



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILAR VE YAŞAMINI KENDİ BAŞINA
İDAME ETTİREBİLEN YAŞLILARIN UMUT DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**DİDEM GÖZLETEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. MERT SAVRUN**

İSTANBUL-2011



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILAR VE YAŞAMINI KENDİ BAŞINA
İDAME ETTİREBİLEN YAŞLILARIN UMUT DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**DİDEM GÖZLETEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. MERT SAVRUN**

İSTANBUL-2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Didem GÖZLETEN tarafından hazırlanan *"Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Yaşamını Kendi Başına İdame Ettirebilen Yaşlıların Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması"* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 24.02.2011

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

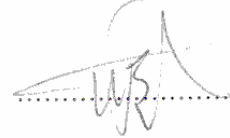
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Mert SAVRUN
: İst. Üni. / Cerrahpaşa Tıp Fak.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU
: İst. Üni./ Florence Nigh. HYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi /HYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. ÖNSÖZ

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde fikirleriyle beni yönlendiren, çalışma süresince her türlü sabrı, yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili hocam Prof. Dr. Mert Savrun'a, değerli zamanlarını ayırarak araştırmama katılan tüm Darülaceze müessesesi çalışanlarına ve sakinlerine, araştırmam için bana zaman ayıran Şişli ilçesinde yaşayan büyüklerime, her zaman yanımda olan sevgili eşim Birol Balkan'a, en başından beri bana inanıp destekleyen aileme ve gerçek dostlarıma teşekkür ederim.

Didem GÖZLETEN

2011- İSTANBUL

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

I. ÖNSÖZ.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ	iv
i) Tabloların Listesi	iv
ii) Şekillerin Listesi	v
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Yaşlılık.....	5
4.1.1. Yaşlılığın Tanımı	5
4.1.2. Başarılı Yaşlanma	5
4.2. Yaşlı Bireylerde Depresyon.....	6
4.2.1. Yaşlı Bireylerde Depresyon Görülme Sıklığı.....	7
4.2.2. Yaşlılarda Depresyonun Karakteristikleri	8
4.2.3. Risk Faktörleri	9
4.3. Umut	17
4.3.1. Umudun Tanımı	17
4.3.2. Umudun Felsefî Arka Planı ve Orijinleri.....	17
4.3.3. Umudun Kavramsal Analizi	18
4.3.4. Suisid İçin Bir Risk Faktörü Olarak Umutsuzluk.....	21
4.3.5. Yaşlılık ve Umut.....	21
4.3.6. Umudu Sürdürmek Amacı ile Kullanılabilecek Girişimler	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
5.1. Araştırmanın Türü	26
5.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
5.3. Veri Toplama Araçları	26
5.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	26
5.3.2. Umut Ölçeği.....	26
5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	27

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
5.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
6. BULGULAR.....	29
7. TARTIŞMA.....	45
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	50
9. KAYNAKLAR.....	51
10. EKLER.....	67
11. ÖZGEÇMİŞ.....	70

III. ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ

i. Tabloların Listesi

- Tablo 2.1.** Miller'ın umuda ait anahtar bileşenleri.
- Tablo 2.2.** Stephenson'ın umuda ait dokuz kavramsal atfı.
- Tablo 2.3.** Morse ve Doberneck'in umuda ait soyut ve evrensel bileşenleri
- Tablo 4.1.** Tüm katılımcıların yaş, cinsiyet ve diğer sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları.
- Tablo 4.2.** Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadığı yerden memnuniyet, çocuk sahibi olma, kronik hastalık ve ilaç kullanımına göre dağılımları.
- Tablo 4.3.** Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.4.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin yaş gruplarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.5.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin cinsiyete göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.6.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin cinsiyete göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.7.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin eğitim durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.8.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin düzenli gelir durumuna göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.9.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin yaşadığı yerden memnuniyet durumuna göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.10.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin çocuk sahibi olma durumuna göre umut ölçeği puan ortalamaları.
- Tablo 4.11.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin kronik hastalık durumuna göre, umut ölçeği puan ortalamaları
- Tablo 4.12.** Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin kronik hastalık durumuna göre, umut ölçeği puan ortalamaları.

ii. Şekillerin Listesi

- Şekil 4.1.** Grupların umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.
- Şekil 4.2.** Yaş gruplarının umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği
- Şekil 4.3.** Erkek ve kadınların umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği
- Şekil 4.4.** Bekar ve evli bireylerin umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.
- Şekil 4.5.** Eğitim kategorilerine ait umut ölçeği ortalamalarının çubuk grafiği
- Şekil 4.6.** Düzenli geliri olan ve olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.
- Şekil 4.7.** Yaşadığı yerden memnun olan ve olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.
- Şekil 4.8.** Çocuk sahibi olma durumuna göre umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.
- Şekil 4.9.** Kronik hastalık durumuna göre umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.
- Şekil 4.10.** Kronik hastalığa bağlı ilaç kullanma durumuna göre umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

1. ÖZET

Umut, bireyin kendisi ve/veya diğerleri için parlak bir gelecek beklentisi olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, kurumlarda yaşayan yaşlılarda, biyo-psiko-sosyal sağlığın iyileştirilmesinde önemli bir hedef olarak düşünülebilir. Bu çalışmanın amacı, huzurevinde ve toplum içinde yaşayan, kognitif kaybı olmayan 84 bireyden oluşan yaşlı örnekleminde, huzurevinde yaşayan 42 yaşlı birey ile ve toplum içinde yaşayan 42 yaşlı bireyin umut düzeylerini karşılaştırmaktır. Umut Ölçeği kullanılarak, tüm bireylerin umut düzeyleri ölçüldü. Demografik veriler, kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı kaydedildi. Toplum içinde yaşayan 42 bireyin 15'i (% 35.7) 60-74 yaşları arasında, 27'si (% 64.3) 75-90 yaş aralığındaydı; huzurevinde yaşayan 42 bireyin 25'i (% 59.5) 60-74 yaşları arasında, 17'si (% 40.5) 75-90 yaş aralığındaydı. Huzurevinde yaşayan bireylerin Umut Ölçeği puanları toplum içinde yaşayan bireylerin puanlarından anlamlı derecede düşüktü ($p=0.001$). Huzurevindeki yaşlıların düşük umut düzeylerinin, Devlet yetkilileri, sağlık bakımı ve sosyal hizmet veren kurumlar tarafından dikkate alınması gerekir. Bu bulgular, bizim örneklem büyüklüğümüz ve/veya toplum içinde yaşayan bireylerin görece daha genç olmasından kaynaklanıyor olabilir. Daha güçlü veriler elde etmek amacıyla, büyük ölçekli yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Umut, yaşlılık, huzurevi.

2. SUMMARY

Comparison of the Elders Who Lived in Rest Home or Independently in the Community in Terms of Hope Levels

Hope has been described as an expectation of a brighter tomorrow for self and/or others. This concept may be considered to be the important goal for the bio-psycho-social health promotion in institutionalized elders. The aim of the study was to compare hope levels in a sample of 84 cognitively intact elders, including 42 who lived in the rest home and 42 who lived independently in the community. Using the Hope Scale, we detected hope levels of all subjects. Demographic data, chronic illness and use of medication were recorded. Of 42 subjects in the community setting, 15 (35.7%) were at the age between 60-74 and 27 (64.3%) were at the range of 75-90 years old; of 42 subjects from the rest home, 25 (59.5%) were at the age between 60-74 and 17 (40.5%) were at the range of 75-90 years old. Compared with the subjects in the community setting, Hope Scale score levels were significantly lower in the rest home subjects ($p=0.001$). The lower levels of hope in the rest home elderly requires the attention of Government authorities, health care and social service providers. These findings may be related to our small sample size and/or relatively younger age of the subjects in the community setting. There is a need for large-scale and new studies, to gain powerful data.

Key words: Hope, elderly, rest home.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam karşısında kayıpların ve çöküşün görüldüğü (Emiroğlu, 1995) yaşlılık döneminde; emeklilik, yakınların ölümü ve diğer kayıplar, fiziksel ve zihinsel işlevlerin gerilemesi ve başkalarının yardımına gereksinimin artması gibi değişiklikler bireyin psikolojik uyumunu güçleştirmektedir (Kerem ve ark., 2001).

Kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek ailenin yaygınlaşması ve ekonomik sınırlılıklara bağlı olarak konutların alanı daralmıştır. Konutların küçülmesi yanında, gençlerin yaşlılığa bakış açısı ve kuşaklar arası iletişim sorunları; ve yaşlılıkta bireyin sağlığının bozulması bağlı olarak bakım için yardım alma gereksinimlerinde artış, yaşlı bireylerin evde bakımını giderek güçleştirmektedir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerin kurumlara (huzurevleri) yerleştirilmesi sosyoekonomik değişimin zorunlu bir sonucu haline gelmiş gibi görünmektedir (Terakye, 1989; Geçtan, 1992; Gönen ve Hablemitoğlu, 1994; Coşkun, 1998). Kuruma yerleşen yaşlı bireyin, varlığını ortaya koymasına ve öz saygısına temel oluşturan çevreyi tanıma ve denetleyebilme olanakları ortadan kalkmıştır. Kurumda yaşayan yaşlı birey izole olmaya ve toplumdaki geri çekilmeye başlar. Yaşlı bireyin kendini yalnız hissetmesi yadsınmışlık, değersizlik düşüncelerini artırır (Kerem ve ark., 2001).

Umut, insan yaşamında değişiklikler yapabilen pozitif bir kavram olarak kabul edilmekte (Moore, 2005); bir yaşantı, emosyon veya gereksinim olarak açıklanmaktadır (Kylma and Vehvilainen-Julkunen, 1997). Umut, esas olarak gelecekle ilgili bir beklenti olarak ifade edilmektedir (Herth, 1993a; Bunston et al., 1995; Benzein and Saveman, 1998; Morse and Penrod, 1999).

Umut; etkili baş etme (Herth, 1989; Elliott et al., 1991), yaşam kalitesinde artış (Staats, 1991), immün sistemde iyileşme (Udelman and Udelman, 1985a; Udelman and Udelman, 1985b; Udelman and Udelman, 1991) ile pozitif ilişki göstermekteyken; umutsuzluk, depresyon (Beck et al., 1974; Chochinov et al., 1998) ve suisid girişimi (Beck et al., 1985) ile pozitif ilişki göstermektedir.

Yaşlı bireylerin umut düzeylerinin prediktörlerini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada; umut ile fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, zorlu yaşam olayları, sosyal destek, arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Farran and Popovich, 1990). Yaşlılarda umudu değerlendiren diğer bir çalışmada, umut ile fiziksel ve mental sağlık,

yaşamını kontrol edebilme ve dini inanç arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Farran, 1985).

Günümüze kadar, terminal dönemdeki hastalar (Herth, 1990a), terminal dönemdeki hastalara bakım veren yakınları (Herth, 1993b), evsiz aileler (Herth, 1996), evsiz çocuklar (Herth, 1998), kanser hastaları (Herth, 2000) ve yaşlı bireylerden (Herth, 1993a) oluşan çeşitli gruplarda umut ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.

Kurumlarda yaşayan yaşlı bireylerin umut düzeyini değerlendiren çalışma yok denecek kadar az sayıdadır. Herth ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılan bir çalışmada yaşlı bireyin yaşadığı yerin umut düzeyi üzerine etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, kurumda yaşamanın umut düzeyi üzerine olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir (Herth, 1993a).

Araştırma, Darülaceze Müessesesinde kalan yaşlı bireylerden oluşan 42 kişilik olgu grubu ve Şişli halkından yolda rastlanan 42 yaşlı bireyden oluşan kontrol grubu ile yürütüldü. Katılımcılar, umut düzeylerini ölçmek amacıyla “Umut Ölçeği” ve daha önceki çalışmalardan yola çıkılarak belirlenen, umut düzeyine etkisi olabilecek değişkenlerin (prediktör/korelat) sorgulandığı bir veri formu ile değerlendirildi.

Bu çalışmanın amacı, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin umut düzeylerinin, yaşamlarını kendi başına sürdürebilen yaşlı bireylerin umut düzeylerinden farklı olup olmadığını saptamaktır. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin umut düzeylerinin, yaşamlarını kendi başına sürdürebilen yaşlı bireylerin umut düzeylerinden düşük olacağı hipotez edilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşlılık

4.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 60 yaş ve üstündeki nüfusun 2050'de 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2004).

Yaşlılık, yaşam sürecinin ilerleyen dönemlerindeki gelişmenin devamını ve bireylerdeki değişimleri anlatır (Lewis, 2002). Birleşmiş Milletlerin yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda, yaşlanma kronolojik olarak 60. yıldan başlatılır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre ise birçok gelişmiş ülkede kronolojik olarak 65 yaş ve üzerinde birey "yaşlı" olarak kabul edilir. Yaşlılıkla ilgili çalışmalarda, yaşlı tanımı genellikle kronolojik olarak yapılır ve DSÖ' nun tanımlamasına uygun olarak, gelişmiş ülkelerin önemli bir kısmında emeklilik yaşı olan 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kullanılır (Definition, 2007).

DSÖ'nün 1963 yılında, yaşlıların sağlık sorunları ile ilgili olarak düzenlediği toplantıda, yaşlanma kronolojik olarak üç grupta incelenmiştir:

- Orta yaşlılar: 45-59 yıl
- Yaşlılar: 60-74 yıl
- İleri yaşlılar: 75 ve üzeri yıl

65 yaşın üzerindeki kişilerde yaş ilerledikçe fiziksel ve mental bakımdan önemli değişiklikler meydana gelir. Bu nedenle günümüzde 65 yaşın üzerindeki döneme ait bir sınıflandırma geliştirilmiştir:

- Erken yaşlılık: 65-74 yıl
- Yaşlılık: 75-84 yıl
- İleri yaşlılık: 85 ve üzeri yıl (DSÖ, 1998)

4.1.2. Başarılı Yaşlanma

Başarılı yaşlanma; önceleri tıbbi, biyolojik veya sosyal işlevsellik bağlamında tek boyutlu olarak ele alınmaktaydı (Rowe and Kahn, 1997). Son yıllarda ise, başarılı yaşlanma çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Montross et al., 2006; Reichstadt et al., 2007). Başarılı yaşlanmanın çağdaş tanımı, hastalık

olmamasından çok, ruhsal iyilik hali, aktif yaşam tarzının sürdürülmesi, olumlu destekleyici ilişkiler ve doyumlu yaşam kavramlarını vurgulamaktadır (Ng et al., 2009).

Neugarten'e göre, 60 ile 65 yaştan sonra bireylerin iletişim ve etkinlikleri azalmakta, buna paralel olarak da yaşamdan alınan doyum ve mutluluk düzeyi düşmektedir. Neugarten yaşlılarda yaşam doyumunu belirlemek için 5 ölçüt kullanmaktadır. Buna göre yaşam doyumunu yüksek olan yaşlıların;

1. Günlük yaşamdaki etkinliklerden zevk alması,
2. Yaşamının bir anlam taşıması, yaşamıyla ilgili amaçlarının olması ve geçmiş yaşamının sorumluluğunu kabul etmesi,
3. Yaşamı boyunca öngördüğü amaçlara ulaştığı inancına sahip olması,
4. Olumlu bir "ben" imgesine sahip olması ve yaşlılığında zayıflıkları ne olursa olsun, kendini değerli bir varlık olarak kabul edebilmesi,
5. Yaşama karşı genelde iyimser bir tutum içinde olması beklenmektedir (Tobin and Neugarten, 1961).

4.2. Yaşlı Bireylerde Depresyon

İleri yaş, bir yandan sahip olunan yaşam deneyimleriyle stres faktörleri ile baş edebilmede avantajlar sağlar iken diğer yandan da fiziksel becerilerde yetersizlikler, sosyal iletişimde zorunlu kopukluklar ve kimi zaman hayatı da tehdit eden ve birçoğu bir arada olabilen fiziksel, psikolojik, sosyal vs. sıkıntılar taşır (Özmenler, 2001; Tamam ve Öner, 2001).

Yaşlılıkta gücün, fiziksel becerilerin, gençliğin, arkadaşların, yakın ilişkilerin, cinselliğin, saygınlığın, sosyal yaşantı ve desteklerin azalması depresyona zemin hazırlar (Vergare, 1997; Ormel et al., 1998). Yaş ilerledikçe bireyin yeterli ve güçlü biri olarak yaşamını devam ettirmesi zorlaşır. Sahip olduğu etkin rolleri kaybedip edilgen bir pozisyona yönelir. Emeklilik, bireyde travmatik bir yaşantıya dönüşür ve onun psikososyal kimliğini olumsuz yönde etkiler (Krause, 1991). Bedensel sağlığın bozulması ve ekonomik güçlükler gibi etkenlerin getirdiği bu değişimler, bireyde depresyon tablosu ile sonuçlanabilir (Fredrick and Sherman, 2001).

Yaşlı bireylerdeki depresyon, fiziksel ve ruhsal yaşlanmaya bağlı hastalıklar veya sosyal ve ekonomik güçlükler nedeniyle hem doğrudan hem de reaktif

mekanizmalarla ortaya çıkmaktadır (Beekman et al., 2000; Cole and Dendukuri, 2003).

4.2.1. Yaşlı Bireylerde Depresyon Görülme Sıklığı

DSÖ'ye göre depresyon; fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer alır (Göktaş ve Özkan, 2006). Depresyon, ileri yaşlarda en sık karşılaşılan, yaşam ve sağlığın kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve sadece bireyin kendisini değil, bireyin çevresini ve toplumu da etkileyen ruhsal bir bozukluktur (Vankova et al., 2007).

Genel nüfustaki yaygınlığının %2-25 düzeyinde olduğu bildirilen depresyon yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik sorunlar arasında önemli bir yer tutmaktadır (Demet et al., 2002). Ancak, yaşlılardaki depresyonun yaşlanmanın doğal sonucu ya da sosyal uyumsuzluk olarak değerlendirilmesinden dolayı bilişsel yetersizlik eklenmedikçe ya da intihara yol açmadıkça tanınmadan ve tedavi edilmeden doğal seyrine bırakıldığı bildirilmiştir (Demet ve ark., 2002). Yaşlıdaki depresyon, nozolojik, fenomenolojik, tanısal ve sağaltımsal yönlerden özel bir bilgilenmeyi gerektirmektedir. Öte yandan, sık karşılaşılan bir durum olmasına karşın yaşlılık döneminde depresyon yaygınlığının genç nüfusa göre daha düşük oranda saptanmasının, yaşlılık depresyonunda somatik yakınmaların ön planda olması, psikiyatrik belirtilerin tanımlanmasındaki zorluklar ve yaşlılar için uygun olmayan tanısal kategorilerin kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Demet ve ark., 2002).

Yaşlılık çağında (65 yaş ve üzeri) klinik açıdan önemli kabul edilen depresyonun yaşam boyu sıklığı %15-20 ve ağır depresyonun oranı %3 kadardır. Hastanede yatan olgularda bu oran %45'e ulaşmaktadır (Beck et al., 1998). Yapılan çalışmalarda depresyonun hem evde yaşayan hem de bir kurumda kalan yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir unsur olduğu gösterilmiştir (Leibson et al., 1999; Borowiak and Kostka, 2004; Wada et al., 2004). Bakımevlerinde bir yıl içinde depresyon gelişen yeni olguların oranı %13'tür (Yüksel, 1998).

