

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI / KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI

YAŞLILIKTA BİLİŞSEL İŞLEVLER, EMPATİK EĞİLİMLER VE
DEPRESYON BELİRTİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BUKET ALTUK

ANKARA- 2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI / KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI

YAŞLILIKTA BİLİŞSEL İŞLEVLER, EMPATİK EĞİLİMLER VE
DEPRESYON BELİRTİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BUKET ALTUK

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ŞENNUR TUTAREL KIŞLAK

ANKARA-2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI / KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI

YAŞLILIKTA BİLİŞSEL İŞLEVLER, EMPATİK EĞİLİMLER VE
DEPRESYON BELİRTİLERİ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şennur TUTAREL KIŞLAK

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

Tez Sınavı Tarihi

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(...../...../200...)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

İmzası

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmamın her aşamasında desteğini ve ilgisini eksik etmeyen, beni başaracağıma inandıran, rahatlatan tavrıyla karşılaştığım sorunları çözmemi kolaylaştıran, güler yüzlü hocam Doç.Dr. Şennur Tutarel Kışlak'a sonsuz teşekkürler.

Tez çalışmamın analiz aşamasında değerli bilgilerini esirgemeyen sevgili hocalarım Yard. Doç. Dr. Derya Hasta ve Doç. Dr. Nilhan Sezgin'e çok teşekkür ederim. Çalışmamın veri toplama aşamasında gerekli izni veren T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'ne, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Emekli Sandığı 75. Yıl Dinlenme ve Bakımevi Genel Müdürlüğü'ne, Keçiören Belediyesi Güçsüzler Yurdu Müdürlüğü'ne teşekkür ederim. Ayrıca yine veri toplama aşamasında yardımlarını eksik etmeyen Nöroloji Uzmanı Dr. Mithat Uysal'a ve tüm katılımcılara zaman ayırıp emek verdikleri için çok teşekkür ederim.

Son olarak tez çalışmam boyunca beni rahatlatan ve ellerinden geleni fazlasıyla yapan anneme, babama, ağabeyime ve hayatımıza girerek mutluluk getiren, ailemizin parçası, güzel insan Gamze Altuk'a hayatımın her anında beni destekledikleri için sonsuz teşekkürler.

Her zaman olduğu gibi tez çalışmamda da yanımda olan, sevgisi ve her türlü desteğiyle bana güç veren müstakbel eşim Mehmet Tekin Ünver'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
1.1.Yaşlılığa Genel Bakış	3
1.1.1.Yaşlılığın Tanımı	3
1.1.2.Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Artışı	4
1.2.Yaşlılık Kuramları	5
1.2.1.Yaşlılık Üzerine Biyolojik Kuramlar	5
1.2.2. Yaşlılık Üzerine Toplumsal Kuramlar.....	8
1.2.3. Yaşlılık Üzerine Psikolojik Kuramlar	11
1.3.Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler	14
1.3.1.Yaşlılıkta Fiziksel Değişiklikler	14
1.3.2.Yaşlılıkta Psiko-Sosyal Değişiklikler	15
1.3.2.1.Yaşlılık Döneminde Kişilerarası İlişkiler	18
1.4.Yaşlılık Dönemindeki Bilişsel İşlevler ve İşlevleri Etkileyen Etmenler	21
1.4.1.Zeka	26
1.4.2.Dikkat	30
1.4.3.Bellek	31
1.4.4.Yürütücü İşlevler	34
1.5.Yaşlılıkta Bilişsel İşlevlerin Ölçümü	36
1.5.1. Genel Tarama Testleri	36
1.5.2. WAIS-R Yargılama Alt Ölçeği Testi	38
1.5.3. WAIS-R Sayı Dizisi Alt Ölçeği Testi	40
1.6.Yaşlılıkta Depresyon	45

1.6.1. Depresyon Tanımı	45
1.6.2. Depresyonun Epidemiyolojisi	46
1.6.3. Depresyonun Etiyolojisi ve Genetik Etkenler	47
1.6.3.1. Biyokimyasal Etkenler	48
1.6.3.2. Psiko-sosyal Etkenler	48
1.7. Bilişsel İşlevler Bağlamında Depresyon	53
1.8. Empatik Eğilim Bağlamında Depresyon	60
1.9. Araştırmanın Amacı ve Soruları	66
2. YÖNTEM	67
2.1. Örneklem	67
2.2. Veri Toplama Araçları	69
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu	69
2.2.2. Standardize Mini Mental Test	70
2.2.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği	71
2.2.4. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ)	72
2.2.5. WAIS-R Yargılama Alt Testi	73
2.2.6. WAIS-R Sayı Dizisi Alt Testi	75
3. BULGULAR	76
3.1. GDÖ Toplam Puanı ve Sosyodemografik Değişkenler Arası Korelasyonlar	77
3.2. GDÖ Toplam Puanı ve WAIS-R/ Yargılama, Düz Sayı Dizisi, Ters Sayı Dizisi, Toplam Sayı Dizisi Alt Testleri, Empatik Eğilim Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar	78

3.3.Regresyon Analizi Sonuçları	79
3.4.GDÖ'den Yüksek ve Düşük Puan Alan Grupların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması	81
3.5.Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin GDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	83
3.6. Cinsiyete Göre Yaşlı Bireylerin GDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	84
4.TARTIŞMA	85
4.1.Korelatif Bulgular ile Depresyon Belirtilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması	85
4.2.Geriatrik Depresyon Ölçeğinden Yüksek ve Düşük Puan Alan Grupların Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	98
4.3. Huzurevinde Kalan ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Depresyon Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	104
4.4. Cinsiyete Göre Yaşlı Bireylerin Depresyon Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	105
4.5.Araştırmanın Sonuçları	107
4.6.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	109
5. ÖZET	112
6. ABSTRACT	114
7. KAYNAKÇA	116

TABLÖLAR

Tablo 2.1. Katılımcılara ilişkin çeşitli demografik değişkenler	68
Tablo 3.1. GDÖ toplam puanı ve sosyodemografik değişkenler arasındaki korelasyonlar	77
Tablo 3.2. GDÖ toplam puanı ile WAIS-R /yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi, empatik eğilim ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar..	78
Tablo 3.3. GDÖ puanlarını yordayan değişkenler	80
Tablo 3.4. Düşük ve yüksek GDÖ puanlı grupların, WAIS-R/ yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt testleri, SMMT ve empatik eğilim ölçekleri açısından karşılaştırılması	82
Tablo 3.5. Huzurevinde kalan ve evde kalan yaşlı bireylerin GDÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları	83
Tablo 3.6. Cinsiyete göre GDÖ toplam puanlarına ilişkin t testi sonuçları	84

EKLER

EK 1. Onam Formu	148
EK 2. Kişisel Bilgi Formu (Evde Kalan Yaşlılar İçin)	150
EK 3. Kişisel Bilgi Formu (Huzurevinde Kalan Yaşlılar İçin)	153
EK 4. Standardize Mini Mental Test	156
EK 5. Geriatrik Depresyon Ölçeği	157
EK 6. Empatik Eğilim Ölçeği	158
EK 7. WAIS-R Yargılama Alt Testi	159
EK 8. WAIS-R Sayı Dizisi Alt Testi	160

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Günümüzde teknolojik gelişmeler ve ilerleyen tıpla birlikte ortalama yaşam süresi artmaya başlamıştır. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık oranındaki artış yaşlılığa bağlı sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaşlılık döneminde önemli bir sağlık sorunu olan depresyon, bu yaş döneminde en sık karşılaşılan ruhsal sorundur.

Sıklığı ve süresi yaşla birlikte artan depresyonun, yineleyici olması ve uzun bir tedavi süresi gerektirmesi hastalığın ciddiyetini ortaya koymaktadır. Oysa yaşlılardaki depresyon belirtileri yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak değerlendirilebilmektedir. Bu durum yaşlılarda depresyon tanısını zorlaştırmaktadır. Depresyon tablosuna bilişsel işlevlerde yetersizlik eklenmedikçe yaşlı birey tedavi edilmeden doğal seyrine bırakılabilmektedir.

Depresyon gibi bilişsel bozukluklar da yaşlılık dönemi sorunları arasındadır ve her iki bozukluk birbiriyle oldukça sık karıştırılabilmektedir. Depresyonu olan bireylerin bilişsel işlevler açısından birtakım sorunlar yaşadıkları bilinmektedir; fakat depresyon belirtileri ile bilişsel bozukluk kavramlarının netleştirilmesi gerekmektedir. Yaşlılık döneminde depresyon ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin yeterince açık olmadığı pek

çok çalışmada yer almakta ve literatürde bu konuda önemli bir açık bulunmaktadır.

Yaşlı bireylerde depresyon sosyal desteğin yetersizliği gibi psikososyal etkenlerle de ilişkilidir. Yaşlılık döneminde görülen eş ve akran kaybı bireyi yalnızlığa itebilmektedir. Yaşlı bireyin yalnızlık duygusu yaşamasında empatik eğilimlerinin yüksek olması da etkili olabilmektedir. Günlük yaşamda empatik davranışta bulunma eğilimini ifade eden empatik eğilimin fazla olması, bireyi olaylar karşısında yanlış yorumlar yapmaya itebilmektedir; örneğin karşısındakini nasıl üzmüş olabileceğini düşünerek gerçekçi olmayan bir suçluluk duygusuna kapılabilmektedirler. Oluşan suçluluk duygusu ise bireyin depresyonunu kronik hale getirebilir.

Yaşlılık dönemi dinamizmin yerini durağanlığın aldığı bir dönemdir. Eski alışkanlıklardan kopamayan ve yeniliklere kaygıyla yaklaşan yaşlı bireyin sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşayarak; suçluluk duygusuna kapılması beklenebilir bir durum olmakla birlikte; depresyonu kaçınılmaz hale de getirebilir.

Tüm bunların yanında yaşlı bireyin geleceğe yönelik beklentisinin olması, kronik hastalığa sahip olması, düzenli egzersiz yapması, huzurevinde ya da kendi evinde kalıyor olması, önceki mesleğinin statüsü ile ilgili algısı gibi önemli değişkenler de yaşlı bireyin depresyonu hakkında bilgi verebilir.

Literatüre bakıldığında depresyonu olan yaşlı bireyin bilişsel işlevleri hakkında tutarlı bir bulgunun olmadığı ve yaşlı bireylerin empatik eğilimlerinin ve bunun depresyonla olan ilişkisinin ele alınmadığı görülmektedir. Bu çalışma yaşlılık depresyonunun daha kapsamlı olarak ele alınması amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya huzurevinde ve evde kalan 65-74 yaş aralığındaki yaşlılar katılmıştır. Araştırmanın amacı yaşlıların cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri, bilişsel işlevleri, empatik eğilimleri ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri belirlemektir.

1.1. Yaşlılığa Genel Bakış

1.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü Psikogeriatriden Bilim Grubu yaşlılık dönemini geçmiş dönemlere göre fiziksel ve mental yetersizlik olarak tanımlar ve yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü olarak kabul eder (Moussavi ve ark., 2007). Yaşlılıkta üç evre vardır: 65-75 yaş arası erken yaşlılık evresi, 75-85 yaş arası orta yaşlılık evresi ve 85 yaş ve üzeri ileri yaşlılık evresi (Tümerden, 2006). Yaşlılığın diğer yaşam dönemlerinden farkı, fiziksel ve zihinsel işlevlerdeki yetersizlik, statü kaybı, bağımlılık ve kaza riskinin artması,

beraberinde pek çok kronik hastalığın bulunmasıdır (Güleç ve Tekbaş, 1997).

1.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Artışı

20. yy’da doğurganlık oranındaki düşme, yeterli ve sağlıklı beslenmeyle ilgili gelişmeler, sağlık alanındaki gelişmeler ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü insanların daha uzun bir ömür sürmelerini sağlamıştır. Bu durum dünyada yaşlı nüfus oranının giderek artmasını beraberinde getirmiştir. Böylece 1950’de 200 milyon olan 60 yaş üstü nüfus, 2000’de 400 milyonu bulmuştur. Bu sayının 2025’te 1.100 milyara, 2050’de ise 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Nüfusta yer alan yaşlı oranının toplumun gelişim basamağını gösterdiği düşünülmektedir. Toplum; yaşlı nüfus oranı %4’ten az olduğunda genç, %4-7 arasında olduğunda erişkin, %7-10 arasında olduğunda yaşlı olarak nitelenmektedir. Ancak yaşlı nüfusu bağımlılık ve üretimde kısıtlılık olarak değerlendiren ekonomistler, bu gruptaki artışı ekonomi açısından bir tehdit olarak algılamaktadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önümüzdeki 25 yılda 65 yaş üzerindeki insan sayısının % 85 artarken çalışan nüfusun ancak % 45 artabileceğini tahmin etmekte ve bu duruma ilişkin planların hazırlanmasına çalışmaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004).

Türkiye’de 2000 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonuçlarına göre, 3.858.949 olan 65 ve üstü yaş, toplam nüfusun %5.7’sini oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) göre, 2010 yılında Türkiye nüfusunun %7’si 65 yaş ve üstünü oluştururken, 2050 yılına gelindiğinde yaklaşık 16 milyon civarında yaşlı olacağı bildirilmektedir (www.tuik.gov.tr). Günümüzde dünya üzerindeki toplam nüfusun %10’u 65 ve yukarı yaşlardaki nüfusu oluştururken, 2050’de bu oranın %16’nın üzerine çıkması beklenmektedir (Koroğlu ve Güleç, 1998).

1.2. Yaşlılık Kuramları

1.2.1. Yaşlılık Üzerine Biyolojik Kuramlar

Biyolojik yaşlanma kuramlarının amacı, nasıl ve neden yaşlandığımızı, yaşlanmaya neden olan özgül biyolojik mekanizmaların neler olduğunu incelemektir. Yaşlılık sürecinin birden çok nedenle ortaya çıkması çok fazla biyolojik yaşlanma kuramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Goldsmith, 2011).

Yaşlılıkla ilgili biyolojik kuramlardan bazılarını aşağıda yer verilmektedir:

Aşınma ve Yıpranma Kuramı: August Weismann tarafından 1882’de öne sürülen bu kurama göre, uzun yıllar çalışan organizmanın aşınma ve yıpranması sonucunda yaşlanma gerçekleşmektedir. Organizma, aşınma ve yıpranmayı telafi edemeyecek boyuta ulaştığında yaşlanma süreci başlamaktadır (Klatz ve Goldman, 1997).

Oto-Bağışıklık (autoimmune) Kuramı: Bu kurama göre yaşlılık, bağışıklık sisteminin işleyişindeki kusurdan kaynaklanmaktadır. Bağışıklık sistemi zamanla yetersiz hale gelerek sadece yabancı protein, bakteri ve virüse saldırmamakta; aynı zamanda vücudun kendi hücrelerine saldırmaktadır. Sonuç olarak bireyin birçok hastalığa yakalanması kolaylaşmaktadır. Oto-bağışıklık kuramı kanser, diyabet ve romatizma gibi hastalıkların yaşla birlikte artmasını bu duruma bağlamaktadır (Morris, 1987).

Çapraz Bağlantı (cross-linkage) Kuramı: Deride, kan damarlarında ve organların yapısında bulunan kolajen, vücut proteinlerinin % 25’ini oluşturmaktadır. Bu kurama göre bağlayıcılık görevi yapan kolajen yaşa bağlı olarak değişikliğe uğrar ve hücrelerin yapısını bozar. Örneğin, vücut derisinin kırışmasına, damarların esnekliğini yitirmesine neden olur. Sonuçta bu kolajenler vücutta çok fazla birikerek yaşlanmaya yol açar (Onur, 2004).

Genetik Programlama: Bu kurama göre biyolojik özellikleri belirleyen genler gibi yaşlanma sürecini başlatan genler de bulunmaktadır. Dış faktörlerden etkilenemeyen bu programlı genler, canlının ne zaman yaşlanacağını ve sürecin nasıl işleyeceği belirlemektedir (Brown, 2000).

DNA'nın onarımı: Bu kuram yaşlanmanın sebebi olarak DNA hasarını öne sürmektedir. DNA'da hasar olduğunda tamir enzimleri bulunmazsa hücre işlevini kaybetmektedir. DNA'yı onarma yeteneği azaldıkça nöronlarda çok sayıda yıkım oluşmaktadır. Sonuç olarak yaşlanma DNA'nın biriktirdiği yıkımların depolanması şeklinde ortaya çıkmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte kanser riskinin artması da biriken DNA mutasyonuna ve bağışıklık sisteminin azalan işleyişine bağlanmaktadır (Cankurtaran, 2005).

Kopya yanlışlarının birikmesi: Her hücrede protein sentezi gerçekleşir; fakat bu sentezler esnasında birtakım yanlışlıklar yapılabilir. Bu yanlışlar sonraki senteze katılarak daha büyük bir yanlışla neden olur. Bu kurama göre yaşlılık, yapılan yanlışların yıkıma yol açacak oranda birikmesine ve sonuçta hücrelerin normal işlevlerini yapamamasına dayanmaktadır (Onur, 2000).

Metabolik artıklar: Metabolizmanın artık ürünleri hücreleri giderek zehirler ya da işlevlerini bozar. Metabolizmadaki bu değişimler hücrelerdeki protein moleküllerinin yapısını değiştirir. Sonunda kalıcı bağlar oluşturan moleküller gitgide nkatılarak uygun işlev yapamaz, onarılmaz hale gelir ve yaşlanma sürecini başlatır (Onur, 2000).

1.2.2. Yaşlılık Üzerine Toplumsal Kuramlar

Toplumsal yaşlanma kuramları, yaşlı bireylerin toplum içindeki davranış ve durumlarını açıklamaya çalışırken aynı zamanda toplumun yaşlı bireylerle olan ilişkisini incelemektedir. Buna göre formüle edilmiş toplumsal yaşlanma kuramlarının bazıları şunlardır:

Kopma-Ayrışma (disengagement) Kuramı: Elanie Cumming ve William Henry tarafından 1961'de geliştirilen kopma-ayrışma kuramı, yaşlandıkça bireyin ilişkiyi kesme ve geri çekilmeye yönelik temel bir eğiliminin olduğunu ve bunu destekler biçimde toplumun da yaşlanan bireyi reddetme yönünde bir eğilimi bulunduğunu savunur. Birey gitgide toplumla olan sınırlarını daraltır; kendi içine döner. Bu süreç hem birey hem de toplum açısından kaçınılmaz ve işlevseldir. Örneğin ölüme hazırlanma sürecinde, birey ve toplum kademeli olarak birbirinden ayrışır. Bu durum bireyi rahatsız etmez ya da ruhsal sorunlara itmez. Aksine kopma-ayrışma doğal bir süreçtir ve bireyin dikkatinin kendi iç dünyasına yönelmesine izin verir. Böylelikle bireyin ölümü karşılaması kolaylaşır. Toplum da kendi yönünden ilişki kesmeyi destekler; çünkü

yaşlıların geliştirdiği birtakım işlevleri gençler devralabilir. Bu kurama göre ayrışma-kopma kültürden bağımsızdır; fakat ifade ediliş tarzı kültürel sınırlar kapsamında gerçekleşmektedir (Tornstam, 1989).

Aktivite (activity) Kuramı: Aktivite kuramı yaşlanmayı biyopsikososyal açıdan ele alan ilk toplumsal kuramdır. Bu kurama göre toplumda üretken bir rol üstlenip aktif olmayı sürdürmenin mutluluğu ve sağlığa olan yararı, yaşlılarda ve daha genç yetişkinlerde aynıdır. Aktivite kuramı, iş gücü bakımından üretken rol ve tüketici rol arasında net bir ayrım ortaya koymaktadır. Buna göre gönüllü olma rolü, aile rolleri vb üretken roller olduğu sürece birey izolasyon yaşamamaktadır (Kelly ve ark., 1987). Tüm bu süreç yaşlı bireyler için de geçerlidir. Kurama göre yetişkinlik döneminde sahip olunan psikolojik ve sosyal gereksinimlerin aynısına yaşlılık döneminde de ihtiyaç vardır. Bu nedenle yaşlanan birey sosyal aktivitelerini devam ettirmek ister. Birey sosyal aktivitelerini devam ettirdiği takdirde başarılı yaşlanma gerçekleşir (Diener, 1984).

Rol bırakma kuramı (role exit theory): Rol bırakma kuramı daha çok sosyal perspektiften ele alınsa da aslında aktivite kuramı ile aynıdır. Rol bırakma veya rollerin son bulması (eşin kaybı, emekliye ayrılmak, çocukların evden ayrılması ve yakın arkadaşın kaybı gibi) durumunda bireyin anlamlı sosyal etkileşimlerini devam ettirmesi ve sosyal çevrenin küçülmesini önlemek için yeni roller ve ilgi alanları oluşturması gerekmektedir (Hao, 2007).

Toplumsal değiş tokuş kuramı (social exchange theory): Toplumsal değiş tokuş kuramına göre kişilerarası ilişkiler karşılıklı ödül ve bedel alışverişiyle bişimlenmektedir. Bireyler sosyal ilişkilerden memnuniyet, tatmin olma, hoşnutluk gibi ödüller elde etmek için faydalanırlar. Sosyal ilişkilerde ödenen bedel ise olumsuz deneyimler veya yatırım yapılmış bir ilişkiden vazgeçmeyi içerebilir (Cropanzano ve Mitchell, 2005). Bu kuram yaşlılığa da uygulanabilir. Endüstrileşmiş toplumlarda yaşlıların daha önce sahip oldukları beceriler teknolojik gelişmelerle birlikte giderek önemini yitirmektedir. Bu durum onların pazarlık etme gücünü yitirmesine ve toplum tarafından yararlanabilirliklerini arttırmasına yol açar. Örneğin yaşlı işçiler iş sahasından çekilerek toplumsal güvenlik ve tıbbi hizmet alanına yönelmekte; böylelikle toplumun lehine bir değiş tokuş gerçekleşmektedir. Toplumsal değiş tokuş kuramı, modernleşme ile yaşlılık statüsü arasında bulunan karşıt ilişkiye dayanmaktadırlar (Onur, 2004).

Yaş Grubu Tabakalaşması (Age-Stratification) Kuramı: M. Riley tarafından geliştirilen kuram sosyolojik açıdan yaşın, insan yaşamı ve değişen sosyal yapılar arasındaki etkileşimi anlayabilmek için analitik bir ereve sağladığını savunur. Bu kuram sosyal bir süreç olarak bireyi yaşına, sosyal niteliklerine ve sosyal sınıf özelliklerine göre tabakalaştırarak belirli kategoriler çerçevesinde ele almayı amaçlamaktadır. Çocuklar, gençler, yetişkinler ve yaşlılar gibi bir ayırım, yaş grubu tabakalaşmasına örnek olabilir (Rilley, 1997; Yahyagil, 1996).

Etiketleme (Labeling) Kuramı: J. Zusman, J. Kuypers ve V. Bengtson tarafından geliştirilen bu kuram sosyo-psikolojik bir yaklaşımla bireylerin geliştirmiş oldukları

benlik, kişilik yapısı ile toplumsal ilişkiler arasındaki bağıntıdan yola çıkarak açıklamalar getirmektedir. Her bireyin topluma karşı yerine getirmesi gereken birtakım rol ve sorumlulukları vardır (Yahyagil, 1996). Kurama göre insanlar beklenen davranışların dışına çıktığında, diğerlerinin tepkisi o kişiyi korumak adına sapmayı yadsımaktadır (Doğan ve Kocacık, 2006). Bireyler kendi durum ve benliklerini diğerlerinin kendilerini nasıl etiketlendirildiğine ve yorumlandıklarına bakarak değerlendirirler (Yahyagil,1996).

1.2.3. Yaşlılık Üzerine Psikolojik Kuramlar

Erikson'ın Kuramı: Erikson'a göre erişkinlerin hayatlarının son sahnesine geldiklerinde gerçekleştirecekleri görevin, yaşamlarını bir bütünlük ve tutarlılık halinde görmeleri olduğunu savunur. Bu dönemdeki bireylerin yaşamlarını yaşadıkları gibi kabul etmeye, içindeki anlamı görmeye ve mevcut şartlarda ellerinden gelenin en iyisini yaptıklarına inanmaya ihtiyaçları vardır. Bu görevi başardıkları takdirde ego bütünlüğünü geliştirebilirler. Ego bütünlüğü ancak umutsuzlukla mücadele edilerek kazanılabilir. Eğer umutsuzluk baskın gelirse kişi ölümden korkmaya başlar ve yaşamı küçümsüyor görünmesine rağmen, hayatını yeniden yaşayabilme gibi istek ve özlemleri ortaya çıkabilir. Bütünlük hakim olduğunda ise birey, bilgelik denilen yaşlılığın gücüne sahip olur. Bilge yaşlı sınırları kabul edebilir, ne zaman değişimi kabul edeceğini ne zaman karşı çıkacağını; ne zaman sessizce oturup ne zaman savaşaacağını bilir (Geçtan, 2005).

Erikson'un insan gelişimi kuramı klinik gözlemlerine ve kuramsal psikolojisine dayanır. Erikson tüm yaşam boyunca gelişimin çeşitli yönleri (bilişsel, duygusal, toplumsal yönleri) arasında bağlantılar kurabilmiş ve disiplinler arası bir kuram geliştirebilmiştir. Erikson'un kuramı Freud'un psikanalitik kuramı gibi çocukluk gelişimine ağırlık verir ve ilk dört evresi büyük ölçüde Freud'un çocukluk evrelerinin genişletilmiş biçimidir. Bu nedenle aşağıda yalnızca son iki evre özetlenecektir:

- *Üretkenliğe karşı durgunluk evresi (30-65 yaş)*: Orta yaş dönemini kapsayan bu evrede bireyin görevi, üretken olmasıdır. Üretkenlik ise bireyin ailesinin dışında farklı kişilerle ilgilenmeyi, gelecek planları yapmayı ve anne babalık rolüne geçmeyi içerir. Üretkenlik sadece aile sahibi olmayı değil; aynı zamanda mutlu bir yaşam ve dünyayı yaşanılacak daha iyi bir yer yapmak için aktif olarak çabalamayı da ifade etmektedir. Kendi ihtiyaçları ve rahatı ağır basan bireyler için bu evre durgun ve sıkıcı geçmektedir (Elkind, 1970).

- *Bütünleşmeye karşı umutsuzluk evresi (65 yaş ve üstü)*: Yaşamın sonlarına doğru birey kayıplar yaşama, emekliye ayrılma gibi olaylarla yaşamın sınırlı olduğunu ve ölüme yaklaştığının farkına varır. Bu fark ediş bireyi iki şekilde etkileyebilir: Birey geçmişe dönüp baktığında doyum alabiliyorsa bütünleşme; yaşamını kaçan fırsatlar olarak görüp ve yeniden başlamak için çok geç olduğunu fark ediyorsa umutsuzluk yaşayabilir (Elkind, 1970). Yani insanlar yaşamı ya anlamlı bir bütün olarak ya da ulaşılamayan bir hedef olarak görerek yaşamlarında bir anlam bulmaya çalışırlar (Çok, 1993). Bu evrede umutsuzluk, varoluşun anlamsızlığını ifade eder ve bireyin çökkün duygu durumuna

bürünmesine neden olabileceğinden tehlikelidir (Elkind, 1970).

Jung'un Kuramı: Jung'a göre bireyin kendini gerçekleştirebilmesi için kendine ilişkin her şeyi bilinçlendirebilmesi gerekir. Yani kişiliğin bireyselleşebilmesi için bireyin kendini tanıması şarttır. Jung yaşlılık dönemini çocukluk dönemine benzeterek; yaşlının bilinçdışına gömüldüğünü belirtir. Bilinçdışı dünyasını bilinçlendirememek ise bireyin kendisi ile çatışmasına yol açar. Örneğin yaşlı birey sonrası düşünmeksizin yok olmayı bekler. Jung'a göre her kişide tanımlanmayan ve uzlaşmaya gereksinim duyan çatışan kuvvetler ve eğilimler vardır. Geç yetişkinlikte erkeklerin kadınlık, kadınların erkeklik ifadelerinin çatışması durulur ve bir uzlaşma söz konusudur. Psişe alanı içerisinde karşıtlarına doğru bir değişme eğilimi vardır. Mesela yaşlı erkekler gittikçe daha dişil, yaşlı kadınlar da gittikçe daha eril olmaktadır (Geçtan, 2005).

Jung'a göre yaşlı insan bilgelik kaynağıdır. Buna karşın modern insanın gelecekte beklenmesi yoktur ve yaşlılık dönemini doyurulmamış isteklerle karşılar. Yaşama ilişkin bir amacın olmaması çökkünlüğü beraberinde getirmektedir. Bunun için ölümden sonra bir hayat olduğunu belirten dinler, insanların yaşamlarının ikinci yarısında da bir amaç edinmelerini sağlar. Jung, yaşamın ikinci yarısında bireyin dikkatinin kendi iç dünyasına yöneldiğini ifade eder. Hırsların önemini yitirdiği yaşlılık döneminde eğer kişi iç dünyasını bilinçli bir şekilde keşfetmeye çalışırsa yaşamına anlam ve bütünlük katmayı başarabilecektir (Akt., Onur, 2004).

1.3. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler

1.3.1. Yaşlılıkta Fiziksel Değişiklikler

Yaşlılık dönemine girildiğinde genel fiziksel sağlıkta önemli değişimler görülür. İlk olarak duyu organlarının birçoğunun işlevinde düşüşler görülür. Yaşlanma sonucu gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısında azalma olmaktadır. Hücre sayısındaki bu azalma gölge ve tonlardaki farklılıkların ve çok ince detayların fark edilebilirliğini azaltır. Bu da yol derinliğini algılama hissini azalmasına ve koşma gücüne neden olabilmektedir. Yaşa bağlı olarak duyma kalitesinde de azalma olur. Bu da konuşmayı etkileyerek; yaşlının sosyal ilişkisini sınırlayabilir. İşitme yitimi ayrıca karışıklık, şaşkınlık ve güvensizlik duygularıyla iç içedir (Nalbant, 2008; Onur, 2004).

