

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERDE YALNIZLIK, SOSYAL KATILIM,  
DEPRESYON VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Fzt. Bahar Burcu YEŞİLYAPRAK

Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA  
2024



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERDE YALNIZLIK, SOSYAL KATILIM,  
DEPRESYON VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Fzt. Bahar Burcu YEŞİLYAPRAK

Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ

ANKARA

2024

**YAŞLI BİREYLERDE YALNIZLIK, SOSYAL KATILIM, DEPRESYON VE  
BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

**Fzt. Bahar Burecu YEŞİLYAPRAK**  
**DANIŞMAN: Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ**

Bu çalışma 25.06.2024 tarihinde, jürimiz tarafından “Ergoterapi Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** Prof. Dr. Meral HURİ  
Hacettepe Üniversitesi

**Tez Danışmanı:** Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ  
Hacettepe Üniversitesi

**Üye:** Doç. Dr. Esmâ ÖZKAN  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla onaylanmıştır.

23 Haziran 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. (2)

o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

25/06/2024

Fzt. Bahar Burcu YEŞİLYAPRAK

1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ, danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

**Fzt. Bahar Burcu YEŞİLYAPRAK**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her bir aşamasında bana güvenen, bilgisi ve tecrübesi ile yolumu aydınlatan, iyiliği ve anlayışıyla heyecanıma ortak olan, her konuda desteği ile beni yönlendiren çok sevgili danışman hocam sayın Doç. Dr. Onur Altuntaş'a candan teşekkürlerimi bir borç bilirim,

Ergoterapi ile tanışmamı sağlayan ve bu alanda kendimi geliştirmeme vesile olan eğitim hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mine Uyanık'a, Prof. Dr. Gonca Bumin'e, Prof. Dr. Esra Akı'ya, Prof. Dr. Meral Huri'ye, Prof. Dr. Çiğdem Öksüz'e çok teşekkür ederim,

Sözleri ve tavsiyeleri ile bana yol gösteren, güler yüzünü desteğini hiç esirgemeyen sevgili Doç. Dr. Orkun Tahir Aran'a ve Doç. Dr. Sedef Şahin'e,

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümünün çok kıymetli hocalarına,

Tezimin yazımı sırasında başından sonuna kadar her anında yanımda olan, her derdimle ilgilenen, hayatıma girdiği andan itibaren dostluğundan hiç şüphe duymadığım çok değerli meslektaşım can dostum Dr. Fzt. Nilüfer Keskin Dilbay'a,

Her konuda desteği ve iyi niyeti ile yoluma yoldaş olan, beni cesaretlendirip destekleyen çok değerli dostum Şeyma Cebe Karaca'ya,

Bu süreçte hep yanımda olan değerli çalışma arkadaşlarıma,

Bana yeni ufuklar açan, doğduğum günden bugüne hayatımda her daim yanımda olan, sevgisini desteğini esirgemeyen Canım Anneme,

Bu süreçte nazımı çeken, bana her daim güvenen ve her koşulda sevgisiyle ilgisiyle beni destekleyen Sevgili Eşime,

Canım biricik oğullarım Doruk ve Kıvanç'a,

Çok teşekkürlerimi sunarım. Sonsuz sevgilerimle.

## ÖZET

**Yeşilyaprak, B.B., Yaşlı Bireylerde Yalnızlık, Sosyal Katılım, Depresyon ve Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.** Bu çalışma, yaşlı bireylerin yalnızlık, sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmamız 101 kadın, 83 erkek olmak üzere 184 kişi ile tamamlanmıştır. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği ile, sosyal katılımları Toplumsal Katılım Anketi ile, depresyon durumları Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu ile başa çıkma stratejileri ise Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; yalnızlık ve sosyal katılım puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu, yalnızlık ve depresyon puanı ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu, yalnızlık ve başa çıkma stratejilerinin alt boyutlarından mizahi yaklaşım, kendini sınırlandırma, olumlu yeniden yorumlama ve planlama arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<,05$ ). Sosyal katılım ve depresyon puanı ile negatif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu; sosyal katılım ile başa çıkma stratejileri alt ölçeklerinden araçsal sosyal destek kullanma, olumlu yeniden yorumlama ve planlama ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişkili olduğu; dine yönelme ve davranışsal olarak ilgiyi kesme ile negatif yönlü düşük düzeyde ilişkili olduğu görüldü ( $p<,05$ ). Depresyon düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin alt ölçeklerinden mizahi yaklaşım, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama ve planlama ile negatif yönlü düşük düzeyde; duygulara odaklanma ve ortaya koyma, dine yönelme ve davranışsal olarak ilgiyi kesme ile pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişkisi olduğu görüldü ( $p<,05$ ). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri, sosyal katılım ve depresyon yönünden değerlendirilmesi gerektiğini ve uygulanacak müdahale programlarında göz önünde bulundurulmasının faydalı olacağını göstermektedir. Bu çalışmanın aynı zamanda yaşlı kişilerin başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ile ilgili yapılacak ileri çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, yalnızlık, sosyal katılım, depresyon, başa çıkma stratejileri.



## ABSTRACT

**Yeşilyaprak, B.B., The Relationships Between Loneliness, Social Participation, Depression and Coping Strategies in Elderly Individuals, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Occupational Therapy Program, Master's Thesis, Ankara, 2024.** This study was planned to examine the relationships between loneliness, social participation, depression and coping strategies of elderly individuals. Our study was completed with 184 participants, 101 women and 83 men. The loneliness levels of elderly individuals were assessed with the Loneliness Scale for the Elderly, their social participation with the Social Participation Questionnaire, their depression status with the Geriatric Depression Scale-Short Form and their coping strategies with the Coping Strategies Scale-Short Form. According to the findings, it was found that there was a negative and moderate relationship between loneliness and social participation score, a positive and moderate relationship between loneliness and depression score, and a negative and weak relationship between loneliness and humorous approach, self-limitation, positive reinterpretation and planning from the sub-dimensions of coping strategies ( $p<.05$ ). There was a moderate negative correlation between social participation and depression score; there was a moderate positive correlation between social participation and instrumental social support, positive reinterpretation and planning from the coping strategies subscales; and there was a low negative correlation with religious orientation and behavioral disengagement ( $p<.05$ ). It was observed that there was a low level negative correlation between depression levels and humorous approach, mental disengagement, positive reinterpretation and planning, and a low level positive correlation between focusing on and expressing emotions, religious orientation and behavioral disengagement ( $p<.05$ ). The results obtained in our study show that elderly individuals should be evaluated in terms of loneliness levels, social participation and depression and that it would be useful to consider them in the intervention programs to be implemented. This study is also thought to be a guide for further studies on the development of coping strategies of elderly people.

**Key Words:** Old age, loneliness, social participation, depression, coping strategies

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1. Yaşlılık	4
2.1.1. Yaşlılık Tanımı	4
2.1.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	6
2.1.3. Yaşlılık ile Meydana Gelen Fiziksel Değişiklikler	7
2.1.4. Yaşlılık ile Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	8
2.1.5. Yaşlılık ile Meydana Gelen Bilişsel Değişiklikler	8
2.1.6. Yaşlılık ile Meydana Gelen Sosyal Değişiklikler	9
2.2. Yaşlılık ve Yalnızlık	10
2.3. Yaşlılık ve Sosyal Katılım	11
2.4. Yaşlılık ve Depresyon	12
2.5. Yaşlılık ve Başa Çıkma Stratejileri	13
<b>3. BİREYLER VE YÖNTEM</b>	<b>15</b>
3.1. Bireyler	15
3.2. Yöntem	16
3.2.1. Veri Toplama Araçları	16
3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu	16
3.2.3. Mini Mental Durum Testi	16
3.2.4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	17
3.2.5. Toplumsal Katılım Anketi-Revize	17
3.2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu	18

3.2.7. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu	19
3.3. İstatistiksel Analiz	19
<b>4. BULGULAR</b>	<b>21</b>
4.1. Sosyodemografik Bulgular	21
4.2. Ölçek ve Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Analizleri	23
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>30</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>37</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>38</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>46</b>
<b>EK-1:</b> Etik Kurul Onayı	46
<b>EK-2:</b> Aydınlatılmış Onam ve Gönüllü Bilgilendirme Formu	47
<b>EK-3:</b> Sosyodemografik Bilgi Formu	48
<b>EK-4:</b> Mini Mental Durum Testi (MMDT)	49
<b>EK-5:</b> Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ)	50
<b>EK-6:</b> Toplumsal Katılım Anketi- Revize (TKA- R)	51
<b>EK-7:</b> Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu (GDÖ-KF)	53
<b>EK-8.</b> Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu (BÇSÖ-KF)	54
<b>EK-9.</b> Orijinallik Ekran Görüntüsü	55
<b>EK-10.</b> Dijital Makbuz	56
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>57</b>

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>BÇSÖ-KF</b>	: Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Form
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GDO-KF</b>	: Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Form
<b>MMDT</b>	: Mini Mental Durum Testi
<b>TKA-R</b>	: Toplumsal Katılım Anketi- Revize
<b>YİYÖ</b>	: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

**TABLULAR**

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>4.1.</b> Sosyodemografik bulgular.	21
<b>4.2.</b> MMDT, YİYÖ, GDÖ-KF, TKA-R ve BÇSÖ-KF ölçek ortalama puanları.	23
<b>4.3.</b> YİYÖ değerlendirmesi ile TKA-R, GDÖ-KF ve BÇSÖ-KF değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	24
<b>4.4.</b> YİYÖ değerlendirmesi ile BÇSÖ-KF alt ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	25
<b>4.5.</b> BÇSÖ-KF ile TKA-R ve değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	27
<b>4.6.</b> GDÖ-KF ile TKA-R değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	28
<b>4.7.</b> GDÖ-KF ile BÇSÖ-KF değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	29

## 1. GİRİŞ

Tüm dünyada yaşlı nüfusu gün geçtikçe artmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek arttığı gözlenmektedir. Yaşlanma sürecindeki bu değişiklikler zaman içinde bu dönemde ortaya çıkan birtakım problemleri ve ihtiyaçları doğurmuştur. Bu durum doğum oranlarının giderek azalması, sosyoekonomik düzeylerin iyileşmesi ve sağlıkla ilgili gerçekleşen olumlu gelişmeler ile ilişkilidir (1).

Yaşlanma, bireylerin temel fonksiyonlardaki kademeli azalma ve çevresel faktörlere uyum sağlama yeteneğinin azalması olarak tanımlanır. Yaşlılık yaşam döngüsünün doğal ve kaçınılmaz bir evresi olmasıyla, hayatın önemli kırılma noktalarından biridir. Aynı zamanda bu süreç yaşlı bireylerin fiziksel, bilişsel ve ruhsal açıdan birçok yeteneğinin gerilediği bir zaman dilimidir (2).

Yaşlı bireylerde depresyon sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Buna zemin hazırlayan nedenler arasında, değişen aile yapısı, ekonomik problemler, eşlerin ve yakın akrabaların kaybı, yaşlanma ile ortaya çıkan birtakım hastalıklar, bunlara bağlı çeşitli ilaçların kullanımı, fiziksel fonksiyonların yitirilmesi, eğitim seviyesi, yalnızlık ve sosyal izolasyon sayılabilir (3).

Yalnızlık, yaşlı bireylerde depresyonu tetikleyen çok önemli ve belirgin bir faktördür. Yalnızlık hissi, yaşlı bireyin yaşamında bir amacı olmadığını düşünmesine, hayatında boşluk ve kimsesizlik yaşamasına yol açabilmektedir. Diğer yaş gruplarına göre yaşlı bireylerde daha ön planda olan yalnızlık duygusu (4), sosyal ilişkilerin istenilenden daha az veya sınırlı olması, yetersizlikten kaynaklanan ve yaşlı bireyleri çoğunlukla mutlu etmeyen bir durumdur (5).

Yaşlılık ve yalnızlık genellikle sosyal izolasyon ile ilişkilendirilmektedir. Bununla beraber, depresyon ve yalnızlığın yaşlı bireylerde sosyal katılımı ilgili etkilenimlere neden olduğu da ifade edilmektedir. Yaşlı bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığında kayıplar, sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir (6). Araştırmalar, zayıf ilişki ve düşük sosyal etkileşim düzeylerine sahip yaşlı bireylerin

hastalık ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir; sosyal ilişkiler psikolojik refah için büyük öneme sahiptir (6-8). Günümüzde yapılan araştırmalar, yaşlı bireylerde yalnızlığın giderek arttığını göstermektedir. Bu durum, hem yaşlı bireylerin hızlı toplumsal değişimlere uyum sağlamasını zorlaştırmakta hem de bu bireylerde sosyal izolasyon ve yalnızlık hislerinin daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır (9-11). Yaşlılıkla beraber gelen yalnızlığın sosyal katılımı kısıtladığı ve ilerleyen yaşla beraber depresyon görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (12). Literatüre bakıldığında, yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri, sosyal katılımları ve depresyon düzeyleri ile ilgili çeşitli çalışmaların yapıldığı görülmüştür. Ancak yaşlı bireylerin bu problemler ile nasıl başa çıktıkları üzerine yeterli çalışma olmadığı gözlemlenmiştir (13-15).

Baş çıkma, bireylerin karşı karşıya kaldıkları stres yaratan durumları ve bu durumların bireylerde hissettirdiği duyguları yönetebilme mücadelesi olarak tanımlanabilir. Baş çıkmadaki amaç, bireylerin yaşam boyu maruz kaldıkları stres ve sıkıntılara direnip mücadele ederek, olumsuz duyguları yönetebilmesi ve sorunların üstesinden gelebilmesidir (16). Aysan ve arkadaşlarının bir huzurevinde yaşlı bireylerin kullandıkları baş çıkma stratejilerini inceledikleri çalışmalarında, yaşlı bireylerin yalnız yaşama durumları artıkça daha az problem çözmeye yönelik baş çıkma stratejilerini kullandıkları, aynı zamanda bu durumun depresyon düzeyleri ile negatif yönde ilişkili olduğunu ve sosyal desteğe sahip olan yaşlıların baş çıkma stratejilerini daha etkin kullandıkları saptanmıştır (17). Bireylerin kullandıkları baş çıkma şekillerine göre yaşam şekilleri değişmektedir. Olumlu baş çıkma stratejilerini kullanan bireylerde stres durumlarında azalma, memnuniyet düzeylerinde artış gözlenmiştir (18). Depresyon düzeyinin artışı ile olumsuz baş çıkma stratejilerini kullanma arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmaktadır (19). Aylaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri ve yalnızlık düzeyleri arasında pozitif bir ilişkiye rastlanmıştır (20).

Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin bir takım ortak problemlerinin olduğu belirtilmektedir (17). Bu problemler fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik birtakım değişikliklerin ortaya çıkması, sosyal çevre ve rollerin değişmesi, yalnızlık, sağlık problemleri ve yakınların kaybı olabilmektedir (21). Bu problemler bireylerin

yaşlanma sonucu yaşadıkları değişimlerin bir sonucudur. Bireylerin hayatında yaşadıkları her değişim çeşitli uyum sorunlarını ve stresi de beraberinde doğurmaktadır. Yaşlı bireylerin bu stresle ve uyum sorunları ile baş edebilmesi toplumsal katılımları için oldukça önemlidir (22). Yaşlı bireylerde yalnızlık düzeyleri, depresyon, sosyal katılım ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin, yaşlı bireylerin gereksinimlerine yönelik müdahale yöntemlerinin planlanmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı, yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri, sosyal katılımları, depresyonları ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Hipotezimiz;

Ho hipotezi: Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri, sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasında ilişki yoktur.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlılık

#### 2.1.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık, bir bireyin yaşamında ileri yaşlarda ortaya çıkan fiziksel, zihinsel ve sosyal değişikliklerle karakterize edilen bir süreçtir. Bu alanlardaki değişikliklerle beraber birçok sorun ve problemin yaşandığı, davranışsal sosyoekonomik ve çevresel faktörler penceresinden incelenmesi gereken, çeşitli kronik hastalıkların ortaya çıktığı, bireylerde kayıpların görüldüğü ve yaşamın olumsuz yönde etkilendiği doğal bir süreçtir. Yaşlılık bir insanın gelişiminde kaçınılması mümkün olmayan hayatın son dönemidir (23). Bu süreç, yaşlı bireyin içinde bulunduğu topluma ve kişisel özelliklerine göre olumlu veya olumsuz açıdan değişiklik gösterebilir (24).

Yaşlılık için birçok tanımlama yapılabilir. Yaşlılık, fizyolojik, morfolojik ve patolojik değişimlerin negatif yönden arttığı, birtakım hastalıkların eşlik ettiği, fiziksel ve bilişsel yeteneklerin azaldığı bir yetmezlik olayı olarak tanımlanabilir (25). Yaşlılık, bireylerin sağlığının, üretkenliğinin, gelir düzeyinin, saygınlığının, eş ve yakın ilişkilerin, sosyal hayatının ve statüsünün, kaybı gibi döneme özgü birçok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemi olarak da değerlendirilebilir (26).

Kuramsal açıdan bakıldığında ise yaşlılık; biyolojik, kronolojik, sosyolojik ve kronolojik yaşlanma olmak üzere dört boyutta tanımlanabilir;

Biyolojik yaşlanma, bir organizmanın yaşlanma sürecidir ve genellikle hücresel ve moleküler düzeyde gerçekleşen değişikliklerle karakterizedir. Bu süreç, genetik faktörler, çevresel etmenler ve yaşam tarzı gibi birçok faktörün etkileşimiyle belirlenir. Biyolojik yaşlanma, bireyin hücrelerinin ve dokularının zamanla işlevlerinde ve yapısında meydana gelen doğal değişiklikleri ifade eder. Hücrelerin kendini yenileyememesi sebebiyle biyolojik yaşlanma ortaya çıkar. Biyolojik yaşlanma karmaşık bir süreçtir ve birçok faktörün etkileşimini içerir. Ancak, yaşlanma sürecini tamamen durdurmak veya tersine çevirmek mümkün olmasa da sağlıklı yaşam

tarzı seçimleri, uygun beslenme, düzenli egzersiz ve stres yönetimi gibi önlemlerle yaşlanma belirtilerinin hafifletilmesi veya geciktirilmesi mümkündür (27).

Kronolojik yaşlanma, bir kişinin doğumundan itibaren geçen, bir yıllık zaman dilimi ile ölçülen, takvimdeki yaş olarak ifade edilen yaşlanma sürecidir. Bir kişinin yaşının kaç olduğunu belirtir yalnızca doğum tarihi ile ifade edilir. Kronolojik yaşlanma biyolojik yaşlanmada olduğu gibi yaşlı bireylerin sağlık durumları, vücut fonksiyonları ve genetik faktörler gibi birçok faktöre bağlı değildir. Bazı kişiler kronolojik yaşlarına göre daha genç hissedebilirler ve daha aktif bir yaşam sürdürebilirken, bazıları için kronolojik yaşlarına göre daha fazla sağlık sorunu yaşanabilir. Bu nedenle, bir kişinin yaşlanma sürecini değerlendirirken, sadece kronolojik yaşına değil, aynı zamanda biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlere de dikkat edilmelidir (23).

Sosyolojik yaşlanma; bireylerin zaman içinde kazanılan alışkanlıklarının, sosyal konumlarının ve rollerinin yaşlılıkla birlikte değişmesini ifade etmektedir (28). İlerleyen yaşlarda emeklilikle birlikte sosyal statüde değişiklik olur. Karı-koca rolü eş kaybına bağlı olarak kaybolabilir, çocuklarının evlenmesi ile torun sahibi olunur roller yine değişir, zaman içinde arkadaşlık ilişkileri farklılaşır, ev içinde aile reisi rolü değişebilir, tüm bunlar sosyal yaşlanmanın belirtilerindendir. Yaşlı bireylerin, önceden sahip olduğu yaşam şekline göre bu alışkanlık ve rollerdeki değişimler yaşlı bireylerin hayatına olumlu ya da olumsuz olarak etki edebilmektedir (29).

Psikolojik yaşlanma, ise kişilerin; hafıza, öğrenme, zekâ gibi bilişsel fonksiyonlarında, duygularında ve davranış biçimlerinde, kişiliklerinde ve algılama seviyelerinde değişimler olmasıdır (30). Bireylerin yaşam boyunca deneyimlediği zihinsel ve duygusal değişiklikleri ifade eder. Bu kavram, bireylerin yaşlanma dönemindeki psikolojik uyumunu ve gelişimini de tanımlar. Psikolojik yaşlanma, bireylerin yaşları artıkça deneyimledikleri psikolojik süreçleri ve bu süreçlerin, kişisel tatmin ve yaşam kalitesine, stresle başa çıkma yollarına ve genel ruh hallerine olan etkilerini içerir. Yaşlı bireylerin zihinsel fonksiyonlardaki gerilemeler, yetersizlik duygusuna, başkalarına yük olma korkusuna, kaygıya, istenmediğini düşünmeye ve

işe yaramadığı düşüncesi gibi değişimlere yol açabilmektedir. Bu değişimler bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir (31).

Teknolojinin ilerlemesi ile sağlık alanında ortaya çıkan yeni gelişmeler ve tedavi yöntemleri, ekonominin gelişmesi ile sağlık hizmetlerine kolay ulaşım, bireylerin yaşam sürelerini uzatarak yaşlı popülasyonu artırmaktadır. Türkiye de yaşlı nüfusun artış gösterdiği ülkelerden birisidir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus, 2017 yılında toplam nüfusun %8,5'ini oluştururken 2022 yılında %22,6 artarak %9,9'a artmıştır. Bu verilere ışığında, yaşlı nüfus oranının 2030 senesinde %12,9, 2040 senesinde %16,3, 2060 senesinde %22,6 ve 2080 senesinde %25,6 olacağı öngörülmüştür (32).

Sağlıklı yaşlanmayı sağlayabilmek insan yaşamının son evresi olan yaşlılık için oldukça önemlidir. Yaşlı popülasyonun ivmeyle arttığı düşünülürse, sağlıklı yaşlanma için yaşlılık ile ilişkili hastalıkların ve fonksiyonel bozuklukların önlenmesi ve tedavi edilmesi üzerinde daha fazla durulmalıdır. Zira yaşam süresindeki artış ile yaşlı bireylerin daha uzun süre hastalıklarla mücadele ettiği ve engelli durumda yaşadığı da belirtilmiştir (33).

### **2.1.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1970'li yıllarda 60 yaş olarak kabul ettiği yaşlılık sınırını, ülkemizde olduğu gibi tüm ülkelerde de yaşam süresinin uzaması ve yaşlı popülasyonun artmasıyla birlikte yaşlılığın sınıflandırmasını;

0-17 yaşları arasını ergen,

18-65 yaşları arasını genç,

66-79 yaşları arasını orta yaş

80-99 yaşları arasını ise yaşlı olarak belirlemiştir (34).

Toplumlar 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranına göre 4 gruba ayrılarak sınıflandırılırlar. 65 ve üzeri nüfusun toplam nüfus oranının;

%4' den az olduğu toplumlar genç toplumlar

%4-7 arasında olan toplumlar erişkin toplumlar

%7-10 arasında olduğu toplumlar yaşlı toplumlar

%10'un üzerinde olan toplumlar çok yaşlı toplumlar olarak sınıflandırılabilir (35).

Tüm dünya genelinde sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmek arzu edilen bir durumdur. Sağlıklı yaşlanma, DSÖ tarafından "yaşlılıkta refahı sağlayan işlevsel yeteneği geliştirme ve sürdürme süreci" olarak tanımlamaktadır.

### **2.1.3. Yaşlılık ile Meydana Gelen Fiziksel Değişiklikler**

İlerleyen yaşla beraber hücre, doku ve organların da yaşlanması beklenen bir sonuçtur. Yaşlılıkla birlikte vücudun birçok sisteminde fiziksel değişiklikler meydana gelebilir. Kas iskelet sisteminde, kemik, kartilaj ve kas dokusunda değişiklikler oluşmaktadır. Yaşlı bireylerde zamanla kas kütlelerinde azalma meydana gelebilir. Bunun sonucunda kuvvet kaybı, denge sorunları ve zayıflık ortaya çıkabilir. Kemiklerde kırılabilirliğin artması sonucu osteoporoz gibi kemik sağlık problemleri olabilir. Romatizmal problemler sonucunda bacaklarda ve ayaklarda ağrıya yönelik yakınmalarda artış olabilir (36).

Yaşla birlikte, deride değişimler ve bozulmalar olmaktadır. Yaşlı bireylerin ciltlerinde incelme ve kırışıklık olabilir ciltleri daha kuru ve hassas olabilir. Yaşlılıkta görme ve işitme kayıpları da sıkça görülen problemlerdir. Denge ve koordinasyon yetenekleri bozulur ve düşme riskinde artış olur. Kan basıncında ve kalp yetmezliği riskinde artış, kalp damarlarında sertleşme gibi kardiyovasküler değişiklikler meydana

gelebilir. Akciğer fonksiyonları azalır, solunum yetmezliği riskinde artış olur. Üreme yetileri kaybolmuştur, cinsel fonksiyonlarda gerileme yaşanır (37).

Yaşlı bireylerin beyinde hücre sayılarında azalma olması ile kısa zamanlı hafıza kayıpları meydana gelir. Yaşlı bireylerde strese uyum yeteneğinin giderek azalması, kronik hastalıkların ortaya çıkması ve organ hasarlarının artması ile ölüm oranında artış olur. Yaş ilerledikçe enfeksiyonlara yatkınlık artar ve bağışıklık sistemi de bozulur (38).

#### **2.1.4. Yaşlılık ile Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler**

Yaşlılıkta meydana ruhsal ve bilişsel değişiklikler, yaşlanma döneminin psikolojik tarafı ile ilişkilidir. Öğrenme, zekâ, dikkat ve hafıza yaşlanma ile en çok değişen bilişsel yeteneklerdir. Ruhsal davranışların değişimi ise daha çok başa çıkma şekilleri ve duydu durum tutumları ile ilgilidir. Emeklilik sonucu üretkenlikten uzaklaşma, yaşlanma ile ortaya çıkan eş ve yakınların kaybı, yaşam standartlarının değişmesi ve kronik rahatsızlıkların artması yaşlıların psikolojik sağlıklarını negatif yönde etkilemektedir (31).

Bu dönemde görülen ruhsal problemler çeşitli sebeplerden kaynaklanabilmektedir. Yaşlı bireylerin gençlik dönemlerindeki tecrübelerinden ortaya çıkabildiği gibi, toplumdan uzaklaşma, muhtaç olma, düşkünlük, ölüm korkusu ve yaşamın sonlanacağı düşünceleri gibi başka problemlerden kaynaklı da ortaya çıkabilir. Bu gibi psikolojik değişiklikler sonucunda yaşlı bireyler toplumsal hayata uyum sorunu yaşayabilirler (39).

#### **2.1.5. Yaşlılık ile Meydana Gelen Bilişsel Değişiklikler**

Yaşlılar yaşlanma sürecinde birçok ruhsal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlılarda fiziksel zayıflama ile somatizasyon ve ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan nörolojik sorunlar sıklıkla görülmektedir. Depresyon ve buna bağlı geliştiği düşünülen unutkanlık olarak tanımlanan psödo demans da görülmektedir. Yaşlı bireyin yeni konumu nedeniyle bir takım kişilik değişiklikleri de gözlenmektedir. Bu dönem

zarfında, kendini yalnız hisseden yaşlılarda kendine zarar verme davranışları da görülebilir. Örneğin yaşlı birey yeme içme gibi öncelikli gereksinimlerini ve kendine bakım ihtiyaçlarını gidermek istemeyebilir (40).

Bu dönemde sanrılar ve halüsinasyonlarla birlikte gerçeği değerlendirmede sorunlar görülebilir. Yaşlılarda bilişsel yeteneklerin azalmasıyla şüphecilik artar. Şüpheciliği artan yaşlılar, bilişsel becerilerinin azalmasına bağlı olarak çevreyi düşmanca ve emniyetsiz olarak algıladıkları için kendilerini sosyal çevrelerden soyutlayabilirler (41).

Yaşlı bireylerde sık görülen sorunlardan biri de uyku bozukluklarıdır. İnsanlar yaşlandıkça hayatlarında eş kaybı, yalnız yaşama, huzurevinde kalma, emeklilik, fiziksel hastalıklarda artış gibi birçok değişiklik olmaktadır. Yaşlanma sürecinde yaşlı bireyler yavaşlamış bir yaşam sürerler. Yaşlı bireyler, bu değişikliklerin tümü nedeniyle uyku ve yaşam kalitesinde bozulmalar yaşarlar. Uyku düzeninin bozulması ile kişinin dikkat ve anlama-kavrama yetenekleri olumsuz etkilenir. Hatırlama problemleri, günlük hayattaki görevlerinde bozulma ve yorgunluk gibi ortaya çıkan faktörler, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (42).

Yaşlılıkta sık görülen uyku bozukluklarının depresyon ile yakından ilişkili olduğu kabul edilmiştir. Tedavi edilmeyen uykusuzluk depresyona yol açabilir ve depresif ruh hali uykusuzluğu öngörebilir. Tedavi edilmediği takdirde uyku bozuklukları önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (36).

### **2.1.6. Yaşlılık ile Meydana Gelen Sosyal Değişiklikler**

Yaşlılık geçmişle daha çok uğraşılan eski zamanlara daha çok özlem duyulan bir dönemdir. Yaşlılığı kabullenmek kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Eğer bir kişi yaşlılık öncesi yıllarında keyifli mutlu bir hayata sahipse, hedeflerine ve isteklerine ulaşabilmişse, hayallerini gerçekleştirebilmişse, yaşlılığa uyum sağlaması daha kolay olur. Yaşlılığın tadını çıkarır ve sosyal zamanını dolu geçirmek için kitap okumak, hobilerle uğraşmak, gezmek ve ailesiyle vakit geçirmek gibi faaliyetlere yönelir. Yaşlı kişilerin ekonomik düzeyleri, yakınlarını kaybetmiş olması, kendilerini fazlalık gibi

görmeleri bu sosyal faaliyetleri olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum yaşlı bireyleri sıkıntılı bir dönem içine sokabilir (43).

Yaşlıların sosyal yaşamda, yakın ilişkilerde, cinsel aktivitede, sosyal hayatta destekleri azaldıkça, aktif rolleri kaybolmakta ve daha pasif hale gelmektedirler. Bu süreçte yaşlılar çocukları ile uzak kalmış, sevdiklerinin kaybını yaşamış, hayatın sunduğu değişikliklere uyum gösterememiş, yaşam tarzını değiştirmiş ya da başkalaştırmış, ölüme yaklaştığını fark etmiş, maddi özgürlüğünü kaybetmiş olabilir. Bu nedenlerle yaşlı bireyler, ihtiyaç duydukları sosyal desteği göremezlerse duygularını dile getirmekte zorlanabilir ve daha içe dönük bir yaşam sürebilirler (36).

