko-sosyal Sorunlar; Gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşme ve kentleşme nedeni ile köyden kente göç, kentleşme ile birlikte azalan ilişkiler, kadının eğitim düzeyinin yükselmesi ile çalışma hayatına girmesi, gençlerin öğrenim ve evlenme nedeniyle evden ayrılmaları, geniş ailenin yerini çekirdek aile tipinin alması gibi nedenlerle ailelerin yaşlılara sağladığı desteklerin azaldığı

ve yaşı bireylerin evde bakım sorunlarının gündeme geldiği kaynaklarda belirtilmektedir (Akdemir 1997, Büyükcoşkun 1990, Günaydın 1996).

Aile yapısının değişmesiyle yaşı bireylerin aile içinde etkin olduğu rollerini kaybetmesi (Kaya 1999), kişilerarası ilişkilerin kısıtlanması, emeklilik, üretkenliğin ortadan kalkması, gelir azalması gibi değişiklikler maddi ve sosyal sorunları yaratmakta, yaşıdaki fiziksel ve mental değişiklikler de sosyal sorunları artırmaktadır (Akdemir 1997). Bireylerin fiziksel olarak yetersiz hale gelmesi, bireysel bakımını aksatmasının yanısıra duyu sistemlerindeki değişiklikler de sosyal yönden kısıtlılıklara yol açmaktadır, bunun sonucunda bireylerin diğer bireylerle ilişkileri, sosyal etkileşimleri zayıflamaktadır. Görme ve işitme kaybı TV izlemesini, kitap gazete okumasını, kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada da yaşlıların % 23'ünün görme kusuru, %9.3'ünde ise işitme sorunu olduğu belirlenmiştir (Biçer 1996). Başka bir çalışmada ise yaşlıların %27.9'unda işitme kaybı, %45.3'ünde görme kusuru saptanmıştır (Uçku 1990). Bu durumlar, hem bakım hem de ekonomik gereksinimleri nedeni ile yaşlıların bağımsızlıklarını kaybetmeleri anlamına gelmektedir. Bu sosyal değişimler yaşlının aile içinde bakımı ve korunmasını güçleştirerek giderek artan bir şekilde kurum yaşamını gündeme getirmiştir (Bilgili 2000, Büyükcoşkun 1990, Durgun ve Tümerdem 1999, Günaydın 1996). Ülkemizde yaşı nüfusun %2'den azı (Akdemir 1997), ABD'de %5'i (Jacelon 1995) huzurevinde kalmaktadır. Yaşı bireylerin huzurevinde kendilerini dünyadan soyutlanmış hissettikleri, yalnızlık ve terkedilmişlik duygularına kapıldıkları belirtilmektedir (Bilgili 2000, Büyükcoşkun 1990, Günaydın 1994). Yapılan çalışmalar da hem yaşı bireylerin hem aile bireylerinin kurum yaşamına olumlu bakmadıkları yönündedir (Palabıyıkoğlu ve ark 1992). Ülkemizde sağlıklı yaşam için konut yetersizliği, yoksulluk, gelir yetersizliği, yetersiz ve dengesiz beslenme, ihmal ve istismar yaşı bireylerin yaşadıkları diğer sosyal sorunlardır (Bayık ve ark 2000).

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fiziksel ve sosyal değişiklikler bireylerin ruhsal durumunu da etkiler. Yaşlılık, bilişsel fonksiyonlarda gerileme, üretkenliğin azalması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, gelir azalması, bağımsızlığın, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunları ile bir

kayıplar dönemidir (Gülseren 1995, Kaya 1999). Yaşlı bireylerin hareket yetilerinin azalması ile daha önce yapabildiği işleri zorlanarak yapmaları ve azalmış maddi olanakları onları başkalarına bağımlı hale getirir. Bu kısıtlılık ve bağımlılıklar ile bireysel bakımlarını karşılama sorunları, ailelerine yük olduklarını hissetmelerine neden olur. İş kaybı, toplumsal rol kaybı, üretken olamama, gibi olumsuz duygular bireylerin ruhsal ve sosyal yaşantısını tehdit eder ve çaresizlik, güçsüzlük, işe yaramazlık, yalnızlık, umutsuzluk, isteksizlik, çökkünlük, gibi duyguları yoğun yaşamalarına, yaşamı olumsuz algılamalarına, ve benlik saygılarının düşmesine neden olur (Akdemir 1997, Kaya 1999, Öz 1992). Bu durum yaşlının sağlığı geliştirmeye yönelik olumlu davranışlar geliştirebilmesine de engel olur (Köşgeroğlu, Aksoy ve Özkaya 1992).

Benlik saygısı bireyin kendi sınırlılıklarını tanınması ve kendi gücüne güvenmesi anlamına gelip, bireyin kendini değerli bulup bulmadığını ya da ne derecede değerli bulunduğunu ifade eder. Maslow insanın temel gereksinimlerini sıralarken benlik saygısının önemli bir gereksinim olduğunu vurgulamış, insanın kendine saygısı azaldığında ve diğerlerinden saygı görme ihtiyacı karşılanmadığında kendini yardımsız ve aşağılık hissedeceğini belirtmiştir. Terakye (1989) huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %60.8'inin benlik saygısının düşük olduğunu saptamıştır. Yapılan bir diğer çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların %42'sinin evde kalanların %29.8'inin yalnızlık yaşadığı tespit edilmiştir (Büyükcoşkun 1990). Özcan Yazıcı ve Beşer'in çalışmalarında (1992) ise yaşlıların % 48'inin yalnızlık çektiği saptanmıştır.

Bu faktörlerin de etkisiyle ve diğer nedenlerle evinde ya da huzurevinde kalan yaşlı bireylerde; depresyon, manik depresif psikoz, demans, anksiyete bozuklukları gibi çeşitli ruh sağlığı sorunları ortaya çıkar (Eker 1998, Uluğ 1997).

3. 3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlı Bireylere Verilen Hizmetler

Toplumda yaşlı sayısındaki artışla birlikte ortaya çıkan kısmi ya da tam bağımlılık nedeniyle yaşlı bireyler günlük yaşamlarını devam ettirmede bir başkasının yardımına gereksinim duymaktadırlar. Demografik yapıdaki değişikliğin getirdiği sorunların çözümü için yaşlı bireylere kurumda ya da evde verilecek hizmetler giderek önem kazanmaya başlamıştır (Akdemir 1997, Büyükcoşkun 1990). Halen tüm dünyada yaşlıların çoğunluğu kurum dışında yani evde yaşamaktadır ve toplumun isteğinin de bu yönde olduğu belirtilmektedir. (Akın, Seviğ ve Karataş 2001, Tremethick 1997). Ülkemizde Akın, Seviğ ve Karataş'ın (2001) belirttiğine göre yaşlılarımızın %96.4'ü bir başka kaynakta ise %98'i kurum dışında yaşamaktadır (Akdemir 1997), ABD'de ise yaşlı nüfusun %5'inin kurumda yaşadığı belirtilmektedir (Jacelon 1995).

Gelişmiş Ülkelerde Yaşlı Bireylere Verilen Hizmetler; Gelişmiş ülkelerde yaşlı bireylere verilen hizmetler özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu ülkelerde (65 yaş üzeri nüfus Almanya'da %22, Hollanda'da %20 İsveç'te %15 arasındadır) oldukça genişlemiştir. Bunlar ;

- Okul çağından başlayarak halkın yaşlanma ve yaşlı bakımı konusunda eğitilmesi
- Eve hizmet götürme; Ev işlerinde, alışverişte yardım, eve yemek götürme, uğraşı tedavisi, fizyoterapi ve beslenme uzmanlarının yaşlıyı evinde ziyaret ederek verdikleri destek hizmeti,
- Yalnız yaşayan yaşlıların oturduğu, içinde spor salonu, kütüphane, dinlenme salonları olan yaşlı apartmanları,
- Yemek ve diğer günlük yaşam desteği gereksinimi duyan yaşlıların barındığı bakımevleri,
- Yatağa bağımlı yaşlıların aileleri tarafından geçici olarak bırakılabilecekleri kurumlar,
- Yaşlı bireylerin zamanlarını değerlendirebilecekleri, kendi yaş grubu ile birlikte olabilecekleri, yalnızca gündüz hizmet veren, yatılı olmayan gündüz bakımevleri/ yaşlı klüpleri,

- Geriatri hastaneleri gibi özelleşmiş sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon programları olan birimler,
- Yaşlı bireylere bakım veren aileleri destekleyici hizmetler
- Bir sorunla karşılaşan yaşlılar için danışma servisleri,
- Yaşlı bireylerin taşımacılık ve posta hizmetlerinden indirimli yararlanmaları gibi hizmetlerdir (Akdemir 1997, Buckwalter, Weiler ve Stolley 1995, Uçku 1990, Yazıcı 1994). Bu hizmetlerin dışında kendi işini yapmak istemeyen, veya yapacak durumda olamayan, günlük yaşam desteği gereksinimi duyan, ancak yatalak veya devamlı bakıma muhtaç olmayan kişilerin kaldığı, müşterek yemekhane, oturma ve spor salonu bulunan bazı kurumlardan da söz edilmektedir (Akdemir 1997).

Ülkemizde Yaşlı Bireylere Verilen Hizmetler; Ülkemizde yaşlılara verilen hizmetlere bakıldığında, Türk toplumunda her dönemde yaşlılara yardım edildiği, yaşlıların korunmaya alındıkları desteklendikleri bilinmektedir Cumhuriyet döneminde yaşlılara ilişkin politikalarda önceleri kurum bakımı vurgulanırken, 90'lı yıllardan bu yana ailenin desteklenerek destekleyici rolünün güçlendirilmesi ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinden söz edilmektedir (Akdemir 1997). Devlet Planlama Teşkilatı'nın son raporunda; 7. beş yıllık kalkınma planında günümüzde ailelerin bazı fonksiyonlarını devralmış kurumların hizmetlerine duyulan ihtiyacın arttığı, yaşlı bireylerin bakımı konularında ailenin eğitilerek desteklenmesinin sağlanacağı, birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilerek yaşlı sağlığı evde bakım hizmetleri gibi bir dizi hizmete yönelik programlar geliştirileceğinden söz edilmektedir (Akin, Seviğ ve Karataş 2001).

Günümüzde yaşlılara verilen sosyal hizmetler 1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) yasası kapsamında belirtilmiştir. Yasanın amacı; sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma, yardıma muhtaç yaşlılara devletin denetim ve gözetiminde, halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde hizmet sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda, muhtaç yaşlı kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için huzurevleri kurulmaya başlamış, yanısıra yaşlı dayanışma

merkezi, evde yaşlıya yardım projesi, ihtiyarlık maaşı gibi hizmetler de uygulanmaya başlatılmıştır (Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Sunusu 1999).

- SHÇEK'na bağlı 61 huzurevi 6240 kapasite ile hizmet vermektedir (2001 tarih itibarı ile). Bireylerin bu hizmetten yararlanabilmeleri için; 60 yaş ve daha yukarı yaşlarda olmak, günlük yaşam faaliyetlerini (yeme, içme, tuvalet gibi) yapabilecek nitelikte olmak, yatalak ya da tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olmamak, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyacını karşılamasına engel hastalığı bulunmamak, ruh sağlığı yerinde olmak, sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak şartları aranmaktadır. SHÇEK'nun dışında bazı bakanlıklara, belediyelere, azınlık ve gerçek kişilere, dernek ve vakıflara ait kuruluşlar olmak üzere ülke genelinde 8548 kapasiteli 99 adet huzurevi hizmet vermektedir (2001 tarihi itibarı ile). SHÇEK'na bağlı huzurevlerinin bir kısmı özel bakım hizmetine ihtiyaç duyan yaşlılar için sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezi olarak hizmet vermektedir.

- Yaşlı dayanışma merkezi; Bu merkezde kendi evinde yalnız ya da ailesiyle yaşayan, çevresel ilişkilerini güçlendirmek isteyen yaşlıların gündüzleri biraraya gelerek yaşlıları ile birlikte olabilecekleri, çeşitli etkinliklere katılabilecekleri ortam sağlanmaktadır 2001 tarih itibarı ile 1084 bireye hizmet vermektedir (Halen Ankara, Çanakkale, İstanbul, İzmir'de 6 merkezde hizmet verilmektedir).

- Evde Yaşlıya yardım Projesi (Ayni Nakdi Yardım); Yaşlı bireylerin toplumsal hayattan soyutlanmaması, kendi ortamında kalabilmesi için kurum bakımı yerine evde bakım projesi geliştirilmiştir. Bu proje yaşlı bireylerin ya da birlikte yaşadıkları aile bireylerinin koşulları nedeniyle karşılayamadıkları gereksinimlerinin karşılanmasını içermektedir. Bu gibi hizmetlerle yaşlıların desteklenmesi, çevrelerinden kopmadan yaşamlarını evlerinde sürdürmelerine yardımcı olmak hedeflenmektedir (Halen Ankara, İstanbul ve İzmir'de hizmet verilmektedir) (Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Sunusu 1999, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 2001).

- İhtiyarlık Maaşı: Yaşlı muhtaç bireylere sunulan bir diğer hizmet ise, üç ayda 43.000.000 TL'dir (2001 tarihli, Defterdarlıktan edinilen bilgiye göre)

3. 4. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek kavramının Florence Nightingale'den beri hemşirelik bakımında yer aldığı, bilimsel çalışmaların ise 1970 yılından bu yana başladığı literatürde belirtilmektedir (Tremethick 1997). 1974 yılında Epidemiyolog John Cassel, hızlı sosyal değişim, sosyal ve aile yapısındaki değişiklik, aile bağı ve niteliği, kültürel göçle ilgili niteliklerin psikososyal sonuçları ile ilgili yapılan çalışmaları incelediğinde, sosyal destek eksikliğinin iyileşmeyi geciktirdiğini ve sağlığı olumsuz etkilediğini saptamıştır. Psikiyatrist Gerald Kaplan ise yaptığı çalışmada, krizin yaşanmasının bireyin sosyal ağdan elde ettiği duygusal desteğin niteliğinden de etkilendiğini saptamıştır (Norbeck ve Barnes 1988). Cassel 1976 yılında yaptığı çalışmalar sonunda, bir başetme kaynağı olarak sosyal desteğin, kişileri hastalıklara, yaşam stresinin zararlı ilişkilerine karşı koruduğunu öne sürmüştür. Böylece konuya duyulan ilgi artmıştır (Eker ve Arkar 1995, Langford ve ark 1997, Leavy 1983, Sorias 1990).

Sosyal destek literatürde genellikle bireylere başkaları tarafından verilen koruma ve yardım olarak tanımlanır (Langford ve ark 1997). Kaplan sosyal desteği, stresli yaşam olayı ile karşılaşan bireye başkaları tarafından sağlanan geribildirim ve güç olarak (Norbeck ve Barnes 1988), Shumaker ve Brownel en az iki kişi arasında alış-veriş yapılan bir kaynak (Langford ve ark 1997), olarak Solomon ise, kişiye sevildiğini göstermenin, sevginin ve empatinin bir ifadesi olarak (Sungur 1999) tanımlamışlardır. Sosyal destek kuramlarında genel olarak sosyal desteğin yaşam boyu gerekli olduğu, ait olma duygusunu yaratan kişilerarası ilişkileri kapsadığı ve olumlu yönde bir etkileşim olduğu kabul edilir (Özgür 1993). Öğrenme kuramları yönünden sosyal destek, kontrol kaybının yol açtığı çaresizlik ve yetersizlik duygularını ortadan kaldıran veya nötralize eden bir etken olarak belirtilmektedir (Sungur 1999). Sosyal destek kavramı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla beraber sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddî ve manevî yardımlar olarak tanımlanmaktadır (Özgür 1993, Sorias 1988a). İnsanların yaşamında önemli bir rolü olan, gerektiğinde kişiye

maddi, duygusal ve zihinsel (bilişsel, kognitif) yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (Leavy 1983, Özgür 1993, Powers 1988, Sorias 1988b, Sorias 1988c).

Sosyal Desteğin Bileşenleri; Sosyal kaynakların kişiye maddi, duygusal, zihinsel destekler sağladığı belirtilmektedir (Sorias 1988a).

Maddi Destek; (material support) Maddi destek günlük sorumlulukların yerine getirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır. İşsiz kalan kişiye yakınının iş bulması ya da para vermesi gibi davranışları kapsar (Langford ve ark 1997, Özgür 1993, Sorias 1988a).

Duygusal Destek; (affective support) Duygusal destek, kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini kapsar. Bireyin kişilerarası ilişkilerinde kabul edildiği, değer verildiğini gösterir bilgidir (Özgür 1993, Sorias 1988a). Duygusal desteğin içinde sırdaş ilişkisine özel bir önem verilmiştir (Seeman ve Berkman 1988, Sorias 1988c). Yapılan bir çalışmada çeşitli yaşam olayları ve sorumlulukların yarattığı gerilimlerle başa çıkmada hiç sırdaş olmayan insanların yaşam stresinden daha fazla rahatsızlık duyduklarını, benlik değerlerinin daha düşük olduğunu ve psikopatolojik semptomlarının daha fazla olduğunu saptamıştır (Sorias 1988c). Duygusal desteğin, destek algısının başkalarına iletilmesinde en önemli kategori olduğu ileri sürülmektedir (Langford ve ark 1997, Özgür 1993).

Bilişsel destek; (cognitive support) Öğüt, bilgi verme ve davranışlar konusunda geri iletim gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir. Problemi çözmek için beceri eğitimi ya da bir konuda bilgi verilmesini kapsar (Akkuş 2000, Özgür 1993, Sorias 1988a). İşe yeni başlayan bireye, iş arkadaşlarının iş hakkında bilgi vermesi ve kendisinden beklenenleri anlatması gibi (Özgür 1993).

Bunların dışında psikolojik uyum üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilen ve **olumlu sosyal etkileşim** (sosyalleştirme) adı verilen destek tipinden söz edilmektedir. Bu sosyal destek bir grup insanla yemek yemek, sinemaya gitmek gibi ortak bir ilgi ya da eğlenceyi paylaşmayı içerir (Sorias 1988a).