Yaşla birlikte beyindeki hücre sayısı da yavaşça azalmaya başlar. Yeni bağlantılar, özellikle beynin az kullanılan ama daha sağlam bölgeleri ile yan çapraz bağlar yaparak, işlevi azalan bölgelerin işlevlerini arttırmaya çalışır. Azalan hücre sayısı ile ilişkili olarak yaşlılarda beynin daha az etkin çalıştığına dair iddialar söz konusudur. Yaşlı insanların daha yavaş reaksiyon verebileceği, kelime haznesi, kısa-süreli hafıza, yeni materyelleri öğrenme, kelimeleri hatırlamak gibi bazı zihinsel işlemlerde düşüş görülebileceği belirtilmektedir (Nazlıel, 1999).

Duyu kayıpları yaşlılık döneminde görülen bir diğer fizyolojik değişikliklerdendir. Altmış yaşından sonra, omurilikte bulunan hücre sayısındaki

azalma, yaşlı insanlarda duyu kayıpları başlatmaktadır. Sinir sisteminin darbelere karşı cevabı da azalır. Bu nedenle sinir dokusu gençlere göre kendini daha yavaş ve kısmen tamir eder. Sonuç olarak yaşlı insanlar darbelere karşı daha hassas ve kırılğan hale gelirler (Nalbant, 2008).

Yaşlıların iç organları ve işleyişindeki değişiklikler diğer önemli fizyolojik değişiklikler olarak görülebilir. Örneğin kalp yaşlıda daha sertleşmiştir ve daha yavaş dolar. Toplardamar duvarları daha kalın ve daha az elastiktir. Damarlar elastikiyetini kaybederken, arterlerin sertliği artmaktadır. Arterlerin sertleşmesi ise nabız dalgasının hızını arttırmaktadır. 65 yaşın üstünde gerçekleşen tüm ölümlerin %33'nün sebebi de kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları olduğu bildirilmektedir. Hipertansiyon da yoğun olarak görülen başka bir rahatsızlıktır. Tüm bunların yanında normal bir yaşlının kalbi çok iyi çalışabilir. Yapılacak düzenli egzersiz yaşlılığın kalp ve dolaşım sistemi üzerine gelişen birçok olumsuz etkiyi de ortadan kaldırabilir (Nalbant, 2008; Oktay ve Akıcı, 2001; Zoghi, 2010).

Sonuç olarak yaşlılık döneminde fizyolojik açıdan birtakım gerilemeler ve değişimler söz konusudur. Benzer değişimler bir sonraki bölümde ele alınacak olan psikososyal alanda da görülmektedir.

1.3.2. Yaşlılıkta Psikososyal Değişiklikler

Erikson (1982) bebeklik döneminde temel güven duygusu ne derece önemliyse

yaşlılık dönemindeki benlik bütünlüğünün de o derece önemli olduğunu vurgulamıştır. Erikson'a göre insan yaşamı 8 evreden oluşur ve her bir evre bir sonraki evreyi etkileyerek hazırlanmayı destekler. Bu süreçte bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik biyopsikososyal açıdan gelişme dönemleri olarak ele alınırken, yaşlılık dönemi gerilemelerin olduğu bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Günümüzdeki bilimsel ve teknolojik gelişmeler bu gerilemeyi yavaşlatsa da hastalıkların ve fizyolojik değişimlerin önüne geçilememektedir. Bununla birlikte yaşlılık dönemi aynı zamanda psikososyal açıdan hala işleyen bir süreçtir. Yaşlılık dönemi toplumun geliştirdiği tutum ve değerleri bünyesinde barındırarak psikososyal açıdan sürecin aktifliğini destekler. Bu nedenle yaşlılığın tanımı, yaşlının toplumdaki rolü ve önemi, yaşlı insanlarla çevresi arasındaki iletişim düzeyi yaşlılık dönemini psikososyal açıdan ele almada oldukça değerli bilgilerdir (Er, 2009).

Toplumsal açıdan yaşlılığın tanımına bakıldığında toplumlar arasında farklı tutum ve değerlerin olduğu görülmektedir. Örneğin geleneksel toplumlarda yaşlılar, bilgi ve birikiminden yararlanan ve sonraki kuşağın yetiştirilmesinde önemli bireyler olarak görülürken; gelişmiş toplumlarda yaşlılık, üretkenliğin sona erdiği bir dönem ve artık aile için bir yük şeklinde görülmektedir. Bu tutum ve davranışlardaki değişim yaşlının ailedeki rolü, sorumluluğu ve gücünü olumsuz yönde etkilemektedir. Bu değişimle birlikte yaşlılar torunlarıyla kuşak farkı yaşayan, otorite sahibi olmayan ve tüketici toplumda aileye yük olan bireyler olarak görülmeye başlanmışlardır. Sonuç olarak aile içinde ve akrabalık ilişkilerinde bağlılığın azalması; bireyselleşmenin artması, yaşlı bireyi yalnızlığa itebilir (Er, 2009; Öz, 2002).

Aile içi ilişkilerde yaşlı bireye yönelik değişikliklerden biri de özellikle eşini kaybetmiş yaşlı birey için nerede veya kiminle kalacağı konusudur. Burada dikkat edilmesi gereken nokta ailenin yaşlıyı çocuk yerine koymayarak tercih hakkına saygı duymasındır; çünkü her insan gibi yaşlı birey de bağımsızlığına saygı duyulmasını bekler. Yaşlı insanların yetişkin çocuklarıyla birlikte kalmak istemeleri bağımsızlıklarını istemedikleri anlamına gelmemelidir. Bu durum kendilerine bakamayacak kadar hasta olan ya da maddi yönden güçlük çeken yaşlıların bir bakıma tek tercihidir. Sanılanın aksine çocuklarıyla birlikte yaşamayan yaşlılarda, çocukları tarafından ihmal edildikleri algısının oluşmadığı; üstelik çocuklarıyla birlikte yaşayanlardan daha mutlu oldukları bildirilmektedir (Öz, 2002). Geleneksel aile yapısında yaşlı bakımının çocuklar tarafından yapılması gerektiği düşüncesi hâkimdir. Bu gerekliliğin ardalanında toplum tarafından kınanmama isteği yatıyor olabilir (Öz, 2002).

Gelişmiş ve ülkemiz gibi gelişmekte olan toplumlarda ise yaşlının bakımı aile içinde çatışmalara yol açabilmektedir. Kadının ev içindeki düzenden sorumlu olması ve bunun yanında iş hayatına atılması, üstlenmesi gereken sorumlulukları arttırdığı için yaşlıya bakım fazladan bir iş yükü olarak görülebilmektedir (Akdemir, 2002; Öz, 2002). Aile içi çatışmanın olduğu bir ortam ise yaşlı bireyi kendini istenmeyen biri olarak algılamaya ve yalnız yaşamaya itebilir (İmamoğlu, 2009). Oysa aile bağına her dönemde olduğu gibi yaşlılık döneminde de gereksinim duyulmaktadır. Yaşlı bireyin torunları ve çocukları ile kuracağı yakın ve sıcak ilişkiler yaşlının duygusal yönünü olumlu bir şekilde etkilerken; bu tür ilişkilerden yoksun kalan yaşlı bireyde yalnızlık, kimsesizlik ve istenilmeme gibi duygular oluşabilmektedir (Gitmez, 2000). Sonuç olarak toplumsal

değişimler sonucu yalnız yaşayan yaşlıların sayısının artması ve yaşam süresinin uzaması yaşlıların sosyal ve duygusal yönden destek almaları gerektiğini ortaya koymaktadır (Öz, 2002).

Buraya kadar yaşlılığın tanımı yapılmış ve ardından toplumda ve özellikle aile içindeki rolü ve öneminden söz edilmiştir. Bundan sonraki bölümde ise yaşlı bireyin kişilerarası ilişkileri ele alınacaktır.

1.3.2.1. Yaşlılık Döneminde Kişilerarası İlişkiler

Bireyin kendinden hoşlanması ve kendini diğer insanlarla, doğayla ilişki içinde görmesi yaşamının anlamlı olmasını sağlar. İçinde bulunulan gergin toplumda; kişilerin bu gerginliğe yenik düşmemeleri için, kişinin kendisiyle ve çevresiyle bilinçli ilişki kurması gerekir. Bilinçli iletişim, anlamlı yaşama, anlamlı yaşam da sakin ruh haline geçebilmeyi sağlamaktadır (Cüceloğlu, 1993).

Yalnızlık duygusu, yaşamı anlamlı kılmada oldukça kritik bir öge olarak kişilerarası ilişkilerde birtakım sorunlar olduğunun habercisidir. Yaşlılık döneminde yalnızlık ve işe yaramama duygusu, 65 yaş ve üstü nüfusun yaklaşık %30'unu etkisi altına almaktadır (Bölükbaş ve Arslan, 2003). Yalnızlık hissi çeşitli içsel ve dışsal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilir. Genelde bu faktörler insan yaşamında meydana gelen değişimlerin sonucu olarak oluşur (örn. eşin kaybı, sağlığın kötüleşmesi). Bazı durumlarda ise kişinin yaşamında belirgin değişiklik olmamasına rağmen “Yalnızlık

Hissi” ortaya çıkabilmektedir. Her iki durumda “ilişki yetersizliği” sonucu ortaya çıkmaktadır (Biçer, 2002).

Erikson yaşamın bu son evresini “bütünleşmeye karşı umutsuzluk” olarak adlandırır. Yani birey yaşadıklarını gözden geçirerek hedeflerine ulaşma konusunda tatmin olur ya da umutsuzluğa kapılır. Bu aşamada bireyin kendisini algılayış biçimi, yaşlının kişilerarası ilişkilerini ve dolayısıyla ruh sağlığını etkilemesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Örneğin eskisi kadar fiziksel güce sahip olmayan, kronik hastalıkları olan, yapmaktan hoşlandığı aktiviteleri artık yapamayan, işe yaramazlık duyguları yaşayan ve her anını ölüme yaklaşma olarak değerlendiren bir yaşlı, benlik saygısında ciddi dalgalanmalarla birlikte bağımlılık ve yetersizlik duyguları yaşayabilir. Bu yaşantı içinde yaşlı birey kişilerarası ilişkilerinde azalma veya var olan ilişkilerini sürdürmede sorunlar yaşamaya başlayabilir (Yazgan, 2000).

Yeniliklere kendini kapayan, eski alışkanlıklarını sürdürerek anlaşılmayı bekleyen bir yaşlının kişilerarası ilişkilerde sorun yaşayabileceği düşünülmektedir. Yaşlı birey de her insan gibi anlaşılmayı beklemektedir; anlaşılmadığını düşünmesi ise onu öfkeliendirebilmekte veya kırabilmektedir. Yaşlılık dönemi artık dinamizmin yerini durağanlığın aldığı bir dönemdir; bu nedenle alışkanlıklardan vazgeçmek de oldukça zordur. Aynı zamanda yenilikler de yaşlı birey için kaygı verici ve bazen de ürkütücü bir hal alabilmektedir (Öz, 2002).

Geçmiş yaşantıların sorgulandığı bu dönemde medeni durumu, sosyal etkinlik

düzeıı, sağlık durumu, maddi olanaklar ve eğitim düzeıı gibi etmenler yaşlının kişilerarası ilişkilerini şekillendirmektedir. Örneğin Sosyo Ekonomik Düzeıı (SED) düşük olan yaşlı belirli bir yaşam sınırı içinde kalmakta ve sadece yakın arkadaşlarıyla görüşebilme imkanı bulabilmektedir. Bu durum da yaşlının yalnızlık duygusu yaşamasına neden olabilmektedir. Benzer şekilde düşük eğitim düzeıı, bireyin daha az problem çözme bilgi ve becerisine sahip olması ve problemlere karşı daha az etkili başa çıkma yöntemlerini kullanması ile ilişkilidir (İmamoğlu, 2009). Öz'ün (2002) de belirttiği gibi yaşlı bireyin yaşadığı zihinsel zorluklar toplumdandan uzaklaşmasında etken olabilmektedir. Bu durumda yaşlı birey daha sınırlı kişilerarası etkileşime girmekte, yalnızlık duygusu yaşamakta ve bu duyguyla daha zor baş edebilmektedir (İmamoğlu, 2009).

Özetle, sosyal ilişkiler bir bireyin kişiliğinin gelişmesinde ve olumlu benlik imgesinin oluşmasında oldukça kritiktir. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi için ise sosyal ilişkilerin önemi daha da artmaktadır; çünkü yaşlanma ile birlikte azalan sosyal evre yaşlının içine kapanmasına neden olup yaşlı bireyi yalnızlığa itebilmektedir. Yaşlılığa uyum sağlamaya çalışan bireylerin aile, akraba ve arkadaş çevresinin samimi ve destekleyici olması, yeni ilişkiler kurabileceği ortamlar sağlanması hem bu uyumu kolaylaştırıcı hem de yaşam doyumunu arttırıcı bir etki yaratacaktır. Yalnızlık yaygın ve rahatsız edici bir durum olup yaşlı bireylerde fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının oluşmasında rol oynayabilmektedir (Altıntaş ve ark., 2006). Bu nedenle yaşlı bireyin sosyal çevresiyle ilişkisini kesmemesi ve toplumda bir şeyler yapabildiğine inanması, bireyin sosyal uyumunu desteklemesi bakımından önemlidir (Biçer, 2002; Öz, 2002).

Buraya kadar yaşlılık d6neminde g6r6len fiziksel, psikososyal ve kişilerarası ilişkilerdeki değişimler ele alınmıştır. Yine yaşlılık d6neminde g6r6len ve bireyi psikolojik ve sosyal y6nden etkilediği d6ř6n6len bir diğer 6nemli değişim alanı ise bilişsel işlevlerdir. Bir sonraki b6l6mde yaşlılık d6neminde g6r6len bilişsel işlevler ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

1.4. Yaşlılık D6nemindeki Bilişsel Işlevler ve Işlevleri Etkileyen Etmenler

Bilişsel teriminden algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantılarını kurmak, d6ř6nmek, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılmaktadır (Kurtoğlu, 1999).

Yaşlılık d6neminde bilişsel işlevler, yıllar ilerledikçe aynı derecede etkilenmez. S6zel yeteneklerde, kelime zenginliğinde, genel bilgi durumunda b6y6k bir değişiklik olmayabilir. Kişi aktif olarak bu işlevlerle ilgilenirse, bu işlevleri s6reklialıştırırsa bu yeteneklerinde bir artma bile olabilir. Buna karşın psikomotor yeteneklerde ve algılamada yaşlanmayla birlikte belirgin bir d6ř6ř g6r6l6r (Eker, 2007). Psikomotor yeteneklerde olduğu gibi daha sonra ayrıntılı bir şekilde ele alınacak olan “dikkat, bellek, algı” gibi bilişsel işlevler de yaşlanma d6neminden olumsuz y6nde etkilemektedir (Kaya, 1999).

S6z6 edilen bilişsel işlevlerin yaşlılık d6neminde farklı şekilde etkilenmesine y6nelik birtakım açıklamalar yapılmıştır. 6rneğin sağ hemisferin en azından bazı

kişilerde sola göre daha çabuk yaşlandığı ileri sürülmüştür. Sağ hemisfer bilindiği gibi görsel ve bütünleyici algılama ile ilgilidir. Sol hemisfer ise temel olarak kullanılan dilden sorumludur ve yaşlılıkta sözel yetenekler daha iyi korunur (Eker, 2007). Olası iletişim güçlükleri işitme, görme gibi duyuşal yetilerindeki azalma ile ilgili de olabilir (Göka ve Aydemir, 2000).

Özetlemek gerekirse yaşlılıkta sözel yetenekler, görsel yeteneklerden daha iyi korunmaktadır; bununla birlikte yaşlılarda kuvvetli bir muhakemenin bulunduğu da bir gerçektir. İyi bir yargılama ancak tecrübe ve sözel öğrenme ile kazanılabilir (Eker, 2007). Ancak dikkat isteyen işleri yapmada ve hızlı düşünmeyi gerektiren işlevleri yerine getirmede yavaşlama görülür.

Yaşlanmayla birlikte sözü edilen bilişsel değişimler kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Değişimler, kimi yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşantılarını etkileyecek düzeyde olmazken; kimi yaşlılarda da Alzheimer Hastalığı (AH) gibi ciddi bilişsel yıkımlarla ilerleyen demansa neden olabilmektedir (Tokçaer, 2001). Bir değişken olarak yaşın bilişsel işlevlere etkisinin %20'den az olduğu, yaşlılardaki bellek işlevlerindeki bireysel değişikliklerin en azından %50'sinin genetik etkene bağlı olduğu göz önüne alınırsa bireysel farklılıkların öneminin daha iyi anlaşılacağı düşünölmektedir (Göka ve Aydemir, 2000).

Yaşlıların bilişsel işlevlerde gösterdikleri performanslar uygulanan yöntemlere göre de farklılık gösterebilmektedir. Örneğin laboratuvar ortamında soyut ve mantıksal

görevlerde düşük performans gösterirlerken; gündelik problemlerin çözümünde oldukça başarılı sonuçlar verebilmektedirler (Göka ve Aydemir, 2000).

Sonuç olarak bireysel ve yöntemsel farklılıklar yaşlıların bilişsel işlevlerine yansısı da, genel olarak yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bilişsel değişimler aşağıda sıralanmıştır:

- Bilgi işleme hızında yavaşlama görülür. Bu durum yaşlının yeni bilgi öğrenme süresinin uzamasına ve daha fazla bilişsel çaba göstermesine neden olabilir.

- Dikkat farklı boyutlarıyla yaşlanmadan etkilenir. Örneğin iki görevi aynı anda yapması gerektiğinde kullandığı bölünmüş dikkat, yaşla birlikte azalır. Dikkatin sürdürülmesinde (konsantrasyon) de düşüşler gözlenir. Aynı zamanda ilişkisiz bilgilerin ve çeldiricilerin elimine edilmesi (seçici dikkat) gereken görevlerde de başarısızlar artış gösterir.

- Sözlü anlatım, anlamlı kelime ve/veya cümle üretme, dil bilgisi gibi dile ait beceriler yaşlılıkta korunurken; sözel akıcılık, uygun kelime bulma ve/veya adlandırma gibi dil becerileri bozulmaktadır.

- Üç boyutlu yapılandırma ve şekil kopyalama gibi görsel uzaysal görevlerde gerileme gözlenir.

Yıllar boyunca biriken bilgi sonucunda ortaya çıkan pratiklik ve bilgelik ise yaşam boyu devam eder (Cangöz, 2009). Goldberg'e (2005) göre, yaşlı bireyler hayat problemleri karşısında, belki de genç bireylerin sahip olamayacağı bilgelik düzeyinde

geniş ve kullanışlı çözümler içeren bir davranış repertuarına sahiptir. Bu durum yaşlanmanın sadece gerilemeler dönemi olarak değil; kazanç dönemi olarak da ele alınabileceğini göstermektedir (Akt., Cangöz, 2009).

Bilişsel işlevleri etkileyen etkenleri incelediğimizde ise, bunların başında eğitimin geldiği görülmektedir. Yapılan pek çok araştırma eğitim seviyesi arttıkça bilişsel bozuklukların azaldığı yönünde sonuçlar saptamıştır (Çuhadar ve ark., 2006; Gülseren ve ark., 2000). Ayrıca eğitim düzeyinin düşük olmasının demans geliştirme riskini artıran önemli bir etken olduğu da bildirilmektedir (Amuk ve ark., 2009; Çuhadar ve ark., 2006). Bunun yanında kişilik, yaşam biçimi ve kronik hastalıklar da diğer etkenler arasındadır.

Kişilik örüntüsü özellikle çok stresli durumlarda bilişsel işlevleri etkilemektedir; çünkü stres bellekten sorumlu alanlardan biri olan hipokampusta hasar oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda sürekli huzursuz, endişeli, kaygılı, stres içinde olanların %40'ından fazlasında AH bir ön tablosu olarak kabul edilen Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB) olduğu gözlenmiştir (Eker, 2007).

Yaşlıların bilişsel işlevlerini etkileyen faktörlerden biri de yaşam biçimleridir. Bilişsel anlamda gerilemeler toplumdan uzaklaşma, dul kalma veya boşanma, çalışmayı bırakma ve yoksul olma ile ilişkili olabilmektedir. Bilişsel işlevler üzerinde sözü edilen sosyal etkiler, biyolojik düzeydeki değişim ve aktiviteye de yansır ve uzun vadede biyolojik sistem üzerinde değişim yaratabilir. Wilson ve arkadaşlarına (2007) göre,

yalnızlık ve duygusal izolasyon AH için bir risk faktörüdür. Çalışma sırasında ölen 90 kişi üzerinde yapılan otopsiler, yaşadıkları sürece yalnızlık içinde olanların AH'lerin beyinlerinde birtakım değişimlerin olduğu; senil plakların, içciklerin daha yoğun şekilde bulunduğu saptanmıştır.

Tahmin edilebileceği gibi yalnızlık çekmeyen hem fiziksel hem de toplumsal etkinliklere katılma bakımından aktif olan bireyler pasif olanlara göre bilişsel işlev performanslarından daha iyi sonuçlar almaktadırlar. Düzenli beden egzersizleri, tepki zamanında hızlanma, belleğin daha iyi çalışması, akıl yürütmede daha az hata yapma gibi bilişin pek çok yönden başarılı olmasını sağlamaktadır. Piaget'nin soyut akıl yürütme testlerinin uygulandığı yaşlılarda da test performanslarının yaşa değil; sağlık durumlarına bağlı olduğu görülmüştür (Onur, 2004). Eker'in (2007) de ifade ettiği gibi beynin yaşlanmasını koruyan faktörler arasında fiziksel aktivite önemli rol oynamaktadır. Fiziksel aktivite hipokampusta yeni beyin hücrelerinin oluşmasını sağlamaktadır. Altı yıl süren çalışmada haftada üç veya daha fazla fiziksel aktivitede bulunanlarda, fiziksel aktivite yapmayanlara oranla %60 daha az demans geliştiği saptanmıştır.

Düzenli yapılan fiziksel egzersizler kadar zihinsel egzersizler de beynin yaşlanmasını korumak adına önem taşımaktadır. "Kullan ya da kaybet hipotezi"nde belirtildiği gibi düzenli olarak yapılan bilişsel aktiviteler (okumak, kart oyunları ve/veya satranç oynamak, bulmaca çözmek gibi) temel bilişsel işlevlerde iyilik hali yaratabilmektedir. Bu açıklamayı destekleyen bazı araştırmalar düzenli günlük bilişsel

aktivitelerin AH'yi azaltan koruyucu faktörler olduğunu belirtmektedir (Selekler, 2007). Fakat Gilhooly (2005) bu tarz bilişsel aktivitelerin sıklığı ile bilişsel gerileme düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığını savunmaktadır (Akt., Cangöz, 2008). Konuyla ilgili çelişkili sonuçlar, kullanılan araştırma yöntemleri ve katılımcı seçimindeki (demansın hangi evrede olduğu gibi) farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç olarak yaşlılarda görülen bilişsel işlevlerdeki düşüş genel olarak iki nedene bağlanabilir. Birincisi kan dolaşımındaki sorunlardan dolayı beyine yeterince kan gitmemesi; ikincisi ise sosyal ve zihinsel yönde yalıtılmış bir yaşam biçimi sürdürülmesidir. Yapılan araştırmalar insanlarla sürekli ilişki halinde olan ve öğrenmeye meraklı kişilerin, yalıtılmış yaşam süren kişilere göre zihnen daha aktif ve dinç oldukları saptanmıştır. Diğer bir deyişle bedensel olarak aktif, okuyan, öğrenen ve insanlarla ilişkilerini devam ettiren kişilerin yaşlanması, bilişsel işlevlerinde önemli değişikliklere yol açmaz (Cüceloğlu, 2004). İnsan zihninin çevresel koşullardaki değişime uyum sağlayabilen ve esnekliği olan bir sistem olduğu unutulmamalıdır (Cangöz, 2008).

Buraya kadar yaşlılarda bilişsel işlevler ve bilişsel işlevleri etkileyen faktörlerden söz edilmiştir. Bundan sonraki bölümde araştırma konusu kapsamında; bilişsel işlevlerden “zeka, dikkat, bellek, yürütücü işlevler” kavramlarına yer verilecektir.

1.4.1. Zeka

Literatürde yaşlılıkta zekanın azalacağı yönündeki bilgiler araştırmaların yöntem

farklılıklarına dayanmaktadır. Özellikle kesitsel araştırmalar yetişkinlikte zamanla zihinsel işlevlerin gerileyeceğini bildirirken; boylamsal araştırmalar bu gerilemeyi pek desteklememektedir. Sözü edilen gerilemelerin yaş değişkeninden etkilendiği düşünölmektedir. Blum, Jarvik ve Clark gibi araştırmacılar 55–73 yaş arasındaki bireylerde sadece küçük bir değişim olduğunu; daha fazla azalmanın 73– 85 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. 65-73 yaş aralığında hız gerektiren testlerde oldukça fazla azalma görölrken; bilgi gerektiren testlerde 85 yaşlarında bile azalma olmadığı saptanmıştır (Akt., Onur, 2004).

Zeka kavramı ele alındığında akıcı zeka ve kristalize zeka olmak üzere iki farklı kavram daha karşımıza çıkmaktadır. Akıcı zeka; hatırlama, yeni stratejiler edinme, gerektiğinde mevcut stratejileri değiştirme gibi işlevleri ifade etmektedir. Diğer bir deyişle karmaşık ilişkileri algılayabilme ve bu algılardan çıkarımda bulunabilme becerileri akıcı zekayı kapsamaktadır. Akıcı zeka, genel bilgilerin çok az aldığı bilişsel görevlerde ölçölebilmektedir. Biyolojik nedenlerden kaynaklanan akıcı zekadaki gerilemeler hem standart psikometrik testlerde hem de gerçek hayat problemlerini içeren ölçeklerde ortaya çıkmaktadır (Cangöz ve Uluç, 2007).

Örneğin akıcı zekayı oluşturan beceriler arasında yer alan hız ve kısa süreli bellek işlevleri, yaşlılıkta zamana bağlı olmayan ya da deneyim sonucu oluşan yeteneklere göre daha fazla düşüş göstermektedir. Sözü edilen zihinsel edimlerdeki düşüşün ise 70 yaş ve öncesinde pek önemli düzeyde olmadığı vurgulanmaktadır. Muhakeme, sözel akıl yürütme, problem çözmeye becerisi, genel bilgi ve genel anlayış becerilerini kapsayan

kristalize zeka ise akıcı zekanın aksine yıllara karşı dirençlidir ve eğitim gibi sosyo kültürel etmenlerden kaynaklanmaktadır (Lindeboom ve Weinstein, 2004; Small, 2001).

Yaşın zeka türleri ile ilişkisine bakıldığında ise akıcı zekanın 20’li yaşların ortalarına doğru düşüş; kristalize zekanın ise 70’li yaşlara kadar artış gösterdiği belirtilmektedir. Sözü edilen iki zeka türü her yaş döneminde dengeli bir biçimde karşılıklı etkileşimde bulunmaktadır. Buna göre her yaş döneminde farklı faktörler ön plana çıkarak değişim ve gelişim sürdürülmektedir (Aydın, 2009; Göka ve Aydemir, 2000).

Zekanın tanımı yapılırken akıcı ve kristalize zeka kavramlarının yanında farklı kavramlar da ortaya atılmıştır. Örneğin Baltes (1993) bilişsel yaşlanmayı ele alırken bilişsel mekanikler ve bilişsel deneyimler olmak üzere iki farklı kavramdan söz etmiştir. Baltes’in bu sınıflandırmasında yukarıda sözü edilen akıcı zeka “bilişsel mekanik”; kristalize zeka ise “bilişsel deneyim” kavramlarıyla örtüşmektedir. Bilişsel mekanikler zihnin biyolojik temeli olup, evrim boyunca gelişen beynin nöropsikolojik yapısını oluşturmaktadır. Bilişsel mekanikler duyuşsal girdinin işleme hızı ve doğruluğu, bellek süreçlerinin işleyişi gibi işlevleri temsil edip, akıcı zekada olduğu gibi biyolojik faktörlerden etkilenmektedir.

Bilişsel deneyimler ise zihnin kültür temeli olup okuma yazma becerilerini, dili anlama ve kullanmayı, eğitimsel, profesyonel becerileri ve günlük sosyal hayata ilişkin pratik becerileri temsil etmektedir. Bilişsel deneyimler, kristalize zekada olduğu gibi

büyük ölçüde sosyo-kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Bu bağlamda bilişsel mekanikler yaşla beraber gerilerken; bilişsel deneyimler ilerleyen yaşa rağmen korunabilir, hatta artabilir.

Sözü edilen iki zeka türünün ölçümlerine bakıldığında, zekanın performans testleriyle ölçülen yönlerinde ve akıcı zekada yaşa bağlı düşüşler görülmektedir. Kristalize zekanın ise ölçümlerde akıcı zekaya göre daha fazla korunduğu görülmektedir. Daha önce de söz edildiği gibi akıcı zeka kültürden bağımsız, organizmanın fizyolojik yapısına bağlı iken kristalize zeka toplumsal deneyimler sonucunda elde edilmektedir. Buradan yola çıkarak kristalize zekanın akıcı zekaya kıyasla eğitimden daha fazla etkilendiği sonucuna varılabilir (Kaya, 1999). Buna göre eğitim düzeyi arttıkça bilişsel işlevlere yönelik görevlerde başarının da artacağı savunulmaktadır. Yaşlılarda zeka değerlendirilirken eğitim düzeyi başarıyı yordamada etken bir değişken olarak ele alınabilirken; kronolojik yaş etken bir yordayıcı olarak görülmemektedir. Eğitim düzeyi dışında zekayı etkileyecek bir diğer etken ise fiziksel ve zihinsel bakımdan aktif olma düzeyidir. Buna göre zihinsel ve fiziksel olarak aktif olan yaşlıların aktif olmayanlardan daha başarılı oldukları bildirilmiştir (Onur, 2004).