Depresyonun yaşlı popülasyonunda yaygınlığıyla ilgili Alexopoulos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşlılarda depresyon yaygınlığının ortalama %1 oranında olduğu ve genç nüfusa göre dörtte bir oranında daha az olduğu bildirilmiştir (Hybels and Blazer, 2002; Hybels and Blazer, 2005). Avrupa Depresyon Çalışması

(European Depression Study: EURODEP) kapsamındaki 34 çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirmede ise, yaşlılarda depresyon yaygınlığı %1.8 olarak belirtilmiştir (Hybels and Blazer, 2005). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda seçilen yaşlı popülasyonunun özellikleri ve kullanılan yöntemler değiştikçe yaşlılık çağı depresyonunun yaygınlığı konusunda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

4.2.2. Yaşlılarda Depresyonun Karakteristikleri

Psikiyatrik rahatsızlıklar içinde depresyon, yaşlılık döneminde özellikle öne çıkan bir durumdur. Yaş ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların bazılarında yaş artışı ile depresyon arasında ilişki saptanmasına karşın (Harris et al., 2003; Papadopoulos et al., 2005), çalışmaların çoğunda ilerleyen yaşın depresyon riskini arttırdığı gösterilmiştir (Prince et al., 1999; Ambo et al., 2001; Fiske et al., 2003; Osborn et al., 2003; Jongenelis et al., 2004). Bu yaş grubunda kayıpların birikmesi ve hastalıkların ortaya çıkmasından dolayı depresyon daha ciddi işlev kaybına ve hatta ciddi intihar girişimlerine yol açabilmektedir (Penninx et al., 1999; Iang et al., 2004).

Bunun yanında yaşlılarda depresyon tanısının konmasında bazı güçlükler yaşanmaktadır. Genellikle depresif belirtilerin yaşlanmanın 'normal' bir parçası olduğu veya fiziksel hastalığa bağlı olduğunun düşünülmesi tanıyı geciktirmektedir (Alexopoulos, 2001). Yaşlı erişkinlerdeki depresyonun farklı özellikleri nedeniyle gözden kaçırılması olasıdır (Bell and Goss, 2001; Boyle et al., 2004). Bu tanının gözden kaçması ile ilgili olası açıklamalar, yaşlılıkta depresyonun atipik belirtilerle gitmesi, yaşlılıkla ilgili yanlış inançlar ve tarama amacıyla kullanılacak uygun bir gerecin olmamasıdır (NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life, 1992; Suen and Tusaie, 2004; Wada et al., 2005). Yaşamın ilerleyen döneminde, birden çok kronik hastalığın varlığı depresyonu beraberinde getirmektedir (NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life, 1992). Kronik hastalıkların somatik belirtileri depresyon belirtileri ile sıklıkla örtüşmektedir (Schwenk, 2002). Yaşlı depresyon hastalarındaki somatik ve bilişsel belirtiler genellikle fizyolojik belirtilere dönüşür ve bu fizyolojik belirtiler affektif belirtilerden daha sık olarak dile getirilir (Alexopoulos et al., 2002a; Alexopoulos et al., 2002b). Çökkün duygu durumdan daha çok, duyguların yokluğu, ilgi kaybı, aktivitelerden zevk alamama ve umutsuzluk hissi tabloya hakimdir. Bu tablo

“hüzünsüz depresyon” olarak adlandırılmaktadır (Gallo and Rabins, 1999; Alexopoulos et al., 2002a; Alexopoulos et al., 2002b).

Yaşlı depresyonuna sıklıkla anksiyete eşlik eder. Bu yüzden tedavide gevşeme egzersizlerinden de faydalanılmalıdır. Yaşlıların günlük aktivitelerini yerine getirmelerinde destek olunması, hareketliliğin artırılması ve fiziksel egzersizler son derece önemli rol oynar (Oslin et al., 2000).

Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenlerinin ve etiolojisiyle ilgili gelişmelerin gözden geçirilmesi, özellikle birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavinin planlanması açısından önem taşımaktadır. Aşağıda yaşlılık döneminde görülen depresyonun olası risk etkenleriyle ilgili yapılmış çalışmalar gözden geçirilmektedir.

4.2.3. Risk Faktörleri

Yaşlılar, depresyonun ortaya çıkışı açısından pek çok risk faktörü ile karşı karşıyadırlar. Fiziksel hastalıklar, yalnızlık, yaş, uykusuzluk ve sosyal ilişkilerde azalma vs. depresyon için önemli risk faktörleridir (Özmenler, 2001; Tamam ve Öner, 2001).

Fiziksel hastalıklar hem doğrudan hem de dolaylı olarak depresif bozukluğa neden olur. Yeni bir hastalık tanısı sıklıkla depresif bir atak başlatır. Kronik hastalıklar ise kronik ağrının eşlik etmesi, başkalarına bağımlı hale getirme, genel yaşam aktivitelerinde sınırlılığa neden olma, yaşam kalitesini kötüleştirme gibi özelliklerinden dolayı depresyon etkenidir. Fiziksel hastalığın ciddiyetinden çok, yarattığı kayıplar depresif durum ile daha yakından ilişkilidir. Fiziksel hastalıklar, genellikle fiziksel bağımsızlık ve kendine yeterlilikte kayba neden olur. Ayrıca hastalarda, hastalığının artacağı ve düşkün olacağı korkusu da söz konusudur (Williamson and Schulz, 1992; Magni et al., 1996; Pollock, 2000).

Yaşlı depresyonunda, yaşlanan beynin depresyona yatkınlığının da arttığı üzerinde durulmaktadır. Görüntüleme çalışmalarında, demans tanısı konan yaşlı bireylerde kortikal doku yoğunluğunda azalma olduğu gösterilmiştir. Nörotransmitter aktivitesinin yaşa bağlı olarak azaldığına dair bulgular vardır. Özellikle, serotonerjik aktivitenin yaşla belirgin derecede azaldığı, 80 yaşında 60 yaşındakinin yarı düzeyine düştüğü bildirilmiştir. Yaşlı bireylerde, nöroendokrinolojik regülasyonun bozulduğu,

bunun da depresyon etyolojisinde rol oynayabileceği, genetik faktörlerin ise bu yaş grubunda çok etkili olmadığı ileri sürülmektedir (Tamam ve Öner, 2001).

Fiziksel performans ve kognitif fonksiyon arasında yakın bir ilişki bulunur. Fiziksel performansın düşüklüğü sıklıkla zayıf bir kognitif durumu ve genel yaşam aktivitelerinin yetersizliğini yansıtır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre yaş ve beraberinde getirdiği mobilite problemleri, yaşlılarda depresif semptomların gelişiminde bir risk faktörüdür (Lampinen and Heikkinen, 2003; Yücel ve Kayıhan, 2007).

Eğitim düzeyinin düşük olması, işsizlik, boşanmış veya eşini kaybetmiş olmak, çok yaşlı olmak ve kadın cinsiyet daha belirgin depresyon belirtilerine neden olmaktadır (Al-Shammari and Al-Subaie, 1999).

Bireyin yaşadığı yerde, sınırlı alan olması, yaşam alanının temiz olmaması ve özel bir odaya sahip olmamak (diğer bir kişiyle aynı odada yaşamak) depresyon riskini artırmaktadır (Al-Shammari and Al-Subaie, 1999).

Vücut Kütle İndeksi (VKİ)'nin fazla olması şiddetli depresyon ile ilişkilidir. Diğer yandan şiddetli depresyon, kilo kaybına da neden olabilir. Aslında, depresyon ve VKİ arasındaki ilişki cinsiyete göre değişir; erkeklerde VKİ'nin fazla olması şiddetli depresyona neden olabilir iken bu ilişki kadınlarda aynı olmayabilir (Dragan and Akhtar-Danesh, 2007).

Yaşlılık çağına bir başka açıdan bakıldığında bu dönemde ortaya çıkan depresyonlarla başa çıkmada bütün bir yaşam boyu elde edilen tecrübe de yardımcı olacaktır. Dolayısıyla yaşam boyu edinilen alışkanlıklar önemlidir.

4.2.3.1. Psikososyal Faktörler

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak, sosyal desteğin yetersiz olması, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ya da yakın zamanda gerçekleşen olumsuz yaşam olayları ve genel yaşam aktivitelerinde bağımlılık, yaşlı hastalarda ortaya çıkan depresyonla çok yakından ilişkilidir (Ramachadran et al., 1982; Shulman, 1989; Blazer et al., 1991; Schoevers et al., 2000; Tintle et al., 2011). Eğitim düzeyinin düşük olması, yaşlılık döneminde depresyon riskini artırmaktadır (Chang-Quan et al., 2010b). Yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda daha önce geçirilmiş depresyon varlığının depresif nöbet geçirme riskini artırdığı gösterilmiştir (Cole and Dendukuri, 2003).

Yaşlılarda eş kaybı, yaş, iş kaybı, emeklilik, bilişsel bozukluk olması, iletişim becerilerinin azlığı gibi etkenlerin de depresyona yatkınlaştırdığı bilinmektedir. Yaşlılık çağında depresyon oluşumunda, son bir yıl içindeki sosyal destek kayıpları ve zorlu yaşam olaylarının önemini vurgulanmıştır. Bilişsel bozukluğu olmayan olgularda bu etkenler ile depresyon arasındaki ilişkinin, daha güçlü olduğu saptanmıştır (Yüksel, 1998). Uykusuzluk sonrasında depresyon gelişebilir (Nicolas et al., 2010).

Yaşlılık döneminde sıklıkla gözlenen yaşlanmaya bağlı fiziksel ve zihinsel yeti yitimi, ekonomik zorluklar, yaşam tarzındaki değişikliklerin depresyona olan yatkınlığı arttırdığı bildirilmiştir. Yaşam hedeflerine ulaşamamış olması ve buna paralel olarak benlik doyumunun sağlanamaması da bu dönemde depresyon riskini arttıran faktörler arasında sıralanmaktadır (Bekaroğlu ve ark., 1991).

Bu dönemde insan yaşamını etkileyen ve depresyona yatkınlığı arttıran bir diğer önemli psikososyal stres faktörü de değerli yakınların kaybı ve buna bağlı yaşanan yastır. Özellikle eşin yitilmesi durumunda, depresif belirti ve sendromlar daha sık olarak gelişebilmektedir. Eşin yitilmesi sonrasında yaşanan yalnızlık düşünceleri, izolasyon, diğer insanlarla etkileşimin azalması depresyon gelişimine zemin hazırlar (Fessman and Lester, 2000). Eşin yitilmesinden sonraki özellikle ilk iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, ilk iki yılın sonunda yasta olan yaşlı bireylerin %14'ünün majör depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır. Majör depresyona girmeyip depresif belirti gösteren yastaki yaşlı bireylerin büyük bir kısmında da yaşam kalitelerinin ciddi bir şekilde etkilenmesi ve yeti yıkımı görülebilmektedir (Akyüz, 2004).

Brown ve Haris tarafından ilk defa ortaya konan depresyonda stres-yatkınlık modeli son dönemde yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (Şahin ve Yalçın, 2003). Bu modele göre, depresyon iki biçimde ortaya çıkabilir. Birincisinde, yatkın bireyler stresli yaşam olaylarını kendileri yaratırlar veya içine girerler ve sonuç olarak depresyonun ortaya çıkmasına neden olurlar. İkinci olarak da bu kişiler yatkınlığı olmayanlara göre stresli yaşam olaylarına karşı daha duyarlıdır (Şeref ve ark., 2000). Stres yaratacak olaylar ileri yaşın vazgeçilmez bir parçasıdır ve depresyonun başlamasında rol oynarlar (Herbert, 1997). Bu dönemde insan yaşamını etkileyen ve depresyona yatkınlığı arttıran en önemli psikososyal stres etkeni, sevilen insanların kaybı ve buna bağlı yaşanan yastır. Özellikle eşin yitilmesi depresyon

riskini artırmaktadır (Cole and Dendukuri, 2003). Kayıp ve yas sadece ölümle ilişkili değildir. Değerli bir yakının kaybı, kişinin kendi ölümünün gerçekliğini de ortaya koymaktadır ve bu süreç kişinin kendisiyle ilgili yası da kapsar. Yaşlı kişinin kendi yaşamıyla ilgili beklentileri doğrultusunda fazla zamanının kalmadığı düşüncesi ve ölümle ilgili düşünceler yalnızlık ve çaresizlik duygularına neden olabilir ve bu durumda depresyon ortaya çıkabilir (Usc). Bununla birlikte yaşlı kişilerde özellikle emeklilik bazı sorunlara yol açabilmektedir. Verimliliğin ve gereksinme duyulmanın azalması ile de bu dönemde kaybedilenlere yönelik yas ve depresyon yaşanabilir. Bu durumda yaşlı, işiyle ne kadar kendini bütünleştirmişse, kaybı o kadar büyüktür ve depresyon riski de o oranda artmaktadır (Tougas et al., 2004).

4.2.3.2. Fiziksel Hastalıklar ve Kullanılan İlaçlar

Uzunlamasına ve kesitsel birçok çalışmanın sonuçları, bazı kronik hastalıkların depresyona zemin hazırladığını göstermesine karşın (Al-Shammari and Al-Subaie, 1999; Chen et al., 2005; Harris et al., 2006; Blay et al., 2007; Carvakhais et al., 2008; Chang-Quan et al., 2010a), az sayıda çalışmada kronik hastalıklar ile depresyon arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır (De Beurs et al., 2001; Friedman et al., 2007). Yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek fiziksel hastalıklar, hem hastalığın doğrudan etkilerine hem de bireyde yeti yitimine ve günlük aktivitelerde bağımlılığa neden olarak depresyon gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra özellikle kronik hastalıkların ortaya çıkardığı depresif tablolar, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyerek de rahatsızlığın şiddetini arttırmaktadır. Bu durum, bir kısır döngü haline gelmekte, kişilerin depresyon şiddetini ve bireyin başkalarına olan bağımlılığını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda depresyonu olan ve bedensel hastalığı bulunan yaşlı hastalardaki tıbbi hastalıkların sayı ve şiddetinin depresyonda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Oslin et al., 2000). Komorbid hastalıkların varlığı yaşlılarda depresyon yaygınlığının artmasına neden olmaktadır (Chang-Quan et al., 2010a; Huang et al., 2010). Ayrıca, depresyon tanısı konan yaşlılarda fiziksel hastalığın gidişiyle ilgili olarak Cole ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde depresyon tanısı konan ileri yaştaki hastaların %33'ünün iyileştiği, %33'ünün halen depresyonda olduğu, %21'inin öldüğü saptanmıştır (Watson and Pignone, 2003).

Kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım sorunlarına yol açmaktadır. Tüm yaşlıların yaklaşık % 80'i en az bir, %50'si ise en az iki kronik hastalığa sahiptir (Özer, 2006).

Fekal ve üriner inkontinans, eklem ağrısı, görme ve işitme güçlüğü, kardiyorepiratuar sorunlar, baş ağrısı ve gastrointestinal sorunlar depresyon riskini artırmaktadır (Al-Shammari and Al-Subaie, 1999). Ayrıca, Parkinson hastalığı, adrenal ve tiroid işlev bozuklukları, inmeler, kanserler ve nörodejeneratif hastalıkların doğrudan depresyona yol açtıkları da unutulmamalıdır. Pankreas ve akciğer kanseri gibi hastalıkların ilk belirtisi genellikle depresif belirtilerdir (Tamam ve Öner, 2001). Bunlardan başka, yaşlanan beynin rahatsızlıklara duyarlılığının artması da depresyonun şiddetini arttıran etmenler arasında sayılmaktadır (Ersoy ve ark., 2001). Yaşlı hastalarda kullanılan çok çeşitli ilaçlarda bu dönemdeki depresyon şiddetini arttırabilmektedir. β -blokerler, kalsiyum kanal blokörleri, steroidler, digitaller ve levodopa ya da bazı antihipertansifler depresyona yol açmaları yanında, çoğu zaman hastalarda ortaya çıkan ya da ağırlaşan depresyonun da en önemli nedenidir (Tamam ve Öner, 2001).

Bu hastalıkların bir kısmı işlevsel kısıtlılığa da neden olmaktadır. Bu şekilde sakatlığa yol açan pek çok neden hem bedensel sorunlara, hem de sosyal izolasyona yol açarak depresyona neden olabilmektedir (Cole and Dendukuri, 2003; Jongenelis et al., 2004). Özellikle hareket kısıtlılığı olan yaşlılar bu açıdan risk altındadır (Stek et al., 2004). Kronik hastalıklar, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %39'unun günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır (Fulmer et al., 2002).

4.2.3.3. Sosyal Destek ve Huzurevinde Kalmak

Sosyal destek, bireyi krizden ve stresin istenmeyen psikolojik sonuçlarından korumaktadır (Cobb, 1976; House, 1981; Cohen and Wills, 1985). Sosyal destek, destek ağının gücünü, destekleyici davranışları ve desteğin öznel olarak algılanışını kapsayan; birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşimin dinamik süreçleri ile ilişkili çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Vaux, 1988). Bireye istekli olarak verilen sosyal destek, desteğin odağındaki bireyde olumlu sonuçlar doğurur (Hupcey, 1998).

Stres oluşturan yaşam olaylarının varlığında, sosyal destek bir tampon görevi yapar ve iyilik halini olumlu yönde etkiler (Cohen and Wills, 1985; Vaux, 1988).

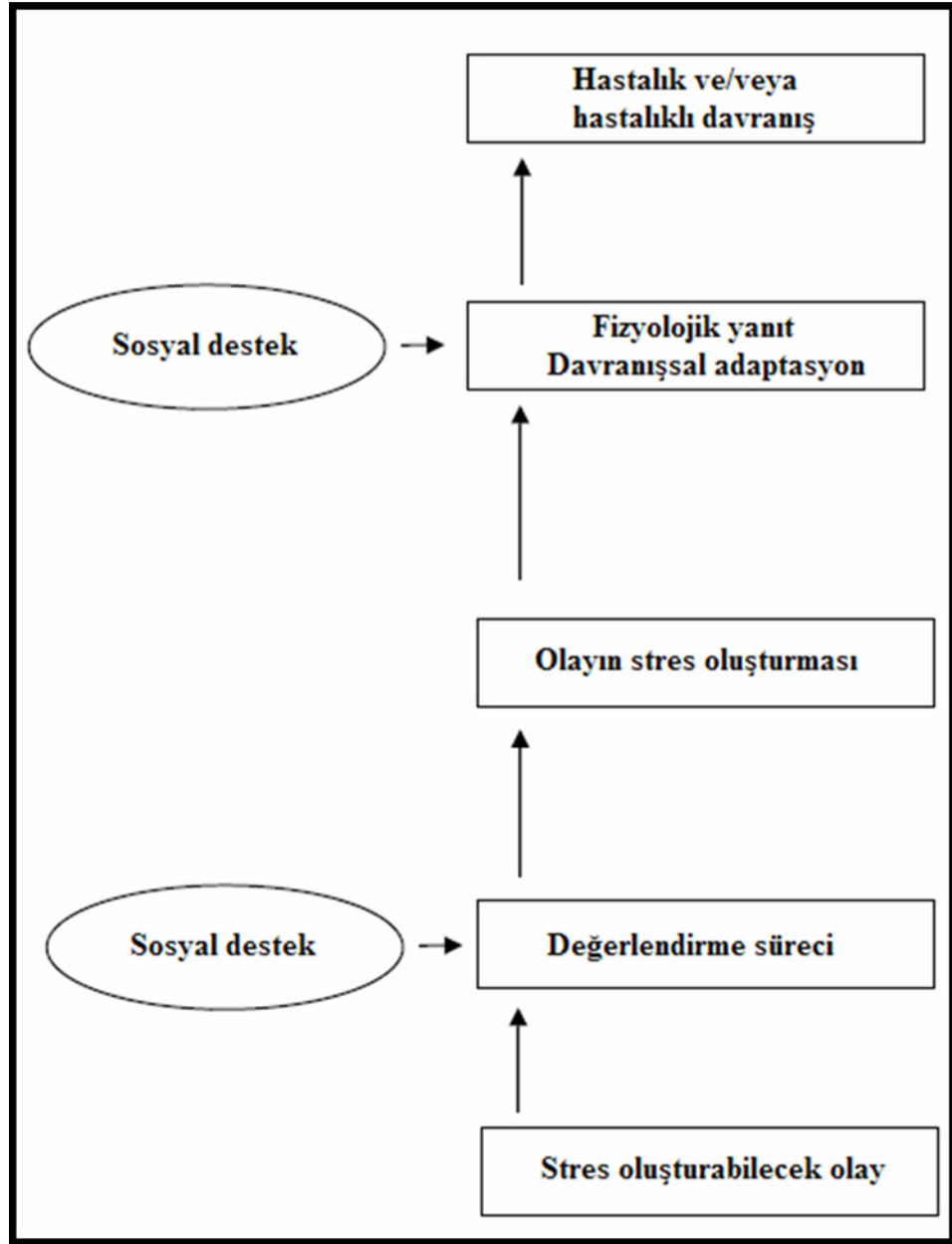
Cohen ve Wills (1985) tarafından geliştirilen “Sosyal desteğin stres tamponlama modeli”ne göre stres, bireyin bir durumu tehditkar veya karşılayamayacağı düzeyde taleplerle yüklü olarak algıladığı ve uygun baş etme stratejilerini kullanamadığı sırada ortaya çıkar (Cohen and Wills, 1985).