Sosyal desteğin fizik ve ruh sağlığına y6nelik koruyucu rol6 anlaşıldıktan sonra sosyal destekler ile ilgili 7alışmalar genişletilmiştir (Sorias 1990). Sosyal destekle ilgili kavramlardan birisi sosyal ağdır. **Sosyal ağ**, kişi ile 7evresindeki diğer insanlar arasındaki bağlar ve bu insanların birbirleriyle olan ilişkileri olarak tanımlanmaktadır. Sosyal ağ, bireyin sosyal kimliğinin tanındığı, desteklendiği ve g6u7lendirildiği aile 6yeleri, akrabalar, arkadaşlar ve meslektaşlar gibi 7evresindeki insanlardan oluşur. (Leavy 1983, 6zg6r 1993, Sorias 1988e). Sosyal ağ bireyin sahip olduğu sosyal ilişki ve bağların 6zellikleri olarak kabul edilirse, sosyal destek sosyal ağdan sağlanan yardım olarak tanımlanır. Bir başka anlatımla sosyal ağ sosyal ilişkinin kantitatif y6n6n6, sosyal destek ise kalitataif y6n6n6 g6stermektedir (Langford ve ark 1997, 6zg6r 1993). Sosyal ağın yapısal 6zellikleri değerlendirilirken ağın b6y6kl6đ6 (ilişkide bulunulan insan sayısı), sosyal ilişkilerin sıklığı, ağ 6yelerinin birbirleriyle olan ilişkileri (yoğunluğu) 6yeler arasındaki fiziki uzaklık, ilişkilerin aktif ya da pasif oluşu gibi değerkenler 6zerinde durulmaktadır. Bireyin sosyal ağının yapısında iş değeriftirme, emeklilik, hastalık ve 6nemli yaşam olaylarında değerime olacağı beklenir (6zg6r 1993, Powers 1988, Sorias 1988e). Sosyal destekle ilgili 6nemli bir diğer kavram da **“Algılanan Sosyal Destek”** tir

Son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan desteğe kaydığı g6r6lmektedir (Eker, Arkar ve Yaldız 2001). Algılanan sosyal destek, sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi olarak tanımlanır (Sorias 1988e). Bir başka anlatımla algılanan sosyal destek, kişinin kendine bi7tiği değerdir (Sorias 1988a) Yaşamın 7eşitli alanlarında sevilen, aranan, değer verilen ve gerektiğinde ihtiya7ı olan yardımı bulan kişinin, yakın insan ilişkilerinden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınınca desteklendiği duygusunu taşıdığı 6ne s6r6lm6řt6r (6zg6r 1993, Sorias 1988e). Sorias’a g6re (1988e) sosyal aktivitenin kendisi değeril, algılanış ve yorumlanış bi7imi sağlığı korumaktadır. Sosyal destek, başa 7ıkma mekanizmaları ve sağlık arasındaki ilişkiyi a7ıklayan kuramsal modele g6re, herhangi bir sosyal aktivitenin destekleyici olması i7in bu aktivitenin ya kişinin

benlik saygısını artırması ya da stresle ilgili maddi ya da zihinsel yardımı içermesi gerektiği söylenmektedir. Bu iki destek işlevinden, benlik saygısını zenginleştirici olanların sağlık sonuçlarını doğrudan etkilediği, stresle ilgili kişilerarası yardımların ise başa çıkma mekanizmalarıyla aynı yönde çalışarak sağlığı dolaylı biçimde etkilediği belirtilmektedir (Sorias 1988e). Kişinin yakından bağlı olduğu insanlar, stres verici durumlarda sağladıkları maddi ya da zihinsel yardımlarla sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar. Algılanan desteğin kişilik özellikleri gibi kalıcı özelliklerinin yanısıra tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden etkilendiği belirtilmektedir (Sorias1988a, Sorias 1988d).

Yaşlılık döneminde hastalık, fonksiyon kayıpları, gelir azalması, kişilerarası ilişki problemleri gibi yaşam olaylarının artması, bireyin ilişkide bulunduğu kişi sayısının, mevcut desteklerin giderek azalması gibi nedenlerle kişilerin algıladıkları sosyal desteğin azaldığı kaynaklarda belirtilmektedir (Kurlowicz 1993, Secmen ve Berkman 1988, Sorias 1988e, Tremethick 1997).

Sosyal destek kültür, sosyo-ekonomik düzey, yaş ve cinsiyet gibi bazı kişisel özelliklere göre değişebilir (Özgür 1993). Erkeklerin sosyalleşme sürecinde, otonomi, kendine güven ve bağımsızlığa önem verdikleri, bu özelliklerin sosyal desteğin gelişimi ve kullanımını engelleyebileceği, kadınların ise sıcak, duyarlı ve sorunlarını başkalarıyla paylaşan insanlar olmaları beklendiği için sosyal destek kaynaklarını daha rahat kullandıkları belirtilmektedir (Sorias 1988e).

Sosyal desteğin sağlandığı sosyal ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesinde bireyin yeteneği de önemlidir. Bu nedenle bireysel özelliklerden kaynaklanan sosyal destek yetersizliği ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olur. Sosyal desteği yüksek olan bireylerin ise olumlu sağlık davranışları göstererek daha uzun ve daha sağlıklı yaşadıkları, akut ya da kronik ruhsal ve fiziksel hastalıklara karşı daha dirençli oldukları, hastalandıklarında ise sosyal desteğin gerek duyulan ilaç miktarını azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı ve tıbbi tedaviye uyumu kolaylaştırdığı söylenmektedir (Özgür 1993). Sosyal destek, bireye sağlıklı başetme becerileri, depresyonu azaltma, stres dönemlerinde kişisel yeterliliği artırma, genel pozitif etki, duygusal denge, kendi değerini algılama, yaşam doyumu ve psikolojik iyilik hali kazandır (Sorias 1988a).

Sosyal destek ve yaşlılıkla ilgili olarak, yaşlıların gençlere göre daha fazla sağlık problemleri, daha az kaynaklarının olması nedeniyle daha fazla destekleyici ilişkiye ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (Langford ve ark 1997). Yaşlı bireyler çoğu zaman sosyal destek ihtiyaçlarını karşılamak için ağırlıklı şekilde aileye güvenirlir. Hastalık ya da ölüm nedeniyle arkadaşlarının sayısı azaldıkça ailenin yeni üyeleri yaşlıların hayatında daha fazla önem kazanır (Tremethick 1997). Sosyal desteğin yaşlı bireylerin bağımsız kalma yeteneklerini etkilediği (Sorias1988c), aile ve arkadaşlardan alınan sosyal desteğin yaşlı bireyleri depresyondan koruduğu belirtilmektedir (Kurlowicz 1993). Kaynaklarda içten güven duyulan birinin varlığının ruh sağlığını pozitif etkilediği ve yaşlı bireylerde diğer sosyal desteklerin eksikliğine karşı tampon görevi gördüğü belirtilmektedir (Kurlowicz 1993, Seeman ve Berkman 1988, Sorias 1990).

Sosyal desteklerin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu bir biçimde etkilediği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır (Sorias 1988a, Sorias 1988c, Tremethick 1997). Sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan iki önemli görüş vardır. Temel ya da doğrudan etki kuramına göre; yeterli sosyal desteği olan bireyler hastalıkların oluşmasına neden olacak kadar yüksek düzeyde stres yaşamayacakları için sosyal desteğin stresi doğrudan kontrol altında tuttuğu kabul edilir. Bunun tersine sosyal desteği yeterli olmayan bireyler olumsuz olaylar karşısında çaresizlik ve değersizlik duyguları yaşayacaklarından psikolojik ve fizik hastalık geliştirme riski artacaktır (Özgür 1993, Sorias 1988c). Tampon etki kuramı ise, sosyal desteğin yaşam olayları ve yaşam güçlüklerinin yarattığı psikolojik zararları azaltarak tampon görevi gördüğünü savunur. Başka bir anlatımla; sosyal destek stres yaratan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltarak ve bireyin duygusal gerginliğinin üstesinden gelmesine yardım ederek tampon rolü oynar (Özgür 1993, Sorias 1988c).

3. 5. Yaşlanma Sürecinde Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk 2001). Depresyon çok eski zamanlardan beri bilinen bir hastalık olmakla birlikte, endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı stres, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, yaşamdan beklentilerin artması gibi durumlar nedeniyle günümüzde artmıştır (Geçtan 1997). Çalışmacılar depresyonun başlangıcında yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, yaşanılan yer, coğrafi durum, düşük sosyo-ekonomik düzey, olumsuz yaşam olayları ve sosyal destek yetersizliğinin önemli rolü olduğunu vurgulamaktadırlar (Bekaroğlu 1991, Kaya 1999).

Depresyon her bireyin yaşamının herhangi bir döneminde görülebilecek bir bozukluktur. Bununla birlikte çok çeşitli fiziksel, sosyal, psikolojik sorun ve kayıpların yaşandığı yaşlılık dönemi, depresyonun en yaygın görüldüğü dönemdir (Bekaroğlu 1998, Kaya 1999, Kurtoğlu ve Rezaki 1999, Rezaki 1997). Kurtoğlu ve Rezaki'ye (1999) göre toplumumuzdaki yaşlı bireylerin %13.5'inin depresif bozukluğu olduğu bildirilmektedir. Uçku ve Küey (1992)'in tanı koydurucu düzeydeki çalışmalarında 65 yaş üzerinde majör depresyon yaygınlığı % 6, depresyon yaygınlığı %6, depresif belirti yaygınlığı ise %11 olarak saptanmıştır. Kurtoğlu ve Rezaki (1999), huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon oranını %10.2 bulmuş, Palabıyıkoglu ve ark (1992) ise depresif belirtilerin kurumda yaşayanlarda evde yaşayanlara göre daha çok görüldüğünü saptamışlardır. Bekaroğlu'na (1995) göre değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşlılık döneminde depresif belirtilerin %5 - %60 arasında değişen oranlarda saptandığı bildirilmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada yaşlıların %15'inde önemli depresif semptomların görüldüğü bildirilmiştir (Browning 1995). Buna göre depresyonun yaşlılık döneminde görülen en yaygın sorunlardan birisi olduğu söylenebilir. Bununla birlikte yazarlar yaşlılık döneminde sık görülmesine karşın depresyonu olan yaşlı bireylerin çok azına tanı konulup tedavi edildiği

belirtmektedir. Bu durumun yaşlılık döneminde bedensel hastalıklar ve buna bağlı yeti yitimi ile birlikte sosyal ve ekonomik sorunların sık görülmesi sonucu ortaya konulan tepki olan depresif belirtilerinin doğal ruhsal tepkiler olarak görülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Browning 1995, Eker 1998, Sağduyu 1997, Yüksel 1998). Yaşlılık çağı depresyonlarında intihar ve diğer nedenlerle ölümün depresyonu olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenmektedir (Yüksel 1998).

Yaşlılıkta Depresyon Nedenleri

Diğer mental hastalıklar, fiziksel hastalıklar, kayıplar, tedavide kullanılan ilaçlar, madde kullanımı, ilerleyici zayıflık, kilo kaybı, yalnızlık ve izolasyon, emeklilik, bakım vericinin rolleri yaşlılıkta depresyon nedenleri olarak belirtilmektedir (Browning 1995).

Diğer mental hastalıklar: Depresyon şizofreni, şizofrenik bozukluklar ve demans gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte veya sekonder gelişebilir (Browning 1995, Öz 1992).

Fiziksel hastalıklar; Fiziksel değişimler ve kronik hastalıkların artmasıyla bağımsızlığın azalması, kısıtlılıklar, cinsel işlev bozuklukları, andropoz menapoz nedeniyle üreme fonksiyonunun yok olması depresyon nedenlerindedir (Akdemir 1997, Browning 1995, Öz 1992). Kronik diyaliz hastaları ve nörolojik hastalıklarda da depresyonun sık görüldüğü belirtilmektedir (Gülseren 1995).

Kayıplar: Yaşlılar keder verici birçok kayıp yaşarlar. (Kayıplar yaşlılık ve sorunları bölümünde belirtilmişti). Her bir kayıp bireyin ileride yaşayacağı kayıplara hassasiyetini artırır ve yeni kayıpların habercisidir. Kayıpların biriken etkisi gençlerin aksine yaşlılarda daha fazladır. Çünkü yaşlıların bu kayıpları dengelemek için yeni bir iş, yeni bir aile oluşturma gibi fırsatlara sahip olacak yeterli zamanları ve enerjileri yoktur (Browning 1995, Kaya 1999).

Tedavide kullanılan ilaçlar, alkol ve madde kullanımı; Kronik hastalıklar nedeniyle sağlık sorunlarının tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri, ayrıca yaşlı bireylerde depresyona eşlik eden duyguları engelleme veya azaltmak için

alkol ve madde kullanımı görülebilir (Browning 1995). Bayık, Özgür ve ark (2000) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin %84.2' sinin ilaç, %10.5'inin alkol kullandığını saptamışlardır.

Emeklilik; Emeklilik ile üretkenliğin azalması işe yaramazlık değersizlik duyguları, gelir azalması depresyon nedenleri arasındadır (Durgun ve Tümerdem 1999, Öz.1992).

İlerleyici zayıflık, kilo kaybı; Organik kökenli olmayan ihmal, istismar, hareketsizliğe bağlı gelişen kilo kaybı depresyon nedenleri arasındadır.

Yalnızlık ve izolasyon: Yaşlı bireyler enerjilerini yalnızlık duygusunu engellemek, başatmak için kullandıklarından üretkenlikleri azalır. Yalnızlığa bağlı depresyonun sosyal aktiviteleri olan bireylerde daha az görüldüğü belirtilmektedir (Browning 1995).

Bakım vericinin rolleri; Fiziksel ya da bilişsel rahatsızlığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin kızgınlık anksiyete yaşamaları yaşlı bireyde depresyon gelişmesi açısından dikkate alınmalıdır (Browning 1995).

Depresyonda Risk Faktörleri

Düşük sosyo-ekonomik statüde olmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğa ya da kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendine yeterli olamamak gibi faktörlerin yaşlılık döneminde depresyona zemin oluşturduğu belirtilmektedir (Eker 1998, Kaya 1999).

Depresyonun Belirtileri

Depresyonda çökkün duygudurum (apati, irritabilite, ağlama, düz monoton bir ses, dağınık görünüm, duygu küntlüğü), enerji azalması, güçsüzlük (halsizlik, baş dönmesi, düşme), psikomotor işlevlerde yavaşlama (laterji, yavaş konuşma, eylemlerde yavaşlama ve düşünme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneğinde azalma, konsantrasyon güçlüğü), iştah ve kilo değişikliği, uyku düzeninde değişiklik (uyuyamama/çok uyuma, sabah erken uyanma), bedensel ağrı ve yakınmaların artması, ilgi ve hoşça giden aktivitelerde azalma, yaşamdan

zevk almama, üzüntü, umutsuzluk, değersizlik düşünceleri (çaresizlik, bağımlılık, sürekli keder, kontrol kaybı) ve kayıpla başa çıkma becerisini kaybetme tarzındadır. Bu belirtilerin birkaçının iki hafta boyunca hemen hergün olması koşulu ile tanı konur (Browning 1995, Kaya 1999).

Çocuksu davranışlar, sürekli yakınma, inatçılık huzursuzluk, aşırı talep edicilik, sinirlilik, aşırı bedensel yakınmalar, organ işlevlerinde bozulma ya da hastalıkla ilgili bizar nitelikli nihilistik (iç organlarım çürüdü yok gibi) sanrılar depresyonun maskeli görünümüdür (Kaya 1999).

Yaşlılık Dönemi Depresyonlarında Tıbbi Tedavi

Yaşlılık döneminde depresyonlarında tedavinin temel amacı, belirtilerin ortadan kaldırılması, yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Tedavi sürecinde ailesel ve toplumsal destek sistemleri mutlaka işletilmelidir Depresyon tedavisinde; antidepressanlar, EKT, psikososyal tedaviler, psikodinamik psikoterapi, destekleyici tedaviler, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi, bilişsel–davranışçı tedavi, grup tedavileri, aile tedavisi uygulanmaktadır (Browning 1995, Uluğ 1997, Ünal ve Kaya 1999).

3. 6 Yaşlı Bireylerin Sosyal Desteklerini Güçlendirmede

Hemşirenin Rolü

Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin temel amacı; yaşlı bireyin kendine bakabilmesi için mevcut kapasitesini en iyi düzeyde kullanmasını, sağlıklı ve nitelikli bir yaşam süreci geçirmesini sağlamaktır. Bu amaca ulaşılması için hastalıkların erken dönemde kontrol altına alınması, mevcut sağlık durumunun korunması ve sürdürülmesi, yaşlıların kendilerine sunulan olanaklardan yararlanması ve yaşlı bireyler için yeni olanaklar yaratılması gereklidir. Yaşlı bakımında genel sağlığın ve fonksiyonel yetilerin en üst düzeyde olmasını sağlamak ve yetersizlikleri olabildiğince geciktirmek temel hedeftir (Harper 1995)

Yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun, dolayısıyla yaşam kalitelerinin artmasında ruh sağlığını koruyucu ve yaşam kalitesini güçlendirici etkisi olduğu bilinen sosyal destek kaynaklarının değerlendirilerek bireylerin gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yerine getirilmesinde hemşire önemli bir rol oynar (Wright 1997).

Yaşlı bireylere sosyal destek sağlamada hemşire, öncelikle bireyin destek kaynaklarının belirlemeye ve stres yaşayan bireye ne tür desteğin yarar sağlayacağını tespit etmeye çalışmalıdır. Bunun için kapsamlı bir değerlendirme yapmalıdır (Smith 1997, Şahin 1998).

Bireyin sosyal destek özelliklerini değerlendirmede hemşire; Öncelikle bireyin sosyal ağını ve sosyal destek kaynaklarını belirlemelidir. Çünkü sosyal destek sosyal ağdan sağlanır. Bu nedenle bireyin çevresinde bulunan kişiler, bu kişilere yakınlığı, görüşme sıklığı, görüşme şekli (telefon veya yüzyüze), bu kişilerden ne tür bir destek aldığı (duygusal, maddi, fiziksel) belirlenir.

Hemşire bu doğrultuda;

- bireyin ne şekilde yaşadığını (yalnız, çocuğu ile vb),
- birlikte yaşadığı kişileri ve bu kişilerin yakınlık derecesini,
- aile yapısını, aile ilişkilerini, geçmişte ve şu anda aile içindeki konumunu ve görevlerini,

- akraba, arkadaşlık, komşuluk ilişkilerini,
- gelir durumunu ve gelir kaynaklarını,
- sosyalleşmede önemli olan ilgi alanları, hobi ve alışkanlıklarını,
- sosyal destekleri kullanmada etkili olan, geçmişte ve şu anda kullandığı başetme kaynaklarını,
- eğitim ve kültürel özelliklerini,
- yaşam, yaşlılık, ölüm kavramlarına ilişkin değer ve tutumlarını belirlemelidir (Norbeck ve Barnes 1988).
- Hemşire ayrıca yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini etkileyen (görme, işitme, duyma, hareket kısıtlılığı, yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı) durumları, bireyin zihinsel veya fiziksel hastalığı olup olmadığını, ilaç kullanıp kullanmadığını, hastalık ya da ilaç kullanımının yaşamını sürdürmesine etkisini değerlendirmelidir (Büyükcoşkun 1998) .

Hemşire bu bilgileri bireyin kendisinden, yakınlarından ve çevresindeki diğer bireylerden elde ettikten sonra uygun müdahaleleri planlamalıdır.

Yaşlı bireylerin sosyal destek faktörlerini artırmaya yönelik hemşirelik müdahaleleri;

- Aile ilişkilerinin güçlendirilmesi; Aile bireyin yaşamındaki en önemli destek kaynağıdır. Hemşire birey ve aile üyelerinin birbirilerine karşı duygularını paylaşmaları ve olumlu yaklaşımları için ortam hazırlanmalıdır. Yaşlı bireyler kendilerini değerli hissettikleri, yakınları için önemli olduklarını, problemi olduğunda yardım alabileceklerini bildiklerinde, diğerleriyle ilişkilerinde daha olumlu olacaktır (Hamilton 1995, Seeman ve Berkman 1988).
- Bireyin sosyal destek kaynaklarını farketmesi ve kullanması sağlanmalı; bunun için birey ve aileye eğitim yapılmalıdır. Eğitim, birey ve destekleyen kişilerin kendi kaynaklarını, yeteneklerini kullanmasına, duygusal sıkıntıların üstesinden gelmesine, çevresel değişikliklere ve strese uyum sağlamasına katkı verir (Spitzer, Bar ve Golander 1995, Tremethick 1997).