Bilişsel işlevlerin ele alındığı bu bölümde “zeka, dikkat, bellek ve yürütücü işlevler”in alt başlıklar halinde ele alınacağı daha önce belirtilmiştir. Zeka alt başlığından sonra şimdi de “dikkat” kavramına yer verilecektir.

1.4.2. Dikkat

Dikkat, bilincin tam olarak açık olması, yönelimin belli hedeflere yöneltilmesi ve belli bir süre yoğunlaşılabilmesidir. “Dikkat”in tüm bilişsel işlevlerin yerine getirilmesinde ön koşul olması, bilişsel işlevler kapsamında ele alınmasını gerekli hale getirmiştir (Can ve Karakaş, 2005).

Yaşlanmayla birlikte genellikle ilk bozulan alanlardan biri dikkattir. Yaşlı bireylerde, dikkatteki bozulma öncelikle yaşanan yeni olayları veya tanışılan yeni kişilerin isimlerini hatırlamada güçlük çekmek gibi birtakım belirtilerle kendini göstermektedir (Onur, 2004). Dikkat bozulmaları bellek bozukluklarından da önce ortaya çıkabilmektedir. Sözü edilen dikkat bozulması ise bilginin kısa süreli bellekte tutulmasını sağlayan basit dikkatte değil; bilginin manipülasyonunu da gerektiren karmaşık dikkatte ortaya çıkar ve bu durum test performansına da yansımaktadır. Örneğin basit dikkati ölçtüğü düşünülen düz sayı dizisi görevi yaşlılığın erken dönemlerinde ciddi değişiklikler göstermemektedir (Kurt, 2008). Buna karşın bireyin bilgiyi kısa süre bellekte tutmasını ve aynı anda o bilgiyi manipüle etmesini gerektiren çalışma belleği olumsuz yönde etkilenmektedir (Baddeley, 2002). Yaşın çalışma belleği üzerindeki olumsuz etkisi ise dikkat sürecini de bağlamaktadır; çünkü basit dikkat ve karmaşık dikkat yönetici işlevlerin bir yansıması olarak değerlendirilmektedir (Levinoff ve ark., 2004).

Ratcliff ve Saxton’ın (2000) de belirttiği gibi yaşlı bireyler düz sayı dizisi gibi

bilgiyi kısa süre tutmaları gereken görevlerde, genel bilginin veya kelime bilgisinin ölçüldüğü görevlerde en az gençler kadar başarı olmaktadır. Bununla birlikte ters sayı dizisi görevlerinde ya da sunulan bilginin gecikmeli geri getirilmesi gibi bilgi işleme kaynaklarının, çalışma belleğinin ve dikkatin kullanımına daha fazla ihtiyaç duyulan görevlerde performansın düştüğü görülmektedir (Akt., Emik ve Cangöz, 2010).

1.4.3. Bellek

Yaşlılık döneminde zekanın belirli yönlerindeki değişimler gibi bellek sistemindeki değişimler de farklılık göstermektedir. Bu değişimlerin daha iyi anlaşılması açısından belleği “kapasite” ve “içerik” olarak ikiye ayırabiliriz. Bellek kapasiteleri temel mekanizmaları ve stratejileri kapsar ve yaşlanmayla beraber düşüş gösterebilir. Buna karşın bellek içerikleri ise depolanan bilgiyi ifade eder ve yaşla artış gösterebilir. Bu kategorilerin dışında çevresel bilgiyi almada temel mekanizma olan duyuşal bellek ise bilgiyi bir iki saniye tutar; daha sonra zayıflar; bilgi kullanılacaksa daha derin düzeyde işlenmesi gerekir. Araştırmalar yaşlanmanın duyuşal bellek üzerine etkisinin çok az olduğunu bildirmektedir (Onur, 2004).

Tahmin edileceği gibi normal yaşlanma süreci içerisinde bellek değişiklikleri görülmektedir; fakat bu değişiklikler belleği oluşturan tüm bileşenler için geçerli değildir. Bazı bileşenler değişime dirençli iken; bazıları kolayca değişime uğramaktadır (Cangöz, 2009; Işık, 2009; Tokçaeer, 2001). Örneğin yukarıda sözü edilen duyuşal bellek yaşlanmaya dirençlidir. Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), Wechsler Yetişkin

Zeka Ölçeği, kullanıldığı araştırmalarda sözel alt test performanslarının yaşla birlikte korunduğu diğer bir deyişle dirençli olduğu aktarılmaktadır (Akt., Tokçaeer, 2001).

Daha önce de ifade edildiği gibi bellek kapasiteleri yaşla birlikte düşüş gösterebilmektedir. Düşüş gösteren bellek sistemleri kısa süreli bellek ve uzun süreli bellek olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Kısa süreli bellek sınırlı bir kapasitede bilgiyi bilinç kapsamında tutan bir sistemdir. Burada tutulan bilgi yaklaşık 20 saniye sonra kaybolur. Kısa süreli bellek iki şekilde ele alınabilir. Birincisi sadece bilgiyi kısa sürede akılda tutulması anlamına gelen primer zihin; ikincisi zihinde bilgiyi hem tutmayı hem de manipüle etmeye yarayan işler bellektir. Kısa süreli bellekte bilginin tutulması için kodlama yapılması gerekmektedir. Kodlama için de gerekli olan esneklik ve hız yaşla birlikte azalma göstermektedir (Luo ve Craik, 2008; Onur, 2004).

Göka ve Aydemir (2000)'in de ifade ettiği gibi, yaşlıların kısa süreli bellek işlevlerinde çok ciddi değişimler meydana gelmese de kısa süreli belleğe kaydedilen bilginin manipüle edilmesi gerekiyorsa, diğer bir deyişle işleyen bellek devreye girdiğinde gençlere göre olumsuz yönde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu durum yaşlılardaki sorunun bilginin saklanması değil; birikmiş bilginin geri çağrılmasında olduğunu göstermektedir. Yaşlılara hatırlatacı ipuçları verildiğinde ise serbest hatırlamaya kıyasla çok daha başarılı oldukları bildirilmiştir.

Buradan yola çıkarak sayıları basitçe akılda tutup söyleme becerisi yaşla birlikte çok ciddi düşüş göstermezken; söylenen sayıları sondan başa doğru tekrar etme gibi

bilginin hem akılda tutulması hem de işlenmesi gerekiyorsa yaşa bağlı kayıpların tipik olarak ortaya çıkması beklenebilir.

Kısa süreli bellekle beraber ele alınan bir diğer bellek sistemi ise uzun süreli bellektir. Uzun süreli bellek, geçmiş deneyimlerin ve dünyaya ilişkin bilgilerin kümelenerek depolandığı bellek sistemidir. Kısa süreli bellek kapasitesini arttırmannın yollarından biri bilginin uzun süreli belleğe aktarımıdır. Uzun süreli bellekte tutulan kodlanmış bilgi gerekli olduğu zaman geri çağırılarak kısa süreli belleğe aktarılmakta ve orada bilinçli olarak işlenmektedir (Baddeley, 2002).

Yaşlılığın uzun süreli bellek üzerindeki etkisi ise şu şekilde açıklanabilir: bilginin uzun süreli bellekte tutulmasında yaşlılığın bir etkisi olmamakla birlikte; kodlamada ve geri çağırmadaki başarısızlıklar yaşlılığın bir etkisi olarak görülebilmektedir. Birey bilgiyi geri getirmede başarısız dahi olsa bu bilginin depolandığını; fakat kullanılmadığını gösterir. Bu durumda sözü edilen geri getirme durumundaki başarısızlıklar uygun zamanda verilen uygun bir ipucuyla çözülebilir (Onur, 2004). Sonuç olarak yaşlanmayla birlikte bilgiyi kaydetme ve geri çağırma işlevleri zayıflamaktadır (Luo ve Craik, 2008). Bu nedenle yaşlılıkta uzun süreli bellekte serbest hatırlama, ipucuyla hatırlamaya kıyasla ciddi anlamda geriler. Geri getirmedeki başarısızlık yaşlıların gençlere göre bilgiyi daha az anlamlı, ayrıntılı ve özel bir biçimde kodlamalarıyla ilişkili olabilir (Cangöz, 2009; Luo ve Craik, 2008; Onur, 2004).

Daha önce de bahsedildiği gibi yaşlanmada belleğin her yönü aynı şekilde

etkilenmez. Örneğin bağlamdan bağımsız olarak kazanılan kelimeler, anlamlar, ilişkiler, kavramlar, kurallar, stratejiler gibi genel ve tanımsal bilgileri içeren semantik (anlamsal) bellek çok sık kullanıldığı için yaşlılıkta da korunmaktadır. Buna karşın birey için özgüllüğü yüksek olan bilgileri hatırlama yeteneğinde düşüşler görülmektedir. Farklı bilim insanları bellekteki bu değişimleri dikkat kapasitesindeki azalmaya, zihinsel yavaşlamaya, istenmeyen bilgileri bastırmadaki güçlükler veya bilişsel kontroldeki azalmaya bağlamaktadırlar (Luo ve Craik, 2008).

1.4.4. Yürütücü İşlevler

Yapılan çalışmalarda demansı olmayan sağlıklı yaşlı bireylerin dikkat ve yürütücü işlevleri ölçen görevlerde sıklıkla güçlükler yaşadıkları bildirilmiştir. Yaşla birlikte yürütücü işlevlerde görülen yavaşlama ve zayıflama bellek performansını da etkilemektedir (Buckner, 2004).

Yürütücü işlevlerdeki kritik öğelerden biri çalışma belleğidir. Etkinliği yaşla beraber azalma gösteren çalışma belleği daha önce de ifade edildiği gibi bilginin tutulması ve manipülasyonuna dayanmaktadır. Yalnızca tutma görevi dikkat ile ilişkilirken; manipülasyon beynin yürütücü işlevine dayanmaktadır (Mollahasanoğlu, 2006).

Baddeley'e (2002) göre, çalışma belleği, bilginin geçici bir süre, daha zor olan diğer görevlerle başa çıkması için depolanmasıdır. Sözü edilen zor görevler ise

yargılama, anlama ve öğrenme olarak sıralanabilir. Sonuç olarak çalışma belleği, anlama, yargılama ve öğrenme gibi daha zor becerileri yerine getirebilmek için bilginin geçici olarak saklanmasına dayanır.

Çalışma belleği çoğu bilişsel işlevlerin temeli olmakla birlikte; insan zekasında da kritik bir role sahiptir. Çalışma belleği eksiklikleri demans ve şizofreni gibi ciddi bozukluklarda söz konusudur (Sun ve ark., 2005). Günden güne yürütücü işlevlerdeki azalma hastaların kavrama, problem çözme, bilginin uygun kullanımı, karar verme ve sıralama gibi görevlerde başarısız olmalarına neden olmaktadır. Yönetici işlevleri ölçmede en sık kullanılan test belki de Wisconsin kart eşleme testidir. Fakat görevin uzunluğu ve karmaşıklığı yaşlı popülasyonda uygulanması bakımından pratik değildir (Richards, 2010). Daha sonra ayrıntılı olarak ele alınacak mini mental testinde yer alan geriye dönük hatırlama alt test pratik olması nedeniyle bir çalışma belleği ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır (Sun ve ark., 2005).

Buraya kadar yaşlılık döneminde bilişsel işlevlerde meydana gelen değişimlerden ve bunların öneminden söz edilmiştir. Yaşlılık döneminde bilişsel işlevlerdeki değişim kadar bu işlevlerin ölçümü de bir diğer önemli noktadır. Sonraki bölümlerde araştırma kapsamına dahil olan ölçekler ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

1.5. Yaşlılıkta Bilişsel İşlevlerin Ölçümü

1.5.1. Genel Tarama Testleri

Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında geliştirilen Mini Mental Test (MMT) demanslı yaşlıların muayenesinde uygulanan bir bilişsel değerlendirme aracıdır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış; yönelim, kayıt belleği, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış Standardize Mini Mental Test (SMMT) psikiyatri hastalarının bilişsel beceri düzeyinin hızlı bir şekilde değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada SMMT'in, demans ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark ortaya koyduğu gösterilmiştir.

SMMT yurtdışındaki çalışmalarda Alzheimer hastaları için zeka testi olarak da kullanılabilir. Farber ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada hastaların SMMT puanlarının toplam IQ ile korelasyonunun 0.83 olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler sonucu demans hastalarından elde edilen tahmini formül; 100'un altında WAIS PIQ puanının, 24'ün altında SMMT puanına denk geldiği şeklindedir. Yapılan bir başka araştırmaya göre de SMMT toplam puanı ile WAIS-R toplam puan arasında 0.52; sözel puan arasında 0,55; performans puan arasında 0.56 ($p=0,02$) korelasyon katsayısı saptanmıştır (Akt., Farber ve ark., 2000).

Nörolojik hastalardan oluşan 93 kişilik grupta yapılan bir çalışmada SMMT'den

alınan puanlar optimum ve güvenilir kesim noktası olan 24 puana göre değerlendirilmiştir. Fakat bazı bilişsel hastalar 23'den fazla puan alırken; bazı bilişsel yönden sağlıklı durumda olan hastalar 23'den daha az puan almışlardır. Bu nedenle SMMT tamamen güvenilir bir bilişsel durum göstergesi değildir; özellikle beyin bozukluklarında zarar görmüş bölgeyi ayırt edememektedir (Dick ve ark.,1984).

SMMT'nin sözü edilen eksiklerine rağmen WAIS-R ile arasında iyi bir uyum olduğu belirtilmiş; benzer sonuçlar psikogeratrik ve nörolojik popülasyonda da görülmüştür. Sonuç olarak SMMT nörolojik hastaların rutin bilişsel durum ve bir dizi bilişsel bozukluk değerlendirilmelerinde faydalı, uygun ve hızlı bir yöntemdir (Dick ve ark.,1984).

SMMT ile yordanan IQ ise elbette tatmin edici değildir. Buradaki önemli nokta sözü edilen testlerin zekanın farklı yönlerini ölçmeleridir. Folstein MMSE'in ölçtüğü fakat WAIS-R'in ölçmediği oryantasyon, bellek, okuma ve yazma gibi bazı kognitif bileşenlere vurgu yapmaktadır (Nakamura ve Nakanishi, 2000). Örneğin SMMT'de uzak bellekte bozulmaları kontrol etmek için çeşitli sorular yer almakta ve kolaylıkla uygulanabilmektedir (Richards, 2010). Sonuç olarak SMMT zeka testi olarak kullanılmaktan ziyade hastalarda sözel olmayan zekaya yönelik ayrıntılı bilgi elde etmek ve bilişsel eksikliklerin taranması için kullanılabilir bir testtir (Nakamura ve Nakanishi, 2000). Yapılan çalışmalar SMMT'nin muhakeme görevini de içermesiyle rutin nörolojik uygulamalarda değerli bir ölçüm aracı olacağı belirtilmiştir (Dick ve ark.,1984).

Bilişsel alanda yapılan değerlendirmelerde sadece tarama testlerinin kullanılması sağlıklı sonuçlar vermemektedir. SMMT, demans tanısını belirlemede ve konfüzyonel durumları tamamen ayırt etmede yeterli olmamasına rağmen bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde ve takip eden bozulmaları belirlemede etkili bir testtir (Can ve Karataş, 2005; Santacruz, K. ve Swagerty, D., 2001). Daha önce de değinildiği gibi SMMT’de yargılama ve içgörü değerlendirilemediği için birçok klinisyen bilişin bu yönlerini değerlendirmek için bazı sorular daha sormaktadır. Örneğin hastaya “Kalabalık bir ortamdayken duman kokusu duysan ne yapardın” gibi bazı sorular sorularak yargılama ve içgörü becerisi ölçülebilmektedir. SMMT yönelim, dikkat, hatırlama, dil ve iz sürme yeteneğini değerlendirerek bilişsel bozulmaları ortaya çıkarabilmektedir (Santacruz, K. ve Swagerty, D., 2001). Yargılama yeteneği ise kristalize zekanın ölçümünde kullanılan, yüksek kortikal işlevlerin kapsamında yer alan, sosyal beceri düzeyini yansıtan ve bilişsel esneklik gerektiren bir beceridir (Özgüven ve ark., 2001; Yaluğ ve Alemdar 2006). Bu nedenle bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde yargılama alt testine de yer verilmesi hem bilişsel alanın daha kapsamlı değerlendirilmesinde hem de genel tarama testinin eksikliklerini görece gidermesinde faydalı olacağı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da bilişsel işlevlerin daha kapsamlı ölçülebilmesi, SMMT’deki eksikliği gidermek adına bir sonraki bölümde ayrıntılı olarak ele alınacak olan WAIS-R Yargılama alt testi de kullanılmıştır.

1.5.2. WAIS-R Yargılama Alt Testi

Yargılama alt testi, günlük yaşamda karşılaşılabilecek problem durumlarında ne

yapılması gerektiğini soran, atasözlerinin açıklanmasını isteyen 16 sorudan oluşmaktadır. Sorular giderek zorlaşır ve ayrıntılı yanıtlar istenir (Baştuğ, 2000).

WAIS-R'ı sözel bellek, dikkat uzaysal algı gibi farklı yetenekleri ölçmektedir. Wechsler'in tanımladığı genel zekanın, tüm alt ölçeklerin toplamından oluşması sözü edilen alt ölçeklerin birbirleriyle yüksek düzeyde ilişkili olmasını gerektirmektedir. Sözel bölümü oluşturan alt ölçekler de benzer yetenekleri ölçtüğünden aralarındaki korelasyon yüksektir. Benzer bir şekilde, sözel puanların toplam puanlarla yüksek korelasyon gösterdiği belirtilmektedir (Akt, Baştuğ, 2000).

Daha önce de ifade edildiği gibi, akıcı zeka yeni sorunların çözümünde kullanılırken kristalize zeka öğrenilmiş ya da alışılmış tepkilerin kazanılmasını gerektirir. Biyolojik nedenlerden kaynaklanan akıcı zeka ilerleyen yaşlarda azalırken; kristalize zeka sabit kalmakta hatta artış dahi gösterebilmektedir. Yapılan WAIS-R analizi sonucu sözel alt testlerin kristalize zekayı; performans alt testlerin ise yüksek düzeyde akıcı zekayı gerektirdiği belirtilmiştir (Akt, Baştuğ, B., 2000). Buradan da anlaşılacağı gibi sözel alt ölçeklerdeki ham puanlar ilerleyen yaşla birlikte minimal düzeyde azalma göstermektedir.

Sonuç olarak yargılama alt testi kristalize zeka ile ilişkilidir (Crawford ve ark, 1989; Widanam ve ark., 1993); problem çözme, akıl yürütme ve soyut düşünme yeteneğini ölçmektedir (Kafadar, 2004). Bununla birlikte yargılama alt testi sosyal ilişki beceri düzeyini de en iyi yansıtan testlerdendir (Özgüven ve ark., 2001).

Demans; bellek, düşünme, yönelim, anlama, hesaplama, öğrenme, lisan ve yargılama gibi yüksek kortikal işlevlerin birçok alanda bozulması olarak tanımlanabilir (Yaluğ ve Alemdar, 2006). Yukarıda belirtildiği gibi tarama testi olan SMMT'nin bilişsel esneklik, sosyal ilişkilerde beceri gibi yüksek kortikal düzeyde değerlendirme yapamaması testin sınırlılıkları içerisinde. Buradan yola çıkarak bireyin bilişsel düzeyinin daha kapsamlı değerlendirilmesi bakımından çalışmaya “Yargılama alt testi” dahil edilmiştir. Testin kullanımı hem kapsamlı bir bilişsel değerlendirme yapılmasında, hem de çalışmamızdaki depresyon düzeyi ve empati yeteneği gibi değişkenler ile ilişkinin daha sağlıklı değerlendirilmesi açısından kritiktir. Buraya kadar araştırmada bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi açısından genel tarama testi olan SMMT, WAIS-R “yargılama” alt testinin kullanılma nedenleri açıklanmıştır. Sonraki bölümünde ise yine WAIS-R alt testlerinden olan sayı dizisi testinin araştırmada kullanılma amacı ve önemi üzerine durulacaktır.

1.5.3. WAIS-R Sayı Dizisi Alt Testi

Düz Sayı Dizisi (DSD) ve Ters Sayı Dizisi (TSD) olmak üzere iki ölçümü kapsayan Sayı Dizisi Testi (SDT) kısa süreli belleğin kapasitesinin değerlendirilmesinde kullanılan bir test olmakla birlikte (Hale ve ark., 1993); çalışma belleğini, konsantrasyonu ve kısa süreli işitsel belleği aktive eden bir testtir (Crawford ve ark., 1989; Akt., Kurt, 2008).

Dikkatle ilişkili olan İz Sürme Testi, RAVLT ve Dokunsal Performans Testi gibi

testler karşılaştırıldığında bazı çalışmalar SDT'nin dikkatle ilişkisinin sınırlı olduğunu savunmaktadır (Johnstone ve ark., 1995). Buna karşın Jenkins ve arkadaşlarının (1998) çocukluğunda dikkat eksikliği olan bireylerin dikkat düzeylerinin ölçümü ile ilgili yaptıkları bir araştırmada bu bireylerin SDT'nin özellikle TSD görevinde başarısızlıklar yaşadıkları saptanmıştır (Akt, Kurt, 2008). Bu bulgu daha önce de ifade edildiği gibi, özellikle TSD'nin dikkatle ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Söylenen sayıların sondan başa doğru tekrarlanmasını içeren TSD görevinde bilginin hem kısa süreli olarak tutulması hem de manipülasyonu (genel zeka ve bilişsel dönüştürme becerisi) gerekmektedir. Bu durum TSD ve DSD'nin bazı farklılıklar içerdiğini göstermektedir.

Literatürde DSD ve TSD arasındaki görev farklılıklarını savunan benzer pek çok araştırma mevcuttur. Hale ve arkadaşları (2002) her iki görevin işitsel dikkati ve kısa süreli kayıt kapasitesini ölçmede kullanıldığını; fakat DSD görevinin işitsel ve kısa süreli belleği ölçerken; TSD görevinin bilginin manipülasyonunu gerektirdiği için dikkat ve yürütücü işlevler hakkında bilgi verdiğini savunmaktadır. Lezak'de (1995) DSD'nin dikkat; TSD'nin ise çalışma belleği testi olarak kullanılabilirliğini belirtmektedir (Akt., Yalçın, 2008). Baddeley' in (2002) çalışma belleği modeline göre de, DSD pasif fonolojik döngü ile ilişkiliyken; TSD daha çok yürütücü işlevlerle ilişkilidir.

DSD ve TSD test performanslarının hasta ve kontrol grupları arasında farklılaştığına dair bilgiler de mevcuttur. Örneğin Mollahasanoğlu'nun (2006) yaptığı çalışmada DSD alt testinde AH ve normal grup arasında anlamlı bir fark oluştuğu; fakat HBB ile normal grup arasında farkın saptanmadığı bulgulanmıştır. Bununla birlikte TSD

alt testinde hem AH ile HBB grubu arasında hem de AH ile normal grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Diğer bir deyişle TSD görevi açısından AH grubunda diğer her iki gruba kıyasla ciddi düşüş söz konusudur. Sonuç olarak karşılaştırılan performanslara göre DSD, Alzheimer grubunda basit dikkatin bozulduğunu gösterirken; TSD'deki ciddi düşüş ise sözü edilen alt testin basit dikkati değil; çalışma belleğini ölçtüğünü düşündürmektedir.

Sonuç olarak, ölçekler arasındaki görev farklılıkları göz önünde bulundurularak her ikisinin de klinik amaçlar için farklı alanlarda değerlendirilmesi gerekmektedir. Bir diğer deyişle klinik yorumlama için iki alt testten elde edilen puanların birleştirilmemesi gerekmektedir (Reynold, 1997). Literatüre bakıldığında Sayı Dizisi Testi dikkat, çalışma belleği ve kısa süreli belleğin ölçümünde kullanılmıştır. Bu çalışmada da her iki alt ölçek farklı alanlarda değerlendirilecektir.

Demans ve HBB olan bireylerde sayı dizisi alt ölçeğinin kullanıldığı bir başka çalışmada hafif bilişsel bozukluğu olan bireyler ile kontrol grubunu ayıran en belirgin değişiklikler arasında dikkat ve yürütücü işlevler olduğu savunulmaktadır (Morris ve ark., 2001). Buna karşın HBB hastalarında yönetici işlevlerde genel bir bozulmanın olmadığı, varolan bozulmanın normal yaşlanmadan ileri geldiğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Akt., Mollahasanoğlu, 2006; Griffith ve ark., 2003, Zhang ve ark., 2007).

Daha önce de ifade edildiği gibi yaşla birlikte yönetici işlevlerin kritik ögesi olan

çalışma belleği olumsuz yönde etkilenmektedir. Yaşın ilerlemesiyle çalışma belleğinde beklenen düşüşü pek çok araştırma TSD göreviyle ilişkilendirse de bu konuda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Yöntem bölümünde daha ayrıntılı ele alınacak olan SDT puanında yaş değişkeninin temel etkisi saptanmıştır (Baştuğ, 2000). Yaşla birlikte DSD ve TSD olmak üzere her iki testte düşüş olduğu ve her iki alt test arasında herhangi bir farklılık olmadığı da ortaya konmuştur. 1030 kişiyle yapılan bu araştırmanın sonucuna göre yaş ile SDT arasında herhangi bir bağlantı olmadığı ve merkezi yönetici işlevlerdeki azalmanın sadece TSD göreviyle değil; her iki sayı alt testi için performansta düşüşle ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Hester ve ark., 2004).

Bir başka çalışmada, normal yaşlıların ilerde Alzheimer olma riskini belirme açısından sözel öğrenme, sözel bellek ve sayı dizisi gibi anlık işitsel dikkat testlerinin duyarlı olduğu bildirilmiştir (Tokçae, 2001). Kurt'un (2008) yaptığı boylamsal çalışmaya göre, SDT'deki bozulmalar, ilerleyen yıllarda kısa süreli bellek ve sözel akıcılık performansına yansıyan daha geniş bilişsel bozukluklara işaret edebilmektedir; fakat bunun hangi sayı dizisi alt testi ile ilişkili olduğu bilinmemektedir.

Richards'ın (2010) da ifade ettiği gibi kısa süreli bellek Alzheimer ve demans hastalığının başlangıç evresinde genellikle korunmaktadır. Buna karşın hastalardan doğrudan dikkatlerini toplamalarının istendiği görevlerde kısa süreli bellekte bozulmalar ortaya çıkabilir. Örneğin, hastalar DSD görevlerinde çok az zorluk çekerken; sayıları sondan başa doğru söylemeleri istendiğinde beklenenin de altında performans sergiledikleri görülmüştür. Bu görevler sıklıkla demansın muayenesinde de

kullanılmaktadır.

Benzer çalışmalar da HBB'si olan bireylerin normal kontrol grubuna göre SDT'den daha düşük puan aldıklarını göstermektedir (Balthazar ve ark., 2007; Linn ve ark., 1995). Buna karşın HBB ve sağlıklı grup arasında SDT'den alınan puanlar bakımından anlamlı bir fark bulunmadığına yönelik çalışmalar da mevcuttur (Ellias ve ark., 2000). Benzer şekilde Pasquier (1999) sayı dizisi alt testinin demansa çok duyarlı bir ölçek olmadığını; fakat demansın erken dönemlerinde test performansında zayıflama görüldüğünü belirtmektedir. Kurt'un (2008) çalışmasına göre normal bilişsel işlevlere sahip bireylerin 6 yıl sonraki değerlendirmelerinde SDT'den düşük puan almaları öznel bellek yakınması ve HBB arasında bir ara basamak olabileceğini düşündürmüştür. Sonuç olarak sözü edilen araştırmalarda kullanımı oldukça pratik olan SDT'nin bilişsel işlevleri değerlendirmedeki önemi bir kez daha vurgulanmıştır.

Buraya kadar Sayı Dizisi alt ölçümleri olan DSD ve TSD görev farklılıkları ve hasta grupları ile kontrol grupları arasındaki performans farklılıklarından söz edilmiştir. Buna göre DSD'in kısa süreli bellek kapasitesini, işitsel belleği ve basit dikkati ölçmede kullanılabileceği; TSD'nin ise çalışma belleği ve yürütücü işlevler hakkında bilgi verebileceği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte bu görevlerin demans, HBB ve kontrol gruplarında farklılıklar oluşturduğunu savunan çalışmalar yanında anlamlı bir farkın saptanmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.

Daha önce de ifade edildiği gibi demans tanısını karşılamayan fakat bazı bilişsel

işlevlerde güçlük yaşayan yaşlıların tanıları oldukça güç olabilmektedir. SMMT ülkemizde sıklıkla kullanılan bir tarama testi olmakla birlikte tanı koymak için uygun değildir. Seçici hatırlama, işitsel-sözel öğrenme ve sayı dizisi testlerine gereksinim duyulmaktadır (Tokçaer, 2001). Yukarıda sözü edilen nedenler göz önüne alındığında bilişsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmamızda Sayı Dizisi Alt testinin de dahil edilmesinin kritik olduğu düşünülmüştür.

Bu bölümde yaşlı bireylerde görülen bilişsel işlev değişimlerinden ve bunların ölçümlerinden söz edilmiştir. Bir sonraki bölümde ise araştırmada bilişsel işlevler ile ilişkisinin inceleneceği “depresyon” konu başlığı ele alınacaktır.

1.6. YAŞLILARDA DEPRESYON

1.6.1. Depresyon Tanımı

Depresyon yoğun üzüntü hissi, faaliyetlere ilginin kaybolması ve genellikle aşırı suçluluk ya da değersizlik hisleri ile belirlenen bir duygu durum bozukluğudur (Köroğlu, 2004). DSÖ'nün tanımına göre depresyon, fiziksel, duygusal, ekonomik ve toplumsal problemlere yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırayı almaktadır (Göktaş ve Özkan, 2006). Depresyon yaşlılık döneminde de en sık görülen ruhsal sorunlar arasındadır (Maral ve ark., 2001). Yapılan çalışmalar depresyonun hem evde hem de kurumda kalan yaşlıların yaşam kalitesini etkilediğini belirtmektedir (Borowiak, E. ve Kostka, 2004; Yücel, 2008).