## 2.2. Yaşlılık ve Yalnızlık

Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, emeklilikle üretkenlikten uzaklaşma, eş kaybının yarattığı problemler, buna bağlı ortaya çıkan rol kayıpları bireyin kendini kabullenmesini zorlaştırmakta, bununla beraber sosyal ilişkilerden uzaklaşmasına çekingen hissetmesine ve devamında benlik saygısının azalmasına sebep olmaktadır. Bunun sonucunda çevreyle iletişimi bozulan yaşlı birey yalnızlık duygusunu daha çok hissetmeye başlar (44, 45).

Sosyal izolasyon genellikle yalnızlık kelimesi ile eş anlamlı olarak kullanılır. Ancak bu iki kavram farklı anlamlara sahiptir. Sosyal izolasyon, "bireyin sosyal aidiyet duygusunu kaybettiği, başkalarıyla bağlantı kuramadığı, az sayıda sosyal bağlantısının olduğu ve bunların kaliteli bir ilişki sağlamak için yetersiz olduğu bir durum" olarak tanımlanmaktadır (9, 44, 45). Yalnızlık kavramı ise "sosyal ilişkilerdeki yetersizlik ve yoksunluktan kaynaklanan, bireyi tatmin etmeyen psikolojik bir durum" olarak tanımlanmaktadır (45). Peplau ve Perlman'a (1982) göre yalnızlık, diğer bireyler tarafından arzulanan ilişki ile yaşanan ilişki arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkan, istenmeyen öznel psikolojik bir durumdur (46).

Weiss (1973) yalnızlığı, sosyal ve duygusal olarak iki başlık altında incelemiştir. Sosyal yalnızlık, başkalarıyla paylaşım faaliyetlerinde kendisini bir grubun, etkinliğin ya da faaliyetin parçası olarak hissedememesi ve sosyal ilişkilerde

algılanan yetersizlik durumudur. Duygusal yalnızlık ise kişinin kendisini bir başkasına yakın olarak algılamaması, uzak ve kabul edilmemiş hissetmesidir (47).

Yapılan bir çalışmada, sosyal izolasyon ve yalnızlığa neden olan faktörler arasında bozulan fiziksel sağlık, ruhsal hastalık, düşük moral, bakıcı ihtiyacı, coğrafi konum, iletişim ve ulaşım zorlukları olduğu belirlenmiştir (48, 49).

Yaşlılıkta izolasyonun bu kadar yoğun görülmesinin ve yalnızlık duygusu hissetmelerinin nedenlerinden biri de yaşlı bireylerin yalnız yaşamak zorunda kalmaları, çocuklarının uzakta olması ya da beraber yaşadığı yetişkin çocuklarıyla birlikte çok stresli bir hayat sürdürmeleridir. Sosyal ve duygusal bağın yetersiz olması yaşlıların yalnızlığı daha fazla hissetmesine sebep olmaktadır (9, 49, 50).

### **2.3. Yaşlılık ve Sosyal Katılım**

Yaşlanma sosyal alanda kültürler arasında farklılıklar göstermektedir. Yaşlılıkta sorumluklar, sosyal roller ve ilişkilerde birçok önemli değişiklik meydana gelir. Bireyler yaşlanma ile, kendine has rolleri ve sorumlulukları olan yeni bir sosyal statüye geçer(51). Yaşlılık, sosyal olarak geri çekilme ve hayatın birçok alanında rol ve statü kaybı anlamına gelebilir. Emeklilikle birlikte birey, eskiden belirleyici rol oynadığı ve karar verdiği bir yaşam döneminden ikincil rol oynadığı bir döneme geçer. Emeklilikle beraber bireyler kendilerini boşlukta hissedebilirler ve üretkenlikteki bu kayıp bireylerin sosyal ilişkilerinde de kısıtlamalara yol açar (9).

Sosyal ve duygusal yaşam ilerleyen yaşla birlikte değişikliğe uğrar. Sosyal çevreleri daralan yaşlı bireylerin, sahip oldukları roller de değişikliğe uğrayarak hem nicelik hem de nitelik açısından bir gerileme halindedir (52). Cohen ve Wills'in (1985) sosyal desteğin bireylerin iyi olma hali üzerindeki etkisini araştırdıkları "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis" "stres sosyal destek ve tamponlama hipotezi" adlı makalelerinde, sosyal desteği az olan yaşlıların ölüm oranının sosyal desteği fazla olan yaşlı bireylere nazaran daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu sebeple yakınlarıyla birlikte yaşayan yaşlı bireylerin, yalnız yaşayanlara göre daha iyi



duygusal duruma sahip olacaklarını ve karşılaştıkları stresli durumlarla mücadelede daha yetenekli olacaklarını dile getirmek mümkündür (53).

#### 2.4. Yaşlılık ve Depresyon

Depresyon yaşlılıkta en sık görülen duygu durum bozukluğudur. Yaşlılar geçmişe özlem, yeti kaybı, yakınların ölümü, kronik hastalıklar, yaşamın sonuna gelme korkusu ve kaygısı, yaşam kalitesinin düşmesi, yeti kaybı nedeniyle başkalarına bağımlı olma, ekonomik sorunlar, beslenme sorunlarının artması ve tamamen kişisel olabilecek daha birçok nedene bağlı olarak depresyon belirtileri gösterebilirler (54).

Depresyon, bireylerin daha önceden keyif aldıkları rutin aktivitelere karşı isteksizlik, üzgün, çökkün hissetme, karamsarlık, geleceğe dair umutsuzluk, fiziksel ve zihinsel enerji eksikliği, yorgunluk ve konsantrasyon problemleri, bilişsel yavaşlama, işlevsellikte azalma ve hayattan zevk almama gibi belirtilerle kendini gösteren bir duygu durum bozukluğudur (55). Depresyon yaşlı bireyler üzerinde zihinsel ve duygusal baskı yaratabilir, bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebilir ve intihar riskini artırabilmektedir(54). Conwell ve arkadaşları (1997) tarafından dünya çapında yapılan bir çalışmada, yaşlılıkta ortaya çıkan intihar davranışlarının % 71'inin psikiyatrik sorunlardan kaynaklandığı ve bu psikiyatrik bozuklukların başında depresyonun geldiği tespit edilmiştir (56).

Bunun yanında yaşlılık döneminde yaşanan depresyon, yeti kayıplarına, fiziksel hastalıklara, çeşitli faktörler nedeniyle ölümlere ve sağlık bakım hizmetlerinin yükünün yaşlılıkta önemli bir ruhsal sorun olarak karşımıza çıkmakta ve yaşlılıkta depresyona yol açan faktörlerin incelenmesi önem arz etmektedir (57).

Bu noktadan hareketle depresyon yaşlılık döneminin önemli bir ruhsal sorun olarak karşımıza çıkmakta ve yaşlılık döneminde depresyona yol açan faktörlerin incelenmesi önem arz etmektedir (58).

## 2.5. Yaşlılık ve Başa Çıkma Stratejileri

"Başa çıkma stratejileri" terimi ilk olarak Lazarus ve Folkman (1984) tarafından tanımlanmıştır. Kişiler stresli durumlar karşısında bazı başa çıkma davranışlarını kullanarak, bu olumsuz durumların etkilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak isterler. Başa çıkma, kişilerin stresle karşı karşıya kaldıkları durumlara dayanabilmek için başvurdukları, duygusal, bilişsel ve davranışsal yanıtları olarak tanımlanabilir. "Başa çıkma", bireylerin stres karşısında ortaya çıkan durumlara dayanabilmek için başvurdukları bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanabilir (59).

Yaşlılıkla başa çıkma tutumları, yaşlılığı olumlu veya olumsuz bir şekilde algılayarak ve yaşamla nasıl baş edeceklerini belirleyerek yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilir (60).

Yaşlılıkla başa çıkan kişiler, yaşlanma sürecini kabul eder ve yeni fiziksel ve duygusal zorluklara uyum sağlamak için çaba gösterirler. Değişiklikleri reddetmek yerine, yeni yaşam koşullarına uyum sağlamaya çalışırlar. Yaşlılıkta aktif kalmak ve yaşamdan zevk almak için çaba gösteren kişiler, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak meşgul olurlar (17). Yaşlılıkla başa çıkan kişiler, duygusal olarak dengeli kalmaya çalışırlar. Stresle başa çıkmak için pozitif düşünme, meditasyon gibi teknikleri kullanırlar ve duygusal destek sağlayan ilişkileri sürdürürler. Yaşlılıkta yardım almak gerektiğinde, yardımı reddetmek yerine kabul etme ve destek arama eğilimindedirler. Bu, yaşlılığın getirdiği günlük zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Yaşamın değerini ve anlamını keşfetmeye çalışırlar. Geçmişteki deneyimlerden öğrenirler ve yaşamın her anını takdir ederler (61, 62). Sağlık ve kişisel bakım konularına önem verirler. Düzenli tıbbi kontrolleri yaparlar, sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürürler ve kişisel bakımlarına özen gösterirler. Bu tutumlar, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırabilir ve yaşlılık sürecini daha olumlu hale getirebilir. Her bireyin yaşlılıkla başa çıkma tutumu farklılık gösterebilir ve kişinin yaşam deneyimlerine, kişiliğine ve sosyal desteğine bağlı olarak şekillenebilir (63, 64).

Başa çıkma, bir kişinin iyi geçinme veya iyi yaşama mücadelesinin adaptif sonuçlarını etki eden önemli bir değişkendir. İnsanlar kendilerine karşı olan şeyler karşısında nadiren pasif kalırlar. Bu nedenle, mümkünse kendilerine karşı olanı değiştirebilirler, değiştiremediklerinde ise durumun anlamını değiştirmek için bilişsel başa çıkma biçimlerini kullanırlar (65, 66).

Başa çıkma stratejileri, problem merkezli ve duygu merkezli olarak iki bölüme ayrılır. Bireyi tehdit eden davranışlara karşı harekete geçme ve bu tehdidin oluşturduğu olumsuzluğu azaltmaya yönelik teşebbüslerde bulunma problem merkezli başa çıkma olarak tanımlanırken; duygu merkezli başa çıkma, kişilerin tehdit olarak algıladığı durumlarla mücadele etmek yerine negatif etkilerini azaltmak için kaçınmak, paylaşmak, ortaya çıkan duyguyla başa çıkmak gibi bazı faaliyetler göstermesi olarak tanımlanabilir (63, 64, 67). Folkman ve Lazarus, kişilerin çok stresli durumlarla başa çıkmak için her ikisini de kullandığını ve bir strateji türünün diğerine üstünlüğünün kısmen kişisel özelliklere ve stresli olayın çeşidine göre değişiklik göstermesi ile açıklanabilir (63).

Yaşlı bireylere en çok stres yaratan durumlar; sağlık problemleri, fiziksel zayıflıklar, saygınlık ve yararlılığın azalması, aile üyelerinin kaybedilmesi ve yaklaşan ölümün farkındalığı ve sosyal ve ekonomik statüde meydana gelen değişikliklerdir. Yaşlıların çevresel koşullarındaki çok fazla olumsuz değişikliklerle ilişkili olan yaşlılık, bir başka deyişle 'yaş kaybı' olarak da ifade edilebilir (68).

İlerleyen yaşlarda bireyler daha pasif başa çıkma davranışları kullanmaya yönelirler. Bir başka deyişle, daha sorun odaklı bir tutumdan daha duygusal odaklı bir tutuma geçerler. Genç yetişkinler problem odaklı metotları vurgulayan daha aktif bir başa çıkma örüntüsü gösterirken, yaşlı bireyler duygu odaklı metotları vurgulayan başa çıkma örüntüleri gösterirler. Yaşlanma süreci, yaşlı bireylere birçok olumsuz ve stresli durumlarla karşı karşıya kalma durumunu da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerin kendilerini tesirsiz olarak algılamaları, onları stres ve depresyona karşı daha açık bir duruma getirmektedir. Bu nedenle, bireylerin kullandığı farklı başa çıkma yollarının kullanımının analizini ortaya çıkarmak önemlidir (69).

### 3. BİREYLER VE YÖNTEM

#### 3.1. Bireyler

Çalışmanın örneklem büyüklüğü G\*power 3.1.9 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmada etki büyüklüğü 0,25, tip 1 hata düzeyi  $\alpha=0.05$  ve çalışmanın hedeflenen gücü  $1-\beta=0.90$  iken, istatistiksel analizlerde anlamlı fark bulabilmek için gerekli olan örneklem büyüklüğü  $n=180$  olarak belirlenmiştir.

Çalışmamız için kartopu örneklem yöntemiyle, Ankara ilinde yaşayan toplam 193 kişi ile yüz yüze görüşülmüştür. Bunlardan 6 kişi dahil edilme kriterlerine uymadığı için çalışmaya alınamamış, 3 kişi de çalışmayı tamamlayamadığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmamız 101 kadın, 83 erkek olmak üzere toplamda 184 kişi ile tamamlanmıştır.

Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

1. 65 yaş ve üstü olmak
2. Evde yaşıyor olmak
3. Mini Mental Durum Testine göre 24 puan ve üzerinde almış olmak

Katılımcıların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

1. Çalışmaya katılmaya engel olacak herhangi bir ruh sağlığı probleminin olması

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünde yürütüldü ve çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından etik açıdan uygun bulunmuştur. Her katılımcıya etik kurul tarafından onaylanan çalışmamın yönteminin ve amacının açıklandığı onam formu imzalatılmıştır.

## 3.2. Yöntem

### 3.2.1. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bilgileri sosyodemografik bilgi formu ile değerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerin kognitif durumları Mini Mental Durum Testi (MMDT) ile, yalnızlık düzeyleri Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) ile, sosyal katılımları Toplumsal Katılım Anketi- Revize (TKA-R) ile, depresyon durumları Geriatrik Depresyon Ölçeği kısa formu (GDÖ-KF) ile, başa çıkma stratejileri ise Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF) ile değerlendirilmiştir.

### 3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin önce yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sahip olduğu çocuk sayıları, gelir durumları, kiminle yaşadığı ve varsa kronik hastalıkları gibi demografik ve sosyoekonomik bilgileri kaydedilmiştir.

### 3.2.3. Mini Mental Durum Testi

Çalışmada yaşlı bireylerin dahil edilme durumlarına karar verebilmek için Mini Mental Durum Testi (MMDT) kullanıldı. Mini Mental Durum Testi (MMDT), kognitif durumu değerlendirmek için sıklıkla kullanılan ölçeklerden biridir. Bu test bilişsel bozukluğun seviyesini belirlemek için kullanılan bir ölçek olup, Folstein ve arkadaşları, 1975 yılında yayınlamışlardır. Yaşlı bireylerde demans değerlendirmesi için sık kullanılan testlerden biridir (70). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ise Güngen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır (71). Ölçek 11 sorudan oluşur toplam puanı 30'dur. Çalışmamıza 24 puan üstü alan yaşlı bireyler dahil edilmiştir. Genellikle 23 ve altı skorlar bilişsel bozukluğu gösterir. 24-30 puan arası normal, 23-18 puan alanlar hafif demans, 17-10 puan alanlar demans, 9 puan ve altı alanlar ciddi demans olarak kabul edilmiştir. Hafif düzey bozukluklarda iş ve sosyal çevreyle ilgili sorunlar olmakla birlikte yardım almadan hayatını sürdürebilir, orta ve ileri derece bilişsel bozuklukta ise yaşantısını sürdürmek için dışarıdan yardıma ihtiyaç duyulabilmektedir. Ölçek yönelim, dikkat, görsel mekânsal yetenekleri, bellek ve dil becerilerini değerlendirebilmektedir. Kayıt hafızasıyla ilgili 2,

hatırlama ile ilgili 1, oryantasyonla ilgili 10, dikkat hesaplama ile ilgili 1, lisanla ilgili 6 sorudan oluşmaktadır. Tarama amacıyla da kullanılabilen kısa bir testtir (72, 73).