Birey, stresin varlığını fark ettiğinde bir baş etme mekanizması olarak sosyal desteğe güven duymak ister ve bu sayede sağlık sorunlarının ortaya çıkma olasılığını azaltır. Bu etki, iki ayrı zaman noktasında kendini gösterir. Bu etki, bireyin bir olayı potansiyel stres kaynağı olarak değerlendirmesi sırasında ve stresin değerlendirilme anı ile sonraki hastalık yanıtı arasında ortaya çıkabilir (Cohen and McKay, 1984; Cohen and Wills, 1985).

Stresin, bireyin psikolojik durumu üzerine etkileri, yoğun sosyal destek ile azaltılabilir. Ayrıca, kanıtlar strese yanıtta verilen destek yoğunluğundan çok algılanan destek yoğunluğunun önemli olduğunu (Wethington and Kessler, 1986; Auslander and Litwin, 1991) ve ikincisinin psikolojik sağlık üzerine daha belirgin bir etki gösterdiğini (Helgeson, 1993) destekler niteliktedir.

Sosyal ağın karakteristikleri (Berkman, 1984; Hall and Wellman, 1985):

- Boyut (ağ üyelerinin sayısı),
- Yoğunluk (ağ üyeleri arasındaki bağlarla oluşan sosyal ağın boyutu),
- Sıklık (sosyal ağın iki üyesi arasındaki temas sayısı),
- Süre (bir ilişkinin devamlılığı),
- Derece (bir ağ üyesinin bağlılık boyutu),
- Simetri (destek verenlerin birbirine denkliği),
- Sınırlılık (ağ üyeleri arasındaki bütün bağlara oranlama),
- Homojenlik (benzer kişisel atfa sahip ağ üyelerinin boyutu).



Şekil4.1. Cohen ve Wills (1985) tarafından geliştirilen “Sosyal desteğin stres tamponlama modeli”.

Destekleyici davranışların kaynağı, aile, arkadaşlar ve bireyin yaşamında önemli rolleri olan sosyal ve sağlık hizmetleri veren personel olabilir (House et al., 1982). Yaşlı bireylerde, akrabalar, aile dışından bireyler ve gönüllüler sosyal ağın önemli kaynakları arasında sayılabilir. Bu sosyal ağ, mental ve fiziksel sağlığın sürdürülmesinde belirgin bir role sahiptir (Shore and Price, 1985).

Destekleyici davranış türleri, enstrumental destek, emosyonel destek, bilgilendirme desteği, saygı desteği ve sosyal arkadaşlığı kapsamaktadır (Cobb, 1976; House, 1981; Cohen and Wills, 1985). Enstrumental destek; birey gereksinim

duyduğunda yapılması gereken her tür somut/maddi yardıma işaret etmektedir ve aktivite süresini artırmayı amaçlamaktadır. Emosyonel destek: empati, bakım, mahremiyet ve güven kavramlarını içermektedir. Saygı desteği ise, bireyin öz saygısını artırmayı ve değerini hissetmesini sağlamayı amaçlar. Sosyal arkadaşlık, boş zamanlarda ve dinlenme sırasında diğerleri ile hoş zaman geçirerek stresin azaltılmasını sağlamaktadır. Diğerleri ile iletişim olanakları artırılarak stres azaltılır ve duygu durumunda iyileşme sağlanması kolaylaştırılır (House, 1981; Cohen and Wills, 1985).

Psikiyatrik rahatsızlıklarda sosyal destek, hastalıkların iyileşmesi ve prognozunda olumlu bir etkiye sahiptir. Algılanan ve alınan sosyal destek düzeyinin artışı ile depresyon düzeylerinde azalma olmaktadır (Roberson and Lichtenberg, 2003; Cummings and Cockerham, 2004). Osborn ve arkadaşlarının bu konuda 75 yaşın üstündeki 14217 kişiyle yaptıkları bir çalışmada yalnız yaşamak depresyonla ilgili bulunmazken, sosyal izolasyon depresyonla ilişkili bulunmuştur (Osborn et al., 2003). Burada yalnız yaşamaktan çok, yalnız geçirilen süre ve başka insanlarla görüşme sıklığı önem kazanmaktadır (Harris et al., 2003). Buna göre yaşlılık döneminde sosyal desteğin varlığı depresyon gelişmesini azaltmaktadır. Bu durum özellikle sosyal izolasyonun arttığı bedensel özürülük gibi durumlarda daha da önemlidir.

Benzer şekilde huzurevinde yaşayanların katılımıyla yapılan çalışmalarda da yalnızlık ve sosyal destek eksikliği depresyonla ilişkili bulunmuştur (Eisses et al., 2004; Jongenelis et al., 2004). Huzurevinde kalmak bu açıdan başlı başına depresyon riskini artıran bir durumdur ve sosyal desteğin olması bile bu durumu tam olarak dengeleyememektedir. Huzurevinde kalmak kendi evinde kalmamanın ötesinde bir anlam taşımaktadır. Yaşlı bireylerin çoğu, huzurevlerini yaşamlarının son durağı veya geri dönüşü olmayan bir kışla olarak nitelemekte, kendilerini ailelerinden dışlanmış olarak algılamakta ve yalnız hissetmektedirler (Khorshid et al., 2004; van Tilburg et al., 2004). Yeterli desteğin olmaması, tek başına kalamayacak derecede ekonomik zorluklara veya bakım gerektiren hastalıklara sahip olmak, huzurevlerinde depresyonun daha fazla görülmesine neden olan etkenler arasında sayılabilir. Şu ana kadar bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda huzurevinde kalmanın depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (Gueldner et al., 2001; Maral et al., 2001; Chow et al., 2004).

4.2.3.4.Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon Riskleri

Yaşlı bireylerde depresyon yaygınlığının araştırıldığı bir diğer alan, huzurevleri gibi yaşlılara uzun süreli bakım verilen ortamlardır. Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyonu etkileyen faktörler sadece kişiye özgü değildir. Huzurevinin sosyal, fiziki koşulları, kişinin sosyal desteği ve diğer yaşlılarla ilişki düzeyi de depresyon düzeyini etkiler. Yapılan çalışmalarda; kadın olmanın, boşanmış ya da ayrı yaşamının, düşük sosyoekonomik düzeyin, sosyal desteğin yetersiz olması ya da bulunmamasının, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ya da yakın dönemde olan olumsuz yaşam olaylarının yaşlı hastalarda ortaya çıkan depresyonla çok yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (Akyüz, 2004).

Huzurevi sakinlerinde; beslenme bozukluğu, düşük öz saygı, sakinler arasında az sayıda yakın arkadaş varlığı, çevresel desteğin yetersiz olarak algılanması, farklı kişilik tipleri, kayıpların çok olması (ev, bağımsızlık ve yakın bulunduğu bireyler) ve stresli yaşam olayları depresyon riskini artırmaktadır (Commerford and Reznikoff, 1996; McCurren et al., 1999; Fessman and Lester, 2000; Mago et al., 2000; Cabness, 2003; Eisses et al., 2004; Moos et al., 2005; Segal, 2005; Pipinelli, 2006).

4.3. Umut

Umut, insanın en önemli bütünleyici özelliklerinden biridir.

4.3.1. Umudun Tanımı

Umut, Türk Dil Kurumu'nun Büyük Türkçe Sözlüğü'nde "Olması beklenen veya olacağı düşünülen şey" olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2011). Bu kavram, "The New Oxford Dictionary of English"de, belli bir şeyin olması ile ilgili beklenti ve arzu duygusu olarak tanımlanmıştır (Pearsall, 1998). Bunston ve arkadaşları (1995) umudu, "koşullar, fiziksel güçlükler ve emosyonel sıkıntılara karşın, sabah yeni bir güne uyanma ve ileriye bakma dürtüsü" olarak tanımlamıştır (Bunston et al., 1995).

4.3.2. Umudun Felsefi Arka Planı ve Orijinleri

Morse ve Doberneck'e (1995) göre, umudun kaynağı ve orijininin ne olduğu soruları halen sorulmaktadır. Bu sorulara teolojik ve filozofik yaklaşımlar ayrı ayrı yanıtlar vermektedir (Morse and Doberneck, 1995).

Çin kültüründe Landrum'a (1993) göre, Çinliler, insan kaderinin tanrıya bağlı olduğuna inanmakla birlikte, insan faziletlerinin değerini de vurgulamışlardır. Çinliler için dört temel insan özelliği sevgi, dürüstlük, doğruluk ve akıldır. Bu özellikler, ahlaki ve sosyal eğitimle gelişir. Çin kültüründe güçlü bir optimizm duyarlılığı vardır. Çünkü insan doğasının iyi olduğuna inanılmaktadır. Bu bağlamda, optimizmin, umudun bir ifadesi olabileceği ileri sürülebilir (Landrum, 1993).

Doğu Hindistan'da insanın öznel doğası, bireyin kendisini bilmesinin değeri ve ruhun içsel gerçekliğinin üstünlüğü ve maddenin dışsal gerçekliği vurgulanmaktadır. Bu bakış açısı evreni anlamlı ve belli bir düzen içinde akışla açıklamaktadır. Birey var kalmak için edimlerde bulunmak zorundadır. Bu kültürde de umudun orijinine işaret eden özgül bir referans bildirilmemektedir (Landrum, 1993).

Antik Yunan'da duyguların ve ideaların insanlara dış kaynaklardan ulaştığı düşünülmektedir. Ruh, anlamaya ve yaşamdaki yönelimlere olanak sağlamaktaydı. Zihin ve beden varlığın iki ayrı görünümü olarak tanımlanmaktaydı. Çeşitli insan özellikleri ve fizyolojik yanıtlar insanın ruhu ile ilişkilendirilerek açıklanmaktaydı (Landrum, 1993). Hippocrates cesaret, doğruluk, ılımlılık ve umudun olumlu etkileri olduğuna işaret etmektedir (Barnard, 1995). Hristiyanlığa göre, umudun kaynağı inançtır (Lynch, 1965). Bu inanç, bireyin güçlükleri aşmasına yardımcı olan umuda kaynaklık etmektedir (Lynch, 1965).

Varoluşçu filozof Sartre (1943, Blackham 1986) insanın nihilizme (hiççilik) ve yalnızlığa sürüklendiğini düşünmektedir. Bunun farkında olmak, bireyin varoluşunun absürtlüğünün daha çok farkına varmasını sağlamaktadır. Bu bakış açısının tek sonucu ümitsizlik durumudur (Blackham, 1986). Nietzsche'ye göre (1938, Rawlin ve arkadaşları tarafından 1993'te bildirilmiş) ümit, şeytanların en kötüsüdür ve insanın işkencesinin uzamasına neden olmaktadır (Rawlins et al., 1993).

4.3.3. Umudun Kavramsal Analizi

Miller (1983) umudun ne olduğunu tanımlamak amacı ile önemli yayınları bir araya getirmiştir. Çalışmasını kronik hastalığı olan bireylerle yapmıştır. Yaptığı literatür gözden geçirisinin sistematik bir yaklaşıma sahip olmaması nedeni ile

geçerli bir tanım oluşturamadığı ileri sürülmektedir (Miller, 1983). Miller'ın umuda ait anahtar elementleri Tablo 2.1 'te listelenmiştir.

Tablo 2.1. Miller'ın umuda ait anahtar bileşenleri.

Değerlilik
Mahremiyet (kişisellik)
Güç
Yaşamın içsel bir bileşeni
Ruha dinamizm sağlayan bir beklenti
İçsel hazırlık hazır olma durumu
İnsan varoluşunun merkezi (insanın yaptığı her şey yaşamın merkezidir)

Stephenson (1991) umut kavramının analizini yaptı. Walker ve Avant'ın (1988) kavram analizi sürecini kullanarak umuda odaklı 52 kuramsal ve empirik yayını gözden geçirdi. Stephenson'ın (1991) kavramsal analizi, umudun dokuz kavramsal bileşeni olduğunu ortaya koydu. Stephenson kavramsal analizinde umudu, “düşünme, eyleme, duygulanma ve ilişkilendirmenin etkileşimlerini kapsayan bir tahmin süreci ve kişisel olarak anlamlı bir geleceğin gerçekleştirilmesine yönelme” olarak tanımladı (Stephenson, 1991) (**Tablo 2.2**).

Tablo 2.2. Stephenson'ın umuda ait dokuz kavramsal atfı.

Temel bir insani yanıt

Yaşamda bir anlam arama

Bir süreç

Gelişimsel bir bileşene sahip olma (dinamiktir statik değildir)

Gelecek yönelimli olma

Tahminin bir bileşeni

Çok boyutlu bir kavram

Bakım verme ile ilişkili

Bir kuram

Morse ve Doberneck (1995), umut kavramının tanımını dört ayrı grupta yaptıkları görüşmelerden elde ettikleri verilere dayanarak yaptılar. Bu gruplar kalp transplantasyonu yapılan hasta grubu, spinal kord yaralanması olan hastalar, meme kanseri hastaları ve emzikli anneler. Bu araştırmacıların analizinin sonucunda, umudun yedi soyut ve evrensel bileşeni tanımlandı (Morse and Doberneck, 1995) (Tablo 2.3).

Tablo 2.3. Morse ve Doberneck'in umuda ait soyut ve evrensel bileşenleri.

Bir sorun veya tehdidin gerçekçi başlangıç değerlendirmesi

Alternatiflerin ortaya konması ve hedeflerin belirlenmesi

Olumsuz durumlarda bir destek

Bireyin potansiyeli ve dışsal koşullar ve kaynakların gerçekçi bir değerlendirmesi

Mütüal destekleyici ilişkilerin sosyalizasyonu

Seçilen hedefleri pekiştiren işaretlerin kesintisiz değerlendirilmesi

Katlanabilirliğin belirleyicisi

4.3.4. Suisid İçin Bir Risk Faktörü Olarak Umutsuzluk

Umutsuzluk, suisid düşüncesi ve davranışının önemli bir prediktörü olarak da tanımlanmıştır (Hill et al., 1988). Suisid düşüncesi olan bireylerin en sık yaşadığı duygu umutsuzluktur (Cornette et al., 2000). Umutsuz bireyler, sorunlarla baş etme becerilerine güvenlerini yitirirler ve çözümsüz olarak algıladıkları sorunların ortadan kalkması için suisid davranışına yönelebilirler (Beck et al., 1985). Huzurevinde yaşayan kadınların katıldığı, umutsuzluk, depresyon ve fiziksel sağlık ile suisid düşüncesinin ilişkisini değerlendiren bir çalışmada, suisid düşüncesi ile depresyon ve umutsuzluk arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ek olarak, bu çalışmada, fiziksel sağlık sorunları değişkeni kontrol edildiğinde, umutsuzluk ile suisid düşüncesi arasındaki ilişkinin etkilenmediği saptanmıştır (Meeks and Tennyson, 2003). Diğer bir çalışmada, umutsuzluk ve zayıf bir sosyal desteğe sahip olma faktörlerinin, suisid davranışına yönelen yaşlı depresif erişkinleri ayırd ettirebildiği belirlenmiştir (Dennis et al., 2005). Ayrıca, yaşlı bireylerin tamamlanmış suisid riski genel popülasyondan iki kat yüksektir (World).

4.3.5. Yaşlılık ve Umut

Dünya üzerindeki yaşlı erişkin sayısı, belirgin düzeyde artmıştır. Literatür yaşlanmanın, kayıpların (fiziksel, emosyonel ve sosyal) birikimi ile seyrettiğini, çok

sayıda sağlık problemlerinin ortaya çıktığını ve öz bakım becerisinde azalma olduğunu düşündürmektedir (Chenitz et al., 1991; Miller, 1991).

Umut, literatür de temel bir insan yanıtı olarak tanımlanmaktadır. Bu yanıt her insan yaşamının merkezinde yer alır (Stotland, 1969; Fischer, 1988; Stephenson, 1991). Umut, yaşam boyunca bireyin yaşam sorunları ile başarılı bir şekilde baş etmesine, kronik hastalıklar ve diğer önemli kayıplar sırasında işlevselliğin devam etmesine katalizörlük görevi yapan bir olgudur (Raleigh, 1992; Forbes, 1995; Farran et al., 1995b; Forbes, 1999). Yaşlı erişkinler birçok kayıpla karşı karşıya kalmalarına rağmen umutlarını devam ettirmek durumundadırlar (Herth, 1993a). Tersine umutsuzluk, artmış mortalite (zellikle yaşlı bireylerde) ile ilişkilendirilmektedir (Frankl, 1959; Herth, 1990b; Gottschalk et al., 1993). Umut duygusu tam bir iyilik halinin göstergesi olarak vazgeçilmez bir olgudur (Hatcher et al., 1999).

Günümüze kadar yaşlı erişkinlerde umudu değerlendiren çok az sayıda çalışma yapılmıştır (Dufault and Martocchio, 1985; Farran and McCann, 1989; Herth, 1993a).

Genç ve orta yaşlı erişkinlerde yapılan umut çalışmalarında umut, gelecekteki başarı beklentisi, kişisel kontrolün srdrm ve hedeflerin gerçekleştirilmesi kavramları ile denkleştirilmiştir (Farran et al., 1995a). Eşini, arkadaşlarını kaybeden, yuvasından ayrılan ve fiziksel kapasitesinde azalma olan yaşlı bireylerde umudu, başarı ve kontrolle ilişkilendirerek tanımlamak önemli bir sorundur (Farran et al., 1990). Literatür yaşlı bireylerin umudu srdrm veya yeniden kazanılması sırasında genç bireylerden daha farklı yöntemler kullanmaya gereksinim duyduklarını ortaya koymuştur. Bakım verenler, umudun yeniden oluşturulması için gerekli dışsal ve içsel koşulların oluşturulmasında stratejik bir pozisyona sahiptir (Gaskins and Forte, 1995).