Yaşlılıkta bilişsel bozukluk, kronik fiziksel hastalık varlığı, sosyal güvence eksikliği, eğitim düzeyi düşüklüğü, eş veya akran kaybı, sosyal desteğin azalması, sahip olunan etkin rollerin edilgen role dönüşmesi gibi koşulların depresyona zemin hazırladığı ya da depresyon için risk etkenleri olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Bekaroğlu, 1996; Çifçili ve ark., 2006; Dişçigil ve ark., 2005; Eker, 1998; Kaya, 1999; Sağduyu, 1997).

1.6.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

İngiltere ve Amerika'da yapılan araştırmalarda, 65 yaş ve üzeri kişilerde depresyon prevalansının %15; huzur evlerinde kalan yaşlılarda ise %30-44 olduğu belirtilmektedir (Akt., İhan ve ark, 2006). Demet ve arkadaşlarının (2002) aktardığına göre de yurt dışında yapılan çalışmalarda yaşlıların depresyon sıklığı % 7.7 ile % 68 arasında rapor edilmiştir.

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında ise yaşlıların %13.5 - 41.5'inin depresif olduğu bildirilmektedir (Altıntaş ve ark., 2006; Bekaroğlu, 1991; Dişçigil ve ark., 2006; Sütölük ve ark., 2004). Ülkemizde 1991'den bu yana yapılan bazı huzurevi çalışmalarında depresyon sıklığı ise %10.2 ile %48.1 arasında rapor edilmiştir (Aksüllü ve Doğan, 2004; Bekaroğlu ve ark., 1991; Demet ve ark., 2002; Eker, 1998; Kalenderoğlu ve ark., 2007; Kurtoğlu ve Rezaki, 1999; Maral ve ark., 2001). Belirti düzeyinde tanı koyan bir ölçek olan GDÖ kullanılarak yapılan bir araştırmada ise depresyon oranı %76 olarak bulunmuştur (Bahar ve ark., 2005).

Sonuçta depresyonun yaygınlığı, çalışmanın amacı, örneklem grubu ve kullanılan yönteme göre değişiklik göstermektedir. Yaşlılıkta nörolojik vakaların ayırt edilmemesi de depresyon sıklığının sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesinde sorun oluşturabilmektedir. Bunun yanında yaşlılarda eş veya akran kaybı diğer gelişim dönemlerine göre üç kat daha fazla görülmektedir. Bu durumda yaşlı bireyin içine girdiği yas süreci ile depresyonun ayırt edilmesi oldukça güç olabilmektedir. Klinik değerlendirme ile belirlenen depresyon oranlarının, değerlendirme ölçekleri ile saptanan oranlardan daha düşük olduğu da belirtilmektedir (Demet ve ark., 2002; Tamam ve Ömer, 2001).

1.6.3. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun etiyolojisi ile ilgili yapılan araştırmalar depresyonun tek bir risk etkenine değil; birçok genetik ve çevresel faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir. Yaşlılarda depresyonun ortaya çıkmasında önemli risk faktörleri: genetik etmenler, normal yaşlanma süreci, tıbbi hastalıklar, ilaçlar ve psikososyal etkenler olarak sıralanabilir. Bu çalışmada depresyonun etiyolojisi sırasıyla genetik etkenler, biyokimyasal etkenler ve psikososyal etkenler olmak üzere üç ana başlık altında ele alınacaktır.

1.6.3.1. Genetik Etkenler

Depresyonun gelişimine biyolojik açıdan bakıldığında depresyon hastası

bireylerin birinci derecede akrabalarının hastalanma riskinin yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan aile ve kalıtım çalışmalarında ebeveynlerden birinde majör depresif bozukluğunun olması çocuklarında bu hastalığın gelişme riskinin %10-13 olduğunu göstermektedir. Tek ve çift yumurta ikizleri ile yapılan çalışmalarda ise tek yumurta ikizlerinden birinde majör depresif bozukluk varsa diğer kardeşte görülme riski %50 iken; çift yumurta ikizlerinde bu oran %10-25'tir (Kurtoğlu, 1998; Öztürk, 1997).

1.6.3.2. Biyokimyasal Etkenler

Yaşlanma ile birlikte serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA10'nun beyin konsantrasyonlarında bir azalma görülmesi, yaşlıların depresyona olan yatkınlığını arttıran bir neden olarak görülmüştür. Bunun dışında, yaşlı depresif hastalarda yüksek platelet monoamino oksidaz işlev düzeyi saptanmış ve bunun fiziksel hastalığın varlığı ile yakından ilişkili olduğu düşünülmüştür. Platelet MAO düzeylerinin depresyon geliştirmiş yaşlılarda demansın erken bir habercisi olabileceği üzerinde durularak bu konuda daha çok çalışma yapılması önerilmiştir (Tamam ve Öner, 2001).

1.6.3.3. Psikososyal etkenler

Genetik ve biyolojik etmenlerin yanında depresyon bozukluğunun oluşumunda, gidişinde ve tedavisinde psikososyal etkenlerin de etkili olduğu savunulmaktadır (Kalenderoğlu ve ark., 2007).

Yaşlılıkta depresyon için risk etkenlerine, psikososyal etkenler açısından bakıldığında elde edilen sonuçların birbirlerine yakın fakat tümüyle tutarlı olmadıkları görülmektedir. Örneğin Kaya'nın (1999) yaşlı depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmaya göre risk etkenleri kadın olmak, SED'in düşük olması, sosyal destek azlığı, ve kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yeterli olmamak ve bilişsel bozukluğun olması olarak sıralanmaktadır. Varma ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları bir çalışma ise önceki çalışmalardan farklı olarak majör depresyonu olan yaşlıların bilişsel işlevselliğinin daha iyi olduğunu ortaya koymuştur.

Bilişsel işlevsellik ve depresyonun ele alındığı araştırmalarda demans vakalarının ayırt edilmesi oldukça önemlidir. Araştırmada da kullanılan Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) gibi öz bildirim dayalı ölçekler bilişsel sorunlar yaşayan demans hastaları için yanlış sonuçlar verebilmektedir (Logsdon ve Teri, 1995). Yapılan başka bir araştırmada demansı olan yaşlı grubun demansı olmayan yaşlı gruba göre depresyonun 3 ila 4 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Öncelikle depresyonda görülen psikomotor yavaşlama, emosyonel labilite (duygusal değişkenlik), ağlama, uykusuzluk, kilo kaybı, duygularını dile getirmede yetersizlik ve karamsarlık gibi belirtiler depresyonu olmayan demans hastalarında da sıklıkla görülebilmektedir (Akt., Cangöz, 2009; Taycan ve Eker, 2009). Bununla birlikte bilişsel bozukluk için 75 yaş ve üzerinde olmak, en az ilkokul mezunu olunmaması ve depresyon belirtisi olması risk etkeni olarak belirlenmiştir (İlhan ve ark., 2006).

Bilişsel işlevsellik ile depresyon ilişkisinin yanında huzurevinde kalan yaşlıların

depresyon belirtilerine yönelik de araştırmalar yapılmıştır. Yapılan bir çalışmayla huzurevindeki yaşlıların SED'in dūřuk olması, okur yazar seviyesinin az olması, uykuya dalmada zorluk ve kendini sağlıklı hissetmemenin depresyonla ilişkili olabileceğini saptanmıştır. Bunun yanında kadın olmanın, yaşın, eğitim dūzeyinin, ocuk varlığının, huzurevinde kalma sūresinin depresyonla herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır (Altıntaş ve ark., 2006). Demet ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında ise huzurevinde kalan yaşlıların depresyonunu etkileyen faktörler arasında huzurevinin fiziksel koşulları, algılanan SED'den tatmin olmama, memnun kalma dūzeyi, huzurevi sakinlerinin aidiyet duygu dūzeyleri, kişisel bakımı tam olarak yapabilme yetisi, kişinin sosyal desteği ve diğer sakinlerle ilişki dūzeyi göze çarpmaktadır.

Yapılan bazı araştırmalarında yaşın, eğitim dūzeyinin, medeni durumun, yaşayan akraba varlığının depresyon oluşumu üzerine etkili olmadığı saptanırken (Demet ve ark., 2002; Kurtoęlu ve Rezaki, 1999; Maral ve ark., 2001); ifili ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada dūřuk öğrenim durumu ile depresyon dūzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Varma ve arkadaşları (2008) depresyonu olan ve olmayan yaşlılar arasında yař, eğitim dūzeyi, yerleşim yeri, gelir dūzeyi, hobi ile uğraşma, egzersiz yapma, sosyal güvenceye sahip olma, alkol ve sigara kullanma alışkanlıkları ve huzurevinde kalma sūreleri arasında anlamlı bir fark bulamazken; sadece kronik fiziksel hastalığın olması ve kadın cinsiyetinin yaşlılarda depresyon ile ilişkisi olduğunu saptamıştır. Kronik hastalık varlığının (Demet ve ark., 2002; Maral ve ark., 2001; Varma ve ark, 2008) depresyonu

arttırdığı yönünde pek çok araştırma bulgusu mevcuttur. Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı oranının %64.8 olduğu bulgulanmıştır (Demet ve ark., 2002). Diğer bir araştırmada ise yaşlıların sadece % 29. 8'inin sağlıklarının iyi olduğu saptanmıştır (İçli, 2004).

Yurt dışında yapılmış çalışmalarda yaşlılarda görülen depresyon, düşük duygusal destek, çevresel yardımın kabulü ve çocuklarıyla birlikte yaşamayan dul kişilerle ilişkilendirilmiştir. Çocuklardan alınan duygusal destek İspanyadaki yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasında önemli bir rol oynuyor gibi görünmektedir (Zunzunegui ve ark., 2001). Zunzunegui ve arkadaşlarının (2001) aktardıklarına göre Kuzey Amerika'da üç kuşağı içeren boylamsal bir araştırmaya göre, çocukların duygusal desteği ve çevresel destek özellikle dul olan veya sağlığı kötüleşen yaşlı ailelerin yaşamını sürdürmeleri ve psikolojik açıdan iyi olmaları açısından yararlıdır. Kocataş ve arkadaşları (2004) sosyal desteğin, günlük yaşam stresiyle başa çıkmadaki önemini vurgulamaktadır. Sosyal ilişkinin, pek çok risk etmeninin zararlı etkisine karşı engelleyici veya hastalıklarla başa çıkmak için yardım edici bir etkisi söz konusudur.

Depresyon belirtileri ile ilişkili olan bir diğer etken ise egzersiz yapmadır. Yapılan çalışmalar depresyonun azalmasında egzersizin psikolojik faydalarının olduğunu göstermektedir (Brandon ve Loftin, 1991). Düzenli egzersiz yapmanın doğal opiat, endorfin seviyelerini arttırarak bireyin iyilik ve zindelik hislerini arttırdığı savunulmaktadır. Bu durumun öz saygının gelişimi, başarı duygusu, kontrol ve güven hissi, gelişmiş beden imajı ve stresin azalması gibi psikososyal mekanizmalar aracılığıyla

psikolojik açıdan iyi olma haliyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (Kennedy ve Newton, 1997; Ross ve Hayes, 1988). Babyak ve arkadaşları (2000) da egzersizin depresyon üzerindeki olumlu etkilerinin, bireysel başarı duygusunun oluşmasından ve benlik saygısındaki artıştan kaynaklanabileceğini belirtmektedir. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada ise fiziksel egzersizde azalmanın, depresyon riskini arttırdığı bulgulanmıştır (Penninx ve ark., 1999). Benzer şekilde Fadillioğlu ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmaya göre de egzersiz sonrası depresyon belirtilerinde belirgin azalma olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak yaşlılarda depresyon belirtilerinin psikososyal etkenlerine bakıldığında genel olarak kadın olmak, dul veya bekar olmak, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, sosyal desteğin olmayışı, önemli kayıpların yaşanması, kronik fiziksel bir hastalığın bulunması, işlevsel yetersizliğin olması, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağıllık ve kurum yaşantısının depresyon belirtileri ile ilişkili olabileceği görülmektedir.

Daha önce de ifade edildiği gibi bilişsel işlevsellik ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalar bulunmaktadır. Mevcut çalışmanın amacı da bilişsel işlevsellik ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bir sonraki bölümde bilişsel işlevler ve depresyon ilişkisine ayrıntılı olarak yer verilecektir.

1.7. Bilişsel İşlevler Bağlamında Depresyon

Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyonu olan bireyler kendileri, gelecekları ve dış dünya ile ilgili olumsuz bir bakış açısına sahiptirler. Bu olumsuz kavramlar gitgide kalıplaşarak olumsuz düşünelere, tutumlara ve yargılara neden olur. Depresyonu olan bireylerin düşünce içerikleri genelde kayıp, suçluluk, umutsuzluk, kişisel yetersizlik, kendini uygunsuz ya da aşırı şekilde eleştirme, kınama, hastalık ya da hayali günahları için cezalandırılma duyguları gibi temalardan oluşur ve bu hastaların %10 kadarının düşünce içeriğinde fakirleşmeler görülür (Savaşır ve Batur, 2009). Depresyondaki kişinin kendisine yönelik olumsuz algısı, yanlış giden her şeyden kendini sorumlu tutması ile birlikte hiçbir şeyi yapamayacakmış duygusu içinde olması ile ilişkilidir (Köroğlu, 2004).

Literatürde depresyonu olan bireylerin bilişsel işlevlerinde birtakım problemler yaşadıklarına yönelik bulgular mevcuttur. Örneğin depresif hastalarda bilgi işlem hızında yavaşlamanın olması psikomotor yavaşlama olarak ifade edilir. Psikomotor yavaşlamanın ise bireyin uyarıcılara tepki verme süresini uzatmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Tepki süresinin değerlendirildiği görevlerde depresyon hastalarının kontrol grubuna göre daha başarısız oldukları saptanmıştır. Bunun yanında depresif bireyler dikkati toplama, öğrenme ve hatırlamada güçlüklerden şikayet ederler. Uzun süreli dikkat ve çaba gerektiren görevlerde daha başarısız oldukları görülmüştür (Yalçın, 2008).

Depresyon belirtileri olan bireyin yürütücü işlevlerine yönelik çalışmalar da yapılmıştır; fakat bu çalışmaların sonuçları tutarlı değildir. Örneğin, depresyonda yürütücü işlevlerin incelendiği bir çalışmada depresif hastalarda bellek bozulmasının olmadığı; yürütücü işlevlerle ilişkili olan “yüksek düzey” işlevlerde bozulma olduğu ortaya konmuştur. Sözü edilen yüksek düzey işlevler ise kavram oluşturma, spontan bilişsel esneklik ve yaratıcılık yeteneğidir (Fossati ve ark., 1999).

Fossati ve arkadaşlarının (2002) yaş ile yürütücü işlevlerin ilişkisinin ele alındığı araştırmada yaşlanmanın yürütücü işlevlerle anlamlı bir ilişkisinin bulunmadığı; genç ve yaşlı depresyon hastaları olmak üzere her iki grupta da yürütücü işlevlerde düşüş görüldüğü bulgulanmıştır. Buna karşın Yalçın'ın (2008) çalışmasında depresyonu olan hastalar ile kontrol grubu arasında yönetici işlevler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gülseren ve arkadaşlarının (2000) araştırmasına göre de gerek huzurevi gerekse kontrol grubunda, depresif belirti şiddeti ile bilişsel işlevler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın yaşlılıkta emosyonlarla bellek arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmalarda, depresyon ve anksiyete düzeylerinin artması ile bellek işlevinde bozulmanın olduğu (Deptula ve ark.,1993) ve depresyonun sağaltımı ile öznel bellek yakınmalarında anlamlı düzeyde düzelme olduğu (Plotkin ve ark., 1985) görülmektedir (Akt., Gülseren ve ark., 2000). Sonuçlar arasındaki bu farklılık çalışmalarda ele alınan değişkenlerin farklı ölçeklerle değerlendirilmiş olması, diğer bir deyişle yöntem farklılıklarından kaynaklanmış olması olabilir.

İlgili yazın incelendiğinde depresif bireyler ve kontrol grubunda yargılama alt

testi performanslarının karşılaştırıldığı oldukça az çalışma bulunurken; yaşlı bireylerde bu becerinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bir araştırmada depresif hastaların sağlıklı gruba göre WAIS-R'in yargılama alt testinde anlamlı derecede daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur (Sackeim, 1992). Kunik'in (1994) yaptığı bir araştırmada ise psikotik depresyon hastalarının, psikotik fakat depresyon hastası olmayanlara göre yargılama alt testinden anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bulgulanmıştır. Mandelli ve arkadaşlarının (2006) araştırmasına göre de ilaç tedavisinin kullanıldığı depresyon hastalarından tedaviye cevap veren grubun tedaviye cevap vermeyen gruba göre yargılama alt testinde aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Akt., Marshall, 2009).

Yargılama alt testinde olduğu gibi depresyon hastalarının SDT performanslarında da sağlıklı gruba göre fark oluşturup oluşturmadığına yönelik çelişkili sonuçlar mevcuttur. Örneğin Sackeim'in (1992) yaptığı çalışmaya göre ağır düzeyde depresyon hastalarının kontrol grubuna göre, SDT'den anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları saptanmıştır. Kunik'in (1994) yaptığı araştırmaya göre ise psikotik depresyon hastalarının psikotik fakat depresyon hastası olmayanlara göre SDT'den anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bulgulanmıştır. Aynı şekilde Gomez ve arkadaşları (2006) psikotik depresif grubun psikotik olmayan depresif grubu göre TST' den anlamlı düzeyde daha düşük puan alırken; DSD'den alınan puanların gruplar arası anlamlı düzeyde bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Benzer konuyu ele alan Boone'nin (1995) çalışmasında hafif düzeyde ve orta

düzyeyde depresyon hastaları ile kontrol grupları arasında SDT’de gösterdikleri performanslar açısından fark belirlenmemiştir. Gorlyn ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmaya göre de depresif grubun depresif olmayan gruba göre SDT’den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan bir başka çalışmaya göre de DSD alt testinin depresif ve kontrol grubu arası anlamlı bir fark olduğunu; fakat TSD için böyle bir fark olmadığını bulgulamıştır (Marshall, 2009).

Sayı Dizisi alt testi uygulanan farklı bir çalışmada psikotik olmayan depresif grup ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Gorlyn ve ark., 2006). Keilp ve arkadaşları (2001) da depresif grup ile kontrol grubu arasında SDT açısından anlamlı bir fark saptamamıştır. Benzer çalışmalar Austin ve arkadaşları (1992), Gas ve Russell (1986) ve Gomez’in (2006) tarafından da yapılmıştır. Buna göre SDT performansı bakımından, depresif ve kontrol grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Özetle depresyon hastalarının kısa süreli bellek işlevlerinde bozulma saptamayan çalışmalar (Demir ve ark., 2000) olduğu gibi, depresyonun kısa süreli bellek işlevlerini etkilediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Fossati ve ark., 2002; Porter ve ark., 2003).

Literatürde WAIS-R’ı veya bazı alt ölçeklerinin puanları ile depresyon arasındaki ilişkiye bakılan oldukça sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Bu çalışmada “yargılama” ve “sayı dizisi” alt testleri kullanılmıştır. Yalnızca sözü edilen alt ölçeklerin ele alındığı araştırmaların kısıtlılığı literatür bilgisini de yetersiz kılmaktadır. Bu bakımdan mevcut çalışmaya yönelik fikir vermesi amacıyla WAIS-R’in Sözel IQ (SIQ), Performans IQ (PIQ) ve Toplam IQ (TIQ) olmak üzere bu üç kategori ile depresyon düzeyinin

incelendiği araştırmalara da değinilmiştir.

Sackeim'in (1992) araştırmasında depresif grubun kontrol grubuna göre SIQ'da benzer performans sergilediği; fakat PIQ'da depresif grubun daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Bu verilere dayanarak majör depresyon hastalarının PIQ'larında eksiklikler olduğu ifade edilmiştir. Sözü edilen eksiklik bilgi işleme hızındaki yavaşlamadan kaynaklanabileceğini düşündürürken; yazar depresif hastalarda görülen sözel olmayan becerilerdeki düşük performansın sabit bir eksiklik olduğunu ve bilgi işlem süreciyle ilişkili olmadığını belirtmektedir. Çalışmada ayrıca yaşlılarda PIQ puanındaki azalmayı yordayan değişkenin sadece yaş olduğu bulgulanmıştır.

Konuyla ilgili çalışması olan Boone (1995) depresif, psikotik olmayan ve tedavi edilmemiş yaşlı bireylerle depresyon şiddetinin nöropsikolojik testlerdeki performansa etkisini incelemiştir. Çalışmada gruplar arası cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi arasında fark bulunmamasının yanında, örneklem genel olarak yüksek eğitimli kişilerden oluştuğu dikkat çekmiştir. Bunun yanında depresyon leğinden alınan puanlara göre yaşlılar hafif ve orta derece depresif olmak üzere iki kategoride değerlendirilmiş ve SIQ açısından gruplar arası bir farklılık görülmezken, PIQ açısından depresif yaşlıların kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdikleri görülmektedir. Buna karşın hafif depresif yaşlılarla kontrol grubu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmada depresif grubun görece daha iyi eğitimli ve ortalamanın üstünde zeka puanına sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle daha büyük bilişsel zorlukların fark edilebilmesi için örneklem grubuna daha düşük eğitim seviyesi, daha düşük zeka düzeyi

ve şiddetli depresyonu olan bireylerin katılması gerektiği belirtilmiştir.

Hale'in (1993) depresyon hastalarında zihin işlevlerinin depresyondan olumsuz bir şekilde etkilenip etkilenmediğini belirlemek için yaptığı araştırmasında depresif grup ile depresif olmayan grup arasında Toplam IQ açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmacı gruplar arası yaş farklılığının anlamlı düzeyde olmasının, araştırma sonucunu etkilemeyeceğini savunmaktadır. Hale (1993) ayrıca WAIS-R alt testleri puanlarında eğitimin en iyi yordayıcı değişken olduğunu savunmaktadır; bu nedenle puanların eğitim yılı ile birlikte artma eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Donnelly'nin (1982) yaptığı çalışmada ise depresyon hastaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında SIQ, PIQ ve Toplam IQ'nun minimal düzeyde ilerlediğini; bu nedenle depresyon hastalarının zihin işlevlerinin görece sabit olduğunu savunmuştur.

Zihinsel işlevlerin WAIS-R ile ölçülen bir başka çalışmada sadece PIQ ile depresyon şiddeti arasında bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç sözel görevlerden ziyade sözel olmayan görevlerin depresyon belirtileri üzerine daha kuvvetli etkilerinin olduğunu göstermektedir (Mandelli ve ark., 2006; Akt., Marshall, 2009). Iverson ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmanın sonuçları da depresyonun klinik düzeyde anlamlı olacak şekilde bireyin PIQ'nu olumsuz yönde etkilemediği doğrultusundadır. Ayrıca depresif bireylerin SIQ-PIQ ayrımı genel popülasyondan beklenen şekilde benzer, istatistiksel olarak güvenilir, klinik olarak anlamlı frekans dağılımı göstermektedir. Bununla birlikte hastanede yatan majör depresyon hastalarında SIQ-PIQ ayrımı yordayıcı bulunmamıştır. Gorlyn'in (2006) resim tamamlama, yargılama ve parça

birleştirme alt testlerini dahil ettiği bir çalışmasında depresif olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır.

Özetlemek gerekirse literatürde depresyon hastaları ve kontrol grupları Toplam IQ, S IQ, PIQ açısından karşılaştırılan çalışmalarda çelişkili bulgular mevcuttur. Örneğin depresif bireylerin kontrol grubuna göre PIQ'den anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları; buna karşın iki grubun SIQ puanlarının birbirine yakın olduğu ve gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Boone, 1995; Gorlyn, 2006; Sackeim, 1992). Buna karşın Keilp ve arkadaşları (2001) ve Marshall (2009) ise depresyon hastaları ve kontrol grubu arasında PIQ puanları açısından da anlamlı bir fark bulamamıştır. Bununla birlikte depresif olan ve olmayan bireyler arasında Toplam IQ bakımından anlamlı bir farklılık saptamayan araştırmalar da mevcuttur (Gorlyn, 2006; Keilp ve ark., 2001; Marshall, 2009). Sözü edilen araştırmaların bazılarında örnekleme dahilindeki bireylerin yüksek eğitimi olması, bazılarında ise örneklemin küçük olması göz önünde bulundurulmalıdır.

Buraya kadar depresyon belirtileri ile ilişkisi olduğu düşünölen değişkenler psikososyal etkenler ve bilişsel işlevler başlıkları altında açıklanmıştır. Depresyon ile ilişkisinin olabileceği düşünölen ve araştırmada ele alınan bir diğer değişken ise empatik eğilimdir. Bir sonraki bölümde empatik eğilim ve depresyon arasındaki ilişki detaylı olarak açıklanacaktır.

1.8. Empatik Eğilim Bağlamında Depresyon

Geçmişten günümüze empati kavramı pek çok araştırmacı tarafından tanımlanmıştır. Empati kavramını sıklıkla ele alan Rogers'a göre empati "bir kişinin belli bir duruma ilişkin, karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, onun hissettiklerini hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci"dir (Adler, 2004). Rogers öncesi döneme bakıldığında ise empatinin "karşısındakinin duygularını ve düşüncelerini anlamaktır" veya "karşısındakinin hissettiklerini hissetmektir" şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Dökmen, 2005). Yani empatinin bilişsel ve duygusal yönü ayrı şekillerde ele alınmıştır. Fakat Rogers'ın tanımıyla birlikte empatinin hem bilişsel hem de duygusal boyutu birlikte ele alınmıştır (Akt., Dökmen, 1987).

Benzer bir şekilde Ellis (1982) bilişsel açıdan empatiyi, kişinin diğer insanın nasıl hissettiğini anlaması; duygusal boyutunu ise diğer bireyin duygularını gerçekten deneyimleme olarak tanımlar. Bilişsel ve duygusal bakış açılarının birleşimi olan bütüncü yaklaşım, her bir ögenin etkileşimi ile gerçek empatik tepkilerin ortaya konabileceğini savunur (Brom, 2000).

Dökmen'in (2005) tanımına göre ise " Empati, bir kişinin kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakması; o kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumu iletmesi sürecidir" (s.135). Empatinin kendini açma toplumsallaşma, sosyal duyarlılık ve topluma uyum ile pozitif ilişkisi vardır (Brom, 2000; Davis, 1990; Dökmen, 1987; Ünal, 2007).

Empatik anlayış insanları birbirlerine yaklaştırma, iletişimi kolaylaştırma özelliğine sahiptir. İnsanlar, kendileriyle empati kurulduğunda başkaları tarafından anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler. Bu durumun da insanları rahatlattığı savunulur (Dökmen, 1987; Yıldırım ve Ergene, 1997).

Dökmen (1988) Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) ile Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) arasında .30 düzeyinde düşük bir korelasyon saptamıştır. Yani bireyin empatik eğiliminin yüksek olması her zaman empatik beceriye sahip olacağı anlamına gelmemektedir. Hodges empatik eğilimin bir kişilik özelliği olduğunu ve bunun eğitim yoluyla geliştirilebileceğini savunmaktadır (Akt. Tutuk ve ark., 2002). Oysa Yıldırım'ın empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri arasındaki ilişkiyi ele aldığı bir çalışmasında empatik eğilimin eğitimle değiştirilemezken, empatik becerilerin eğitimle kazanılabileceği saptanmıştır. Dökmen'in (1988) psikodrama uygulaması yaptığı çalışmasının sonunda EBÖ'den alınan puanların arttığını; fakat EEÖ'den alınan puanlarda bir artış olmadığını bulgulanmıştır; çünkü EBÖ, empati kurma becerisini ifade ederken; EEÖ günlük yaşamda empatik davranışta bulunma eğilimini vurgulamaktadır. Mevcut çalışmada empatik eğilim ele alınacak ve depresyonla ilişkisi incelenecektir.

“Kendilikle ilgili” bozukluk olarak tanımlanabilen depresyonu “diğerleriyle ilgili” bir bozukluk olarak karakterize etmek daha doğru olabilir. Depresyondaki insanların empati düzeyleri çoğu zaman normal ve daha üst düzeydedir; buna karşın kendilerinin diğerlerinin acılarına neden olduklarına yönelik otomatik etki sıklıkla

rahatsız edicidir. Diğer bir deyişle depresif bireyler bilinç düzeyinde olmayan suçluluk iddialarını genellikle içselleştirebilirler (Decety ve Jackson, 2004).

Zihin teorisi (Sophisticated Theory of Mind-TOM) doğru empati için diğerlerinin ne düşündüğünü bilme yeteneğinin ön koşul olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle sağlıklı empati için nedenselliğin anlaşılması gerekmektedir. Depresyonda nedenselliğin ciddi derecede bozulduğu belirtilmektedir. Nedenselliğin bozulması ise depresif kişilerin empatik tepkilerinde büyük bir sıkıntıya yol açmaktadır; çünkü bu kişiler diğerlerinin hissettiği acılar için gerçekçi olmayan bir biçimde kendilerini suçlarlar. Bu nedenle duygu durum bozukluklarında empati sistemi işlevsel olabilse de, empati sisteminin aşırı etkinliği ve otomatik ahlak sistemi, ilişkiyi sürdürmek ve gerektiğinde yardımcı olmak için yanlış yorumlamalara neden olabilmekte ve birey suçluluk duymaya yatkın hale gelebilmektedir (O'Conner ve ark., 2007).

Empatik eğilimi yüksek olan bireylerin olaylar karşısında yanlış yorumlar yapabilmelerinin, empati sisteminin özelliğinden de kaynaklanabileceği savunulmaktadır. Buna göre tüm memeli türlerinde farkında olmadan oluşan empati refleksiftir ve bilinçli değildir. Empati sistemi tüm kişilerarası karşılaşmalarda aktif hale gelmektedir. Ayna nöronlar sisteminin aracılığıyla insanlar duygulara olduğu gibi, tanık oldukları motor hareketlere de sanki kendileri de aynı deneyimi ve duyguyu yaşıyor gibi tepki verirler. Empatik tepkilerde insanlar ayrı bir kendilik duygusunu korurken tam olarak diğerlerinin duygularını hissederler. Diğerlerini izlerken, insanlar sosyal konuşmalar yaparken, üzüntü ve sıkıntı gibi duyguları yaşarken veya gülümseme, etkili

bir biçimde dokunma, iletişim bozulduğunda uzlaşma ve biri tarafından incindiğinde affetme gibi pozitif ve mutluluk veren duygular ve aktiviteler içindeyken onlara ayna olurlar (Berry ve ark., 2005; Farrow ve ark., 2001).