- Özellikle kurumda yaşayan yaşlılarla bu ilişkileri güçlendirmek için; aile üyeleri, arkadaş, ve yakınları belirli aralıklarla yaşlı bireyi ziyaret etmesi, özel ve önemli günlerde telefon etmesi için teşvik edilmelidir (Langford ve ark 1997).

- Evde veya kurumda özellikle yalnız yaşayan bireyler evcil hayvan edinmeleri için desteklenmelidir. Evcil hayvan yetiştirme, bireyin yalnızlığını azaltmada, bakım sorumluluğu alarak bireye işe yarama duygusu kazandırmada, diğer bireylerle aralarında konuşma konusu olacağından kişilerarası iletişimi geliştirmede, dikkatini yaşlılıkla ortaya çıkan kayıpları ve sorunlarından uzaklaştırmasına, dolayısıyla yaşam doyumunun artmasına katkı sağlar (Hamilton 1997, Powers 1988).

- Yaşlı bireye destek kaynağı olan bireyler desteklenmelidir. Yaşlı bireylerin gerek evde gerekse kurumda bakımını ve desteklenmesini sağlayan bireyler zaman zaman tükenme, kısıtlanma, başetmelerde zorlanma yaşayabilir. Bakım ve desteğin olumsuz etkilenmesini önlemek için destekleyen bireylere yardım alabilecekleri kaynak ve hizmetler konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Bu yaklaşım bakım veren bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

-Yaşlı bireylerin sosyalleşmelerini artırmak için çevre düzenlemesi yapılmalıdır. Çünkü yaşanılan yerin fiziki yapısı ve özellikleri sosyalleşmeyi ve bireyin ruh sağlığını etkiler. Bu nedenle aydınlatma, zemin özelliği, yaşanılan yerde hareket kısıtlılığına neden olan faktörler (merdiven, karanlık bir ortam vb) saptanarak uygun hale getirilmesi sağlanmalıdır (Tremethick 1997).

- Bireylerin yaşlılık sürecini daha sağlıklı ve nitelikli geçirmeleri için gerekli durumlarda hizmet ya da danışmanlık veren, manevi ya da ekonomik yardım sağlayan kuruluşlar belirlenerek bireylerin bu hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır.

- Yaşlı bireyler sosyal etkinliklere katılmaları için teşvik edilmelidir. Sosyal etkinlikler bireylerin arkadaşlık, dostluk geliştirmelerine katkı vereceği gibi aynı zamanda bu gibi etkinliklere aktif katılım işe yarama duygusunu artıracaktır. Bu ortamlarda sosyal ve duyuşsal uyarıların artması ile yaşlı bireyin kendine güveni ve sosyal destek algısı da artacaktır. Yaşlı kulüpleri, emekliler derneği gibi kurumlarda; kurs/eğitim programları (el sanatları, tamir işleri, ilkyardım, yangın

söndürme, yemek vb), egzersiz programları, eğlence programları (dans, tiyatro, müzik, yarışma programları masa tenisi satranç, tavla vb), gönüllü çalışmalara katılma (yardım toplama, çocuk yuvalarını ziyaret, hasta arkadaşlarını ziyaret) niteliğinde çeşitli etkinlikler gerçekleştirilebilir (Hedelin ve Swenson 1999, Tremethick 1997).

- Yaşlı bireyler anıları ve geçmiş deneyimlerini anlatmaları yönünde teşvik edilmelidir. Çünkü geçmişte kazanılmış başarılar, yeterlilikler, yaşam deneyimlerini hatırlama yoluyla bireyin geçmişin pozitif ve mutlu olaylarına yoğunlaşması değerlilik duygusunu artırarak benlik bütünlüğünü güçlendirecektir Benlik bütünlüğü ümitsizlik ve depresyon ile başetmede güçlü bir etkidir. (Langford ve ark 1997).

- Yaşlı bireylerin hobi edinmeleri, yeni ilgi alanları geliştirmeleri teşvik edilmelidir. Yeni ilgi alanları geliştirmek üretkenlik, işe yarama ve yararlılık duygusunu artırarak benlik imajını olumlu etkiler (Langford ve ark 1997).

- Huzurevinde yaşayan yaşlılar için kurum yaşamına uyumu kolaylaştırmaya ,ait olma duygusunu artırmaya, kişilerarası ilişkileri ve dostlukları geliştirmeye yönelik destekleyici toplantı vb. etkinlikler düzenlenmelidir (Hamilton 1995).

4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, huzurevi ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ve depresyon düzeylerini belirleyerek, sosyal desteğin depresyona etkisini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma; Malatya il'inde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Malatya Huzurevi ve Malatya il merkezinde oturan yaşlı bireyler üzerinde yapılmıştır.

Malatya Huzurevi

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Malatya Huzurevi 1985 yılında hizmete girmiş ve il'in tek huzurevi olarak hizmet vermektedir. Şehir merkezine 7 km uzaklıkta olan huzurevi toplam 100 yatak kapasiteli olup araştırmanın yapıldığı tarihlerde 79 yaşlı bireye hizmet vermekte idi. Huzurevi bahçe içinde iki katlı olarak inşa edilmiştir 27'si tek kişilik, 9'u iki kişilik, 12'si dört kişilik olmak üzere toplam 48 odası vardır. Bir ve iki kişilik odalarda banyo ve tuvalet bulunmaktadır. Zemin katta idari odalar, TV, dinlenme, toplantı, yemek salonları ve yaşlı odalarının bir kısmı yer almaktadır. İkinci ve üçüncü katlarda yaşlılara ait odalar yer almaktadır ve her katta TV salonu ve masa tenisi oynama alanı bulunmaktadır. Katlara ulaşım merdiven ve asansörle sağlanmaktadır. Yaşlılar huzurevinde tek kişilik odalar için 90 milyon, iki kişilik odalar için 57 milyon, 4 kişilik odalar için 54 milyon TL ücret ödemekte idi. (Görevliler, geliri olmayanlardan ücret alınmadığını ifade etmişlerdir). Kurumda ; Müdür (Psikolog), bir doktor (sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirme), iki hemşire, bir fizyoterapist, 10 memur, iki ahçı, iki bekçi, sekiz temizlik görevlisi olmak üzere toplam 27 kişi görev yapmaktadır. Huzurevinde yaşlı bireylerin sağlık sorunları için görevlendirme ile gelen doktor haftada iki tam gün görev yapmaktadır. Huzurevinde görev yapan hemşireler; gerekli durumlarda yaşlıların

vital bulgularının izlemi, doktor istemine göre gereken tedavilerin uygulanması, yaşlı bireylerin kişisel bakımlarından, temizliklerinden, odaların temizlik ve düzeninden sorumlu olarak görev yapmaktadırlar.

Yaşlı bireylerin huzurevine kabulü için, bireyin 60 yaşını doldurmuş olması, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, akli dengesinin yerinde olması, bulaşıcı hastalığının olmaması koşulları aranmaktadır. Huzurevine hergün saat 21'e kadar ziyaretçi kabul edilmektedir. Ayrıca yaşlılar diledikleri zaman dışarı çıkabilmekte, yakınlarını ziyaret etmek istedikleri zaman adres bırakarak izinli olarak huzurevinden ayrılmaktadır.

Huzurevinde yaşlı bireylerin gün boyunca birbirleriyle sohbet ederek, televizyon izleyerek, genellikle dinlenerek zamanlarını geçirdikleri, masa tenisi oynama, bahçe düzenlenmesine katkı sağlama, bahçe içinde yürüyüş yapma gibi aktivitelere karşı isteksiz oldukları gözlenmiştir. Huzurevi sakinlerine yönelik sosyal aktivitelerini desteklemek amacıyla, Huzurevi Müdürlüğü'nce özellikle yaz dönemlerinde belli aralıklarla gezi programları, gönüllü kuruluşlar tarafından eğlence programları düzenlendiği belirtilmektedir.

Fırat ve Kernek Sağlık Ocakları

Fırat ve Kernek Sağlık Ocakları Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden alınan bilgiler doğrultusunda seçilmiştir. Fırat Sağlık Ocağı, sosyo-ekonomik düzeyi iyi ve orta olan ortalama 30.000 nüfusa, Kernek Sağlık Ocağı ise sosyo-ekonomik düzeyi orta ve düşük olan ortalama 22.000 nüfusa hizmet vermektedirler. Sağlık ocaklarında; poliklinik hizmetleri, aile planlaması, aşı, çevre sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi, ilkyardım ve acil tedavi hizmetleri verilmektedir.

4. 3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Malatya Huzurevi'nde yaşayan bireyler ile il merkezinde ailesi ile veya yalnız olarak oturan 60 yaş ve üzeri bireylerin tümü oluşturmuştur.

4. 4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı Ağustos 2000 tarihinde Malatya Huzurevinde toplam 79 yaşlı birey yaşamakta idi. Bu bireylerden üç'ü çalışmaya katılmak istemediğinden, iki'sinde de ileri derecede işitme kusuru olması nedeniyle kendileriyle sağlıklı iletişim kurulamadığından, örnekleme toplam 74 birey alınmıştır. Evde yaşayan bireylerin sayısının belirlenmesinde ise huzurevinde yaşayan birey sayısının toplam 79 olması nedeniyle, evde yaşayan yaşlı birey sayısının bu sayıya yakın olması için araştırmaya yukarıda belirtilen iki alandan toplam 90 yaşlı birey alınması uygun görülmüştür. Bu bireylerin örnekleme alınmasında Fırat ve Kernek Sağlık Ocaklarında çalışan görevlilerin yardımı ile sosyo-ekonomik düzeyi iyi, orta ve düşük olan mahalleler belirlenmiştir. Fırat Sağlık Ocağı'ndan sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan 30 ve orta olan 15 birey alınmış, Kernek Sağlık Ocağı'ndan ise sosyo-ekonomik düzeyi orta olan 15 ve düşük olan 30 olmak üzere toplam 90 birey alınması uygun bulunmuştur. Bu bireyler Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF) sistematik örnekleme yoluyla seçilmiş ve fişlerde yazılı adresler yoluyla yaşlı bireylere ulaşılmıştır. Yapılan ziyaretlerde bireylerden iki'sinin vefat ettiği öğrenilmiş, iki birey ise adresinde bulunamamıştır. Bu nedenle evde yaşayan bireylerde örneklem toplam 86 bireyden oluşmuş ve her iki grubu içerecek şekilde toplam 160 birey çalışma kapsamına alınmıştır.

4. 5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada veriler üç ayrı form aracılığı ile elde edilmiştir.

Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan sosyo-demografik bilgi formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur (Fadıloğlu, Yürekli ve Yılmaz 1992, Furukawa ve ark 1999, Seeman ve Berkman 1988, Uçku 1990, Yazıcı 1994). Sosyo-demografik bilgi formu yaşlı bireylerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumları gibi) demografik özellikleri, boş zamanlarında ve sıkıntılı anlarında neler yaptıkları, yaşlılık hakkındaki düşünceleri ile huzurevinde kalan bireylerin odasının özelliği, huzurevi

etkinlikleri, bu etkinlikler ve huzurevinde bulunma hakkında neler hissettiklerini öğrenmeye yönelik toplam 22 sorudan oluşmuştur. Sosyo-demografik bilgi formundaki soruların anlaşılabilirliğini saptamak amacı ile Malatya Huzurevi'nde ve Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bireyler arasından tesadüfen seçilmiş toplam altı bireye Temmuz 2000 tarihinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda, 13. soru bireylerce anlaşılır bulunmamış ve soruda gerekli düzenlemeler yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir.

5. 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış, iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Cronbach's alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiştir. Ölçek toplam 12 maddeden oluşan "Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmaktadır ve her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile, 6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini ve 1.2.5.10. maddeler de özel bir kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 1995, Eker, Arkar ve Yıldız 2001).

5. 3. Geriatrik Depresyon Ölçeği

(Geriatric Depression Scale)

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Yesevage ve ark tarafından 1983 yılında geliştirilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış, özellikle yaşlı nüfustaki depresyonu ölçmeye yönelik hazırlanmış bir ölçektir. Öz bildirim

dayalı 30 sorudan oluşan ölçeğin hazırlanışındaki temel amaç, yaşlılara yönelik olması ve yanıtlanması kolay sorulardan oluşması olarak bildirilmektedir (Ertan, Eker ve Şar 1997). Ölçek uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere yaşlı nüfus için depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği “evet” ya da “hayır” olarak yanıtlanabilecek biçimde hazırlanmıştır. Ölçekte 3,4,5,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26 ve 28.’inci sorular ters anlatım içermektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan, Eker ve Şar tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Çalışmacılar çalışma sonucunda ölçeğin yüksek bir iç tutarlılık gösterdiğini (0.92) ve geçerliğinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Ölçek toplam 30 sorudan oluşan ve herbirine “evet” ya “hayır” şeklinde cevap verilen kısa maddelerden oluşmaktadır. Yazarlar ölçeğin kesme puanını;

0-11 puan “depresyon yok”

11-14 puan “olası depresyon”

14 ve üzeri puan “kesin depresyon” olarak belirlemişlerdir.

Ölçeğin puanlanması depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar min:1-max:30’ dur (Ertan, Eker ve Şar 1997).

4. 6 Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulanması Ağustos-Eylül 2000 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı gerek huzurevinde, gerekse evdeki yaşlı bireylerle ayrı ayrı görüşerek çalışmanın amacını açıklamış, çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireylerle görüşme yoluyla veri toplama formlarını uygulamıştır. Bireylerin formları rahat doldurmaları, dikkatlerinin dağılmaması için evlerde ve huzurevinde diğer kişilerden uzak, sakin ortamlar seçilmiştir. Formlar bireylere tek tek açıklanmış, sosyo-demografik bilgi formu doğrudan araştırmacı tarafından doldurulmuş, ölçekleri ise bireylerin kendilerinin doldurmaları istenmiş, gerekli durumlarda açıklamalarda bulunmuş, okur-yazar olmayan bireylere maddeler

araştırmacı tarafından okunarak işaretlenmiştir. Bireylerin formları doldurması ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

4.7 Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Değerlendirilmesi; Ölçekte yer alan 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiş toplam 12 soruya bireylerin verdikleri yanıtlar araştırmacı tarafından toplam puan ve alt ölçek puanları olarak ayrı ayrı toplanmıştır. Ölçeğin genelinden en az 12, en fazla 84, alt ölçeklerden en az 4-en fazla 28 puan elde edilmiştir.

Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi; Puanlama şu şekilde yapılmıştır; 1,2,7,9,15,19,21,27,29,30. sorulara verilen her "hayır" cevabı için 1, evet cevabı için 0 puan, 3,4,5,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,28. sorulara verilen evet cevabı için 1, hayır cevabı için 0 puan verilmiştir. Bireylerin tüm maddelerden aldıkları puanlar toplanarak her birey için toplam ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekten en az 1- en çok 30 puan elde edilmiştir. Puanlardan 14 ve üzeri olanlar "depresyon var" düşük olanlar "depresyon yok" olarak kodlanmıştır.

Her bireye ait ölçek puanları bu şekilde belirlenerek elde kodlandıktan sonra tüm veriler bilgisayarda SPSS 9.0 programına aktarılmış ve tüm maddelerin yüzdelikleri elde edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis varyans analiz, ki-kare testleri ve korelasyon analiz testleri kullanılmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan huzurevinde (74), ve evde yaşayan (86), toplam 160 yaşlı bireyin; tanıtıcı özellikleri, sosyal destek faktörleri, depresyon yaşama durumları, ve sosyal destek faktörlerinin depresyona etkisi ile ilgili elde edilen bulgular ve tartışmalar yer almaktadır.

Tablo 1 ve 2’de huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (I)

Tanıtıcı Özellikler	Yaşanılan Yer				Toplam	
	Huzurevi(n=74)		Ev (n=86)		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
60-69	20	27.0	52	60.5	72	45.0
70-79	33	44.6	31	36.0	64	40.0
80 ve ↑	21	28.4	3	3.5	24	15.0
Cinsiyet						
Kadın	22	29.7	59	68.6	81	50.6
Erkek	52	70.3	27	31.4	79	49.4
Eğitim Durumu						
Okuryazar değil /Okuryazar	58	78.4	56	65.1	114	71.2
İlkokul	11	14.9	21	24.4	32	20.0
Ortaokul ve üzeri	5	6.7	9	10.5	14	8.8
Medeni Durum						
Evli	2	2.7	53	61.6	55	34.4
Bekar	16	21.6	1	1.2	17	10.6
Dul /Boşanmış	56	75.7	32	37.2	88	55.0
Çocuk sahibi olma durumu						
Var	40	54.1	79	91.9	119	74.4
Yok	34	45.9	7	8.1	41	25.6
Gelir Durumu						
Emekli/dul aylığı	22	29.7	74	86.0	96	60.0
İhtiyarlık maaşı	47	63.5	2	2.4	49	30.6
Çocuk desteği	5	6.8	10	11.6	15	9.4
Gelir yeterliliği						
Yeterli değil	47	63.5	22	25.6	69	43.1
Yeterli	27	36.5	64	70.4	91	56.9
Kronik hastalık						
Var	37	50.0	72	83.7	109	68.1
Yok	37	50.0	14	16.3	51	31.9
Toplam	74	100	86	100	160	100

Tablo 2. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (II)

Tanıtıcı Özellikler	Yaşanılan Yer				Toplam	
	Huzurevi(n=74)		Ev (n=86)		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Birlikte yaşadıkları kişiler						
Evde yalnız	-	-	26	30.2	26	30.2
Eşi ve çocuğu ile yaşama	-	-	60	69.8	60	69.8
Huzurevi sakinleriyle yaşama	74	100	-	-	74	100
Ziyaret edilme durumu						
Evet	27	36.5	86	100.0	113	70.6
Hayır	47	63.5	-	-	47	29.4
Kendini aile içinde algılama durumu						
Sevilme/Saygı görme	9	12.5	77	89.5	86	53.7
Önemsenmeme	65	87.5	9	10.5	74	46.3
Sıkıntı ile başetme durumları						
Yalnız kalırım	43	58.1	21	24.4	64	40.0
Çocuk/arkadaşlarla Paylaşma	14	18.9	27	31.4	41	25.6
İbadet etme	15	20.3	24	27.9	39	24.4
Diğer(ağlarım, yürürüm)	2	2.7	14	16.3	16	10.0
*Günlük etkinlikler						
TV / radyo dinleme	65	87.8	57	66.3	122	76.2
Dinlenmek	42	56.7	15	17.4	57	35.6
Arkadaş ziyareti	16	21.6	44	51.1	60	37.5
Kitap gazete okumak	7	9.5	26	30.2	33	20.6
El sanatları	3	4.0	37	43.0	40	25.0
Diğer(Sinema / tiyatroya, kahveye gitme	1	1.3	4	4.6	5	3.1
*Yaşlılığı tanımlama						
Yalnız kalmak	41	55.4	27	31.4	68	42.5
İşe yaramazlık	40	54.0	8	9.3	48	30.0
Bağımsızlığın kaybı, Muhtaç olma	40	53.9	19	22.0	59	36.9
Terkedilmişlik	25	33.7	9	10.4	34	21.2
Hastalık	25	33.7	38	44.1	63	39.4
Olgunluk	19	25.6	51	59.3	70	43.7
Çaresizlik	17	22.9	12	13.9	29	12.1
Statü kaybı	4	5.4	1	1.2	5	3.1
Toplam	74	100	86	100	160	100

