



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BURDUR'DA 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN YAŞAM
KALİTESİ VE YALNIZLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ
ETMENLER**

Dr.Ahmet Selçuk KILINÇ

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2019



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BURDUR'DA 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN YAŞAM
KALİTESİ VE YALNIZLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ
ETMENLER**

DOKTORA TEZİ

Dr.Ahmet Selçuk KILINÇ

TEZ DANIŞMANI

Dr.Öğretim Üyesi Elif DURUKAN

ANKARA, 2019



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Doktora Programı çerçevesinde Ahmet Selçuk Kılınç tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/06/2019

Tez Konusu : “Burdur’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Durumu ile İlişkili Etmenler ”

TEZ DANIŞMANI: Dr. Öğretim Üyesi Elif DURUKAN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Dr. Öğr. Üyesi Elif Durukan
Prof. Dr. Rengin Erdal
Prof. Dr. Mustafa N. İlhan
Prof. Dr. Recep Akdur
Prof. Dr. Seçil Özkan

Başkent Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Gazi Üniversitesi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 04 / 07 / 2019 tarih ve 31-7 Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 27 / 06 / 2019

Öğrencinin Adı, Soyadı : Ahmet Selçuk Kılınç

Öğrencinin Numarası: 21110056

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı

Programı: Halk Sağlığı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: **Dr. Öğr. Üyesi Elif Durukan**

Tez Başlığı : **Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Durumu ile İlişkili Etmenler**

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 147 sayfalık kısmına ilişkin, 29 /05 / 2019 tarihinde tez danışmanım tarafından "Turnitin" adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 11'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay

27 / 06 / 2019

Öğrenci Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elif Durukan

TEŞEKKÜR

Doktora çalışmamın her aşamasında desteğini ve rehberliğini hep hissettiğim tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Elif DURUKAN'a, doktora eğitim sürecinin başından itibaren bana inanan ve güvenen Prof. Dr. Rengin ERDAL'a, yeterlilik ve tez izleme komitesi toplantılarındaki yol göstericilikleriyle Dr. Öğretim Üyesi Cihangir ÖZCAN, Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN ve Prof.Dr. Şevket Bahar ÖZVARIŞ'a, doktora çalışmam süresince verdikleri derslerle ufkumu genişleten tüm hocalarıma, yaşam kalitesi ölçek ve analizleri ilgili yardımlarından dolayı Prof. Dr. Erhan ESER'e, motivasyonu ve yardımlarıyla hep yanımda olan Dr. Sevinç SÜTLÜ'ye, daima desteğini hissettiğim Dr. Öğretim Üyesi Özgür ÖNAL'a, veri toplama aşamasında yardımlarından dolayı Burdur Toplum Sağlığı Merkezi ebe ve hemşirelerine, çalışmama katılan gönüllü bireylere ve destek, sabır ve sevgilerini esirgemeyen annem, babam ve sevgili kızıma teşekkür ederim.

ÖZET

Dr. Ahmet Selçuk KILINÇ, BURDUR'DA 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN YAŞAM KALİTESİ VE YALNIZLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ ETMENLER, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI 2019

Kesitsel tipteki bu araştırmanın amacı Burdur'da 65 yaş ve üzeri nüfusun yaşam kalitesi ve yalnızlık durumunun belirlenmesidir. Çalışmaya 408 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanlara ev ziyaretleri yapılarak sosyodemografik özellikler, yalnızlık ve yaşam kalitesi risk faktörleri anket formu, "Dünya Sağlık Örgütü yaşlılar için yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-OLD TR Kısa)" ve "UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği" uygulanmıştır.

Gruplara göre yaşam kalitesi ve yalnızlık puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA); yaşam kalitesini ve yalnızlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesinde lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Yaşlıların dörtte biri yalnız, yarısı eşiyile, biri akrabalarıyla yaşamaktadır. %94,8'inin en az bir kronik hastalığı vardır. En sık görülen semptom / durumlar azalan sırayla görme bozukluğu, tuvalete yetişememe, idrar kaçırma ve işitme problemidir. Her dört yaşlıdan birinde yeti kaybı mevcuttur.

Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi puan ortalaması 68.34 ± 12.25 , yalnızlık puan ortalaması 32.92 ± 11.43 'dür.

Yaşlının kadın olması, formal eğitim almamış olması, gelirinin geçimine yetmemesi, gündüz bakım evine gitmek istememesi, tatile gitmemesi, alışverişi başkasının yapması, iştahının kötü-az olması, oturgan olması, işitme probleminin olması, engelli raporunun olması, kendini mutsuz hissetmesi ve yalnız olması yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Yaşlının huzurevinde kalmayı düşünmesi, televizyon izleme ve ev işi dışında iş yapmaması, tatile gitmemesi, oturgan olması, işitme probleminin olması ve kendisini mutsuz umutsuz hissetmesi yalnızlık düzeyini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçların ışığında, yaşlının yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve yalnızlık düzeyinin azaltılması için; yapılacak ev ziyaretleriyle yaşlılık dönemi planlanmalıdır. Sadece geriatric değil, gerontolojik bir yaklaşımla da sağlık ve sosyal hizmetler bütünleşik halde verilmelidir. Kronik hastalık yükünü azaltacak koruyucu sağlık hizmetleri ve aktif yaşlanma önceliklendirilmeli, 1. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri entegrasyonu sağlanmalıdır. Yaşlı dostu kent uygulamaları hayata geçirilmelidir. Yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirmek ve yalnızlığını azaltmak ve bakımı garanti etmek için acilen bakım sigortasının hayata geçirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı; Yaşam Kalitesi; Yalnızlık; WHOQOL-OLD; UCLA-LS

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA15/228) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir (Ek-1).

ABSTRACT

Dr. Ahmet Selçuk KILINÇ, FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE AND CONDITION OF LONELINESS OF THE POPULATION AGED 65 AND OLDER IN BURDUR, BAŞKENT UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH 2019

408 people representing 35.563 people aged 65 and over were included into the scope of this cross-sectional type of study which aims determining the quality of life and condition of loneliness of the population aged 65 and over in Burdur.

The questionnaire form intended for determining of factors that could affect the quality of life and condition of loneliness, "The World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-OLD TR Short)" and "UCLA-LS Loneliness Scale" were used as data source.

The data of the study was collected by home visits, face to face interviews with those who scored 24 and above in the Mini Mental Test (MMT) and evaluated by t-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Linear regression analysis.

Elderly's WHOQOL-OLD Quality of Life score mean is 68.34 ± 12.25 and loneliness score mean is 32.92 ± 11.43 .

One fourth of the elderly live alone, half live with their spouse and one with relatives. 94,8% of them have at least one chronic disease. The most common encountered symptoms / conditions in descending order are impaired vision, urgency, urinary incontinence and hearing problems. One out of four elderly people has disability.

Elderly person's being old woman, having not received formal education, living income insufficiency, unwilling to go to the day care center, not going on vacation, shopping's being done by someone else, having poor-diminishing appetite, being still, having hearing problem, having a disabled report, feeling unhappy and being alone adversely affects life quality.

Elderly's dwelling on living in a senior center, not doing any work other than watching TV and doing housework, not going on vacation, being still, having hearing problem and feeling unhappy desperate affect the loneliness level negatively.

Within the frame of the results obtained from the study; in order to increase the elderly's life quality and decrease the level of the loneliness the old age period should be planned by the home visits which will be done. Not only geriatric, but also with a gerontological approach, health and social services should be given integratedly. Preventive health services and active aging which will reduce the burden of chronic disease should be prioritized, 1, 2 and 3 level health services integration should be ensured. Elderly friendly urban practices should be actualized. It is considered that care insurance's urgently being put into practice in order to improve the quality of life of and reduce the loneliness of the elderly will be appropriate.

Keywords: Aged; Quality of Life; Loneliness; WHOQOL-OLD; UCLA-LS

This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no: KA15/228) and supported by Baskent University Research Fund (Annex-1).

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
TABLolar	xiii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık	4
2.1.1. Dünyada yaşlı nüfus oranı.....	5
2.1.2.Türkiye’de yaşlı nüfus oranı	9
2.1.2.1.Türkiye’de yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri	11
2.1.3.Yaşlılık ve sağlık.....	12
2.1.3.1.Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve oluşan sorunlar	13
2.1.3.2. Yaşlılarda kronik hastalıklar	15
2.1.3.3. Demans.....	18
2.1.3.4. Engellilik (Yeti yitimi)	19
2.2.Yaşam Kalitesi.....	21
2.2.1. Genel bilgiler, tanım	21
2.2.1.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	22
2.2.2. Yaşam kalitesinin ölçümü	23
2.2.3. Yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanım alanları	24
2.2.4.Yaşam kalitesi ölçekleri	24
2.2.4.1. Genel yaşam kalitesi ölçekleri.....	25
2.2.4.2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri.....	25
2.2.5. Yaşlılarda yaşam kalitesi.....	26
2.2.5.1. Yaşlılarda yaşam kalitesi değerlendirmede kullanılan ölçekler	27
2.3.1.Genel bilgiler	27
2.3.2.Yalnızlık düzeyinin belirlenmesi.....	29
2.3.3. Yaşlılarda yalnızlık	29

2.4. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık	31
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
3.1.Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	33
3.2.Araştırmanın Tipi	34
3.3.Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması.....	34
3.4.Örneklem	35
3.5. Araştırmaya Katılma Oranı.....	35
3.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	36
3.6.1.Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	36
3.6.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	36
3.7. Araştırmada Kullanılan Kriter ve Terimler.....	39
3.7.1.Araştırmaya dahil edilme kriterleri	39
3.7.2.Araştırmada kullanılan terimler	39
3.8.Araştırmanın Veri Kaynakları	41
3.9.Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	44
3.10.Araştırmanın Süresi (Takvimi).....	45
3.11.Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi	46
3.12.Etik Açıklamalar	46
4.BULGULAR.....	48
4.1.Araştırmaya Katılan Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	48
4.2.Araştırmaya Katılan Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları.....	59
4.3.Araştırmaya Katılan Yaşlıların Bazı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları	60
4.4.Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Düzeyi Arasındaki İlişki	110
5.TARTIŞMA	117
5.1.Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri	118
5.2.Yaşlıların Yaşam Kalitesi.....	124
5.3.Yaşlıların Yalnızlık Durumu.....	137
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	146
6.1. Sonuçlar	146
6.2.Öneriler.....	147
KAYNAKLAR	149
EKLER	162

SİMGELER ve KISALTMALAR

ADL	Activities of Daily Living
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation System
DALY	Disability Adjusted Life Year (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC	European Organization of Research and Treatment of Cancer (Avrupa Kanser Araştırmaları ve Tedavisi Örgütü)
EQ-5D	EuroQol-5 Dimension(Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu) Yaşam Kalitesi Ölçeği
EUROQOL	EuroQol (Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu) Yaşam Kalitesi Ölçeği
FACT	Functional Assesment of Cancer Therapy
FLIC	Functional Living Index
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HALE	Healty Adjusted Life Expectancy (Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)
HAQ	Sağlık Değerlendirme Anketi
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICF	International Classification of Functioning
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LE	Life Expectancy
LHS	Londra Handicap Scale
MMSE	Mini Mental State Examination
MMT	Mini Mental Test
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
QL	Quality of Life
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease
QOLIE-31	Quality of Life in Epilepsy Inventory

PGC	Philadelphia Geriatric Center
SB	Sağlık Bakanlığı
SELSA	Social and Emotional Loneliness Assesment
SF-36	Short Form-36 (Kısa Form-36)
SIP	Sickness Impact Profile
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UCLA	University of California, Los Angeles
UCLA-LS	University of California, Los Angeles Loneliness Scale
USB	Uzun Süreli Bakım
WHOQOL	World HealthOrganization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi)
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life- Bref (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form)
WHOQOL-OLD	World Health Organisation Quality of Life Instrument- Older Adults Module (Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü)
WHOQOL-OLD TR	Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü- Türkçe sürümü
YLD	Years Life Disabled (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı)

TABLÖLAR

Tablo 1. Yaşlıların Temel Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (Burdur, 2015)	49
Tablo 2. Yaşlıların Sosyal ve Sağlık Güvence Durumlarının Dağılımı (Burdur, 2015)	50
Tablo 3. Yaşlıların Sahip Oldukları Çocuk Sayıları ve Çocuklarının Yaşadıkları Yerin Dağılımı (Burdur, 2015)	51
Tablo 4. Yaşlıların İkamet Durumlarının Dağılımı (Burdur, 2015)	52
Tablo 5. Yaşlıların İkamet Tercihlerinin Dağılımı (Burdur, 2015)	53
Tablo 6. Yaşlıların Bakım Verme/Alma Durumlarının Dağılımı (Burdur, 2015)	53
Tablo 7. Yaşlıların Günlük Aktiviteleri (Burdur, 2015)	54
Tablo 8. Yaşlıların Evin İhtiyaçlarının Karşılama Şekli İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (Burdur, 2015)	55
Tablo 9. Yaşlıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumları (Burdur, 2015)	56
Tablo 10. Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bazı Özellikleri (Burdur, 2015)	57
Tablo 11. Yaşlıların WHOQOL- OLD Temel Alan ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı (Burdur, 2015)	59
Tablo 12. Yaşlıların Yalnızlık Derecelerinin Dağılımı (Burdur, 2015)	59
Tablo 13. Yaşlıların Temel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)	62
Tablo 14. Yaşlıların Çalışma Biçimi, Sosyal ve Sağlık Güvence Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)	64
Tablo 15. Yaşlıların Çocuk Sahibi Olma ve Çocuklarının Kendisi İle Aynı Yerde Yaşama Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)	66
Tablo 16. Yaşlıların Oturduğu Evin ve Evde Birlikte Yaşadığı Kişi Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)	69
Tablo 17. Yaşlıların İkamet Tercihlerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)	72
Tablo 18. Yaşlıların Bakım Verme/Alma Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)	74

Tablo 19. Yaşlıların Günlük Faaliyetlerine ve Tatile Çıkma Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	78
Tablo 20. Yaşlıların Ev İşlerindeki Rolüne Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları -1 (Burdur, 2015).....	81
Tablo 21. Yaşlıların Ev İşlerindeki Rolüne Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları -2 (Burdur, 2015).....	84
Tablo 22. Yaşlıların İştah ve Öğün Sayılarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	86
Tablo 23. Yaşlıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	88
Tablo 24. Yaşlıların Biyodemografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	90
Tablo 25. Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	93
Tablo 26. Yaşlıların Semptom/Durumlarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	98
Tablo 27. Yaşlıların Düşme Deneyimi ve Engelli Raporu Bulunma Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	101
Tablo 28. Yaşlıların Kullandığı İlaç ve Yardımcı Cihaz Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	105
Tablo 29. Yaşlıların Bazı Sağlık Durumlarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	109
Tablo 30. Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (Burdur, 2015).....	111
Tablo 31. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (Burdur, 2015).....	113
Tablo 32. Yaşlıların Yaşam Kalitesini ve Yalnızlık Ölçek Puanlarını Etkileyen Faktörler (Lineer Regresyon Analizi) (Burdur, 2015).....	116

1.GİRİŞ

Bugün, tarihte ilk kez, çoğu insan 60'lı yaşlarını ve ötesini yaşamayı ummaktadır. Bu durum, düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde büyük ölçüde doğum ve çocukluk dönemindeki enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin azalmasının sonucudur. Üst gelir grubundaki ülkelerde ise beklenen yaşam süresindeki artış, başlıca yaşlılar arasındaki azalan ölüm oranlarına bağlıdır (1).

Dünya'da 60 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfus içindeki payı 1990'da %9,2 iken, 2015'te %12,3'e ulaşmıştır. Projeksiyonlar 60 yaş ve üzeri nüfusun her yıl %3 oranında artarak 2030'da %16,5'e 2050'de %21,1'e ulaşacağını göstermektedir (2, 3, 4).

Bugün, 125 milyon insan 80 yaş ve üzerindedir. 2050 yılında, bu yaş grubundaki kişi sayısının 434 milyon kişiye ulaşacağı ve bunun neredeyse 120 milyonunun sadece Çin'de yaşayacağı tahmin edilmektedir. Tahminlere göre 2050 yılında bütün yaşlıların %80'i düşük ve orta gelir grubu ülkelerde yaşıyor olacaktır (5).

Türkiye'de 2015 yılı sonu itibari ile ortanca yaş 31'dir, 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %8,2'ye (Erkek: %7,2; Kadın: %9,3) ulaşmıştır (6,7). Bu oranın 2023 yılında %10,2; 2050 yılında %20,8; 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (8). Bu araştırmanın gerçekleştirildiği Burdur ilinde yaşlı nüfus oranı Türkiye ortalamasının yaklaşık iki katıdır (sırasıyla %13,75 ve 8,2) (8).

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı artarken, son iki dekatta 65 yaşa ulaşmış yaşlıların beklenen yaşam süresi de artmış olup 2013'te OECD ülkelerinde kadınlarda 21, erkeklerde 18 ilave yıl söz konusudur. Ancak 65 yaşa ulaşmış yaşlıların artmış olan yaşam beklentisi, sağlıklı yaşam yılları anlamına gelmemektedir. Avrupa ülkelerinde 65 yaşa ulaşmış olan yaşlıların ortalama 9,5 yıl daha sağlıklı yaşam yılının olacağı bildirilmektedir (9).

Yaşlılıkla birlikte pek çok sağlık sorununun da görülme sıklığı artmaktadır. Engelliliğin en büyük yükünün duyuşal yetersizlik (özellikle düşük ve alt-orta gelir grubu ülkelerde), sırt ve boyun ağrısı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (özellikle düşük ve düşük-orta gelir grubu ülkelerde), depresyon, düşme, diyabet ve demans (özellikle üst gelir grubu ülkelerde) ve osteoartrit'den kaynaklandığı tahmin edilmektedir (1).