Ayna nöronların empatik sistemde aktive olduğu biyolojik açıdan da açıklanabilir. Duygusal empatide, otomatik ahlaki karar alma sürecinde ve suçluluk duygusunda aktif olan limbik ve paralimbik sistem yapılarının aynı zamanda depresyon hastalarında da aktif veya hiperaktif olduğu bulunmuştur. Sosyopati, Otizm, Asperger ve bazı psikotik bozukluklar gibi yaygınlığı düşük olan ruhsal bozukluklarda ve darbe kaynaklı yaralanmalarda veya diğer zarar verici durumlarda empati eksikliği görülmektedir. Buna karşın duygu durum bozukluğu olan kişilerde, empatik tepkilerle ilişkili olan nöral çevrede işlevsel ve yapısal nöral değişiklikler göze çarpmaktadır; fakat bu kişiler normal düzeyde ve bazı durumlarda artı değerlerde empati göstermektedir (O'Conner ve ark., 2002).

Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de duygusal empati tutumu ile ahlaki yargının ortaya çıkışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Akkoyun, 1987). Blair (1997) de psikopatların empati sistemlerindeki eksiklik olduğunu ve bunun normal ahlaki yargılama yapmalarında yetersizliğe yol açtığını saptamıştır. Sonuç olarak depresyona sahip kişiler empatiktir ancak normal ahlaki değerlendirme yapmada sıklıkla başarısızdırlar ve bu belki de duygu durum bozukluklarının en önemli karakteristik özelliğidir.

Daha önce de söz edildiği gibi empatik eğilimi yüksek kişiler yardım etme çabası içine girebilirler; fakat bu çaba işe yaramayabilir ve sosyal ilişkilerini sürdürmeyebilirler. Depresif kişilerin diğerlerine yardımcı olmadaki başarısızlıkları genellikle depresyonun bir belirtisi olan pasifizlikle ilişkilidir (O'Conner ve ark., 2007). Bunun yanında nedenselliğin bozulmuş olması da çabanın doğru bir şekilde verilememesini etkiliyor olabilir; çünkü depresif kişiler nadir olarak sadece kendilerini düşünürler; onun yerine diğerlerini nasıl tehlikeye atmış olabileceklerini veya geçmişte insanlara zarar verdiğiine yönelik sıklıkla yanlış olan inançlara odaklanırlar (O'Conner ve ark., 2002). Bu düşünce biçimi de bireyi kolaylıkla depresyona itebilir. Sonuç olarak yardım çabalarının işe yaramaması ve ilişkilerdeki başarısızlıklar depresyonun şiddetini arttırmaktadır. Üzüntünün daha da arttığı bu durumda, depresyondaki kişiler pasifizelik ve yanlış yorumlar sonucu oluşan başarısızlıklarını aşağılık duygularının bir kanıtı olarak açıklamaktadırlar (O'Conner ve ark., 2007).

Kuşkusuz bireylerin kişilik yapıları onların ruhsal bozukluklara karşı eğilimlerinde belirleyici olabilmektedir. Kimi araştırmacılara göre depresyonun gelişiminde en önemli faktör, bireyin kişilik özellikleri ile eşleşen stresli yaşam olaylarıdır. Bu durumda sadece kişilik özellikleri ile eşleşen olaylar depresyon için tetikleyici olabilecekken; diğer olayların önemli bir etkisi olmayacaktır. Buna karşın Kaplan (1994) ve Zuroff ve Mongran (1987) hiçbir kişilik özelliğinin tek başına depresyona yatkınlık yaratmayacağını ve herhangi bir kişilik tipindeki bireyin depresyona girebileceğini belirtmiştir (Akt., Kabakçı, 2001). Depresyon geçirmeye yatkın kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya

eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü ve yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı kişilerdir (Doğan, 2000; Öztürk, 1997). Sözü edilen kişilik özelliklerinin daha önce ifade edilen empatik bireylerin özellikleri ile benzerlik gösterdiği dikkat çekmektedir.

Literatürde empati ile sosyodemografik özelliklerin incelendiği araştırmalar da mevcuttur. Empati ve cinsiyet ilişkisini inceleyen çalışma sonuçlarının tutarlı olmadığı belirtilmektedir. Bunun yanında alt sosyoekonomik düzeydeki bireylerin üst sosyoekonomik düzeydeki bireylere göre empati kurma düzeyleri daha düşüktür. Daha önce de ifade edildiği gibi empatik davranış ile yardımseverlik arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca empati ile sosyometrik statü, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi ve zeka arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Dökmen, 1987).

Cotton'un (2001) yaptığı bir araştırmaya göre ise gençler çocuklara göre, yetişkinler ise gençlere göre empati kurmada daha başarılıdırlar. Empati kurabilmek için, kişi hem diğer insanın duygularını anlayabilecek duygusal olgunluğa, hem de söylediklerini anlayabilecek zihinsel olgunluğa sahip olması gerekmektedir (Akt., Ünal, 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de 31-35 yaş arası hemşirelerin empatik eğilimlerinin, 41 yaş ve üzeri hemşirelerin empatik eğilimlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Görüldüğü üzere yaşın ilerlemesiyle empati yeteneğinin arttığı yönünde bir görüş söz konusudur; ancak yeni çalışmaların yapılması gerektiği de vurgulamaktadır (Seymen, 2007).

1.9. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu çalışmanın amacı, evde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri, yargılama ve dikkat becerileri, empatik eğilimleri ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkileri belirlemektir. Söz konusu değişkenlerin ayrı ayrı ele alındığı çeşitli araştırmalar yazında yer alsa da, bu değişkenlerin bir arada değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu amaç doğrultusunda araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin depresyon belirtileri ile ilişkisi vardır.
2. WAIS-R yargılama ve sayı dizisi alt testleri ve empatik eğilim ile depresyon belirtileri arasında bir ilişki vardır.
3. Yaşlı bireylerde, WAIS-R yargılama alt testi, WAIS-R sayı dizisi alt testi ve empatik eğilim puanları ile sosyodemografik değişkenler depresyon puanını yordamaktadır.
4. Çok düşük depresif belirti gösteren yaşlılar ile çok yüksek depresif belirti gösteren yaşlılarda, yargılama ve sayı dizisi puanları açısından bir farklılık vardır.
5. Çok düşük depresif belirti gösteren yaşlılar ile çok yüksek depresif belirti gösteren yaşlılarda, empatik eğilim puanları açısından bir farklılık vardır.
6. Huzurevinde kalan yaşlı grubu ile huzurevinde kalmayan yaşlı grubu arasında depresyon, empatik eğilim, yargılama ve sayı dizisi puanları açısından farklılık vardır.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini, huzurevinde ve evde yaşayan 65-74 yaş arasındaki yaşlılar oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşlı katılımcılar T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bağlı, Ankara Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Demetevler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Öğretmen Necla Kızıldağ Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'na bağlı Emekli Sandığı 75. Yıl Dinlenme ve Bakımevi ile Ankara Keçiören Belediyesi Gücsüzler Yurdu'nda yaşayan 120 ve yanı sıra Ankara'da kendi evinde ya da ailesiyle yaşayan 165 olmak üzere toplam 285 yaşlı çalışmaya katılmıştır.

Araştırmacı tarafından oluşturulan onam formunda gönüllük esasının yanı sıra katılımcının ölçeği tamamlamama hakkı olduğu, bilgilerin gizliliği ve araştırmanın yapılma amacı üzerine bilgiler verilmiştir. Katılım sonrasında herhangi bir nedenle yardım ihtiyacı duymaları durumunda araştırmacıya ulaşabilecekleri konusunda yaşlılar bilgilendirilmiş ve gerekli adresler onam formunda yer almıştır (Bkz. Ek 1).

Katılımcılara ilişkin çeşitli demografik değişkenler Tablo 2.1.'de belirtilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcılara ilişkin çeşitli demografik değişkenler

Değişken	Katılımcıların Oranı	
	N	%
CİNSİYET		
Kadın	148	52,5
Erkek	134	47,5
EĞİTİM DÜZEYİ		
Okur yazar olmayan	52	18,4
Okur yazar	56	19,9
İlkokul mezunu	101	35,8
Ortaokul mezunu	15	5,3
Lise mezunu	24	8,5
Yüksekokul mezun	15	5,3
Üniversite mezunu	19	6,7
MEDENİ DURUM		
Evli	135	47,9
Dul	99	35,1
Bekar	14	5
Boşanmış	34	12,1
SED		
Çok kötü	3	1,1
Kötü	22	7,8
Orta	145	51,4
İyi	100	35,5
Çok iyi	12	4,3
MESLEK		
Ev hanımı	41	14,5
İşçi emeklisi	146	51,8
Memur emeklisi	66	23,4
Serbest meslek	29	10,3
KRONİKHASTALIK		
Var	189	67
Yok	93	33
EGZERSİZ		
Yapıyor	147	52,1
Yapmıyor	135	47,9
BEKLENTİ		
Var	109	38,7
Yok	173	61,3

Araştırmada kullanılan dışlama ölçütleri şunlardır:

1. 65- 74 yaş arasında olmamak.
2. İletişime engel olacak kadar işitme, görme ve demans tanısı gibi bilişsel işlev bozukluğu olmak.
3. Görüşmeyi kabul etmemek.

İşlem

Araştırma dahilindeki ölçekler tüm yaşlılara yüz yüze görüşme tekniği ile her bir ölçek maddesi araştırmacı tarafından tek tek okunarak uygulanmıştır. Yaşlıların sessiz, dikkatlerinin dağılmasına neden olabilecek dış etkenlerin elimine edildiği ortamlarda değerlendirilmesine özen gösterilmiştir. Değerlendirmelerin tamamlanması 3 ay sürmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

KBF' de yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi kişisel bilgilere yönelik sorulara yer verilmiştir. Demografik bilgilerin yanı sıra kişinin ekonomik açıdan kendini nasıl gördüğü, şu anda kronik hastalığı olup olmadığı, egzersiz yapıp yapmadığı ve geleceğe yönelik beklentisinin olup olmadığına ilişkin bazı sorular sorulmuştur (Bkz. Ek 2-3).

2.2.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

SMMT Folstein, Folstein ve McHugh tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. Yaşlıların, özellikle demanslı yaşlıların muayenesinde bilişsel işlevlerinin genel olarak değerlendirilmesinde kullanılan kısa, kullanışlı ve standart uygulaması olan bir testtir. SMMT'nin bilişsel işlevleri değerlendiren WAIS ve Modifiye Blessed Test (MBT) gibi tarama testleri ile yüksek korelasyon gösterdiği bildirilmektedir (Fillenbaum, Heyman, Wilkinson ve Haynes, 1987; Horton, Slone ve Shapiro, 1987). Yönelim, kayıt belleği, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve dil olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış olan bu test 11 maddeden oluşmaktadır. SMMT'den alınabilecek en yüksek puan 30'dur. 30 puanın paylaşımı ise şu şekildedir: Zaman ve mekan oryantasyonu, 10 puan; bellek 6 puan; dikkat, 5 puan; dil, 8 puan ve görsel-mekansal işlevler 1 puan olarak değerlendirilmektedir. SMMT'de yer alan "dil alt testi" ile ilgili maddelerin çok kolay; dikkat maddelerinin (100'den geriye 7'şer çıkartmayla ilgili madde) ise çok zor olduğu söylenebilir.

Dünya çapında yaygın bir biçimde kullanılan testin, pratikte tek bir hastada tanı amaçlı kullanılmaması önerilmekte, bilişsel bozulma konusunda genel bir fikir edinme ve zaman içinde değişimi izlemede kullanılması durumunda ise çok yararlı olduğu bilinmektedir. Testten alınan 24-30 puan aralığı normal, 18-23 puan aralığı hafif düzeyde, 10-17 puan aralığı orta düzeyde, 10 puan ve altı ağır düzeyde demans ile uyumludur (Güngen ve ark., 2002).

Testin uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Uluslar arası alanda yaygın

olarak kullanılan testin Türk örneğinde hafif demans tanısı için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. SMMT'nin demans ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark ortaya koyduğu gösterilmiştir. Eşik değer olan 23/24'ün, hafif demansın normalden ayırımında en uygun değer olduğu anlaşılmıştır. Bu değer 0.91 düzeyinde duyarlık, 0.95 düzeyinde özgüllük göstermiştir. Pozitif ve negatif yordayıcı değerleri ve Kappa değeri ise sırasıyla 0.90, 0.95 ve 0.86'dır. Uygulayıcılar arası güvenilirlik incelemesinde yapılan analize göre ise her iki uygulayıcıdan elde edilen toplam puanlar arasında korelasyon 0.99, Kappa değeri ise 0.92 olarak saptanmıştır. SMMT'nin Türk örneğindeki hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (Bkz. Ek 4).

2.2.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Scheikh ve Yesavage (1986) tarafından geriatrik örnekleme yönelik olarak geliştirilmiş bir depresyon ölçeğidir. GDÖ geriatrik örneklemede, depresyon açısından, risk altındaki bireylerin ortaya çıkarılmasında yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Ölçek duygulanım değişikliği, durağanlaşma, çabuk öfkelenme, yaşamdan geri çekilme, rahatsız edici düşünceler ve geçmiş, şimdiki zaman ve geleceğe yönelik olumsuz yargı alanlarını içermektedir. Öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan ölçekte sorular "Evet-Hayır" biçiminde cevaplanmaktadır. Ölçek puanlanırken, her soruya depresyon lehine verilen cevap için 1 puan, depresyon aleyhine verilen cevap için 0 puan verilmekte ve sonuçta elde edilen toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. GDÖ'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur.

Depresyon tanısı içineşik değer 13 olarak alınmaktadır. Bu nedenle puanın 0-11 arası olması halinde depresyon olmadığı; 11-14 arası için olası depresyon, 14 ve yukarısı için ise kesin depresyon olduğu kabul edilmektedir. GDÖ'nün yaklaşık uygulama süresi 15–20 dakikadır. Ölçeğin ölkemiz kültürü için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ertan ve Eker (2000) tarafından yapılmıştır. Buna göre ölçeğin iç tutarlık katsayısı. 91 ve test tekrar test güvenirligi. 74 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 5).

2.2.4. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ)

Dökmen (1988) tarafından geliştirilen EEÖ'nün amacı; kişilerin günlük yaşamında empati kurma eğilimlerini ölçmektir. 5'li Likert tipinde (1 = tamamen aykırı; 2 = Oldukça aykırı; 3 = Kararsızım; 4 = Oldukça uygun; 5 = Tamamen uygun) 20 maddeden oluşan EEÖ'nün maddelerinin yaklaşık yarısı ters yönlü yazılmıştır. Puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğu, düşük olması ise empatik eğilimin düşük olduğu anlamına gelmektedir. EEÖ, Dökmen (1988) tarafından 70 kişilik bir öğrenci grubuna üç hafta arayla iki defa uygulanmış ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı. 82 olarak bulunmuştur. Testi yarılama yöntemiyle ölçeğin tek ve çift maddelerinden alınan puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ise .86'dır. Geçerlik çalışması için EEÖ ve Edwards Kişilik Tercih Envanteri'nin "Duyguları Anlama" bölümü arasındaki ilişkiye bakılmış ve .68 düzeyinde bir korelasyon bulunmuştur (Bkz. Ek 6).

2.2.5. WAIS-R /Yargılama Alt

“Wechsler Adult Intelligence Scale” (WAIS) kelimelerin ilk harfleri ile sembolleştirilmiştir. Orijinal Wechsler-Bellevue Yetişkinler Zeka Ölçeğinin 1995 yılında gözden geçirilmesiyle elde edilmiştir. Wechsler, yetişkinlerin zihinsel düzeyini ölçmede kullanılabilecek bir ölçüm aracı ihtiyacını karşılamak amacıyla WAIS’ı geliştirmiştir. Wechsler tarafından 1995 yılında geliştirilen WAIS; 1981 yılında yeniden revizyondan geçirilerek, WAIS-R adıyla yayınlanmıştır. WAIS-R Amerika Birleşik Devletleri’nde 16-74 yaş aralığındaki 1880 katılımcıya uygulanan standardizasyonu yapılmış bir ölçektir.

WAIS-R zekanın genel tahmininde, özel veya üstün eğitime ihtiyacı olan bireylerin belirlenmesinde kullanılan bir araçtır. WAIS-R sadece zihinsel süreçleri değerlendiren bir ölçek değil; aynı zamanda psikiyatrik ve nöropsikolojik değerlendirme ve tanı koyma aracı olarak da değerlendirilmektedir (Lezak, 1983; Akt. Baştuğ, 2000).

WAIS-R bireysel olarak uygulanır. 16 yaş ve 74 yaş 11 aylık bireyslere uygulanmaktadır. 74 yaş üstü bireyler için de 70-74 yaş normları kullanılmaktadır (Wechsler, 1981). Ülkemizde ise WAIS, Tan (1961) tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Yapılan ön çalışmalar ise kapsamlı bir norm oluşturma ve standardizasyon çalışmasıyla sonuçlanmamıştır. Sözü edilen eksikliği gidermek için 3 kişilik bir grup WAIS-R’ın standardizasyon ön çalışmasını ele almıştır. Fakat standardizasyon çalışmalarında örneklemin küçük olması genellenebilirliği büyük ölçüde engellemektedir (Baştuğ,

2000).

WAIS-R 6 sözel ve 5 performans olmak üzere toplam 11 alt ölçekten oluşmaktadır. Sözel alt ölçekler; Genel Bilgi, Yargılama, Aritmetik, Benzerlikler, Sayı Dizisi, Sözcük Dağarcığı; Performans alt ölçekler ise Resim Tamamlama, Küplerle Desen, Resim Düzenleme, Parça Birleştirme, Şifre alt ölçekleridir.

Bu çalışmada yalnız WAIS-R Yargılama ve Sayı Dizisi alt testleri kullanıldığı için iki alt ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi yer verilmektedir.

WAIS-R/Yargılama alt testi, günlük yaşamda karşılaşılabilecek problem durumlarda ne yapılması gerektiğini soran, atasözlerinin açıklanmasını isteyen 16 sorudan oluşmaktadır. Testte sorular giderek zorlaşmakta ve ayrıntılı yanıtlar istenmektedir. SED'in yargılama alt testi ham puan üzerinde temel etkisi anlamlıyken; yaş ve cinsiyet değişkenlerinin anlamlı olmadığı görülmüştür. Yargılama alt testinin güvenilirliğini saptamak amacıyla iki yarım test yöntemi kullanılarak Cronbach alfa ve Spearman-Brown katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre ölçeğin Cronbach alfa ve Spearman-Brown katsayıları sırasıyla .78 ile .75'dir. Yargılama alt testinin, WAIS-R'in diğer alt testleriyle korelasyonu ise şu şekildedir: Genel Bilgi ile .69; Sayı Dizisi ile .43, Aritmetik ile .63, Benzerlikler ile .63 olarak hesaplanmıştır. Yargılama alt testinin WAIS-R/ Sözel bölümle korelasyonu .82; performans bölüm ile korelasyonu .59; toplam puan ile korelasyonu .74 olarak hesaplanmıştır (Baştığ, 2000). (Bkz. Ek 7).

2.2.6.WAIS-R/ Sayı Dizisi Alt Testi

WAIS-R /Sayı Dizisi Alt Testi ham puan üzerinde, SED ve yaş değişkenlerinin temel etkileri anlamlı bulunurken; cinsiyet temel etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Sayı Dizisi alt testinin güvenilirliği yarıya bölme yöntemi ile hesaplanamayacağından sadece Cronbach alfa değeri hesaplanmış ve .84 olarak bulunmuştur. Sayı Dizisi alt testinin diğer alt testlerle korelasyonu ise şu şekildedir: Genel Bilgi ile .48; Yargılama ile .43, Aritmetik ile .60, Benzerlikler ile .51, Sayı Dizisi alt testinin WAIS-R /Sözel bölümle korelasyonu .65; performans bölüm ile korelasyonu .68; toplam puan ile korelasyonu .70 olarak bulgulanmıştır (Bkz. Ek 8).

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Tüm analizler SPSS 10.0 for Windows programı ile yapılmıştır.

Araştırmanın analizleri yapılmadan önce veri girişinin doğruluğu ve değişkenlerin dağılımının çok değişkenli istatistik analizi sayıtlılarına uygunluğu test edilmiştir. Bu doğrultuda normaliteyi gösteren dal-yaprak grafiğine bakılarak aşırı puana sahip uç noktalardaki 3 kişi normal örneklem grubundan çıkarılmıştır. Böylece başlangıçta 285 olan örneklem grubu 282 kişiye düşmüştür.

Çalışmanın istatistiksel analizleri aşamasında öncelikle katılımcıların GDÖ toplam puanlarının demografik değişkenlerle; yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, sayı dizisi toplam puanı alt testleri ve empatik eğilim ölçeği toplam puanı ile arasındaki ilişkiler ele alınacaktır. Daha sonra depresyon puanlarını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla regresyon analizlerine ilişkin bulgulara yer verilecektir. Bunun ardından depresyon puanları düşük ve yüksek olan grupların araştırma değişkenleri açısından karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t-testi sonuçları aktarılacaktır. Bu karşılaştırmanın ardından yine bağımsız örneklem t-testi uygulanarak huzurevinde ve evde kalan yaşlılar GDÖ puanları açısından karşılaştırılacaktır. Son olarak cinsiyete göre GDÖ puan ortalamaları aktarılacaktır.

3.1. GDÖ Toplam Puanı ve Sosyodemografik Değişkenler Arası Korelasyonlar

GDÖ toplam puanı ile demografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, meslek statüsü, kronik hastalık, SED, beklenti, egzersiz) birbirleri ile ilişkileri Nokta Çift Serili Korelasyon ve Pearson korelasyon tekniği kullanılarak hesaplanmış olup korelasyon katsayılarına Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1. GDÖ Toplam Puanı ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	GDÖ TOPLAM PUAN
CİNSİYET	0.34*
YAŞ	0.01
EĞİTİM	0.32*
MEDENİ DURUM	-0.72
MESLEK STATÜSÜ	0.32*
KRONİK HASTALIK	0.30*
SED	0.20*
BEKLENTİ	-0.32*
EGZERSİZ	-0.36*

* p< .05

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi, GDÖ toplam puanı ile sosyodemografik değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları r_{pb} .20 ile .36 arasında değişmektedir.

3.2. GDÖ Toplam Puanı ve WAIS-R/ Yargılama, Düz Sayı Dizisi, Ters Sayı Dizisi, Toplam Sayı Dizisi Alt Testleri Empatik Eğilim Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

GDÖ toplam puanı ile yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt testleri ve empatik eğilim ölçeği puanlarının birbirleri ile ilişkileri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği kullanılarak hesaplanmış olup korelasyon katsayılarına Tablo 3.2’de yer verilmiştir.

Tablo 3.2. GDO Toplam Puanı ile WAIS-R /Yargılama, Düz Sayı Dizisi, Ters Sayı Dizisi, Toplam Sayı Dizisi, Empatik Eğilim Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	GDÖ TOPLAM PUAN
YARGILAMA ALT TESTİ	0.29**
DÜZ SAYI DİZİSİ	0.28**
TERS SAYI DİZİSİ	0.27**
TOPLAM SAYI DİZİSİ	0.30**
EMPATİK EĞİLİM	0.42**

** $p < .05$

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi, GDÖ toplam puanı ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları .27 ile .42 arasında değişmektedir.

3.3. Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışmanın bu aşamasında, araştırmanın amacı doğrultusunda yaşlı bireylerde depresyon belirtilerini yordayan değişkenleri saptamak amacıyla step-wise metoduyla regresyon analizleri yapılmıştır. Bu amaçla, demografik değişkenler (eğitim düzeyi, SED, sosyal güvenceye sahip olma, meslek statüsü, beklenti, kronik hastalık varlığı, egzersiz), WAIS-R /Yargılama alt testi toplam puanı, Düz Sayı Dizisi puanları, Ters Sayı Dizisi puanları, Sayı Dizisi toplam puanı ve Empatik Eğilim toplam puanı yordayıcı değişkenler olarak ele alınmıştır.

Regresyon denklemine sırasıyla birinci adımda demografik değişkenler, ikinci adımda WAIS-R /Yargılama alt testi toplam puanı, Düz Sayı Dizisi puanları, Ters Sayı Dizisi puanları, Sayı Dizisi toplam puanı, Empatik Eğilim toplam puanı ayrı bloklar halinde alınmıştır. Yaşlı bireylerde depresyon belirtilerini yordayan değişkenlere ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 3.3’te verilmektedir.

Tablo 3.3. GDÖ Puanlarını Yordayan Değişkenler

	R	R²	Uyarlanmış R²	Beta	t	Hata varyansı (sd)	F
EGZERSİZ	.36	.13	.13	.71	-4.49*	6.28	41.93*
MESLEK STATÜSÜ	.46	.21	.20	.16	2.77*	6.00	36.93*
BEKLENTİ	.52	.27	.26	.18	-3.81*	5.78	34.24*
EĞİTİM	.55	.31	.30	.16	4.11*	5.64	30.64*
HASTALIK	.58	.34	.33	.10	3.44*	5.51	28.38*
EMPATİK EĞİLİM	.64	.41	.40	.11	5.76*	5.22	31.94*
TOPLAM PUAN							

*p < .05

Tablo 3.3'te görüldüğü gibi depresyon belirtilerini yordayan değişken olarak egzersiz yapma değişkeninin varyansın %13'ünü açıkladığı bulunmuştur. Bunu varyansa %8'lik bir katkı ile “meslek statüsü” izlemektedir. Depresyon belirtilerini yordayan üçüncü değişken ise varyansa %6'lik katkısı ile “beklenti” dir. “Eğitim düzeyi” varyansa % 4 lük katkı ile dördüncü sırada yer almaktadır. Depresyon belirtilerini yordayan beşinci değişken olan “kronik hastalık” ise kendinden önceki

dört değişkenle birlikte varyansın % 3'ünü açıklamakta ve düşük bir katkı sağlamaktadır. İkinci blokta denkleme giren değişkenlerden sadece “Empatik Eğilim Toplam Puanı”nın depresyon belirtilerini yordadığı saptanmıştır. “Empatik Eğilim Toplam Puanı”nın kendinden önceki beş değişkenle birlikte açıkladığı varyans % 41'e ulaşmıştır.

3.4. GDÖ'den Yüksek ve Düşük Puan Alan Grupların Ölçeklerden (Yargılama Alt Testi, Düz Sayı Dizisi, Ters Sayı Dizisi, Toplam Sayı Dizisi, Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Empatik Eğilim Ölçeği) Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Araştırmanın amacı doğrultusunda, depresyon belirtisi düşük ve yüksek olan yaşlı bireylerin; yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt testleri, SMMT ve empatik eğilim düzeyi açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için, örneklem öncelikle GDÖ'den alınan toplam puanlar açısından ortalamanın ($\bar{x} = 51,22$, $ss = 6,72$) bir standart sapma üstü ve bir standart sapma altı olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Ortalama puanın bir standart sapma üstü 57,94; bir standart sapma altı ise 44,50 olarak belirlenmiştir. Böylece örneklem depresyon belirtisi yüksek olan (yüksek depresyon belirtisi $> 57,94$, $n = 37$) ve depresyon belirtisi düşük olan (düşük depresyon belirtisi $< 44,50$, $n = 53$) biçiminde ikiye ayrılmıştır. Sayılara bakıldığında toplam örneklemün %13'ünün depresyon belirti puanlarının yüksek olduğu görülmektedir; başka bir deyişle örneklem içerisindeki bireylerin %13'ünün yüksek depresyon belirtisine sahip bireyler olarak tanımlanabileceği söylenebilir.

Söz konusu uç gruplar, “Yargılama Alt Testi”, “Düz Sayı Dizisi Alt Testi”, “Ters Sayı Dizisi Alt Testi”, “Toplam Sayı Dizisi Alt Testi”, “SMMT” ve “Empatik Eğilim Ölçeği” puanları açısından karşılaştırılmışlardır. Sonuçlar Tablo 3.4’te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Düşük ve Yüksek GDÖ Puanlı Grupların WAIS-R/ Yargılama, Düz Sayı Dizisi, Ters Sayı Dizisi, Toplam Sayı Dizisi Alt Testleri, SMMT ve Empatik Eğilim Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Depresif Belirtisi < 44 (N= 53)		Depresif Belirtisi > 58 (N= 37)		t
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	
Yargılama Alt Testi	8.75	2.67	11.89	3.14	-5.10*
Düz Sayı Dizisi	8.98	2.83	11.91	3.05	-4.69*
Ters Sayı Dizisi	8.83	2.63	11.50	2.91	-4.54*
Toplam Sayı Dizisi	8.80	2.81	11.88	3.00	-4.97*
SMMT	24.87	1.94	26.43	1.80	-3.83*
Empatik Eğilim	69.02	7.15	77.05	7.14	-5.25*

*P< .05

Tablo 3.4’te görüldüğü gibi, depresyon belirtisi yüksek olan yaşlılar, düşük olanlara göre yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt testlerinde ve SMMT’de gösterdikleri performans anlamlı düzeyde daha

yüksektir. Ayrıca, yüksek depresyon belirtilerine sahip yaşlıların düşük depresyon belirtilerine sahip yaşlılara göre empatik eğilimlerinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

3.5. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin GDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Huzurevinde kalan ve evde kalan yaşlı bireylerin toplam depresyon puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla bağımsız örneklem için t-testi yapılmıştır. Bu analizin sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 3.5'te verilmiştir.