Erişkin popülasyonunda (genç ve yaşlı erişkinler), yapılan umut ile ilgili çalışmalar birincil olarak kanser (Fehring et al., 1997; Wall, 2000), Alzheimer hastalığı (Irvin and Acton, 1997), Parkinson hastalığı (Fowler, 1995; Fowler, 1997), amniyotropik lateral sklerozis (ALS) (Kim, 1989), kardiyak problemler (Staples and Jeffrey, 1997; Roberts et al., 1999), son dönem böbrek hastalığı (Weil, 2000), inme (Pilkington, 1999) ve psikiyatrik rahatsızlıklara (Mayers and Gardner, 1992) odaklanmıştır.

Yaşlı popülasyonunda yapılan araştırmalar, hem nitel hem de nicel yöntemleri kapsamaktadır. Yaşlılıkta umut bir dizi çalışma ile değerlendirilmiştir:

- Umudun keşfi ve fiziksel ve mental sağlık (Farran, 1985).
- Umudun iki ölçekle temsil edilen boyutları (Farran et al., 1990).
- Umudun deskriptif modeli (Farran and Popovich, 1990).
- Yaşlılığın uzunlamasına analizi ve umudun nedensel bir modeli (Farran and McCann, 1989).

Yukarıda söz edilen ilk çalışmada umut ile fiziksel ve mental sağlık, yaşamını kontrol edebilme ve dini inanç arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Farran, 1985).

Umudun deskriptif modeli, toplum içinde yaşayan yaşlı bir örneklemeden toplanan verilerin analizi ile oluşturulmuştur (Farran and Popovich, 1990). Bu çalışmada fiziksel sağlık, mental sağlık, zorlu yaşam olayları, sosyal destek, kişilerarası kontrol ile iki umut ölçeğinin puanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada mental sağlığın, bu değişkenler arasındaki ilişkiler açısından önemli bir role sahip olduğu saptanmıştır. En güçlü pozitif ilişkinin fiziksel ile mental sağlık arasında olduğu saptanmıştır. Umut iki ayrı ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. “Stoner Umut Ölçeği” sosyal destek ve kişisel kontrolle ilişki göstermekteyken, “Umutluluk Ölçeği I” mental sağlık ile pozitif ilişki göstermekteydi. Bu çalışmada iki umut ölçeğinin umudun farklı boyutlarını yansıttığı vurgulanmıştır (Farran and Popovich, 1990).

Umudun dört kuramsal modelinin ve psikososyal ve fiziksel değişkenlerin zaman içindeki stabilitesi iki yıllık uzunlamasına bir çalışma ile değerlendirilmiştir (Farran and McCann, 1989). Bu modelde umut, sonuç değişkenidir ve umut diğer değişkenlerin bir fonksiyonu olarak öngörülmüştür (diğer değişkenler; fiziksel ve mental sağlık, sosyal destek, özdenetim, zorlayıcı yaşam olayları, yaşam aktiviteleri ve dini inanç). İki ayrı zaman noktasında yapılan değerlendirmeye göre, zaman noktası 1’de umut ölçeği bir ile yapılan ölçüm, zaman noktası 2’de mental sağlığın güçlü iki yordayıcısından biri olarak belirlenmiştir. Zaman noktası 2’de umudun en iyi yordayıcısı mental sağlık, dini inançlar ve sosyal destektir (Farran and McCann, 1989).

Yaklaşık bir dekat önce Herth (1993), üçlü sac ayağından oluşan (yarı yapılandırılmış görüşmeler, Herth Umut İndeksi ve arka plan veri formu) yöntemini kullanarak 60 yaşlı erişkinde umutla ilgili çağdaş bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmanın amacı, umudun anlamını saptamak, umudu sürdürürken kullanılan stratejileri tanımlamak ve demografik ve hastalığa bağlı değişkenlerin yaşlı popülasyonda umut üzerine etkilerini belirlemektir. Bu çalışmada toplumsal yaşamda, kent ve kırsalda özel evlerinde yaşayan, huzurevlerinde kalan ve uzun süreli bakım verilen merkezde yaşayan yaşlılar çalışmaya dahil edilmiştir (Herth, 1993a).

Bulgular, umut düzeyinin yaşanan yer ve enerji düzeyine bağlı olduğunu, uzun süreli bakım merkezlerinde yaşayanların ve aşırı yorgunluğu olanların umut düzeylerinin belirgin şekilde daha düşük olduğunu göstermiştir. Umudun demografik değişkenler işlevsel yeti veya sağlık durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Herth, 1993a).

Bu çalışmada, umudun önünde engel olarak dört ayrı kategori tanımlanmıştır. Diğerlerindeki umutsuzluk, azalmış enerji, kontrol edilemeyen ağrı yakınma (kişinin kendisinde, diğerlerinde ve dünyada) ve bozulmuş biliş. Umudu besleyen sekiz strateji kategorisi tanımlanmıştır; kendisi, diğerleri ve dünya ile bağlantılılık, amaçlı aktiviteler, canlandırıcı anılar, bilişsel stratejiler, umut nesnelere, zaman odaklanma, vurdumduymazlık ve spiritüel/filozofik inançlar/uygulamalar (Herth, 1993a). Diğer bulgular, kendiliğinden çekirdek kavramlarının desteklenmesi ile beslenebileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, umudun kaynağının her birey için biricik olduğunu telkin etmektedir. Bu çalışma, yaşlı bireylerde umudun varlığının demografik değişkenlerden, sağlık durumundan veya işlevsel yetilerden bağımsız olduğunu göstermektedir. Daha önceki çalışmalarda da umudun, sağlık durumu veya işlevsel yetilerden (Rideout and Montemuro, 1986) bağımsız olduğu ve umudun enerji gerektirdiği (Owen, 1989; Herth, 1990b), bulunmuştur.

4.3.6. Umudu Sürdürmek Amacı ile Kullanılabilecek Girişimler

1. Aynı bakım verenle kişiler arası ilişkilerin sürdürülmesi.
2. Umudun, umutsuzluk dikotomisi ve normal yaşlanma süreci ile ilgili bilgi paylaşımı.
3. Aile üyeleri, arkadaşlar ve bakım verenlerle yakınlaşmaya cesaretlendirme. Böylece ait olma duygusu beslenir.

4. Spritüel inançların ifadesi ve uygulamalar için çevre koşullarının kolaylaştırılması.
5. Bireyin potansiyelini vurgulamak.
6. Bireyin karar verme süreçlerine katılmasını sağlamak.
7. Olumlu geçmiş deneyimleri anlatmaya cesaretlendirmek (böylece ego bütünlüğünü ve umudun tazelenmesine katkıda bulunmak) (Farran and Popovich, 1990).
8. Bireyin ve ailesinin stres kaynaklarını tanımlamasına ve etkin problem çözümü için seçim yapabilmesine yardımcı olmak. Hastalıklar, artan kayıplar, yaşam değişiklikleri yaşlı bireylerde anksiyete ve strese neden olur. Devam eden stres umut için gerekli mental ve fiziksel enerjiyi ortadan kaldırma potansiyeline sahiptir.
9. Bireyin çevresinin istirahat edebilmesine yardımcı olacak biçimde tasarlanması. İstirahat fiziksel ve mental enerji için gereklidir (Herth, 1993a).
10. “Reality surveyans” olarak bilinen, bilişsel ödev ile umudu korumanın olanaklı olduğuna dair bireyin araştırma yapmasını sağlamak. Hastalar ya da bireylerin geçmiş olumlu umut durumları şuanda ki umutlarının olanaklı olduğunu bireye gösterebilir (Herth, 1993a).
11. Hedeflere ve planlara yeniden odaklanmasına yardımcı olmak, desteklemek ve cesaretlendirmek.
12. Pasif ve aktif aktivitelerde anlamlı katılımı sağlamak
13. Bireyin küçük eğlencelerin ve kutlamaların önemini kavramasını sağlamak
14. Bilişsel stratejilerin kullanımına cesaretlendirmek. Espiri ve oyunları uygun şekilde kullanarak vurdumduymazlığı beslemek.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, huzurevinde kalan yaşlılar ve yaşamını kendi başına idame ettirebilen yaşlıların geleceğe yönelik umut düzeylerinin saptanması amacıyla planlanan, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma, Ekim 2009 -Ocak 2009 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini; Darülaceze Müessesesinde kalan yaşlılardan oluşan 362 kişi ve Şişli ilçesi Mecidiyeköy mahallesinde ikamet eden 20.374 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklemi ise, Darülaceze Müessesesinde kalan yaşlılardan oluşan 42 gönüllü katılımcı ve Mecidiyeköy mahallesinde araştırma kriterlerine uyan yolda rastlanan 42 gönüllü katılımcı oluşturmaktadır.

5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve umut ölçeği ile toplandı.

5.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)

Bu form, yaşlıların yaşlarını, medeni durumlarını, çocuk sahibi olma durumlarını, mezun oldukları okulu, mesleklerini, kaldıkları ortamdan memnuniyetlerini, ekonomik durumlarını içeren ve araştırmacı tarafından hazırlanan 10 soruluk bir formdur.

5.3.2. Umut Ölçeği (EK II)

Snyder ve arkadaşları tarafından (1991) geliştirilen (Snyder et al., 1991) ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği, Akman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akman ve Korkut, 1993).

Çeşitli güvenirlik ve geçerlik saptama teknikleri kullanılarak yapılan birçok araştırmada umut ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği oldukça yüksek bulunmuştur. Yapılan çeşitli ölçümlerde ölçeğin iç tutarlılığı 0.70 ile 0.80 arasında hesaplanmıştır.

Test-tekrar test yöntemi ile güvenirlik katsayıları ise, 3 hafta ara ile 0.85 ($p<0.001$), 8 hafta ara ile 0.73 ($p<0.001$) ve 10 hafta ara ile 0.76 ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Umut, kuramsal olarak “agency” ve “pathway” olarak iki boyutun bileşeni olarak kabul edildiği için, 1. ölçekdeki 8 maddeden elde edilen puanlara dört ayrı zamanda faktör analizi de uygulanmıştır. Bu uygulamalar sonunda, “agency”

boyutunu temsil ettiği düşünölen 4 maddenin birinci faktör, “pathway” boyutunu temsil ettiği düşünölen diğer 4 maddenin ise, ikinci faktör üzerinde toplandığı görölmüştür.

Ölçek, 12 madde içermektedir. Maddeler düz cümlelerden oluşmakta, eşit sayıdaki maddelerde (dörder tane) “pathway” ve “agency” boyutlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Boyutlardaki dörder maddenin bir tanesi geçmiş, ikisi içinde bulunulan zaman, bir tanesi de geleceğe yönelik ifadeleri içermektedir. Ayrıca, dört madde de umutla ilgisi olmayan doldurucu (filler) ifadelerden oluşmaktadır. Umudun “pathway” ve “agency” boyutunu yansıtan maddelerde olumlu, doldurucu maddelerde ise olumsuz ifadeler yer almaktadır. Ölçek uygulanırken, bireylerden maddelerdeki ifadelerin, kendi durumlarını yansıtm derecelerini likert tipi dörtlü bir derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Ölçeği değerlendirecek bireylerden, her bir maddeyi "kesinlikle katılmıyorum" (1)'dan, "kesinlikle katılıyorum" (4)'a uzanan dörtlü likert tipi bir derecelendirme içinde değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçek puanlanırken doldurucu maddelere (3, 5, 6, 11) verilen puanlar dikkate alınmamakta, diğer maddelere verilen puanlar toplanarak her birey için bir tek puan elde edilmektedir ve değerlendirmelerde bu puanlar üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan bireyin umut düzeyinin göstergesi olup, puan artışı umut düzeyinin artışı biçiminde yorumlanmaktadır. Ölçekten alınabilecekleri en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir.

5.4. VERİLERİN DEğerLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler için SPSS(Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanıldı.

Sürekli değerişkenler için normal dağılım değerlendirmesi *Kolmogorov Smirnov testi* ile yapıldı. İki grubun karşılaştırıldığı analizlerde, gruptaki olgu sayısı 30'un üzerinde ve sürekli değerişken normal dağılıma uyuyorsa *Student t testi*, bu varsayımlar karşılanmıyorsa *Mann Whitney U testi* kullanıldı. Nominal değerişkenlerin gruptaki dağılımı, beklenen değer ölçütlerine uygun biçimde *Yates ki-kare testi* ile değerlendirildi.

Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

5.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Katılımcıların, tanıtıcı bilgi formu ve umut ölçeğindeki soruları cevaplamadaki içtenlikleri ve araştırmanın bir kurumda yapılması bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli yasal izinler alınarak gerçekleştirildi. Araştırmaya katılacak yaşlıların, araştırmaya katılma isteğı göz önünde bulundurularak ve katılımcıların kimlik bilgileri alınmadan yapıldı.

6. BULGULAR

Tablo 4.1. Tüm katılımcıların yaş, cinsiyet ve diğer sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları.

		GRUPLAR				p
		KONTROLGRUBU (n=42)		OLGU GRUBU (n=42)		
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
YAŞ (yıl)	60-64 yaş (yıl)	1	2.4	0	0	0.049
	65-69 yaş(yıl)	2	4.8	4	9.5	
	70-74 yaş (yıl)	12	28.6	21	50	
	75-79 yaş (yıl)	9	21.4	7	16.7	
	80-84 yaş (yıl)	9	21.4	5	11.9	
	85-90 yaş (yıl)	9	21.4	5	11.9	
Cinsiyet	Kadın	17	40.5	17	40.5	1.000
	Erkek	25	59.5	25	59.5	
Medeni Durum	Evli	24	57.1	0	0	-
	Bekar	18	42.9	42	100	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	7	16.7	4	9.5	1.000
	Okur-Yazar Olmayan	2	4.8	6	14.3	
	İlkokul	16	38.1	18	42.9	
	Ortaokul	8	19	6	14.3	
	Lise	3	7.1	5	11.9	
	Yüksekokul /Üniversite	6	14.3	3	7.1	
Meslek	İşçi	8	19	9	21.4	-
	Memur	14	33.3	0	0	
	Serbest Meslek	18	42.9	29	69	
	Ev Hanımı	2	4.8	4	9.5	
Gelir Durumu	Kurum Maaşı	0	0	11	26.2	0.052
	Yaşlılık Maaşı	9	21.4	6	14.3	
	Emekli Maaşı	29	69	10	23.8	
	Kurum+Emekli Maaşı	0	0	1	2.4	
	Kurum+Yaşlılık Maaşı	0	0	1	2.4	
	Özürlü Maaşı	0	0	1	2.4	
	Geliri Olmayanlar	4	9.5	12	28.6	

Yates Ki-kare testi

Kontrol grubundaki katılımcılardan 1'i (% 2.4) 60-64 yaş, 2'si (%4.8) 65-69 yaş, 12'si (% 28.6) 70-74 yaş aralığında idi. Kontrol grubunda 75-79, 80-84 ve 85-90 yaş aralığında 9'ar (% 21.4) birey vardı. Olgu grubundaki katılımcılardan 4'ü (% 9.5) 65-69 yaş, 21'i (% 50) 70-74 yaş, 7'si (% 16.7) 75-79 yaş aralığında idi. Olgu

grubunda 80-84 ve 85-90 yaş aralığında 5'er (% 11.9) birey vardı. Bu grupta 60-64 yaş aralığında katılımcı yoktu. Yaş değişkeninin olgu ve/veya kategori sayısı ile "Ki-kare" testi olanaklı değildi. Bu nedenle, yaş kategorileri birleştirilerek (60-64+65-69+70-74 yaş ve 75-79+80-84+85-90) yeni bir kategori oluşturuldu. Bu kategorizasyonda kullandığımız yaş sınırı WHO tarafından önerilen erken ve geç yaşlılık kavramlarına dayanmaktadır (60-74 yaş aralığı yaşlı, 75 ve üzeri yaş ileri derecede yaşlı) (WHO., 1989). Kontrol grubunda 60-74 yaş aralığında 15 (% 35.7) olgu, 75 yaş ve üzeri 27 (% 64.3) olgu vardı. Olgu grubunda 60-74 yaş aralığında 25 (% 59.5) birey, 75 yaş ve üzeri 17 (% 40.5) birey vardı. Bu yeni kategorizasyona göre, olgu grubunun 60-74 yaş aralığındaki birey sayısı, kontrol grubunun 60-74 yaş aralığındaki birey sayısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.049$). Hem kontrol grubunda ve hem de olgu grubunda 17 (% 40.5) birey kadın, 25 (% 59.5) birey erkekti. İki grubun cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=1000$). Kontrol grubunda 24 (% 57.1) birey evli, 18 (% 42.9) birey bekarı. Olgu grubundaki tüm bireyler bekarı (% 100). Kontrol grubunda okur-yazar 7 (% 16.7) birey, okur-yazar olmayan 2 (% 4.8) birey, ilkokul mezunu 16 (% 38.1) birey, ortaokul mezunu 8 (% 19) birey, lise mezunu 3 (% 7.1) ve yüksekokul/üniversite mezunu 6 (% 14.3) birey vardı. Olgu grubunda okur-yazar 4 (% 9.5) birey, okur-yazar olmayan 6 (% 14.3) birey, ilkokul mezunu 18 (% 42.9) birey, ortaokul mezunu 6 (% 14.3) birey, lise mezunu 5 (% 11.9) birey ve yüksekokul/üniversite mezunu 3 (% 7.1) birey vardı. Eğitim durumu değişkeninin katılımcı ve/veya kategori sayısı ile "Ki-kare" testi olanaklı değildi. Bu nedenle, eğitim kategorileri birleştirilerek (okur-yazar+okur-yazar olmayan bireyler+ilkokul+ortaokul ve lise+yüksekokul/üniversite) yeni bir kategori oluşturuldu. Kontrol grubunda ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip 33 (% 78.6) birey, lise ve daha yüksek eğitime sahip 9 (% 21.4) birey vardı. Olgu grubunda ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip 34 (% 81) birey, lise ve daha yüksek eğitime sahip 8 (% 19) birey vardı. Bu yeni kategorizasyona göre, iki grubun eğitim durumu oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=1000$). Kontrol grubundaki bireylerden 8'i (% 19) işçi, 14'ü (% 33.3) memur, 18'i (% 42.9) serbest meslek sahibi ve 2'si (% 4.8) ev hanımı idi. Olgu grubundaki bireylerden 9'u (% 21.4) işçi, 29'u (% 69) serbest meslek sahibi ve 4'ü (% 9.5) ev hanımı idi. Olgu grubundaki bireyler arasında memur yoktu. Kontrol grubunda yaşlılık maaşı alan 9 (% 21.4) birey, emekli maaşı alan 29 (% 69) birey ve geliri

olmayan 4 (% 9.5) birey vardı. Bu grupta kurum maaşı, kurum+emeklilik maaşı, kurum+yaşlılık maaşı ve özürlü maaşı alan birey yoktu. Olgu grubunda kurum maaşı alan 11 (% 26.2) birey, yaşlılık maaşı alan 6 (% 14.3) birey, emekli maaşı alan 10 (% 23.8) birey, kurum+emeklilik maaşı, kurum+yaşlılık maaşı ve özürlü maaşı alan 1'er (% 2.4) birey vardı. Bu grupta düzenli geliri olmayan 12 (% 28.6) birey vardı. Gelir durumu değişkeninin katılımcı ve/veya kategori sayısı ile "Ki-kare" testi olanaklı değildi. Bu nedenle, kategoriler birleştirilerek (düzenli geliri olan bireyler ve düzenli geliri olmayan bireyler) iki yeni kategori oluşturuldu. Kontrol grubunda düzenli gelire sahip olan 38 (% 90.5) birey, düzenli gelire sahip olmayan 4 (% 9.5) birey vardı. Olgu grubunda düzenli gelire sahip olan 30 (% 71.4) birey, düzenli gelire sahip olmayan 12 (% 28.6) birey vardı. Bu yeni kategorizasyona göre; iki grubun düzenli gelir oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.052$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadığı yerden memnuniyet, çocuk sahibi olma, kronik hastalık ve ilaç kullanımına göre dağılımları.