Yaşlılıkla birlikte hareket, duyu ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme olmakta, bağışıklık sistemi ile deri fonksiyonlarında bozulmalar yaşanmaktadır. Tüm dünyada yaşlılarda ölümlerin başlıca sebepleri arasında iskemik kalp hastalıkları, inme ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları sayılmaktadır. Yine azalan sırayla trakea, bronş ve akciğer kanserleri, alt solunum yolu enfeksiyonları, diyabet, hipertansif kalp hastalığı, siroz, mide kanseri, kolon ve rektum kanseri ölüm nedenleri olarak sıralanmaktadır. Yaşlılarda karşılaşılan diğer sağlık sorunları arasında, zayıflık/güçsüzlük(*frailty*), üriner inkontinans, düşme, beslenme bozuklukları, ağız ve diş problemleri, işitme ve görme problemleri gelmektedir (1).

Son 50 yılda kırdan kente doğru çok büyük bir demografik kayma olmuştur. Ulaşım ve iletişimdeki ilerlemelerin sonucu olarak küreselleşme; aile yapısını da etkilemiş, genç nüfusun kentlere olan hareketi ile yaşlı, destekleyici unsurlarını kaybetmeye başlamış ve evde yalnız yaşayan yaşlı oranı artmıştır (1). Özellikle ileri yaşlılıkta en önemli sorunların başında bireyselleşme, yalnızlık ve bakıma muhtaçlık gelmektedir (10).

Yalnızlığın yaşlı sağlığına etkileri kesin olarak kanıtlanmamakla beraber kronik hastalık durumunu şiddetlendirebileceği ve bireylerin sağlıklarını daha kötü algılayabilecekleri belirtilmektedir (11).

Doğuşta beklenen yaşam süresinin yıllar içinde yükselmesi, beraberinde 65 yaşa ulaşmış yaşlıların beklenen yaşam sürelerinin artışı arzu edilen bir gelişme olmakla beraber yaşanan yılların niteliği konusunu da gündeme taşımıştır (9, 12, 13).

Yaşlanan nüfusun artışı, toplumun sağlık durumundaki gelişmenin dolaylı göstergesi olmasına karşın, yeni problemleri de beraberinde getirmektedir. Toplumdaki yaşlıların birçok dezavantajı vardır ve fiziksel, sosyal, mental ve ekonomik refahları birbiriyle ilişkilidir. Yaşlılarda yaşam kalitesi demografik kayma ile ilişkilidir. Yaşlılarda yaşam kalitesi ile ilgili durumlar genel popülasyondan farklıdır. Bireyin iyi olma durumunun objektif ve subjektif komponentleri vardır. Yaşam kalitesi iyi olmanın subjektif komponentidir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), yaşam kalitesini, sağlık, mutluluk, eğitim, sosyal ve entelektüel beceri, hareket özgürlüğü, adalet ve ifade özgürlüğü gibi faktörlerin etkisinin bileşiminden oluşan yaşam koşulları olarak tanımlamaktadır (14).

Özellikle yüksek geliri olan ülkelerdeki yaşayan yaşlıların daha uzun yaşadığı konusunda kuvvetli deliller olmasına karşın, bu ek yıllardaki yaşam kalitesi net değildir, değişken olabilmektedir (1).

Bu araştırmanın yakın amacı; Burdur’da yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun yaşam kalitesi ve yalnızlık durumunun belirlenmesi ile yaşam kalitesi ve yalnızlık durumunu etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

Uzak amacı ise; araştırma sonuçlarının yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerinin planlama ve sunumuna katkı sağlamasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma, dünyaya gelen her canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölümlle sonuçlanmaktadır. Yaşlılık ise yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılığın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreç olduğu bildirilmektedir (15). Yine yaşlanmanın bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir (16).

Yaşlanma moleküler ve hücrese seviyede hasarla ilişkilidir ve hasar zamanla fizyolojik kapasitede azalmaya yol açmakta, birçok hastalığın görülme riski artmakta, bireysel kapasite azalmakta, sonunda ölüm gerçekleşmektedir (1).

Yaşlılıktaki değişiklikler sadece yaşa bağlı değildir. 70 yaşında bir bireyin fiziksel ve mental sağlığı yerinde olabilirken, bir başka yaşıtı temel bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyabilir. Bu farklılıklar çevresel ve bireysel davranışlardan kaynaklanabilmektedir. Biyolojik kayıpların yanında sosyal konum ve rollerde kayıplar, hedeflerde değişmeler de meydana gelmektedir (1).

Yaşlılık dönemi olarak ele alınan dönem, sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma performansının ve verimliliğin azaldığı ve emekli olunan dönem, kronolojik olarak ise genellikle 65 yaş ve üzeri grubu göstermektedir. Kronolojik olarak bakıldığında DSÖ'ne göre 65 yaş ve üzeri dönem yaşlılık olarak tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler ise 60 yaş ve üzeri dönemi yaşlılık dönemi olarak kabul etmektedir. Yaşlılık dönemi kendi içinde 65-74 yaş "genç yaşlı", 75-84 yaş "yaşlı", 85 yaş ve üzeri "ileri yaşlı", yaşam süresinin uzaması ile 100 yıl yaşayanlar "asırlık (centenarian)" ve 110 yıl yaşayanlar "süper asırlık" olarak gruplandırılmaktadır (16). Pratikte her ne kadar kronolojik tanım kullanılsa da yaşlıların ihtiyaç ve kapasiteleri açısından beklenen yaşam süresi de önemli olmaktadır. Yaşlıların kronolojik yaşının yanında "prospektif yaş"ından da

bahsetmek gerekmektedir. 1950 ve 2000’de yaşayan iki kişi olduğunu farz edelim. 1950’de 40 yaşındakinin 30 yıl beklenen yaşam süresinin olduğunu, 2000’de 50 yaşında olanın 30 yıl beklenen yaşam süresinin olduğu farz edildiğinde; 2000’de 50 yaşında olanın 1950’nin standartlarına göre prospektif yaşının 40 olduğu şeklinde ifade edilebilir (17).

Yaşlılık toplumlar için de kullanılmaktadır; yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı %4’den az ise “genç toplum”, %4-7 arasında ise “olgun toplum”, %7-10 arasında ise “yaşlı toplum”, %10’un üzerinde ise “çok yaşlı toplum” olarak nitelendirilmektedir (16).

2.1.1. Dünyada yaşlı nüfus oranı

Sağlık bakımı, beslenme, sanitasyon, eğitim ve ekonomik alandaki ilerlemeler, doğurganlık hızı ile bebek ölümlerinde azalmaya, beklenen yaşam süresinde uzamaya neden olmakta, bunun sonucu olarak da yaşlı nüfus artmaktadır (18).

Dünya nüfusu 2012 yılında 562 milyonu (%8,0) 65 yaş ve üzeri nüfus olmak üzere 7 milyara ulaşmıştır. Sadece 3 yıl sonra 2015’te yaşlı nüfus 55 milyon artarak toplam nüfus içindeki oranı %8,5’e yükselmiştir (Kadın: %9,5 ve Erkek: %7,5); bu oran 2030’da %12,0 (Kadın: %13,4 ve Erkek: %10,7), 2050’de %16,7’ye (Kadın:%18,5 ve Erkek:%14,9) ulaşacaktır (19).

Nüfusu en az bir milyon olan ülkeler arasında en yüksek yaşlı oranına sahip ülkelerin başında azalan sırayla Japonya, Almanya ve İtalya gelmekte olup, 2050’de Japonya, Güney Kore, Honkong ve Tayvan olarak sıralanacaktır (19). Ülkelere göre bakıldığında, nüfusu bir milyonun üzerinde olan ülkelerde 60 yaş ve üzeri nüfus dikkate alındığında, Japonya şimdiden %30’u geçmiştir. Bu yüzyılın ortasında Avrupa Ülkeleri, Kuzey Amerika, Şili, Çin, İran, Kore, Rusya Federasyonu, Tayland ve Vietnam da Japonya’nın şimdiki oranına ulaşmış olacaktır (1). En kalabalık kıta

olan Asya'da 2015 yılında yaşlı nüfus oranı %7,9 olup bu oran 2030'da %12,1'e 2050'de %18,8'e ulaşacak ve Asya yine en kalabalık kıta özelliğini koruyacaktır. Avrupa'da 2015'de 17,4 olan yaşlı nüfus oranı 2030'da %22,8 2050'de en fazla yaşlı nüfus oranına sahip kıta olma özelliğini koruyarak %27,8'e ulaşacaktır. Kuzey Amerika bölgesi 2015'de %15,1'lik yaşlı nüfus oranı ile ikinci en fazla yaşlı nüfus oranına sahip kıta iken, 2030'da bu oran %20'ye ve 2050'de %21,4'e ulaşacaktır. Okyanusya olarak tarif edilen bölgenin yaşlı nüfus oranı 2015'de %12,5 iken bu oranlar 2030'da %16,2 ve 2050'de %19,5 olacaktır. Latin Amerika ve Karayipler'de yaşlı nüfus oranı 2015'de %7,6 iken bu oranlar 2030 ve 2050'de sırasıyla %11,8 ve %18,6 olacaktır. En genç kıta olan Afrika'da 2015'de yaşlı nüfus oranı %3,5 olup 2030 ve 2050'de bu oranlar %4,4 ve %6,7 olacak ve en genç kıta özelliğini koruyacaktır (19).

İnsanlık tarihinde ilk kez 65 yaş ve üzeri nüfus, 5 yaş altı nüfusu geçmek üzeredir. 2020 yılından önce gerçekleşecek olan bu durum, ters yönde ivmelenerek 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus, 5 yaş altı nüfusun 2 katından daha fazla hale gelecektir (19).

Şimdiye dek sadece gelişmiş ülkeleri etkileyen yaşlı nüfusun artışı artık, gelişmekte olan ülkelerde de gerçekleşmektedir. Şu anda yaşlı nüfusun 2/3'si gelişmekte olan ülkelere, 2050 yılında bu oranın 4/5 olması beklenmektedir (18).

Dünya'da en yüksek ortanca yaşa sahip iki ülke Almanya ve Japonya'dır. Japonya'da 2015'de 47 olan ortanca yaş, 2030'da 53, 2050'de 56'ya ulaşacak, Japonların neredeyse yarısı yaşlılık sınırında olacaktır (19).

Nüfusun kendi içinde kompozisyonu da hızla değişmektedir, 2050 yılında 60 yaş ve üstü nüfusun 15 yaş altı nüfusu geçeceği bildirilmektedir (3). 2015 yılında toplam bağımlılık oranı 73 olup, 2050'de 78'e ulaşacaktır. Yaşlı bağımlılık oranı aynı dönemde 15'den 30'a, genç bağımlılık oranı ise 59'dan 48'e değişim gösterecektir (19). Sadece 15 yılda yaşlı nüfus oranı %60 artarak 2030'da bir milyara ulaşacaktır, yani yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %12 olacaktır. Sonraki 20 yılda yaşlı nüfus oranı artmaya devam ederek, 2050'de 1,6 milyara ulaşacak olup bu da 9,4

milyarlık toplam nüfusun %16,7'sine tekabül etmektedir. Bu 2015'ten 2050'ye her yıl ortalama 27,1 milyon yaşlının artması anlamına gelmektedir. Gelecek 35 yılda yaşlı nüfusta %150'lik artışa karşın 20 yaş altı genç nüfus sayısı neredeyse aynı kalacaktır. Aynı süre içinde çalışan nüfus (20-64 yaş) sadece %25,6 artacaktır. Düşük doğurganlık ve artan yaşam beklentisine bağlı olarak da çalışan nüfus oranı 10 yıllar içinde düşüş gösterecektir (19). Doğumda Beklenen Yaşam Süresi gelişmiş ülkelerde şimdiden 78'i, gelişmekte olan ülkelerde ise 68'i bulmuştur. 2050 yılında bu rakamların sırasıyla 83 ve 75 olacağı öngörülmektedir. Ülkeler arasında farklılıklar da söz konusudur. Örneğin; 60 yaşına gelmiş bir İsveçli'nin 25 yıl daha, bir Afgan'ın ise 16 yıl daha yaşaması beklenmektedir. Bu arada çok yaşlı nüfus olarak adlandırılan 80 yaş ve üstü nüfus, yaşlı nüfus içerisinde en hızlı büyüyen grup olmaktadır (18). Dünya'da bölgeler arası farklılıklar olsa da gelecekte karşı karşıya kalacağımız tabloyu değiştirmeyecektir. Sahra altı Afrika, 15 yaş altı nüfus oranı %40 ve yaşlı nüfus oranı %6 ile en genç bölge olarak görünmekle birlikte, 2050'de yaşlı nüfus şimdiki sayının 13 katına çıkacaktır. Japonya'da 60 yaş ve üzeri nüfus oranı şimdiden %30'a ulaşmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde söz konusu demografik geçiş daha hızlı olmaktadır. Fransa'da yaşlı nüfusun ikiye katlanması için 115 yıl gerekmiştir, bu süre Brezilya'da 21 yıl olacaktır (18).

Dünyanın en yaşlı 100 insanının 90'ı kadındır. Bütün canlılarda dişiler daha uzun yaşam beklentisine sahip olup 2000 yılında doğan kız çocuklarının %50'sinin yirmi ikinci yüzyılı göreceği bildirilmektedir (20). 2015'de dünyada doğumda beklenen yaşam süresi 68,6 yıl iken 2050'de 76,2 yıl olacaktır. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise 2015'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi erkeklerde 66,2, kadınlarda 73,7 yıl iken, 2050'de bu rakamlar sırasıyla 70,7 ve 78,8 olacaktır. 65 yaşa ulaşmış yaşlıların beklenen yaşam süreleri de uzamaktadır. Örneğin Japonya'da 65 yaşa ulaşmış erkeklerde yaşam beklentisi 20 yıl, kadınlarda 25 yıldır. 2050'de bu rakamların sırasıyla 25 ve 30 olması beklenmektedir (19).

2015'de dünyada 901 milyon kişi 60 yaş ve üzerinde olup, 2050 yılında bu sayının 2 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir. Dünya tarihinde ilk kez 60 yaş ve üzeri nüfus, 0-14 yaş nüfusu geçmiş olacaktır. Yaşlı nüfusun %55'i Asya kıtasında yaşamaktadır, bunu %21 ile Avrupa izlemektedir. 2015 yılında her 8 kişiden 1'i 60

yaş ve üzeri grupta iken, 2050 yılında her 5 kişiden 1'i bu grupta yer alacaktır. Avrupa'da her 5 kişiden 1'i, Asya ve Latin Amerika ve Karayipler'de her 9 kişiden 1'i, Afrika'da her 16 kişiden 1'i 60 yaş ve üzeri gruptadır. Ancak çok kısa süre içerisinde az gelişmiş ülkelerde de nüfus hızla yaşlanacaktır (3, 21, 22).

2015 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus oranı Avrupa'da %17,4; Kuzey Amerika'da %15,1; Okyanusya'da %12,5; Asya'da %7,9; Latin Amerika ve Karayipler'de %7,6 ve Afrika'da %3,5 iken 2050 yılında bu oranlar sırasıyla %27,8; %21,4; %19,5; %18,8; %18,6 ve %6,7 olacaktır (19).

Yaşlı nüfus da kendi içinde yaşlanmaktadır. 60 yaş ve üzeri nüfusun içerisinde 80 yaş ve üzeri nüfusun oranı 2015'te %14'dür ve 2050 yılında bu oranın %20'ye ulaşması beklenmektedir. Yine 100 yaş ve üzeri nüfus da hızla artmaktadır, bugünden 2050 yılına kadar 10 kat artarak 3,2 Milyona ulaşması beklenmektedir (22).

Yaşlı nüfusun 2/3'si gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Ancak sayıları gelişmiş ülkelere daha hızlı artmaktadır. 2050'de 80 yaş ve üzeri her 3 kişiden 1'i gelişmekte olan ülkelere yaşayacaktır (22).

2015'de yaşlı nüfusun çoğu kadındır. 60 yaş ve üstü nüfusun %54'ü, 80 yaş ve üstü nüfusun %61'i kadındır. Önümüzdeki yıllarda kadın ve erkek arasındaki farkın azalarak, 2050'de bu oranın %58'e düşeceği bildirilmektedir (22). 2000-2005 yılları arasında doğan kız çocuklarının %60'ı ile erkek çocuklarının %52'sinin 80'inci doğum gününü kutlaması beklenmektedir. Beklenen yaşam süresi ile birlikte, 60 yaşına ulaşanların beklenen yaşam süreleri de uzamıştır. Erkeklerde 60 yaşında beklenen yaşam süresi az gelişmiş ülkelerde 18 yıl, gelişmiş ülkelere ise 21 yıl iken, kadınlarda bu rakamlar sırasıyla 20 ve 25 yıldır (21, 22).

Dünya'da yaşlı erkeklerin %81'i evliyken, yaşlı kadınların sadece %50'si evlidir. Az gelişmiş ülkelere ise bu oranlar sırasıyla 85 ve 38'dir (21).

Yaşlı nüfus kırsaldan ziyade artan oranda şehirlerde yaşamaya başlamıştır. 60 yaş ve üzeri nüfusun 2000 yılında %51'i şehirlerde yaşarken, 2015'de bu oran %58'e ulaşmıştır. 80 yaş ve üzeri nüfusta bu oran %63'tür (22).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte yalnız yaşayan yaşlıların oranının artacağı öngörülmektedir. Yaşlıların %40'ı yalnız, yaşamaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelerde %75 civarında iken, gelişmekte olan ülkelerde %25; az gelişmiş ülkelerde %10 civarındadır. 2012'de 15-64 yaş çalışan nüfusun 65 yaş ve üzeri nüfusa oranı 8 iken, 2050'de 4'e düşecektir. Bu durum sağlık ve sosyal sigorta sistemlerini olumsuz etkileyebilecektir (21).