Tablo 3.5. Huzurevinde Kalan ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin GDÖ Puanlarına İlişkin T Testi Sonuçları

	Yer	N	Aritmetik Ortalama	SS	t	df
Depresyon Toplam Puanı	Ev	164	52.00	6.51	2.30*	280
	Huzurevi	118	50.13	6.89		

p < .05

Tablo 3.5'te görüldüğü gibi; evde kalan grubun depresyon belirtileri toplam puanı ($x=52.00$; $ss=6.51$), huzurevinde kalan gruptan ($x = 50.13$; $ss= 6.89$) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t = 2.30$; $p < .05$).

3.6. Cinsiyete Göre Yaşlı Bireylerin GDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Kadın ve erkek yaşlı bireylerin toplam depresyon puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan t-testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 3.6. Cinsiyete Göre GDÖ Toplam Puanlarına İlişkin T Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Aritmetik Ortalama	SS	t	df
Depresyon Toplam Puanı	Kadın	148	49.05	7.40	-6.16*	280
	Erkek	134	53.61	4.89		

$p < .05$

Tablo 3.6'da görüldüğü gibi; yaşlı erkeklerin depresyon belirtileri toplam puanı ($x=53.61$; $ss=4.89$), yaşlı kadınlardan ($x = 49.05$; $ss= 7.40$) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t = -6.16$; $p < .05$).

BÖLÜM 4

T ARTIŞMA

Bu araştırmada; yaşlı bireylerden WAIS- R yargılama alt testi, düz sayı dizisi alt testi, ters sayı dizisi alt testi, toplam sayı dizisi alt testi performans düzeyleri, empatik eğilim düzeyi ve depresyon belirti düzeyleri üzerine bilgi toplanmıştır. Bu bilgilerin toplanmasındaki temel amaç; depresyon belirtisi ile sosyodemografik değişkenler, yargılama ve sayı dizisi alt test performansları ve empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu bölümde araştırmanın temel amacına ulaşma doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartişılmaktadır.

4.1. Korelatif Bulgular ile Depresyon Belirtilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartişılması

Araştırmada regresyon analizi öncesi bağımlı değişken olan depresyon belirtileri ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla korelasyon değerleri hesaplanmıştır. Depresyon belirtileri ile ilişkili bulunan bağımsız değişkenler regresyon denklemine girmiştir. Söz konusu ilişkileri belirlemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda eğitim düzeyi, meslek statüsü, kronik hastalık, SED, beklenti ve egzersizin depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu görölmüştür. Beklenti ve egzersizin depresyon

belirtileri ile ilişkisi negatif yönde; diğer değişkenlerle olan ilişkilerin pozitif yönde olduğu görülmüştür.

Mevcut araştırmada regresyon analizi öncesi yine yaşlıların depresyon belirtileri ile WAIS-R /yargılama, sayı dizisi alt testleri ve empatik eğilim ölçeği puanlarının birbirleriyle ilişkilerine de bakılmıştır. Buna göre depresyon belirtileri ile yargılama ve sayı dizisi alt testleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle yargılama ve sayı dizisi alt testlerinden alınan puanlar arttıkça depresyon belirtilerinin de arttığı söylenebilir. Depresyon belirtileri ile empatik eğilim değişkeni arasındaki ilişkinin de pozitif yönde anlamlı olduğu görülmüştür. Yukarıda sözü edilen yargılama ve sayı dizisi alt test puan değişkenlerinden farklı olarak, depresyon belirtileri ile empatik eğilim değişkeni arasında orta düzey anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre yaşlı bireylerin empatik eğilimleri arttıkça depresyon belirtileri de artmaktadır. Yaşlı bireylerde empatik eğilimin depresyon belirtilerini yordayıcı gücü de bu sonucu desteklemektedir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre, yaşlılarda depresyon belirtilerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yordayıcı değişkenler olarak; sosyodemografik değişkenler, yargılama, ters sayı dizisi, düz sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt testleri ve empatik eğilim değişkenleri regresyon denkleminde alınmıştır. Analizler sonucunda, yaşlılarda depresyon belirtilerini yordayan demografik değişkenlerin egzersiz, meslek statüsü, beklenti, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı olduğu bulunmuştur.

Egzersiz depresyon belirtilerini yordayan ilk değişkendir. Buna göre egzersiz yaptıkça depresyon belirtileri azalmaktadır. Mevcut araştırmada depresyon belirtileri ile egzersiz düzeyi arasında negatif bir korelasyon olduğuna da daha önce değinilmiştir. Egzersizin depresyon belirtileri üzerindeki etkisine ilişkin araştırma sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir. Yapılan araştırmalar egzersiz yapanların yapmayanlara göre fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açıdan daha avantajlı olduklarını ileri sürmektedir (Akt, Tekin ve Kaldırımçı, 2008). Oslin (2000) de fiziksel egzersizlerin yaşlıların depresyon tedavisine yardımcı olduğunu belirtmektedir. Bunun dışında yapılan pek çok araştırma depresif bireylerde fiziksel egzersizin ruhsal durum, benlik saygısı ve uyku kalitesinde olumlu yönde değişiklik yarattığını ortaya koymaktadır (Daley, 2002; McAuley ve ark., 2002; Taylor ve ark., 1985).

Araştırmalar fiziksel egzersizin sadece klinik anlamda tanı konmuş depresif hastalarda değil; aynı zamanda tanı almamış popülasyonlarda da depresyon belirtilerini azaltabileceğini savunmaktadır. (Fox ve ark., 2007). Daley'e (2002) göre ise haftada 3-4 kez yaptırılan egzersiz, standart antidepresan ilaç tedavileri gibi depresyon belirtilerini azaltmakta; depresyona bağlı olarak gelişen günlük yaşamdaki değişiklikleri düzenlemekte ve bireyin çevresi ile etkileşimini arttırmaktadır. Dolayısıyla elde edilen bu bulgu oldukça anlamlı ve beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Artal ve Sherman (1998) klinikte yatan depresif hastalara 8 haftalık yürüme, koşma ve eğlence terapileri uygulamışlar ve depresyon düzeyinin yalnızca yürüme ve

koşma gruplarında düşük olduğunu belirlemişlerdir. Birçok araştırma egzersiz yapmanın, depresyonun önlenmesi veya tedavi edilmesinde etkili olduğunu, bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etki yaptığını; stres hormonu olan kortizolu azalttığı, aynı zamanda antidepresanların temel içeriği olan serotoninin vücuttaki doğal düzeyini artırdığını belirtmektedirler. Ayrıca fiziksel egzersizin bağışıklık sisteme olan olumlu etkisi egzersizden sonraki 2-3 gün boyunca devam etmesi ile bireyde var olan kaygı ve gerilimin azaldığı yönünde bulgular da mevcuttur (Akt., Tekin ve Kaldırımçı, 2008).

Fiziksel egzersiz hem hormonların dengelenmesinde hem de düşük kan basıncına, kalp dolaşım, solunum, kas-iskelet, metabolik ve bağışıklık sistemine olumlu etki yaratmaktadır. Meydana gelen olumlu değişiklikler yaşlı bireyin genel fiziksel sağlığına da yansımaktadır (İnan ve ark., 2003; Nalbant, 2008). Fiziksel anlamda sağlıklı olmak da yaşlı bireyi depresyona karşı korumaktadır. Sonuç olarak bütün bu bulgular mevcut bulgumuzla paralel olarak fiziksel egzersizin yaşlı bireylerde depresyon belirtilerini azalttığı yönündedir.

Yaşlılarda depresyon belirtilerini yordayan ikinci değişken ise meslek statüsüdür. Mevcut araştırma bulgusuna göre bireyin meslek statüsünü olumlu yönde değerlendirmesi arttıkça depresyon belirtileri de artmaktadır. Bu bulgu Bagley'in (1973) mesleki statü yükseldikçe depresyonun arttığı yönündeki bulgusu ile tutarlıdır (Akt., Cimilli, 2001).

Rol Bırakma Kuramına göre; meslek edinme yetişkin kimliği için demir atma noktasıdır. Emeklilik ise yaşlı kişinin toplumun temel kuramsal yapılarına katılımını sona erdirir. Meslek statüsünün yitimi özellikle yıkıcı nitelikte olmaktadır; çünkü yaşlılıkta beklenen davranışları tanımlayan toplumsal normların zayıf, belirsiz ve sınırlı olması yaşlı bireyleri toplumsal bakımdan değersizleşen statülerine uyum sağlama konusunda pek az istekli hale getirmektedir (Onur, 2004). Yapılan pek çok çalışmaya göre de emeklilerin memur ya da serbest çalışanlara göre yaşam memnuniyeti düzeyi anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Altay ve ark., 2010; Yılmaz, 1996). Buradan yola çıkarak mevcut araştırmadaki bireylerin %75'inin emekli olduğu göz önüne alındığında aktif çalışma hayatından emeklilik sürecine geçişin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Daha önce de ifade edildiği gibi iş hayatı, üretkenlik bireyin öz saygısını korumakta ve kendini gerçekleştirmesine fırsat vermektedir (Kaya, 2007). Yaşlı bireyin gençliğinde mesleğinin getirdiği pek çok olanaktan yararlanmış olması ve artık bu olanaklardan mahrum olma durumu yaşlı bireyin depresif belirtiler göstermesi ile ilişkili olabilir. Bu durumda aktif çalışma hayatında saygınlığı, ekonomik gücü ve sosyal çevresi ne kadar güçlü ve iyi yönde ise çalışma hayatı sonrası içerisine düşebileceği boşluğun o derece büyük olması beklenebilir.

Sevim ve Şahin'in (2007) ifade ettiği gibi kariyer aşamasının son dönemi bazı bireyler için bir amaç, beklenti ve mutlu son iken, bazıları için de bitiş olarak yorumlanabilmektedir. Emeklilik olayının ardından birey öncekinden farklı rolleri,

beklentileri ve sorumlulukları olan bir toplumsal konuma geçer. Bu değişim üstlenilen rollerde ve hayat standartlarında bir düşüşü de içerir. Bu nedenle emeklilik statüsüne geçiş, toplumsal konumda olumsuz bir değişimdir. Belli bir statüyü kaybetmenin insan üzerinde önemli bir etkisi vardır. Örneğin, çalışan kadının ev hanımı olmaya yönelmesi depresyon eğilimini arttırmaktadır (Kaya, 2007) .

Mesleki statünün değerlendirilmesi gibi emeklilik sürecinin değerlendirilmesi de kişiseldir ve dolayısıyla farklılıklar içermektedir. Yapılan bir araştırmada yaşlı bireylerin %52'sinin emekliliği en çok ekonomik güçsüzlük olarak tanımladıkları görülmektedir. Üst gelir grubuna mensup emeklilerin bile emekliliği ekonomik güçsüzlük olarak değerlendirmeleri, yaşlı bireylerin beklentilerinin karşılanmadığını düşündürmektedir. Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin yaşam standartlarını karşılayabilmeleri için ekonomik gücün daima daha yüksek olması gerektiğini ifade ettikleri aktarılmıştır (Sevim ve Şahin, 2007). Söz konusu yaşam hedeflerine ulaşamaması benlik doyumunu azaltacak ve depresyon riskini arttıracaktır (Tamam ve Öner, 2001). Sonuç olarak bireylerin mesleki ve ekonomik statülerinin yüksekliği ile beklentilerinin paralel olabileceği ve beklentilerinin karşılanamaması durumunda ise depresyon belirtilerinin ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Depresyon belirtilerini yordayan bir diğer demografik değişken ise geleceğe yönelik olumlu bir beklenti içinde olmaktadır. Buna göre yaşlı bireyin geleceğe yönelik beklentisinin olmaması depresyon belirtilerini arttırmaktadır. Kronik hastalıklar ve

benzeri engeller yaşlı bireyin gelecekle ilgili olumlu beklentilerini azaltmakta ve onları depresif kılmaktadır. Geleceğe yönelik beklentinin olmaması ise yaşlı bireyi umutsuzluğa itmektir (Aydın ve İşleyen, 2004). Özellikle emeklilik döneminde yaşlı bireylerin beklenti düzeylerindeki düşüşe paralel bir şekilde depresif belirtilerin ortaya çıktığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Bulduk ve ark., 2003; Tamam ve Öner, 2001). Yaşlı bireyde yaşam beklentisinin olmaması bireyin yıkıcı bir sürece girme ve bedensel hastalıklara yakalanma riskini arttırmakta sonunda da depresyon belirtileri göstermeye itebilmektedir (Kaya, 1999). Beklentinin olmamasının depresyon belirtisini arttırdığı yönündeki bulgular mevcut araştırma sonucunu desteklemektedir.

Eğitim düzeyi yaşlılarda depresyon belirtisini yordayan bir diğer değişkendir. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça depresyon belirtileri de artmaktadır. Literatüre bakıldığında ise eğitim düzeyi arttıkça depresyonun azaldığı yönünde bulguların daha fazla olduğu görülmektedir (Çifçili ve ark., 2006; Çuhadar ve ark., 2003; Esengen ve ark., 2000; İmamoğlu, 2009; Kurtoğlu ve Rezaki 1999). Fakat eğitim seviyesinin artmasıyla depresyon belirtilerinin artabileceğini işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Altay ve ark., 2010). Yaşlı popülasyonda benzeri çalışma bulgularına ihtiyaç olduğu açıktır. Bu yönde elde edilecek bulgular yaşlılarda koruyucu ruh sağlığı açısından önemli görünmektedir.

Daha önce ele alınan mesleki statü değişkeninde olduğu gibi eğitim düzeyindeki artışın, bireyin beklentilerini yükselten bir değişken olarak değerlendirilebileceği

düşünülmektedir. Bu durumda beklentilerin karşılanmaması yaşlı bireyde hayal kırıklığı yaratabilir. Mevcut çalışmadaki birtakım gözlemlerin de benzer bir mantığı ortaya koyduğu düşünülmektedir. Araştırmanın veri toplama aşamasında yaşlı bireylerle yapılan görüşmelerde özellikle eğitim düzeyi oldukça düşük okuryazar olmayan bireyler için “kalacak yer bulmanın, karnını doyumunun, sıcak suya istediği saatte ulaşabilmenin” oldukça memnun edici faktörler olduğu dikkat çekmiştir. Bunun yanında eğitim düzeyi daha yüksek yaşlı bireylerin, gençlik yıllarındaki imkânlarını emeklilik gibi nedenlerden dolayı kaybetmesi ve özellikle huzurevlerinde kendi eğitim seviyesinden düşük bireylerle aynı ortamda olmasının bireyin memnuniyetsizliğini arttırdığı gözlenmiştir. Buradan yola çıkarak eğitim düzeyinin yüksek olmasının, hayattan beklentileri artırmakta ve yaşlılıktaki kayıpları çoğaltmakta olduğu söylenebilir. Ülkemiz koşullarında, olumlu bir özelliğin, yaşlılıkta bireyi yıpratıcı bir faktör olarak karşımıza çıktığı vurgulanabilir.

Eğitim düzeyi ve beklenti arasındaki olası ilişki dışında bir başka bakış açısı da eğitim düzeyi ve içgörü değişkeni olabilir. Her ne kadar araştırmada bireylerin iç görüşüne ilişkin bir veri bulunmasa da, bu yöndeki bakış açıları mevcut bulguyu tartışmada işlevsel olabilir. Eğitim düzeyi ve içgörü düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu saptayan araştırmalar mevcuttur (Dankı ve ark., 2007). Eğitim düzeyinin artması ile bireyin kendine yönelik farkındalığının da arttığı belirtilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken şey, farkındalığın yüksek olmasının her zaman depresyonda koruyucu bir faktör olarak değerlendirilememesidir. Farkındalık

gerçeklerle yüzleşmeyi de beraberinde getirmektedir ve kayıplarla ilgili farkındalıklar kişiyi daha çok üzebilir. Sonuç olarak eğitim düzeyi yüksek olan yaşlı bir bireyin daha kolay depresif belirtiler gösterebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda SED depresyon belirtilerini yordayan değişkenlerden biri olarak bulgulanmamasının yanında SED ve depresyon belirtileri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Benzer bir şekilde Bangladeş'te yapılan bir çalışmaya göre de SED'i yüksek olan bireylerin SED'i düşük olan bireylere göre depresyona girme olasılıklarının 5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Akt., Kaya, 2007). Bununla birlikte literatürde düşük SED ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi vurgulayan araştırmalar da mevcuttur (Demet ve ark., 2002; Tamam ve Öner, 2001). Söz konusu bulgu eğitim düzeyi ve mesleki statünün yüksek olması ile depresyonun artışı üzerine elde edilen bulgularla tutarlıdır. Genelde üç değişkenin bağlantılı olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyi, geçmiş mesleki statünün ve SED'in yüksek olması, kişilerin yaşlılık dönemindeki çeşitli engelleri nedeniyle yaşadıkları verimsizliği, üretmedeki güçlüklerini, statü kaybını daha yoğun yaşamalarına ve daha depresif olmalarına neden olabilir.

Yaşlılarda depresyon belirtilerini yordayan son demografik değişken ise kronik hastalık varlığıdır. Diğer bir deyişle yaşlı bireyin kronik hastalığının olup olmaması depresyon belirtilerini yordamaktadır. Yapılan analizlere göre kronik hastalık varlığı depresyon belirtilerini arttırmaktadır. Literatürde bu bulguyu destekleyen oldukça fazla

çalışma bulunmaktadır (Bahar ve ark., 2005; Birtane ve ark., 2000; Demet ve ark., 2002; Maral ve ark., 2001; Şahin ve Yalçın, 2003; Varma ve ark., 2008; Zincir ve ark., 2008). Depresyona zemin hazırlamada rol oynayan faktörler ise şiddetli ağrının bulunması, başkalarına bağımlı hale gelme, günlük yaşamda kısıtlılıklar getirme, yaşam kalitesini düşürme olarak sıralanabilir (Biçer ve ark., 2003; Dişçigil ve ark., 2005; Sarı ve ark., 2003; Özmenler, 2001). Kronik hastalıkların yaşlıların yaşam kalitesini daha çok düşürmekte olduğu, umutlarını azalttığı söylenebilir. Tüm bu çalışmalar mevcut bulgunun oldukça anlamlı olduğunu göstermektedir.

Demografik değişkenlerin dışında, yaşlılarda depresyon belirtilerini yordayan tek araştırma değişkeninin empatik eğilim düzeyi olduğu saptanmıştır. Elde edilen mevcut sonuca göre empatik eğilimde artış oldukça depresyon belirtilerinde de artış olmaktadır. Literatüre bakıldığında depresyon belirtileri olan bireylerin duygusal empatilerinin yüksek olduğu ve normal ahlaki değerlendirme yapmada sıklıkla başarısızlıklar yaşadıkları görülmektedir (Decety ve Jackson, 2004). Yapılan bir başka çalışmada genel olarak depresyon geçirmeye yatkın kişilerin kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü ve yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı kişiler olduğu ifade edilmiştir (Doğan, 2000; Öztürk, 1997). Sözü edilen kişilik özelliklerinin mevcut araştırmadaki empatik eğilime sahip bireylerin özellikleriyle örtüştüğü görülmektedir.

Benzer şekilde Ünal ve Özcan'ın da (2000) belirttiği gibi depresif bireyler diğer

insanların tepkilerine aşırı duyarlılık gösterdikleri için onlarla çatışabilir ya da kendilerini toplumdan yalıtabilirler. Bu durum ise benlik saygılarını zayıflatarak ve işlevselliklerini azaltarak depresyonun süregelenleşmesine ya da yinelemesine yol açabilir. Empatik eğilimi yüksek bireylerin benlik saygılarının azalmasına etki eden bir diğer faktör olarak yardım etme davranışı görülebilir; çünkü bu bireylerin yardım çabaları işe yaramadığında depresyon belirtileri artabilmektedir. Üzüntünün daha da arttığı bu durumda, depresyondaki bireyler bu başarısızlıklarını aşağılık duygularının bir kanıtı olarak açıklamaya gidebilmektedir (Decety ve Jackson, 2004).

Lara ve Klein'in (1999) empatik eğilimin depresyonla ilişkisini gösteren çalışmasında da depresyon hastalarının sürekli sempati ve ilgi arayışı nedeniyle çevrelerindeki bireyleri kendilerinden uzaklaştırdıkları vurgulanmaktadır. Böylece depresyonun kendisi sosyal destekleri azaltarak depresif epizodun kronikleşmesine neden olabilmektedir (Akt., Arıcıoğlu, 2008). Tüm bu sonuçlar yaşlılarda empatik eğilimin artmasının depresyon belirtilerini yordadığı yönündeki bulgumuzu destekler niteliktedir.

Mevcut araştırma sonuçlarında WAIS-R yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt test puanlarının, depresyon belirtilerini yordayıcı güçleri saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında bilişsel bozukluğun depresyonu arttırdığı veya risk etmeni olduğuna yönelik çalışmalar yer almakla birlikte (Bekaroğlu, 1996; Çifçili ve ark., 2006; Dişçigil ve ark., 2005; Kaya, 1999; Sağduyu, 1997); depresyon

belirtilerinin bilişsel işlevlerle ilişkili olmadığını bildiren ve mevcut araştırmayı destekleyen çalışmalar da mevcuttur (Demir ve ark., 2000; Gülseren ve ark., 2000; Gorlyn, 2006; Yalçın, 2008).

Yalçın'ın (2008) çalışmasında depresyonu olan hastalar ile kontrol grubu arasında yönetici işlevler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde Gülseren ve arkadaşlarının (2000) araştırmasına göre gerek huzurevi gerekse kontrol grubunda depresif belirti şiddeti ile bilişsel işlevler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Demir ve arkadaşları (2000) da sayı dizisi alt testi performansının depresyon düzeyine yönelik bir etkisinin olmadığını saptamıştır.

Yurtdışındaki literatüre bakıldığında da Sayı Dizisi alt testinin kullandığı araştırmalarda test performansının depresyon düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı bulgulanmıştır (Austin, 1992; Boone, 1995; Gas ve Russell, 1986; Gorlyn, 2006; Gomez, 2006; Keilp, 2001; Marshall, 2009). Sonuç olarak mevcut araştırmada depresyon belirtilerinde sayı dizisi alt testlerinin yordayıcı gücünün olmadığı sonucu literatür bulguları tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin soyutlama ve akıl yürütme becerileri yargılama; kısa süreli bellekleri düz sayı dizisi ölçeği; yürütücü işlevleri ters sayı dizisi testleriyle belirlenmeye çalışılmıştır. Sözü edilen bilişsel işlevlerin depresyon belirtilerini yordama

gücünün olmaması iki şekilde açıklanabilir.

Bunlardan ilki ve en önemlisi araştırmaya demans hastalarının dahil edilmemesi olabilir. Daha önce de ifade edildiği gibi demans ve depresyon birbiriyle oldukça karışan iki ayrı bozukluktur. Literatürde ayrıca demans vakalarında depresyonun dört kat fazla olduğu yönündeki bilgiler mevcuttur. Bu durumda mevcut çalışmada demans vakalarının ayıklanması olası bir karıştırıcı etkiyi önleyerek; demanstan bağımsız bir şekilde yaşlılardaki depresyon yordayıcılarını ortaya koyduğu düşünülmektedir. Ayrıca demans vakalarının araştırma dışı tutulması ile bilişsel anlamda görece sağlıklı yaşlıların depresyon belirtilerinde bilişsel işlevlerdeki bir yetersizliğin öne çıkmaması beklendiği bir sonuçtur.

İkinci bir açıklama ise soyutlama, akıl yürütme ve yargılama becerilerinin kristalize zeka ile ilişkili olması ve bu becerilerin bozulmaya dirençli olmasıdır. Daha önce ayrıntılı bir şekilde ele alınan kristalize zeka, yaşa dirençlidir; hatta yaşla birlikte artış gösterebilmektedir. Sözü edilen direncin depresyon hastalığında da bozulmamaya yönelik olduğu düşünülmektedir. Ele alınan bir diğer bilişsel işlev olan dikkat ve yürütücü işlevlerin depresyonu yordamaması yine bilişsel anlama açısından sağlam olan katılımcıların araştırmada yer alması olabilir.

Bununla birlikte dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise örneklem grubunun

yaş aralığının 65-74 olmasıdır. Daha önce de belirtildiği gibi bu dönem erken yaşlılık dönemdir; diğer bir deyişle yaşlılığın ilk dönemidir. Bu dönemdeki bilişsel işlevlerin diğer geç dönemlere kıyasla daha sağlam olması beklenebilir bir bulgudur. Tüm bunların yanı sıra bilişsel işlevler ve depresyon arasında negatif yönde ilişki olduğunu savunan pek çok çalışmada, araştırmanın kısıtlılığı olarak demans vakalarının ayırt edilmemesi öne sürülmektedir (Şahin ve ark., 2005; Maral ve ark., 2001; Varma ve ark., 2008). Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin kullanıldığı araştırmalarda demans vakalarının dışlanmaması oldukça yanlış sonuçlar verebilmektedir; çünkü ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik bilgilerine bakıldığında da sadece hafif bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerde uygulanabileceği görülmektedir.

4.2.Geriatrik Depresyon Ölçeğinden Yüksek ve Düşük Puan Alan Grupların Araştırma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Buraya kadar depresyon belirtilerinin araştırma değişkenleri ile ilişkisi ve depresyon belirtilerinin yordayıcıları ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Bu bölümde ise depresyon belirtisi yüksek ve düşük olan grupların araştırma değişkenleri açısından karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular tartışılacaktır. Yapılan analiz sonucunda depresyon belirtisi yüksek olan yaşlıların, düşük olan yaşlılara göre yargılama, düz sayı dizisi, ters sayı dizisi, toplam sayı dizisi alt testlerinden gösterdikleri performans anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu Varma ve arkadaşlarının (2008)

çalışmalarıyla uyumludur. Ayrıca, yüksek depresyon belirtilerine sahip yaşlıların düşük depresyon belirtilerine sahip yaşlılara göre empatik eğilimlerinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Daha önce söz edildiği gibi yargılama ve sayı dizisi WAIS-R Sözel Bölümün alt testlerindedir. Mevcut araştırmada depresyon belirtileri yüksek olan grubun düşük olan gruba göre yargılama ve sayı dizisi alt testlerinden daha iyi performans sergiledikleri bulgulanmıştır. İlgili yazına bakıldığında depresyon belirtileri yüksek ve düşük olan gruplar arasında sözü edilen testler açısından anlamlı bir farkın bulunmadığı çalışmalar mevcuttur. (Boone, 1995; Gorlyn, 2006; Keilp, 2000; Sackeim, 1992; Yalçın, 2008).

Donnelly (1982) yaptığı araştırmada ise kontrol grubu ile karşılaştırıldığında SIQ, PIQ ve TIQ'de minimal düzeyde ilerleme olduğu; bu nedenle depresyon hastalarının zihin işlevlerinin görece sabit olduğunu savunmuştur. Zihinsel işlevlerin WAIS-R ile ölçüldüğü bir başka çalışmada, sadece PIQ ile depresyon şiddeti arasında bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç sözel görevlerden ziyade sözel olmayan görevlerin depresyon belirtileri üzerine daha kuvvetli etkilerinin olduğunu göstermektedir (Mandelli ve ark., 2006). Gorlyn'in (2006) resim tamamlama, yargılama ve parça birleştirme alt testlerini dahil ettiği bir çalışmada ise depresif olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Buna karşın depresif hastaların sağlıklı gruba göre, WAIS'ın yargılama alt testinde anlamlı derece daha düşük performans gösterdiklerini savunan araştırmalar da mevcuttur (Sackeim, 1992). Mandelli ve arkadaşlarının (2006) araştırmasına göre de ilaç tedavisinin kullanıldığı depresyon hastalarında, tedaviye cevap veren grubun tedaviye cevap vermeyen gruba göre yargılama alt testinde aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalar da, ağır düzeyde depresyon hastalarının kontrol grubuna göre Sayı Dizisi alt testinden anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları saptanmıştır (Fossati ve ark., 2002; Porter ve ark., 2003; Sackeim, 1992).

Özetlemek gerekirse ilgili yazın depresyon belirtileri yüksek ve düşük olan gruplar karşılaştırıldığında yüksek depresif bireylerin sözü geçen alt testlerden görece daha düşük puan aldıkları veya her iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı yönündedir. Mevcut araştırmada ise yüksek depresyon belirtisi gösteren bireylerin yargılama ve sayı dizisi alt testlerinden görece daha iyi performans sergiledikleri bulgulanmıştır.

Burada dikkat edilmesi gereken iki nokta vardır. Birincisi araştırmaya demanslı yaşlıların dahil edilmeme durumu, ikinci ise gruplar arası eğitim düzeyi farkıdır. Bilişsel anlamda demansı olmayan yaşlı bireylerle çalışmanın, bireylerin bilişsel becerilerinin birbirine yakın olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon belirtileri yüksek ve düşük olan iki grup arasında yargılama ve sayı dizisi alt testleri açısından anlamlı olsa da oldukça düşük bir farklılık söz konusudur. Bu farklılığın ise eğitim düzeyi

değişkeninden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Benzer bir duruma Varma ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da rastlanılmaktadır. Buna göre yüksek eğitim düzeyi ve depresyon belirtileri olan bireylerde düşük depresyon belirtileri olan bireylere göre bilişsel düzey istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sözü edilen bilişsel görevlerden daha iyi performans sergilemeleri ise şaşırtıcı değildir.

Daha önce de değinildiği gibi özellikle yargılama alt testi gibi SIQ'nun ölçüldüğü testlerde kristalize zeka aktif olmaktadır. Eğitim gibi sosyo kültürel faktörlerden etkilenen kristalize zekanın ise yaşla birlikte azalmadığı hatta arttığı göz önüne alındığında, eğitim düzeyi yüksek olan depresif bireylerin performanslarının, eğitim düzeyi düşük görece daha az depresif olan bireylerden daha iyi olduğu sonucunun eğitimin etkisine dayanarak tutarlı bir bulgu olduğu vurgulanabilir. Özetle demans vakalarının dahil edilmediği, bilişsel anlamda sağlam yaşlı bireylerde, depresyon belirtilerini, bilişsel işlev performanslarından ziyade eğitim düzeyinin etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamı dahilinde bilişsel işlevler bakımından yüksek ve düşük depresif bireyler arasında fark görüldüğü gibi, empatik eğilim açısından da her iki grup arasında farklılık gözlenmiştir. Mevcut çalışmada empatik eğilimin depresyon belirtilerini yordayıcı bir değişken olarak saptanması; yüksek empatik eğilimli bireylerde depresyon belirtisinin daha fazla olduğu bulgusu ile tutarlıdır.