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler toplam n'e göre alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaşa göre dağılımlarına bakıldığında, evde yaşayanların % 60.5'i 60-69 yaş grubunda iken, huzurevinde yaşayanların çoğunluğunun (%73.0) 70 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet dağılımında ise, evde yaşayanların % 68.6'sı kadın, buna karşılık huzurevinde yaşayanların %70.3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan bireylerle ilgili yapılan çalışmalarda da bireylerin çoğunluğunun erkek (Özcan, Yazıcı ve Başer 1992, Ekici ve Ünal 1992) ve dul olduğu saptanmıştır (Günaydın 1996, Özcan, Yazıcı ve Başer 1992, Palabıyıkoglu, Haran ve ark 1992). Huzurevinde yaşayanların çoğunluğunun daha ileri yaşta ve erkek olması, erkeklerin kadınlara göre yalnız yaşama ve günlük yaşam gereksinimlerini (hijyen, beslenme vb) kendi kendilerine karşılamakta zorluk çekmeleri nedeniyle olabilir. Yaşlı bireyler eğitim yönünden incelendiğinde, evde yaşayanların %65.1'inin, huzurevinde yaşayanların %78.4'ünün eğitim düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlı bireylerin medeni durumları incelendiğinde, evde kalan yaşlı bireylerin %61.6'sının evli olduğu, buna karşılık huzurevinde kalanların % 75.7'sinin dul / boşanmış olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yaşam süresinin ortalama olarak kadınlarda 71.5, erkeklerde 66.9 olması (Güler 1997) dul kalma oranının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Dul/boşanmış, bireylerin eşlerinin ölümü nedeniyle yalnız kalma, kendine bakacak, ilgilenecek kimsenin olmaması, yalnız oldukları, yalnız yaşayamadıklarından dolayı huzurevinde kalmayı tercih ettikleri düşünülmektedir. Yaşlı bireylerin çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, evde yaşayanların %91.9'unun, huzurevinde yaşayanların %54.1'inin çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Huzurevindekilerin yarıya yakınının çocuğu bulunmazken %54'ünün çocuğu olduğu halde huzurevinde yaşamayı tercih etmesi, bireylerin çocukları ile aralarında uyum sorunları, ekonomik durumlarının yeterli olmaması gibi durumları olduğunu düşündürebilir. Bireylerin huzurevini tercih etme nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda da, çocuklar veya aile üyeleri ile anlaşamama, çocukların ekonomik durumlarının yetersizliği ve aile içi geçimsizlik gibi nedenlerle bireylerin huzurevini tercih ettikleri saptanmıştır (Günaydın 1996, Köşgeroğlu, Aksoy ve Özkaya 1992).

Gelir durumu incelendiğinde; evde yaşayanların %86'sının emekli dul aylığı, huzurevinde yaşayanların % 63.5'inin ihtiyarlık maaşı (üç ayda 43.000.000 TL, 2001 tarihi itibarıyla) aldığı tespit edilmiştir. Gelir yeterliliği durumuna bakıldığında ise evde yaşayanların %70.4'ü gelirlerini “yeterli” bulurken, huzurevinde yaşayanların %63.5'i “yeterli değil” yanıtını vermişlerdir. Yani evde yaşayanlar sabit gelirliler ve gelirini yeterli bulurken huzurevinde kalanların çoğunluğu ihtiyarlık maaşı aldığını ve yeterli gelire sahip olmadığını ifade etmiştir. Bu durum yaşlı bireylerin daha iyi bakım almak için huzurevini tercih ettiğini gösterebilir. Ekici ve Ünal'da (1992) yaptıkları çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların gelir düzeyini evde yaşayanlara göre daha düşük bulmuşlar, Köşgeroğlu, Aksoy ve Özkaya (1992) yaşlı bireylerin bakacak kimseleri ve ekonomik durumları iyi olmadığı için huzurevini tercih ettiklerini saptamışlardır. Yaşlı bireylerin kronik hastalıklarının olup olmadığına bakıldığında evde yaşayanların % 83.7'si, huzurevinde yaşayanların ise %50'si kronik hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Yaşla birlikte kronik hastalıklar ve bağımlılık oranında artış olduğu, ülkemizde 65 yaş üzeri nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan 1999). Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan (1999) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin %64.4'ünün kronik sağlık sorunu olduğunu saptamışlardır. Huzurevinde yaşayanların yaşları daha ileri olmasına karşın, yarısının kronik hastalığının olmadığını belirtmesi, huzurevine kabul koşulları ile ilgili olabilir. Huzurevlerinde yaşlı bireylerin huzurevine kabul edilebilmesi için kendi ihtiyacını karşılamasına engel hastalığı bulunmaması, tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olmaması şartları aranmaktadır.

Araştırmaya katılan, evde yaşayan bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere bakıldığında %69.8'inin eşi ve çocuğu ile, %32'sinin ise yalnız yaşadığı ve tümünün yakınları tarafından ziyaret edildiği belirlenmiştir. Huzurevinde kalanların ise %63.5'i ziyaretine gelen olmadığını ifade etmiştir. Evde yaşayanların %89.5'i aile içinde sevilip-saygı gördüğünü, buna karşılık huzurevindekilerin %87.5'i ise önemsenmediklerini ifade etmişlerdir. Toplumumuzda çocuksuz olup huzurevinde kalma kabullenilir bir durum olmakla

birlikte, çocukları olmasına rağmen huzurevinde kalmanın terkedilme, istenmeme anlamına gelebilir (Terakye 1989). Huzurevinde yaşayan bireylerin çoğunun çocuğu olduğu halde huzurevinde kalması ve ziyaret edilmemeleri, önemsenmediklerini, terkedildiklerini düşünmelerine, değersizlik duyguları yaşamalarına ve benlik saygılarının düşmesine neden olabilir. Terakye (1989) çalışmasında; huzurevinde yaşayan çocuksuz bireylerin benlik saygılarını diğerlerine oranla daha yüksek bulmuş, ziyaret edilme sıklığının benlik saygısını olumlu etkilediğini saptamıştır. Evinde yaşayan yaşlı bireylerin %89.5'inin ailede sevilip-saygı gördüğünü ifade etmesi ise kültürel olarak Türk toplumunda yaşlıya saygı gösterme ve değer verilmesinin değişen aile ve toplum yapısına karşın korunduğunu düşündürmektedir .

Bireylerin sıkıntı ile başetme durumlarına bakıldığında; Huzurevinde kalan yaşlıların %58.1 i sıkıntılı iken yalnız kalmayı tercih ettiğini, %20.3 ü ibadet ettiğini, %18.9 u arkadaşları ile paylaştığını belirtmiş, buna karşılık, evde yaşayan yaşlı bireylerin %31.4' ü sıkıntısını çocuğu-arkadaşları ile paylaştığını ifade ederken %24.4 ü yalnız kalmayı tercih ettiğini söylemiştir. Evde kalan yaşlı bireylerin çoğunlukla sıkıntılarını çocuğu/arkadaşları ile paylaşımları sosyal desteklerinin bulunduğunu ve bunları kullanabildiklerini göstermektedir. Araştırmaya katılan bireylerin boş zamanlarını değerlendirmelerine ilişkin faaliyetleri incelendiğinde; %76.2'si TV /radyo izlediği/dinlediğini, %37.5'i arkadaşlarını ziyaret ettiğini, %35.6'sı dinlendiklerini, %25'inin el işi/el sanatları yaptıklarını, %20.6'sı ise kitap, gazete okuduklarını ifade etmişlerdir. Her iki grupta da televizyon izleme /radyo dinlemenin yüksek düzeyde olmasının yanısıra, evde yaşayanların arkadaş ziyareti ve el işi gibi aktif, üretici uğraşlarla daha çok ilgilendikleri, huzurevinde yaşayanların ise TV/radyo dinlemek (%87.5), dinlenmek (%56.7) gibi daha pasif uğraşlarla ilgilendikleri saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan bireylerin pasif uğraşlarla zaman geçirmesi, kurumda geçirilen zamanı daha etkin hale getirecek faaliyetlerinin yetersizliğinden kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaşlılığı tanımlamaları incelendiğinde; huzurevinde yaşayanlar yaşlılığı %55.4 oranında yalnız kalmak,

%54 oranında işe yaramazlık ve %53.9 oranında bağımlılık olarak tanımlamıştır. Buna karşılık evde yaşayanlar en yüksek oranda (%59) olgunluk olarak tanımlamıştır. Bu durum huzurevindeki yaşlı bireylerin içinde buldukları durumdan fazla hoşnut olmadıklarını, daha mutsuz olduklarını gösterebilir. Evde yaşayanların yaşlılığı hastalık, yalnızlık gibi olumsuz değerlendirmeleri olsa da, yaşlılığı diğer gruba göre daha olumlu algıladıkları söylenebilir.

Erikson, sekiz yaşam evresinden sonuncu olan “benlik bütünlüğü” dönemini yaşamın olumlu olumsuz yönleri ile olduğu gibi kabul edilişi olarak tanımlamaktadır (Öztürk 2001). Üretken geçen bir yaşamın, bireyin o güne değin üretmiş olduğu şeylerden genç kuşakların yararlanmakta olduğunu görmenin hazzı ve sağladığı doyum ile bu dönemi huzurla geçirebileceğini, yıllarını anlamsız geçirenlerin umutsuz olduğunu belirtmektedir (Geçtan 1998). Günaydın (1996) aile hayatının doğrudan sosyal etkileşimi artırdığı için yalnızlığı azalttığını, kurumda kalanların bu sosyal destek ve etkileşim ortamlarının olmaması nedeniyle yalnızlık yaşadıklarının, oysa bireylerin yaşlılığa, ne kadar iyi hazırlanırlar ise o kadar kolay uyum sağladıklarını, yaşlılıkla gelen sorunları daha iyi karşılayıp tolere ettiklerini belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda da yaşlıların yaşlılığa ilişkin duyguları içinde en yoğun yalnızlık duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. (Günaydın 1996, Köşgeroğlu, Aksoy ve Özkaya 1992, Özcan Yazıcı ve Beşer 1992).

Tablo 3'te huzurevinde kalan bireylerin kurum yaşantısına ilişkin özelliklerine yönelik bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo 3 Huzurevinde Kalan Bireylerin Kurum Yaşantısına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Kurum Yaşantısının Özellikleri	S	%
Odayı Paylaşma Durumu		
Yalnız	22	29.7
Arkadaşım ile paylaşıyorum	52	70.3
Huzurevinde yaşamaktan dolayı hissettikleri		
Terkedilmişlik	31	41.9
Yalnızlık	27	36.5
Memnuniyet	16	21.6
Kiminle /nerede yaşamak istedikleri		
Huzurevinde	45	60.8
Evde çocuklarımla	16	21.6
Evde yalnız	13	17.6
Huzurevinde verilen hizmetler		
Yeterli	74	100.0
Yeterli değil	-	-
Toplam	74	100.0

Araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %70.3' ünün odayı arkadaşı ile paylaştığı, % 29.7' sinin ise odada yalnız kaldığı tespit edilmiştir. Yalnız kalan yaşlıların ek ücret ödeyecek ekonomik yeterlilikte olduğu öğrenilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kurum yaşantısına ilişkin duygu ve düşüncelerine bakıldığında, yaklaşık %80'i terkedilmişlik ve yalnızlık hissettiklerini belirtirken yalnızca %21.6'sı memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durum huzurevinde yaşayan yaşlıların yakınları tarafından ziyaret edilmeme, aile içinde önemsenmediğini düşünme ve yaşlılıkla ilgili olumsuz duyguları ile bağıntılı olabilir. Yaşlı bireylerin %60.8'i bu duygulara karşın yine de huzurevinde yaşamayı tercih etmekte, verilen hizmetleri yeterli bulmaktadır. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yarıya yakını çocuk sahibi olmasına karşın

ancak %21.6'sı evde çocukları ile kalmak istediğini ifade etmiştir. Bu durum huzurevinde yaşayan bireylerin aile desteğinin zayıf olduğunu gösterebilir. Huzurevi görevlileri kurumda yaşlıların günlük olarak; yemek, banyo, temizlik gereksinimlerinin karşılandığını, periyodik olarak sağlık kontrolleri, geziler ve gönüllü kuruluşlar tarafından eğlenceler düzenlendiğini ifade etmişlerdir. Bu hizmetler ve aktiviteler yaşlı bireylerin kurumda kendilerini daha güvenli hissetmelerini sağlıyor olabilir. Nitekim yaşlıların tümü hizmetleri yeterli bulmaktadır.

Tablo 4'te Huzurevi ve evde yaşayan yaşlı bireylerin sosyal destek puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Genel ve Alt Grup Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşadıkları Yer	Algılanan Sosyal Destek		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Bir Kişi Desteği	
	X	SH	X	SH	X	SH	X	SH
Huzurevi (n=74)	26.28	1.9	7.35	0.7	11.02	1.0	7.94	0.7
Ev (n=86)	74.29	1.8	25.68	0.6	24.66	0.6	23.53	0.7
Toplam	52.08	2.3	17.20	0.8	18.35	0.7	16.32	0.8
	t=17.64		t=19.39		t=11.47		t=13.93	
	p<0.001		p<0.001		p<0.001		p<0.001	

*Standart Hata (SH)

Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek özellikleri incelendiğinde, evde yaşayanların algıladıkları genel sosyal destek puan ortalaması X=74.29 olarak bulunurken, huzurevindeki yaşlıların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması X=26.28 olarak saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları evde yaşayanlara göre

önemli derecede düşüktür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Sosyal destek bireylerin yaşamında yaşam stresleri ile başetmede önemli bir destekleyici unsurdur. Çalışmamızda evde yaşayan yaşlı bireylerin sosyal desteklerinin yeterli olduğu görülmektedir. Toplumsal değişimler (çekirdek aile yapısının giderek artması, kadının çalışma hayatına katılması vb)'e rağmen yaşlıya saygı duyulması, gerekli yardım ve desteğin sağlanması, korunması, ziyaret edilmesi gibi kültürümüzde yer alan destekleyici ilişkilerin yaşlı bireylerde değerlilik duygusu yarattığı ve ruh sağlığına olumlu katkı sağladığı söylenebilir. Huzurevindeki bireylerin sosyal desteklerinin düşük olması, bu grubun iyi bir yaşlılık dönemi geçirme açısından sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Sosyal destek alt ölçek (aile, arkadaş, özel bir insan) puan ortalamaları incelendiğinde, huzurevinde yaşayanların altölçeklerin tümünden aldıkları puanların ortalamaları evde yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Aileden sağlanan sosyal destek puan ortalaması evde yaşayanlarda $X=25.68$, buna karşılık huzurevinde kalanlarda $X=7.35$ olarak saptanmıştır. Arkadaştan sağlanan sosyal destek puan ortalaması evde kalanlarda $X=24.66$ bulunurken, huzurevinde yaşayanlarda $X=11.02$ olarak tespit edilmiştir. Özel bir insandan sağlanan sosyal destek puan ortalaması ise evde yaşayanlarda $X=23.53$ iken, huzurevinde yaşayanlarda $X=7.94$ olarak saptanmıştır.

Evde yaşayan bireylerin aile, arkadaş ve özel bir kişiden sağlanan sosyal destek puan ortalamaları arasında önemli bir fark gözlenmezken, huzurevinde yaşayanların arkadaştan sağlanan sosyal destek puan ortalamaları, aile ve özel bir insandan sağlanan sosyal destek puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Birey ile toplum arasında olumlu ve uyumlu ilişkiler aile aracılığı ile kurulabildiğinden aile temel toplumsal bir kurumdur (Özen 1991). Ailenin temel işlevlerinin; türün sürdürülmesini sağlamak, bakım ve güvenlik, ekonomik işbirliği, toplumsallaşma, ve ruhsal-toplumsal destek olduğu bilinmektedir. Aile bireyleri bir sorunla karşılaştıklarında, birbirlerine ekonomik ve ruhsal yönden destek olurlar (Doğan 1995). Yaşlı birey açısından ailesi, eşi ve arkadaşlarının başlıca psikolojik ve sosyal destek kaynağı olduğu (Günaydın 1996, Kurlowicz 1993), yaşlı bireylerin çoğu zaman sosyal destek ihtiyaçlarını karşılamak için

ağırlıklı olarak aileye güvendikleri belirtilmektedir (Tremethick 1997). Uzmanlar, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal desteğin bireyin psikolojik sorunlarının çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıklarını belirtmektedirler (Eker Arkar ve Yaldız 2001). Yalnız yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada yakın arkadaş desteği olan yaşlıların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Potts 1997). Evde kalan yaşlı bireylerin aile hayatı doğrudan sosyal etkileşimi sağladığı ve sosyal etkileşim ortamlarını yarattığı için sosyal ağın geniş olmasının bireylerin algıladıkları sosyal desteği etkilediği bildirilmektedir (Seeman ve Berkman 1988, Tremethick 1997). Toplumumuzda genel olarak yaşlı bireylerin sosyal ve ekonomik yönden korunması, aile içinde bakılması yaygındır. Ancak huzurevinde kalan yaşlı bireylerin kayıplarının giderek artması, eş ve arkadaşlarını kaybetmeleri, ailesi tarafından istenmediği için huzurevine gönderildiğini düşünmesi, ailesinden uzak, yoksun kalması gibi nedenlerle sosyal desteklerinin diğer yaşlılara göre daha düşük olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalarda olumsuz yaşam olayları ile karşılaşan kişilerin önce kendi aile ve arkadaşlarından yardım aradıkları, son çare olarak mesleki kuruluşlara başvurdukları görülmüştür (Sorias 1988c). Yapılan çalışmalarda da; yaşlıların kurum yaşantısına olumlu bakmadığı, huzurevini son çare olarak gördüğü (Palabıyıkoglu ve ark 1992), bununla birlikte huzurevinde kalan bireylerin huzurevi personelinin de içinde olduğu arkadaş desteğinin arttığı saptanmıştır (Patterson 1995, Powers 1992). Sosyal desteğin insanları stresin zararlı etkilerine karşı koruduğu (Eker ve Arkar 1995), ve ruh sağlığının korunmasında koruyucu etkisi olduğu bilindiğinden huzurevinde kalan yaşlı bireylerin sosyal desteklerinin yeterli düzeyde olmaması nedeniyle ruhsal yönden risk altında olduğu düşünülebilir.