Dünyada 2015 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusta erkeklerin %30'u, kadınların %15'i halen aktif işgücünün içindedir. Yaşlı nüfusun işgücüne katılımı da gelişmişlik ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Ekonomik olarak aktif olan yaşlı oranı az gelişmiş ülkelerde daha fazladır. Az gelişmiş ülkelerde yaşlıların ileri yaşlara kadar çalışmasının sebebi sınırlı sigorta imkanlarına sahip olmaları ile düşük emekli aylıklarına bağlanmaktadır (22). Emeklilik yaşı da gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere göre daha ileridir. Yine tüm dünyada kadınlar erkeklere göre 5 yıl daha erken emekli olmaktadır. Genelde gelişmiş ülkelerde 65 yaşa gelindiğinde emeklilik hak edilirken, gelişmekte olan ülkelerde 55-60 yaş arasında emekli olunabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu durumun sebebi olarak bu ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemlerinin yeni olması, beklenen yaşam beklentisinin düşüklüğü ile yaşlı bakım oranının yüksekliği gösterilmektedir. Almanya, İtalya, Japonya ve İsveç'te her 3 çalışana 1 yaşlı düşerken, Bahreyn, Katar ve Birleşik Arap Emirliklerinde her 30 çalışana 1 yaşlı düşmektedir. Türkiye'de ise; her 11 çalışana 1 yaşlı düşerken, 2050'de her 3 çalışana 1 yaşlı düşecektir (21).

2.1.2. Türkiye'de yaşlı nüfus oranı

Türkiye'de 1927'de yapılan ilk nüfus sayımında 13,6 milyon olan nüfus, pronatalist politikalarla 1960'da 27,7 milyona, toplam doğurganlık hızı da 6 çocuğa ulaşmıştır. 1965'den itibaren ise; antinatalist politikalarla doğurganlık azalmış,

köyden kente göç, ana ve çocuk sağlığındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinde artış ve kadının çalışma hayatına katılması ile doğurganlık iyice azalmış Toplam Doğurganlık Hızı 2,16 çocuğa gerilemiştir. Erken yaş ölümlerinin azalması ile de doğumda beklenen yaşam süresi uzamıştır (23). 1940'lı yıllarda erkekler 30, kadınlar 33 yaşına kadar yaşarken, bu süre günümüzde erkeklerde 71 yaş, kadınlarda 76 yaşa çıkmıştır (23).

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre; 2014 yılında Türkiye'nin nüfusu 77.695.904 olup, Kentsel Nüfus Oranı %87,2; 0-14 Yaş Nüfus Oranı %24,3; 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı %8,0; Genç Bağımlılık (0-14Yaş) Oranı %35,8; Yaşlı Bağımlılık (65 yaş ve üzeri) Oranı %11,8; Toplam Bağımlılık Oranı %47,6'dır. Türkiye'de yıllık Nüfus Artış Hızı % 13,3; Kaba Doğum Hızı % 17,3; Kaba Ölüm Hızı % 5,1; Toplam Doğurganlık Hızı 2,2'dir (24).

Türkiye'de ortanca yaş 1930'lu yılların başında 21,2 (Kadın: 23,4 ve Erkek: 19,1) iken nüfus artış hızınının 1985 sonrası azalmaya başlaması ile yükselmeye başlamış 1990-2000 arasında 22,2'den 24,8'e ulaşmıştır. 2007'de 28,3; 2015'de 31 (Kadın:31,6 ve Erkek: 30,4) yaşa ulaşmış olup yapılan projeksiyonlara göre de 2023'de 34, 2050'de 42,9 ve 2075'de 47,4'e ulaşması beklenmektedir (25).

Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi 1990'da 65 yıl (Erkek 62, Kadın 67) iken, 2014'de 77 yıla (Erkek 74,8, Kadın 79,3) ulaşmıştır (24, 25, 26).

Türkiye'de 1970'lerden itibaren 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı sürekli artmış 1940'da %3,5; 1970'de %4,4, 2010'da %7,2, 2015'de %8,2'ye ulaşmıştır. Yaşlı bağımlılık oranları da 1940'da %6,5'den, 2014'de %11,8'e çıkmıştır (23).

Türkiye'de 1960-2002 döneminde "60+" yaş grubunun %57, "80+" yaş grubunun ise %266 arttığı bildirilmektedir. Yaşlıların oransal artışının %1000'lere ulaşması beklenmektedir (20).

TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar Raporu'na göre yaşlı nüfus oranı; 2015 yılı sonu itibari ile %8,2'dir. Yaşlı nüfusun %43,8'ini erkek nüfus, %56,2'sini kadın nüfus

oluşturmaktadır (27). Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında %10,2; 2050 yılında %20,8; 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (8).

2.1.2.1. Türkiye’de yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri

Eğitim durumuna göre yaşlı nüfus incelendiğinde, 2015 yılında yaşlı nüfusun %43’ü ilkokul mezunu, %5,2’si ortaokul veya dengi okul mezunu, %5,6’sı lise veya dengi okul mezunu, %5,4’ü yüksekokul veya fakülte mezunudur. Yaşlı nüfusun eğitim durumu cinsiyete göre incelendiğinde, tüm eğitim düzeylerinde yaşlı erkek nüfus oranı yaşlı kadın nüfus oranından daha yüksektir (28).

2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki kadın nüfusun %52,4’ünün eşi ölmüş iken, erkek nüfusun %13,7’sinin eşi ölmüştür. Yaşlı kadın nüfusun %42,2’si evli iken erkeklerin %82,7’si evlidir (29). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008)’e göre yaşlıların %62’sinin evli, %36’sının eşleri ölmüştür. Evli olan kadınların yüzdesi yaş ilerledikçe düşmektedir ve çok ileri yaşlı kabul edilen kadınların sadece %10’u evlidir. Diğer taraftan aynı yaş grubundaki erkeklerin yarısı evlidir (23).

2011 yılında emekli ve dul-yetim aylıklarından yararlanan erkeklerin oranı %67,4 , kadınların oranı ise %28,5’tir. Diğer sosyal yardımlardan yararlanan yaşlı kadınların oranı %58,6 iken, erkeklerin oranı %1,7’dir (29).

Eşdeğer hane halkı kullanılabilir medyan gelirinin %60’ına göre hesaplanan yoksulluk oranı Türkiye geneli için %22,6 iken bu oran yaşlı nüfus için %17,0’dır. 65 ve daha yukarı yaştaki erkeklerde yoksulluk oranı %15,9; kadınlarda ise %17,9’dur (29).

Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması’na göre 2014’de 65 yaş ve üzeri nüfus oranına bölgelere göre bakıldığında; Doğu Karadeniz Bölgesinde %12,6; Batı Karadeniz Bölgesinde %12,2; Batı Marmara Bölgesinde %11,7 ve Ege Bölgesinde %10,3 iken Orta Anadolu Bölgesinde %5,9; İstanbul’da %5,9 ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde %4,5’dir (24).

Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması'na göre Türkiye'de Toplam Bağımlılık Oranı en yüksek olan bölge %68,6 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi, en düşük olan bölge %40,4 ile İstanbul'dur. Yaşlı bağımlılık oranı, çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısıdır. Türkiye'de 2014 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11,8'dir (24).

Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı en yüksek il %17,3 ile Sinop; en düşük il %2,9 ile Hakkari; yaşlı bağımlılık oranı en yüksek il %27,2 ile Sinop, en düşük il ise %4,6 ile Hakkari'dir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Burdur'da bu oranlar sırasıyla %13,8 ve %20,3'dür (24).

Yaşı 60 ve üzeri en az 20 milyon insanın yaşayacağı bir Türkiye'nin oluşmasına az bir süre kalmıştır. Türkiye'nin, 2011 yılında her 100 kişiden 10'unun yaşlılardan meydana geldiği bir toplumdur, her 100 kişiden 20'sinin yaşlılardan meydana geleceği topluma doğru yol almakta olduğu bildirilmektedir. Bugün 20-39 yaş grubundaki genç ve orta yaşlı olanların ileride kendisinin de yaşlanacağı ve bir kısmının yaşlısına bakan yaşlı olarak nitelendirileceği ifade edilmektedir (20). Türkiye'nin yaşlılık katsayısının Avrupa'nın en yaşlı toplumu olan Almanya'nın yaşlılık katsayısından daha yüksek olduğu ve hızla yaşlanan Türkiye'nin pek çok riski olduğu ve riskin arttığı bildirilmektedir.

Genel bağımlılık yerine "yaşlılık yükü" olarak tanımlanan katsayı hesaplanacak olursa, yani 15-59 yaş grubundaki her 100 kişiye kaç yaşlının düştüğüne bakıldığında, Türkiye'de %13,6'dır. Almanya'da bu oran 1995'te %36,9; 2000'de %42,8 idi ve 2030'da %73,5'e yükseleceği öngörülmüştür. Yaşlılık yükü hesaplamasının zayıf olan tarafı 15-59 yaş arası herkesi çalışıyor kabul etmesidir. Türkiye'de bu oranın düşük olmasının yanıltıcı olduğu bildirilmektedir (30, 31).

2.1.3. Yaşlılık ve sağlık

Yaşam süresinin uzaması sadece mortalite ve morbidite yönünden değil, bireylerin yaşam kalitesi açısından da önemli sorunları beraberinde getirdiği

bildirilmektedir (32). Yaşlıların özellikle de gelişmiş ülkelerde daha uzun yaşadığına dair kuvvetli deliller olmasına karşın, bu ekstra yıllar kaliteli bir yaşam anlamına gelmemektedir. Bu dönemde yaşlıların hastalık yükleri fazladır (1). Yaşlılıkla birlikte anılan birçok durum söz konusudur. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrı, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmet kullanımı ve sosyal izolasyon gibi durumlar yaşlılıkla ilişkilidir (33). Yaşlıyı en çok rahatsız eden hastalık veya durumlar arasında; demans, depresyon, düşme ile inkontinans gelmektedir. Yeti yitimi, yalnızlık ve yoksulluk da yaşam kalitesini etkileyebilecek durumların başında gelmektedir. Geriatrik sendromlar olarak adlandırılan grupta; eklem ağrısı, osteoporoz ve kalça kırığı, düşmeler, kırılabilirlik/güçsüzlük (*frailty*), inkontinans, uyku bozuklukları, deliryum, malnutrisyon, ilaç kullanımı, ihmal sendromu (*self-neglect*), bası yaraları sayılmaktadır (34, 35).

2.1.3.1. Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve oluşan sorunlar

Yaşla birlikte kas iskelet sistemindeki güç ve fonksiyon kaybına bağlı olarak kas kütlesi azalmaktadır. Yine yaşlanmayla birlikte kemik ve eklemlerde belirgin değişiklikler meydana gelmekte, kemik kitle ve dansitesi azalmakta, özellikle de postmenopozal kadınlarda düşmeye eğilim ve osteoporoza bağlı olarak kırık riski artmakta, özellikle de kalça kırığı yaşam kalitesinin azalmasına neden olan önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Eklem kırıklarında erozyon ve eklem sıvısında azalmaya bağlı olarak eklemler rijit ve kırılabilir hale gelmektedir. Bunlara ek olarak yaşlanmanın kas iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileriyle yürüme hızında da belirgin yavaşlama meydana gelmektedir (1).

Yaşlanmayla birlikte görme ve işitme fonksiyonlarında azalma meydana gelmektedir. Yaşla ilişkili işitme kaybı yüksek frekanslarda belirgin olmak üzere bilateraldir. Tedavi edilmeyen işitme kayıpları sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon ve bilişsel fonksiyonlarda azalmaya neden olabilmektedir. Yaşla birlikte presbiyopi, lensin opasitesinin artmasıyla katarakt, maküler dejenerasyonla retinal hasar ve sonuçta ciddi görme kayıpları meydana gelebilmektedir. Görme yetersizlikleri de mobilitede kısıtlanmaya neden olmakta, kişilerarası ilişkileri

etkileyip, depresyonu tetikleyebilmekte, düşme riskini ve kazaları artırabilmektedir (1).

Bilişsel (*kognitif*) fonksiyonlar da çeşitli derecelerde etkilenmekte, hafıza ve bilgi işleme hızında bozulmalar, dil becerilerinde azalmalar olabilmektedir (1).

Yaşlılıkta seksüel aktivite aktif olarak devam etmekle birlikte, ileri yaş artmış hastalık riski nedeniyle seksüel fonksiyonları etkileyebilmektedir (1).

İmmün sistem, özellikle T hücre aktivitesi yaşla azalmaktadır. İleri yaşlarda yeni enfeksiyon ve aşılarmaya cevap kapasitesinde değişiklikler olmakta, ayrıca kronik stres immün cevabı ve aşılarmın etkinliğini azaltabilmektedir. İlerleyen yaşla inflamatuvar ajanların serum seviyesinde artış gözlenmekte bu durum kırılgnalık, ateroskleroz ve sarkopeniye yol açabilmektedir (1).

Deri yaşla birlikte bariyer olma özelliğini yitirmekte, kollajen ve elastin liflerin kaybıyla dermatit, bası yarası ve deri yaralanmalarına duyarlı hale gelmektedir. Çevresel etkilerin kümülatif etkisi, özellikle de güneş ışınlarının etkisi ile neoplastik hastalık riski artmaktadır (1).

Depresyon ve anksiyete yaşlılarda sıklıkla bir arada görülebilir. Yaşlılarda anksiyete prevalansı %6-10 arasındadır. Depresyon prevalansı ise %2-3'tür. Anksiyetesi olan yaşlıların %13'ünde aynı zamanda depresyon; depresyonu olan yaşlıların %36'sında aynı zamanda anksiyete olmaktadır (1).

Üriner inkontinans yaşlılarda en çok görülen engellilik durumudur. Yaşla sıklığı artar ve tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklerden daha çok görülür. Demans ve depresyonla da birliktelik gösterebilen üriner inkontinans hem yaşlının hem de bakım verenin yaşam kalitesini derinden etkilemektedir (1).

Düşme yaşlılarda en önemli problemlerden biridir. 65 yaş ve üzeri yaşlıların %30'u, 85 yaş ve üzeri yaşlıların %50'si yılda 1 kez düşme deneyimi yaşamaktadır. Düşmelerin %4-15'inde ciddi yaralanmalar gerçekleşmekte olup yaşlılardaki kazaya

bağlı ölümlerin %23-40'ı düşmeye bağlıdır. Düşmeler basit yaralanmalardan kalça kırıklarına kadar değişen ciddi problemlere yol açabilmektedir (1).

2.1.3.2. Yaşlılarda kronik hastalıklar

Yaşlılıkla birlikte hastalık örüntülerinin değişmekte olduğu ve kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı, hemen hemen tüm ülkelerde kronik hastalıkların ölümlerin en temel sebeplerini oluşturduğu bildirilmektedir (36).

Dünya'da 60 yaş ve üzeri nüfusta ölümlerin ilk üç nedeni iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (16).

Dünya'da 2012 yılında 60 yaş ve üzeri nüfustaki hastalık yükü (Sağlıklı yaşamdan kaybedilmiş yıl (DALY; Disability-Adjusted Life Year) nedenlerine bakıldığında da yukarıda sayılan hastalıklar aynı sıra ile sayılmaktadır. Dördüncü sırada solunum sistemi kanserleri, 5.sırada alt solunum yolu enfeksiyonları, 6.sırada diyabet, 7.sırada hipertansif kalp hastalığı, 8.sırada karaciğer sirozu, 9. sırada mide kanseri ve 10.sırada ise kolon ve rektum kanseri yer almaktadır (1).

Türkiye'de tüm ölümlerin %79'u kronik hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Ölümlerin %48'i kalp damar hastalıkları, %13,7'si kanserler, %8'i solunum sistemi hastalıklarına bağlıdır. Türkiye'de 60 yaş ve üzeri ölümlerin ilk üç nedeni dünyada olduğu gibi iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarıdır (36).

Uzun yaşamak kadar, sağlıklı ve yeti kaybı olmadan yaşamak önemlidir. Hastalık ve yeti kaybı olmaksızın geçirilebilecek yılların hesaplanmasında kullanılan (HALE; Healthy Adjusted Life Expectancy) "Doğumda Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi" ülkeden ülkeye değişmektedir. 2012 yılında Avrupa Ülkeleri arasında 65 yaşına ulaşmış Fransız kadının 23,4; Fransız erkeğin 19,1 yıl daha yaşaması (LE; Life Expectancy) beklenmektedir. 2012 yılında 65 yaşına ulaşmış Norveçli bir kadının 16; Norveçli bir erkeğin 15,3 yıl daha sağlıklı yaşam yılına (HALE) sahip

olacağı hesaplanmıştır (19). Dünya’da 60 yaş ve üzeri nüfusta engellilik nedeniyle sağlıklı yaşamdan kaybedilmiş yıl (YLD; Years Life Disabled) ise; işitme kaybı, sırt ve boyun ağrısı, KOAH, unipolar depresif hastalık, düşme, diyabet, Alzheimer ve diğer demanslar, gözün kırma kusurları, osteoartrit ve katarakt olarak sıralanmaktadır (1).

Yaşla beraber birçok hastalığın aynı anda bulunması ile multimorbidite deneyimlenebilmektedir. Bir durum için uygulanan medikal tedavi, diğer bir durumu etkileyebilmektedir. Multimorbidite düşük sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde daha sık görülmektedir (1).

Yaşlı, yıllar içinde birden fazla kronik hastalığı aynı zamanda deneyimlemek zorunda kalabilmektedir. Almanya’da 70-85 yaş arasındaki yaşlıların %24’ü eş zamanlı 5 ve daha fazla hastalığa sahiptir (1).

Türkiye’de 65 yaş ve üzeri grubun %90’ında 1, % 35’inde 2, %23’ünde 3, %15’inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (37).

Sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, obezite, orta yaş hipertansiyonu ve katı yakıtlardan kaynaklanan iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörleri global hastalık yükünün direkt ve indirekt sorumlusu olmaktadır (1).

Birçok ülkede son 3 dekatta sigara kullanımı azalmış, bu azalma birçok batı ülkesinde morbidite ve mortalitede azalmaya yol açmıştır. Sigara içicilerinin büyük bir kısmı alt ve orta gelir grubu ülkelerde yaşamaktadır. Örneğin Laos’ta 60 yaş ve üzeri erkeklerin %70’i, Filipinler’de 60 yaş ve üzeri kadınların %20’si sigara içmektedir (1).