### 3.2.4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyini değerlendirmek için Gierveld ve Kamphuis'ün 1985 yılında geliştirmiş, sonrasında 1999 yılında Tilburg ve Gierveld tarafından yenilenmiş olan Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYO) kullanıldı (74, 75). Ölçeğin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği Akgül ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Toplamda 11 maddesi olan ölçeğin iki alt boyutu vardır. Bunlardan 2, 3, 5, 6, 9 ve 10. maddeler duygusal yalnızlığı ölçen, olumsuz maddeler; 1,4,7,8 ve 11. maddeler ise sosyal yalnızlığı ölçen olumlu maddelerdir (76).

Ölçek yalnızlık düzeylerini hesaplamak için hem duygusal yalnızlık sonuçları hem de sosyal yalnızlık sonuçlarını ayrı ayrı hesaplamaya olanak sağlar. Bu iki alt boyutun toplam puanı genel yalnızlık puanını oluşturur. Ölçekte yer alan her bir maddenin içerdiği durumun kişi tarafından ne ölçüde yaşanıldığı, 3'lü likert tipi dereceleme (0=evet, 1=olabilir, 2=hayır) ile belirlenmektedir. Kişiden durumunu en iyi ifade ettiğini düşündüğü şıkkı işaretlenmesi istenir. Ölçek maddelerinin 6 tanesi düz, 5 tanesi ters yönde kodlanmıştır. Maddelerden 1, 4, 7, 8 ve 11. maddeler olumlu yönde iken; 2, 3, 5, 6, 9 ve 10. maddeler olumsuz yöndeki ifadeler içindir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 22'dir (77).

### 3.2.5. Toplumsal Katılım Anketi-Revize

Toplumsal katılımın değerlendirilmesi için Yaşlı Bireylerde Toplumsal Katılım Anketi (TKA-R) kullanıldı. Willer ve arkadaşları tarafından 1993 yılında oluşturulmuştur (78). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Uysal ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (79). Ölçek 18 maddeden oluşur, birçok maddesi 3 yanıt seçeneği içerir. Ölçekten toplam 35 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puana göre "0 puan" katılımın olmadığını, "35 puan" tam katılım olduğunu gösterir. Ölçekte dört alt grup vardır. Bunlar; ev katılımı, sosyal katılım, üretkenlik ve elektronik-sosyal ağıdır. Bu alt gruplarda puanlamalar farklılık gösterir (80).

Ölçeğin 1ve 6. sorular arasındaki ev katılımı ile ilgili aktiviteler için yalnız yapılıyorsa 2 puan, başka biri yardım ediyorsa 1 puan, başka biri yapıyorsa 0 puan verilir. 4. soru için kişilerin bakımını sağladıkları 17 yaş altı çocuk yoksa 1,3 ve 5. soruların ortalaması alınarak 4. sorunun ortalaması elde edilir. Ölçeğin 7-9 sorularında, geçtiğimiz ay süresinde sosyal katılım ile ilgili yapılan aktiviteler ayda 5 veya daha fazla ise, 2 puan ayda 1-4 kere ise 1 puan ve hiç yapılmamış ise 0 puan verilir. 10. Soru kişinin aktiviteyi tek başına veya aile ve /veya arkadaş ile yapma durumuna göre 0-2 puan arasında değerlendirilir. 11. soru kişinin güven duyduğu bir arkadaşına sahip olup olmama durumuna göre 2 veya 0 puan alır. 12. Soru üretkenlik aktiviteleri ile ilgilidir. Kişilerin evden dışarı çıkma durumlarına göre 0 ve 2arasında puan verilir. 13-15. arasındaki sorular üretkenlikle ilgili sorulardır. 0 ve 5arasında puan verilir. Elektronik sosyal ağları kullanmaya yönelik olan 16-18. sorularda her gün kullanma ve hiç kullanmama durumlarına göre 0 ile 2arasında puanlanır (79).

### **3.2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu**

Yaşlı bireylerin depresif belirtilerinin değerlendirilmesi için Geriatrik Depresyon Ölçeği -Kısa Formu (GDÖ-KF) kullanıldı. Ölçek 1991 yılında Burke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (81), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (82).

Ölçeğin kısa formu 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinden 1, 5, 7, 11 ve 13. maddeler olumlu, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, ve 15. maddeler olumsuz kurgulanmıştır. Katılımcılara son bir hafta içindeki durumuna dikkat ederek cevaplama beklenen ve evet hayır şeklinde yanıtlanan 15 soru sorulmaktadır. Bütün soruların 0 veya 1 puanı vardır. Alınan toplam puana göre; 0-4 arası puan alanların depresif bulgusunun olmadığını, 5-8 arası puan alanların hafif depresif bulgular, 9-11 puan alanların orta düzeyde depresif bulgular ve 12 ve üstü puan alanların şiddetli depresif bulgular gösterdiği düşünülmektedir (83).

### 3.2.7. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu

Baş çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi için Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (BÇSÖ- KF) Kısa Formu kullanıldı. Ölçeğin kısa formu 1997 yılında Carver, tarafından geliştirilmiştir (84). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Bacanlı ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır (85). Ölçek toplam 28 soru ve her biri 2 maddelik 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçekler ayrı ayrı değerlendirilebilmektedir. Sorular 4 seçenek üzerinden cevaplanır. Ölçek maddeleri, 4lü likert tipinde hazırlanmıştır; (1) Asla böyle bir şey yapmam, (2) Çok az böyle yaparım, (3) Orta derecede böyle yaparım, (4) Çoğunlukla böyle yaparım şeklinde yanıtlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği, kişilerin hangi başa çıkma tutumunu daha çok kullandığı hakkında fikir verir. Her bir alt ölçekten alınabilecek puan 2 ile 8 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan, 28 ile 112 puan arasındadır. BÇSÖ alt ölçeklerinin özellikleri şöyledir: Araçsal sosyal destek kullanma (15,26), Mizahi yaklaşım (7,20), Duygulara odaklanma ve ortaya koyma (1,13), Madde kullanımı (12,19), Kabullenme (5,25), Diğer etkinlikleri bırakma (11,17), Dine yönelme (6, 27), Yadsıma (3,23), Davranışsal olarak ilgiyi kesme (4, 10), Zihinsel olarak ilgiyi kesme (2,24), Kendini sınırlandırma (28,8), Olumlu yeniden yorumlama (14,21), Duygusal sosyal destek kullanma (9,18), Planlama (16,22) (86).

### 3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Windows tabanlı SPSS 22 programı kullanılarak yapılmıştır. Analizin ilk aşamasında normallik testi uygulanmıştır. Değerlendirmeler ışığında elde edilen tanımlayıcı verilerin analiz sonuçları; nitel veriler için sayı (n) ve yüzde (%); nicel değişkenler için ortalama (X), standart sapma (SS), minimum, maksimum değerler verilerek gösterilmiştir.

Değerlendirmelerden elde edilen ölçek puanlarının normal dağılımı sağlayıp sağlamadığını incelemek için Shapiro-Wilk Testi yapıldı ( $p < .05$ ). Çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplandı (Ç.K.=,605 ile 1,043 ve B.K.= -1,231 ile ,902 arasında). Çarpıklık ve basıklık katsayılarının; Tabachnick ve Fidell'e göre +1,5 ile -1,5 aralığında, George ve Mallery'e göre ise +2,0 ile -2,0 aralığında olması verilerin



normal dağılımı sağladığını göstermektedir (87, 88). Örneklemimizden elde edilen ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık katsayılarına göre normal dağılımı sağladığı görüldü ve analizlerde parametrik testler kullanıldı.

Çalışmaya alınan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri, sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkilere ait değerlendirmeler Pearson korelasyon katsayısı  $r$  hesaplanarak yapıldı. İlişkilerin kuvveti;  $r > 0,90$  ise çok kuvvetli;  $r = 0,70 - 0,90$  arasında ise kuvvetli;  $r = 0,40 - 0,70$  arasında ise orta düzeyde;  $r = 0,20 - 0,40$  arasında ise düşük düzeyde ve  $r < 0,20$  ise çok düşük düzeyde ilişki olarak tanımlandı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Bulgular

Yaş ortalaması 71,97±6,16 yıl (min.- maks. =64-96 yıl) olan katılımcıların %54,9'unu (n=101) kadın, %45,1'ini (n=83) erkek bireyler oluşturdu. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %10,3'ünün (n=19) örgün eğitim almadıkları ve %4,9'unun (n=9) okuma yazma bilmedikleri, bunun yanı sıra katılımcıların %38,1'inin (n=70) yüksek öğretim kurumlarından mezun oldukları görüldü. Katılımcılara ait diğer sosyodemografik bilgiler Tablo 4.1'de gösterildi.

**Tablo 4.1.** Sosyodemografik bulgular.

Cinsiyet	n	%
Kadın	101	54,9
Erkek	83	45,1
Toplam	184	100
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	133	72,3
Bekar	7	3,8
Eşi Vefat Etmiş	39	21,2
Boşanmış	5	2,7
Toplam	184	100
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuma Yazma Yok	9	4,9
Okur Yazar	10	5,4
İlkokul	53	28,8
Ortaokul	12	6,5
Lise	30	16,3
Üniversite	59	32,1
Lisansüstü	11	6
Toplam	184	100
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Köy	10	5,4
İlçe	11	6
İl	163	88,6
Toplam	184	100
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	64	34,8
Serbest Meslek	10	5,4
Emekli (Sağlık Çalışanı)	12	6,5
Emekli (İşçi)	6	3,3
Emekli (Memur)	23	12,5
Emekli (Öğretmen)	18	9,8
Emekli (Yönetici)	4	2,2
Emekli (Mühendis)	9	4,9
Emekli (Diğer)	14	7,6
Diğer	24	13
Toplam	184	100

%; yüzde, n: sayı.

**Tablo 4.1.** Sosyodemografik Bulgular (Devamı)

	Tüm Örneklem	
	n	$\bar{X} \pm SS$
<b>Yaş</b>	184	71,97±6,16
	n	%
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	18	9,8
Çalışmıyor	166	90,2
Toplam	184	100
<b>Gelir Durumu</b>		
Az	45	24,5
Eşit	94	51,1
Fazla	45	24,5
Toplam	184	100
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Yok	12	6,5
1 çocuk	14	7,6
2 çocuk	65	35,3
3 çocuk	45	24,5
4 ve Üzeri Çocuk	48	26,1
Toplam	184	100
<b>Kiminle Yaşıyor</b>		
Yalnız	30	16,3
Eşiyle	105	57,1
Çocuklarıyla	18	9,8
Eş ve Çocuklarıyla	28	15,2
Akrabalarıyla	3	1,6
Toplam	184	100
<b>Bakım Desteği</b>		
Yok	151	82,1
Var	33	17,9
Toplam	184	100
<b>Kronik Hastalıklar</b>		
Yok	50	27,2
Var	134	72,8
Toplam	184	100
<b>Kronik Hastalıklar</b>		
Hipertansiyon	81	44
Diyabet	50	27,2
Ortopedik Hastalıklar	4	2,2
Onkolojik Hastalıklar	4	2,2
Dahili Hastalıklar	28	15,2
Kardiyovasküler Hastalıklar	31	16,8

‰: yüzde, n: sayı,  $\bar{X}$ : Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma

Yaşlı bireylerde yalnızlık, sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri incelediğimiz çalışmamızda kullanılan ölçek ve alt ölçek toplam puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.2’de gösterildi.

**Tablo 4.2.** MMDT, YİYÖ, GDÖ-KF, TKA-R ve BÇSÖ-KF ölçek ortalama puanları.

		n	Min.	Maks.	$\bar{X} \pm SS$
MMDT	TOPLAM	184	24 - 30		28,04 ± 1,71
YİYÖ	Duygusal	184	0 - 12		4,97 ± 3,6
	Sosyal	184	0 - 10		2,41 ± 2,72
	TOPLAM	184	0 - 20		7,38 ± 5,74
TKA-R	Ev Katılımı	184	0 - 12		6,68 ± 3,05
	Sosyal Katılım	184	0 - 12		7 ± 2,38
	Üretkenlik	184	0 - 5		0,40 ± 0,80
	Elektronik Sosyal Ağ	184	0 - 6		3,28 ± 1,72
	TOPLAM	184	0 - 28		17,36 ± 5,18
GDÖ-KF	TOPLAM	184	0 - 15		4,24 ± 3,63
BÇSÖ-KF	Araçsal Sosyal Destek Kullanma	184	2 - 8		5,64 ± 1,61
	Mizahi Yaklaşım	184	2 - 8		3,88 ± 1,91
	Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	184	2 - 8		5,14 ± 1,75
	Madde Kullanımı	184	2 - 8		2,49 ± 1,12
	Kabullenme	184	2 - 8		5,51 ± 1,49
	Diğer Etkinlikleri Bırakma	184	2 - 8		4,64 ± 1,39
	Dine Yönelme	184	2 - 8		6,75 ± 1,70
	Yadsıma	184	2 - 8		3,62 ± 1,49
	Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	184	2 - 8		3,60 ± 1,50
	Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	184	2 - 8		4,72 ± 1,50
	Kendini Sınırlandırma	184	2 - 8		5,07 ± 1,47
	Olumlu Yeniden Yorumlama	184	2 - 8		5,67 ± 1,53
	Duygusal Sosyal Destek	184	2 - 8		4,54 ± 1,54
	Planlama	184	2 - 8		5,54 ± 1,68
	TOPLAM	184	34 - 100		66,80 ± 10,13

$\bar{X}$ : Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, MMDT; Mini Mental Durum Testi, YİYÖ; Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği, TKA-R; Toplumsal Katılım Ölçeği – Revize, GDÖ-KF; Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form, BÇSÖ-KF; Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği – Kısa Form.

#### 4.2. Ölçek ve Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Analizleri

Çalışmamızda yer alan bireylerden elde edilen yalnızlık, toplumsal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirildiği YİYÖ, TKA-R, GDÖ-KF ve BÇSÖ-KF ölçek toplam puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkileri incelendi.

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerde yalnızlık ve toplumsal katılım arasındaki ilişkiler incelendiğinde YİYÖ toplam puanının TKA-R ölçeğinin sosyal katılım ( $r=-,503$ ;  $p=,000$ ), üretkenlik ( $r=-,166$ ;  $p=,025$ ), elektronik sosyal ağ katılımı ( $r=-,152$ ;  $p=,040$ ) ve ölçek toplam puanı ile negatif yönlü düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişkisi olduğu görüldü ( $r=-,375$ ;  $p=,000$ ) (Tablo 4.3). Yalnızlık ölçeğinin duygusal boyutunun

sosyal katılım ( $r=-,444$ ;  $p=,000$ ), üretkenlik ( $r=-,203$ ;  $p=,006$ ) ve ölçek toplam puanı ( $r=-,337$ ;  $p=,000$ ) ile negatif yönlü düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişkisi olduğu, sosyal boyutunun ise sosyal katılım ( $r=-,474$ ;  $p=,000$ ), elektronik sosyal ağ katılımı ( $r=-,148$ ;  $p=,045$ ) ve ölçek toplam puanı ( $r=-,346$ ;  $p=,000$ ) ile negatif yönlü düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişkisi olduğu görüldü (Tablo 4.3).