Tablo 5 - 13'te Huzurevinde ve evde kalan yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir kaynağı ve gelir yeterliliği, kronik hastalık, birlikte yaşadıkları kişiler, ziyaret edilme ve aile içindeki konumlarına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 5 Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaş Grupları	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
60-69	20	27.0	30.7	3.6	52	60.5	74.6	2.3
70-79	33	44.6	27.8	3.1	31	36.0	73.5	3.3
80 ve ↑	21	28.4	19.6	3.2	3	3.5	74.6	6.9
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	KW=7.58 p<0.05				KW=0.41 p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde; huzurevinde kalanların sosyal destek puan ortalaması 60-69 yaş grubunda X=30.7, 70-79 yaş grubunda X=27.8, 80 ve üzeri yaş grubunda ise X=19.6 olarak bulunmuş, yaş ilerledikçe bireylerin algıladıkları sosyal desteğin azaldığı görülmüştür. Gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (p<0.05). Buna karşılık evde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının ise tüm yaş gruplarında birbirine yakın olduğu görülmüş (60-69 yaş grubunda X=74.69, 70-79 yaş grubunda X=73.5, 80 ve üzeri yaş grubunda olanların X=74.66), aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Huzurevi grubunda genelde düşük olan sosyal destek algısının yaşın ilerlemesi ile birlikte daha fazla düşmesinin nedeni, evde yaşayanların %60.5'inin 60-69 yaşta olmasına, bunun tersine huzurevinde yaşayanların üçte ikisinden fazlası 70 ve üzerinde olmasına bağlı olabilir. Bu durum yaşı daha ileri olan bu grubun

ilerleyen yaşla birlikte kayıplarının (bedensel, ruhsal, sosyal), daha fazla artması, yaşamdan beklentilerinin azalması, kendini ölüme yakın hissetme dolayısı ile daha mutsuz, umutsuz hissetmeleri nedeniyle algılarının daha da olumsuz olması ile açıklanabilir. Ayrıca ileri yaşlarda bilişsel fonksiyonların giderek zayıflaması da bu grubun sosyal destek algıları üzerinde olumsuz etki yaratmış olabilir.

Evde yaşayanlarda fark çıkmaması, evde yaşayan 70 yaş üzeri birey sayısının daha az olmasından dolayısı ile bilişsel fonksiyonlarının diğer gruplara göre daha yeterli olmasından kaynaklanabileceği gibi, aile ve çevre desteğinin yeterli olmasına da bağlanabilir. Nitekim evdekilerin tamamına yakını ziyaret edildiğini, sevilip saygı gördüğünü belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 6 Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Cinsiyet	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Kadın	22	29.7	21.3	3.0	59	68.6	73.7	2.3
Erkek	52	70.3	28.3	2.4	27	31.4	75.4	3.1
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	t=1.64 p>0.05				t=0.41 p>0.05			

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında, huzurevinde kalanların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları erkeklerde X=28.3, kadınlarda ise X=21.3 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte farkın önemli olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Evde yaşayan bireylerin sosyal destek puan ortalamaları da benzer şekilde erkeklerde X=75.4, kadınlarda X=73.7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Algılanan sosyal destekle cinsiyet

ilişkinin araştırılan çalışmalarda, erkeklerin sosyalleşme sürecinde otonomi, kendine güven ve bağımsızlığa önem verdiği, bu özelliklerin algılanan sosyal desteğin gelişimi ve kullanımını engelleyebileceği söylenmiştir. Erkek rolüne özgü özelliklerin, kişinin sorunları hakkında açıklama yapmasını ve sorunlar için yardım istemesini güçleştirdiği öne sürülmektedir (Sorias 1988e). Diğer yandan kadınların genellikle sıcak, duyarlı ve sorunlarını başkaları ile paylaşan insanlar olmaları beklendiği için sosyal destek kaynaklarını daha rahat kullandıkları düşünülmektedir (Sorias 1988e).

Sosyal destek ve cinsiyet ilişkisi yönünden çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Durmaz ve Ünal (2000) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada erkeklerin, Eker ve Arkar (1995) ise üniversite öğrencilerinin oluşturduğu örnekleme kız öğrencilerin sosyal destek puanını daha yüksek bulmuşlardır.

Tablo 7 Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Okuryazardeğil/ okuryazar	58	78.4	24.2	2.2	56	65.1	71.8	2.6
İlkokul	11	14.9	31.4	5.1	21	24.4	78.6	2.2
Ortaokul ve üzeri	5	6.8	38.6	6.8	9	10.5	79.3	2.9
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	KW=6.85 p<0.05				KW=1.27 p>0.05			

Yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde, huzurevinde kalanlarda algılanan sosyal destek puan ortalamasının ortaokul ve üzeri eğitimi olanlarda X=36.8, ilkokul eğitimi olanlarda X=31.4, eğitimi olmayan grupta ise X=24.2 olduğu saptanmıştır.

Yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal desteğin de arttığı söylenebilir. Evde yaşayanlarda ise, ortaokul ve üzeri eğitim alanlarda $X=79.3$, ilkokul eğitimi olanlarda $X=78.6$, eğitimi olmayan olan grupta $X=71.8$, olarak tespit edilmiştir. Ancak gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür ($p > 0.05$).

Eğitim bireylerin sosyal destek algısını etkileyen değişkenlerden birisi olarak görülebilir. Eğitim, bireye sosyal ilişki kurma ve geliştirme becerisini kazandırarak, insanlarla ilişki kurma ve bu ilişkileri sürdürmesinde bir etken olabildiği gibi kitap gazete okuma, diğer sosyal etkinliklere katılımda etkili olabilir. Bu bireysel özellik sosyal ağın genişlemesinde ve algılanan sosyal desteğin olumlu olmasında etkilidir (Sorias 1988d). Yapılan çalışmalarda da; eğitim düzeyinin sosyal desteği pozitif etkilediği, eğitim düzeyleri yüksek olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin de yüksek olduğu belirlenmiştir (Durmaz ve Ünal 2000, Kurlowicz 1993, Spitzer Bar ve Golander 1995).

Çalışmamızda özellikle huzurevi grubunda eğitim yönünden fark çıkması, aile desteği zayıf olan bu gruptaki yaşlıların sosyal destek sağlamak için kendilerinin daha çok çaba sarf etmelerini gerektirmektedir. Eğitilmiş kişiler daha iyi sosyal ilişkiler geliştiriyor olabilir. Evde ise bireyler daha çok yakınları ile birlikte oturduğundan sosyal destekler kendiliğinden oluşmaktadır. Gruplar arasında fark çıkmamasının nedeni bu olabilir.

Tablo 8 Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Medeni Durum	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Evli	2	2.7	13.5	1.5	53	61.6	74.6	2.3
Bekar	16	21.6	32.0	3.7	1	1.2	82.0	1
Dul/Boşanmış	56	75.7	25.0	2.3	32	37.2	73.4	3.1
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	KW=2.97 p>0.05				KW=0.30 p>0.05			

Yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, huzurevinde yaşayanlarda algılanan sosyal destek puan ortalaması dul/boşanmış olanlarda X= 25.0, bekar olanlarda X=32.0 olarak saptanmıştır. Evde yaşayanlarda algılanan sosyal destek puan ortalaması ise evli olanlarda X=74.6, dul/ boşanmış olanlarda X=73.4 olarak tespit edilmiştir. Her iki grupta da gruplararası farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Sosyal desteğin eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi manevi yardım olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda evli ve eşi ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur (Durmaz ve Ünal 2000, Eker ve Arkar 1995). Çalışmamızda istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte huzurevinde yaşayan dul/boşanmış ve bekar olanların sosyal destek puanlarının düşük olması, bu grubun destek kaynaklarının yetersiz ya da olmamasından kaynaklanabilir. Evde yaşayan evli ve dul olanlar arasında fark çıkmaması, dul olanların genelde çocukları ile bir arada oturmaları nedeniyle desteklerinin bulunmasından kaynaklanabilir.

Tablo 9 Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Var	40	54.1	26.6	3.0	79	91.9	75.9	1.7
Yok	34	45.9	25.9	2.4	7	8.1	55.8	10.4
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Test	t=0.17 p>0.05				U=120.5 p<0.05			

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin çocuk sahibi olma durumlarına göre, algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde, huzurevinde kalan ve çocuğu olanların puan ortalamaları $X=26.0$, çocuğu olmayanların $X=25.9$ olarak bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Evde yaşayanlarda ise çocuk sahibi olanların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması $X=75.9$, buna karşılık çocuğu olmayanlarda $X=55.8$ olarak saptanmıştır. Yani evde yaşayan yaşlı bireylerden çocuğu olanların algılanan sosyal destek puanının daha yüksek olduğu görülmüş ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuğu olanların algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının evde yaşayanlarda yüksek olması, çocuğu doğrudan destek faktörü olarak görme ile bağlantılı olabilir. Huzurevindikilerin çocukları olmasına karşın, algıladıkları sosyal desteğin düşük olmasının nedeni yaşlı bireylerin çocuklarının yanında olmaması, bu nedenle de onların desteğini hissetmedikleri ve kendilerinin istenmediği, terk edildiği düşüncelerinden kaynaklanabilir.

Tablo 10. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Gelir Kaynaklarına ve Gelir Yeterliliğine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gelir Kaynakları	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Emekli/ Dul	22	29.7	31.6	3.6	74	86.0	75.5	1.8
İhtiyarlık Maaş	47	63.5	21.9	2.0	2	2.4	67.0	6.0
Çocuk Desteği	5	6.8	43.6	12.5	10	11.6	66.8	8.1
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
	KW=9.32 p<0.05				KW=4.18 p>0.05			
Gelir Yeterliliği								
Yeterli değil	47	63.5	19.5	1.9	22	25.6	66.1	4.6
Yeterli	27	36.5	37.9	3.1	64	70.4	77.0	1.8
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
	t= 4.94 p<0.05				t=2.65 p<0.05			

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin, gelir kaynakları ve gelir yeterliliği durumlarına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde, huzurevinde yaşayanlarda sosyal destek puan ortalaması, emekli/dul maaşı alanlarda X=31.6, ihtiyarlık maaşı alanlarda X=21.9 olarak saptanmış olup çocuğundan destek aldığı söyleyen az sayıdaki kişide ise X=43.6 olarak bulunmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel yönden anlamlıdır (p<0.05). Farklılığın emekli/dul maaşı, ihtiyarlık maaşı alan gruplardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Evde yaşayanlarda ise algılanan sosyal destek puan ortalaması emekli/dul maaşı alanlarda X=75.5, çocuklarının desteği olanlarda X=66.8 olarak tespit edilmiştir. Aradaki fark anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Yani gerek huzurevinde, gerekse evde yaşayan ve emekli maaşı alanların sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir. Bu farklılık çocuk desteğinin güvenli olmaması, ihtiyarlık maaşının çok düşük olmasından kaynaklanabilir (İhtiyarlık maaşı üç

ayda 43 milyon TL'dir). Yaşlı bireylerin gelir yeterliliğine göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının her iki grupta da gelirini yeterli bulanlarda yüksek olduğu (huzurevi $X=37.9$, ev $X=77.0$) tespit edilmiş ve farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sosyal desteğin bileşenlerinden biri olan maddi destek (gelir) yaşlı bireylerdeki algılanan sosyal desteği etkileyen değişkenlerdendir (Sorias 1988a, Tremethick 1997) Yaşlı bireylerin sabit gelirlerinin ve gelir düzeylerinin yeterli olmasının, yaşadıkları yaşam güçlükleri ile başa çıkmakta önemli bir destekleyici etkidir. Sosyo-ekonomik durum ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda Durmaz ve Ünal (2000) üst ekonomik düzeyde olan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek, alt ekonomik düzeyde olanların algıladıkları sosyal desteğin düşük olduğunu bulmuş, Spitzer Bar ve Golander (1995) yüksek sosyoekonomik durumun sosyal desteği olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır. Çalışmamızda huzurevi grubunda az sayıda çocuk desteği aldığını söyleyen ve gelirinin yeterli olduğunu ifade eden yaşlı bireylerin sosyal destek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu bireylerin puanlarının yüksek olması maddi destek yanında aile desteğinin önemini ortaya koymaktadır. Huzurevinde yaşayan bireylerin çoğunluğunun ihtiyarlık maaşı alması, hem aile desteği, hem de ekonomik desteklerinin yetersiz olması nedeniyle ruhsal açıdan daha fazla sorun yaşayabilecekleri düşünülebilir.

Tablo 11 Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Var	37	50.0	25.6	3.0	72	87.3	74.4	2.0
Yok	37	50.0	26.9	2.5	14	16.3	73.7	4.5
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	t=0.33 p>0.05				U=480.0 p>0.05			

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerde kronik hastalık olup olmamasına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında, huzurevinde yaşayanlarda algılanan sosyal destek puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda $X=25.6$, olmayanlarda $X=26.9$ olarak bulunmuştur ve aradaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Evde yaşayanlarda da benzer olarak algılanan sosyal destek puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda $X=74.4$, olmayanlarda $X=73.7$ olarak tespit edilmiştir, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmamızda evde yaşayan, kronik fiziksel hastalığı olan ve olmayan bireylerin sosyal destek puanlarının birbirine yakın olması, aile / toplumun hastalığa rağmen bireyi koruyucu, sahiplenici yapısından kaynaklanabilir. Huzurevinde yaşayanlarda ise kurum içinde düzenli sağlık kontrolleri yapıyor olması, bireyin güvende hissetmesini sağlıyor olabilir.

Hastalık bireyin aile, arkadaş, komşu gibi desteklerini zayıflatabilir. Blixen ve Kippes (1999) sosyal desteğin kronik hastalığa bağlı ağrının azalması ve aktivitenin artmasında önemli rolü olduğunu, Eker ve Arkar ise (1995) sağlıklı ve psikiyatri hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalarında, psikiyatri hastalarının algılanan sosyal destek puanını düşük bulmuşlardır (normal $X=60.97$, psikiyatri $X=51.82$).

Tablo 12 Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Birlikte Yaşadıkları Kişiler	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları			
	Ev(n=86)			
	S	%	X	SH
Evde yalnız	26	30.2	72.3	3.6
Eş ve çocuklarla Birlikte	60	69.8	75.1	2.1
Toplam	86	100	74.2	1.8

t=0.69 p>0.05

Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre algılanan sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında evde eş ve çocuklarıyla yaşayanların puan ortalamaları X=75.1, yalnız yaşayanların X=72.3 olarak saptanmıştır. Yalnız yaşayanların puan ortalamaları daha düşük olmakla birlikte aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Kültürümüzde yaşlıya saygı gösterilmesi, gerekli yardım ve desteğin sağlanması gibi örf, adet ve geleneklerin sürdürülüyor olması, yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destekle ilgili algılamalarında etkili olmuş olabilir.

Tablo 13 Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Ziyaret Edilme ve Aile İçinde Kendilerini Algılamalarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ziyaret Edilme Durumu	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Var	27	36.5	36.6	3.8	86	100	74.2	1.8
Yok	47	63.5	20.3	1.7	-	-	-	-
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Test	t=4.45 p<0.05							
Aile içinde Kendi Yerini algılama								
Sevilme/saygı görme	9	10.5	43.2	5.9	77	89.5	77.7	1.4
Önemsenmeme	65	87.8	23.9	1.9	9	10.5	44.4	8.1
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	U=114.0 p<0.05				U =58.5 p<0.05			

Yaşlı bireylerin ziyaret edilme ve aile içinde kendi yerlerini algılamalarına göre sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında, evde yaşayanların tamamının ziyaret edildiği ve sosyal destek puan ortalamalarının $X=74.2$ olduğu, buna karşılık huzurevinde yaşayanlarda ziyaret edilenlerin puan ortalamaları $X=36.6$ iken edilmeyenlerde $X=20.3$ olduğu bulunmuştur, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Aile içinde kendi durumlarını algılamalarına göre algılanan sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında ise evde yaşayanlardan “sevilirim, saygı görürüm” şeklinde ifade edenlerin puan ortalamaları $X=77.7$, önemsenmediğini ifade edenlerin puan ortalamaları $X=44.4$ olarak tespit edilmiş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani sevildiğini saygı gördüğünü ifade edenlerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması yüksektir. Kurumda yaşayanlarda da “sevilirim saygı görürüm” şeklinde ifade edenlerin puan ortalamalarının $X=43.2$, önemsenmediğini ifade edenlerin puan ortalamalarının $X=23.9$ olduğu tespit edilmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur

($p<0.05$). Yani her iki grupta da ziyaret edilenler ve aile içinde saygı gördüğünü ifade edenlerin algıladıkları sosyal destek puanı yüksektir.

Bireyler başkaları tarafından sevildiğini, değerli bulunduğunu hissettiğinde benlik saygısının arttığı ve algılanan desteğin olumlu olduğu kaynaklarda belirtilmektedir (Özgür 1993, Sorias 1988c). Huzurevinde ziyaret edilmediğini iletenlerin sosyal destek puanının düşük olması, kurum dışı desteklerinin daha az olması ile açıklanabilir. Ailesinde sevildiğini, değer gördüğünü iletenlerin her iki grupta da yüksek puana sahip olması değerlilik duygusunu, olumlu düşünmeyi yaşama daha olumlu bakmayı sağlayarak bireyin daha güçlü hale geldiğini gösterebilir.



Tablo 14'te Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon yaşama durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 14. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Depresyon Yaşama Durumu	Huzurevi (n=74)		Ev (n=86)		Test
	S	%	S	%	
Var	51	68.9	24	27.9	$X^2=26.865$
Yok	23	31.1	62	72.1	$p<0.001$
Toplam	74	100	86	100	

Yaşlı bireylerin kaldıkları yere göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde, huzurevinde yaşayan yaşlıların %68'i, buna karşılık evde yaşayanların %29'u depresyon puan ölçeğinden 14 ve üzeri puan almışlardır. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon yaşama durumlarının ileri derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Literatürde depresyonun yaşlılık döneminde sık görülen bir ruhsal sorun olduğu, fiziksel sağlığın, sosyal desteklerin kaybı, aile bağlarının azalması, aileden izolasyon ve yalnızlık gibi durumların yaşlı bireylerde depresyona yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (Browning 1995, ICN 2001, Kaya 1999, Öztürk 1997).

Aile bağlarının güçlü olduğu ülkemizdeki yaygın yaklaşım, yaşlı bireyleri aile içinde barındırma olmakla birlikte, sosyal değişimler sonucu kurum yaşamı gündeme gelmiş, ancak ailesi tarafından istenmeyen yaşlının kuruma gönderildiği önyargısı kurum yaşantısına olumsuz bir bakış açısı getirmiştir.

Yaşlı bireylerin yakınlarından, gerçek sosyal çevrelerinden ayrılarak huzurevi ortamında yaşamak zorunda kalmasıyla bağımsızlıklarını, üretkenliklerini, kendi yaşamları üzerindeki kontrolü yitirdiği (Terakye 1989), kontrol duygusunun yitirilmesinin stresi artırdığı ve uyumu güçleştirdiği bilinmektedir (Spitzer, Bar ve

Golander 1995). Yapılan çalışmalarda; Kurtoğlu ve Rezaki (1999) huzurevinde yaşayanların %10.2'sinde depresyon, %35.9'unda bilişsel bozukluk saptamış, Bekaroğlu ve ark (1991) evinde yaşayan yaşlılarda %29, huzurevinde yaşayanlarda %41 oranında depresyon olduğunu, Ekici ve Ünal (1992) ile Palabıyıkoglu ve ark (1992)'da huzurevinde yaşayanların evde yaşayanlara göre daha depresif olduğunu saptamışlardır. Özçankaya ve Mumcu (1996), yakınlarından, sosyal çevresinden ayrılarak huzurevi ortamında kalma süresi ile bilişsel bozulma arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Diğer ülkelerde huzurevlerinde yapılan çalışmalarda; McCurren ve ark (1999) bireylerin %68'inde depresyon semptomları, Bell ve Goss (2001) ise, %12 - %22.4 oranında majör depresyon, % 6- %30 oranında minör depresyon saptamışlardır.