Yaşlılarda obezite ve geçmişte obezite hikayesi olması mortalitede önemli risk faktörleridir. Yaşlının normal kilonun altında olması da artmış mortalite ile ilişkilidir. Obezite prevalansı bazı Pasifik ada halklarında %60’ı geçerken, Bangladeş’te %2’nin altında kalmaktadır. Bugün 50 yaş ve üzerinde Amerika Birleşik Devletleri, diğer yüksek gelirli ülkelerle karşılaştırıldığında en yüksek

obezite oranlarına sahiptir. Sadece İngiliz erkekleri ile İspanyol kadınları bu yüksek oranlara yaklaşabilmektedir. Sadece diyetle ilişkili risk faktörleri ve fiziksel inaktivite tüm DALY'lerin %10'undan sorumludur (1).

Yaş ile birlikte kronik hastalık yükü artmaktadır, çünkü anne ve bebek sağlığında yakalanan başarı devam ettirilemeyebilmekte, problemlili çocuk, gençlik ve yetişkinlik sağlıksız ve bağımlı yaşlıyı oluşturmaktadır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasına göre 65-74 yaş gruptaerkeklerin %20,4'ü, kadınların %49,8'i şişman; erkeklerin %42,5'i, kadınların %33,0'ı fazla kiloludur. 75 ve üzeri yaş grubunda bu oranlar sırasıyla erkeklerde %12,3 ve %43,4; kadınlarda %34,6 ve %36,9'dur (38).

Dünya'da meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının %10-16'sı, iskemik kalp hastalıklarının %22'si; Türkiye'de ise, hastalık yükünün %8-16'sı yetersiz fiziksel aktiviteye bağlıdır. Türkiye'de boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin %23'ü yeterli, % 22'si orta ve % 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir. Bu oranlar kadınlarda sırasıyla %13, %18 ve %69'dur. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktadır. 65 yaş üzeri erkeklerin %81'i kadınların %88'i yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır, 75 ve üzeri yaş grubunda bu oranlar daha yüksektir (sırasıyla %85 ve %95) (38).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışmasında; Türk toplumunda, her 10 kadından dördünün, her 10 erkekten ikisinin ağrı/rahatsızlık ve endişe/moral bozukluğu alanlarında; her 10 kadından üçünün, her 10 erkekten birinin hareket edebilme alanlarında orta veya ağır düzeyde sağlık sorunu yaşadığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada; yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere göre daha kötü olduğu, tüm alanlar için yaş arttıkça orta veya aşırı derecede sorunu olduğunu belirtenlerin oranının artmakta olduğu, 65 yaş üzerindeki her üç erkekten ikisinin ve her 10 kadından dokuzunun, yaşam kalitesinin beş alanından en az birinde sorun yaşadığı bildirilmektedir (38).

2012 Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması'na göre; 65-74 yaş grubundaki erkeklerin %43,7'si; kadınların %22,1'i genel sağlık durumlarını çok iyi/iyi olarak nitelerken, 75 yaş ve üzeri nüfusta bu oran erkek ve kadınlarda sırasıyla %24,3 ve %13,6'dır (39).

2.1.3.3. Demans

Demansın 2015'de dünyada 47 milyondan fazla insanı etkilediği, 2030'da 75 milyondan fazla insanı etkileyeceği, 2050'de 3 katına çıkacağı tahmin edilmektedir. Yaygın inanışın aksine demansın doğal bir durum/yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu olmadığı bildirilmektedir. Demans; hafıza, konuşma, algı ve düşünce gibi bilişsel beyin fonksiyonlarında yetersizlikle karakterize günlük yaşam aktivitelerini bozan bir durumdur (40).

Demanslı hastaların neredeyse %60'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan demans'ın kişisel, sosyal ve ekonomik sonuçları çok büyüktür; 2010 yılında bu hastalık için 604 milyar dolar harcandığı, 2030 yılında 1,2 trilyon dolar veya daha fazla harcanacağı ifade edilmektedir (1).

Tüm demans olgularının %50-70'ini Alzheimer hastalığı oluşturmaktadır. %10-25'i vasküler demans, %5-10 diğer sebeplerdir. Alzheimer hastalığının yaşla beraber sıklığının artmakta olduğu, beklenen yaşam süresi arttıkça Alzheimer hastalığının sıklığının da artacağı belirtilmektedir. Her beş yılda bir Alzheimer hastalığı sıklığının iki katına çıkmakta olduğu, 65 yaş ve üzerinde %5-10, 85 yaş üzerinde %50'den fazla sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir. Tüm dünyada 15 milyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde 4 milyon, Türkiye'de 250.000 ila 500.000 Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir (41).

Demans durumunun değerlendirilmesinde; hastaya bellek, zaman ve mekâna odaklanma, yoğunlaşma ve dil becerilerini kapsayan Mini Mental State Examination

(MMSE) testi uygulanmaktadır. 30 puan üzerinden değerlendirilen bu testte sağlıklı bir yetişkin kolaylıkla 30 puan alabilir. 27-30 puan arası normal kabul edilir, 21-26 puan arası demans başlangıcı veya hafif kognitif bozukluk habercisi olabilir. 11-20 puan arası orta, 10 puan ve altı ise ciddi demans olarak değerlendirilmektedir (40).

2.1.3.4. Engellilik (Yeti yitimi)

Uluslararası fonksiyon, yeti yitimi ve sağlık (The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) tanımlamasına göre; yeti yitimi, vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik (*impairment*), aktivite kısıtlaması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığını içeren şemsiye bir tanımlama olarak ifade edilmektedir (42). Yeti yitimi kavramının oldukça karmaşık, çok boyutlu ve çoklu içerikli bir kavram olduğu, günümüzde bu kavramın tıbbi ve bireysel bakış açısından yapısal ve sosyal bakış açısına doğru dönüşüm gösterdiği, yeti yitiminde tıbbi model yerine sosyal model anlayışının hakim görüş haline geldiği bildirilmektedir (42).

Sağlığın bozulması çoğu kez yaşlanmanın doğal sonucu olarak görülür. Aksine, yaşlanmayla birlikte doku ve organ rezerv kapasitesi ile strese yanıt azalmakta, sonuçta homeostaz bozulmakta, artmış kronik hastalıklar, kaza, ihmal ve istismar gibi nedenlerle bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal yetenekler çeşitli derecelerde kaybedilmekte ve yeti yitimi (*engellilik*) ortaya çıkmaktadır (42).

Dünya Özürlülük Raporu 2011'e göre; özürlülük prevalansı %15,6'dır. Dünyada engellilik prevalansı düşük gelir grubundaki ülkelerde %18,0; yüksek gelir grubundaki ülkelerde %11,8 olarak bildirilmektedir. Orta ve ciddi engellilik sıklığı 60 yaş ve üzerinde %46,1'dir (43).

Türkiye'de; 2002'de yapılan araştırmaya göre; toplam nüfusun %12,3'ü engellidir; bunun %9,7'si kronik hastalıklar nedeniyledir. 2002 yılında yayınlanan "Türkiye Özürlüler Raporu"nun devamı olan ve 2006 yılında TÜBİTAK tarafından yayınlanan "Türkiye Engelliler Araştırması İleri Analiz Raporu"na göre 65-69 yaş grubu nüfusunun %4,9'u, 70-74 yaş grubunun %3,9'u, 75-79 yaş grubunun %3'ü,

80-84 yaş grubunun %1,7'si ve 85 yaş üzerinin %1,2'si engelli yaşlılardan oluştuğu bildirilmektedir (44).

Dünya'da 60 yaş ve üzeri kişilerde engellilik oranı %38,1; gelişmiş ülkelerde %29,5; gelişmekte olan ülkelerde %43,4 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda bu durum daha sıktır ve daha uzun yeti yitimli yaşam yıllarına sahiptir (43).

Kronik hastalıklar 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %39'unun günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır. Yaşları 65-79 arasındaki yaşlıların %11,5'i hareket etme, banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardıma gereksinim duymaktadır (37, 45). Dünya'da 70 yaş ve üzeri yaşlıların %20'si, 85 yaş ve üzeri yaşlıların %50'si banyo yapma, tuvalete gitme, elbise giyme, beslenme ve yatağa gitme gibi temel günlük aktiviteleri yeti yitimi nedeniyle yerine getirememektedir (46).

Yaşlıda yeti yitimi ileri yaş grubunda, kadınlarda, düşük eğitimlilerde ve düşük gelir grubunda daha fazla görülmektedir (42).

Yaşlılarda yeti yitiminin bireysel ve toplumsal etmenlerden kaynaklandığı, artan yaşla birlikte ortaya çıkan kronik rahatsızlıklar ve yaşlanmanın getirdiği doğal sistem fonksiyonlarında gerilemenin yeti yitim derecesini belirlediği; kronik rahatsızlıkların yetersiz tedavisi, bilişsel ve duyuşsal yetersizlikler, depresyon, sedanter yaşam, sigara ve fazla alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve sosyal destek yoksunluğunun yeti yitiminin başlıca sağlık ve bireysel tabanlı belirleyicileri olduğu bildirilmektedir (42).

2.2.Yaşam Kalitesi

2.2.1. Genel bilgiler, tanım

Yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları yerdeki kültür ve değer sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişelerine ilişkin olarak yaşamdaki konumlarını nasıl algıladıklarıdır. Bir kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevrenin belirgin özellikleriyle ilişkisini karmaşık bir şekilde birleştiren geniş kapsamlı bir kavramdır (47, 48).

Toronto Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezinin yaklaşımına göre; yaşam kalitesi, bir bireyin yaşamındaki önemli olanaklardan faydalanma derecesi olarak tanımlanmaktadır ve faydalanma, yaşamın 3 temel alanında gerçekleşmektedir: "var olma", "ait olma" ve "gerçekleşme". *Var olma*, bir bireyin kim olduğunu yansıtmaktadır ve fiziksel (fiziksel sağlık, hareketlilik, beslenme, egzersiz, zinde olma ve görünüm), psikolojik (bağımsızlık, özerklik, kendini kabul etme ve stres olmaması) ve ruhsal (kişisel değerler ve standartlar ve ruhsal inançlar) alt alanlarından oluşur. *Ait olma*, bireyin çevreye uyumu ile ilgilidir ve fiziksel (yakın çevrenin fiziksel koşulları), sosyal (aile arkadaşlar ve tanıdıklarla ilişkiler) ve toplum (sosyal kaynak ve hizmetlerin mevcudiyeti) alt alanlarından oluşur. *Gerçekleşme* ise bireyin, kendini ifade etme ve kişisel amaç ve hedeflere ulaşmaya yönelik faaliyetlerini yansıtmaktadır ve pratik (ev, okul ve iş faaliyetleri), boş zaman (içeride ve dışarıda gerçekleştirilen faaliyetler, boş zaman geçirme kaynakları) ve büyüme (öğrenme, beceri ve ilişkileri geliştirme, hayata adapte olma) alt alanlarından oluşur (49).

Yaşamın niteliğinin değerlendirilmesinde; doğuşta beklenen yaşam süresi (LE) ve doğuşta sağlığa uyarlanmış yaşam yılı (HALE) kullanılmaktadır. Dünyada 1990 yılında 64 olan LE, 2009 yılında 68 olmuştur. Tüm DSÖ bölgelerinde de LE artmıştır. Artış en az Afrika'da, en fazla Güney Doğu Asya'da olmuştur. Ancak tüm bölgelerde HALE değerleri, LE değerlerinden geride kalmıştır. LE ve HALE arasındaki farkın yüksek olması yaşam kalitesi açısından arzu edilen düzeyin

yakalanamadığını göstermektedir. Dünyada bireyler yaşamlarının ortalama 9 yılını sağlıklı geçirmektedir. Bir başka ifadeyle yaşam kalitesi kavramı sağlığa uyarlanmış yaşam yılı ile doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun ve birbirine yakın değerde olması için gerekli olan yaklaşımları içerir (50).

Yaşam kalitesi ile ilgili tanımlamalar genel olarak kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı etrafında dönse de yaşam kalitesinin objektif ve subjektif yönü vardır. Gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanan konutun durumu gibi objektif göstergelerin yanında kişinin sahip olduğu bu imkanlardan duyduğu tatmin/doyum subjektif yanına işaret etmektedir. Sağlıkla ilgili en önemli objektif yaşam kalitesi göstergeleri; yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakımını yerine getirebilme ve bunların yeterli düzeyde olmasıdır (51).

Halk sağlığı anlayışı ve sağlık tanımı ile birlikte değerlendirildiğinde yaşam kalitesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik bileşenleriyle, bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denenen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir (52).

Yaşam kalitesi genel olarak “iyi olma durumu” olarak tanımlanabilen, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu ve sosyal ilişkilerini içeren geniş bir kavram olarak nitelendirilmektedir (53).

2.2.1.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Bugün uzun yaşamak kadar yaşanan yılların niteliği de önemli hale gelmiş ve DSÖ “yaşama yıllar katmak; yıllara yaşam katmak” sloganını belirlemiştir. Yaşama yıllar katmak yaklaşımı ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi gündeme gelmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireysel ve toplumsal düzeyde incelenmektedir. Bireysel düzeyde bireyin sağlığını etkileyen risk faktörleri ve koşullar, işlevsellik durumu, sosyal destek ve sosyoekonomik durum; toplumsal düzeyde ise toplumun sağlık algısı, işlevsellik durumunu etkileyen kaynaklar, koşullar, politikalar ve uygulamalar

önemli olmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, klinik tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi, hizmet sunumu, sağlık harcamaları ve halk sağlığı politikalarının belirlenmesinde etkili olmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi karar verici ve hizmet sunanlara tıbbi ve klinik değerlendirmelere ilave o anda kişinin penceresinden sağlık durumunun tanımlanmasını sağlamaktadır (54).

Hastaya ait yaşam kalitesi verilerinin hastanın ele alınmasında kullanılmaya başlanması ile hem hastalık hem de hastanın hastalık yaşantısının ortaya konabileceği, bütüncül bir bakış açısıyla hasta ile hekimin ortak bir zeminde buluşmuş olacağı, hazırlanan tedavi seçeneklerinin, hastaları çok daha fazla tatmin edeceği bildirilmektedir (55).

2.2.2. Yaşam kalitesinin ölçümü

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin **“bireysel”** seviyedeki amaçları;

1. Hastayı bir bütün olarak ele almak
2. Hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimi geliştirmek
3. Hastanın sorunlarını saptamak
4. Hastalık seyrini takip etmek ve hastanın tedaviye yanıtını saptamak
5. Hastanın tedavi ile ilgili karar verme sürecine katılımını sağlamaktır

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin **“toplumsal”** seviyedeki amaçları ise;

1. Hastalık veya tıbbi durumun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymak

2. Farklı tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymak ve tedavi etkinliğini karşılaştırmak
3. Sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek ve geliştirmek
4. Toplumların yaşam kalitesini ölçmek ve toplumlar arası yaşam kalitesi karşılaştırmaları yapmak
5. Sağlık kaynaklarının dağıtımını kararlarında sağlık politikalarına yön vermektir (56).

2.2.3. Yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanım alanları

Yaşam kalitesi ölçekleri; bireysel hasta bakımı sırasında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında, bilinen sağlık sorunlarına yönelik toplum tabanlı çalışmalarda, tıbbi değerlendirmelerde, sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği araştırmalarda, özellikle kronik hastalıklarda hastalığın seyrinin izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde, klinik araştırmalarda, maliyet kullanım analizlerinde kullanılmaktadır. Ayrıca; tedavilerin karşılaştırıldığı klinik çalışmalarda, yakınmaları azaltma amaçlı klinik çalışmalarda, rehabilitasyon değerlendirmelerinde, hastalardan onları etkileyen problemler hakkında bilgi almada, hastaların tercihlerini öğrenmede, toplum sağlığının izlenmesi ve sağlık politikalarının değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır (52, 57).

2.2.4. Yaşam kalitesi ölçekleri

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, genel yaşam kalitesi ölçekleri ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (57).

2.2.4.1. Genel yaşam kalitesi ölçekleri

Genel yaşam kalitesi ölçekleri daha ziyade toplum temelli çalışmalarda sağlıklı bireylerin, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise hastalık durumundaki yaşam kalitesini ölçmek için kullanılır (50, 57). Bu ölçeklerden bazıları şunlardır (50-59):

- SF-36
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment-WHOQOL)
- Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP)
- Nottingham Sağlık Profili
- KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
- Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire-HAQ)
- EuroQol

2.2.4.2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri

Hastalığa özel yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları şunlardır (50, 52, 57, 60, 61):

- FLIC Fonksiyonel Yaşam İndeksi (Functional living index-cancer, 22)
- EORTC QLQ (European Organization of Research and Treatment of Cancer, 30)
- CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System, 59)

- FACT (Functional Assesment of Cancer Therapy, 27)
- QL (Spitzer Quality of Life Index)
- QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory)
- QOL-AD(Quality of Life in Alzheimer's Disease)

2.2.5. Yaşlılarda yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi tüm yaşlarda önemlidir. Ancak yaşamın son yıllarında kalan yaşanacak yıllar daha önemli hale gelmektedir. Yaşam beklentisinin artması, hayatı tehdit eden hastalıkların tedavilerinin daha etkili olması ile ileri yaşlarda iyilik hali giderek daha önemli hale gelmektedir (19). Yaşlanma kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan kaçınılmaz bir fizyolojik süreç olarak ifade edilmektedir ve yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık gelmektedir (62). Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik ve fiziksel değişimler, yaşlının bir takım faaliyetlerinin kısıtlanmasına veya gerçekleştirilememesine sebep olarak, yaşlıyı mutsuz kılmakta ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (63).

Yaşlılık döneminde düşük sosyoekonomik durum, düşük öğrenim düzeyi, cinsiyet, fonksiyonel bozukluk, günlük yaşam aktivite düzeyinin azalması, hareket yeteneğinin gerilemesi, hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe neden olan diğer koşul ve durumların yaşam kalitesinin azalmasına yol açtığı bildirilmektedir. Yaşlılarda kronik hastalıkların fazla görülmesi de bu süreci hızlandıran önemli bir etken olmaktadır (64, 65). Yaşlılıkta multimorbidite, osteoporoz, depresyon, üriner inkontinans, yalnızlık gibi durumlar yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek durumlar arasında sayılmaktadır (1).