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerde yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise YİYÖ toplam puanı ( $r=,536$ ;  $p=,000$ ), duygusal ( $r=,482$ ;  $p=,000$ ) ve sosyal ( $r=,492$ ;  $p=,000$ ) alt ölçek puanları ile GDÖ-KF toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Ayrıca BÇSÖ-KF toplam puanı ile YİYÖ'nün yalnızca sosyal alt ölçeği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ancak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $r=-,181$ ;  $p=,014$ ) (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** YİYÖ değerlendirmesi ile TKA-R, GDÖ-KF ve BÇSÖ-KF değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

		TKA-R Ev Katılımı	TKA-R Sosyal Katılım	TKA-R Üretkenlik	TKA-R Elektronik Sosyal Ağ	TKA-R Toplam	GDÖ-KF Toplam	BÇSÖ-KF Toplam
YİYÖ DUYGUSAL	r	-,098	<b>-,444***</b>	<b>-,203**</b>	-,130	<b>-,337***</b>	<b>,482***</b>	-,062
	p	,187	,000	,006	,078	,000	,000	,401
	n	184	184	184	184	184	184	184
YİYÖ SOSYAL	r	-,113	<b>-,474***</b>	-,080	<b>-,148*</b>	<b>-,346***</b>	<b>,492***</b>	<b>-,181*</b>
	p	,126	,000	,278	,045	,000	,000	,014
	n	184	184	184	184	184	184	184
YİYÖ TOPLAM	r	-,115	<b>-,503***</b>	<b>-,166*</b>	<b>-,152*</b>	<b>-,375***</b>	<b>,536***</b>	-,125
	p	,120	,000	,025	,040	,000	,000	,091
	n	184	184	184	184	184	184	184

\* $p<,05$ , \*\* $p<,01$ , \*\*\* $p<,001$ , r; Pearson Korelasyon Katsayısı, YİYÖ; Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği, TKA-R; Toplumsal Katılım Ölçeği – Revize, GDÖ-KF; Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form.

Katılımcıların yalnızlık ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde; yalnızlık ölçeğinin duygusal alt boyutunun başa çıkma stratejilerinden dine yönelme ile pozitif yönlü ( $r=,179$ ;  $p=,015$ ); kendini sınırlandırma ( $r=-,164$ ;  $p=,026$ ) ve olumlu yeniden yorumlama ( $r=-,157$ ;  $p=,034$ ) alt ölçekleri ile negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişkisi olduğu belirlendi. Yalnızlık ölçeğinin sosyal alt boyutunun ise mizahi yaklaşım ( $r=-,187$ ;  $p=,011$ ); zihinsel olarak ilgiyi kesme ( $r=-$

,151; p=,040); kendini sınırlandırma (r=-,148; p=,045); olumlu yeniden yorumlama (r=-,196; p=,008) ve planlama (r=-,152; p=,039) alt ölçekleri ile negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edildi (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** YİYÖ değerlendirmesi ile BÇSÖ-KF alt ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

BÇSÖ-KF		YİYÖ DUYGUSAL	YİYÖ SOSYAL	YİYÖ TOPLAM
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	r	-,082	-,118	-,108
	p	,266	,110	,145
Mizahi Yaklaşım	r	-,092	-,187*	-,146*
	p	,215	<b>,011</b>	,047
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	r	,117	,077	,110
	p	,114	,297	,137
Madde Kullanımı	r	,015	,006	,012
	p	,842	,936	,870
Kabullenme	r	,007	-,005	,002
	p	,923	,943	,979
Diğer Etkinlikleri Bırakma	r	-,036	-,116	-,078
	p	,626	,115	,293
Dine Yönelme	r	,179*	,022	,123
	p	<b>,015</b>	,765	,096
Yadsıma	r	,001	-,092	-,043
	p	,992	,212	,559
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	r	,070	,029	,058
	p	,342	,695	,434
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	r	-,054	-,151*	-,106
	p	,465	<b>,040</b>	,153
Kendini Sınırlandırma	r	-,164*	-,148*	-,173*
	p	<b>,026</b>	<b>,045</b>	,019
Olumlu Yeniden Yorumlama	r	-,157*	-,196**	-,191**
	p	<b>,034</b>	<b>,008</b>	,009
Duygusal Sosyal Destek	r	-,082	-,133	-,115
	p	,266	,071	,120
Planlama	r	-,135	-,152*	-,157*
	p	,069	<b>,039</b>	,034

\*p<,05, \*\*p<,01, \*\*\*p<,001, r; Pearson Korelasyon Katsayısı, YİYÖ; Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği, BÇSÖ-KF; Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği – Kısa Form.

Çalışmamızda yer alan yaşlı bireylerin toplumsal katılım düzeyleri ile başa çıkma stratejileri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; toplumsal katılım toplam puanı ile, başa çıkma stratejileri alt ölçeklerinden araçsal sosyal destek kullanma stratejisinin (r=,159; p=,032), olumlu yeniden yorumlama stratejisinin (r=,249;

$p=,001$ ), planlama stratejisinin ( $r=,233$ ;  $p=,001$ ) pozitif yönlü orta düzeyde ilişkili olduğu; dine yönelme stratejisinin ( $r=-,177$ ;  $p=,016$ ), ve davranışsal olarak ilgiyi kesme stratejisinin ( $r=-,198$ ;  $p=,016$ ) negatif yönlü düşük düzeyde ilişkili olduğu görüldü.

Toplumsal katılım alt ölçeklerinden ev katılımının, başa çıkma stratejileri alt ölçeklerinden araçsal sosyal destek kullanma ( $r=,174$ ;  $p=,018$ ) ile pozitif yönlü düşük düzeyde ilişkisi olduğu görüldü. Toplumsal katılım alt ölçeklerinden sosyal katılımının, başa çıkma stratejisi alt ölçeklerinden mizahi yaklaşım stratejisi ( $r=,177$ ;  $p=,017$ ); zihinsel olarak ilgiyi kesme stratejisi ( $r=,239$ ;  $p=,001$ ); olumlu yeniden yorumlama stratejisi ( $r=,258$ ;  $p=,000$ ); duygusal sosyal destek stratejisi ( $r=,149$ ;  $p=,044$ ) ve planlama stratejisi ( $r=,296$ ;  $p=,000$ ) ile pozitif yönlü düşük ve orta düzeyde ilişkili olduğu belirlendi. Toplumsal katılım alt ölçeklerinden üretkenliğin, başa çıkma stratejisi alt ölçeklerinden dine yönelme stratejisi ( $r=-,329$ ;  $p=,002$ ) ve davranışsal olarak ilgiyi kesme stratejisi ( $r=-,171$ ;  $p=,021$ ) ile negatif yönlü düşük ve orta düzeyde ilişkili olduğu; planlama stratejisi ( $r=,167$ ;  $p=,024$ ) ile pozitif yönlü düşük düzeyde ilişkili olduğu görüldü. Toplumsal katılım alt ölçeklerinden elektronik sosyal ağın, başa çıkma stratejisi alt ölçeklerinden madde kullanımı stratejisi ( $r=,158$ ;  $p=,032$ ) ile pozitif yönlü düşük düzeyde ilişkili olduğu; dine yönelme stratejisi ( $r=-,223$ ;  $p=,002$ ) ve davranışsal olarak ilgiyi kesme stratejisi ( $r=-,232$ ;  $p=,002$ ) ile negatif yönlü orta düzeyde ilişkili olduğu tespit edildi (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** BÇSÖ-KF ile TKA-R ve değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

		TKA-R Ev Katılımı	TKA-R Sosyal Katılım	TKA-R Üretkenlik	TKA-R Elektronik Sosyal Ağ	TKA-R TOPLAM
Araşsal Sosyal Destek Kullanma	r	,174*	,093	-,034	,055	,159*
	p	<b>,018</b>	,210	,646	,456	<b>,032</b>
Mizahi Yaklaşım	r	,020	,177*	,071	,079	,130
	p	,783	<b>,017</b>	,341	,289	,078
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	r	-,046	-,066	-,091	-,019	-,078
	p	,533	,377	,219	,800	,295
Madde Kullanımı	r	-,068	,012	-,050	,158*	,010
	p	,356	,868	,503	<b>,032</b>	,894
Kabullenme	r	-,038	,056	,021	,066	,028
	p	,606	,454	,777	,376	,706
Diğer Etkinlikleri Bırakma	r	,066	,139	,063	,048	,128
	p	,374	,061	,394	,519	,083
Dine Yönelme	r	-,001	-,114	-,326***	-,223**	-,177*
	p	,990	,125	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,016</b>
Yadsıma	r	-,011	-,008	-,072	-,208**	-,090
	p	,884	,917	,329	<b>,005</b>	,224
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	r	-,090	-,090	-,171*	-,232**	-,198**
	p	,225	,223	<b>,021</b>	<b>,002</b>	<b>,007</b>
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	r	,040	,239**	-,115	-,027	,107
	p	,587	<b>,001</b>	,119	,719	,150
Kendini Sınırlandırma	r	,012	,085	,059	-,043	,041
	p	,867	,254	,425	,565	,579
Olumlu Yeniden Yorumlama	r	,143	,258***	,027	,125	,249**
	p	,053	<b>,000</b>	,714	,092	<b>,001</b>
Duygusal Sosyal Destek	r	-,036	,149*	,062	-,033	,046
	p	,629	<b>,044</b>	,399	,657	,535
Planlama	r	,046	,296***	,167*	,135	,233**
	p	,536	<b>,000</b>	<b>,024</b>	,068	<b>,001</b>
BÇSÖ-KF TOPLAM	r	,036	,190**	-,059	-,022	,092
	p	,629	<b>,010</b>	,423	,764	,215

\*p<,05, \*\*p<,01, \*\*\*p<,001, r; Pearson Korelasyon Katsayısı, TKA-R; Toplumsal Katılım Ölçeği – Revize, BÇSÖ-KF; Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği – Kısa Form.

Çalışmamızda yer alan yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri ile toplumsal katılım düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; GDÖ-KF ölçek toplam puanı ile TKA-R toplam puanı arasında ( $r=-,472$ ;  $p=,000$ ) negatif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu tespit edildi. GDÖ-KF ölçek toplam puanı ile TKA-R ölçeğinin alt ölçeklerinden sosyal katılım ( $r=-,551$ ;  $p=,000$ ), üretkenlik ( $r=-,292$ ;  $p=,000$ ) ve elektronik sosyal ağ katılım ( $r=-,289$ ;  $p=,000$ ) alt ölçek puanlarıyla negatif yönlü



düşük-orta düzeyde ilişkili olduğu görüldü. Buna karşın depresyon düzeyinin evdeki katılım düzeyi ile ilişkili olmadığı görüldü ( $p>,05$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** GDÖ-KF ile TKA-R değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

	TKA-R Ev Katılımı	TKA-R Sosyal Katılım	TKA-R Üretkenlik	TKA-R Elektronik Sosyal Ağ	TKA-R TOPLAM	
GDÖ-KF TOPLAM	r	-,132	-,551***	-,292***	-,289***	-,472***
	p	,074	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	n	184	184	184	184	184

\*\*\* $p<,001$ , r; Pearson Korelasyon Katsayısı, TKA-R; Toplumsal Katılım Ölçeği – Revize, GDÖ-KF; Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form.

Katılımcıların depresyon düzeyleri ve başa çıkma stratejilerini kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde GDÖ-KF depresyon ölçeğinin toplam puanı ile başa çıkma stratejilerinin alt ölçeklerinden mizahi yaklaşım ( $r=-,276$ ;  $p=,000$ ) zihinsel olarak ilgiyi kesme ( $r=-,161$ ;  $p=,029$ ), olumlu yeniden yorumlama ( $r=-,292$ ;  $p=,000$ ) ve planlama stratejileri ( $r=-,349$ ;  $p=,000$ ) ile negatif yönlü düşük düzeyde; duygulara odaklanma ve ortaya koyma ( $r=,175$ ;  $p=,018$ ), dine yönelme ( $r=,146$ ;  $p=,048$ ) ve davranışsal olarak ilgiyi kesme stratejileri ( $r=,245$ ;  $p=,001$ ) ile pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişkisi olduğu görüldü (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7.** GDÖ-KF ile BÇSÖ-KF değerlendirmeleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

		GDÖ-KF TOPLAM
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	r	-,084
	p	,258
Mizahi Yaklaşım	r	-,276***
	p	<b>,000</b>
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	r	,175*
	p	<b>,018</b>
Madde Kullanımı	r	-,060
	p	,415
Kabullenme	r	-,088
	p	,237
Diğer Etkinlikleri Brakma	r	-,070
	p	,346
Dine Yönelme	r	,146*
	p	<b>,048</b>
Yadsıma	r	-,038
	p	,606
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	r	,245**
	p	<b>,001</b>
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	r	-,161*
	p	<b>,029</b>
Kendini Sınırlandırma	r	-,071
	p	,339
Olumlu Yeniden Yorumlama	r	-,292***
	p	<b>,000</b>
Duygusal Sosyal Destek	r	-,083
	p	,262
Planlama	r	-,349***
	p	<b>,000</b>
BÇSÖ-KF TOPLAM	r	-,158*
	p	<b>,032</b>

\*p<,05, \*\*p<,01, \*\*\*p<,001, r; Pearson Korelasyon Katsayısı, BÇSÖ-KF: Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği – Kısa Form, GDÖ-KF: Geriatrik Depresyon Ölçeği – Kısa Form.

## 5. TARTIŞMA

Yaşlı bireylerde yalnızlık, sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri incelediğimiz çalışmamızda, yalnızlık ile toplumsal katılımın ilişkili olduğu, toplumsal katılımın sosyal alt boyutunun, yalnızlığın duygusal ve sosyal alt boyutları ile ilişkili iken; toplumsal katılımın üretkenlik alt boyutunun, yalnızlığın duygusal; toplumsal katılımın elektronik sosyal ağlar alt boyutunun ise yalnızlığın sosyal alt boyutu ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Ayrıca yaşlı bireylerde yalnızlık ile depresyon arasında ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızda yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri toplam puanı ile başa çıkma stratejilerinden mizahi yaklaşım, kendini sınırlandırma, olumlu yeniden yorumlama ve planlama stratejileri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerde sosyal katılım ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilirken, sosyal katılımın başa çıkma stratejileri alt ölçeklerinden; sosyal destek kullanma, olumlu yeniden yorumlama, planlama, dine yönelme ve davranışsal olarak ilgiyi kesme ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Ayrıca yaşlı bireylerin depresyon düzeyleri ile başa çıkma stratejileri alt ölçeklerinden mizahi yaklaşım, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama, planlama stratejileri, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, dine yönelme ve davranışsal olarak ilgiyi kesme stratejileri ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda yaşlılarda yalnızlık duygusunun sosyal katılımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (89-93). Hansson ve Carpenter, yaşlılarda yalnızlık duygusunun sosyal katılımın eksikliğine bağlı ortaya çıktığını söylemişlerdir(91). Zhao ve Wu, Çinli yaşlı yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, yaşlı bireylerde yalnızlığın arttığını, bunun da sosyal katılımı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yaşlı bireylerde azalan sosyal katılımın, zaman içinde artan yalnızlık ve daha düşük sosyal destek ile ilişkilendirmişlerdir (93). Desrosiers ve ark., 189 yaşlı yetişkin bireyle yaptıkları çalışmada, sosyal katılımın yaşlı bireylerde anlamlı derecede azaldığını, katılımın çevresel ve kişisel özelliklerle ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (89). Yaşlanma ile bireylerde aktivite katılımları azalmakta sosyal iletişim giderek daralmaktadır. Yaşlı bireyler daha çok pasif aktivitelere katılım göstermektedirler (90,

92). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar da literatürde elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Yaşlı bireylerde yalnızlık düzeylerinin sosyal katılımları ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Araştırmamızın sonuçlarına göre, kendini daha yalnız hisseden yaşlı bireylerin toplumsal katılımlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Sosyal katılım yaşlı bireylerde oldukça önemli olduğu ve yalnızlığın sosyal ilişkilerin yoksunluğu durumlarında daha çok ortaya çıkmakta olduğu düşünülmektedir. Sosyal hayatta var olduğunu hisseden bireylerin kendilerini daha iyi hissedeceklerini ve yalnızlık duygusuna kapılmayacaklarını düşünülmektedir.