Yukarıdaki çalışmaların sonuçlarında da görüldüğü gibi evde yaşayan yaşlı bireylerden elde edilen depresyon sonuçları ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında sonuçların benzerlik gösterdiği görülmektedir (Bekaroğlu ve ark 1991). Ancak çalışmamızda huzurevinde yaşayan bireylerin %68.9'unda depresyon saptanmış olup bu sonuç ülkemizde yapılan bazı çalışmalardan daha yüksektir (Bekaroğlu ve ark 1991. Kurtoğlu ve Rezaki 1992). Buna göre, huzurevinde yaşayan yaşlıların ruhsal yönden risk altında oldukları ve daha sorunlu oldukları söylenebilir.

Günümüzde ülkemizde ve yaşlılık sorunlarının yaşandığı diğer ülkelerde yaşlı bireylerin ruh sağlığı yönünden, bir kurum bakımına gereksinme duyuncaya kadar bireyi kendi ailesi içinde korumak, yaşadığı ortamdan uzaklaştırmamak (Öz 1992), sosyal ve ekonomik yönden desteklenerek çevre ile bağlarını güçlendirmek gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Özen 1991).

Tablo 15'te huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon yaşama durumlarına göre sosyal destek puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 15. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Depresyon Yaşama Durumlarına Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Depresyon Durumu	Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları							
	Huzurevi(n=74)				Ev(n=86)			
	S	%	X	SH	S	%	X	SH
Var (14 ve ↑)	51	68.9	19.47	1.7	24	27.9	62.37	5.2
Yok (0-13)	23	31.1	41.39	3.4	62	72.1	78.90	1.1
Toplam	74	100	26.2	1.9	86	100	74.2	1.8
Testler	U=175.5 p<0.001				U=525.0 p<0.001			

Araştırmada huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin depresyon durumlarına göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde, huzurevinde yaşayan ve depresyonu olanların (14 ve üzeri, %68.9) algılanan sosyal destek puan ortalaması X=19.47 iken, depresyonu olmayanlarda (0-13, %31.1) X=41.39 olarak saptanmıştır. Yani huzurevinde sosyal destek algılaması yüksek olan bireyler ruhsal olarak daha iyi durumdadır. Farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0.001). Evde yaşayan, depresyon belirtisi olan bireylerde (%27.9) algılanan sosyal destek puan ortalaması X=63.37, depresyonu olmayanlarda (%72.1) ise X=78.90 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında ki fark anlamlıdır (p<0.001). Yazarlar, sosyal desteğin yaşam olayları ve yaşam güçlüklerinin yarattığı psikolojik zararları azaltarak ya da dengeleyerek tampon görevi gördüğünü ifade etmektedirler (Kurlowicz 1993, Özgür 1993, Soriaş 1988b, Tremethick 1997). Yaşlı bireylerde fiziksel sağlığın bozulması, yetilerde yitim, gelir azalması, kayıplar ve sosyal destek azlığının depresyon için zemin hazırladığını (Kurlowicz 1993), sosyal desteğin benlik saygısını zenginleştirici özelliği nedeniyle depresif bozuklukların ortaya çıkmasını engellediği, sosyal destekler yetersiz olduğunda depresif bozuklukların daha kolay

geliştiği belirtilmektedir (Kurlowicz 1993, Sorias 1988c). Bu konuda yapılan çalışmalarda sosyal desteğin stres ve zorlanma üzerinde olumlu yönde bir etkisi olduğu (Hellman ve Stewart 1994, Lee ve Crittenden 1996, Oxman ve ark 1992, Spitzer, Bar ve Golender 1995), sosyal desteğin huzurevindeki hayata uyumda rolü olduğu belirtilmektedir Patterson (1995). Özgür (1992) emeklilerde yaptığı bir çalışmada algılanan sosyal destek puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde ilişki saptamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ise, Goldberg, Natta ve Comstock (1985) sosyal destek düzeyi düşük yaşlı kadınlarda depresyon düzeyini yüksek saptamıştır.

Çalışmamızın sonucunda her iki grupta da algılanan sosyal destek puan ortalaması yüksek olan bireylerin depresyon puanları düşük bulunmuştur.

Her iki durumun korelasyon analizi ile değerlendirilmesi sonucunda da sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki saptanmış ve ilişki miktarı anlamlı bulunmuştur. ($r = - 0.42$), ($p < 0.05$). Buna göre sosyal desteğin ruh sağlığı üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Kaynaklarda sosyal desteklerin kimi zaman doğrudan, kimi zaman stres verici yaşam olayları ile etkileşerek sağlığın korunmasında etkili olduğu, aynı zamanda sosyal desteğin benlik saygısını zenginleştirici özelliği nedeniyle depresyon gibi bozuklukların ortaya çıkmasını önleyebileceği bildirilmektedir (Sorias 1988b, Sorias 1988c).

Hemşirelerin ruh sağlığının korunması için bireyin ve ailenin bu konuda bilgilendirilmesi, depresyon semptomlarının tanınması, sağlıklı başetme becerileri, ailesi ve çevresi ile olan ilişkilerinin güçlü olmasında sosyal destek faktörlerinin saptanması, harekete geçirilmesi sorumlulukları arasındadır.

Tablo 16 - 23'te huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir kaynağı, ve gelir yeterliliği, kronik hastalık, birlikte yaşadıkları kişiler, ziyaret edilme ve aile içindeki konumlarına göre depresyon yaşama durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 16. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Yaş Grupları	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
60-69	12	60.0	8	40.0	20	100	11	21.2	41	78.8	52	100
70-79	21	63.6	12	36.4	33	100	12	38.7	19	61.3	31	100
80 ve ↑	18	85.7	3	14.3	21	100	1	33.3	2	66.7	3	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
	$X^2=3.93$ $p>0.05$						$X^2=3.02$ $p>0.05$					

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde, huzurevindeki 80 ve üzeri yaş grubunun %85.7'sinin, 70-79 yaş grubunun % 63.6' sının, 60-69 yaş grubunun %60'ının depresyon puanları 14 ve üzeri olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Evde yaşayanlarda 70-79 yaş grubunun %38.7'sinde, 60-69 yaş grubunun ise %21.2'sinde depresyon belirlenmiştir. Fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte yaş ilerledikçe depresyon artmaktadır.

Geriatrik psikiyatride de geleneksel görüş depresyonun yaşla arttığı yönündedir (Uçku ve Küey 1992). Ertan, Eker ve Şar'a (1997) göre batı toplumunda yapılan bir çalışmada, evinde yaşayan 70 yaş üzerindeki nüfusta major depresyon prevalansı %6.3 iken 80 yaş üzeri grupta %15.5 e yükseldiği saptanmıştır.

Tablo 17 Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kadın	16	72.7	6	27.3	22	100	21	35.6	38	64.4	59	100
Erkek	35	67.3	17	32.7	52	100	3	11.1	24	88.9	27	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
	$X^2=0.21$ $p>0.05$						$X^2=5.51$ $p<0.05$					

Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde, huzurevinde yaşayan kadınların %72'sinin, erkeklerin de % 67'sinin depresyon puanları yüksek saptanmıştır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Buna karşılık evde yaşayan kadınların %35.6'sında, erkeklerin ise %11.1'inde depresyon saptanmıştır. Yani evde yaşayan kadınların erkeklerden daha depresif oldukları belirlenmiştir. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Çalışmamızda her iki grupta da kadınlarda depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Kadın olmanın (Eker 1988, Kurlowicz 1993), eş ve aile desteğindeki yetersizliklerin depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Sorias 1989c). Kadının eğitim eksikliği, toplum içindeki rolü ve statüsünün depresyona yatkınlaştırıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Yaşlılıkta çocukların evden ayrılması bağların gevşemesi, çocuklar ve evi üzerinde egemenliğini yitiriyor olması kadını işe yaramazlık duygusuna itmektir (Palabıyıkoglu ve ark 1992). Yapılan çalışmalarda kadınlarda depresyon oranının erkeklere göre yüksek olduğu yönündedir. Kurtoglu ve Rezaki (1999) kadınlarda %15.9, erkeklerde %4.7, Bekaroğlu (1991) kadınlarda %37, erkeklerde %33, Rezaki (1997) kadınlarda depresyon oranını yüksek, Ekici ve Ünal (1992) evde yaşayan yaşlı kadınları, evde yaşayan yaşlı erkeklerden daha depresif bulmuşlardır. İstanbul bölgesinde

yaşayan yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada ise, erkeklerde depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan 1999). Amerikan Psikiyatri Derneği ABD’de genel popülasyonda depresyon oranının kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğünün tahmin edildiğini belirtmiştir (Browning 1995).

Tablo 18. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)					Ev (n=86)						
	Var		Yok		Toplam	Var		Yok		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
Okuryazar olmayan/ Okuryazar	43	74.1	15	25.9	58	100	19	33.9	37	66.1	56	100
İlkokul	7	63.6	4	36.4	11	100	3	14.3	18	85.7	21	100
Ortaokul ve üzeri	1	20.0	4	80.0	5	100	2	22.2	7	77.8	9	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
	$X^2=6.46$ $p<0.05$					$X^2=3.09$ $p>0.05$						

Yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde, her iki grupta da eğitim arttıkça depresyon puanı düşmektedir. Huzurevinde yaşayan, eğitimi olmayan grubun % 74’ünün, ilkokul mezunu olanların %63.6’sının, depresyon puanları 14 ve üzeri bulunmuştur. Depresyon yaşama durumları ile eğitim grupları karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evde yaşayanlarda ise eğitimsiz olanların %33.9’unun depresyon puanları yüksek bulunmuştur.

Kaynaklarda eğitim düzeyi yüksek bireylerde depresyon düzeyinin düşük olduğu (Kurlowicz 1993), aynı zamanda eğitim düzeyi düşük grupta bilişsel fonksiyonlarda gerilemenin ve demans belirtilerinin daha sık görüldüğü (Palabıyıköğlü ve ark 1992) bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda Kurtoğlu ve Rezaki (1999) eğitim düzeyi düştükçe mini mental durum değerlendirme formundan alınan puanın düştüğü, okula gidilen yıl sayısı arttıkça puanın da

arttığını, Goldberg, Natta ve Comstock (1985) ise eğitim düzeyi düşük kadınlarda depresyon düzeyinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Tablo 19. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Medeni Durum	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Evli	2	100	-	-	2	100	12	22.6	41	77.4	53	100
Bekar	7	43.8	9	56.3	16	100	-	-	1	100	1	100
Dul/Boşanmış	42	75.0	14	25.0	56	100	12	37.5	20	62.3	32	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
	$X^2=6.60$ $p<0.05$						$X^2=2.58$ $p>0.05$					

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde huzurevinde yaşayan, dul-boşanmış olanların %75'inde, bekar olanların %43.8'inde depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evde yaşayan evli bireylerin ise %22.6'sında depresyon tespit edilirken, dul boşanmış olanların %37.5'inde depresyon saptanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bununla birlikte her iki grupta da dul-boşanmış olanlarda depresyon puanları yüksektir. Dul olma ve yalnız yaşamının, depresyon için risk faktörü olduğu (Eker 1988, Ekici ve Ünal 1992), eşini kaybeden yaşlılarda hüznün, yalnızlık, terk edilmişlik duygularının devam ettiği ve bu yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan 1999). Kadınlarda depresyona karşı duyarlılığı arttıran nedenlerin araştırıldığı çalışmalarda, Sorias'a göre (1990) yakın bir arkadaş ya da kişiye destek olan bir eşin varlığının depresyon riskini azalttığı, Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan'a göre (1999) eşini kaybeden bireylerde depresyon gelişiminin %50 oranında olduğunu belirlenmiştir. Goldberg, Natta ve Comstock (1985)

yaptıkları çalışmada eşlerini daha yakın, sırdaş bulan yaşlı kadınlarda depresyon düzeyini düşük bulmuşlardır.

Tablo 20. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	29	72.5	11	27.5	40	100	20	25.3	59	74.7	79	100
Yok	22	64.7	12	35.3	34	100	4	57.1	3	42.9	7	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
	$X^2=0.52$ $p>0.05$						$X^2=3.23$ $p>0.05$					

Çocuk sahibi olma durumlarına göre depresyon puanlarına bakıldığında, huzurevinde yaşayan ve çocuk sahibi olanların % 72 'sinde, olmayanların % 64.7'sinde depresyon puanı 14 ve üzeri olarak saptanmıştır. Ancak aradaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Buna karşılık evde yaşayan çocuğu olanların %25.3'ünde, olmayanların %57.1'inde depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Ancak farklılık istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Gruplar arasındaki fark anlamsız olmakla birlikte huzurevinde çocuğu olan yaşlılar (%72.5) daha fazla depresif, buna karşılık evde çocuğu olan yaşlılar ise (%23.5) daha az depresif bulunmuştur.

Aile özellikle yaşlı bireyin çevresinde kolay ulaşabileceği en önemli sosyal destek unsurudur. Yaşlı birey aile içinde kendini daha güvende hissetmekte, kendini yararlı ve önemli görmektedir (Bilgili 2000). Çocuğu olmasına rağmen, toplumsal nedenlerle aile içinde bakılamayacak durumda olan yaşlılar için, yakın çevrelerinden uzakta huzurevlerinde yaşamak, zorlayıcı, üzüntü verici, mutsuz edici olabilir. Huzurevinde yaşayan ve çocuğu olan bireylerde depresyonun yüksek olması, ailelerinden uzakta kalmaları, onlardan yeterince destek

alamamalarının kendilerinde büyük üzüntü yarattığı ve kendilerini değersiz, önemsiz, hissetmelerine yol açtığını gösterebilir.

Tablo 21. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Gelir Kaynakları ve Gelir Yeterliliğine Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Gelir Kaynakları	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Emekli/dul Maaşı	14	63.6	8	36.4	22	100	20	27.0	54	73.0	74	100
İhtiyarlık Maaş	34	72.3	13	27.7	47	100	1	50.0	1	50.0	2	100
Çocuk Desteği	3	60.0	2	40.0	5	100	3	30.0	7	70.0	10	100
Testler	$X^2=0.72$ $p>0.05$						$X^2=0.53$ $p>0.05$					
Gelir Yeterliliği												
Yeterli değil	38	80.9	9	19.1	47	100	9	40.9	13	59.1	22	100
Yeterli	13	48.1	14	51.9	27	100	15	23.4	49	76.6	64	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
$X^2=8.56$ $p>0.05$						$X^2=2.48$ $p>0.05$						

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin gelir kaynaklarına ve gelir yeterliliğine göre depresyon durumları incelendiğinde, huzurevinde ihtiyarlık maaşı alanların % 72.3'ünde, emekli dul maaşı alanların ise %63.6'sında depresyon puanı yüksek saptanmıştır. Aradaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Gelirini yeterli bulma durumlarına göre ise bu grupta gelirinin yeterli olmadığını ifade edenlerin %80.9'unda, yeterli bulanların ise %48.1'inde depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Evde yaşayanlarda da gelir kaynağı ve gelir yeterliliği yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$).

Kaynaklarda, ekonomik olanakların pek çok yaşam sorununu kolayca çözümlendiği için önemli bir sosyal destek kaynağı sağladığı, sosyo-ekonomik

durumun iyi olduğu durumlarda depresyonun düştüğü, yaşam stresini hafifletici maddi olanaklardan yoksun olanların depresyona yatkın oldukları belirtilmiştir (Sorias 1988a, Sorias 1988c), Goldberg, Natta ve Comstock (1985) çalışmalarında sosyo-ekonomik düzeyi düşük yaşlı kadınlarda, depresyon düzeyinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmamızda ekonomik durum ile depresyon arasında istatistiksel farklılığın olmaması sayı dağılımındaki orantısızlıktan kaynaklanabilir. Yine de çalışmamızda geliri yeterli olmayan ve gelirini yeterli bulmayan her iki grupta da depresyonun yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 22. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Durumuna Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	28	75.7	9	24.3	37	100	22	30.6	50	69.4	72	100
Yok	23	62.2	14	37.8	37	100	2	14.3	12	85.7	14	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
	$X^2=1.57$ $p>0.05$						$X^2=1.54$ $p>0.05$					

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin kronik hastalık durumlarına göre depresyon yaşama durumlarına bakıldığında, huzurevinde yaşayanlarda kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %75.7'sinde, kronik hastalığı olmayanların %62.2'sinde depresyon puanları yüksek saptanmıştır. Ancak farklılık anlamsızdır ($p>0.05$). Evde yaşayan ve kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %30.6'sının, kronik hastalığı olmayanların %14.3'ünün depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Ancak farklılık anlamsızdır ($p>0.05$). İstatistiksel olarak fark bulunmasa da her iki grupta da hastalığı olanlarda depresyon oranı daha yüksektir.

Kaynaklarda yaşla birlikte kronik hastalık oranında artma olduğu (Nahçıvan, Demirezen ve Erdoğan 1999), kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, ve bu nedenle ağrı ve hareket kısıtlılığı, günlük aktivitelerinde kendine yetememe, başkalarına muhtaç olmanın yarattığı değersizlik duygusu, benlik saygısında düşme, ölüm kaygılarının depresyon için kolaylaştırıcı rol oynadığı belirtilmektedir (Büyükcoşkun 1990, Kaya 1999, Uçku ve Küey 1992). Uçku ve Küey (1992) çalışmalarında kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre depresyon riskinin arttığını tespit etmişlerdir.

Tablo 23. Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Birlikte Yaşadıkları Kişiler	Depresyon Yaşama Durumu					
	Ev (n=86)				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%	S	%
Evde yalnız	10	38.5	16	61.5	26	100
Eş ve çocuklarla	14	23.3	46	76.7	60	100
Toplam	24	27.9	62	72.1	86	100

$$X^2=2.06 \quad p>0.05$$

Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde, evde yalnız yaşayanların %38'inin, eş ve çocuğu ile yaşayanların %23'ünün depresyon ölçek puanlarının 14 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Eş ve çocuğu ile yaşayanların puanları daha düşük bulunmuştur. Ancak farklılık anlamsızdır ($p>0.05$). Fark istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte yine de evinde yalnız yaşayanlar daha fazla depresif özellik taşımaktadır.

Özen'e göre (1991) Bekaroğlu'nun çalışmasında, evinde yalnız yaşayan yaşlıların %83.3'ü eş ve çocukları ile kalanların %23.9'u depresyonlu bulunmuştur.