Yaşlıların birinci basamak sağlık kuruluşlarına ilk başvurularında mümkünse geriatrik değerlendirmeye tabi tutulması gerektiği, bu geriatrik değerlendirmenin yaşam kalitesi ölçeklerini içermesinin faydalı olabileceği bildirilmektedir (66).

2.2.5.1. Yaşlılarda yaşam kalitesi değerlendirmede kullanılan ölçekler

Yaşlı nüfus içinde risk taşıyanları bulmak ve onlara yönelik hedef girişimler geliştirebilmek amacıyla, yaşam kalitesi değerlendirmeleri giderek daha fazla kullanılmaktadır, ancak değerlendirme araçlarının eksikliği nedeniyle yaşam kalitesini değerlendirmek pek de kolay değildir. Yaşlıların çoğunun yaşamlarında sağlığa ve toplumsal duruma ilişkin birden fazla problem olduğundan genel amaçlı ölçeklerin yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmede özellikle önem taşımaktadır (67).

Yaşlılar için kullanılabilecek yaşam kalitesi ölçekleri şunlardır (67, 68):

- WHOQOL-OLD
- Filadelfiya Geriatri Merkezi Moral Ölçeği (Philadelphia Geriatric Center [PGC] Morale Scale)
- Araçsal Gündelik Yaşam Faaliyetleri (Instrumental Activities of Daily Living = IADL)
- Bedensel Kendini Sürdürme Ölçeği (Physical Self-Maintenance Scale)
- Londra Engelli Ölçeği (London Handicap Scale = LHS)

2.3. Yalnızlık

2.3.1. Genel bilgiler

Yalnızlık, farklı toplumlarda birçok yaşlının yaşadığı problemlerin başında gelmektedir. Yalnızlık (*loneliness*), yalnız (*lonely*), ya da tek başına (*alone*) olma durumlarıyla karıştırılabilmektedir. “Yalnız”, tek başına yaşayan ve bir yıl içinde

arkadaşları ya da akrabalarıyla aylık bir defadan daha az ilişki kuran kişiler olarak tanımlanmaktadır. “Yalnızlık” kimsesizlik veya tek başına kalmaktır. Yalnız, kendi başına olan kişi anlamındadır. Birey bazen kendini kalabalıklar içinde yalnız ve tanıdıklar içinde yabancı hissedebilir. Bu açıdan yalnızlığın, yaşanan sosyal ilişkilerin sayı ve sıklığıyla pek de alakalı olmadığı bildirilmektedir (69, 70).

İzole olmuş birçok birey kendisini yalnız hissetmemesine rağmen, toplumla iç içe yaşayan birçok birey kendisini yalnız hissedebilmektedir. Bu nedenle izolasyon ve yalnızlık kavramları birbiriyle örtüşmemektedir. Sosyal izolasyon, yalnızlıkla tek bırakılmanın bir karışımı olarak insanların diğer sosyal kaynaklarla bağlantıyı veya katılımcılık duygusunu kaybetmeleri süreci olarak tanımlanırken, yalnızlığın genel geçer bir tanımının yapılması oldukça güç olmaktadır. Yalnızlığın sosyal ve duygusal izolasyon olmak üzere iki ayrı boyutu vardır. Sosyal izolasyon, bireyin toplumda kabul edilen bir yerinin olmaması, duygusal izolasyon ise bireyin yaşamında sevgi objesinin bulunmamasıdır. Sosyal izolasyon boyutu, bireyin toplumda tanınan sosyal rol eksikliği, duygusal izolasyon boyutu ise sosyal ve duygusal ilişki eksikliğini içerir (69).

2.3.2.Yalnızlık düzeyinin belirlenmesi

Yalnızlık durumu aşağıdaki ölçekler kullanılarak değerlendirilebilmektedir (71):

- UCLA (University of California Los Angeles) Yalnızlık Ölçeği (72, 73)
- Gierveld Yalnızlık Ölçeği (yaşlılar için yalnızlık ölçeği) (74, 75)
- SELSA Yalnızlık Ölçeği (yetişkinler için sosyal ve duygusal yalnızlık ölçeği) (76, 77)
- Diferansiyel Yalnızlık Ölçeği (78)
- Yalnızlık Derecelendirme Ölçeği (78)

2.3.3. Yaşlılarda yalnızlık

Yalnızlık deneyimini ergenler ve yaşlılar daha çok hissetmektedir. Dünyada yaşlı nüfus artarken, geleneksel geniş ailenin dağılması, kentleşme gibi diğer sosyokültürel değişimler en çok da yaşlıyı etkilemektedir. Bu duruma direnebilen kırsaldaki aileler sıklıkla yaşlısına, engellisine bakmaya devam etmektedir. Şehirlerde ise farklı olarak küçük aile yapısı, ekonomik nedenlerden dolayı aileden uzaklara gitme neticesinde yaşlı sosyal destek unsurlarını yitirmektedir. Sosyal destek unsurlarının azalmasıyla yaşlı yalnızlık ve yoksulluk sorunuyla da baş etmek zorunda kalabilmektedir (69, 79, 80). Modern toplumların önemli özelliklerinden biri olarak bireyselleşme hem gençleri hem de yaşlıları etkisi altına almıştır. Yaşlılarda bireyselleşmenin nedeni büyük ölçüde erkek ve kadının farklı yaşam süresinden meydana gelmesidir. Yaşlılığın kadınsallaşması olarak da nitelendirilebilecek bu durum en çok da kadını etkilemektedir (20).

Yoksulluk, bir anlamda yaşlıların yalnızlaşmasının da en önemli belirleyicisi durumundadır. Nitekim barınma, beslenme, giyim ve tedavi gibi en temel gereksinimlerini dahi karşılamakta güçlük çeken ya da karşılayamayan yaşlılar, toplumla iç içe olmak, sosyal ve kültürel aktivitelere katılmak ve yaşamlarını üretken bir biçimde devam ettirebilmek için gerekli gelirden yoksundurlar. Bu ise onların sosyal yaşamla olan ilişkilerini sınırlandırmaktadır (81).

Aktif çalışma yaşamının sona ermesi anlamına gelen emeklilik süreci de bireyin sosyal yaşamdan uzaklaşması sorununu da beraberinde getirmektedir. Günümüzde; emeklilik, eşlerden birinin ölümü, çocukların evden ayrılması, sağlık sorunları gibi nedenlerle çoğu yaşlı yalnızlık ve sosyal izolasyon sorunuyla daha fazla karşı karşıya kalmaktadır (69).

Yaşlıların dört ana gereksinimi şöyle sıralanmaktadır (82);

1. Sağlık Bakımı
2. Kişisel Bakım
3. Konut Bakımı ve işleri
4. Sosyal İletişim

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlıların çoğu buldukları evde yaşamayı tercih etmektedir, 65 yaş üstündekilerin %90'ı yalnız başlarına, ya da eşleriyle veya yakınlarıyla toplum içinde yaşamakta, günün birinde bir bakım evine konulma olasılığından korkmaktadır (83).

Yalnızlık ve terkedilmişlik duygusu yaşlılar için çok önemli bir duygudur. Yalnız yaşamamanın bireyin yaşamına getirdiği olumsuzluklar; güvensizlik, korku, depresyon, yakın ilişki özlemi ve gelecek kaygısı biçimindedir. Yaşlı bireylerin yaşamı anlamlandırması, önemli ölçüde aileleri, eşleri, çocuklarıyla birliktelikleri çerçevesinde gerçekleşmektedir. İnsanlar yaşamın geç döneminde aile üyeleri ve akrabalarıyla birlikte olmak isterler, gençlik ve yetişkinlik döneminde olmadığı kadar

çok aile, akraba ve yakın çevreye bağlılık geliştirirler. Sosyal ilişkiler yaşlılar için çok önemlidir. Gençler için sosyal ilişkilerin niceliği önemliyken, yaşlılar için niteliği önemli olmaktadır. Duygusal bağlılıklar veya sosyal bağların olmadığı durumlarda yalnızlık daha sık görülmektedir. Sosyal ilişkinin amacı bireyin kendisinden beklenen rolleriyle ilgili davranış kalıplarını sürdürmesini desteklemektir. Bir başka ifadeyle bireyin belli bir rolü sürdürebilmesi için rolle ilgili etkileşim süreçlerinin devam etmesi gereklidir. Yalnızlık veya sosyal izolasyon söz konusu olduğunda sahip olduğu rolü de kaybetmektedir (69, 81).

Yalnızlığın yaşlıda birçok sağlık problemine neden olduğu bildirilmektedir. Yalnızlık yaşlılıkta depresyon için patognomoniktir. Yine yalnızlığın sigara içmekten daha tehlikeli olduğu, ileri derecede yalnızlığın intihara, Alzheimer ve demansa zemin hazırlayabileceği, immün ve bağışıklık sistemini olumsuz etkileyebileceği, daha da ileri gidilerek psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanması gerektiği bildirilmektedir (84).

2.4. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişkili içinde olduğu ve yaşlı insanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde önemli değişkenler olduğu bildirilmektedir (85).

Yetersiz sosyal etkileşim içinde bir yaşam süren yaşlılarda ihtiyaçları olan sosyal desteğin, duygusal bağlılığın veya sosyal bağların sağlanamadığı durumlarda yalnızlık duygusunun daha fazla yaşandığı, bunun neticesinde de bu bireylerde ruh sağlığı ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (86). Çin'in Liaoning eyaletinde yaşlılarda yaşam kalitesi, yalnızlık ve sağlık durumlarının incelendiği bir çalışmada; kronik hastalık, yalnızlık, yaş ve sigara içmenin negatif;

sağlık hizmeti memnuniyeti, gelir ve fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (87).

Aslantaş ve arkadaşlarının Aydın'ın İncirlioiva ilçesinde yaptıkları çalışmada; yalnızlığın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve yaşlının kronik hastalık varlığı ve hobisinin yokluğunun yalnızlık için güçlü belirleyiciler olduğu belirtilmektedir (88).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma Burdur ilinde gerçekleştirilmiştir.

Burdur, Akdeniz bölgesinin batı kesiminde Göller Yöresinde bulunmaktadır (89). 31.12.2014 tarihli 2013 ADNKS verilerine göre ilin nüfusu 257.267'dir ve bunun %3,5'i kırsal nüfus olarak belirtilmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre; Burdur, Türkiye genelinde sosyo-ekonomik gelişmişlik bakımından 26. sıradadır (90). 2013 yılında illerin gelişmişlik seviyesi açısından ise 44.sıradadır (91). İl ekonomisinin lokomotif sektörlerini mermer, tarım-hayvancılık, buna bağlı et-süt ve tarımsal ürünlere bağlı gıda sanayi oluşturmaktadır (89).

2014 yılı sonu itibariyle Burdur'un nüfusu 256.898; 65 yaş ve üzeri yaştakilerin toplam nüfus içindeki payı %13,75 (Erkek %11,95; Kadın %15,51)'dir (92, 93).

İl ve ilçe merkez nüfusunun toplam nüfusa oranı %64,5'dir. 2013 yılı için yıllık nüfus artış hızı % 11,4 , Yaş Bağımlılık Oranı (15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için "0-14" ve "65 ve üzeri" yaş grubundaki kişi sayısı) 47,5'dir. Kaba Evlenme Hızı % 6,4'dür. Kaba Boşanma Hızı % 1,6'dır. Kaba Doğum Hızı % 11,5'dir. Toplam Doğurganlık Hızı 1,6'dır. Kaba Ölüm Hızı % 7,7'dir. Bebek Ölüm Hızı % 8,8'dir. 15 yaş ve üzeri nüfusun (208.261 kişi) %67,3'ü evli, %24,8'i bekâr, %7,8'inin eşi ölmüştür ya da %32,7'si bekindir. 6 yaş ve üzeri okuryazarlık oranı %96,6; 15 yaş ve üzeri nüfusun ise %98,1'dir. Bu nüfusun %3,7'si okuryazar değil, %35,8'i ilkokul, %4,5'i ortaokul, %19,8'i lise mezunudur. Yüksekokul ve fakülte mezunu olanların oranı aynı yaş grubunun %10,7'sini oluşturmaktadır. Daimi ikametgaha göre ölüm nedenlerine bakıldığında; ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları, 2.sırada kanserler, 3.sırada solunum sistemi hastalıkları, 4.sırada endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları, 5.sırada dışsal yaralanma ve

zehirlenmeler gelmektedir. Yüz bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı 268'dir. İl nüfusunun %99,5'i sosyal güvenlik kapsamındadır (89).

31 Aralık 2014 itibarı ile ilde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 35.339'dur (Erkek: 15.204; Kadın 20.135) (93). 2015 yılında Burdur ilinde yaşlılara hizmet veren 1 huzurevi, 2 sosyal hizmet merkezi, 1 engelli ve yaşlı yaşam evi ve evde sağlık hizmetleri birimleri vardır. Burdur'da yaşlılara hizmet vermek üzere Burdur Belediyesi tarafından işletilen 100 kişi kapasiteli Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi, Burdur Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı 2 Sosyal Hizmet Merkezi, 8 kişinin ikamet ettiği 1 Engelli ve Yaşlı Yaşam Evi vardır. Engelli ve yaşlılara yönelik Evde Bakım Hizmetleri de verilmektedir (94). İldeki sağlık kurum ve kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetleri verilmektedir. Yaşlılara yönelik olarak Burdur Belediyesi, kamu kurumları ve Sivil Toplum Kuruluşları tarafından çeşitli projeler yürütülmektedir (95).

3.2.Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması

Araştırmanın evrenini 2015 yılında Burdur'da yaşayan 65 yaş ve üzeri 35.563 kişi oluşturmaktadır. Çalışma verilerin toplanması 2015 yılı Mayıs-Temmuz ayları arasında gerçekleştirilmiştir. 65 yaş ve üzeri nüfusun %56,9'unu kadın cinsiyet oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfusun %53,8'i köy ve beldeelerde yaşamaktadır. 15 yaş ve üzeri nüfus dikkate alındığında 65 yaş üzeri nüfusta 22.138 kişi (Erkek: 12.821 ve Kadın: 9.317) evlidir. Yaşlıların %34,5'i (n=12.228; Erkek: 1.983 ve Kadın: 10.245) eşini kaybetmiş, 734 kişi (Erkek: 317 ve Kadın: 417) kişi boşanmış ve 213 kişi (Erkek: 74 ve Kadın: 139) hiç evlenmemiştir (89).

3.4.Örneklem

Araştırmada yaşlıların %50'sinin yaşam kalitesinin orta düzey ve altında olacağı varsayılarak güven aralığı %95 ve Design effect 1 alındığında, örneklem büyüklüğü 381 kişi olarak hesaplanmıştır (Ek-2).

Uygulama öncesinde Sağlık Bakanlığı Karar Destek Sisteminden ildeki aile hekimlerinin 65 yaş ve üzeri nüfusun bilgileri elde edilerek tüm yaşlı nüfus ilçe bazlı listelenmiştir. Türkiye’de çalışmanın yapıldığı tarihlerde Aile Hekimliği Uygulamasına göre bir aile hekimine aile hekiminin bulunduğu yerin dışındaki bir yerleşim yerinden, hatta başka bir ilden de kayıt mümkündür. Aile Hekimlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusun listeleri elde edildikten sonra, başka bir ilçe veya ile kayıtlı olanlar silinerek sadece o ilçede ikamet edenlerden isimler alt alta sıralanmış ve gerçek liste oluşturulmuş, her ilçe için nüfusuna orantılı olarak ayrı ayrı örnekleme girecek kişi kadar ilk kişiden başlayarak her 90. kişi (1., sonra 91. , sonra 181. gibi), listeden tespit edilmiş, sonuçta; sistematik örnekleme yöntemi ile araştırmaya dahil edilecek toplam 381 kişi belirlenmiştir. Örneğe çıkan her kişinin bir öncesi ve bir sonrasındaki kişi ise yedek olarak belirlenmiş, örnekleme çıkan kişiye (ölüm, göç, araştırmaya katılımı red ve diğer nedenlerle) ulaşamadığında, kendisi için belirlenmiş olan yedek kişilere ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmaya Katılma Oranı

Araştırmaya dahil edilecek kişiler belirlendikten sonra; tanısı konmuş Alzheimer, senil demans gibi bir hastalığı olan ve/veya kognitif fonksiyonların değerlendirildiği Mini Mental Test (*MMT*)'ten 23 ve altında puan alan yaşlılar çalışmaya dahil edilmemiş; kendileri için belirlenmiş yedek kişilere ulaşılarak, nihayetinde araştırmaya 408 kişi dahil edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1.Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı
- WHOQOL- OLD duyusal yetiler boyutu alan puanı
- WOQOL-OLD otonomi boyutu puanı
- WHOOL-OLD geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri boyutu puanı
- WHOQOL-OLD sosyal katılım boyutu puanı
- WHOQOL-OLD ölüm ve ölmek boyutu puanı
- WHOQOL-OLD yakınlık boyutu puanı
- UCLA-LS yalnızlık ölçeği puanı

3.6.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Sürekli ikamet yeri
- Çalışma durumu
- Gelir kaynağı
- Haneye giren toplam gelirin ihtiyaçlarına yetme durumu

- Sağlık güvencesi
- ocuk sahibi olma durumu
- Kendisiyle aynı yerde yaşayan ocuk varlığı
- Oturduğu evin tipi
- Oturduğu evin mülkiyeti
- Kendisine ait odasının olma durumu
- Evde kiminle yaşadığı
- Kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısı
- Yaşadığı yerden memnuniyet durumu
- Gündüz bakım veren bir kuruma gitmek isteme durumu
- Huzurevinde kalmayı düşünme durumu
- Yaşamak/kalmak istediği yer
- Eşine/çocuğuna bakım verme durumu
- Kendisinin bakım alma durumu
- Gün içerisinde vaktini geçirme şekli
- Herhangi bir dernekte aktif görev yapma durumu
- Tatile ıkma durumu
- Evin ihtiyaçları ile ilgili alışverişi yapan kişi
- Evin temizliğini yapan kişi
- amaşını yıkayan kişi

- Evde yemeği pişiren kişi
- Faturaları kimin ödediği
- İştah durumu
- Bir gündeki öğün sayısı
- Her gün düzenli kahvaltı yapma durumu
- Her gün düzenli öğle yemeği yeme durumu
- Her gün düzenli akşam yemeği yeme durumu
- Yeterli beslendiğini düşünme durumu
- Fiziksel aktivite durumu
- Sigara içme durumu
- Herhangi bir kronik hastalık bulunma durumu
- Kronik hastalık sayısı
- Semptom/durumlar (görme bozukluğu, tuvalete yetişememe, idrar kaçıırma, işitme problemi, mide rahatsızlığı, gaita inkontinansı, prostat problemi, bel problemi)
- Son 6 ay içerisinde düşme durumu
- Engelli raporu bulunma durumu
- Sürekli ilaç kullanma durumu
- Yardımcı cihaz kullanma durumu
- Son 1 ay içerisinde kendisini mutsuz, umutsuz hissetme durumu
- Son 1 yılda intihar etmeyi düşünme durumu

- Uyku sorunu varlığı
- UCLA-LS yalnızlık ölçeği puanı
- Yalnızlık düzeyi

3.7. Araştırmada Kullanılan Kriter ve Terimler

3.7.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri tanısı konulmuş Alzheimer ve senil demans gibi bir hastalığın bulunmaması ve kognitif fonksiyonların değerlendirildiği MMT puanının 24 ve üzerinde olmasıdır.