Literatürde yapılan çalışmalarda yaşlılıkta sosyal katılım kavramının önemine vurgu yapılmıştır (94-98). Aroogh ve Sahbulaghi, yaşlı yetişkinlerin sosyal katılımları üzerine yaptıkları bir meta analiz çalışmasında, bireylerin aktif katılım göstermelerine ve bireysel tatmine dayalı toplum temelli faaliyetlere ve kişilerarası etkileşimlere vurgu yapmışlardır. Yaşlılar arasındaki sosyal katılımın bireysel, çevresel ve sosyal birtakım sonuçlar doğurduğunu ve toplumsal organize bir süreç olduğunu öne sürmüşlerdir (94). Bu sonuçlar arasında en önemlilerinden biri de, sosyal katılımın başarılı ve sağlıklı yaşlanmanın temel belirleyicilerinden biri olmasıdır(95). Yaşlanma döneminin her sürecinde sosyal katılım için kişisel ve çevresel kaynaklar zamanla değişebilir (96). Yaşlı bireyler bu değişikliklere rağmen toplum içinde sosyal olarak aktif kalmak isterler (97). Yaşlı bireylerde kişisel ve çevresel faktörlerin sosyal katılım üzerinde bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (98). Çalışmamızda sosyal katılımı daha yüksek olan yaşlı bireylerin kendilerini daha az yalnız hissettikleri, toplum içinde üretkenlik faaliyetleri devam edenlerin ve sosyal ağları daha çok kullananların yalnızlık seviyelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu yüzden yaşlılarda sosyal katılım, yaşlı bakımına entegre edilmesi gereken bir kavramdır. Yaşlı bireylerin toplum içinde üretkenliklerini artırmaya yönelik faaliyetlerin artırılması ve yaşlı bireylerin toplumsal katılımlarının artırılmasına yönelik müdahalelerin önemli olduğu öngörülmektedir. Yaşlıların sosyal katılımını kolaylaştırdığı bilinen sağlık ve ulaşım gibi faktörlerin, toplum içinde yaşayan yaşlılara yönelik eğitim, destek grupları ve programlar aracılığıyla teşvik edilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Mullins ve ark. yaptıkları bir çalışmada yalnızlığın duygusal ve sosyal olmak üzere iki alt boyutu olduğunu vurgulamışlardır. Duygusal yalnızlık, bireyin hayatında

sevgi kavramının bulunmaması şeklinde, sosyal yalnızlık ise bireyin toplumda kabul gören bir konumunun olmaması şeklinde kavramlaştırılır. Yalnızlığın duygusal boyutu bireyin sosyal ve duygusal ilişki yoksunluğunu içerirken, sosyal boyutu bireyin toplum içinde sosyal rolündeki eksiklidir (99). Melkas ve ark. yaptığı araştırmada eşleri olmayan kişilerin diğer bireylere kıyasla daha çok yalnız bir hayata yöneldiklerini göstermişlerdir. Bu da yalnızlığın duygusal alt boyutunun sosyal katılımı ile ilişkisini açıklayan örneklerden birisi olarak gösterilebilir (100). Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar literatürde elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir. Özellikle yalnızlığın duygusal alt boyutunun toplumsal katılımın sosyal alt boyutları ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bize sevgisizlik çeken yaşlı bireylerin, sosyal katılımlarının negatif yönden etkilenebileceğini, yaşlı bireylere gösterilen sevgi ve şefkatin onların toplumsal katılımlarında önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.

Yaşlı bireylerin aktivitelere katılımını sağlamanın, yaşlı bireylerin yalnızlık hissini azaltmasına ve bireylerin sosyalleşmesine katkı sağlayacağı (101), yaşlı yetişkinlerde yalnızlık duygularını azaltmada sosyal katılımın önemli bir rolü olduğu tespit edilmiştir (102). Yaşlı bireylerin toplumsal katılımını artırmaya yönelik yapılacak çalışmaların, yaşlı bireylerin daha yalnız hissetmelerinin önüne geçecek onların fiziksel ve psikolojik sağlıklarını da iyileştirme yönünde olumlu adımlar atılmasına zemin hazırlayacağını düşündürmüştür. Aynı zamanda yaşamın son evresi olan yaşlılıkta sosyal katılım kavramına oldukça önemli olduğunu; yaşlılık döneminde kişilerin toplumsal hayata aktif katılım göstermelerinin, sosyal ilişkileri açısından değerli olduğunu; sosyal hayatta var olduğunu hisseden bireylerin, kendilerini daha iyi hissedeceklerini ve yalnızlık duygusuna kapılmayacaklarını öngörmekteyiz.

Peerenboom ve arkadaşları, depresyonun sosyal ve duygusal yalnızlıkla ilişkisini inceledikleri çalışmasında, depresyonun duygusal yalnızlıkla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ancak sosyal yalnızlıkla ilişkili olmadığını saptamışlardır. Bu bize yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlı bireylerde de sevmek ve sevilme kavramlarının, bireylerin hissettiği yalnızlık düzeyinde ve ortaya çıkardığı depresif bakış açısında ne kadar önemli olduğunu bir kere daha hatırlatır niteliktedir (103). Yaşlılık döneminde rastlanan psikolojik problemler arasında depresyon önemli bir yer alır. İlerleyen yaş depresyon için önemli bir risk kaynağıdır (104, 105).

Yalnızlık, yaşlılarda depresyonu etkileyen en önemli faktörlerden biridir (106-108). Emerson ve ark. çalışmalarında, yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığının çok olduğunu savunmuşlardır, çalışmalarında depresyon yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık yaşadığını da göstermişlerdir (107). Yalnızlık hisseden ve depresyon düzeylerinde artış gösteren bireylerin sosyal katılımları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Yalnız ve depresif bireylerde yaşama ve karşılaşılan stres durumlarıyla baş etme durumları da etkilenmektedir (109). Singh, yaşlılarda, yalnızlık, depresyon ve sosyallik üzerine yaptığı bir çalışmada, yaşlı bireylerin yalnızlık ve depresyon yaşadıklarını, bunun akabinde de toplumsal faaliyetlere aktif olarak katılamamaya sonuçlandığını öne sürmüştür (110).

Literatürde, yaşlı bireylerde yalnızlık ile depresyonun ilişkili olduğunu, yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de artmakta olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (1, 104, 108, 111). Yalnızlık, yaşlı bireylerin hayatlarını olumsuz yönde etkileyen bir kavramdır (1). Kendilerini daha yalnız hisseden yaşlı bireylerin depresyona girme olasılıkları daha yüksektir (111). Yalnızlık yaşlı bireylerde çeşitli fiziksel ve zihinsel hastalıklara karşı savunmasızlığını etkileyerek sosyal izolasyon, depresyon, anksiyete gibi çeşitli psikolojik sorunlara neden olur (104). Işık ve arkadaşları çalışmalarında yalnızlık kavramını depresyonu etkileyen en önemli faktör olduğunu belirlemişlerdi (108). Çalışmamızda da yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Cacioppo ve ark. insanın hayatın tüm dönemlerinde sosyal ilişkilere ihtiyaç duyduğunu, yalnızlık duygusunun depresif davranışlarda belirgin bir artışa neden olduğu gerçeğini savunmuş bunun da yaşlı bireylerin hayatlarını olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır (112). Yaşlı bireylerin toplumsal hayata katılımlarını sağlamak, yalnızlık duygularının negatif etkilerini azaltmak, yaşlı bireylerin kendilerini hayattan kopmuş hissetmemeleri ve depresyona girme olasılıklarının düşmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada, yalnızlık arttıkça, eğitim ve gelir düzeyleri azaldıkça, depresyon düzeylerinde de artış gözlenmiştir. Aynı zamanda çalışmanın sonuçlarına göre bekar olanlarda, kırsal kesimde yaşayanlarda ve sosyal ağları daha az kullananlarda depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu bilgisine ulaşılmıştır (113).

Yalnızlık hissi yaşlı yetişkinlerin sağlığı üzerinde ciddi sonuçlar doğurmaktadır ve yaşlıların psikososyal refahını etkileyen önemli bir kavramlardan biridir (114). Charles, yaşlıların depresyon ile sıklıkla karşı karşıya kaldıklarını, bunun sonucunda kendilerini yetersiz, karamsar ve yalnız hissederek ölümü beklemeye başladıklarını dile getirmiş; aynı zamanda bu duyguların yaşlı bireylerin intihar yönelimlerini de arttırdığını öne sürmüştür (115). Yaşlı bireylerin karşı karşıya kaldıkları bu olumsuzluklar iyi olma durumlarını ve baş etme tutumlarını da etkilemektedir (116).

Literatüre bakıldığında, Öztürk yetişkin bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında, yalnızlık düzeyleri ile duygulara odaklanma ve ortaya koyma, araçsal olarak sosyal destek kullanma, kabullenme, olumlu yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanma ve planlama arasında negatif yönde ilişki tespit etmiştir. Başa çıkma alt ölçeklerinden madde kullanımı ve davranışsal olarak ilgiyi kesme ile yalnızlık arasında pozitif yönde bir ilişki tespit etmiştir. Yalnızlık düzeyi ve diğer alt ölçeklerden; mizahi yaklaşım, diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme, yadsıma, zihinsel olarak ilgiyi kesme ve kendini sınırlandırma arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (45).

Birkeland yaptığı çalışmada yaşlı yetişkinler başa çıkma stratejilerinden kabullenmenin kullandıkları temel başa çıkma stratejisi olduğunu ve bunun engellere rağmen aynı zamanda yaşlılığa uyum sağlayabilmelerine katkıda olduğunu öne sürmektedir. Bu durum yaşlıların umutsuz olduğunu ve daha çok pasif bir başa çıkma stratejisi kullanmayı tercih ettiklerini göstermiştir. Sağlık çalışanlarının yaşlı bireyleri daha problem odaklı ve aktif başa çıkma stratejileri kullanmaları konusunda cesaretlendirmeleri gerektiğini savunmuş bunun yaşlı bireylerin günlük yaşamlarına ve dolayısıyla sosyal katılımlarına katkısı olabileceğini öngörmüştür (117).

Anderson ve ark. yaptıkları çalışmada, yaşlı bireylerin yaşlanma süreçlerini, belirsizliklerle ve sorunlarla başa çıkmak için hem problem merkezli hem de duygu merkezli başa çıkma stratejilerini kullanarak planladıklarını öne sürmüşlerdir. Katılımcıların olayları kontrol edebildiklerinde, sosyal destek arayışı ve planlı problem çözme gibi problem odaklı başa çıkma stratejilerini tercih ettiklerini, buna karşılık, duygu odaklı stratejiler, belirsizlik ve sağlık sorunları gibi duygusal konularla

başa çıkmak ve gelecekte bakıma ihtiyaç duyma olasılığıyla ilgilenmek için kullandıklarını tespit etmişlerdir (118).

Çalışmamızda, yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ile kullandıkları başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiye bakıldığında; yalnızlık ile başa çıkma stratejilerinin 14 alt ölçeğinden sadece mizahi yaklaşım, kendini sınırlandırma, olumlu yeniden yorumlama ve planlama ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Yalnızlık ölçeğinin duygusal alt boyutu ile başa çıkma stratejilerinin alt boyutlarından dine yönelme ile pozitif yönlü; kendini sınırlandırma ve olumlu yeniden yorumlama ve planlama ile negatif yönlü ilişkisi vardır. Yalnızlık ölçeğinin sosyal alt boyutu ile başa çıkma stratejilerinin alt boyutlarından mizahi yaklaşım, zihinsel olarak ilgiyi kesme, kendini sınırlandırma, olumlu yeniden yorumlama ve planlama ile negatif yönlü ilişkisi vardır. Bu sonuç bize yalnızlık hisseden yaşlı bireylerin olumsuz duygular beslediğini ve daha olumlu bir kavram olan mizaha daha uzak olduklarını düşündürmüştür. Aynı zamanda, bu bize yalnızlık duyguları hissedenlerin daha etkin başa çıkma tutumları sergilemek yerine kendilerini sınırlandırma davranışı sergileyerek stres veren durumu çözmek yerine bir nevi üstünü kapatıp unutmaya çalıştıklarını düşündürmüştür.

Bu çalışmanın bir limitasyonu bulunmaktadır. Çalışmamıza sadece Ankara İl'inde yaşayan yaşlı bireyler dahil edilmiştir. Bu nedenle de elde edilen sonuçlar genel popülasyonu yansıtmamaktadır. Daha geniş bir popülasyonu yansıtmaması açısından ileride yapılacak çalışmalarda farklı coğrafi bölgelerde yaşayan yaşlı kişilerin de dahil edildiği çalışmalar planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Yalnızlık düzeyi yüksek olan bireyler, hayatta karşı karşıya kaldıkları zorlu ve stres yaratan durumların üstesinden gelebilme konusunda dolayısı ile doğru ve etkin baş etme şekillerini kullanmakta zorluklar yaşarlar. Yaşam, bireyler için doğumdan itibaren sürekli mücadele isteyen bir yerdir. Etkili başa çıkabilme yollarını kullanırken problemleri çözmede ve stresi yönetmede yetersiz olan bireyler karşılaştıkları sorunların üstesinden gelemezler ve bu sorunlar giderek büyüyebilir. Bu durum yaşlı bireylerin, yalnızlık hissetmesine ve benzer olumsuz deneyimlerin tekrar etmesine sebep olur. Bu yüzden yaşlı bireylerde yalnızlık, üzerine düşünülmesi gereken bir kavramdır. Stres faktörünü ortadan



kaldırarak yalnızlıkla başa çıkmak, yaşlılar tarafından daha az kullanılan bir seçenek olarak görülmektedir. Bu durum, yalnızlıkla mücadelenin zorluğunun altını çizmektedir.

Yaşlı bireylerin, toplumsal katılımlarında azalma ve yalnızlık duygularının artması ile bu durumların zamanla sosyal çevre ve ilişkilerinde problemlere neden olarak onları depresyona sürüklediği öngörülmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin bütün bu olumsuz duygularla baş edebilmeleri, karşılaştıkları problem ve stres yaratan durumlara yönelik etkin baş etme stratejilerini geliştirebilmeleri oldukça önemlidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireylerde yalnızlık, sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkilerini incelediğimiz çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Yaşlı bireylerin yalnızlık hisleri arttıkça sosyal katılımlarında bir düşüş yaşanmaktadır.