Tablo 24. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ziyaret Edilme ve Aile İçinde Kendi Yerini Algılama Durumlarına Göre Depresyon Yaşama Durumlarının Dağılımı

Ziyaret Edilme Durumu	Depresyon Yaşama Durumu											
	Huzurevi (n=74)						Ev (n=86)					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ediliyor	12	44.4	15	55.6	27	100	24	27.9	62	72.1	86	100
Edilmiyor	39	83.0	8	17.0	47	100	-	-	-	-	-	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
$X^2=11.88$ $p<0.001$												
Aile İçinde Kendi Yerini Algılama												
Sevilme/saygı görme	1	11.1	8	88.9	9	100	16	20.8	61	79.2	77	100
Önemsennememe	50	76.9	15	23.1	65	100	8	88.9	1	11.1	9	100
Toplam	51	68.9	23	31.1	74	100	24	27.9	62	72.1	86	100
$X^2=15.99$ $p<0.001$						$X^2=18.58$ $p<0.001$						

Yaşlı bireylerin ziyaret edilme durumlarına, ve aile içinde kendi yerlerini algılamalarına göre depresyon yaşama durumları incelendiğinde; huzurevinde ziyaret edilmeyenlerin %83.0'ında depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur. Farklılık anlamlıdır ($p<0.05$). Evde yaşayanların tümü ziyaret edildiğini söylemiş, bunların %27.9'unun depresyon puanı yüksek bulunmuştur.

Aile içinde kendi yerlerini algılama durumları incelendiğinde her iki grupta da "sevilir, saygı görürüm" diye ifade edenlerin depresyon puanları düşük, "önemsennemem" diye ifade edenlerin depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Kendisini seven, değerli bulan gerektiğinde yardım etmekten kaçınmayan insanların var olduğunu bilmenin kişiye güven ve mutluluk verdiği, bunun tersine sosyal ilişkiler bozuk ya da yetersiz ise ruhsal bir hastalık geliştirme riskini artıran değersizlik duygularının sık yaşandığı bildirilmektedir (Sorias 1988a).

Terakye (1988) alıřmasında huzurevinde yařayan, ziyaret edilmeyen bireylerin benlik saygısının dūřuk olduėunu saptamıřtır. Sevilmediėini, saygı görmediėini, önemsenmediėini dūřünme birer depresyon göstergesidir.



SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şöyledir;

1- Araştırma kapsamına alınan huzurevinde yaşayan bireylerin %73'ü 70 ve üzeri, evde yaşayanların ise %60.5'i 60-69 , %36'sı 70-79 yaş grubundadır (Tablo 1).

2- Huzurevinde yaşayanların çoğunluğu erkek (%70.3), formal eğitimi olmayan (%78.4), dul boşanmış (%75) olup, %54,1'i çocuk sahibidir. Evde yaşayanların ise çoğunluğu kadın (%68.6) ve formal eğitimi yoktur (%65.1). Bu grubun %61.6'sı evli, %37.2'si dul boşanmıştır. ve tamamına yakını (%91.9) çocukludur (Tablo 1).

3- Huzurevinde yaşayanların %63.5'inin ihtiyarlık maaşı, %29.7'sinin emekli dul aylığı aldığı, %63.5'inin gelirini yeterli bulmadığı, evde yaşayanların ise %86'sının emekli / dul aylığı aldığı, %11.6'sının çocuk desteği olduğu, %70.4'ünün gelirini yeterli bulduğu saptanmıştır (Tablo 1).

4- Huzurevinde yaşayanların yarısı, evde yaşayanların %83.7'si kronik hastalıklarının olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

5- Huzurevinde yaşayanların %63.5'i ziyaret edilmediğini ve %87.5'i yakınları tarafından önemsenmediğini belirtirken, evde yaşayanların %69.8'i eşi ve çocuğu ile yaşadığını, tamamı ziyaret edildiğini, aile içinde saygı gördüğünü (%89.5) ifade etmişlerdir (Tablo 2).

6- Huzurevinde yaşayanların çoğunluğu sıkıntılı olduklarında yalnız kalmayı tercih ettiklerini (%58'i), %20.3'ü ibadet ettiğini ifade etmiş, evde yaşayanların ise %31.4'ü sıkıntısını "arkadaşım ile paylaşırım", %27.9'u "ibadet ederim", %24'ü "yalnız kalırım" yanıtlarını vermiştir (Tablo 2).

7- Günlük etkinlik olarak huzurevinde yaşayanların çoğunluğu (%87.8') TV/radyo dinlediğini ve dinlendiğini (%56.7), %21.6'sı arkadaş ziyaretinde bulunduğunu belirtirken, evde yaşayanlar, TV/radyo dinlediğini (%66.3), arkadaş ziyaretini yaptığını (%51.1) ve el işi (%43) yaptığını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

8- Yaşlılık konusunda huzurevinde yaşayanlar, “yalnız kalmak” (%55.4), “işe yaramazlık” (%54.0), “bağımsızlığın kaybı” (%53.9) gibi tanımlarda bulunurken, evde yaşayanların %59.3’ü “olgunluk”, %44.1’i “hastalık” %31.4’ü “yalnız kalmak” olarak tanımlamıştır (Tablo2).

9- Huzurevinde yaşayanların çoğunluğu (%70.3) kurumda yaşamaktan dolayı kendilerini terkedilmiş hissettiğini ifade etmekle birlikte, çoğunluğu yine de huzurevinde kalmak istemekte (%60.8), bu bireylerden %21.6’sı ise evde çocukları ile kalmak istediklerini ifade etmektedir. Bireylerin tamamı huzurevinde verilen hizmetlerin yeterli olduğunu belirtmektedir (Tablo3).

10- Araştırmaya katılan huzurevinde yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması, huzurevinde yaşayanlarda ($X=26.28$) evde yaşayanlara ($X=74.29$) göre ileri derecede düşüktür ($p<0,001$) (Tablo 4).

11- Huzurevinde yaşayanlarda ölçek alt grup puanlarından arkadaş desteği puan ortalaması ($X=11.02$) iken, evde yaşayanların arkadaş desteği puanı daha yüksektir ($X=24.66$). Aile desteği yönünden evde yaşayanların puanı $X=25.68$ iken huzurevi grubunda aile desteği oldukça düşüktür ($X=7.35$). Benzer olarak özel kişi desteği de evde yaşayanlarda ($X=23.53$) kurumdakilerden ($X=7.94$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

12- Huzurevinde yaşayan bireylerin sosyal destek puan ortalamaları 60-69 yaş grubunda $X=30.7$ iken, 80 ve üzeri yaş grubunda $X=19.6$ ’dır ($p< 0.05$). Evde yaşayanların algıladığı sosyal destekler yaşa göre fark etmemektedir. (Tablo 5).

13- Gerek evde gerekse huzurevinde yaşayan bireylerin cinsiyet ve medeni durum yönünden algıladıkları sosyal destek puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 6,Tablo 8).

14- Huzurevinde yaşayanlarda algılanan sosyal destek puan ortalaması, ortaokul ve üzeri eğitimi olanlarda $X=38.6$ iken, formal eğitimi olmayanlarda $X=24.2$ bulunmuştur ($p<0.05$). Evde yaşayanların sosyal destek puan ortalamalarında eğitim yönünden fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo7).

15- Çocuk sahibi olma yönünden huzurevinde yaşayanların sosyal destek puan ortalamaları birbirine yakın iken ($p>0.05$), evde yaşayanların ve çocuğu olanların $X=75.9$, olmayanlara göre $X=55.8$ yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 9).

16- Gelir kaynağı ve gelir yeterliliği ile ilgili olarak huzurevinde yaşayanların algıladığı sosyal destek puan ortalaması, çocuk desteği olanlarda ($X=43.6$), ve emekli / dul maaşı alanlarda ($X=31.6$) daha yüksek iken, ihtiyarlık maaşı alanlarda ($X=21.9$) anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$) ve bu gruptan gelirini yeterli bulmayanların sosyal destek algısı da daha düşüktür ($X=19.5$) ($p<0.05$). Buna karşılık evde yaşayan bireylerin sosyal destek algıları gelir kaynakları yönünden fark etmemektedir ($p>0.05$). Ancak gelirini yeterli bulanların algıladıkları sosyal destek puanları ($X=70.4$), yeterli bulmayanlardan ($X=25.6$) daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 10).

17- Evde ve huzurevinde yaşayan bireylerin sosyal destek algıları, kronik hastalığının olması yönünden fark etmemektedir ($p<0.05$).(Tablo 11).

18- Evde yaşayan bireylerin sosyal destek puan ortalaması, eş ve çocuklarıyla yaşayanlarda ($X=75.1$), evde yalnız yaşayanlarda ($X=72.3$) birbirine yakın bulunmuştur (Tablo 12).

19- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek puan ortalaması ziyaret edildiğini ($X=36,6$) ve aile içinde saygı gördüğünü ifade edenlerde ($X=43.2$) yüksek, ziyaret edilmediğini ($X=1.3$) önemsenmediğini ($X=23.9$) ifade edenlerde anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Evde yaşayan ziyaret edildiğini ($X=74.2$) sevildiğini, saygı gördüğünü ifade edenlerin ($X=77.7$) sosyal destek puan ortalaması yüksek, önemsenmediğini ifade edenlerin ise ($X=44.4$) ileri derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13).

20- Araştırmaya katılan huzurevinde yaşayan bireylerin %68.9'unda, buna karşılık evde yaşayanların %27.9'unda depresyon saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo14).

21- Huzurevinde yaşayan bireylerden depresyonu olanların (%68.9) algıladığı sosyal destek puan ortalaması $X=19.47$ olarak belirlenirken, depresyonu olmayanların (%31.1) sosyal destek puan ortalaması anlamlı derecede yüksek ($X=41.39$) bulunmuştur ($p<0.001$). Evde yaşayanlarda da depresyon saptanan yaşlıların (%27.9) algıladığı sosyal destekler anlamlı derecede düşük ($X=62.37$) bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 15).

Gerek evde gerekse kurumda yaşayanların algıladıkları sosyal destek faktörleri ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

($r = -0.42$), ($p < 0.05$).

22- Huzurevi ve evde yaşayan yaşlı bireylerin yaş, çocuk sahibi olma, gelir düzeyi ve gelir kaynakları, kronik bir hastalığının olması, evde birlikte yaşadıkları kişiler gibi özelliklerinin depresyon yaşamalarında bir fark yaratmadığı görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 16, 20, 21, 22, 23).

23- Huzurevinde yaşayanların depresyon puanı cinsiyet yönünden farketmezken, evde yaşayanlardan kadınların (%35.6) erkeklere (%11.1) göre daha depresif olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 17).

24- Eğitim yönünden depresyon düzeylerine bakıldığında, huzurevinde yaşayanlardan eğitimi olmayanların (%74.1) daha depresif olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna karşılık evde yaşayan bireylerin depresyon yaşamalarında eğitimin fark yaratmadığı görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 18).

25- Medeni durum yönünden huzurevi grubundan dul/boşanmış olanların daha depresif olduğu ($p < 0.05$) bulunurken, evde yaşayanlarda depresyon yönünden medeni durumun fark yaratmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

26- Çalışmamızda huzurevinde yaşayan bireylerden ziyaret edildiğini (%83), aile içinde saygı görmediğini ve önemsenmediğini (%76.9) ifade edenlerde depresyon puanı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$). Evde yaşayanlar arasında da benzer şekilde aile içinde önemsenmediğini ifade eden bireylerde depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 24).

ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

Araştırmada huzurevinde yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek puanları düşük, depresyon düzeyleri önemli derecede yüksek bulunmuştur ve depresyon ile sosyal destek arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca ileri yaş grubunda olan, yakınları tarafından ziyaret edilmeyen, ekonomik yetersizliği olan aile içinde önemsenmediğini ifade eden bireylerin daha depresif oldukları belirlenmiştir.

1- Kurum çalışanlarına yönelik; yaşlılık süreci, sosyal destek, kayıplar, yaşlı ruh sağlığı, depresyon vb konularında eğitim programları düzenlenmesi, böylece çalışanların duyarlılıklarını artırma ve becerilerini geliştirmelerini sağlama, bu programlarda hemşirelerin aktif rol almalarını sağlama,

2- Araştırmada huzurevinde yaşayan bireylerin çoğunluğunda depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte uygulamanın yapıldığı (Ağustos 2000) tarih dikkate alındığında aradan geçen sürede bu sonuçlarda değişiklik olabileceği düşüncesiyle bireylerin ruhsal durumlarının yeniden değerlendirilerek ruh sağlığı yönünden risk altında olan yaşlıların uygun tedavi programına alınmasını sağlama,

3- Huzurevinde yaşayan bireyler için daha sağlıklı bir yaşlılık dönemi sürdürebilmeleri için düzenli sosyalleştirici bireysel yeteneklerini ve üretkenliklerini ortaya koymalarına olanak sağlayan (gezi, alışveriş programları, sinema tiyatro, uğraşı vb) programlar düzenlenmesi,

4- Bireyler için önemli olan sosyal destek güçlerinin belirlenerek destekleri harekete geçirici programlar oluşturmak,

5- Araştırmada toplumda yaşayan yaşlı bireylerin kurumda yaşayanlar kadar olmasa da depresyon yaşayabildikleri saptanmıştır. Bu nedenle sağlık ocaklarında çalışan ebe, hemşirelere yaşlı ruh sağlığı, sosyal desteğin önemine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,

6- Yaşlıların evde yakınları ile yaşamaları ruh sağlığı yönünden daha önemli özellik taşıdığından ebe ve hemşirelerin yaşlı ile yaşayan aile bireylerini destekleme rahatlatma konularında bilgilendirilerek duyarlı hale getirilmeleri,

7- Yaşlıların sosyal desteklerini harekete geçirme, depresyonu önlemede hemşirelik girişimlerinin etkisini ortaya koyan araştırmalar yapılması önerilir.



ÖZET

Araştırma, kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek faktörlerini, depresyon düzeylerini belirlemek ve algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişkisini ortaya koymak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Malatya İl'inde evde yaşayan, sistematik örnekleme yöntemi ile seçilen (86) ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bağlı Malatya Huzurevi'nde yaşayan (74) toplam 160 birey oluşturmuştur. Çalışmada Zimet ve ark (1988) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılan "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (MMPS) ile Yesevage ve ark (1983) tarafından geliştirilen, ülkemizde Ertan Eker ve Şar (1997) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan "Geriatrik Depresyon Ölçeği" (GDÖ) kullanılmıştır. Ayrıca 22 soruluk Sosyo-demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Formlar araştırmacının kendisi tarafından bireylerle doğrudan görüşülerek doldurulmuştur. Elde edilen verilerin İstatistiksel değerlendirilmesinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis varyans analizi, ki-kare analiz ve korelasyon analiz testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın sonunda, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin çoğunluğu 70 ve üzeri yaş grubunda (%70.3), erkek (%70.3), formal bir eğitimi olmayan (%78.4), dul / boşanmış (%75.7) çocuk sahibi (%54.1) dir. Bu bireylerin %50'si kronik hastalığa, %65'i ihtiyarlık maaşına, % 63.5'i yetersiz gelire sahiptir. Evde yaşayanların çoğunluğu 60-69 yaş grubunda, formal bir eğitimi olmayan, evli, çocuk sahibidir. Bireylerden % 83.7'si kronik hastalığı olduğunu, % 86'sı emekli/dul maaşı aldığını, % 70.4'ü gelirini yeterli bulmadığını ifade etmektedir.

Huzurevinde yaşayan bireylerin çoğunluğu ziyaret edilmediğini (% 63), aile içinde önemsenmediğini (% 87.5), sıkıntılı anlarında yalnız kaldığını (%58), günlük etkinlik olarak TV/radyo izlediğini (% 87.8), yaşlılığı ise yalnız kalmak işe yaramazlık, olarak ifade etmişlerdir. Evde yaşayanların çoğunluğunun eş ve

çocuğu ile yaşadığı (%69.8), tamamının ziyaret edildiği, aile içinde önemsendiği (%31.4), sıkıntılı anında çocuk/arkadaşı ile paylaştığı, günlük etkinlik olarak TV/radyo izlediği (%66.3), el sanatları (%43) yaptığı saptanmıştır. Huzurevinde yaşayanlar kendilerini terkedilmiş hissetmekte (%41) yine de huzurevinde kalmak istediklerini (% 60.8) ifade etmişlerdir.

Algılanan sosyal destek puan ortalaması huzurevinde yaşayanlarda düşük, evde yaşayanlarda yüksek bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan bireylerin çoğunluğunda depresyon belirlenmiş (% 68.9), buna karşılık, evde yaşayanlardan az sayıdaki bireylerde (%31.1) depresyon saptanmıştır. Algılanan sosyal desteği düşük olan yaşlı bireylerin depresyon puanları yüksek bulunmuş, sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -0.42$).

Huzurevinde yaşayanlarda 60-69 yaş grubu, ortaokul ve üzeri eğitilmiş, emekli/dul maaşı alan, yeterli gelire sahip, ziyaret edilen ve aile içinde önemsendiğini ifade edenlerin algıladığı sosyal destek puan ortalamaları anlamlı yüksek bulunmuştur. Evde yaşayan çocuklu, ziyaret edilen ve aile içinde önemsendiğini ifade eden bireylerde sosyal destek puan ortalamaları anlamlı yüksek bulunmuştur.

Huzurevinde yaşayanlarda formal eğitimi olmayan, dul boşanmış, ziyaret edilmeyen ve aile içinde önemsenmediğini ifade edenlerde depresyon puanı anlamlı yüksek bulunmuştur. Evde yaşayan kadın, aile içinde önemsenmediğini düşünenlerde depresyon puanı anlamlı yüksek bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara uygun öneriler getirilmiştir.

SUMMARY

This descriptive study was carried out to determine social supports perceived by the elder persons living at home and in the nursing home, their depression level and to explain the relationship between perceived social support factors and depression.

The population of study includes all elder people living at home in Malatya city center and living in nursing homes. The study sample consists of (86) elder persons living at home in a two health center area which were selected using systematic sampling method and (74) elder persons living in the Nursing Home of Malatya, which is a branch of Social Services and Child Preserving Institution (SHÇEK). In the research, "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (MMPS), which was developed by Zimet and his colleagues (1988) and its validity and reliability tested by Eker and Arkar (1995) in our country, and "Geriatric Depression Scale" (GDÖ) which was developed by Yesavage and his colleagues and its validity and reliability tested by Ertan, Eker and Şar (1997), additionally a 22 question socio-demographic information form were used. These forms were completed by using face to face interview with above mentioned people by the researcher. Statistical analysis of the data were performed by using t test of the difference between two means, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis variance analysis, chi-square analysis and correlation analysis.

Results showed that most of the elder persons living in the nursing home are 70 and older (70.3%), male (70.3%), having no formal education (78.4%), widow/er-divorced (75.7%), having children (54.1%), chronic illness (50%), disability salary (65%), insufficient income (63.5%). Most of the elder persons living at home are 60-69 years of age, have no formal education, married and have children. It was expressed that 83.7% of the population has chronic illness, 86% has pension, 70.4% has insufficient income.