3.7.2. Araştırmada kullanılan terimler

ADL (Activities of Daily Living): İnsanların günlük kişisel bakım aktivitelerine atıfta bulunma için sağlık hizmetlerinde kullanılan bir terimdir.

Bebek Ölüm Hızı: Bir toplumda bir yılda ölen bebek (0-365 gün) sayısının bir yılda meydana gelen canlı doğum sayısına bölünmesi ve 1000 ile çarpılmasıyla elde edilen çocuk sağlığı düzeyinin en önemli göstergesidir.

DALY (Disability Adjusted Life Year): Sağlıklı yaşamdan kaybedilmiş yıl.

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi: Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır.

Genç Bağımlılık Oranı: 0-14 yaş arası nüfusun 15-64 yaş arasındaki nüfusa oranıdır.

HALE (Healthy Adjusted Life Expectancy): Doğumda sağlıklı yaşam yılı beklentisi

İnkontinans: İdrar tutamamak

Kaba Doğum Hızı: Bir toplumda bir takvim yılında meydana gelen toplam doğum sayısının aynı toplumun yıl ortası nüfusa bölünmesi ve 1000 ile çarpılmasıyla bulunan oran (Belli bir yıl içinde her 1.000 nüfus başına düşen canlı doğum sayısıdır)

Kaba Ölüm Hızı: Bir toplumda bir takvim yılında meydana gelen toplam ölüm sayısının aynı toplumun o yıla ait yıl ortası nüfusuna bölünmesi ve 1000 ile çarpılması ile elde edilen bir ölçüttür (Belli bir yıl içerisinde her 1.000 nüfus başına düşen ölüm sayısıdır).

Kronik Hastalık: Bedenin herhangi bir yerinde meydana gelen, uzun zaman boyunca devam eden, ilaçlar ile durdurulabilen, bireyin hayatına ciddi bir kısıtlama getirebilen, kısa dönemde somut bir zararı olmadığı halde, tedavi edilmez ise uzun dönem içerisinde engellilik ve ölüme neden olabilen uzun dönemli hastalıklardır (Kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, KOAH, kanserler v.b.).

Multimorbidite: İki veya daha fazla ek hastalık olması durumudur.

Ortanca Yaş: Bir nüfus grubunun yaşları küçükten büyüğe sıralandığında ortada kalan bireyin yaşıdır ve demografik yaşlılığın göstergelerinden biridir.

Toplam Bağımlılık Oranı: 0-14 yaş ile 65 yaş ve üzeri nüfusun 15-64 yaş arasındaki nüfusa oranıdır.

Toplam Doğurganlık Hızı: Belirli bir dönemde, bir kadının doğurganlık dönemi boyunca, farklı yaş grupları için tahmin edilen hızlarda çocuk sahibi olması durumunda doğurganlık döneminin sonunda sahip olması beklenen toplam çocuk sayısını gösteren bir ölçüttür.

Yaşlı Bağımlılık Oranı: 65 yaş ve üzeri nüfusun 15-64 yaş arasındaki nüfusa oranıdır.

Yaşlılık Yükü: 15-59 yaş grubundaki her 100 kişiye kaç yaşlının düştüğü hesaplanan katsayıdır.

YLD (Years Life Disabled): Engelliliğe bağlı sağlıklı yaşamdan kaybedilmiş yıl

3.8.Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada veri kaynağı olarak, “Burdur'da yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşam kalitesi ve yalnızlık durumunu etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesine yönelik anket formu” (Ek-4), Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği “Dünya Sağlık Örgütü yaşlılar için yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (*WHOQOL-OLD TR Kısa*)” (Ek-6) ve “UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği” kullanılmıştır (Ek-7).

Araştırmaya dahil edilen kişilere anket ve diğer ölçeklerin uygulanabilmesi için öncelikle Mini Mental Test (*MMT*) (Ek-5) uygulanarak kognitif fonksiyonları değerlendirilmiş ve ölçekten 24 ve üzerinde puan alan kişilere anket formu, yaşam kalitesi ölçeği (*WHOQOL-OLD TR Kısa*) ve UCLA-LS (*Yalnızlık Ölçeği*) uygulanmıştır.

MMT ilk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (96, 97). Test, yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (97). *MMT*'in okuryazar olan ve olmayanlar için 2 ayrı formu bulunmaktadır (sırasıyla Eğitimliler için *MMT* ve Eğitimsizleri için Standardize *MMT-sMMT-E*) Toplamı 30 puan olan testte, 23 ve daha az puanın bilişsel bozukluğu gösterdiği belirtilmektedir (97). Çalışmada okuryazar olmayanlara eğitimsizler için olan versiyonu olan “Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (*sMMT-E*)”, okuryazar ve üzeri eğitimi olanlara ise eğitimliler için olan versiyonu “Standardize Mini Mental Test” kullanılmıştır.

“Yaşam kalitesi ve yalnızlık durumu ile ilişkili etmenleri belirlemeye yönelik anket formu” 46 sorudan oluşmakta olup; araştırmacı tarafından, konu ile ilgili literatür gözden geçirilerek oluşturulmuştur (Ek-4). Anket formu yaşlının temel sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitesine ve yalnızlık durumuna etki edebilecek özellikleri değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır Anket formunda; 10 soru yaşlının temel tanımlayıcı özellikleri, 13 soru yaşadığı yerle ilgili özellikleri, 3 soru zamanını nasıl geçirdiği ile ilgili özellikleri, 4 soru evin yemek, temizlik ve diğer ihtiyaçlarının nasıl karşılandığı ile ilgili özellikleri, 6 soru beslenme durumu ile ilgili özellikleri, 2 soru fiziksel aktivite durumu ile ilgili özellikleri, 4 soru hastalık, durum ve kullanılan ilaçlar ile ilgili özellikleri, 1 soru kullanılan yardımcı cihazlarla ilgili özellikleri, 3 soru da depresyon, intihar ve uyku durumunu değerlendirmeye yöneliktir. Fiziksel aktivite durumu: anket soruları arasında yer alan İki soruluk bedensel etkinlik anketine göre değerlendirilmiştir. 4 ve üzeri puan almak aktif olarak değerlendirilmektedir. İlk soru “Genellikle haftada kaç kez sizi terleten, nefes nefese bırakan veya çarpıntı yapan 20 dakikalık şiddetli bedensel etkinliklerde bulunursunuz? (Örneğin, hızlı yürümek, hafif tempo koşmak, bisiklete binmek, aerobik yapmak ya da ağırlık kaldırmak vb.)” ve 2.soru “Genellikle haftada kaç kez 30 dakikalık, orta şiddetli kalp atım sayınızı normal atım seviyesinin üzerine çıkartacak ya da normalden daha zor nefes almanıza neden olacak bedensel etkinlik veya yürüyüş yaparsınız? (Örneğin, yürümek hafif eşya taşımak, bahçe işleriyle uğraşmak, düzenli hızda bisiklete binmek, eşli tenis oynama vb.)” şeklindedir. Aktivitelerin haftada yapılma sıklığına göre 0-4 arası puan verilmektedir. İki soruda toplam 4 ve üzeri puan almak aktif olarak değerlendirilmektedir.

WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Instrument- Older Adults Module) Yaşam kalitesi Ölçeği: DSÖ tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü yaşlılara yönelik ve yaşam kalitesine ilişkin araştırmalarda WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Questionnaire=DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği)’a ek olarak kullanılmak amacıyla geliştirilmiştir (67, 98, 99). Ölçeğin Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark. tarafından gerçekleştirilmiş olup, psikometrik özellikleri bakımından genel olarak iyi ve kabul

edilebilir düzeyde bulunmuştur; genel ölçek yapısı için Cronbach Alfa değeri 0.85'tir (67).

WHOQOL-OLD altı boyut içinde, cevapların beşli Likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Bu altı boyut şunlardır: “Duyusal İşlevler” (1, 2, 10 ve 20 numaralı sorular), “Özerklik” (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), “Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri” (12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular), “Sosyal Katılım” (14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular), “Ölüm ve Ölmek” (6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular) ve “Yakınlık” (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular).

"Duyusal yetenekler", görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini; *"Otonomi"*, bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini; *"Geçmiş, Bugün ve Gelecek Aktiviteleri"*, geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri sorgulanmaktadır. *"Sosyal Katılım"*, zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu; *"Yakınlık"*, diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği; *"Ölüm ve ölmek"*, ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamını araştırmaktadır.

Ölçek Puan hesaplanırken beşli likert şeklindeki her bir soru 1-5 arası puanlanmaktadır; 1, 2, 6, 7, 8, 9 ve 10 numaralı sorular tersine puanlanmaktadır. Her boyutta 4 soru bulunmaktadır ve olası boyut puanları 4-20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanmaktadır. Hesaplanan puan ham puandır ve “**6,25 X (ham puan – 4)**” formülü ile dönüştürülerek nihai puan elde edilmektedir; puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir (67).

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği- UCLA (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale: Bireyin yalnızlık derecesini belirlemek amacı ile Russell, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilen (100), Russell, Peplau ve Cutrona tarafından tekrar gözden geçirilen (101) ve Demir tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek 20

maddeden oluşmaktadır (73). Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,96'dır (73). Ölçeğin maddelerinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu veya düşünce belirten bir durum verilmekte, bireyden bu durumu ne derece sıklıkla yaşadığını dördümlü bir dereceleme üzerinde belirtmesi istenmektedir.

Ölçekte 10 ifade sosyal ilişkilerden olumlu duygu ve düşünceleri gösteren pozitif ifadeleri, 10 ifade sosyal ilişkilerden memnuniyetsizliği gösteren negatif ifadeleri içermektedir. Bireylerden bu durumları ne sıklıkla yaşadıkları 4'lü Likert ölçek ile belirlemeleri istenmektedir. Seçenekler; "Hiç Yaşamam", "Nadiren yaşarım", "Bazen Yaşarım" ve "Sık sık yaşarım" şeklindedir.

1,4,5,6,9,10,15,16,19 ve 20. sorular olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddeler için "4=Hiç yaşamam", "3=Nadiren yaşarım", "2=Bazen yaşarım" ve "1=Sık sık yaşarım" şeklinde, 2,3,7,8,11,12,13,14,17 ve 18.sorular olumsuz yöndeki ifadeleri içeren maddeler için ise "1=Hiç yaşamam", "2=Nadiren yaşarım", "3=Bazen yaşarım" ve "4=Sık sık yaşarım" şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek olası puanlar 20-80'dir. Puan arttıkça yalnızlık düzeyi -yoğunluğu artmaktadır.

3.9.Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma tez sahibi Dr. Ahmet Selçuk Kılınç tarafından uygulanmış; veri toplama aşamasında Burdur Toplum Sağlığı Merkezi'nde görevli ebe ve hemşirelerden destek alınmıştır. Uygulama öncesinde veri toplamada standardizasyonu sağlayabilmek amacıyla anket uygulayacak olan ebe ve hemşirelere anket ve ölçeklerin doldurulması ile ilgili araştırmacı tarafından 2 saatlik eğitim verilmiştir. Saha uygulaması öncesinde örnekleme çıkmamış olan 30 yaşlı ile anketin ön uygulaması gerçekleştirilmiş, bu uygulama sonucunda anket üzerinde gerekli düzenlemeler yapılarak son hali oluşturulmuştur.

Saha uygulamasında, örneğe çıkan yaşlılara Burdur Toplum Sağlığı Merkezinde görevli ebe ve hemşireler tarafından öncelikle yaşlıların kognitif

fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla Mini Mental Test (eğitim durumuna göre Eğitimi veya Eğitimsizler için olan MMT) uygulanmıştır. Mini Mental Test puanı 24 ve üzerinde olan yaşlılara anket formu ve ölçekler uygulanmıştır. MMT puanı 23 ve altında olan yaşlılara anket formu ve ölçekler uygulanmamış; bu kişilerin yerine; kendileri için daha önceden belirlenmiş olan kişilerle görüşülerek uygun olanlar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Yaşlılara anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Birer z bildirim leği olan WHOQOL-OLD yaşam kalitesi leği ve UCLA-Yalnızlık leğini yaşlılar kendileri doldurmuş; ihtiyaç duyanlara anket uygulayıcıları rehberlik etmiştir.

Anket ekibinin ev ziyareti yapabilmesi için gerekli araç, malzeme vb. gereksinimleri tez sahibi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.10.Araştırmanın Süresi (Takvimi)

Araştırma Eylül 2014 - Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüş ve tamamlanmıştır.

Zaman izelgesi:

- Araştırma konusunun belirlenmesi: Eylül 2014
- Literatür taraması: Ekim-Kasım 2014
- Araştırma nerisinin hazırlanması: Aralık 2014- şubat 2015
- n uygulama: Mart 2015
- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinlerin alınması: Nisan 2015
- Veri toplanması: Mayıs-Temmuz 2015
- Veri giriş ve analizi: Ağustos-Kasım 2015

- Araştırma raporunun yazılması: Aralık 2015- Mayıs 2019

3.11.Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows version 17.0 istatistik paket programına aktarılarak analiz edilmiştir (SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.).

Araştırmada kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, WHOQOL-OLD alt boyut ve toplam puanları ile UCLA-Yalnızlık Ölçeği puanları “Ortalama ± Standart Sapma” ve “Ortanca (minimum-maksimum)” değerleri ile sunulmuştur. Sosyodemografik ve biyodemografik özelliklere göre yaşam kalitesi düzeyi ve yalnızlık durumunun değerlendirilmesinde, iki grubun karşılaştırıldığı durumda bağımsız gruplarda t testi; ikiden fazla grubun karşılaştırıldığı durumda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Yaşlıların yaşam kalitesi ve yalnızlık ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tek yönlü analizlerde yaşam kalitesi ve yalnızlık ölçek puanlarını etkilediği değişkenler ile model oluşturularak; yaşam kalitesi ve yalnızlık puanlarını etkileyen temel faktörler Lineer regresyon analizi ile belirlenmiştir.

Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p<0.05$ ” olarak kabul edilmiştir.

3.12.Etik Açıklamalar

Araştırmada WHOQ-OLD’un kullanılabilmesi için araştırma öncesi ölçeği hazırlayanlardan gerekli izinler alınmıştır.

KA15/228 nolu “Burdur’da 65 yaş ve üzeri nüfusun yaşam kalitesi ve yalnızlık durumu ile ilişkili etmenler başlıklı” araştırma projesi Başkent Üniversitesi

Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 08/07/2015 tarihinde onaylanmış (Ek-1) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir. Burdur Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılabilmesi için izin alınmıştır (Ek-3).

Araştırmaya katılanların kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

4.BULGULAR

Araştırmanın bulguları şu sıra ile sunulmaktadır:

1. Araştırmaya katılan yaşlıların tanımlayıcı özellikleri
2. Araştırmaya katılan yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği ve UCLA-LS yalnızlık ölçek puan ortalamaları
3. Araştırmaya katılan yaşlıların bazı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi toplam ve alt boyut puanları ile Yalnızlık Ölçeği Puanları
4. Yaşam kalitesi ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişki

4.1.Araştırmaya Katılan Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılanların temel tanımlayıcı özellikleri Tablo 1 sunulmuştur. Araştırma grubunun %58,8'i kadın, yaş ortalaması 73,4±5,9 (ortanca: 73,0; minimum:65, maksimum:91) olup %29,4'ü 65-69 , %4,7'si 85 ve üzeri yaş grubundadır (Tablo 1).