Türkiyedeki literatürde yaşlı bireylerde empatik eğilimin ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır. Yurtdışındaki yayınlara bakıldığında ise bu bulgumuzu destekleyen araştırmalar olduğu görülmektedir. Daha önce ayrıntılı bir şekilde ele alınmış olan empatik eğilim depresyondaki bireylerde çoğu zaman normal ve daha üst düzeydedir; buna karşın, kendilerine yönlendirdikleri, diğerlerinin acılarına neden olduklarına yönelik otomatik etki sıklıkla rahatsız edici; depresyonu tetikleyicidir (Decety ve Jackson, 2004).

Yapılan bir araştırmaya göre duygusal empati yaparken, otomatik ahlaki karar alma sürecinde ve suçluluk duygusunda aktif olan limbik ve paralimbik sistem yapılarının aynı zamanda depresyon hastalarında da aktif veya hiperaktif olduğu bulunmuştur. Sosyopati, Otizm, Asperger ve bazı psikotik bozukluklar gibi yaygınlığı düşük olan ruhsal bozukluklarda ve darbe kaynaklı yaralanmalarda veya diğer zarar verici durumlarda ise empati eksikliği görülmektedir. Buna karşın duygu durum bozukluğu olan kişilerde, empatik tepkilerle ilişkili olan nöral çevrede işlevsel ve yapısal nöral değişiklikler göze çarpmaktadır; fakat bu kişiler normal düzeyde ve bazı durumlarda artı değerinde empati göstermektedir (O'Connor ve ark., 2002). Bu bulgu yüksek depresyon belirtileri olan bireylerin düşük depresyon belirtileri olan bireylere göre daha yüksek empatik eğilim gösterdiklerinin nörolojik bir bulgusu olarak değerlendirilebilir.

O'Connor ve arkadaşları (2002) tekrarlayan pek çok deneysel çalışma sonunda

yüksek depresyon belirtileri gösteren kişilerin, düşük depresyon belirtileri gösterenlere kıyasla nadir olarak sadece kendilerini düşündüklerini; onun yerine diğerlerini nasıl tehlikeye atmış olabileceklerini veya geçmişte insanlara zarar verdiğine yönelik sıklıkla yanlış olan inançlara odaklandıklarını ortaya koymuşlardır. Bu düşünce biçiminin de empatik eğilimi yüksek olan bireyi kolaylıkla depresyona itebileceği düşünülmektedir.

Hatırlanacağı gibi genel olarak depresif bireyler kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü ve yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı kişilerdir (Doğan, 2000; Öztürk, 1997). Sözü edilen kişilik özelliklerinin daha önce ifade edilen empatik bireylerin özellikleri ile benzerlik gösterdiği dikkat çekmektedir. Üstelik söz konusu özellikler yaşlı profilinde daha da güçlenerek yer alıyor olabilir.

Tüm bu bulguların yanı sıra dikkat çeken bir ayrıntı da bilişsel işlevlerde yapılan karşılaştırma gibi empatik eğilimin yüksek olduğu yaşlı grubun, empatik eğilimi düşük olan gruba göre eğitim düzeyinin daha yüksek olmasıdır. Eğitim düzeyinin artmış olması empatik eğilimi yükseltmiş ve dolaylı olarak depresyon belirtilerine etki etmiş olabileceği düşünülmektedir. Dökmen'in (1987) alt sosyoekonomik düzeydeki bireylerin üst sosyo ekonomik düzeydeki bireylere göre empati kurma düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmesi araştırma bulgusunu destekler niteliktedir.

4.3. Huzurevinde Kalan ve Evde Kalan Yaşlı Bireylerin Depresyon Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut araştırmada evde kalan grubun depresyon belirtileri toplam puanı, huzurevinde kalan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ise bazı çalışmalar huzurevinde kalan yaşlıların evde kalan yaşlılara göre daha fazla depresyon belirtisi gösterdiğini saptamıştır (Bekaroğlu ve ark., 1991; Demet ve ark., 2002; Kurtoğlu ve Rezaki, 1999; Maral ve ark., 2001;). Bununla birlikte huzurevinde ve evde kalan yaşlılar arasında depresyon belirtileri bakımından anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Altıntaş ve ark., 2006; Gülseren ve ark., 2000; Varma ve ark., 2008). Sahin ve Yalçın (2003) ise kendi evlerinde yaşayan yaşlıların huzurevinde kalan yaşlılara göre daha fazla sosyal izolasyon yaşadıklarını ve huzurevinde kalan yaşlıların kendilerini daha enerjik hissettiklerini saptamıştır.

Mevcut çalışmada evde kalan yaşlı bireylerin, huzurevinde kalan yaşlı bireylere göre beklentilerinin daha az, kronik hastalıklarının ve empatik eğilimlerinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte mevcut araştırmada yaşlılarda depresyon belirtilerini yordayan değişkenlerden olan beklentinin olmaması, kronik hastalık varlığı ve empatik eğilimin yüksek olması evde kalan yaşlı bireylerin daha depresif olmasını açıklayabileceği düşünülmektedir. Huzurevinde akranlarıyla bir arada yaşamak yaşlıların beklentilerini artırmakta, empati düzeyini makul bir düzeye çekmekte olabilir. Sağlık açısından da daha iyi kontrol altında olabilirler.

4.4. Cinsiyete Göre Yaşlı Bireylerin Depresyon Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada cinsiyet etkisine bakıldığında, erkeklerin depresyon belirti puanlarının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. İlgili literatürde kadın cinsiyetinin yaşlılarda görülen depresyonla ilişkisini gösteren oldukça fazla çalışma olduğu görülmektedir (Cole ve Dendukuri, 2003; Demet ve ark., 2002; Kaya, 1999; Varma ve ark., 2008;). Bunun yanında kadın cinsiyetinin depresyon belirtileri ile ilişkisinin olmadığına yönelik çalışma sonuçları da mevcuttur (Altıntaş ve ark., 2006; Boone, 1995).

TÜİK, 2010 yılı Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonuçlarına göre kadınlarda mutluluk oranı yüzde 62.7 iken, erkeklerde bu oran yüzde 59.6 düzeyindedir Kriz yılı 2009 verilerine göre, kadınların yüzde 58.1'i mutluyum derken, erkeklerin yüzde 50.2'si mutlu olduğunu ifade etmiştir. 2010 yılında kadınların yüzde 10'u, erkeklerin yüzde 11.5'i mutsuzum derken, 2009 yılında bu oranlar sırasıyla yüzde 12.3, yüzde 17.1 düzeyinde belirlenmiştir (www.tuik.gov.tr). TÜİK'in bu verileri araştırma sonucuyla uyumludur.

Erkekleri kadınlardan daha depresif olmaya iten nedenlerden biri de yaşam

memnuniyetini etkileyen değişkenlerin farklılaşması olabilir. Yapılan bir araştırmaya göre yaşlı kadınlar için aile yaşantısı yaşam memnuniyetini daha fazla arttırırken; erkekler için boş vakit aktiviteleri daha önemlidir (Cole ve Dendukuri, 2003). Diğer bir deyişle kadınlar evde çocuklarıyla ve akranlarıyla zaman geçirmekten hoşlanırken; erkekler boş zaman aktivitelerinden hoşlanmaktadır. Yapılan bir başka çalışmaya göre de kadınlarda televizyon izleme ve radyo dinleme düşük depresyon düzeyi ile ilişkilirken; erkeklerde fiziksel aktive ile ilişkilidir (Akt., Şimşek ve ark., 2010). Oysa yaşlı bireyler kronik hastalıklar ve yaşlılığın getirdiği birtakım gerilemelerden dolayı fiziksel açıdan kısıtlanıyor olabilirler. Örneğin yürüme güçlükleri, ağrı ve düşük enerji düzeyi yaşlı bireyi toplumsal açıdan izole edebilmekte ve böylece depresif duygu durumuna itebilmektedir. Ayrıca çalışmamıza katılan yaşlı erkeklerin kronik hastalıklarının kadınlardan anlamlı düzeyde daha fazla olmasının önemli ayrıntılardan biri olduğu dikkati çekmektedir.

Heikkinen ve arkadaşları (1994) intihar girişimi ile ilgili yaptıkları bir çalışmaya göre yapılan sorunlar sıralamasında kadınlar için aile sorunları ilk sırayı alırken; erkekler için iş sorunları listenin başındadır (Akt., Ünal ve Özcan, 2000).

Tahmin edileceği gibi 65 yaş ve sonrası için iş sorunları emeklilik sürecini kapsamaktadır. Daha önce de değinildiği gibi emeklilik yaşlı bireylerin topluma katılımlarını sona erdirmekte; toplumun birey için yararlı olanakları kısıtlanmaktadır (Onur, 2004). Sonuç olarak aile ilişkilerine kıyasla fiziksel aktivite ve sosyal ilişkilerden

mutlu olduğu görülen yaşı erkeklerin hem sağlık açısından kısıtlanması hem de emeklilik süreciyle toplumdan uzaklaşması depresyon belirtilerini artırıyor olabilir.

4.5. Araştırmanın Sonuçları

Bu çalışmanın amacı yaşlıların yargılama ve dikkat becerilerinin, empatik eğilimlerinin depresyon belirtileriyle ilişkisinin incelenmesidir. Ayrıca cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin depresyon belirtileriyle ilişkisini belirlemek de araştırmanın bir diğer amacıdır.

Araştırma bulguları genel olarak değerlendirildiğinde; yüksek depresyon belirtileri gösteren yaşlı bireylerin aynı zamanda yüksek empatik eğilimlere sahip oldukları bulunmuştur. Yaşlılarda depresyon belirtileri üzerinde kadın ya da erkek olmanın, eğitim düzeyi, meslek statüsü, kronik hastalık varlığı, SED, geleceğe yönelik beklentiye sahip olmanın ve egzersiz yapmanın rolü olduğu da bulunmuştur.

Yüksek ve düşük depresyon belirtileri olan yaşlılar araştırma değişkenleri açısından karşılaştırıldıklarında, yüksek depresyon belirtisi olanların daha yüksek empatik eğilime sahip oldukları, yargılama ve sayı dizisi alt testlerinde de daha başarılı oldukları bulunmuştur.

Yaşlı bireylerde depresyon belirtilerini en fazla yordayan değişkenin egzersiz yapma değişkeninin olduğu bulunmuştur. Ayrıca meslek statüsü, empatik eğilim, geleceğe yönelik beklenti, eğitim düzeyi ve kronik hastalık değişkenlerinin yaşlılarda depresyon belirtilerini yordadığı gözlenmiştir.

Bu araştırmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, yüksek depresyon belirtileri olan yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapmadıkları, geleceğe yönelik beklentilerinin olmadığı, kronik hastalıklarının olduğu, meslek ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu ve empatik eğilimlerinin görece daha fazla olduğu söylenebilir. Bu çalışmada söz konusu değişkenlerin yaşlı bireylerde depresyon belirtileri ile olan ilişkisi belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırma değişkenleri açısından yüksek ve düşük depresyon belirtileri olan yaşlı bireyler arasında farklılıklar olduğu görülse de bu farklılığın nedensellik yönü net değildir. Başka bir deyişle empatik eğilimi yüksek, egzersiz yapmayan, beklenti sahibi olmayan, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin bu özelliklerinin depresyon belirtilerini yordadığı gösterilse de, depresyon belirtileri geliştiren kişilerin bu eğilimleri ve davranışları sonradan gösterip göstermediklerinin cevabı bu araştırma deseninden dolayı verilememektedir.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırma birtakım sınırlılıklar da göstermektedir. Bunların başında KBF’de yer alan bazı soruların geçerliğine yönelik kuşkuların olmasıdır. KBF ile ilgili araştırma sonuçları katılımcıların yaptıkları öznel değerlendirmelerle sınırlı olmaktadır. Kullanılan testlere yönelik diğer bir sınırlılık ise Sayı Dizisi alt ölçeğinde güvenilirlik katsayısının iki yarım test yöntemi kullanılarak hesaplanamaması ve başka güvenilirlik yöntemlerinin kullanılmamış olmasıdır. Bunun yanı sıra WAIS-R sözel bölümünün standardizasyon ön çalışmasında yaş ranjının 16-70 yaştan oluşması ve yaş gruplamaların 16-24 yaş, 25-44 yaş ve 45-70 şeklinde yapılması mevcut çalışma kapsamında ele alınan 65-74 yaş grubunu sağlıklı değerlendirememiş olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında WAIS-R’in Türk normlarının olmaması da testten kaynaklanan bir diğer kısıtlılıktır. Ayrıca mevcut çalışmada bilişsel işlevlerin tümünü değerlendirilen testlerin uygulanması mümkün olmamış ve kısıtlı sayıda test kullanılmıştır. Bu nedenle ancak belli başlı bazı bilişsel işlevler hakkında yorum yapmak mümkün olmuştur.

Araştırmaya katılan ve yüksek depresyon belirtisi gösteren yaşlı bireylerin, düşük depresyon belirtisi gösteren bireylere göre eğitim düzeyinin daha yüksek bulunması; yaşlı bireylerin bilişsel işlevlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesini engellemiş olabilir. Gelecekteki çalışmalarda daha geniş bir örneklem ile bu değişkenlerin ele alınması, daha detaylı bir inceleme yapılmasına olanak sağlayacağı ve sonuçların genellenebilirliğini arttıracacağı düşünülmektedir.

Kullanılan araştırma deseninin ilişkisel nitelikte olması, değişkenler arasındaki ilişkinin yalnızca ele alınan yönü hakkında bilgi edinilmesi imkanını vermektedir. Yapılacak boylamsal çalışmalar ile yaşlılarda depresyonun ortaya çıkış dönemi öncesi ve sonrasındaki bilişsel işlevler incelenebilir. Nedensel ilişkiler üzerine ayrıntılı bilgiler edinilebilir. Yaşlıların sağlıkları üzerine elde edilen bulgular, önlemleri zamanında almak, çevresindekileri yeni duruma hazırlamak, uygun tedaviyi zamanında yapmak adına kullanıldıkça yaşlıların yaşam kalitelerinin de artacağı düşünülmektedir.

Bir diğer kısıtlılık ise çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%67) kronik bir hastalığının söz konusu olmasıdır. Bireylerde görülen kronik hastalıklar farklı olup buna yönelik ilaç kullanımları da farklıdır. Fakat, bu çalışmada temel amaç olmaması dolayısıyla, yaşlılarda görülen bu hastalıklar ve kullanılan ilaçların depresyon üzerine etkileri incelenmemiştir. Araştırmanın bir diğer önemli sınırlılığı ise testlerin yaşlı bireylere uzun gelmesidir. Uygulama her ne kadar yaşlıların kapasitelerine göre esnetilse de, yine de sonuçların değerlendirilmesinde ve ileride konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda bu sınırlılıkların göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

Bu araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlıların, evde kalan yaşlılara göre sağlık durumlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Bu durum, akranlarla birlikte yaşamının daha fazla keyif verdiği, sağlıklarının daha iyi kontrol edildiği, daha dikkatli ve disiplinli yaşadıkları, sosyal etkinliklerin olumlu etkilerinin olduğu, daha mutlu oldukları

biçiminde değerlendirilebilir. Toplumsal ve psikolojik yaşlanma kuramlarının da açıkladığı gibi, huzurevinde kalan yaşlıların toplumla sınırlarının daralmadığı, içe kapanmadıkları, yeni, gönüllü, üretken roller edindikleri, yaşamlarına anlam kattıkları, durgunluk, umutsuzluk yaşamadıkları söylenebilir. Söz konusu nedenlerle huzurevleri ile ilgili yapılacak tanıtım kampanyalarında, huzurevlerinin, yaşlıların sağlık, temizlik ve bakım ihtiyaçlarının karşılandığı uygun merkezler olduğu, huzurevinde kalan yaşlıların daha sağlıklı yaşlılık dönemi geçirdikleri ve yaşam kalitelerinin arttığı vurgulanmalıdır. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarla ilgili karşılaştırmalı bulgular üzerine yaşlıların bilgilendirilmeleri kararsız yaşlıların huzurevinde kalma yönündeki seçimlerini kolaylaştırabilir, huzurevindeki yaşlıların psikolojik sağlıklarını daha da yükseltebilir.

ÖZET

Bu araştırmada, evde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri, yargılama ve dikkat becerileri, empatik eğilimleri ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırmanın katılımcılarını huzurevinde (120) ve kendi evinde kalan (165) yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada yaşlı bireylerin, “Geriatrik Depresyon Ölçeği” ile depresyon belirti düzeyleri, “Standardize Mini Mental Test” ile genel bilişsel işlevleri, “WAIS-R Yargılama Alt Testi” ile yargılama becerileri ve “WAIS-R Sayı Dizisi Alt Testi” ile dikkat becerileri ve “Empatik Eğilim Ölçeği” ile empatik eğilim düzeyleri değerlendirilmiştir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre; yaşlılık depresyonu ile egzersiz yapma, geleceğe yönelik beklenti, kronik hastalık, meslek statüsü, eğitim düzeyi ve SED arasında korelatif ilişkiler olduğu; bununla birlikte sözü edilen sosyodemografik değişkenlerin (SED dışında) depresyon belirtilerini yordayıcı güçlerinin olduğu bulunmuştur. Düşük ve yüksek depresyon belirtileri olan bireyler, dikkat becerisi, yargılama becerisi ve empatik eğilim düzeyi açısından karşılaştırıldığında, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca empatik eğilim düzeyinin depresyon belirtilerini yordadığı da belirlenmiştir.

Tüm sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, yüksek depresyon belirtileri olan yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapmadıkları, geleceğe yönelik beklentilerinin olmadığı, kronik hastalıklarının olduğu, meslek ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu ve empatik eğilimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

ABSTRACT

In this study, the relationship between socio demographical characteristics like gender, education, marital status, comprehension and attention abilities, empathic tendencies and symptoms of depression of elderly living in nursing homes and elderly living in their home were investigated. The sample of this study is formed with elderly people who lives in nursing homes (120) and elderly people who lives in their homes(165). Depression Syptoms levels, general cognitive functions, comprehension abilities, attention abilities, empathic tendency levels were evaluated by ‘Geriatric Depression Scale’, ‘Standardized Mini-Mental State Examination’, ‘WAIS-R comprehension subtest’, ‘WAIS-R Digit Span Test’ and ‘Empathic Tendency Scale’ respectively.

For the results of analysis it is revealed that there are correlative relationships between exercising, expectation for the future, chronic diseases, occupational status, educational level,socio economic status (SES) and elderly depression nonetheless apart from socio economic status, socio-demographic variables were found that they were the predictor variables of symptoms of depression. When the groups are compared in terms of low and high depression symptoms, attentiton ability, comprehension ability and emphatic tendency levels the differences between the groups were found statistically significant.

All the results were concluded that elderly people who have high symptoms of depression do not exercise regularly, have no expectation for the future, have chronic diseases, high education and occupational level and higher emphatic tendency.

KAYNAKÇA

- Adler, A. (2004). *İnsanı Tanıma Sanatı* (10. baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Akkoyun, F. (1987). Empatik eğilim ve ahlaki yargı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6 (21), 91-92.
- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C. ve Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Journal of Biological Psychiatry*, 23 (3), 271-284.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5 (2), 76-84.
- Altay, B., Gönener, D. ve Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15 (1), 10-16.
- Altıntaş, H., Attila, S., Sevencan, F., Akçalar, S., Sevim, Y., Solak, Ö.S., Şahin, K.E. ve Velagiç, Z. (2006). Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5 (5), 332-342.

- Amuk, T., Kalkan, O. N., Oğuzhanoğlu, A., Varma, S. G. ve Karadağ, F. (2009). Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (4), 301-309.
- Arıcıoğlu, A. (2008). *Hacettepe üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Arnaiz, E. ve Almkvist, O. (2003). Neuropsychological features of mild cognitive impairment and preclinical Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107 (179), 34-41.
- Artal, M. ve Sherman, C. (1998). Exercise against depression. *The Physician and Sports Medicine*, 26 (10), 57-61.
- Austin, M. P., Ross, M., Murray, C., O'Carroll, R. E., Ebmeier, K. P., ve Goodwin, G. M. (1992). Cognitive function in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 25 (1), 21-29.
- Aydın, İ. ve İşleyen, S. (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7 (3), 19-25.
- Aydın, Z. B. (2009). Kognitif Yaşlanma. *Geriatrı ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi*, 1,

17-25.

Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working? *European Psychologist Journal*, 7 (2), 85–97.

Baksak, B., Baksak, S.Ç., Özel, T. ve Turan, E. (2004). 65 yaş üstü hastalarda depresyonun sosyo demografik özellikleri ve vasküler hastalıklarda ilişkisi; retrospektif bir kayıt tarama çalışması, *Kriz Dergisi*, 13 (2), 11-19.

Bahar, A., Tutkun H. ve Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6 (4), 227-239.

Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Journal of the Gerontology*, 33, 580-594.

Balthazar, M.L.F., Martinelli, J.E., Cendes, F. ve Damasceno, B.P. (2007). Lexical semantic memory in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Journal Arq Neuropsiquiatr*, 65 (3-A), 619-622.

Baddeley, A. (1992). Working Memory. *Science*, 225 (5044), 556-559.

Barnett, M. A., King, L.M., Howard, J.A. ve Dino, G.A. (1980). Empathy in young children: Relation to parents' empathy, affection, and emphasis on the feelings of

others. *Developmental Psychology Journal*, 16 (3), 243-244.

Baştuğ, B. (2000). *Wechsler yetişkinler için zeka ölçeği- gözden geçirilmiş formu (WAIS-R)'nun genel bilgi, sayı dizisi, aritmetik, yargılama ve benzerlikler alt ölçeklerinin standardizasyonu ön çalışması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Babyak, M., Blumenthal, J., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, E., Baldewicz, T. ve Krishnan, R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62 (5), 633-638.

Bayraktar, R. (2009). Yaşlılıkta biyolojik ve psiko-sosyal belirleyiciler. *Geriatric ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi*, 1 (Özel Sayı), 7-9.

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

Berry, J.W., Worthington, E.L., O'Connor, L.E., Parrott, L. ve Wase, N. G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination and affective traits. *Journal of Personality*, 73 (1), 183-226.

- Biçer, H. (2002). *Sosyal sorunlar çerçevesinde yaşlılar*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Biçer, A., Buturak, V., Yazıcı, K. ve Yazıcı, A. (2003). Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6 (2), 95-101.
- Birtane, M., Tuna, H., Ekuklu, G., Uzunca, K., Akçi, C. ve Kokino, S. (2000). Edirne huzur evi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4), 141-145.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: egocentrism or empathy? *Developmental Psychology Journal*, 5 (2), 263-269.
- Borowiak, E. ve Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16 (3), 212-220.
- Boone, K.B., Lesser, I.M., Miller, B.L, Wohl, M., Berman, N., Lee, A., Barton, P. ve Caria, B. (1995). Cognitive functioning in older depressed outpatients: relationship of presence and severity of depression to neuropsychological test scores. *Journal of Neuropsychology*, 9 (3), 390-398.
- Bozcuk, N. ve Demirsoy, A. (1997). Yaşlanmanın Biyolojisi. Çakmakçı, M., Ünal, S., Gökçe ve Kutsal, (Ed.), *Geriatri Cilt 1* içinde (7-21). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Bölükbaş, N. ve Arslan, H. (2003). Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Düşünen Adam Dergisi*, 16 (4), 235-239.
- Broom, E. W. (2000). *An examination of factors related to the cognitive and affective empathy levels of adjudicated youth*. Unpublished doctoral thesis, University of North Texas.
- Brandon, J.E. ve Loftin, J.M. (1991). Relationship of fitness to depression, state and trait anxiety, internal health locus of control, and self-control. *Percept Mot Skills*, 73 (2), 563-568.
- Brown, K. (2000). How long have you got? *Scientific America*, 11 (2), 9-15.
- Buckner, L. R. (2004). Memory and executive functions in aging and AD: Multiple factors that cause decline and reserve factors that compensate. *Neuron of Journal*, 44 (1), 195–208.
- Can, H. ve Karakaş, S. (2005). Bilişsel süreçlerde alzheimer tipi demansa bağlı değişiklikler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8 (1), 37-47.
- Cangöz, B. (2008). Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? *Türk Geriatri Dergisi*,

11 (3), 143-150.

Cangöz, B. (2009). Yaşlılıkta bilişsel ve psikolojik değişim. Geriatri: Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım. (Ed. Y.Gökçe-Kutsal) Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını No:4. (s. 99-104).

Cangöz, B. ve Uluç, S. (2007). Yaşlılık döneminde meydana gelen psikolojik değişiklikler. Y.Gökçe-Kutsal, (Ed.), Temel Geriatri içinde (45-54). Ankara: Güneş Kitabevi.

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

Celsis, P.(2000). Age-related cognitive decline, mild cognitive impairment or preclinical alzheimer's disease? *Annals of Internal Medicine*, 32 (1), 6-14.

Ceyhun, B. (1998). Yaşlılık- narsistik krizler ve intihar, *Kriz Dergisi*, 2 (2), 331-333.

Cimilli, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*, 4, 157-168.

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

160, 1147-1156.

Cotton, K. (November 15, 2001). Developing empathy in children and youth. School Improvement Research Series, 5, Retrieved 02 April 2011, from <http://www.nwrel.org/spcd>

Cüceloğlu, D. (1993). *İnsan İnsana*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan ve Davranışı* (13. baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi.

Çifçili, S., Yazgan, Ç. ve Ünalın, P. (2006). Bir huzurevinde depresyon taraması sonuçları. *Türk Geriatri Dergisi*, 9 (3), 122-125.

Çilingiroğlu, N. ve Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve yaşlı ayırmıcılığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (4), 225-230.

Çok, F. (1993). Gelişim psikolojisi: Kuramlar, yöntemler ve yaşamın ilk yılları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 24 (1), 229-239.

Çuhadar, D., Sertbaş, G. ve Tutkun, H. (2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (4), 232-239.

Cropanzano, R ve Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31 (6), 874-900.

Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: Is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances In Psychiatric Treatment*, 8, 262-270.

Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, İ.T. ve Telci, Ş. (2007). Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 129-136.

Davis, C. M. (1990). Empati nedir, empati Öğretilebilir mi? (What is Empathy and an Empathy Be Taught?) Yrd. Doç. Dr. Özcan Sezer ve Psk. Serhat Damar (Çev.), *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6 (9), 77-88.

Decety, J. ve Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3 (2), 71-100.

Deep, C. A. ve Jeste, D. V. (2006). Definations and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriathric Psychiatry*, 14 (1), 6-20.

Demet, M. M., Taşkın, O. E., Deniz, F., Karaca, N. ve İçelli, İ. (2002). Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk

etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (4), 290-299.

Demir, B., Göğüş, A., ve Savaşır, I. (2000). Depresyon hastalarında bilişsel işlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11 (3), 179-189.

Dick, J. P., Guiloff, R. J., Stewart, A., Blackstock, J., Bielawska, C., Paul, E. A. ve Marsden, C. D. (1984). Mini-mental state examination in neurological patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, 496-499.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 524-575.

Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Başak, O., Gürel, S. F. ve Tekin, N. (2005). Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Türk Geriatri Dergisi*, 8 (3), 129-133.

Doğan, O. (2000). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1, 29-38,

Doğan, O. ve Kocacık, F. (2006). Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (2), 109-120.

Donnelly, E. F., Murphy, D. L., Goodwin, F. K. ve Waldman, I. N. (1982). Intellectual function in primary affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 140, 633-636.

Dökmen, Ü. (1987). Empati kurma becerisi ile sosyometrik statü arasındaki ilişki.

Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 20 (1-2), 183-207.

Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile

ölçülmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21(1), 155-190.

Dökmen, Ü. (2005). *İletişim çatışmaları ve empati* (32. baskı). Ankara: Sistem

Yayıncılık.

Eker, E. (1998). Yaşlılık dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası*, 2 (2), 45-51.

Eker, E. (2007). Yaşlılıkta bilişsel yıkım ve önlenmesi. 08.Mart.2011,

http://www.yaslilikrehberi.org.tr/UserFiles/File/494_YASLILIKTA_BILISSEL

YIKIM VE ONLENMESI.doc

Elias, M.F., Beiser, A., Wolf, P.A., Au, R., White, R. F. ve D'Agustino, R.B. (2000).

The preclinical phase of Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 57 (6),

808– 813.

Ellis, P. L. (1982). Empathy: a factor in antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child*

Psychology, 10 (1), 123-134.

Elkind, D. (5 April 1970). *Erik Erikson's Eight Ages of Man*. The New York Times Magazine,17-27.

<http://www.mrchiorian.com/psychreadings/Erikson's%20Eight%20Ages%20of%20Man.PDF>

Emik, G. (2009). *Alzheimer tipi demans hastaları ve hafif bilişsel bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı yaşlı bireylerin dikkat ve yönetici işlevlere ilişkin nöropsikolojik test profilleri açısından karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Emik, G. ve Cangöz, B. (2010). Alzheimer tipi demans, hafif bilişsel bozukluk ve sağlıklı yaşlanmada değişen bilişsel işlevler. *Geriatric ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi, 2 (1), 3-12.*

Er, D. (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (11), 132-144.*

Erdem, M. ve Taşcı, N. (2003). Tüberküloz hastalarında benlik sayısı düzeylerinin belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 51 (2), 171-176.*

Ericson, E., (1982). İnsanın Sekiz Çağı. (T.B. Üstün, ve V. Şar, Çev). Ankara: Birey ve Toplum Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1981).

Ertan, T. ve Eker, E. (2000). Reliability, validity and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures. *The Journal of The International Psychogeriatric Association*, 12 (2), 163-172.