2. Yaşlı bireylerde artan yalnızlık artan depresyon düzeyi ile ilişkilidir.

3. Yaşlı bireylerin kullandığı başa çıkma stratejilerinden mizahi yaklaşım, kendini sınırlandırma, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama ve planlama, yalnızlık duygusu artıkça daha az kullanılmaktadır.

4. Başa çıkma stratejileri yaşlı bireylerin olumsuz durumlarla mücadele edebilmeleri için önemlidir. Bu alanda yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5. Ayrıca, teknolojinin sağladığı iletişim imkanları da yaşlı bireylerin yalnızlıkla mücadelesinde ve etkin başa çıkma tutumları sergilemesinde yardımcı olabilir.

6. Ergoterapistler, yaşlı bireylerin toplumsal katılımlarını arttıracak stratejiler geliştirmeli, sosyal ve psikolojik desteklerle, yaşlı bakım hizmetleri konusunda politika sağlayıcılarla iş birliği yapmalı ve bireylerin bu hizmetlere ulaşabilmeleri de kolaylaştırılmalıdır.

7. Ergoterapistlerin, yaşlı bireylerin sosyal katılımlarını desteklemesi, toplumsal katılımlarını arttırmaya yönelik çalışmalar yapması, bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayarak psikososyal durumları üzerinde pozitif etkiler doğuracaktır.

8. Ergoterapistler ve diğer sağlık profesyonelleri, yaşlı bireylerin yaşadığı yalnızlık ve depresyon duygularını hafifletmeye yönelik çalışma programlarını rehabilitasyon süreçlerine dahil etmeli ve bunlara yönelik ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Polat F, Geçici F. Yaşlı Bireylerin Algıladığı Yalnızlık Düzeyi İle Depresyon Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2020;8(1):72-82.
2. Türkseven E, Can Ö, Şimşek Ee. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Desteğin Geriatrik Depresyon İle İlişkisi: Bir Saha Çalışması. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020;14(2):203-9.
3. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. J Affect Disord. 2017;221:123-31.
4. Raut NB, Singh S, Subramanyam AA, Pinto C, Kamath RM, Shanker S. Study of loneliness, depression and coping mechanisms in elderly. Journal of Geriatric Mental Health. 2014;1(1):20-7.
5. Akhter-Khan SC, Prina M, Wong GH-Y, Mayston R, Li L. Understanding and addressing older adults' loneliness: the social relationship expectations framework. Perspectives on Psychological Science. 2023;18(4):762-77.
6. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2008;8(5):1-49.
7. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. Can Fam Physician. 2020;66(3):176-82.
8. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. Maturitas. 2018;113:80-4.
9. Akbaş E, Yiğitoğlu GT, Çunkuş N. Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlık. OPUS International Journal of Society Researches. 2020;15(26):4540-62.
10. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health Soc Care Community. 2018;26(2):147-57.
11. Paquet C, Whitehead J, Shah R, Adams AM, Dooley D, Spreng RN, et al. Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. J Med Internet Res. 2023;25:e40213.
12. Wang X, Guo J, Liu H, Zhao T, Li H, Wang T. Impact of social participation types on depression in the elderly in China: an analysis based on counterfactual causal inference. Frontiers in Public Health. 2022;10:792765.
13. Açıkgöz A, Yörük S, Sahan AG, Güler DS. Relationship between loneliness, physical activity, and depressive symptoms among older adults: A cross-sectional study conducted during the fourth wave of the covid-19 pandemic in Turkey. 2022.
14. Gümüş Demir Z, Yılmaz M. Loneliness, Psychological Well-being, Depression, and Social Participation in the Older Persons: Rural and Urban Differences. Curr Aging Sci. 2024.

15. Park JH, Park S, Jung JH, Bae S, Yun S, Khan A, et al. The Mediating Role of Social Participation in Motoric Cognitive Risk and its Relation to Depression and Loneliness in Older Adults. *Ann Geriatr Med Res.* 2023;27(2):134-40.
16. Morlett Paredes A, Lee EE, Chik L, Gupta S, Palmer BW, Palinkas LA, et al. Qualitative study of loneliness in a senior housing community: the importance of wisdom and other coping strategies. *Aging & mental health.* 2021;25(3):559-66.
17. Aysan F, Özben Ş. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlının Kullandığı Başaçıkma Stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi.* 2004;5(2).
18. Duman S. Üniversite öğrencilerinde öznel iyi oluş ve benlik saygısının stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkisinin incelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
19. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007;18(2):137-46.
20. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics.* 2012;55(3):548-54.
21. Gök İ. Yaşlıların toplumsal yaşama katılımı: Bolu ili örneği: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
22. Şentepe A. Yaşlılık döneminde temel problemler ve dini başaçıkma: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2009.
23. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2017;7(1):53-62.
24. Coe RM. Comprehensive care of the elderly. *Fundamentals of geriatric medicine* Eds: RDT Cape, RM Coe, J Rossman Raven Press, New York. 1983:3-7.
25. Aksüllü N. Kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi* Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2002.
26. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2005;29(1):23-63.
27. Tereci D, Turan G, Nergis K, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi.* 2016;16(1):84-116.
28. Jabbari A. Yaşlılık Sosyolojisi: Astana Yayınları; 2020.
29. Nazlı A. Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. *Ege Tıp Dergisi.* 2016;55.
30. Cangöz B. Hafif Bilişsel Bozuklukta Nöropsikolojik Değerlendirme. *Nörolojide Yeni Ufuklar: Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar (Ed K Selekler).* 2009:97-108.
31. Ali A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. *Geriatric Bilimler Dergisi.* 2020;3(2):75-80.
32. [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667>].

33. Roberts SB, Silver RE, Das SK, Fielding RA, Gilhooly CH, Jacques PF, et al. Healthy aging—nutrition matters: start early and screen often. *Advances in Nutrition*. 2021;12(4):1438-48.
34. Özkul M, Kalaycı I. Türkiye'de Yaşlılık Çalışmaları. *Journal of Sociological Studies/Sosyoloji Konferansları*. 2015(52).
35. Hablemitoğlu Ş, Özmete E. Yaşlı refahı: Yaşlılar için sosyal hizmet: Kilit Yayınları; 2010.
36. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Journal of International Social Research*. 2017;10(52).
37. Karadeniz G, Dedeli Ö. Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri. *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından*. 2008.
38. Kutsal YG. Yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. 2002;75.
39. Kutlu L, Baykal D. Yaşlılarla Sağlıklı Yaşam: Akademisyen Kitabevi; 2023.
40. Çubukcu At, Çiçek A. Yaş Altmış İş Bitmemiş: Yaşlılık. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 2023;7(2):491-503.
41. Komşu Uc. Yaşlılık, Yaşlı Nüfusun Sorunları Ve Yetişkin Eğitimi. *The Journal of Academic Social Science*. 2019;2(2):370-89.
42. Tuğçem Çubukçu A, Çiçek A. Yaş Altmış İş Bitmemiş: Yaşlılık. *Journal of Social Sciences & Humanities (2602-4276)/Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 2023;7(2).
43. Bölükbaş N, Arslan H. Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*. 2003;16(4):235-9.
44. Faruk A, Akkaya D, Başbüyük Gö. Yaşam Kalitesinin Yalnızlık Üzerindeki Etkisi: Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019;43(2):193-210.
45. Öztürk E. Yetişkin bireylerde yalnızlık ve başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
46. Perlman D, Peplau LA. Theoretical approaches to loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982;36:123-34.
47. Weiss R. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*: MIT press; 1975.
48. Arslantaş H, Ergin F. Loneliness, depression, social support and related factors in individuals between 50 and 65 years. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011;14(2).
49. Ozvurmaz S. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018;2(3):118-25.

50. Akyüz A. Huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların, yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile sosyal destek sistemleri açısından karşılaştırılması: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2004.
51. Chiao C, Weng L-J, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC public health*. 2011;11:1-9.
52. Ülgen SY. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
53. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985;98(2):310.
54. Güvener B. Yaşlılık Döneminde Depresyon ve Tedavisi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
55. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
56. Eker E, Noyan A. Yaşlıda depresyon ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;2:75-83.
57. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Jama*. 1997;278(14):1186-90.
58. Green B, Copeland J, Dewey M, Sharma V, Saunders P, Davidson I, et al. Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;86(3):213-7.
59. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
60. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran Ük, Özer Öa, Kara H. Cope (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(4):221-6.
61. Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. 1998.
62. Ribeiro MdS, Borges MdS, Araújo TCCFd, Souza MCdS. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20:869-77.
63. Folkman S, Lazarus RS. Ways of coping questionnaire. 1988.
64. León-Navarrete MM, Flores-Villavicencio ME, Mendoza-Ruvalcaba N, Colunga-Rodríguez C, Salazar-Garza ML, Sarabia-López LE, et al. Coping strategies and quality of life in elderly population. *Open Journal of Social Sciences*. 2017;5(10):207-16.
65. Lazarus R. Coping strategies. *Illness behavior: A multidisciplinary model*: Springer; 1986. p. 303-8.

66. Talarico JNDS, Caramelli P, Nitrini R, Chaves EC. Stress symptoms and coping strategies in healthy elderly subjects. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43:803-9.
67. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56(2):267.
68. Lembas D, Starkowska A, Mak M, Konecka M, Bikowska M, Groszewska K, et al. Impact of demographic factors on usage of stress coping strategies chosen by elderly people. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2017(1):34-8.
69. Meléndez JC, Mayordomo T, Sancho P, Tomás JM. Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish journal of psychology*. 2012;15(3):1089-98.
70. Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The mini-mental state examination. *Archives of general psychiatry*. 1983;40(7):812-.
71. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tan› s› nda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13(4):273-81.
72. Castro-Costa É, Fuzikawa C, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Norms for the mini-mental state examination: adjustment of the cut-off point in population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2008;66:524-8.
73. O'Bryant SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graff-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting dementia with the mini-mental state examination in highly educated individuals. *Archives of neurology*. 2008;65(7):963-7.
74. De Jong-Gierveld J, Kamphuls F. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*. 1985;9(3):289-99.
75. De Jong-Gierveld J, Van Tilburg T. *Manual of the loneliness scale: Methoden en technieken*; 1999.
76. Zengin Alpozgen A, Kardes K, Acikbas E, Demirhan F, Sagir K, Avcil E. The effectiveness of synchronous tele-exercise to maintain the physical fitness, quality of life, and mood of older people-a randomized and controlled study. *European Geriatric Medicine*. 2022;13(5):1177-85.
77. Akgül H, Yeşilyaprak B. "Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği" nin Türk Kültürüne Uyarlamasi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2015;8(1).
78. Willer B, Rosenthal M, Kreutzer JS, Gordon WA, Rempel R. Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 1993;8(2):75-87.
79. Uysal Sa, Demirciođlu A, Şahin Ü, Karabulut E, Kocaman Aa, Karapınar M, et al. Yaşlı bireylerde toplumsal katılım anketi'nin türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2018;29(3):66-72.

80. Parpucu T, Keskin T, Başkurt Z, Başkurt F. Effect of Physical Performance Levels of Elderly Living in Urban and Rural Areas on Social Participation, Social Functioning, and Quality of Life: A Cross-sectional Study from the Mediterranean Region of Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2024;27(3):297-303.
81. Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 1991;4(3):173-8.
82. Durmaz B. Geriatrik depresyon ölçeği kısa formunun Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
83. Herrmann N, Mittmann N, Silver IL, Shulman KI, Busto UA, Shear NH, et al. A validation study of the Geriatric Depression Scale short form. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;11(5):457-60.
84. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*. 1997;4(1):92-100.
85. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2013;13(1):81-96.
86. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100.
87. George D. *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*: Pearson Education India; 2011.
88. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*: pearson Boston, MA; 2013.
89. Desrosiers J, Noreau L, Rochette A. Social participation of older adults in Quebec. *Aging clinical and experimental research*. 2004;16:406-12.
90. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*. 2018;26(2):147-57.
91. Hansson R. Carpenter. BN (1994) *Relationships in old age: Coping with the challenge of transition*. New York: The Guilford Press.
92. Luanaigh CÓ, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2008;23(12):1213-21.
93. Zhao L, Wu L. The Association between Social Participation and Loneliness of the Chinese Older Adults over Time-The Mediating Effect of Social Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2).
94. Dehi Aroogh M, Mohammadi Shahboulaghi F. Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;8(1):55-72.



95. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*. 2010;71(12):2141-9.
96. Levasseur M, Lussier-Therrien M, Biron ML, Raymond É, Castonguay J, Naud D, et al. Scoping study of definitions of social participation: Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and ageing*. 2022;51(2):afab215.
97. Duppen D, Lambotte D, Dury S, Smetcoren A-S, Pan H, De Donder L. Social participation in the daily lives of frail older adults: Types of participation and influencing factors. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020;75(9):2062-71.
98. Dahan-Oliel N, Gelinas I, Mazer B. Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Critical Reviews™ in Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008;20(2).
99. Mullins LC, Woodland A, Putnam J. Emotional and social isolation among elderly Canadian seasonal migrants in Florida: An empirical analysis of a conceptual typology. *Journal of Gerontological Social Work*. 1990;14(3-4):111-29.
100. Melkas T, Jylhä M. Social network characteristics and social network types among elderly people in Finland. *The social networks of older people: A cross-national analysis*. 1996:99-116.
101. Altuntaş O, Uyanık M, Kayıhan H. Huzurevi sakinlerinde aktivite ve katılımın incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2013;1(2):21-9.
102. Mai S, Cai J, Zheng W, Li L. Path analysis of social engagement, loneliness and cognitive function among Chinese older adults. *Psychology, Health & Medicine*. 2023;28(4):1087-99.
103. Peerenboom L, Collard R, Naarding P, Comijs H. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of affective disorders*. 2015;182:26-31.
104. Kabátová O, Puteková S, Martinková J. Loneliness as a Risk Factor for Depression in the Elderly. *Clinical Social Work Journal*. 2016;7(1):48-52.
105. Yang SM, Rim CS. A relative effects of depression on suicide ideation of the rural elderly. *Journal of Welfare for the Aged*. 2006;32(0):377-96.
106. Ağırman E, Gençer MZ. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017;7(3):234-40.
107. Gerst-Emerson K, Shovali TE, Markides KS. Loneliness among very old Mexican Americans: Findings from the Hispanic established populations epidemiologic studies of the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;59(1):145-9.
108. Isik K, Başoğul C, Yildirim H. The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(1):351-7.

109. Demers L, Robichaud L, Gélinas I, Noreau L, Desrosiers J. Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*. 2009;55(2):233-9.
110. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal*. 2009;18(1):51-5.
111. Ahadi B, Hassani B. Loneliness and quality of life in older adults: The mediating role of depression. *Ageing international*. 2021;46(3):337-50.
112. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*. 2010;25(2):453.
113. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017;52:381-90.
114. Martín-María N, Caballero FF, Lara E, Domènech-Abella J, Haro JM, Olaya B, et al. Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2021;36(1):76-85.
115. Charles Z, Kirst-Ashman Karen K. İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre. Nika Yayınları. 2016.
116. İnel A, Derya A, Coşkun E, Bozkurt A. Yaşlılarda Covid-19 Pandemi Sürecinde Bilinçli Farkındalık, Başa Çıkma Tutumları Ve Kişisel İyi Oluş. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021;15(1):85-92.
117. Birkeland A, Natvig GK. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15(4):257-64.
118. Anderson EM, Larkins S, Beaney S, Ray RA. Coping with ageing in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health*. 2020;28(5):469-79.