Araştırma grubunun %66,2'si evli, %25,5'i okuryazar değil, %5,9'u okuryazar, %62,5'i ilkokul mezunudur. Yaşlıların %52,2'si köy/beldede, %28,4'ü ilçe merkezinde ve %19,4'ü il merkezinde ikamet etmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlıların Temel Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet (n=408)		
Kadın	240	58,8
Erkek	168	41,2
Yaş Grubu (n=408)		
65-69	120	29,4
70-74	117	28,7
75-79	109	26,7
80-84	43	10,5
85 ve üzeri	19	4,7
Medeni Durum (n=408)		
Evli	270	66,2
Dul	135	33,1
Boşanmış / Ayrı yaşıyor	2	0,5
Bekâr	1	0,2
Eğitim Durumu (n=408)		
Okuryazar değil	104	25,5
Okuryazar	24	5,9
İlkokul mezunu	255	62,5
Ortaokul mezunu	9	2,2
Lise mezunu	5	1,2
Yüksekokul/Üniversite mezunu	11	2,2
Sürekli İkamet Yeri(n=408)		
Köy/Belde	213	52,2
İlçe merkezi	116	28,4
İl merkezi	79	19,4

Tablo 2’de araştırma grubunun sosyal ve sağlık güvence durumu sunulmuştur. Yaşlıların %57,1’i ev kadını/çiftçi olup, %53,2’sinin dolaylı, %41,2’sinin kendi emekli maaşı vardır. Yaşlıların %24,8’i haneye giren toplam gelirin geçimine yetmediğini bildirmiştir. Araştırma grubunun %98,3’ünün sağlık güvencesi vardır (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlıların Sosyal ve Sağlık Güvence Durumlarının Dağılımı (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışma Biçimi (n=406)*		
Ev kadını /Çiftçi	232	57,1
Emekli, çalışmıyor	171	42,1
Emekli, çalışıyor	2	0,5
İş buldukça çalışıyor	1	0,2
Gelir Kaynakları (n=408)*		
Emekli maaşı (dolaylı)	217	53,2
Emekli maaşı (kendisinin)	168	41,2
İrat sahibi	65	15,9
Yaşlılık aylığı	28	6,9
Çiftçi-esnaf	20	4,9
Engelli-dul-yetim-bakım aylığı	17	4,2
Çocukları yardım ediyor	9	2,2
Haneye giren toplam gelir (n=407)		
Geçimine yetmiyor	101	24,8
Geçimine ancak yetiyor	172	42,3
Geçimini rahat sağlıyor	134	32,9
Sağlık Güvencesi Durumu (n=407)		
Var	400	98,3
Yok	7	1,7

*İlgili soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 3’de yaşlıların sahip oldukları çocuk sayıları ile çocuklarının yaşadığı yerin dağılımı sunulmuştur. Yaşlıların %98,8’inin çocuğu vardır. Yaşlıların %17,4’ünün hiç kız çocuğu yoktur, %14,7’sinin hiç erkek çocuğu yoktur. Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması $3,5\pm 1,7$, hanede yaşayan kişi sayısı $2,1\pm 1,1$ ’dir (Tablo 3). Yaşlıların %21,3’ünün çocukları kendisiyle aynı yerde, %24,8’inin çocukları başka yerde yaşamaktadır; %53,8’inin ise bazı çocuklarının kendisiyle aynı yerde bazılarının ise başka yerleşim yerinde yaşamaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşlıların Sahip Oldukları Çocuk Sayıları ve Çocuklarının Yaşadıkları Yerin Dağılımı (Burdur, 2015)

	Ortalama ±SD	Ortanca (minimum-maksimum)
Çocuk sayısı (n=408)	3,5±1,7	3,0 (0-10)
Kız çocuk sayısı (n=408)	1,7±1,3	1,0 (0-6)
Erkek çocuk sayısı (n=408)	1,8±1,2	2,0 (0-7)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kız çocuk sayısı (n=408)		
0	71	17,4
1	137	33,6
2	101	24,8
3	54	13,2
≥4	45	11,0
Erkek çocuk sayısı (n=408)		
0	60	14,7
1	134	32,8
2	112	27,5
3	66	16,2
≥4	36	8,8
Çocuklarının Yaşadığı Yer (n=403)*		
Aynı yerleşim yerinde	86	21,3
Başka yerleşim yerinde	100	24,8
Aynı ve başka yerleşim yerinde	217	53,8

* Yüzdeler çocuğu olan 403 kişi üzerinden hesaplanmıştır

Tablo 4’de araştırmaya katılan yaşlıların ikamet özellikleri sunulmuştur. Yaşlıların %89,5’i müstakil evde yaşamaktadır, %84,6’sı kendisine ait evde kaldığını belirtmiştir; %1,7’si kiracıdır, 1 yaşlı huzurevinde yaşamaktadır (Tablo 4).

Hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması 2,1±1,1; ortancası 2,0 (minimum 1- maksimum 8)’dir. Yaşlıların %23,5’i evde tek başına yaşamaktadır; %57,8’inin hanede yaşayan kişi sayısı 2’dir (Tablo 4).

Yaşlıların %91,7’sinin kendisine ait bir odası vardır. Yaşlıların %54,8’i sadece eşiyile, %23,5’i yalnız, %21,3’ü akraba (çocuk, torun, anne, baba, damat, görümce v.s.) ile kalmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlıların İkamet Durumlarının Dağılımı (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Oturduğu Evin Tipi (n=408)		
Müstakil	365	89,5
Apartman dairesi	42	10,3
Huzurevi	1	0,2
Oturduğu Evin Mülkiyeti (n=408)*		
Kendisine ait	345	84,6
Başkasının evi	35	8,6
Vereseli	20	4,9
Kiracı	7	1,7
Huzurevinde kalıyor	1	0,2
Kendisi Dâhil, Evde Yaşayan Kişi Sayısı (n=408)		
1	96	23,5
2	236	57,8
3	39	9,6
≥4	37	8,6
Kendisine Ait Odasının Olma Durumu (n=408)		
Var	374	91,7
Yok	34	8,3
Evde Kiminle Yaşadığı (n=407)*		
Sadece eşi ile	223	54,8
Evde yalnız	96	23,5
Akraba(çocuk, torun, damat, görümce, anne vs)	87	21,3
Huzurevinde kalıyor	1	0,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 5’de yaşlıların yaşadığı yerden memnun olma durumu ile ikamet tercihleri sunulmuştur. Yaşlıların %96,8’i yaşadığı yerden memnun olduğunu ifade etmiştir. %97,8’i gündüz bakım veren bir kuruma gitmek istemediğini, %2,5’i huzurevinde kalmayı düşündüğünü belirtmiştir. Yaşlıların %95,5’i yaşamak/kalmak için evini tercih etmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşlıların İkamet Tercihlerinin Dağılımı (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşadığı Yerden Memnun Olma Durumu (n=408)		
Memnun	395	96,8
Memnun değil	13	3,2
Gündüz Bakım Veren Bir Kuruma Gitmek İsteme Durumu (n=408)		
Hayır	399	97,8
Evet	8	2,0
Huzurevinde kalıyor	1	0,2
Huzurevinde Kalmayı Düşünme Durumu (n=408)		
Hayır	397	97,3
Evet	10	2,5
Huzurevinde kalıyor	1	0,2
Yaşamak /Kalmak İçin Tercih Ettiği Yer (n=408)*		
Evi	390	95,5
Çocuklarının yanı	18	4,4
Huzurevi	5	1,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 6’da araştırmaya katılan yaşlıların bir başkasına bakım verme ve bakım alma durumları sunulmuştur. Yaşlıların %5,6’sı eşine/çocuğuna bakım verdiğini bildirmiştir; 8 kişi eşine, 6 kişi annesine, 3 kişi babasına, 3 kişi çocuğuna ve 2 kişi kayınvalidesine bakım vermektedir. Yaşlıların %5,2’si (n=21) ise kendisinin bakım aldığını bildirmiştir. (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşlıların Bakım Verme/Alma Durumlarının Dağılımı (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşine/ Çocuğuna Bakım Verme Durumu (n=408)		
Hayır	385	94,4
Evet	23	5,6
Bakım verilen kişi (n=22)		
Eşine	8	36,6
Annesine	6	27,2
Babasına	3	13,6
Çocuğuna	3	13,6
Kayınvalidesine	2	9,0
Kendisinin Bakım Alma Durumu (n=407)		
Hayır	386	94,8
Evet	21	5,2
Bakım Alınan Kişi† (n=13)		
Çocuklarından	9	69,2
Eşinden	2	15,3
Bakıcıdan	2	15,3
Torundan	1	7,6

†8 kişi cevap vermemiştir.

Yaşlıların günlük aktiviteleri Tablo 7’de sunulmuştur. Yaşlıların %57,4’ü gün içerisinde vakit geçirmek için komşuya, %48,3’ü tarla/bahçeye, %46,3’ü camiye gittiğini, %19,1’i kuran okuduğunu/ibadet ettiğini, %15,2’si kahveye gittiğini, %11,3’ü gazete okuduğunu %1,7’si kitap okuduğunu bildirmiştir. İki kişi dernek/vakıf faaliyetlerine katıldığını bildirmiştir. Yaşlıların %57,0’ı tatile hiç çıkmamaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşlıların Günlük Aktiviteleri (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gün İçerisinde Vaktini Geçirme Şekli (n=408)*		
Komşuya gider	234	57,4
Tarla/bahçeye gider	197	48,3
Camiye gider	189	46,3
Kuran okuma/ibadet	78	19,1
Kahveye gider	62	15,2
Gazete okur	46	11,3
Tv/ev işi dışında bir şey yapmıyor	42	10,3
Örgü/elişi	30	7,4
Parka gider	23	5,6
Torunlara bakar	17	4,2
Kitap okur	7	1,7
Vakıf, derneğe gider	2	0,5
Herhangi Bir Dernekte Aktif Görev Yapma Durumu(n=408)		
Hayır	406	99,5
Evet	2	0,5
Tatile Çıkma Durumu(n=405)		
Hiç çıkmaz	231	57,0
Nadiren çıkar	99	24,4
Her yıl çıkar	75	18,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 8’de yaşlıların ev ihtiyaçlarının nasıl karşılandığına ilişkin özellikler sunulmuştur. Araştırmaya katılanların %65,2’si evin ihtiyaçlarını kendisi karşılamaktadır; %24,5’inin ev ihtiyaçlarını çocukları karşılamaktadır. Yaşlıların %56,9’u evin temizliğini kendisi yapmaktadır. Yaşlıların %53,4’ü çamaşırları kendisinin, %34,1’i eşinin yıkadığını; %59,3’ü yemeği kendisinin, %35,0’ı eşinin pişirdiğini belirtmiştir. Yaşlıların %49,0’ı faturaları kendisi ödemektedir; %23,5’inin çocuğu, % 19,4’ünün eşi %3,2’sinin akraba/komşusu ödemektedir; yaşlıların %14,7’si ise fatura ödemeleri için otomatik ödeme talimatı verdiğini ifade etmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Yaşlıların Evin İhtiyaçlarının Karşılama Şekli İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evin İhtiyaçları ile İlgili Alışverişi Yapan Kişi (n=408)*		
Kendisi	266	65,2
Eşi	161	39,5
Çocukları	100	24,5
Akrabaları	3	0,7
Bakıcı	1	0,2
Hayır kurumunca	1	0,2
Evin Temizliğini Yapan Kişi (n=408)*		
Kendisi	232	56,9
Eşi	149	36,5
Çocukları	86	21,1
Gelini	19	4,7
Temizlikçi/Gündelikçi	15	3,7
Bakıcı	4	1,0
Torunu	4	1,0
Komşu	2	0,5
Evde Çamaşırları Yıkayan Kişi (n=408)*		
Kendisi	218	53,4
Eşi	139	34,1
Çocukları	51	12,5
Gelini	21	5,1
Evde Yemeği Pişiren Kişi (n=408)*		
Kendisi	242	59,3
Eşi	143	35,0
Çocukları	43	10,5
Gelini	20	4,9
Faturaları Ödeyen Kişi (n=408)*		
Kendi ödüyor	200	49,0
Çocuğu ödüyor	96	23,5
Eşi ödüyor	79	19,4
Otomatik ödemede	60	14,7
Akraba-komşu ödüyor	13	3,2

*İlgili soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Yaşlıların beslenme ve fiziksel aktivite durumları Tablo 9’da sunulmuştur. Yaşlıların %52,9’u iştah durumunu “iyi” ve %32,8’i “orta” olarak değerlendirmiştir. %49,8’i bir gündeki öğün sayısını üç, %45,3’ü iki olarak bildirmiştir. Yaşlıların %99,0’ı her gün düzenli kahvaltı yaparken, %56,4’ü her gün düzenli öğle yemeği yediğini, %98,3’ü ise her gün düzenli akşam yemeği yediğini bildirmiştir. Yaşlıların %91,2’si yeterli beslendiğini düşünmektedir. Yaşlıların fiziksel aktivite durumlarının değerlendirildiği iki soruluk teste verdiği cevaplara göre; %73,5’i “oturgan” olarak değerlendirilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşlıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumları (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İştah Durumu (n=408)		
Hiç yok	2	0,5
Zayıf	21	5,1
Orta	134	32,8
İyi	216	52,9
Çok iyi	35	8,6
Bir Gündeki Öğün Sayısı (n=408)		
1	11	2,7
2	185	45,3
3	203	49,8
4	4	1,0
5	5	1,2
Her gün Düzenli Kahvaltı Yapma Durumu (n=408)		
Evet	404	99,0
Hayır	4	1,0
Her gün Düzenli Öğle Yemeği Yeme Durumu (n=408)		
Evet	230	56,4
Hayır	178	43,6
Her gün Düzenli Akşam Yemeği Yeme Durumu (n=408)		
Evet	401	98,3
Hayır	7	1,7
Yeterli Beslendiğini Düşünüyor mu? (n=407)		
Evet	371	91,2
Hayır	36	8,8
Yaşının Fiziksel Aktivite Durumu* (n=407)		
Oturgan	299	73,5
Aktif	108	26,5

*İki soruluk fiziksel aktivite testi: ≤ 3 puan oturgan, ≥ 4 puan aktif olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 10. Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bazı Özellikleri (Burdur, 2015)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara İçme Durumu (n=407)		
Hayır	268	65,8
İçiyordu bıraktı	107	26,3
Evet	32	7,9
Kronik Hastalıklar (n=408)*		
Hipertansiyon	219	53,7
Kalp hastalığı	120	29,4
Diyabet	101	24,8
İnme	53	13,0
Astım-KOAH	36	8,8
Kemik erimesi	31	7,6
Romatizmal hastalık	25	6,1
Guatr	9	2,2
Kanser	8	2,0
Semptom/ Durumlar (n=408)*		
Görme bozukluğu	270	66,2
Tuvalete yetişememe	166	40,7
İdrar kaçırma	145	35,6
İşitme Problemi	118	28,9
Mide rahatsızlığı	26	6,4
Gaita inkontinansı	24	5,9
Prostat**	17	10,1
Bel problemi /ağrısı	17	4,2
Sürekli İlaç kullanma? (n=408)		
Evet	298	73,0
Hayır	110	27,0
Son 6 ay içerisinde düşme durumu (n=408)		
Hayır	313	76,7
Evet	95	23,3
Engelli Raporu Olma Durumu (n=408)		
Yok	397	97,3
Var	11	2,7
Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu (n=408)		
Gözlük	250	61,3
Baston	131	32,1
İşitme cihazı	9	2,2
Koltuk değneği	4	1,0
Yürüteç	3	0,7
Akülü araba	1	0,2
Son Bir Ay İçerisinde Kendisini Mutsuz, Umutsuz Hissetme Durumu (n=408)		
Hiç	206	50,5
Nadiren	55	13,5
Bazen	87	21,3
Sık sık	34	8,3
Her zaman	26	6,4
Son Bir Yılda İntihar Etmeyi Düşünme Durumu (n=397)		
Hayır	388	97,7
Evet	9	2,3
Uyku Durumu (n=408)		
Uyku sorunu yok	245	60,0
Uykusuzluk çekiyor	159	39,0
Gündüzleri uykulu	2	0,5
Akşamları erkenden uyuyor	2	0,5

*Adı geçen hastalık, semptom, durumu bulunanların yüzdesi sunulmuştur; **Erkekler (n=168)

Tablo 10'da yaşlıların sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Yaşlıların %65,8'i sigara içmemekte, % 7,9'u içmektedir. Yaşlıların %5,1'i hiçbir kronik hastalık bildirmezken, %15,2'sinin 1, %33,1'inin 2-3 , %46,6'sının 4 ve üzeri kronik hastalığı vardır. Yaşlıların %74,5'inde yeti kaybı vardır, %2,7'sinin engelli raporu vardır. Yaşlıların yardımcı cihaz kullanma durumu sorgulandığında; %61,3'ü gözlük, %32,1'i baston kullanmaktadır.

Yaşlıların %53,7'sinde hipertansiyon, %29,4'ünde kalp hastalığı, %24,8'inde diyabet vardır, %73,0'ı sürekli ilaç kullanmaktadır Sağlıkla ilgili problem ve semptomlar değerlendirildiğinde %66,2'si görme bozukluğu, %40,7 tuvalete yetişememe, %35,6 idrar kaçırma, %28,9 işitme problemi olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %23,3'ünün son 6 ay içerisinde düşme hikayesi vardır (Tablo 10).

Son 1 ay içerisinde kendisini mutsuz hissetme durumu sorulduğunda; %50,5'i hiç, %13,5'i nadiren, %21,3'ü bazen, %8,3'ü sık sık ve %6,4'ü her zaman yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılanların %2,3'ü son biryılıda intihar etmeyi düşündüğünü bildirmiştir. Yaşlıların %60,0'ı uyku sorunu olmadığını, %39,0'ı uykusuzluk çektiğini bildirmiştir (Tablo 10).

4.2.Araştırmaya Katılan Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları

Yaşlıların “WHOQOL-OLD Toplam Yaşam Kalitesi” puan ortalaması 68,34±12,25 , ortancası 68,75 (minimum 25 ; maksimum 100) UCLA-LS yalnız ölçeği puan ortalaması 32,92±11,43; ortancası 30 (minimum 20; maksimum 77)'dur (Tablo 11). Yaşlıların WHOQOL- OLD Yaşam kalitesi Ölçeği temel alan puan ortalamaları Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Yaşlıların WHOQOL- OLD Temel Alan ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı (Burdur, 2015)

WHOQOL-OLD Temel Alanları	Ortalama ± SS	Ortanca (Minimum – Maksimum)
Toplam Yaşam Kalitesi	68,34±12,25	68,75 (25,00-100,00)
Duyusal Yetiler	71,47±22,02	75,00 (0,00-100,00)
Otonomi	64,59±14,63	62,50 (18,75-100,00)
Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri	68,68±14,53	68,75 (25,00-100,00)
Sosyal Katılım	60,20±20,30	62,50 (0,00-100,00)
Ölüm ve Ölmek	76,25±22,49	81,25 (0,00-100,00)
Yakınlık	68,84±14,49	75,00 (0,00-100,00)
UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği	32,92±11,43	30 (20 - 77)

Yaşlıların “Yalnızlık Durumları” ölçek puan ortalamalarına göre derecelendirildiğinde; %65,7’si düşük, %23,5’i orta ve %10,8’i yüksek derecede yalnız olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Yaşlıların Yalnızlık Derecelerinin Dağılımı (Burdur, 2015)

Yalnızlık Derecesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük (20-34 puan)	268	65,7
Orta (35-48 puan)	96	23,5
Yüksek (49 ve üzeri)	44	10,8

4.3.Araştırmaya Katılan Yaşlıların Bazı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 13’de yaşlıların temel tanımlayıcı özelliklerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur. Cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; erkeklerde WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması kadınlardan yüksektir (sırasıyla 72,16±12,45 ve 65,66±11,39) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalaması erkeklerde kadınlardan yüksektir ($p<0,05$).