		GRUPLAR				p
		KONTROL GRUBU (n=42)		OLGU GRUBU (n=42)		
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Yaşadığı Yerden Memnuniyet	Evet	36	85.7	37	88.1	1000
	Hayır	6	14.3	5	11.9	
Çocuk Sahibi	Evet	39	92.9	22	52.4	<0.001
	Hayır	3	7.1	20	47.6	
Kronik Hastalık	Evet	38	90.5	33	78.6	0.228
	Hayır	4	9.5	9	21.4	
İlaç Kullanımı	Evet	35	83.3	31	73.8	0.425
	Hayır	7	16.7	11	26.2	

Yates Ki-kare testi

Kontrol grubunda yaşadığı yerden memnun olan 36 (% 85.7) birey, memnun olmayan 6 (% 14.3) birey vardı. Olgu grubunda yaşadığı yerden memnun olan 37 (% 88.1) birey, memnun olmayan 5 (% 11.9) birey vardı. İki grubun yaşadığı yerden memnun olma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=1000$). Kontrol grubunda çocuk sahibi olan 39 (% 92.9) birey, çocuk sahibi olmayan 3 (% 7.1) birey vardı. Olgu grubunda çocuk sahibi olan 22 (% 52.4) birey, çocuk sahibi olmayan 20 (% 47.6) birey vardı. Kontrol grubundaki çocuk

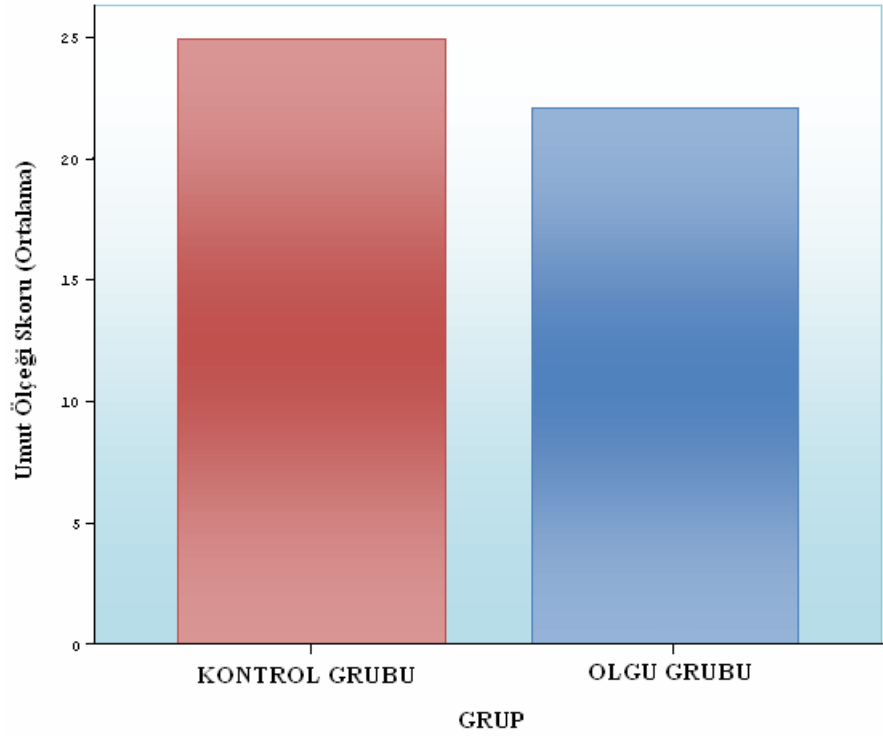
sahibi olan bireylerin oranı, olgu grubundaki çocuk sahibi olan bireylerinin oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.001$). Kontrol grubunda kronik hastalığı olan 38 (% 90.5) birey, kronik hastalığı olmayan 4 (% 9.5) birey vardı. Olgu grubunda kronik hastalığı olan 33 (% 78.6) birey, kronik hastalığı olmayan 9 (% 21.4) birey vardı. İki grubun kronik hastalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.228$). Kontrol grubunda kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanan 35 (% 83.3) birey, kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanmayan 7 (% 16.7) birey vardı. Olgu grubunda kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanan 31 (% 73.8) birey, kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanmayan 11 (% 26.2) birey vardı. Grupların kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0.425$) (**Tablo 4.2**).

Tablo 4.3. Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin umut ölçeği puan ortalamaları.

	GRUP								P
	Kontrol Grubu (n=42)				Olgu Grubu (n=42)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	24.93	3.02	18.00	31.00	22.05	4.39	15.00	31.00	0.001

Student t testi

Katılımcıların umut ölçeği ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrol grubundaki bireylerin umut ölçeği ortalamaları, olgu grubundaki bireyleri umut ölçeği ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.001$) (**Tablo 4.3, Şekil 4.1**).



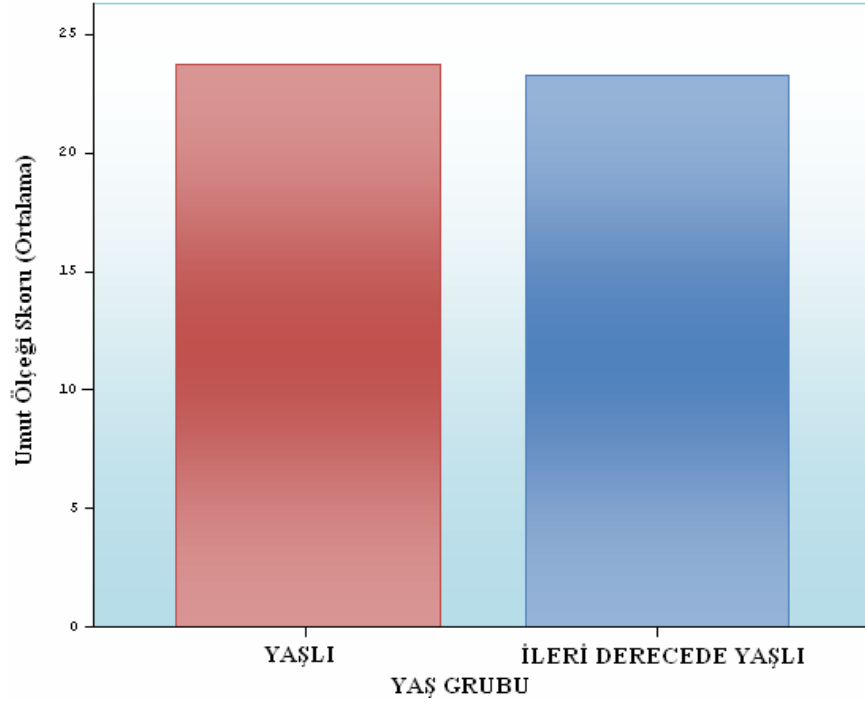
Şekil 4.1. Grupların umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Tablo 4.4. Katılımcıların yaş gruplarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

	YAŞ GRUBU								
	YAŞLI (n=40)				İLERİ DERECEDE YAŞLI (n=44)				p
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.75	4.11	15.00	31.00	23.25	3.97	15.00	31.00	0.572

Student t testi

Yaşlı (60-74 yaş aralığı) ve ileri derecede yaşlı (75 ve üzeri) bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.572$) (Tablo 4.4, Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Yaş gruplarının umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Tablo 4.5. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin yaş gruplarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	YAŞ GRUBU								p
	YAŞLI				İLERİ DERECEDE YAŞLI				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=15/27)	25.67	3.27	21.00	31.00	24.52	2.86	18.00	31.00	0.382
Olgu Grubu (n=25/17)	22.60	4.19	15.00	31.00	21.24	4.68	15.00	30.00	0.280

Mann-Whitney U

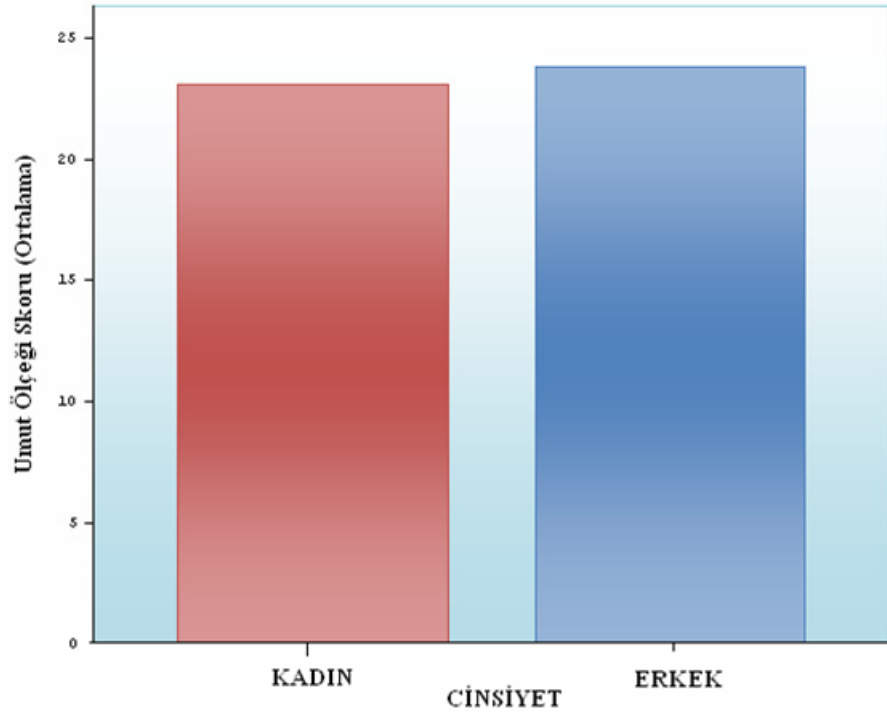
İki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde; bireylerin yaş gruplarına göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (kontrol grubu için $p=0.382$ ve olgu grubu için $p=0.280$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Katılımcıların cinsiyetlerine göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	CİNSİYET								p
	KADIN (n=34)				ERKEK (n=50)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.06	3.92	15.00	30.00	23.78	4.10	16.00	31.00	0.423

Student t testi

Kadın ve erkek bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.423$) (Tablo 4.6, Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Erkek ve kadınların umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Tablo 4.7. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin cinsiyetlerine göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	CİNSİYET								p
	KADIN				ERKEK				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=17/25)	25.06	2.25	22.00	29.00	24.84	3.50	18.00	31.00	0.605
Olgu Grubu (n=17/25)	21.06	4.26	15.00	30.00	22.72	4.44	16.00	31.00	0.217

Mann-Whitney U

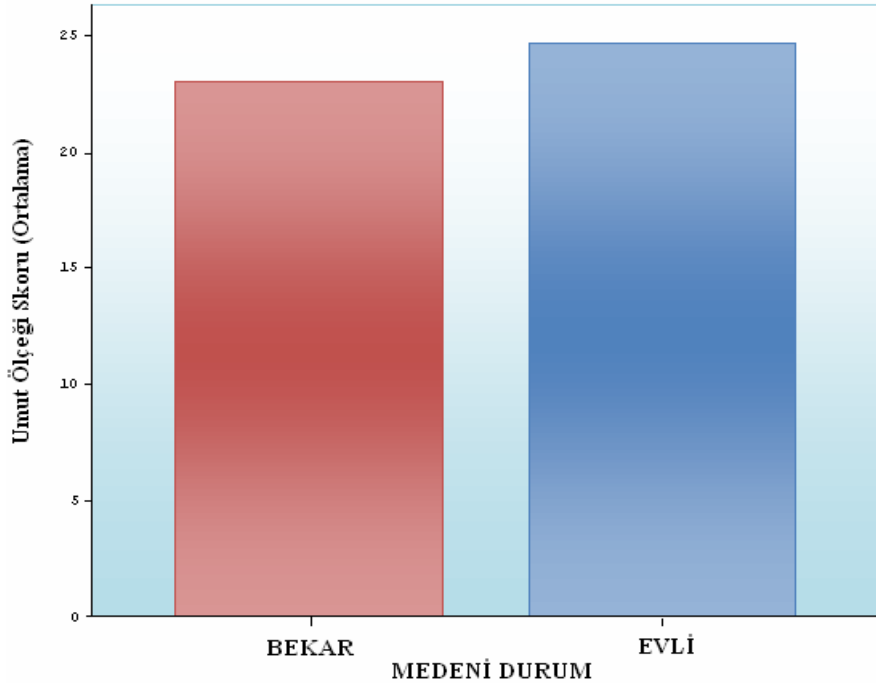
İki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde; bireylerin cinsiyetlerine göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (kontrol grubu için $p=0.605$ ve olgu grubu için $p=0.217$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Katılımcıların medeni durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

	MEDENİ DURUM								
	BEKAR (n=60)				EVLİ (n=24)				p
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.02	4.26	15.00	31.00	24.67	3.10	18.00	31.00	0.131

Mann-Whitney U

Bekar ve evli bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.131$) (Tablo 4.8, Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Bekar ve evli bireylerin umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Tablo 4.9. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin medeni durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	MEDENİ DURUM								
	BEKAR				EVLİ				p
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=24/18)	25.28	2.97	21.00	31.00	24.67	3.10	18.00	31.00	0.538
Olgu Grubu (n=42/0)	22.05	4.39	15.00	31.00	-	-	-	-	-

Mann-Whitney U

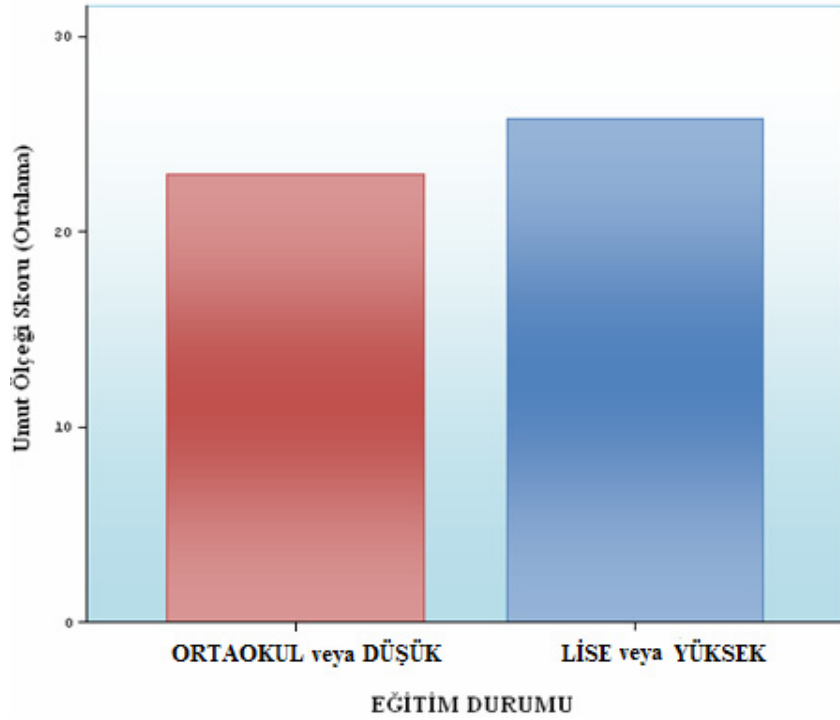
Kontrol grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.538$). Olgu grubunda evli birey olmadığı için analiz yapılamadı (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Katılımcıların eğitim durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

	EĞİTİM								P
	ORTAOKUL ve DAHA DÜŞÜK (n=67)				LİSE ve DAHA YÜKSEK (n=17)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	22.91	3.90	15.00	31.00	25.76	3.78	17.00	31.00	0.003

Mann-Whitney U

Ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin umut ölçeği ortalamaları, lise ve üzeri eğitime sahip bireylerin umut ölçeği ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0.003$) (Tablo 4.10, Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Eğitim kategorilerine ait umut ölçeği ortalamalarının çubuk grafiği.

Tablo 4.11. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin eğitim durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	EĞİTİM DURUMU								p
	ORTAOKUL veya DÜŞÜK				LİSE veya YÜKSEK				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=33/9)	24.27	2.89	18.00	31.00	27.33	2.29	24.00	31.00	0.004
Olgu Grubu (n=34/8)	21.59	4.31	15.00	30.00	24.00	4.47	17.00	31.00	0.130

Mann-Whitney U

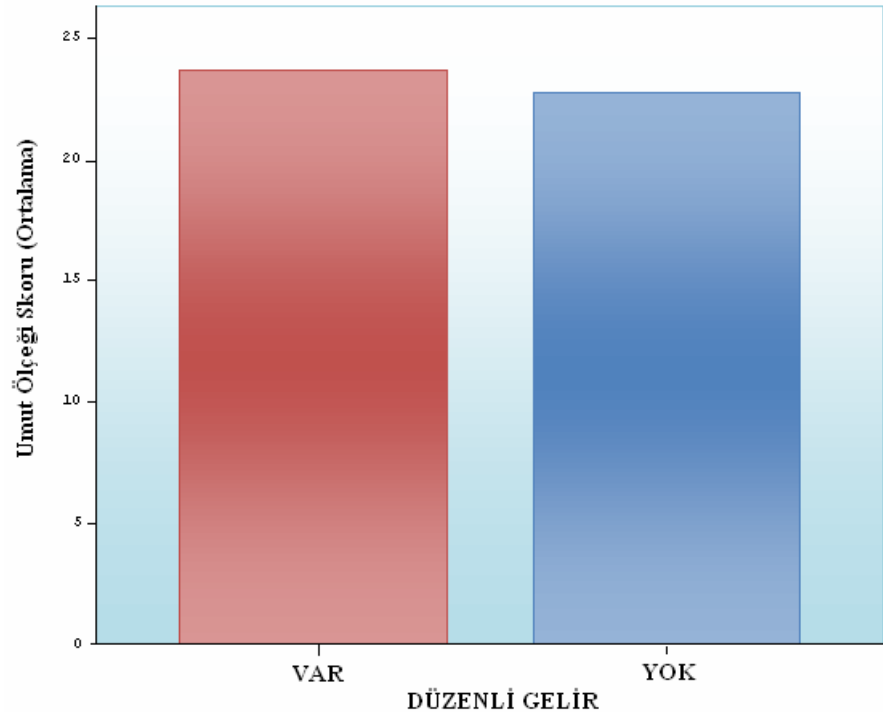
Kontrol grubundaki bireylerden eğitim düzeyi lise ve daha yüksek olanların umut ölçeği puan ortalamaları ortaokul ve daha düşük olanlardan daha yüksekti ($p=0.004$). Olgu grubunda eğitim düzeyine göre oluşturulan grupların umut ölçeği puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.130$) (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.12. Katılımcıların düzenli gelir durumuna göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	DÜZENLİ GELİR								p
	VAR (n=68)				YOK (n=16)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.66	3.98	15.00	31.00	22.75	4.22	16.00	30.00	0.314

Mann-Whitney U

Düzenli gelire sahip bireyler ve düzenli geliri olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.314$) (**Tablo 4.12, Şekil 4.6**).