Among the living in the nursing home, it was stated that most of them (63%) had no visitors, (87.5%) had no value in the family, (58%) was alone when they were uneasy, (87.8%) watched TV and listened to the radio as a daily activity

and being and old means futility. Also it was found that among the ones living at home (69.8%) is living with a spouse and children, all of them had visitors (31.4%), had a value in the family, when uneasy, s/he found a spouse and children with him/her, as a daily activity (66.3%) watched TV and listened to the radio and (%43) was interested in handicraft and handiwork. Among the ones living in the nursing home (41%) felt themselves abandoned, yet they preferred living in the nursing home (60.8%).

Perceived social support score mean was low among the ones in the nursing home, and high among the ones living at home. Most of the ones living in the nursing home (68.9%) had depressive problems while among the ones living at home depression was found at low level (31.1%). It was found that the depression score of the ones having low perceived social support was high, and it was seen that there was a negative significant difference between social support and depression ($r = -0.42$).

It was found that there was a significant high mean of the perceived social support score among the ones living in the nursing home, 60-69 years, having secondary and higher education, pension, sufficient income, visitors and a value in the family. It was also found that there was a significant high average of social support score among the ones living at home and having children, visitors, a value in the family.

It was found that there was a significant high average of depression among the ones living in the nursing home having no formal education, divorced or widow/er, having no visitors, no value in the family. There was also a significant high average of depression among the ones living at home having no value in the family.

Suggestions suitable for the results were also given.

KAYNAKLAR

- Akdemir N (1997) Geriatri I: Hemşirelik Bakımı, Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (Ed), Ankara Hekimler Yayın Birliği, s. 116-145.
- Akın B, Seviğ Ü, Karataş (2001) Türkiyede gerontoloji hemşireliği eğitimi I, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(1):33-39.
- Akkuş D (200) Kronik Psikiyatrik Hastalığı Olan Aile Üyesine Bakım Veren Primer Bakım Vericilerin Aldıkları Sosyal Destek Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Bolu, Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Aksayan S, Yıldız A, Ergün A (1998) Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların umutsuzluk düzeyleri. I. Evde Bakım Kongresi Program Özet Kitabı. İstanbul.
- Bayık A Özgür G ve ark (2000) Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel ve psikososyal sağlık sorunları. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. İstanbul, s. 148.
- Beauvoir S (1970) Yaşlılık. Çeviren A Kayabal, İstanbul, Milliyet Yayınları.
- Bekaroğlu M (1991) Yaşlılık döneminin ruhsal sorunları, Aile ve Toplum, Mart: 103-106
- Bekaroğlu M (Eds) (1995) Depresyon: Yaşlılıkta Depresyon, Trabzon, İnkılap Matbaacılık, s. 343-371.
- Bekaroğlu M ve ark (1991) Depression in an elderly population in Turkey, ACTA Psychiatr Scand, (Aug), 84(2) : 178-4.
- Bekaroğlu M (1998) Yaşlılıkta distimik bozukluk ve kronik minör depresyon, 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İzmir, Güneş Ofset, s. 136.
- Bell M, Goss A (2001) Recognition, assesment and treatment of depression in geriatric nursing home residents, Clinical Excellence for Nurse Practitiners Vol (5) No 1: 25-36.
- Biçer S (1996) 60+ Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
- Bilgili N (2000) Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Bilixen C, Kippes C (1999) Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis: Image J Nurs Sch, 31(3):221-226.

- Browning M (1995) Geropsychiatric Nursing: Depression , Suicide and Breavement, Hostgel M (Ed), Missouri, Mosby Year Book, s.117-170.
- Buckwalter K, Weiler K ve ark (1995), Geropsychiatric Nursing: Community Programs, Hostgel M (Ed), Missouri, Mosby Year Book, s.341-365.
- Büyükcoşkun A (1990) Yaşlı Bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması. Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Büyükcoşkun (1998) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı:Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımları, Erefe İ (Ed) Birlik Ofset, İstanbul , s. 170-183.
- Çölgeçen E, Tümerdem Y (1998) Yaşlıların evde bakım hizmetlerine olan gereksinimleri: I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Programı Özet Kitabı, İstanbul.
- Demirsoy A, Bozcuk N (1997) Geriatri I: Ölümün Evrimsel Öyküsü, Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S, (Ed), Ankara hekimler Yayın Birliği, s.1-6.
- Doğan O (1995) Sağlık Alanında Davranış Bilimleri: Aile, Sivas, Dilek Ofset Matbaacılık, s.194.
- Durgun B, Tümerdem Y (1997) Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler: Geriatri, 2(3):115-120.
- Durmaz P, Ünal B (2000) Narlıdere bölgesinde yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. İstanbul, Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi. Özet Kitabı, s.144.
- Eker D, Arkar H (1995) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği: Türk Psikoloji Dergisi, 10(34): 45-55.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik güvenilirliği: Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1): 17-25.
- Eker E (1998) Yaşlılık dönemi depresyonları: Psikiyatri Dünyası, 2: 45-51.
- Ekici H, Ünal S (1992) Akyol Sağlık Ocağına bağlı evinde kalan yaşlılarla huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik semptom taraması ve yaşam doyumu. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Ankara. SHÇEK Basımevi, s.121-129
- Ekici H, Ünal S (1994) Evinde ve huzurevinde kalan yaşlıların psikolojik semptomlarının ve yaşam doyumlarının karşılaştırılması, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 5: 29-35.

- Ergör G, Köybaşı ark.(1996) Etimesgut sağlık ocağı bölgesindeki 65 yaş üzerindeki kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı.
- Ertan T, Eker E, Şar V (1997) Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi, 34(1): 62-71.
- Fadıloğlu Ç, Yürekli A, Yılmaz D. (1992) Toplumdaki yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(3):1-10.
- Frukawa T ve ark (1999) Social support questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls, Social psychiatr epidemiol, (34): 216-222.
- Geçtan E (1997) Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. İstanbul, Remzi Kitabevi 13. Basım.
- Geçtan E (1998) Psikanaliz ve Sonrası: Psikoanalitik Kurumlar, İstanbul, Remzi Kitabevi, s.111-112.
- Goldberg E, Natta P, Comstock G (1985) Depressive symptoms, social network and social support of elderly women, American Journal of Epidemiology, Vol 121(3): 448-446.
- Güler Ç (1997) Geriatri I: Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık, Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (Ed) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 115-116.
- Gülseren L (1995) Yaşlılık döneminde görülen majör psikiyatrik bozukluklar, 3P Dergisi, 3(3) :185-191.
- Günaydın N (1996) Yaşlı Bircylerde Yalnızlığın İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi.
- Gürhan N (1195) Şizofren Hastaların Sosyal Destek Hastalık ve Stresle Başetmelerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Hamilton PG (1995) Geropsychiatric Nursing: Promotion of Mental Health in older Adults, Hostgel OM (Ed) Missouri, Mosby Year Book: s.21-55.
- Harper SM (1995) Geropsychiatric Nursing: An Overwiev of Mental Health and Older Adults, Hostgel OM (Ed) Missouri, Mosby Year Book, s.1-20.

- Hedelin B, Svensson PG (1999) Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly: a case study: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6: 115-124.
- Helman EA, Stewart C (1994) Social support and the elderly client: *Home Healthc Nurse*,12(5): 51-60.
- Hogstel MO (Eds) (1995) *Geropsychiatric Nursing: Mental and Behavioral Problems in The Nursing Home*, 2. baskı. Missouri. Mosby Year Book, s.292-317.
- International Counsel of Nursing (2001) ICN on Health Ageing, www.icn.ch./matters
- Jacelon CS (1995) The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people, *Journal of Advanced Nursing*, (22): 539-546.
- Kaya B (1999) Yaşlılık ve depresyon I tanı ve değerlendirme: *Geriatrici*, 2(2):76-82.
- Koptagel-İlal G (1992) Yaşlılıkta Psikosomatik hastalıklar: *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(1):3-14.
- Köşgeroğlu N, Aksoy F, Özkaya G (1992) Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştıkları sorunlar ve başetme yollarının değerlendirilmesi. *Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı*, Ankara, Başbakanlık SHÇEK Basımevi. s.338-349.
- Kurlowicz LH (1993) Social Factors and depression in late life: *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol VII, No 1, February: 30-36.
- Kurtoğlu D, Rezaki M (1999) Huzurevindeki yaşlılarla depresyon bilişsel bozukluk ve yeti yitimi: *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3): 173-179.
- Langford CP ve ark (1997) Social support: a conceptual analysis: *Journal of Advanced Nursing*, 25: 95-100.
- Lauder W (1993) Health Promotion in the elderly: *British Journal of Nursing*, 2(8): 401-404.
- Leavy RL (1983) Social support and psychological disorder:A review: *Journal of Community Psychology*, Volume 11, January: 3-20.
- Lee M, Crittenden K (1996) Social support and depression among elderly Korean Immigrant in the United States, *Int J Aging Hum Dev*, 42(4):313-327.

- McCurren C ve ark (1999) Depression among nursing home elders: Testing an intervention strategy, *Applied Nursing Research*, 12(4) November: 185-195.
- Nahcivan NÖ, Demirezen E, Erdoğan S (1999) Birinci basamakta yaşlılarda depresyon ile ilişkili faktörler: Sosyodemografik özellikler, deneyimlenen sosyal kayıplar, sağlık sorunları ve iyilik durumu. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon. s. 99-105.
- Norbeck JS, Barnes LE (1988) *Social Support: The Theoretical Basic for Psychiatric Nursing*, Wilson HS (Ed), California, Addison- Wesley Publishing Company, s.149-167.
- Oxman T ve ark (1992) Social support and depressive symptoms in the elderly, *Am J Epidemiol*, Feb 15.135(4): 356-368.
- Öz F (1992) Yaşlılıkta ruh sağlığı: THD, 42(2): 5-8.
- Özcan A, Yazıcı S, Beşer A (1992) Huzurevi ve aileyle birlikte kalan yaşlıların psikolojik değerlendirmeleri. *Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı*, Ankara, Başbakanlık SHÇEK Basımevi. s.264- 267.
- Özçankaya R, Mumcu N (1996) Huzurevi yaşayanlarında depresif psikotik ve bilişsel değişiklikler:Nöropsikiyatri Arşivi, 33(2): 115-120.
- Özen S (1991) Birey- toplum ilişkileri açısından ruhsal sağlık sorunları, *Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2):119-127.
- Özgür G (1992) Bornova bölgesinde oturan emeklilerde sosyal destek depresyon ilişkisinin incelenmesi.I. *Ege Geriatri Kongresi Özet Kitabı*. İzmir, E. Ü. Basımevi.
- Özgür G (1993) Sosyal destek ve sağlık: THD, 43(2): 25-26.
- Öztürk O (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 8. Basım.
- Palabıykoğlu R ve ark (1992) Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu, *Kriz Dergisi*. 1(1):26-31.
- Patterson BJ (1995) The process of social support: Adjusting to life in a nursing home, *Journal of Advanced Nursing*, 21:682-689.
- Potts MK (1997) Social support and depression among elder adults living alone: The importance of friends within and outside of a retirement community, *Social Work*, Jul, Vol 42(4):348-362.

- Powers BA (1988) Social networks social support and elderly instutionalized people, Advances in Nursing Science, January:40-58.
- Powers AB (1992) The roles staff play in the social networks of elderly instituonalized people, Sci Med, Vol 34(12): 1335- 1343.
- Rezaki M (1997) Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar:Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon, Üstün B, Sağduyu A, Rezaki M (Ed), İstanbul, Tayf Basım, s.39-54.
- Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 8(1):3-8.
- Savaşır I (1988) Sağlık Psikolojisi:Yaşlılık, Olyavuz Ü (Ed), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s. 202-219.
- Seeman ET, Berkman FL (1988) Structural characteristic of social support in the elderly: Soc Sci Med, 26(7):737-749.
- Seviğ Ü (1992) Sağlıklı yaşlanmada temel sağlık alışkanlıklarının kazandırılmasının önemi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı.Ankara. SHÇEK Basımevi, s.149-151.
- Smith HL (1996) Psychiatric Mental Health Nursing:The Elderly, Fortinash KM, Holoday-Worret PA (Ed) Missouri, Mosby Year Book, s.201-223.
- Sorias O (1988a) Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(3):1033-1039.
- Sorias O (1988b) Sosyal destek kavramı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1):353-357.
- Sorias O (1988c) Sosyal desteğin değerlendirilmesi I: Kullanılan ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer Psikoloji, 6: 16-22.
- Sorias O (1988d) Sosyal destekler ve ruh sağlığı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 27(1):359-363.
- Sorias O (1988e) Yaşam stresine karşı koruyucu olarak sosyal destekler, Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer Psikoloji (Özel sayı): 805-811.

- Sorias O (1988f) Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: Toplumdan seçilmiş örneklemde, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek, Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer Psikoloji, 6/7: 27- 40.
- Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu (2001) Yaşlılık Alanında Verilen Hizmetler, www.shcek.gov.tr.
- Spitzer A, Bar T, Golander H (1995) Social support: How does it really work?, Journal of Advanced Nursing, 22:850-854.
- Sungur M (1999) İkincil travma ve sosyal destek, Klinik Psikiyatri, 2:105-108
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1997) Biyoistatistik, Ankara, şahin Matbaası.
- şahin D (1998) Sağlık Psikolojisi: Sosyal Destek ve Sağlık, Ankara, Türk Psikologlar Derneği, s.79-106.
- Terakye G (1989) Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik saygısının incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(3):15-24.
- Tremethick JM (1997) The importance of social support among the elderly, Journal of Community Psychology, Vol 11, January:3-20.
- Uçku R (1990) Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları zerine Bir İnceleme. Uzmanlık Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Uçku R, Küey L (1992) Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi, Nöropsikiyatri Arşivi 29(1):15-20.
- Uluğ B (1997) Geriatri II: Psikiyatri, Gökçe-Kutsal Y, akmakı M, nal S (Ed). Ankara Hekimler Yayın Birliği, s.732-748.
- nal S, Kaya B (1999) Yaşlılık ve depresyon II tedavi yaklaşımları, Geriatri 2(2): 83-89.
- Vehid S ve ark (1998) Silivri ile merkezi ve Silivri Fenerky' yaşlılarının sosyo-medikal sorunlarına genel bir bakış. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana.s.311-316.
- Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Sunusu (1999), Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu, Ankara.
- Yüksel N (1988) Yaşlılık ağı depresyonları, Geriatri, 1(1):19,23.
- Wright KL (1997) Mental Health Nursing in The Community:Elderly Person With Mental İllness, Worley KN (Ed), St Louis, Mosby Year Book.

EKLER

EK I

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız?

- a) 60-64 b) 65-69 c) 70-74 d) 80 ve ↑

3) Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış

4) Eğitim durumunuz?

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Yüksek okul

5) Çocuk sayınız?

- a) Var b) Yok

6) Gelir durumunuz?

- a) Emekli aylığı b) Dul aylığı c) İhtiyarlık maaşı
d) Çocukların desteği e) Yok f) Diğer

7) Gelir durumunuzun yeterliliği nedir?

- a) Yeterli değildir b) Ancak yetiyor
c) Yeterli bazen artıyor d) İhtiyaç fazlası

8) Sosyal güvenceniz?

- a) Var b) Yok

9) Halen kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız b) Eşim ile birlikte c) Çocuklarım ile birlikte
d) Huzurevi sakinleri ile birlikte d) Diğer

10) Oturduğunuz yer?

- a) Şehir merkezi b) Kenar semt/ gecekondu
c) Huzurevi d) Diğer

11) Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? (Birden çok seçenek

işaretlenebilir)

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| a) Kitap/gazete okuma | e) TV seyretme/radyo dinleme |
| b) Dinlenmek/yürümek | f) Sinema/tiyatro |
| c) El sanatları ile uğraş | g) Arkadaş ziyareti |
| d) Kahveye gitme | h) Diğer |

12) Kiminle ve nerede yaşamak istersiniz?

- a) Evimde çocuklarımla b) Evimde yalnız d) Huzurevinde

13) Ziyaretçiniz geliyor mu?

- a) Evet b) Hayır

14) Sıkıntılı zamanlarınızda rahatlamak için ne yaparsınız?

- a) İbadet ederim
b) En yakın çocuğum arkadaşım ile paylaşırım
c) Yalnız kalmayı tercih ederim
d) Diğer

15) Ailenizde kendi yerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Severler saygı duyarlar
b) Önemsemem

16) Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız?

- | | |
|------------------------|-------------------|
| a) Yalnız kalmak | f) İşe yaramazlık |
| b) Muhtaçlık | g) Ölüme Yaklaşma |
| c) Bağımsızlığın kaybı | h) Çaresizlik |
| d) Olgunluk dönemi | i) Terkedilmişlik |
| e) Hastalık | j) Diğer |

17) Kronik bir hastalığınız var mı?

- | | | |
|------------------|----------------------|----------|
| a) Hipertansiyon | b) Diabetes Mellitus | c) KAH |
| d) KOAH | e) Malignensi | f) Diğer |

(Bu bölüm huzurevinde kalanlar tarafından doldurulacaktır)

18) Huzurevinde kaldığınız oda:

- a) Yalnız kullanıyorum
- b) Arkadaşım ile paylaşıyorum

19) Huzurevinde kalıyor olmaktan dolayı neler hissediyorsunuz?

- a) Yalnızlık
- b) Terkedilmişlik
- c) Düşkünlük
- d) Memnunluk
- e) Diğer

20) Huzurevinde size yönelik gezi ve eğlence düzenleniyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

21) Bu gezi ve eğlencelere kendi isteğinizle mi katılıyorsunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

22) Huzurevinde verilen hizmetler sizin için yeterli mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

EK II

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve herbirinde de 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 1 tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK III

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

- 1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz? Evet-Hayır
- 2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz? Evet-Hayır
- 3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz? Evet-Hayır
- 4) Sık sık canınız sıkılır mı? Evet-Hayır
- 5) Gelecekte umutsuz musunuz? Evet-Hayır
- 6) Kafanızdan atamadığınız düşünceleriniz nedeni ile rahatsızlık duyduğunuz olur mu? Evet-Hayır
- 7) Genellikle keyfiniz yerinde midir? Evet-Hayır
- 8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz? Evet-Hayır
- 9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz? Evet-Hayır
- 10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz? Evet-Hayır
- 11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?.. Evet-Hayır
- 12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz? Evet-Hayır
- 13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz ?..... Evet-Hayır
- 14) Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz? Evet-Hayır
- 15) Sizce şu an yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir? Evet-Hayır
- 16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissedermisiniz ?..... Evet-Hayır
- 17) Kendinizi şu anki halinizle değersiz hissediyor musunuz ?..... Evet-Hayır
- 18) Geçmişle ilgili olarak çokca üzülüyor musunuz? Evet-Hayır
- 19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz? Evet-Hayır
- 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur? Evet-Hayır
- 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz? Evet-Hayır
- 22) Çözümsüz bir durum içinde olduğunuzu düşünüyor musunuz Evet-Hayır
- 23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz? Evet-Hayır
- 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz? Evet-Hayır
- 25) Sık sık kendinizi ağlayacak gibi hisseder misiniz? Evet-Hayır
- 26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz? Evet-Hayır
- 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu? Evet-Hayır
- 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız? Evet-Hayır
- 29) Karar vermek sizin için kolay olur mu? Evet-Hayır
- 30) Zihniniz eskiden olduğu gibi berrak mıdır?..... Evet-Hayır