Ertan, T., Eker, E. ve Güngen, C. (1999). The standardized mini mental state examination for illeterate turkish elderly population. *2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders*, 28–30 August, Bursa.

Esengen, Ş., Seçkin, Ü., Borinan, P., Bodur, H., Gökçe-Kutsal, Y. ve Yücel, M. (2000). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda işlevsel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3 (1), 6-10.

Faber, N. B., Rubin, E. H., Newcomer, J. W., Kinscherf, D. A., Miller, J. P., Morris, J. C., Olney, J. W. ve Mckeel, D. W. (2000). Increased neocortical neurofibrillary tangle density in subjects with Alzheimer's disease and psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (12), 1165– 1173.

Fadilliloğlu, E., Kaya, B., Uz, E., Emre, M. H. ve Ünal, S. (2000). Effects of moderate exercise on mild depressive mood, anti. oxidants and lipid peroxidation. *Bulletin of*

Clinical Psychopharmacology, 10 (4), 194-200.

Farrow, T. F., Zheng, Y., Wilkinson, I. D., Spence, S. A., Deakin, J. F., Tarrier, N., Griffiths, P. ve Woodruff, P. W. (2001). Investigating the functional anatomy of empathy and forgiveness. *NeuroReport*, 12 (11), 2433-2438.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. ve McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12 (3), 189-198.

Fossati, P., Amarb, G., Raouxc, N. ve Ergisc, A. M. (1999). Executive functioning and verbal memory in young patients with unipolar depression and schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research*, 89 (3), 171-189.

Fossati, P., Coyette, F., Ergis, A. M. ve Allilaire, J. F. (2002). Influence of age and executive functioning on verbal memory of inpatients with depression: Preliminary results. *Journal of Affective Disorders*, 68 (2), 261-271.

Fox, K. R., Stathi, A., McKenna, J. ve Davis, M. G. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the better ageing. *European Journal of Applied Physiology Project*, 100 (5), 591-602.

Gass, C. S., ve Russell, E. W. (1986). Differential impact of brain damage and

depression on memory test performance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 261-263.

Geçtan, E. (2005). *Psikanaliz ve Sonrası* (11. baskı). İstanbul: Metis Yayınları.

Gitmez, Ş. (2000). *Yaşlıların farklı kentsel koşullarda yaşam uyumları, eğilimleri, tutum ve davranışları: Sosyal antropolojik açıdan değerlendirme*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Goldberg, T. H. ve Chavin, S. I. (1997). Preventive medicine and screening in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45 (3), 344-354.

Goldsmith, T. C. (2011). An Introduction to biological aging theory. Retrieved April 20, 2011, from http://161.58.167.84/aging/aging_theory_introduction.pdf

Gorlyn, M., Keilp, J. G., Oquendo, M. A., Burke, A. K., Sackeim, H. A. ve Mann, J. J. (2006). The WAIS-III and major depression: absence of VIQ/PIQ differences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28 (7), 1145-1157.

Gomez, R. G., Fleming, S. H., Keller, J., Flores, B., Kenna, H., Debattista, C., et al. (2006). The neuropsychological profile of psychotic major depression and its relation to cortisol. *Journal of Biological Psychiatry*, 60 (5), 472-478.

Göka, E. ve Aydemir, Ç. (2000). Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım.

Demans Dizisi, 1 (2), 5-26.

Griffith, R. H., Belue, K., Sicola, A., Krzywanski, S., Zamrini, E., Harrell, L. ve Marson, D. C. (2003). Impaired financial abilities in mild cognitive impairment. *Journal of Neurology*, 60 (3), 449–457.

Güleç, M. ve Tekbaş, Ö.F. (1997). Sağlık perspektifinden yaşlılık. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 17 (6), 369-378.

Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A. ve Vural, N. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3 (4), 133-140.

Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R. ve Engin, F. (2002). Standardize mini mental testin türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (4), 273-281.

Hale, W. W., Dingemans, P., Wekking, E. ve Cornelissen, E. (1993). Depression and assessment of intellectual functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (6), 773-776.

Hale, J. B., Hoepfner, J. B ve Fiorello, C. A. (2002). Analyzing digit span components for assessment of attention processes. *Journal of Psychoeducational Assessment*,

20 (2), 128-143.

Hao, Y. (2008). Productive activities and psychological well-being among older adults.

Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 63 (6), 377-385.

Hester, R. L., Kinsella, G. J. ve Ong, B. (2004). Effect of age on forward and backward

span tasks. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10 (4), 475–481.

Işık, A. T. (2009). Unutkanlığı Olan Yaşlıya Yaklaşım. *Geriatric ve Geriatrik*

Nöropsikiyatri Dergisi, 1 (2), 33-38.

Iverson, G. L., Turner, R. A. ve Green, P. (1999). Predictive validity of WAIS-R VIQ-

PIQ splits in persons with major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (4), 519-524.

İçli, G. (2004). Huzurevinde kalan yaşlılar üzerine bir araştırma. *Sosyoloji Araştırmaları*

Dergisi, 7 (1), 5-24.

İlhan, M. N., Maral, I., Kitapçı, M., Aslan, S., Çakır, N. ve Bumin, M. A. (2006).

Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyecek etkenler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9 (4), 177-184.

İmamoğlu, S. E. (2009). *Kişilerarası İlişkiler*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınları.

İnal, S., Subaşı, F., Mungan-Ay, S., Uzun S., Alpkaya, U, Hayran, O. ve Akarcay, V. (2003). Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 6 (3), 95-99.

Johnstone, B., Erdal, K. ve Stadler, M. A. (1995). The relationship between the Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R) attention index and putative measures of attention. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (2), 195-204.

Kabakçı, E. (2001). Üniversite öğrencilerinde sosyotropik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olayları ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (4), 273-282.

Kafadar, H. (2004). *Akıcı zekânın performans zekâ, sözel zekâ, yönetici işlevler, çalışma belleği, seçici dikkat ve kısa süreli bellek süreçlerinden yordanması*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kalenderoğlu, A., Yumru, M., Selek, S., Cansel, N., Virit, O. ve Savaş, H. (2007). Gaziantep üniversitesi tıp fakültesi yaşlılık psikiyatrisi birimine başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8 (3), 179-185.

Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve depresyon – I tanı ve değerlendirme. *Türk Geriatri Dergisi*,

2 (2), 76-82.

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

Keilp, J. G., Sackeim, H. A., Brodsky, B. S., Oquendo, M. A., Malone, K. M. ve Mann, J. J. (2001). Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 158 (5), 735-741.

Kelly, J. R., Marjorie, W., Steinkamp, J ve Kelly, J. R. (1987). Later-life satisfaction: Does leisure contribute? *Leisure Sciences: An Interdisciplinary Journal*, 9 (3), 189-199.

Kennedy, M.M. ve Newton, M. (1997). Effect of exercise intensity on mood in step aerobics. *J Sports Med Phys Fitness*, 37 (3), 200-204.

Klatz, R. ve Goldman, R. (1997). Stopping the clock. Retrieved April 10, 2011, from http://books.google.com.tr/books?id=dYd09pg4YC&dq=klatz,+R.,+Goldman,+R.+stopping+the+clock&source=gbs_navlinks_s.

Koca, H. (1994). *Ülkemiz koşullarında yaşlılık ve yaşlının sosyal uyumu*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kocataş, S., Güler, G. ve Güler, N. (2004). 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 10-17.

Köroğlu, E. ve Güleç, C. (Ed.). (1998). *Psikiyatri temel kitabı- Cilt 2*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. (2004). *Depresyon Nedir, Nasıl Baş Edilir?* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kurt, P. (2008). *Dikkat süreçlerindeki bozulmanın diğer bilişsel işlevler üzerine etkisinin incelenmesi: 6 yıllık boylamsal çalışma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Kurtoğlu, D. (1998). *Seyranbağları huzurevindeki yaşlıların mediko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi ve bu kişilerde depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi sıklığı araştırması*. Yayınlanmamış doktora tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kurtoğlu, D. T. ve Rezaki, S. M. (1999). Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10 (3), 173-179.

Kunik, M. E., Champagne, L., Harper, R. G. ve Chacko, R. C. (1994). Cognitive functioning in elderly depressed patients with and without psychosis.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 9 (11), 871-874.

Levinoff, J. E., Saumier, D. ve Chertkow, H. (2004). Focused attention deficits in patients with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Brain and Cognition*, 57 (2), 127–130.

Lindeboom, J. ve Weinstein, H. (2004). Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment. *European Journal of Pharmacology*, 490 (1-3), 83–86.

Linn, R. T., Wolf, P. A., Bachman, D. L., Janice, E. Knoefel, J. E. ve Cobb, J. L. (1995). The preclinical phase of probable Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 52 (5), 485–90.

Logsdon, R. G. ve Teri, L. (1995). Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (2), 150-155.

Luo, L. ve Craik, F. I. (2008). Aging and memory: A cognitive approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (6), 346-353.

Mandelli, L., Serretti, A., Colombo, C., Florita, M., Santoro, A., Rossini, D., Zanardi, R. ve Smeraldi, E. (2006). Improvement of cognitive functioning in mood disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatment: An exploratory

analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (5), 598-604.

Maral, I., Aslan, S., İlhan, M.N., Yıldırım, A., Candansayar, S. ve Bumin, M.A. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (4), 251-259.

Marshall, D. F. (2009). *Major depressive disorder and aspects of intellectual functioning*. Unpublished doctoral dissertation, University of Palo Alto.

McAuley, E., Marquez, D.X., Jerome, G.J., Blissmer, B. ve Katula, J. (2002). Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. *Aging and Mental Health*, 6 (3), 222-230.

Mollahasanoğlu, A. (2006). *Normal yaşlanma, hafif kognitif bozukluk ve erken evre alzheimer tipi demans sürekliliğinde yürütücü işlevlerdeki değişiklikler*. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Morris, J. A. (1987). Autoimmunity: A decision theory model. *Journal of Clinical Pathology*, 40, 210-215.

Morris, J. C., Storandt, M, Miller, J. P, MacKeel D. W., Price, J. L., Rubin, E. H. ve Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early stage alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 58 (3), 397-405.

- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. ve Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the world health surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.
- Nakamura, H., Nakanishi, M., Furukawa, T. A., Hamanaka, T. ve Tokudome, S. (2000). Validity of brief intelligence tests for patients with Alzheimer's disease. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54 (4), 435-439
- Nalbant, S. (2008). Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. *Nobel Medicus Online Dergi*, 4 (2), 4-11.
- Nazliel, B. (1999). Yaşlanma. *Demans Dizisi*, 1, 5-11.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J. ve Gilbert, P. (2002). Guilt, fear submission and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71 (1-3), 19-27.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T., Mulherin, K. ve Crisostomo, S. (2007). Empathy and depression: The moral system on overdrive. In T. Farrow. ve P. Woodruff (Ed.), *Empathy in Mental Illness* (49-75). Cambridge University Pres.
- Oktay, Ş. ve Akıcı, A. (2001). Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. *Türk Geriatri Dergisi*, 4 (3), 127-133.
- Onur, B. (2004). *Gelişim Psikolojisi* (6. baskı). Ankara: İmge Yayınevi.

Oslin, D. W., Streim J., Katz, I. R., Edell, W. S. ve TenHave, T. (2000). Change in disability follows inpatient treatment for late life depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (4), 357-362.

Öz, F. (2002). Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10 (2), 17-28.

Özgüven, H. D., Öner, Ö. ve Ölmez, Ş. (2001). Erişkin bir Asperger bozukluğu olgusunun klinik ve nöropsikolojik değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (3), 233-240.

Özkan, H., Yalvarmış, F., Güler, M., Çalışkan, T., Türker, S. ve Sunay, F. B. (2006). Yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri: Pamukçu kasabası, Balıkesir. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15 (11), 199-201.

Özmenler, K. N. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Dizisi*, 1 (3), 109-115.

Öztürk, O. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (7. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Palabıykoğlu, R. (1997). Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu, *Kriz Dergisi*, 1 (1),

26-31.

Pasquier, F. (1999). Early diagnosis of dementia: Neuropsychology. *Journal of Neurology*, 246, 6-15.

Penninx, B., Leveille, S., Ferrucci, L., Eijk, J. ve Guralnik, J. (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), 1346-1352.

Porter, R., Gallagher, P., Thompson, J. M. ve Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 214-220.

Reynolds, C. R. (1997). Forward and backward memory span should not be combined for clinical analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12 (1), 29- 40.

Richards, R. (2010). *The frontal assessment battery and differential diagnosis of dementia: A meta-analysis*. Unpublished doctoral dissertation, Antioch University.

Riley, M. W. (1997). On the significance of age in sociology. *American Sociological*

Review, 52 (1), 1-14.

Ross, C. E. ve Hayes, D. (1988). Exercise and psychologic well-being in the community. *Am J Epidemiol*, 127 (4), 762-771.

Sackeim, H. A., Freeman, J., McElhine, M., Coleman, E., Prudic, J. ve Devanand, D. P. (1992). Effect of major depression on estimates of intelligence. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 14 (2), 268-288.

Santacruz, K. ve Swagerty, D. (2001). Early diagnosis of dementia. *American Family Physician Journal*, 63 (4), 703-713.

Sarı, H., Çakmak, B. ve Can, G. (2003). Ankilozan spondilitte fizik tedavi ajanlarının yaşam kalitesi ve emosyonel durum üzerine etkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 49 (6), 8-12.

Sağduyu, A. (1997). Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (1), 3-8.

Savaşır, I. ve Batur, S. (2009). Depresyonun bilişsel – davranışçı tedavisi. I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Kabakçı, (Ed.), *Bilişsel-Davranışçı Terapiler*. (3. baskı) içinde (17-47). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Selekler, K. (2007). Alzheimer hastalığında koruyucu faktörler var mı? Bölüm: 2. Eğitim, mental aktiviteler, fiziksel egzersizler, sosyal ilişkiler ve alkol. *Türk Geriatri Dergisi*, 10 (3), 156-168.

Small, S. A. (2001). Age-related memory decline. *Archives of Neurology*, 58 (3), 360–364.

Seymen, S. (2007). *K.K.T.C. Gazimağusa devlet hastanesinde çalışan yüksek hemşire ve hemşirelerin empatik eğilimleri ile yatan hastaların hemşirelere karşı duydukları memnuniyet düzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kıbrıs.

Sevim, Y. ve Şahin, J. (2007). Toplumun Yeni Yoksulları: Emekliler (Şanlıurfa İli Örneği). *Sosyoloji Araştırma Dergisi*, 10 (1), 187-207.

Sun, X., Zhang, X., Chen, X, Zhang, P., Bao, M., Zhang, D., Chen, J., He, S. ve Hu, X. (2005). Age-dependent brain activation during forward and backward digit recall revealed by fMRI. *NeuroImage*, 26 (1), 36-47.

Sütoluk, Z., Demirhindi, H., Savaş, N. ve Akbaba, M. (2004). Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (3), 148-151.

Şahin, M. E., Özer, C., Ölüç, F. ve Tunç, Z. (2005). Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. *Türk Geriatri Dergisi*, 8 (1), 22-24.

Şahin, M. E. ve Yalçın, M. (2003). Huzurevinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi*, 6 (1), 10-13.

Şimşek, T. T., Yümin, E. T., Sertel, M., Öztürk, A. ve Yümin, M. (2010). Kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24 (3), 147-153.

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

Taycan, O. ve Eker, E. (2009). Cornell demansta depresyon ölçeinin türk demans hastalarında geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 21-34.

Taylor, C. B., Sallis, J. F. ve Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100 (2), 195–202.

Tekin, A. ve Kaldırımçı, M. (2008). Rekreatyonel fiziksel egzersizin yaşlıların fiziksel

durum ve depresyon düzeylerine etkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 11 (1), 18-25.

Tokçaer, A. B. (2001). Demans mı, masum unutkanlık mı? *Demans Dergisi*, 1, 5-14.

Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory. *Journal of Aging and Identity*, 1, 55-63.

Tutuk, A., Al, D. ve Doğan, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2), 36-41.

Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş. *Türk Geriatri Dergisi*, 9 (3), 195-195.

Ünal, F. (2007). Çocuklarda empatinin gelişimi: Empatinin gelişiminde anne-baba tutumlarının etkisi. *Milli Eğitim Dergisi*, 176, 134-148.

Ünal,S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (1), 41-47.

Varma, G., S., Oğuzhanoğlu, N. K., Amuk, T. ve Ateşçi, F. (2008). Huzurevindeki yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11 (1), 25-32.

- Weintraub, S. (2004). Mental Durumun Nöropsikolojik Değerlendirilmesi: Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri (2. baskı). (İ. H. Gürvit, Çev.). İstanbul, Yelkovan yayıncılık (Orijinal çalışma basım tarihi 2000).
- Wilson, R. S, Schneider, J. A., Boyle, P. A., Arnold, S. E., Tang, Y. ve Bennett, A. D. (2007). Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*, 68 (24), 2085-2093.
- Yalçın, E. G. (2008). *Majör depresif bozukluğu olan hastalarda bilişsel işlevler*. Uzmanlık tezi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Yaluğ, İ. ve Alemdar, M. (2006). Hafif Bilişsel Bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (2), 108-114.
- Yazgan, G. (2000). İleri yaşlarda psikolojik sorunlar. *Üçüncü Bahar: Yaşlılık ve Bilgelik* içinde (129-135). İstanbul: Evrim yayınları.
- Yıldırım, İ. (1992). Psikolojik danışma ve rehberlik programı öğrencileri ile psikoloji programı öğrencilerinin empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri. *H. Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7, 193-208.
- Yıldırım, İ. ve Ergene, T. (1997). İlköğretim müfettiş adaylarının empatik eğilim düzeylerine göre iş doyumları. *Çukurova Üniversitesi I. Eğitim Bilimleri Kongresi Kongre Kitabı*, Adana.

Yılmaz, S. (1996). *Türkiye’de emeklilik yaşantısı*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Yücel, H. (2008). *Evde ve huzurevindeki yaşlılarda çok amaçlı aktivite eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Zhang, Y., Han, B., Verhaeghen, P. ve Nilsson, L. G. (2007). Executive functioning in older adults with mild cognitive impairment: MCI has effect on planning, but not on inhibition. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 14 (6), 557–570.

Zincir, H., Taşçı, S., Erten, Z. K. ve Başer, M. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17 (3), 168-174.

Zoghi, M. (2010). Yaşlılarda kardiyovasküler fonksiyonlar. *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı 2, 1-4.

Zunzunegui, M. V., Beland, F. ve Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30 (5), 1090-1099.

EKLER

Ek 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma, yaşlılarda görülen depresyon belirtileri ile yaşlıların bilişsel işlevleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tasarlanmıştır. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, benzer yaşantıları olan bireylerin sorunlarına ışık tutması beklenmektedir.

Çalışma, Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden bir öğretim üyesi ve bir yüksek lisans öğrencisi tarafından yürütülmektedir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülüğe dayalıdır. Katılmayı reddetme ya da formu doldurmaya başlayıp daha sonra vazgeçme hakkınız vardır.

Araştırmaya katılmanız durumunda, size verilen formdaki soruları yanıtlamanız gerekmektedir. Bunun için en fazla 45 dakikanızı ayırmanız yeterli olacaktır. Bu soruları yanıtlamak size herhangi bir fiziksel ya da duygusal rahatsızlık yaşatmayacaktır.

Formda kimliğinize ilişkin herhangi bir bilgi sorulmamaktadır. Ayrıca formu doldurduktan sonra size formla birlikte verilen zarfın içinde geri vereceğinizden, yanıtların size ait olduğunu araştırmacının da bilmesi olanaksız hale gelecektir.

Doç. Dr. Şennur T. Kışlak Psk. Buket Altuk

Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü

İletişim için: buketaltuk@gmail.com

7630775/212

Katılımcının Beyanı

Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Şennur Kışlak Tutarel ve Yüksek Lisans öğrencisi Psk. Buket Altuk tarafından yapılacak “Yaşlılarda depresyon belirtilerinin ve bilişsel işlevlerin incelenmesi” başlıklı çalışma hakkında yeterli düzeyde bilgi aldım. Araştırmaya katılarak formdaki soruları yanıtlarsam, bana ait bilgilerin gizliliğine özen ve saygı ile yaklaşılacağı konusunda bana güvence verildi.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum () (Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız,

lütfen parantez içine bir işaret koyunuz.

Katılmak istemiyorsanız formu iade ediniz.)

Ek 2

Demografik Bilgi Formu (Evde Kalan Yaşlılar İçin)

1. Cinsiyet: K () E ()

2. Yaş:

3. Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Yüksek okul mezunu ()

Üniversite mezunu ()

4. Medeni Durumunuz: Evli () Dul () Bekar () Boşanmış ()

5. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:

Köy () Kasaba () Şehir () Metropol ()

6. Şuan yaşamakta olduğunuz yer: Köy () Kasaba () Şehir ()

Metropol ()

7. Mesleğiniz:

İşsiz () Ev Hanımı () İşçi emeklisi () Memur Emeklisi () Serbest meslek ()

Diğer ()

8. Size göre önceki mesleğinizin statüsü: Çok İyi () İyi () Orta () Kötü ()

Çok Kötü ()

9. Size göre sosyo-ekonomik düzeyiniz: Çok İyi () İyi () Orta () Kötü ()

Çok Kötü ()

10. Şu an çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor ()

11. Sosyal güvenceniz: Var () Yok ()

12. Uzun süredir hastalık varlığı (Kronik hastalık varlığı): Var () Yok ()
13. Yakını var () Yakını yok ()
14. Kendi bakımını yapabiliyor () Kendi bakımını yapamıyor ()
15. Aile tarafından kabul ediliyor () Aile tarafından kabul edilmeme ()
16. Bulunduğu evde kalma süresi:
17. Yaşayan çocuk sayısı:
18. Çocukları ve varsa torunları tarafından ziyaret edilme sıklığı:
Her gün () Haftada bir gün () İki haftada bir gün () Ayda bir gün ()
Diğer ()
19. Akrabaları tarafından ziyaret edilme sıklığı
Her gün () Haftada bir gün () İki haftada bir gün () Ayda bir gün ()
Diğer ()
20. Sizce aileniz sizi ne kadar çok sahipleniyor? (Aileden algılanan sosyal destek)
Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()
21. Sizce arkadaşlarınız sizi ne kadar çok sahipleniyor? (Arkadaşlardan algılanan sosyal destek)
Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()
22. Ailenizdeki bireylerle ilişki düzeyiniz:
Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()
23. Ailenizle birlikte olmaktan memnun olma düzeyiniz:
Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()
24. Sizce aileniz sizi ailenin bir parçası olarak ne kadar kabul ediyor?
Hiç () Biraz () Orta () Çok () Çok fazla ()

25. Ailenizin sizi bırakacağı veya size bakmayacağı korkusu: Var () Yok ()

26. Gelecek beklentisi: Var () Yok ()

27. Hobiler/ Sıklığı: Satranç oynama () Bulmaca çözme () Kitap
okuma () Egzersiz () Örgü, dantel örme () Televizyon izleme ()

Ek 3

Demografik Bilgi Formu (Huzurevi)

1.Cinsiyet: K (1) E (2)

2.Yaş:

3. Eğitim durumunuz: Okur yazar değil (1) Okur yazar (2)

İlkokul mezunu (3) Ortaokul mezunu (4) Lise mezunu (5)

Yüksek okul mezunu (6) Üniversite mezunu (7)

4. Medeni Durumunuz: Evli (1) Dul (2) Bekar (3) Boşanmış (4)

5. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:

Köy (1) Kasaba (2) Şehir (3) Metropol (4)

6. Şuan yaşamakta olduğunuz yer: Köy (1) Kasaba (2) Şehir (3)

Metropol (4)

7. Mesleğiniz:

İşsiz (1) Ev Hanımı (2) İşçi emeklisi (3) Memur Emeklisi (4) Serbest

meslek (5) Diğer (6)

8. Size göre önceki mesleğinizin statüsü: Çok İyi (5) İyi (4) Orta (3)

Kötü (2) Çok Kötü (1)

9. Size göre sosyo-ekonomik düzeyiniz: Çok İyi (5) İyi (4) Orta (3)

Kötü (2) Çok Kötü (1)

10. Sosyal güvenceniz: Var (1) Yok (2)

11. Uzun süredir hastalık varlığı (Kronik hastalık varlığı): Var (1) Yok (2)

12. Huzurevinde kalma süresi:

13. Yaşayan çocuk sayısı:

14. Çocukları ve varsa torunları tarafından ziyaret edilme sıklığı:

Her gün (5) Haftada bir gün (4) İki haftada bir gün (3) Ayda bir gün (2)

Diğer (1)

15. Akrabaları tarafından ziyaret edilme sıklığı

Her gün (5) Haftada bir gün (4) İki haftada bir gün (3) Ayda bir gün (2)

)Diğer (1)

16. Sizce aileniz sizi ne kadar çok sahipleniyor? (Aileden algılanan sosyal destek)

Çok iyi (5) İyi (4) Orta (3) Kötü (2) Çok kötü (1)

17. Sizce arkadaşlarınız sizi ne kadar çok sahipleniyor? (Arkadaşlardan algılanan sosyal destek)

Çok iyi (5) İyi (4) Orta (3) Kötü (2) Çok kötü (1)

18. Kaldığınız huzurevinde idari personelle ve diğer sakinlerle ilişki düzeyiniz:

Çok iyi (5) İyi (4) Orta (3) Kötü (2) Çok kötü (1)

19. Kurumdan memnun olma düzeyiniz:

Çok iyi (5) İyi (4) Orta (3) Kötü (2) Çok kötü (1)

20. Kendinizi kuruma ne düzeyde ait hissediyorsunuz?

Çok fazla (5) Çok (4) Orta (3) Biraz (2) Hiç (1)

21. Kurumdan çıkartılma korkusu: Var (1) Yok (2)

22. Gelecek beklentisi: Var (1) Yok (2)

23. Hobiler/ Sıklığı: Satranç oynama () Bulmaca çözme () Kitap

okuma () Egzersiz () Örgü, dantel örme ()

Televizyon izleme ()

24. Yakını var (1) **Yakını yok** (2)

25. Kendi bakımını yapabiliyor (1) **Kendi bakımını yapamıyor** (2)

26. Aile tarafından kabul ediliyor (1) **Aile tarafından kabul edilmeme** (2)

27. Şu an çalışma durumu: Çalışıyor (1) Çalışmıyor (2)

28. Huzur evine gelme nedeniniz:

Yakını yok (1) Kendi bakımını yapamama (2) Aile tarafından kabul edilmeme (3)

29. Huzur evinde kalmayı seçme hakkı: Kendime ait (1) Kendime ait değil (2)

Ek 4

Standardize Mini Mental Test Örnek Maddeleri

- Hangi aydayız?

- Şu an sabah mı, öğlen mi, akşam mı?

- Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

- Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin

- Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?

- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

Ek 5

Geriatrik Depresyon Ölçeği Örnek Maddeleri

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Buna göre aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.

- | | |
|--|-------------|
| - Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi? | Evet- hayır |
| - Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olur musunuz? | Evet- hayır |
| - Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı? | Evet- hayır |
| - Küçük şeyler sık sık canınızı sıkar mı? | Evet- ayır |
| - Dikkatinizi toplamada güçlüğünüz var mı? | Evet- hayır |
| - Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu? | Evet- hayır |
| - Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz? | Evet- hayır |
| - Kolayca karar verebiliyor musunuz? | Evet- hayır |
| - Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz? | Evet- hayır |

Ek 6

Empatik Eğilim Ölçeği Örnek Maddeler

Aşağıda 20 cümle bulunmaktadır. Bir cümledeki ifadeyi kendinize tamamen uygun bulacağınızı düşünürseniz 5'e, oldukça uygun bulacağınızı düşünürseniz 4'e, oldukça aykırı bulacağınızı düşünürseniz 2'ye, tamamen aykırı bulacağınızı düşünürseniz 1'e, eğer bir cümleye ilişkin olarak kararsızlık belirtecekseniz 3'e çarpı koyunuz.

	Tamamen uygun (5)	Oldukça uygun (4)	Kararsızım (3)	Oldukça aykırı (2)	Tamamen aykırı (1)
Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır.					
Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış olarak ayrılırlar.					
Başlarının problemleri, beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir.					
Duygularımı başkalarına iletmekte güçlük çekerim.					
Çevremde çok sevilen bir insanım.					
Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım.					
İnsanların çoğu bencildir.					
Genellikle insanlara güvenirim.					

Ek 7

WAIS-R Yargılama Alt Testi Örnek Maddeleri

- Çamaşırlarımızı niçin yıkarız?
- Birçok yiyeceği pişirerek yeriz. Nedenlerinden bazılarını söyleyin.
- Doğuştan sağır olanlar niçin konuşmayı zor öğrenirler?
- Neden bazı insanlar arkadaşları yerine bankalardan ödünç para almayı tercih ederler?
- “Dereyi görmeden paçaları sıvamamalı” atasözü ile ne anlatılmak isteniyor?
- Demokrasilerle özgün basın neden gereklidir?

Ek 8

WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testi Örnek Maddeleri

1.Yönerge: Bazı sayılar söyleyeceğim. Beni dikkatle dinleyin ve ben bitirince söylediklerimi aynen tekrarlayın.

2. Yönerge: Şimdi bazı sayılar daha söyleyeceğim; fakat bu sefer ben bitirdiğim zaman sizin onları sondan başa doğru tekrar etmenizi istiyorum. Örneğin ben 7-1-9 dersem, siz ne diyeceksiniz? Doğru / Hayır, 9-1-7 demelisiniz. Ben 7-1-9 dedim, sondan başa doğru söylemek için 9-1-7 demelisiniz. Şimdi bu sayıları deneyin. Unutmayın, tersinden söyleyeceksiniz. 3-4-8.

DÜZ SAYI DİZİSİ		Puan	TERS SAYI DİZİSİ		Puan
	5-8-2 6-9-4			2-4 5-8	
	4-2-7-3-1 7-5-8-3-6			3-2-7-9 4-9-6-8	
	5-8-1-9-2-6-4-7 3-8-2-9-5-1-7-4			8-1-2-9-3-6-5 4-7-3-9-1-2-8	