Şekil 4.6. Düzenli geliri olan ve olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Tablo 4.13. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin gelir durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	DÜZENLİ GELİR								p
	VAR				YOK				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=38/4)	24.97	3.12	18.00	31.00	24.50	2.08	22.00	27.00	0.918
Olgu Grubu (n=30/12)	22.00	4.37	15.00	31.00	22.17	4.65	16.00	30.00	0.902

Mann-Whitney U

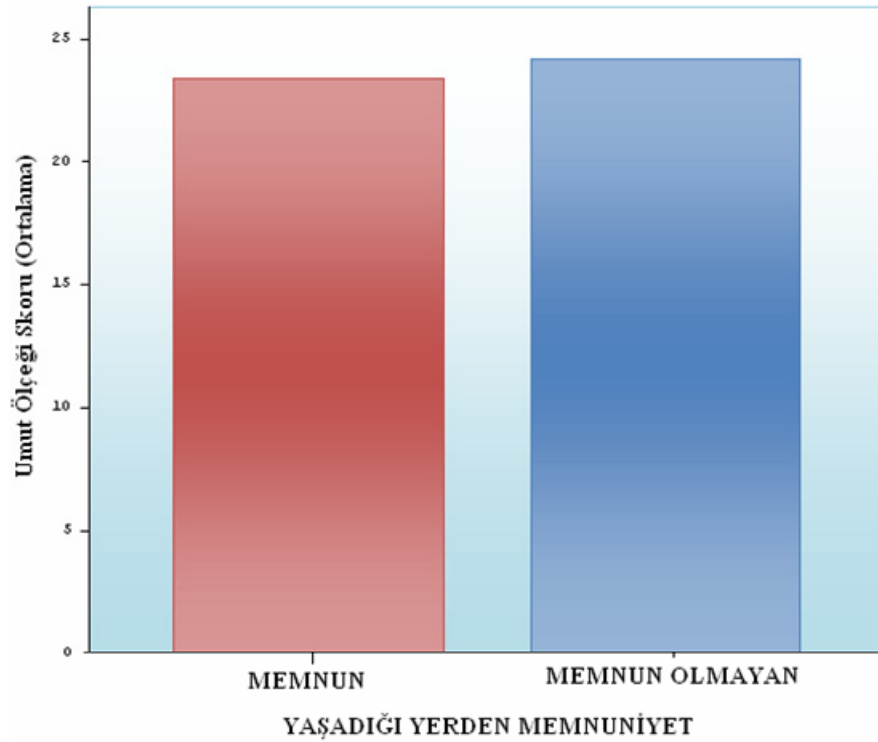
İki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde; bireylerin gelir durumları göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (kontrol grubu için $p=0.918$ ve olgu grubu için $p=0.902$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Katılımcıların yaşadığı yerden memnuniyet durumuna göre umut ölçeği puan ortalamaları.

	YAŞADIĞI YERDEN MEMNUNİYET								
	MEMNUN (n=73)				MEMNUN OLMAYAN (n=11)				p
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.38	3.97	15.00	31.00	24.18	4.47	17.00	31.00	0.497

Mann-Whitney U

Yaşadığı yerden memnun olan bireyler ile yaşadığı yerden memnun olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0.467$) (Tablo 4.14, Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Yaşadığı yerden memnun olan ve olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

İki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde; bireylerin yaşadığı yerden memnuniyetlerine göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (kontrol grubu için $p=0.171$ ve olgu grubu için $p=0.763$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin yaşadığı yerden memnuniyetlerine göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	YAŞADIĞI YERDEN MEMNUNİYET								p
	MEMNUN				MEMNUN OLMAYAN				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=36/6)	24.64	2.93	18.00	31.00	26.67	3.27	22.00	31.00	0.171
Olgu Grubu (n=37/5)	22.16	4.48	15.00	31.00	21.20	4.02	17.00	26.00	0.763

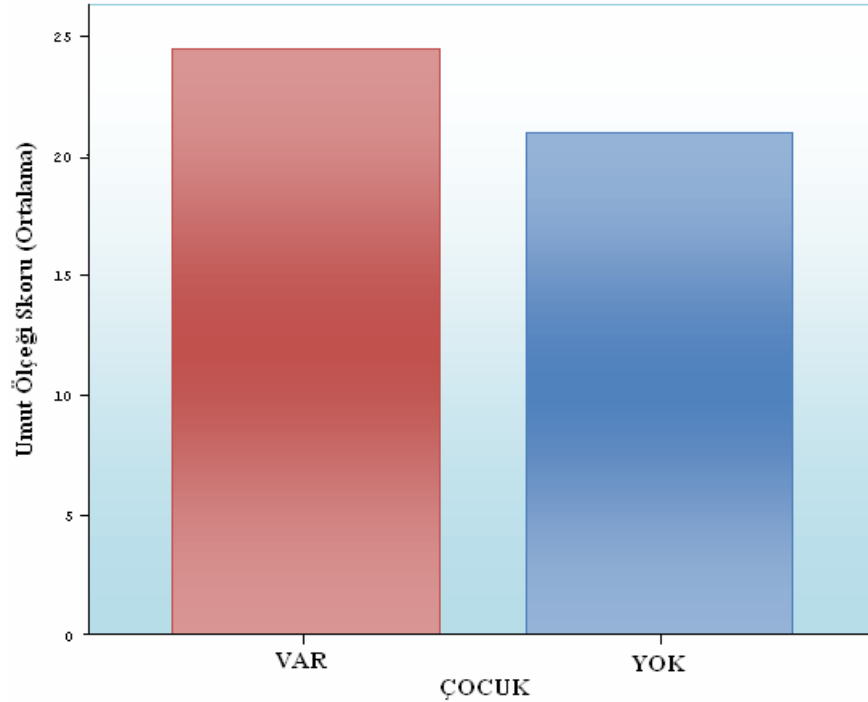
Mann-Whitney U

Tablo 4.16. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	ÇOCUK								p
	VAR (n=61)				YOK (n=23)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	24.44	3.71	15.00	31.00	20.96	3.76	15.00	30.00	<0.001

Mann-Whitney U

Çocuk sahibi olan bireylerin umut ölçeği ortalaması çocuk sahibi olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.16, Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Çocuk sahibi olma durumuna göre umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Kontrol grubundaki bireylerin çocuklarının olup olmamasına göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.514$). Olgu grubunda, çocuğu olan bireylerin umut düzeyleri çocuğu olmayan bireylerin düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0.023$) (**Tablo 4.17**).

Tablo 4.17. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin çocuklarının olup olmamasına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	ÇOCUK								p
	VAR				YOK				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=39/3)	25.03	3.12	18.00	31.00	23.67	0.58	23.00	24.00	0.514
Olgu Grubu (n=22/20)	23.41	4.48	15.00	31.00	20.55	3.87	15.00	30.00	0.023

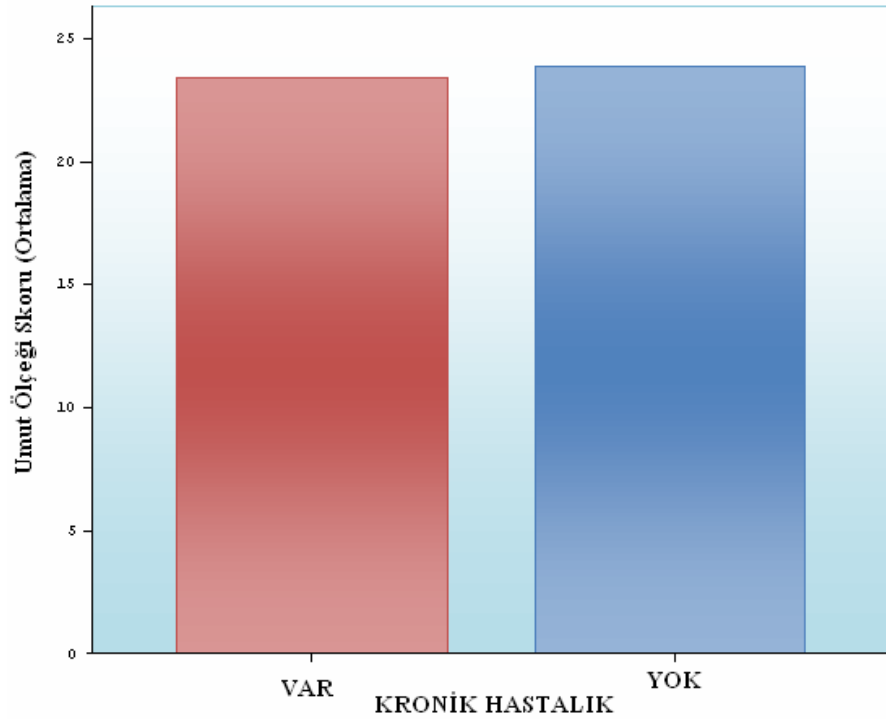
Mann-Whitney U

Tablo 4.18. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre, umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	KRONİK HASTALIK								p
	VAR (n=71)				YOK (n=13)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.42	3.97	15.00	31.00	23.85	4.45	16.00	31.00	0.950

Mann-Whitney U

Kronik hastalığı olan bireyler ile kronik hastalığı olmayan bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.950$) (**Tablo 4.18, Şekil 4.9**).



Şekil 4.9. Kronik hastalık durumuna göre umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

Tablo 4.19. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin kronik hastalık varlığına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	KRONİK HASTALIK								p
	VAR				YOK				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=38/4)	25.03	3.00	18.00	31.00	24.00	3.56	21.00	29.00	0.418
Olgu Grubu (n=33/9)	21.58	4.18	15.00	30.00	23.78	4.99	16.00	31.00	0.262

Mann-Whitney U

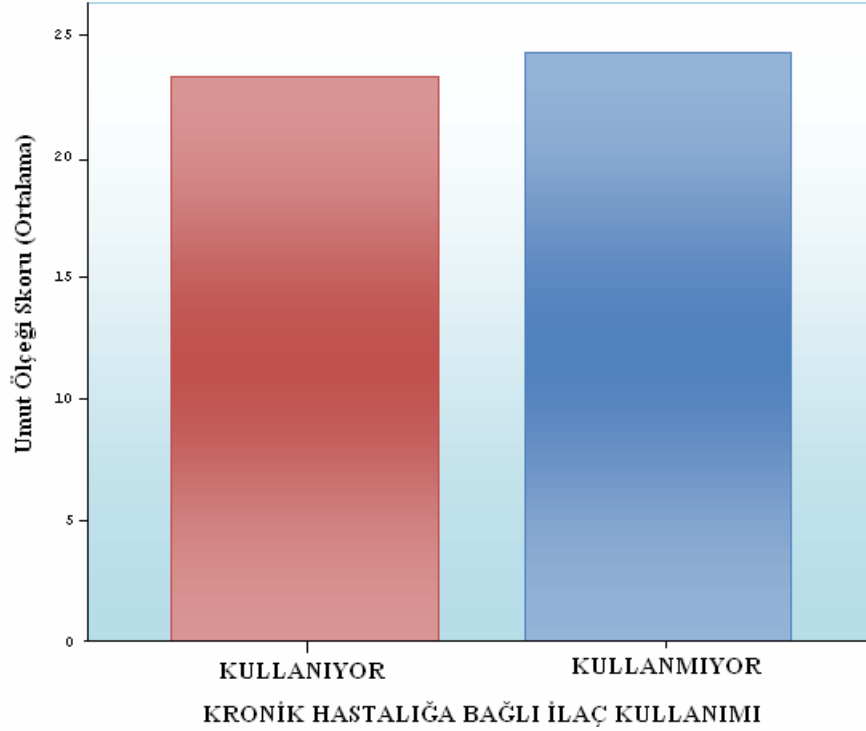
İki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde; kronik hastalık varlığına göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (kontrol grubu için $p=0.418$ ve olgu grubu için $p=0.262$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre, umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	KRONİK HASTALIĞA BAĞLI İLAÇ KULLANIMI								p
	KULLANIYOR (n=66)				KULLANMIYOR (n=18)				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Umut Ölçeği	23.27	3.99	15.00	31.00	24.28	4.14	16.00	31.00	0.437

Mann-Whitney U

Kronik hastalığa bağlı ilaç kullanan bireyler ile kronik hastalığa bağlı ilaç kullanmayan bireylerin umut ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.437$) (Tablo 4.20, Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Kronik hastalığa bağlı ilaç kullanma durumuna göre umut ölçeği ortalamalarına ait çubuk grafiği.

İki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde; ilaç kullanım durumlarına göre oluşturulan grupların umut ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (kontrol grubu için $p=0.692$ ve olgu grubu için $p=0.110$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre umut ölçeği puan ortalamaları.

Umut Ölçeği	KRONİK HASTALIĞA BAĞLI İLAÇ KULLANIMI								p
	KULLANIYOR				KULLANMIYOR				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Kontrol Grubu (n=35/7)	24.94	2.93	18.00	31.00	24.86	3.72	21.00	31.00	0.692
Olgu Grubu (n=31/11)	21.39	4.22	15.00	31.00	23.91	4.53	16.00	30.00	0.110

Mann-Whitney U

7. TARTIŞMA

Umut, yaşlı bireylerin zorlu yaşam olayları ve yaşamlarındaki değişikliklerle baş etmelerine yardımcı olmakta, ve hatta sağlıklarını etkilemektedir. Yaşlı bireyler, umutlarını kolayca yitirmelerine neden olan birçok durumla karşı karşıya kalırlar. Bu olaylar, sağlık sorunları, rol ve kendilik kavramlarındaki değişimler, sosyal destek, yaşama alanı ve gelir olarak sıralanabilir (Farran and McCann, 1989; Herth, 1993a). Umut algısı, bireyin yaşadığı yer (ev/kurum), yaş, enerji düzeyi, işlevsel kapasiteden de etkilenmektedir (Herth, 1993a). Yaşlı bireylerde depresyon riskleri; kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak, sosyal desteğin yetersiz olması, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ya da yakın zamanda gerçekleşen olumsuz yaşam olayları, fiziksel hastalıklar ve genel yaşam aktivitelerinde bağımlılık olarak sıralanabilir (Ramachadran et al., 1982; Shulman, 1989; Blazer et al., 1991; Al-Shammari and Al-Subaie, 1999; Schoevers et al., 2000; Chen et al., 2005; Harris et al., 2006; Blay et al., 2007; Carvakhais et al., 2008; Chang-Quan et al., 2010a). Bireyin umudunu etkileyen faktörlerle depresyon açısından risk oluşturabilecek çok sayıda faktörün örtüşmesine dayanarak, yaşlı bireylerde umut ve depresyon düzeylerinin ilişkili olması beklenir. Yaşlı depresyonu, umutsuzluk hissini de kapsayan çeşitli özellikler ile kendini gösterir (Gallo and Rabins, 1999; Alexopoulos et al., 2002a; Alexopoulos et al., 2002b). Yaşlı kanser hastalarının katılımıyla yapılan bir çalışmada umut ile pozitif duygudurum arasında pozitif anlamlı korelasyon saptanmıştır (Fehring et al., 1997). Diğer bir çalışmada da, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Quine and Morrell, 2009).

Umut kavramının karşıtı ile ele alındığı bir çalışmada; suisid düşüncesi ve davranışının umutsuzluk yaşantısı ile predikte edilebildiği gösterilmiştir (Hill et al., 1988). Suisid düşüncesi sık olarak umutsuzluk duygusu ile birlikte (Cornette et al., 2000; Neufeld et al., 2010). Yaşlı hastalarında dahil edildiği bir çalışmada, umutsuzluk hissini, katılımcılar tarafından depresyon belirtileri ile ilişkilendirilerek açıklanan temalar arasında yer aldığı belirtilmiştir (Winters et al., 2010).

Huzurevinde yaşayan kadınların katıldığı, umutsuzluk, depresyon ve fiziksel sağlık ile suisid düşüncesinin ilişkisini değerlendiren bir çalışmada, suisid düşüncesi ile depresyon ve umutsuzluk arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Meeks and Tennyson, 2003). Diğer bir çalışmada, umutsuzluk ve zayıf bir sosyal desteğe

sahip olma faktörlerinin, suisid davranışına yönelen yaşlı depresif erişkinleri ayırt ettirebildiği belirlenmiştir (Dennis et al., 2005). Yukarıda söz edilen çalışmalar ışığında; umut ve umutsuzluk kavramları suisid ve depresyondan bağımsız olarak düşünülemez.

Çalışmamıza katılan Şişli ilçesinde yaşayan ve yaşamını kendi başına sürdürebilenler huzurevinde yaşayanlardan daha gençti. İki grubun cinsiyet dağılımları arasında anlamlı fark yoktu. Beklendiği gibi kontrol grubundaki evli ve/veya çocuk sahibi olan bireylerin oranı huzurevinde yaşayanlardaki oranlardan yüksekti. Grupların eğitim durumu, düzenli gelir, yaşadığı yerden memnun olma, kronik hastalık, kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı.

Kavramsal açıdan bakıldığında umutsuzluk ve depresyon etkileşim içinde olan iki ayrılmaz olgu biçiminde ele alınabilir (Fehring et al., 1997; Gallo and Rabins, 1999; Alexopoulos et al., 2002a; Alexopoulos et al., 2002b; Quine and Morrell, 2009). Böylece, çalışmamızın sonuçlarını değerlendirirken depresyon çalışmalarından da yararlanması akla uygun görünmektedir.

Huzurevinde kalmak, kendi evinde kalmamanın ötesinde bir anlam taşımaktadır. Huzurevleri, yaşlılar tarafından kendileri için bir son durak olarak algılanmakta ve aileleri tarafından dışlanmanın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Khorshid et al., 2004; van Tilburg et al., 2004). Bunun sonucu olarak, yalnızlık ve sosyal destek eksikliği huzurevinde kalanların depresyon riskini artırmaktadır (Eisses et al., 2004; Jongenelis et al., 2004). Yeterli desteğin olmaması, ekonomik zorluklara veya bakım gerektiren hastalıklara sahip olmak, huzurevlerinde depresyonun daha sık olarak görülmesine neden olmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar, huzurevinde kalmanın depresyon riskini artırdığını göstermektedir (Gueldner et al., 2001; Maral et al., 2001; Chow et al., 2004).

Yaşlılarda umudun korelatlarını saptamayı amaçlayan bir çalışmanın sonuçları, umut düzeyi ile fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, zorlu yaşam olayları, sosyal destek ve kişilerarası kontrol arasında ilişki olduğunu belirlemiştir (Farran and Popovich, 1990). Diğer bir çalışmada, fiziksel ve mental sağlık, sosyal destek, özdenetim, zorlayıcı yaşam olayları, günlük yaşam aktiviteleri ve dini inanç umutla ilişkilendirilmiştir (Farran and McCann, 1989).