## 8. EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onayı



## HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

### KURUL KARARI

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
05.03.2024	2024/05	2024/05-02
Araştırma Numarası : SBA 23/219		Değerlendirme Tarihi : 24.10.2023

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Onur ALTUNTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Fzt. Bahar Burcu YEŞİLYAPRAK'ın yüksek lisans tezi olan, SBA 23/219 kayıt numaralı "*Yaşlı Bireylerde Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Katılım Depresyon ve Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 06 Mart 2024 – 06 Mart 2026 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket  
PAKSOY ERBAYDAR  
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça  
AYDIN  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mehmet Özgür  
UYANIK  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİN  
İŞLER  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam  
DOĞU  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga  
YILDIRIM  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. İpek GÜRBÜZ  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Betül ÇELEBİ  
SALTİK  
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK  
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten IŞIK  
KOÇ  
Kurul Üyesi

Doç. Dr. İbrahim Halil  
ÖNCEL  
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Melike  
Hacer ÖZKAN  
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge  
DEMİR  
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu  
Ersöz ALAN  
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Güneş  
GÜNER  
Kurul Üyesi

## EK-2: Aydınlatılmış Onam ve Gönüllü Bilgilendirme Formu

### Yaşlı Bireylerde Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Katılım Depresyon ve Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İncelenmesi

Değerli katılımcı,

**Yaşlı Bireylerde Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Katılım, Depresyon ve Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü tarafından yapılmaktadır. Araştırma yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ile sosyal katılım, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla bu konuda yapılacak müdahale çalışmaları planlanabilecektir. Çalışmamız bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

**Bu forma adınızı ve soyadınızı yazmayınız.**

Çalışma kapsamında yalnızca toplamda 83 maddeden oluşan 5 adet ölçeğin sorularını cevaplamamız istenmektedir. Sağlığınızla ilgili risk teşkil edecek herhangi bir uygulama yapılmayacak maddi ve manevi herhangi bir yükümlülük altına girmeyeceksiniz. Yaklaşık 40 dakika zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Sorumlu Araştırmacı DOÇ DR. ONUR ALTUNTAŞ ve**  
**Yardımcı Araştırmacı FZT.BAHAR BURCU YEŞİLYAPRAK**  
 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

### EK-3: Sosyodemografik Bilgi Formu

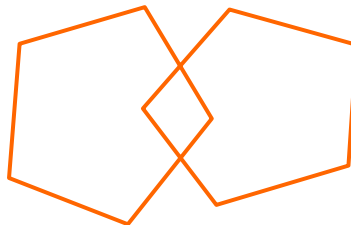
Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )

1. Yaş : .....
2. Eğitim Durumu: Okuma yazma bilmiyor ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( )  
Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ve üstü ( )
3. Medeni Durumu: Evli ( ) Bekar ( ) Eşi vefat etmiş ( ) Boşanmış ( )
4. Sahip Olduğu Çocuk Sayısı : Çocuk yok ( ) 1 çocuk ( ) 2 çocuk ( ) 3  
çocuk ( ) 4 ve üzeri çocuk ( )
5. Çalışıyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )
6. Gelir Durumunuz: Geliri giderinden az ( ) Geliri giderine eşit ( ) Geliri  
giderinden fazla ( )
7. Yaşamakta Olduğunuz Yer: Köy ( ) İlçe ( ) İl ( )
8. Kiminle yaşıyorsunuz? : Tek başına ( ) Eşiyle ( ) Çocuklarıyla ( ) Eş ve  
çocuklarıyla ( ) Akraba ( ) Diğer.....
10. Sizin Bakımınıza Destek Olan Var Mı? : Evet ( ) Hayır ( )
11. Kronik Bir Hastalığınız Var Mı? : Evet ( ) Hayır ( ) Varsa yazınız.....

### EK-4: Mini Mental Durum Testi (MMDT)

Oryantasyon (Her doğru cevap 1 puan, toplam 10 puan)		
	Puan	Puan
Hangi yıl içindeyiz?	-----	-----
Hangi mevsimdeyiz?	-----	-----
Hangi aydayız?	-----	-----
Bugün ayın kaççı?	-----	-----
Hangi gündeyiz?	-----	-----
		Hangi ülkede yaşıyoruz?
		Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?
		Şu an bulunduğunuz semt neresidir?
		Şu an bulunduğunuz bina neresidir?
		Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?
		Oryantasyon Bölüm Toplamı (0-10): -----
Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)		Puan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (<b>Masa, Bayrak, Elbise</b>) (20 sn. süre tanınır). Her doğru isim 1 puan. -----</li> </ul>		
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)		Puan
<ul style="list-style-type: none"> <li>100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72, 65) -----</li> </ul>		
Hatırlama (Toplam puan 3)		Puan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri tekrar söyleyin (<b>Masa, Bayrak, Elbise</b>) (Her kelime 1 puan) -----</li> </ul>		
Lisan (Toplam puan 9)		Puan
<p>a. Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (<b>saat, kalem</b>) 1'er puan, toplam 2 puan (20 saniye süre ver) -----</p> <p>b. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 saniye süre ver) 1 puan -----</p> <p>c. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan: 3, süre: 30 sn. her bir doğru işlem: 1 puan -----</p> <p>d. Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) -Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin. -----</p> <p>e. Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) -----</p> <p>f. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; aşağıdaki şekli arka sayfaya (1 puan) -----</p>		

**Toplam Puan (0-30):** -----



### EK-5: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ)

Evet Olabilir Hayır

1 – Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.			
2 – Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özlediyorum.			
3 – Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.			
4 – Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.			
5 – Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özlediyorum.			
6 – Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.			
7 – Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.			
8 – Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.			
9 – Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özlediyorum.			
10 – Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.			
11 – Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim.			

### EK-6: Toplumsal Katılım Anketi- Revize (TKA- R)

Aşağıdaki soruları okuyarak içlerinden uygun gelen yanıtı işaretleyiniz.

1.Evinizdeki market veya diğer zorunlu alışverişleri genelde kim yapar?

Tek başına  Başka biriyle beraber  Başka biri

2.Evinizde yemekleri genelde kim hazırlar?

Tek başına  Başka biriyle beraber  Başka biri

3.Evinizde normal günlük ev işlerini genelde kim yapar?

Tek başına  Başka biriyle beraber  Başka biri

4.Evinizde çocuklara genelde kim bakar?

Tek başına  Başka biriyle beraber  Başka biri

Uygulamaz (evde 17 yaşın altında çocuk yok)

5.Aile ve arkadaşlarla birlikte olma gibi sosyal düzenlemeleri genelde kim planlar?

Tek başına  Başka biriyle beraber  Başka biri

6.Banka ve fatura ödeme gibi kişisel finanslarınızı genelde kim üstlenir?

Tek başına  Başka biriyle beraber  Başka biri

7.Genelde bir ayda yaklaşık kaç defa evinizin dışında alışverişe katılırsınız?

5 veya daha fazla  1-4 defa  Hiç

8.Genelde bir ayda yaklaşık kaç defa film, spor, restoran gibi boş zaman aktivitelerine katılırsınız?

5 veya daha fazla  1-4 defa  Hiç

9.Genelde bir ayda yaklaşık kaç defa arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret edersiniz?

5 veya daha fazla  1-4 defa  Hiç

10.Boş zaman aktivitelerine katıldığınızda genelde bunu yalnız mı başkalarıyla mı yapıyorsunuz?

Çoğunlukla yalnız

Çoğunlukla aile üyeleriyle

Çoğunlukla akranım olan arkadaşlarla

Çoğunlukla kendimden genç olan arkadaşlarla

Aile ve arkadaş birleşimiyle

11.Güvendiğiniz en iyi arkadaşsa sahip misiniz?

Evet  Hayır



12.Ev dışına ne sıklıkla seyahat ediyorsunuz?

- Hemen hemen her gün  Hemen hemen her hafta  Nadiren/Hiç

(Haftada bir defadan az)

13.Lütfen şimdiki (geçen bir ay boyunca) iş durumunuzun karşılığı olan en iyi cevabı işaretleyiniz:

- Tam zamanlı (haftada 20 saatten fazla)  
 Kısmi zamanlı (haftada 20 saat veya daha az)  
 Çalışmıyor, fakat aktif olarak iş bakıyor  
 Çalışmıyor, iş bakmıyor  
 Uygulanamaz, yaştan dolayı emekli

14.Lütfen şimdiki (geçen bir ay boyunca) okul veya eğitim programı durumunuzun karşılığı olan en iyi cevabı işaretleyiniz:

- Tam zamanlı  
 Kısmi zamanlı  
 Okul veya eğitim programına devam etmiyor  
 Uygulanamaz, yaştan dolayı emekli

15.Geçen ay içinde, ne kadar sıklıkta gönüllü aktivitelere katıldınız?

- 5 veya daha fazla  1-4 defa  Hiç

16.İnterneti kullanarak sosyal bağlantı için insanlara ne sıklıkta yazarsınız (örneğin; e-mail, Facebook gibi sosyal iletişim ağı siteleri)?

- Her gün/çoğu gün  Hemen hemen her hafta  Nadiren / Hiç

17.Bir online video bağlantı kullanarak sosyal bağlantı için insanlarla ne sıklıkta konuşursunuz (örneğin: Skype, Facebook gibi)?

- Her gün/çoğu gün  Hemen hemen her hafta  Nadiren / Hiç

18.Telefonunuzu kullanarak konuşma veya yazılı mesajla insanlarla ne sıklıkta sosyal bağlantı kurarsınız?

- Her gün/çoğu gün  Hemen hemen her hafta  Nadiren / Hiç

Yorumlar:

### EK-7: Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu (GDÖ-KF)

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

	Evet	Hayır	
1- Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
2- Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
3- Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
4- Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
5- Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
6- Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
7- Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
8- Sıklıkla çaresiz hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
9- Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
10- Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
11- Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
12- Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
13- Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
14- Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
15- Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
0-4: Depresyon yok	5-8: Hafif depresyon	9-11: Orta düzey depresyon	12-15: Şiddetli depresyon

**Toplam Puan (0-15): .....**

### EK-8. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu (BÇSÖ-KF)

<p>Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.</p>					
<p><b>1. Asla böyle bir şey yapmam</b></p>		<p><b>2. Çok az böyle yaparım</b></p>			
<p><b>3. Orta derecede böyle yaparım</b></p>		<p><b>4. Çoğunlukla böyle yaparım</b></p>			
<b>Madde</b>					
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.		1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.		1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.		1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.		1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.		1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.		1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.		1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiçbir şey yapmam.		1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.		1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.		1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.		1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.		1	2	3	4
13. Duygularımı dışarı vururum.		1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.		1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.		1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.		1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.		1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.		1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.		1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.		1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.		1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.		1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.		1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.		1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.		1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.		1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.		1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.		1	2	3	4

## EK-9. Orijinallik Ekran Görüntüsü

### YAŞLI BİREYLERDE YALNIZLIK, SOSYAL KATILIM, DEPRESYON VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>6</b>	%	% <b>6</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** BACANLI, Hasan, SÜRÜCÜ, Mustafa and İLHAN, Tahsin. "Başa Çıkma Stilleri Ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması", İletişim Hizmetleri, 2013.

Yayın

% **1**
- 2** Celap, Ayşegül. "Miyokard infarktüsü geçirmiş kişilerin psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim düzeyleri ve ilişkili değişkenlerin bilişsel adaptasyon kuramı açısından incelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024

Yayın

<% **1**
- 3** Ucar, Berna Gokoglu. "Matematik öğretmen adaylarının Teknolojik Pedagojik Alan Bilgisi İle Matematik öğretim kaygısı Arasındaki İlişki üzerine Bir Çalışma", Necmettin Erbakan University (Turkey)

Yayın

<% **1**

## EK-10. Dijital Makbuz



### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Bahar Burcu Yeşilyaprak  
Ödev başlığı: YAŞLI BİREYLERDE YALNIZLIK, SOSYAL KATILIM, DEPRESYON ...  
Gönderi Başlığı: YAŞLI BİREYLERDE YALNIZLIK, SOSYAL KATILIM, DEPRESYON ...  
Dosya adı: Bahar\_Burcu\_YEŞİLYAPRAK\_Tez.docx  
Dosya boyutu: 158.92K  
Sayfa sayısı: 39  
Kelime sayısı: 8,951  
Karakter sayısı: 60,514  
Gönderim Tarihi: 23-Tem-2024 12:16ÖÖ (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 2420967781



## 9. ÖZGEÇMİŞ

**BİLDİRİLER****Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan****Bildiriler;**

1. Gonca Bumin, Bahar Burcu Kılıç, Hacer Ulu. Boyun Hastalarında Özür ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2009; 20(2)089-163
2. Gonca Bumin, Bahar Burcu Kılıç, Hacer Ulu. Boyun Ağrısı Olan Hastalarda Ağrının Aktivite Performansı Üzerine Etkisi. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2009; 20(2)089-163
3. Katırbaşı Gülfer, Yeşilyaprak Bahar Burcu, Kılıç Eray, Akı Esra (2017). Fizyoterapistlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Sosyal Hayata Katılım Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi (Özet Bilidiri / Sözlü Sunum) (Yayın No:39002215)
4. Katırbaşı Gülfer, Yeşilyaprak Bahar Burcu, Akı Esra (2017). Musculer Distrofili Tanılı Bir Akadamisyenin İş Yaşamında Ergoterapi – Vaka Sunumu. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi (Özet Bidiri/ Poster) ( Yayın No: 4049264)

**KATILDIĞI EĞİTİM VE KURSLAR**

1. Bilgisayar Office Programları İşletmenliği Kursu – 2006
2. Pilates Egzersizleri 1- Kasım 2007
3. Pilates Egzersizleri 2 ve Grup Yönetimi- Ocak 2008
4. Manuel Terapi Palpasyon ve Mobilizasyon Kursu – 2007-2008
5. Diksiyon ve Güzel Konuşma Sanatı Kursu – Mayıs / Haziran 2008
6. Kinesiology Taping Basic Course- Pinotape - Kasım 2008
7. Duyu Bütünlüğü 1 Kursu – Mart 2009
8. Duyu Bütünlüğü 2 Kursu – Nisan 2009
9. Kompleks Boşaltıcı Fizyoterapi ve Manuel Lenf Drenajı – Kasım / Aralık 2009

**KATILDIĞI KONGRE VE SEMPOZYUMLAR**

1. ODTÜ Lise Bilim Okulu- Ocak/Şubat 2000
- 2.ENOTHE Toplantısı- Ekim 2006
3. 3.Uluslararası Yaşlılarla Çalışan Fizyoterapistler Derneği Kongresi (IPTOP)- Kasım 2006
4. 11. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu- Kasım 2006
5. I. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi – Mayıs 2007
6. 12. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu – Kasım 2008
7. II. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi – Mayıs 2009
8. 50.Yıl Fizyoterapi- Rehabilitasyon Kongresi 7-9 Nisan 2011
9. Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Kongresi 21-23 Kasım 2011
10. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi 30 Mayıs- 1 Haziran 2013
11. 3. Fizyoterapide Genç Araştırmacılar ve Yeni Fikirler Sempozyumu -7 Mayıs 2015
12. Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması için Teknik Yardım Projesi Uluslararası Kapanış Kongresi “Ergoterapi ve Rehabilitasyon-30 Mayıs 1 Haziran 2017
13. I. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Sempozyumu -26 Ekim 2020
14. III. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi 25-27 Ekim 2023

**BİLİMSEL ve MESLEKİ KURULUŞLARA ÜYELİKLERİ**

Türkiye Fizyoterapistler Derneği  
Türkiye Ergoterapi Derneği