Çalışmamızda, Şişli ilçesinde yaşayan bireylerin umut düzeylerinin, Darülaceze kurumunda yaşayan bireylerin umut düzeylerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaştık. Uzun süreli bakım merkezlerinde yaşayan yaşlıların umut düzeylerinin, toplum içinde yaşayan yaşlılardan daha düşük olduğu bilinmektedir (Herth, 1993a). Sonuçlarımız şaşırtıcı olmamakla birlikte, umut düzeyi ile ilgili olarak saptadığımız bu fark sadece yaşanan yerle ilgili gibi görünmemektedir. Bu bulgumuzun çalışmamızın diğer bulgularına dayanarak belirlenebilen üç ayrı nedeni olabilir. Birincisi, Şişli ilçesinde yaşayan bireylerin aynı zamanda yaşamını kendi başına sürdürebilen bireyler olmasıdır. Böylece, bu gruba (kontrol grubu) dahil olabilmek için “günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmamış olması” ölçütünün karşılanması zorunlu hale gelmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri ne kadar az kısıtlanmışsa yaşlı bireyin umut düzeyinin o kadar yüksek olacağı ileri sürülmekle birlikte (Farran and McCann, 1989), umut ile demografik değişkenler, işlevsel yeti veya sağlık durumu arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren bir çalışma da vardır (Aarts et al., 2010). Yaşam aktivitelerinde kısıtlanma düzeyi düşük olduğunda, bu durumdan kişilerarası kontrolün de olumlu yönde etkilenmesi ve buna bağlı olarak umut düzeyinin yükselmesi beklenebilir (Farran and Popovich, 1990). İkincisi, Şişli grubundaki bireyler Darülaceze grubundakilerden daha gençti. Yaşın ilerlemesi ile bireyin bağımsız yaşaması için gereken günlük yaşam aktivitelerini yapmasını sağlayan fiziksel işlevlerinde bir gerileme olur (Heuvelen et al., 1998). Bu gerileme nedeniyle umut düzeyi de azalır. Çalışmamızda değerlendirilen iki grup kronik hastalık varlığı/yokluğu açısından benzerdi. Ancak, iki grubun yaş açısından farklılık göstermesi, daha yaşlı olan Darülaceze grubundaki bireylerin kronik hastalık sayılarının kontrol grubundan yüksek olmasına neden olabilir. Çünkü, kronik hastalık sayısı yaşla birlikte artabilir. Multimorbidite olarak adlandırılan bu durum bilişsel işlevleri, günlük yaşam aktivitelerini ve kişiler arası kontrolü de olumsuz yönde etkileyebilir (Farran and McCann, 1989; Farran and Popovich, 1990; Aarts et al., 2010) ve umutsuzluğu şiddetlendirebilir. Üçüncüsü, evli ve/veya çocuk sahibi olan bireylerin kontrol grubundaki oranı, Darülaceze grubundaki oranından daha yüksekti. Çalışmamıza dahil edilen yaşlı bireylerin yakınlarından aldıkları sosyal destek sorgulanmamış olmakla birlikte, evli ve/veya çocuk sahibi olmak sosyal desteğin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu bağlamda, Darülaceze grubunun sosyal destek düzeyi kontrol grubundan daha düşüktür. Sosyal desteğin, umut düzeyini artıran bir güce sahip olduğunu bildiren iki ayrı çalışma vardır (Farran and McCann, 1989;

Farran and Popovich, 1990). Ayrıca, Darülaceze grubu tek başına değerlendirdiğinde çocuğu olan bireylerin umut düzeylerinin olmayanlardan yüksek olduğunu bulduk. Çalışmamızın bu bulguları, diğer karıştırıcı faktörler göz ardı edildiğinde bu iki çalışmanın sosyal destek ile ilgili bulgusu ile tutarlılık göstermektedir. Yukarıda söz edilen bulgularımız, yaşlı bireylerde umut ile etkileşen faktörlerin birbirinden bağımsız olmadığı ve birbirlerini etkileyebileceği kabul edilerek dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır.

Epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, yaş ve beraberinde getirdiği mobilite problemlerinin, yaşlılarda depresif semptomların gelişiminde bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Lampinen and Heikkinen, 2003; Yücel ve Kayıhan, 2007). Yaşlı depresyonunun karakteristik bir özelliği olarak umutsuzluğun da (Winters et al., 2010) yaş ile birlikte artmış olmasını bekleyebiliriz (Herth, 1993a). Ancak, bizim çalışmamızda, iki yaş grubunun [yaşlı (60-74 yaş aralığı) ve ileri derecede yaşlı (75 ve üzeri)] umut düzeyleri arasında fark yoktu.

Kadın cinsiyetin, düşük sosyoekonomik düzeyin, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmanın yaşlı hastalarda ortaya çıkan depresyonla çok yakından ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Ramachadran et al., 1982; Shulman, 1989; Blazer et al., 1991; Schoevers et al., 2000; Tintle et al., 2011). Bireyin yaşadığı yerde, kişisel alanının sınırlı olması ve/veya bu alanın temiz olmaması ve özel bir odaya sahip olmamak (diğer bir kişiyle aynı odada yaşamak) depresyon riskini artırmaktadır (Al-Shammari and Al-Subaie, 1999). Umut düzeyinin yaşanan yere bağlı olduğu, uzun süreli bakım merkezlerinde yaşayanların umut düzeylerinin belirgin şekilde düşük olduğunu bildirilmiştir (Herth, 1993a). Ancak, çalışmamıza katılan bireyler; cinsiyetlerine, medeni durumlarına, gelir düzeylerine, yaşadığı yerden memnuniyetlerine göre her bir değişken için iki ayrı kategoriye ayrıldığında grupların umut düzeyleri anlamlı fark saptamadık. Bunun nedeni, çalışmamızın küçük ölçekli olması ve çalışmamız kapsamında ele alınmayan zorlu yaşam olaylarının varlığı/yokluğu, nesnel işlevsellik düzeyi vb. parametreler olabilir.

Umut ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki olduğunu bildiren iki çalışma vardır (Farran and McCann, 1989; Farran and Popovich, 1990). Diğer bir çalışmada ise, umut ile sağlık durumu arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir (Aarts et al., 2010). Kronik hastalık varlığı ilaç kullanımını da zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, söz edilen üç çalışmanın sonuçlarını ilaç kullanımı açısından da

değerlendirmek uygun olabilir. Bizim çalışmamızın, kronik hastalığın ve ilaç kullanımının umut düzeyini etkilemediği biçimindeki sonucu, söz edilen son çalışma ile uyumludur.

Literatürde, umut ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma ile karşılaşmadık. Ancak, düşük eğitim düzeyi yaşlılarda depresyon riskini artırarak (Al-Shammari and Al-Subaie, 1999; Chang-Quan et al., 2010b) umut düzeyini de olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmamızın, ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin umut düzeyinin, lise ve üzeri eğitime sahip bireylerin umut düzeyinden düşük olduğuna dair bulgusu, umutsuzluğu depresyon kapsamında ele aldığımızda literatürle uyumludur.

Çocuk sahibi olan bireylerin umut düzeylerinin, çocuk sahibi olmayan bireylerin umut düzeylerinden yüksek olması, çocukların varlığı sosyal desteğin (Farran and McCann, 1989; Farran and Popovich, 1990) bir göstergesi olarak ele alındığında şaşırtıcı bir bulgu değildir. Bunun yanında, Türkiye'deki gibi geleneksel kültüre sahip topluluklarda, yaşlı bireylerin oldukça saygın bir konumda olmaları (El-Sendiony, 1981; El-Eslam, 1983) hem yalnızlık duygusunu gidermekte, hem de yaşlı bireyin öz saygısını korumasına yardımcı olmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, huzurevinde yaşayan bireyler ile daha önce yaşadığı yerde hayatını sürdüren bireylerin umut düzeylerinin farklı olup olmadığı değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışmamızın sonuçları -literatürle uyumlu bir biçimde (Herth, 1993a)- uzun süreli bakım verilen merkezlerde umut düzeyinin olumsuz yönde etkilendiği yönündedir. Özellikle yaşamını kurumlarda sürdüren yaşlı bireylerin umut düzeyinin yükseltilebilmesi için, fiziksel ve mental sağlık sorunlarının hızlı ve etkin biçimde çözülerek yeti yitimlerinin mümkün olduğunca azaltılması (Aarts et al., 2010); sosyal destek ağının güçlendirilmesi ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye cesaretlendirilmesi (Farran and McCann, 1989) için gerekli girişimlerde bulunulması zorunludur.

Çalışmamızın küçük ölçekli bir çalışma olması umut düzeyi ile ilişkili faktörlerin açıklığa kavuşturulmasını güçleştirmiştir. Daha sonra yapılacak çalışmalarda, model temelli desenlerin ve analizlerin (regresyon gibi) kullanılması ve örneklem boyutunun yeterli sayıya ulaştırılması daha güçlü veriler elde edilmesine olanak sağlayacaktır.

9. KAYNAKLAR

Aarts S., van den Akker M., Tan F. E., Verhey F. R., Metsemakers J. F., van Boxtel M. P. (2010). Influence of multimorbidity on cognition in a normal aging population: a 12-year follow-up in the Maastricht Aging Study. *Int J Geriatr Psychiatry*.

Akman Y., Korkut F. (1993). Umut Ölçeği Üzerine Bir Çalışma. *H.O.Eğitim Fakültesi Dergisi*, **9**: 193-202.

Akyüz A. (2004). Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların, Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Al-Shammari S. A., Al-Subaie A. (1999). Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, **14**(9): 739-47.

Alexopoulos G. S. (2001). New concepts for prevention and treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry*, **158**(6): 835-8.

Alexopoulos G. S., Borson S., Cuthbert B. N., Devanand D. P., Mulsant B. H., Olin J. T., Oslin D. W. (2002a). Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*, **52**(3): 164-74.

Alexopoulos G. S., Buckwalter K., Olin J., Martinez R., Waincott C., Krishnan K. R. (2002b). Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry*, **52**(6): 543-58.

Ambo H., Meguro K., Ishizaki J., Shimada M., Yamaguchi S., Sekita Y., Yamadori A. (2001). Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry*, **16**(8): 780-8.

Auslander G. K., Litwin H. (1991). Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly. *Journal of Aging and Health*, **3**(4): 493-508.

Barnard d. (1995). *Chronic illness the dynamics of hoping*. Indianapolis, Indianallumi.

Beck A. T., Steer R. A., Kovacs M. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, **142**: 559-563.

- Beck A. T., Weissman A., Lester D. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **42**: 861-865.
- Beck D. A., Koenig H. G., Beck J. S. (1998). Depression. *Clin Geriatr Med*, **14**(4): 765-86.
- Beekman A. T., de Beurs E., van Balkom A. J., Deeg D. J., van Dyck R., van Tilburg W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, **157**(1): 89-95.
- Bekaroğlu M., Uluutku N., S. T., Kırpınar İ. (1991). Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, **84**(2): 174-178.
- Bell M., Goss A. J. (2001). Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents. *Clin Excell Nurse Pract*, **5**(1): 26-36.
- Benzein E., Saveman B. (1998). One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, **35**(6): 322-329.
- Berkman L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annu Rev Public Health*, **5**: 413-32.
- Blackham H. J. (1986). *Six Existentialist Thinkers*. London, Routledge.
- Blay S. L., Andreoli S. B., Fillenbaum G. G., Gastal F. L. (2007). Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*, **15**(9): 790-9.
- Blazer D., Burchett B., Service C., George L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, **46**(6): M210-5.
- Borowiak E., Kostka T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clin Exp Res*, **16**(3): 212-20.
- Boyle V. L., Roychoudhury C., Beniak R., Cohn L., Bayer A., Katz I. (2004). Recognition and management of depression in skilled-nursing and long-term care settings: evolving targets for quality improvement. *Am J Geriatr Psychiatry*, **12**(3): 288-95.

- Bunston T., Mings D., Mackie A., Jones D. (1995). Facilitating hopefulness: the determinants of hope. *Journal of Psychosocial Oncology Nursing Forum*, **13**(4): 79-103.
- Cabness J. L. (2003). Psychosocial resilience, depression, and subjective well-being in long-term care. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. **63**(12-A): 4473.
- Carvakhais S. M. M., Lima-Costa M. F., Peixoto S. V., Firmo J. O. A., Castro-Costa E., Uchoa E. (2008). The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambui Health and Aging Study. *Int J Soc Psychiatry*: 447-456.
- Chang-Quan H., Xue-Mei Z., Bi-Rong D., Zhen-Chan L., Ji-Rong Y., Qing-Xiu L. (2010a). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*, **39**(1): 23-30.
- Chang-Quan H., Zheng-Rong W., Yong-Hong L., Yi-Zhou X., Qing-Xiu L. (2010b). Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *Int J Psychiatry Med*, **40**(1): 109-24.
- Chen R., Wei L., Hu Z., Qin X., Copeland J. R., Hemingway H. (2005). Depression in older people in rural China. *Arch Intern Med*, **165**(17): 2019-25.
- Chenitz C., Stone J., Salisbury S. (1991). *Clinical Gerontological Nursing*. Philadelphia, WB Saunders.
- Chochinov H. M., Wilson K. G., Enns M., Lander S. (1998). Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, **39**: 366-370.
- Chow E. S., Kong B. M., Wong M. T., Draper B., Lin K. L., Ho S. K., Wong C. P. (2004). The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*, **19**(8): 734-40.
- Cobb S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, **38**(5): 300-14.

Cohen S., McKay G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. Handbook of psychology and health. A. Baum, J. E. Singer and S. E. Taylor. Hillsdale, NJ, Erlbaum. **4**: 253-267.

Cohen S., Wills T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull, **98**(2): 310-57.

Cole M. G., Dendukuri N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry, **160**(6): 1147-56.

Commerford M. C., Reznikoff M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. J Psychol, **130**(1): 35-50.

Cornette M. M., Abramson L. Y., Bardone A. M. (2000). Suicide science: Expanding boundaries. Toward an integrated theory of suicidal behaviors: Merging the hopelessness, self-discrepancy, and escape theories. T. E. Joiner and M. D. Rudd. Boston, Kluwer Academic Publishing: 43-66.

Coşkun M. (1998). Samsun İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Etmenleri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Samsun, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Cummings S. M., Cockerham C. (2004). Depression and life satisfaction in assisted living residents: Impact of health and social support. Clinical Gerontologist, **27**(1/2): 25-42.

de Beurs E., Beekman A., Geerlings S., Deeg D., Van Dyck R., Van Tilburg W. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. Br J Psychiatry, **179**: 426-431.

Definition (2007). Definition, of an older or elderly person.

Demet M. M., Taşkın E. O., Deniz F. (2002). Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, **13**(4): 290-299.

Dennis M., Wakefield P., Molloy C., Andrews H., Friedman T. (2005). Self-harm in older people with depression: comparison of social factors, life events and symptoms. Br J Psychiatry, **186**: 538-9.

- Dragan A., Akhtar-Danesh N. (2007). Relationship between body mass index and depression: a structural equation modeling approach. *BMC Medical Research Methodology*, **30**: 7-17.
- DSÖ (1998). A population aged 65 and above, 1997.
- Dufault K., Martocchio B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*, **20**(2): 379-91.
- Eisses A. M., Kluiters H., Jongenelis K., Pot A. M., Beekman A. T., Ormel J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, **19**(7): 634-40.
- El-Eslam M. F. (1983). Cultural changes and inter-generational relationships in Arabian families. *Fam Psychiat*, **4**: 321-329.
- El-Sendiony M. (1981). The Effect of Islamic Sharia on Behavioural Disturbance in the Kingdom of Saudi Arabia. Makkah, Saudi Arabia, Makka Printing and Publishing.
- Elliott T. R., Witty T. E., Herrick S. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality & Social Psychology*, **61**: 608-613.
- Emiroğlu V. (1995). Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Ankara, Şafak Matbaacılık.
- Ersoy F., Boratav C., Edirne T. (2001). Yaşlılarda görülen depresif bozukluklar. *Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **10**(5): 180-181.
- Farran C. (1985). A survey of community-based older adults: stressful life events, mediating variables, hope and health. *Dissertation Abstracts* **46**: 113B.
- Farran C., Herth K., Popovich J. (1995a). Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs California, Sage.
- Farran C., Wilken C., Fidler R. (1995b). A study of hope in geriatric patients. *Nurs Sci*, **1**(1): 16-26.
- Farran C. J., McCann J. (1989). Longitudinal analysis of hope in community-based older adults. *Arch Psychiatr Nurs*, **3**(5): 272-6.

- Farran C. J., Popovich J. M. (1990). Hope: a relevant concept for geriatric psychiatry. *Arch Psychiatr Nurs*, **4**(2): 124-30.
- Farran C. J., Salloway J. C., Clark D. C. (1990). Measurement of hope in a community-based older population. *West J Nurs Res*, **12**(1): 42-55; discussion 55-9.
- Fehring R. J., Miller J. F., Shaw C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum*, **24**(4): 663-71.
- Fessman N., Lester D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *Int J Aging Hum Dev*, **51**(2): 137-41.
- Fischer K. (1988). Hope never ends: God's promise to the elderly. *Christ Nurs*, **5**: 32-5.
- Fiske A., Gatz M., Pedersen N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, **58**(6): P320-8.
- Forbes M. A. (1999). Hope in the older adult with chronic illness: a comparison of two research methods in theory building. *ANS Adv Nurs Sci*, **22**(2): 74-87.
- Forbes S. (1995). Hope: an essential human need in the elderly. *Gerontol Nurs*, **20**(6): 5-10.
- Fowler S. B. (1995). Hope: implications for neuroscience nursing. *J Neurosci Nurs*, **27**(5): 298-304.
- Fowler S. B. (1997). Hope and a health-promoting lifestyle in persons with Parkinson's disease. *J Neurosci Nurs*, **29**(2): 111-6.
- Frankl V. (1959). *Man's Search for Meaning* Boston, Beacon.
- Fredrick T., Sherman M. D. (2001). *Geriatrics*, **56**: 36-40.
- Friedman B., Conwell Y., Delavan R. L. (2007). Correlates of late-life major depression: a comparison of urban and rural primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, **15**(January (1)): 28-41.
- Fulmer T., Wallace M., Edelman C. L. (2002). *Older adult. Health Promotion*. C. L. Edelman and C. L. Mandle. Toronto, Mosby: 709-44.

- Gallo J. J., Rabins P. V. (1999). Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician*, **60**(3): 820-6.
- Gaskins S., Forte L. (1995). The meaning of hope. Implications for nursing practice and research. *J Gerontol Nurs*, **21**(3): 17-24.
- Geçtan E. (1992). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul, Evrim Matbaacılık.
- Gottschalk L. A., Fronczek J., Buchsbaum M. S. (1993). The cerebral neurobiology of hope and hopelessness. *Psychiatry*, **56**(3): 270-81.
- Göktaş K., Özkan İ. (2006). Yaşlılarda Depresyon. *Psychiatry in Türkiye*, **8**(1): 30-37.
- Gönen E., Hablemitoğlu Ş. (1994). Yaşlıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi: sosyal devlet anlayışında evrensel bir yaklaşım. 2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, *Bildiriler*. Ankara, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını.
- Gueldner S. H., Loeb S., Morris D., Penrod J., Bramlett M., Johnston L., Schlotzhauer P. (2001). A comparison of life satisfaction and mood in nursing home residents and community-dwelling elders. *Arch Psychiatr Nurs*, **15**(5): 232-40.
- Hall A., Wellman B. (1985). Social networks and social support. *Social support and health*. S. Cohen and S. L. Syme. Orlando, Academic Press: 23-42.
- Harris T., Cook D. G., Victor C., DeWilde S., Beighton C. (2006). Onset and persistence of depression in older people--results from a 2-year community follow-up study. *Age Ageing*, **35**(1): 25-32.
- Harris T., Cook D. G., Victor C., Rink E., Mann A. H., Shah S., DeWilde S., Beighton C. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people--a survey of two general practice populations. *Age Ageing*, **32**(5): 510-8.
- Hatcher D., Macdonald J., Bauer C., Wilson C. (1999). Hope who needs it? A study of hope in older people in a residential care facility. *Geriatrics*, **17**(2): 6-12.
- Helgeson V. S. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, **23**(10): 825-845.

- Herbert J. (1997). Fortnightly review. Stress, the brain, and mental illness. *BMJ*, **315**(7107): 530-5.
- Herth K. (1990a). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, **15**(11): 1250-1259.
- Herth K. (1990b). Relationship of hope, coping styles, concurrent losses, and setting to grief resolution in the elderly widow(er). *Res Nurs Health*, **13**(2): 109-17.
- Herth K. (1993a). Hope in older adults in community and institutional settings. *Issues Ment Health Nurs*, **14**(2): 139-56.
- Herth K. (1993b). Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, **18**(4): 538-548.
- Herth K. (1996). Hope from the perspective of homeless families. *Journal of Advanced Nursing*, **24**(4): 743-753.
- Herth K. (1998). Hope as seen through the eyes of homeless children. *Journal of Advanced Nursing*, **28**(5): 1053-1062.
- Herth K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, **32**(6): 1431-1441.
- Herth K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, **16**: 67-72.
- Heuvelen M. G., Kempen G. M., Ormel J., Rispens P. (1998). Physical fitness related to age physical activity in older persons. *Medical Science of Sports Exercise*, **30**(3): 434-441.
- Hill R. D., Gallagher D., Thompson L. W., Ishida T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychol Aging*, **3**(3): 230-2.
- House J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company.
- House J. S., Robbins C., Metzner H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol*, **116**(1): 123-40.

- Huang C. Q., Dong B. R., Lu Z. C., Yue J. R., Liu Q. X. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Res Rev*, **9**(2): 131-41.
- Hupcey J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *J Adv Nurs*, **27**(6): 1231-41.
- Hybels C. F., Blazer D. G. (2002). Racial differences in the increased use of psychotropic medications. *Geriatric Times*, **3**(2).
- Hybels C. F., Blazer D. G. (2005). *Epidemiology of psychiatric disorders*. New York, Lippincott Williams and Wilkins.
- Iang J., Tang Z., Futatsuka M., Zhang K. (2004). Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability: a cohort study of elderly in Beijing, China. *Qual Life Res*. **13**: 1337-1346.
- Irvin B. L., Acton G. J. (1997). Stress, hope, and well-being of women caring for family members with Alzheimer's disease. *Holist Nurs Pract*, **11**(2): 69-79.
- Jongenelis K., Pot A. M., Eisses A. M., Beekman A. T., Kluiters H., Ribbe M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord*, **83**(2-3): 135-42.
- Kerem M., Meriç A., Kırdı N., Cavlak U. (2001). Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Geriatrici*, **4**: 106-112.
- Khorshid L., Eşer İ., Zaybak A., Yapucu Ü., Arslan G., Çınar Ş. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Geriatrici Dergisi*, **7**: 45-50.
- Kim T. S. (1989). Hope as a mode of coping in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurosci Nurs*, **21**(6): 342-7.
- Krause N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. *J Gerontol*, **46**(4): S183-94.
- Kylma J., Vehvilainen-Julkunen K. (1997). Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. *Journal of Advanced Nursing*, **25**(2): 364-371.

- Lampinen P., Heikkinen E. (2003). Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study. *Aging Clin Exp Res*, **15**(3): 205-11.
- Landrum P. A. (1993). Philosophical positions. *Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life Cycle Approach*. R. P. Rawlins, S. R. Williams and B. C. D. St Luis, Mosby: 40-52.
- Leibson C. L., Garrard J., Nitz N., Waller L., Indritz M., Jackson J., Rolnick S. J., Luepke L. (1999). The role of depression in the association between self-rated physical health and clinically defined illness. *Gerontologist*, **39**(3): 291-8.
- Lewis C. B. (2002). Principles and practice in geriatric rehabilitation. *Geriatric Physical Therapy. A Clinical Approach*. J. M. Bottomley. USA, Prentice Hall: 249-287.
- Lynch W. F. (1965). *Images of Hope*. Baltimore, Garamony/Trichemah.
- Magni E., Frisoni G. B., Rozzini R. (1996). Depression and somatic symptoms in the elderly: the role of cognitive function. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **11**: 517-522.
- Mago R., Bilker W., Ten Have T., Harralson T., Streim J., Parmalee P., Katz I. R. (2000). Clinical laboratory measures in relation to depression, disability, and cognitive impairment in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, **8**(4): 327-32.
- Maral I., Aslan S., İlhan M. N., Yıldırım A. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, **12**: 251-259.
- Mayers K., Gardner J. (1992). Hope in a geriatric psychiatric state hospital population: results of a structured interview. *Am J Alzheimer's Care Related Disorders Res* 3-8.
- McCurren C., Dowe D., Rattle D., Looney S. (1999). Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. *Appl Nurs Res*, **12**(4): 185-95.
- Meeks S., Tennyson K. B. (2003). Depression, hopelessness, and suicidal ideation in nursing home residents. *Journal of Mental Health and Aging*, **9**: 85-96.

- Miller J. (1983). Inspiring hope. Coping with Chronic Illness. J. Miller. Philadelphia, Overcoming Powerlessness: 287-99.
- Miller J. F. (1991). Developing and maintaining hope in families of the critically ill. AACN Clin Issues Crit Care Nurs, **2**(2): 307-15.
- Montross L. P., Depp C., Daly J., Reichstadt J., Golshan S., Moore D., Sitzer D., Jeste D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. Am J Geriatr Psychiatry, **14**(1): 43-51.
- Moore S. (2005). Hope makes a difference. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, **12**(1): 100-105.
- Moos R. H., Schutte K. K., Brennan P. L., Moos B. S. (2005). The interplay between life stressors and depressive symptoms among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, **60**(4): P199-206.
- Morse J. M., Doberneck B. (1995). Delineating the concept of hope. Image J Nurs Sch, **27**(4): 277-85.
- Morse J. M., Penrod J. (1999). Clinical scholarship. Linking concepts of enduring, uncertainty, suffering, and hope. Image: Journal of Nursing Scholarship, **31**(2): 145-150.
- Neufeld E., O'Rourke N., Donnelly M. (2010). Enhanced measurement sensitivity of hopeless ideation among older adults at risk of self-harm: Reliability and validity of Likert-type responses to the Beck Hopelessness Scale. Aging Ment Health, **14**(6): 752-6.
- Ng T. P., Broekman B. F., Niti M., Gwee X., Kua E. H. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. Am J Geriatr Psychiatry, **17**(5): 407-16.
- Nicolas A., Dorey J. M., Charles E., Clement J. P. (2010). [Sleep and depression in elderly people]. Psychol Neuropsychiatr Vieil, **8**(3): 171-8.
- NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life (1992). Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA, **268**(8): 1-18-1024.
- Ormel J., Kempen G. I., Deeg D. J., Brilman E. I., van Sonderen E., Relyveld J. (1998). Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older

people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc*, **46**(1): 39-48.

Osborn D. P., Fletcher A. E., Smeeth L., Stirling S., Bulpitt C. J., Breeze E., Ng E. S., Nunes M., Jones D., Tulloch A. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*, **18**(7): 623-30.

Oslin D. W., Streim J., Katz I. R., Edell W. S., TenHave T. (2000). Change in disability follows inpatient treatment for late life depression. *J Am Geriatr Soc*, **48**(4): 357-62.

Owen D. (1989). Nurses' perspectives on the meaning of hope in patients with cancer: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum*, **16**(1): 75-9.

Özer S. (2006). İleri Geriatri Hemşireliği. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. Ç. Fadılloğlu. İzmir, Meta Basım: 35-48.

Özmenler K. N. (2001). Yaşlılık Çağı Depresyonları. Ankara, Duygu Durum Dizisi.

Papadopoulos F. C., Petridou E., Argyropoulou S., Kontaxakis V., Dessypris N., Anastasiou A., Katsiardani K. P., Trichopoulos D., Lyketsos C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry*, **20**(4): 350-7.

Pearsall J. (1998). *The New Oxford Dictionary of English*. Oxford, Clarendon Press.

Penninx B. W., Leveille S., Ferrucci L., van Eijk J. T., Guralnik J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*, **89**(9): 1346-52.

Pilkington F. B. (1999). A qualitative study of life after stroke. *J Neurosci Nurs*, **31**(6): 336-47.

Pipinelli A. (2006). Psychological variables and depression among nursing home and adult care facility residents. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. **66**(8-B): 4496.

- Pollock B. (2000). Clinical update: how to recognize and treat depression in older patients.. Interview by Marc E. Webster. *Geriatrics*, **55**(1): 67-8, 71-4, 79.
- Prince M. J., Beekman A. T., Deeg D. J., Fuhrer R., Kivela S. L., Lawlor B. A. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO- D Scale Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry*, **174**: 339-345.
- Quine S., Morrell S. (2009). Hopelessness, depression and oral health concerns reported by community dwelling older Australians. *Community Dent Health*, **26**(3): 177-82.
- Raleigh E. D. (1992). Sources of hope in chronic illness. *Oncol Nurs Forum*, **19**(3): 443-8.
- Ramachadran V., Menon M. S., Aruganiri S. (1982). Socio cultural factors in late onset depression. *Indian Journal of Psychiatry*, **24**(3): 268-273.
- Rawlins R. P., Williams S. R., Beck C. D. (1993). *Mental Health Psychiatric: A Holistic Life Cycle Approach*. St.Luis, Mosby.
- Reichstadt J., Depp C. A., Palinkas L. A., Folsom D. P., Jeste D. V. (2007). Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry*, **15**(3): 194-201.
- Rideout E., Montemuro M. (1986). Hope, morale and adaptation in patients with chronic heart failure. *J Adv Nurs*, **11**(4): 429-38.
- Roberson T., Lichtenberg P. A. (2003). Depression social support, and functional abilities: Longitudinal findings. *Clinical Gerontologist*, **26**(3/4): 55-67.
- Roberts S. L., Johnson L. H., Keely B. (1999). Fostering hope in the elderly congestive heart failure patient in critical care. *Geriatr Nurs*, **20**(4): 195-9.
- Rowe J. W., Kahn R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, **37**(4): 433-40.
- Schoevers R. A., Geerlings M. I., Beekman A. T., Penninx B. W., Deeg D. J., Jonker C., Van Tilburg W. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry*, **177**: 336-42.

- Schwenk T. L. (2002). Diagnosis of late life depression: the view from primary care. *Biol Psychiatry*, **52**(3): 157-63.
- Segal D. L. (2005). Relationships of assertiveness, depression, and social support among older nursing home residents. *Behav Modif*, **29**(4): 689-95.
- Shore H., Price L. C. (1985). Special housing needs of the elderly patient. *Am Fam Physician*, **31**(6): 121-5.
- Shulman K. I. (1989). Conceptual problems in the assessment of depression in old age. *Psychiatr J Univ Ott*, **14**(2): 364-6; discussion 370-1.
- Snyder C. R., Harris C., Anderson J. R., Holleran S. A., Irving L. M., Sigmon S. T., Yoshinobu L., Gibb J., Langelle C., Harney P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*, **60**(4): 570-85.
- Staats S. (1991). Quality of life and affect in older persons: Hope, time frames and training effects. *Current Psychology: Research & Reviews*, **10**: 21-30.
- Staples P., Jeffrey J. (1997). Quality of life, hope, and uncertainty of cardiac patients and their spouses before coronary artery bypass surgery. *Can J Cardiovasc Nurs*, **8**(1): 7-16.
- Stek M. L., Gussekloo J., Beekman A. T., van Tilburg W., Westendorp R. G. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord*, **78**(3): 193-200.
- Stephenson E. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Adv Nurs*, **16**: 1456-61.
- Stotland E. (1969). *The Psychology of Hope*. San Francisco, Jossey Vas.
- Suen L. J., Tusaie K. (2004). Is somatization a significant depression symptom in older Taiwanese Americans? *Geriatric Nursing*, **25**(3): 157-163.
- Şahin E. M., Yalçın M. M. (2003). Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Geriatrici*, **6**: 10-13.
- Şeref G., Koçyiğit H., Erol A., Bay H. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirtiler. *Geriatrici*, **3**: 133-140.
- Tamam L., Öner S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, **1**: 50-60.

Terakye G. (1989). Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik saygısının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **5**: 15-24.

Tintle N., Bacon B., Kostyuchenko S., Gutkovich Z., Bromet E. J. (2011). Depression and its correlates in older adults in Ukraine. *Int J Geriatr Psychiatry*.

Tobin S. S., Neugarten B. L. (1961). Life satisfaction and social interaction in the aging. *J Gerontol*, **16**: 344-6.

Tougas F., Lagace M., de la Sablonniere R., Kocum L. (2004). A new approach to the link between identity and relative deprivation in the perspective of ageism and retirement. *Int J Aging Hum Dev*, **59**(1): 1-23.

Türk Dil Kurumu. (2011). "Büyük Türkçe Sözlük."

Udelman D. L., Udelman H. D. (1985a). A preliminary report on anti-depressant therapy and its effects on hope and immunity. *Social Science & Medicine*, **20**: 1069-1072.

Udelman D. L., Udelman H. D. (1991). Affects, neurotransmitters, and immunocompetence. *Stress Medicine*, **7**: 159-162.

Udelman H. D., Udelman D. L. (1985b). Hope as a factor in remission of illness. *Stress Medicine*, **1**: 291-294.

Use a. Depression.

van Tilburg T., Havens B., de Jong Gierveld J. (2004). Loneliness among older adults in The Netherlands, Italy, and Canada: a multifaceted comparison. *Can J Aging*, **23**(2): 169-80.

Vankova H., Holmerova I., Janechova H. (2007). Unrecognized depression in older adults living in residential care facilities. *Advances in Gerontology*, **20**: 3.

Vaux A. (1988). Conceptualizing social support. *Social support: Theory, research, and intervention*. New York, Praeger Publishers.

Vergare M. J. (1997). Developments of late-life transitions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **61**(2): 240-248.

Wada T., Ishine M., Sakagami T., Kita T., Okumiya K., Mizuno K., Rambo T. A., Matsubayashi K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of

community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr*, **41**(3): 271-80.

Wada T., Ishine M., Sakagami T., Okumiya K., Fujisawa M., Murakami S., Otsuka K., Yano S., Kita T., Matsubayashi K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly--prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr*, **39**(1): 15-23.

Wall L. M. (2000). Changes in hope and power in lung cancer patients who exercise. *Nurs Sci Q*, **13**(3): 234-42.

Watson L. C., Pignone M. P. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract*, **52**(12): 956-64.

Weil C. M. (2000). Exploring hope in patients with end stage renal disease on chronic hemodialysis. *Nephrol Nurs J*, **27**(2): 219-24.

Wethington E., Kessler R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *J Health Soc Behav*, **27**(1): 78-89.

WHO (2004). "World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population". <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en/>.

WHO. (1989). *Health of Edlerty*. Geneva.

Williamson G. M., Schulz R. (1992). Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychol Aging*, **7**(3): 343-51.

Winters C. A., Cudney S., Sullivan T. (2010). Expressions of depression in rural women with chronic illness. *Rural Remote Health*, **10**(4): 1533.

World H. O. "World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population." from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en/>.

Yücel H., Kayıhan H. (2007). Effect of geriatric depression on physical performance. *Advances in Gerontology*. VI. European Congress, St.Petersburg Russia. **3**: 324.

Yüksel N. (1998). Yaşlılık çağı depresyonları. *Turkish Journal of Geriatrics*, **1**(1): 19-23.

10.EKLER

EK 1

TANITICI BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız:**.....
2. **Cinsiyetiniz:**
 - 1.1. Kadın
 - 1.2. Erkek
3. **Medeni haliniz:**
 - 1.1. Evli
 - 1.2. Bekar
 - 1.3. Boşanmış
4. **Eğitim durumunuz/ okur yazar mısınız?**
 - 1.1. Okur yazar
 - 1.2. Okur yazar değil
 - 1.3. İlkokul
 - 1.4. Ortaokul
 - 1.5. Lise
 - 1.6. Yüksek okul/ üniversite
5. **Mesleğiniz:**
 - 1.1. İşçi
 - 1.2. Öğretmen
 - 1.3. Hekim
 - 1.4. Serbest meslek
 - 1.5. Emekli
 - 1.6. Diğer:.....
6. **Gelir kaynağınız:**
 - 1.1. Kurumdan maaş alıyorum....
 - 1.2. Yaşlılık maaşı alıyorum.....
 - 1.3. Emekli maaşı alıyorum...
7. **Yaşadığınız/ kaldığınız ortamdan memnun musunuz?**
 - 1.1. Evet
 - 1.2. Hayır
8. **Çocuk sahibi misiniz?**
 - 1.1. Evet
 - 1.2. Hayır
9. **Kronik hastalığınız var mı?**
 - 1.1. Evet
 - 1.2. Hayır
10. **Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz ilaçlarınız var mı?**
 - 1.1. Evet
 - 1.2. Hayır

EK 2**UMUT ÖLÇEĞİ**

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1. Sıkıntılı bir durumdan kurtulmak için pek çok yol düşünebilirim.				
2. Enerjik bir biçimde amaçlarıma ulaşmaya çalışırım.				
3. Çoğu zaman kendimi yorgun hissedirim.				
4. Herhangi bir problemin pek çok çözüm yolu vardır.				
5. Tartışmalarda kolaylıkla yenik düşerim.				
6. Sağlığım için endişeliyim.				
7. Benim için çok önemli olan şeylere ulaşabilmek için çeşitli yollar düşünebilirim.				
8. Başkalarının pes ettiği durumlarda bile, sorunu çözecek bir yol bulabileceğimi bilirim.				
9. Geçmiş yaşantıları beni geleceğe iyi biçimde hazırladı.				
10. Hayatta oldukça başarılı olmuşumdur.				
11. Genellikle endişelenecek bir şeyler bulurum.				
12. Kendim için koyduğum hedeflere ulaşıyorum.				

EK 3

DARÜLACEZE KURUMU İÇİN İZİN BELGESİ



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 163
KONU:

20.11.2009

DARÜLACEZE MÜESSESİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Didem GÖZLETEN' in Prof.Dr.Mert SAVRUN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Huzurevinde Kalan Yaşlılar Ve Yaşamını Kendi Başına İdame Ettirebilen Yaşlıların Ümit Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu araştırmasının anketlerini kurumunuzda uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

T.C.
Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü
Basın ve Halkla İlişkiler
Kaydedilmiştir.
Sayı : 23/11/09
Ek : 1

GENEL EVRAK SAYI : 3545 TARİH : 20.11.2009 EKİ :
..BASIN VE HALKLA İLİŞKİLER ..ŞB..MÜD. Gereği rica ederim. 20.11.2009 Müdür Yardımcısı

S.N. İLKE YURTSEVER

Basın ve Halkla İlişkiler
Şube Müdürü
Selda ARSLAN

Büyükdere Cad. No: 101 Mecidiyeköy - İstanbul
Tel: (0212) 275 20 20- 444 25 42
e-mail : info@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Didem GÖZLETEN
Doğum Yeri ve Tarihi : Fatih/İSTANBUL- 08.03.1985
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : didem34336@gmail.com

Tel

Eğitim ve Akademik Durum

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Büyükşehir Hüseyin Yıldız Anadolu Lisesi	2003
Lisans	İstanbul Üni. Bakırköy Sağlık Meslek Yüksekokulu	2007

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (yıl-yıl)
	Ethica İncirli Hastanesi Acil Servisi /İSTANBUL	2007-2009
	Ethica İncirli Hastanesi Süpervisör Hemşire /İSTANBUL	2009-.....

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Psikiyatri Hemşireliği Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar

Çocuk Ruh Sağlığına Yönelik Hizmet Alanlarını Gözden Geçirme (Poster)
III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi / 2009