Cinsiyete göre yaşlıların yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; kadınların erkeklere göre daha yalnız olduğu saptanmıştır (puan ortalamaları sırası ile 34,38±11,31 ve 30,84±11,31) ($p<0,05$) (Tablo 13).

Yaş grubuna göre “WHOQOL- OLD yaşam kalitesi ve UCLA- LS yalnızlık ölçek” puanları değerlendirildiğinde; "Ölüm ve ölmek" alt boyut puanı yaşlan etkilenmemekte iken, diğer tüm alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puanları ile yaş grubu arasında ilişki saptanmıştır. 80 yaş ve üzerinde yaşam kalitesi toplam alan, duyusal yetiler boyutu, otonomi boyutu, geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri boyutu, sosyal katılım boyutu ve yakınlık boyutu puan ortalamaları diğer yaş gruplarına daha düşük; yalnızlık ortalama puanı daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 13).

Medeni duruma göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; evlilerde WHOQOL-OLD Toplam Alan Puan Ortalaması evli olmayanlardan yüksektir (sırasıyla 69,67±12,30 ve 65,74±11,78) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ve “Ölüm ve Ölmek” boyutları puan ortalamaları da evli olanlarda daha yüksektir ($p<0,05$). “Duyusal Yetiler”, “Otonomi” ve Yakınlık” boyutları ile medeni durum arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşlıların medeni durumu ile yalnızlık durumu arasında ilişki saptanmıştır; evli olanların yalnızlık ölçek puanları evli olmayanlardan daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 13).

İlkokul ve üzeri eğitim alanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması formal eğitim almayanlardan yüksektir (sırasıyla $71,11\pm12,02$ ve $62,28\pm10,47$) ($p<0,05$). Tüm WHOQOL-OLD alt boyut puan ortalamaları da ilkokul ve üzeri eğitim alanlarda formal eğitim almamış olanlardan daha yüksektir ($p<0,05$).

İlkokul ve üzeri eğitim alanların yalnızlık ölçek puanlarının ise formal eğitim almayanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13).

İkamet edilen yer ile WHOQOL- OLD yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puanları ve yalnızlık puanları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Yaşlıların Temel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Cinsiyet									
Kadın	240	68,75±21,46	60,85±12,92	67,10±13,33	58,48±19,94	71,69±23,68	67,10±13,92	65,66±11,39	34,38±11,31
Erkek	168	75,37±22,28	69,94±15,30	70,94±15,85	62,64±20,63	82,77±18,91	71,31±14,95	72,16±12,45	30,84±11,31
p*		0,003	<0,001	0,009	0,042	<0,001	0,004	<0,001	0,002
Yaş									
65-69	120	76,30±20,71	64,32±16,07	71,51±14,57	66,09±18,77	76,09±24,12	69,32±13,03	70,60±13,01	31,32±10,91
70-74	117	73,39±20,22	65,81±13,94	69,33±13,87	62,44±19,61	78,09±21,67	70,29±12,94	69,89±10,88	30,82±9,05
75-79	109	70,92±23,28	66,45±14,99	68,34±15,38	59,05±20,89	75,86±21,90	69,66±15,35	68,38±12,07	33,60±12,78
80-84	43	62,64±21,58	60,17±11,16	61,91±12,78	49,27±16,93	70,49±24,10	63,66±16,71	61,36±11,45	39,07±11,27
≥85	19	52,30±19,89	58,22±11,22	64,14±11,75	40,46±16,05	81,25±14,12	63,81±19,15	60,03±9,62	38,26±13,92
p**		<0,001	0,037	0,003	<0,001	0,334	0,050	<0,001	<0,001
Medeni Durum									
Evli	270	72,89±21,74	65,27±14,98	69,86±14,30	62,12±19,78	78,10±21,09	69,76±14,92	69,67±12,30	31,91±10,97
Evli değil	138	68,70±22,36	63,26±13,89	66,39±14,74	56,43±20,85	72,64±24,68	67,02±13,46	65,74±11,78	34,91±12,08
p*		0,069	0,190	0,022	0,007	0,020	0,071	0,002	0,012
Eğitim Durumu									
Formal eğitim almamış	128	63,13±21,15	58,88±12,94	62,79±13,42	52,53±19,36	72,85±22,97	63,47±14,47	62,28±10,47	36,76±11,93
İlkokul ve üzeri	280	75,29±21,37	67,20±14,64	71,38±14,23	63,70±19,79	77,81±22,13	71,29±13,84	71,11±12,02	31,17±10,77
p*		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sürekli İkamet Yeri									
Köy/Belde	213	69,54±21,64	63,67±13,16	67,54±13,54	59,03±20,12	75,58±21,80	68,42±13,99	67,30±11,39	33,31±11,25
İlçe Merkezi	116	72,89±23,42	65,30±17,70	68,69±15,75	59,69±21,73	75,64±23,66	67,83±15,83	68,34±14,00	32,78±11,74
İl Merkezi	79	74,60±20,59	66,06±13,41	71,75±14,97	64,08±18,30	78,95±22,64	71,43±13,60	71,14±11,44	32,09±11,54
p**		0,156	0,387	0,89	0,161	0,495	0,195	0,058	0,712

* Bağımsız gruplarda t-testi ; ** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 14’de yaşlıların çalışma biçimi, sosyal ve sağlık güvence durumuna göre “WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği” puan ortalamaları” sunulmuştur. Yaşlıların şu anki çalışma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; halen çalışmayanlarda WHOQOL-OLD Toplam Alan Puan Ortalaması halen çalışanlardan yüksektir (sırasıyla 71,66±12,36 ve 65,95±11,57) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Sosyal Katılım” boyutu çalışma durumundan etkilenmezken ($p>0,05$), diğer tüm alt boyut puan ortalamaları çalışmayan yaşlılarda halen çalışanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Halen çalışan yaşlıların yalnızlık ölçek puanı çalışmayanlardan yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 14). Gelir kaynağına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; kendi emekli maaşı olanların WHOQOL-OLD Toplam Alan Puan Ortalaması dolaylı yardımlarla geçinenlerden yüksektir (sırasıyla 71,55±12,88 ve 66,09±11,29) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” boyut puanlarında da puan ortalaması kendi emekli maaşı olanlarda daha yüksek ($p<0,05$); yalnızlık ölçek puanı ise daha düşüktür ($p<0,05$).

Yaşlıların haneye giren toplam gelirin ihtiyaçları gidermeye yetme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; haneye giren toplam gelirin yettiğini ifade eden grubun WHOQOL-OLD “Toplam Alan”, “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” ve “Sosyal Katılım” boyut puan ortalamaları gelirin yetmediğini ifade eden gruptan yüksektir ($p<0,05$). Haneye giren toplam gelirin ihtiyaçlarına yetme durumu ile “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” boyutu puanları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Haneye giren toplam gelirin ihtiyaçlarına yetip yetmediği durumu ile yalnızlık düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Sağlık güvence durumu yaşam kalitesi ve yalnızlık ölçek puanlarını etkilememektedir ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Yaşlıların Çalışma Biçimi, Sosyal ve Sağlık Güvence Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Çalışma Biçimi									
Halen çalışıyor	235	69,04±21,38	61,17±13,04	67,07±13,21	58,72±19,98	72,42±23,67	67,28±13,95	65,95±11,57	34,39±11,40
Halen çalışmıyor	171	75,25±22,17	69,26±15,27	70,90±15,88	62,31±20,49	81,46±19,69	70,79±14,89	71,66±12,36	30,88±11,20
p*		0,005	<0,001	0,008	0,078	<0,001	0,015	<0,001	0,002
Gelir Kaynağı									
Kendi Emekli Maaşı	168	74,21±23,08	69,94±15,32	71,50±15,84	63,20±20,68	79,79±20,53	70,68±15,55	71,55±12,88	30,98±11,12
Dolaylı yardımlarla	240	69,55±21,08	60,85±12,91	66,71±13,21	58,09±19,81	73,77±23,49	67,55±13,58	66,09±11,29	34,29±11,47
p*		0,035	<0,001	0,001	0,012	0,008	0,031	<0,001	0,004
Haneye Giren Toplam Gelirin İhtiyaçlarına Yetme Durumu									
Yetiyor	306	73,08±20,94	65,84±14,63	70,66±13,89	62,13±20,43	76,28±22,83	69,60±14,80	69,60±12,36	32,38±11,24
Yetmiyor	101	66,70±24,57	60,89±14,13	62,68±14,90	54,45±18,96	76,23±21,63	66,52±13,36	64,58±11,22	34,62±11,92
p*		0,012	0,003	<0,001	0,001	0,985	0,064	<0,001	0,087
Sağlık Güvencesi									
Var	400	71,68±22,00	64,53±14,56	68,56±14,54	60,09±20,34	76,07±22,58	68,64±14,38	68,26±12,26	32,98±11,50
Yok	7	66,07±17,25	64,28±17,19	73,21±13,36	63,39±18,89	83,03±16,02	75,89±15,90	70,98±12,46	30,57±6,97
p*		0,502	0,965	0,401	0,671	0,418	0,188	0,562	0,581

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 15’de yaşlıların ocuk sahibi olma ve çocuklarının kendisiyle aynı yerde yaşama durumuna göre “WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık leği” puan ortalamaları sunulmuştur. Yaşlıların ocuk sahibi olma durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yaşlıların ocuk sahibi olma durumuna göre; ocuk sahibi olma durumu ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Yaşlıların kendisiyle aynı yerde yaşayan ocuk varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; kendisi ile aynı yerde yaşayan çocuğu olmayan yaşlıların WHOQOL-OLD duyuasal yetiler alan puanı; kendisi ile aynı yerde yaşayan çocuğu olanlardan daha yüksektir ($p<0.05$); diğer boyut ve toplam yaşam kalitesi puanları ile kendisi ile aynı yerde yaşayan ocuk varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşlıların kendisiyle aynı yerde yaşayan ocuk varlığı ile yalnızlık düzeyi arasında da ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Yaşlıların Çocuk Sahibi Olma ve Çocuklarının Kendisi İle Aynı Yerde Yaşama Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Çocuk Sahibi Olma Durumu									
Evet	403	71,46±22,02	64,60±14,72	68,75±14,56	60,22±20,31	76,20±22,40	68,85±14,55	68,35±12,27	32,86±11,42
Hayır	5	75,50±24,04	63,75±5,22	63,75±11,18	58,75±21,91	80,00±3,68	67,50±8,14	67,70±12,03	38,00±12,74
p*		0,917	0,896	0,445	0,872	0,709	0,835	0,907	0,319
Kendisiyle aynı yerde yaşayan çocuk									
Var	303	70,09±22,27	64,37±14,95	68,77±14,45	59,59±20,62	75,16±23,16	69,10±14,50	67,84±12,48	32,96±11,40
Yok	100	75,62±20,80	65,31±14,02	68,68±14,98	62,12±19,31	79,37±19,71	68,12±14,77	69,87±11,54	32,57±11,52
p*		0,029	0,582	0,961	0,280	0,103	0,562	0,153	0,769

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 16’da yaşlıların oturduğu evin ve evde birlikte yaşadığı kişi özelliklerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların oturduğu evin tipi ile yaşam kalitesi ve alt alanlarından “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” boyutları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$). Oturulan evin tipi ile “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” boyutunda ilişki saptanmış olup; apartman dairesinde oturan yaşlıların puan ortalaması müstakil evde oturanlardan daha yüksektir ($p<0,05$).

Yine yaşlıların oturduğu evin tipi ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Yaşlıların oturduğu evin mülkiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; oturduğu ev kendine ait olanların WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması; “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ve “Yakınlık” boyutları puan ortalamaları oturulan evin mülkiyeti kendisine ait olmayanlardan yüksektir ($p<0,05$). “Ölüm ve Ölmek” boyutu ile oturulan evin mülkiyetinin kendisine ait olma durumu arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yaşlıların oturduğu evin mülkiyeti ile yalnızlık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; oturduğu evin mülkiyeti kendisine ait olanların yalnızlık puan ortalaması mülkiyet kendisine ait olmayanlardan daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 16).

Yaşlıların evde kendisine ait odasının olması ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yine yaşlıların evde kendine ait odasının olması ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Yaşlıların evde kiminle yaşadığı ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yaşlıların evde kiminle yaşadığı ile yalnızlık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; evde yalnız yaşayanların yalnızlık puan ortalaması evde başkaları ile yaşayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 16).

Evde yaşayan kişi sayısı ile WHOQOL- OLD Toplam Alan, “Duysal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ve “Yakınlık” boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sadece “Ölüm ve Ölmek” boyutunda gruplar arasında fark vardır ($p<0,05$).

Yaşlıların evde yaşayan kişi sayısı ile yalnızlık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yalnızlık puan ortalaması evde yaşayan kişi sayısı arttıkça düşmektedir ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Yaşlıların Oturduğu Evin ve Evde Birlikte Yaşadığı Kişi Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Oturduğu Evin Tipi[†]									
Müstakil	365	71,06±21,80	64,31±14,35	68,09±14,31	59,57±20,05	75,89±22,46	68,69±14,12	67,93±11,89	33,12±11,56
Apartman dairesi	42	74,55±23,88	66,96±17,09	73,66±15,71	65,47±22,13	79,01±22,88	69,94±17,63	71,60±14,82	31,50±10,21
p*		0,331	0,268	0,019	0,075	0,394	0,600	0,067	0,384
Oturduğu Evin Mülkiyeti[†]									
Kendine ait	345	73,22±21,76	65,99±14,91	69,63±14,56	61,81±20,02	76,86±22,88	69,43±14,97	69,49±12,26	32,27±11,34
Başkasına ait	62	61,39±20,88	56,75±10,07	63,30±13,31	51,10±19,78	72,58±20,03	65,42±11,01	61,76±10,01	36,76±11,25
p*		<0,001	<0,001	0,002	<0,001	0,168	0,045	<0,001	0,004
Kendisine Ait Odasının Olma Durumu									
Var	374	71,60±21,97	64,68±14,84	68,75±14,65	60,69±20,09	76,68±22,68	68,78±14,72	68,53±12,29	32,79±11,52
Yok	34	70,03±22,81	63,60±12,35	68,01±13,30	54,77±22,14	71,50±19,95	69,48±11,79	66,23±11,84	34,38±10,41
p*		0,691	0,679	0,778	0,104	0,199	0,787	0,296	0,438
Evde Kiminle Yaşadığı									
Evde yalnız	96	69,79±22,84	64,51±14,60	66,60±15,57	58,20±20,20	73,24±24,97	66,79±14,37	66,52±12,21	35,43±12,45
Beraber	312	71,99±21,77	64,62±14,67	69,33±14,15	60,81±20,33	77,18±21,63	69,47±14,49	68,90±12,23	32,15±11,00
p*		0,392	0,951	0,108	0,271	0,133	0,114	0,097	0,014
Kendisi dâhil evde Yaşayan Kişi Sayısı									
1	96	69,79±22,84	64,51±14,60	66,60±15,57	58,20±20,20	73,24±24,97	66,79±14,37	66,52±12,21	35,43±12,45
2	236	71,79±21,40	64,45±14,79	68,96±14,59	61,41±20,20	78,60±20,84	69,25±15,40	69,08±12,23	32,66±11,46
≥3	76	72,61±23,00	65,13±14,37	70,47±12,73	58,96±20,74	72,77±23,51	70,14±11,25	68,35±12,32	30,59±9,34
p**		0,666	0,940	0,201	0,359	0,047	0,257	0,227	0,019

* Bağımsız gruplarda t-testi ; ** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

[†]Huzurevinde yaşayan bir kişi analize dâhil edilmemiştir

Tablo 17’de yaşlıların ikamet tercihlerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların yaşadığı yerden memnun olma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; yaşadığı yerden memnun olma durumu ile WHOQOL-OLD Toplam Alan, “Duysal Yetiler”, “Otonomi”, “Sosyal Katılım” ve “Ölüm ve Ölmek” boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” ve “Yakınlık” boyutunda gruplar arasında fark vardır ($p<0,05$). Yaşadığı yerden memnun olanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Yaşlıların yaşadığı yerden memnun olma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; yaşadığı yerden memnun olanların yalnızlık ölçek puanları memnun olmayanlardan daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 17).

Yaşlıların evde kalıyorsa gündüz bakım veren bir kuruma gitmek isteme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; gitmek isteyenlerde WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması istemeyenlerden yüksektir (sırasıyla $68,49\pm 11,98$ ve $59,24\pm 21,35$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” ve “Yakınlık” boyutlarında da gitmek istemeyenlerde puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların evde kalıyorsa gündüz bakım veren bir kuruma gitmek isteme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; gitmek isteyenlerin yalnızlık ölçek puanları istemeyenlerden daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 17).

Yaşlıların huzurevinde kalmayı düşünme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; huzurevinde kalmayı düşünmeyenlerde WHOQOL-OLD Toplam Alan Puan Ortalaması huzurevinde kalmayı düşünenlerden yüksektir (sırasıyla $68,60\pm 11,96$ ve $57,08\pm 18,40$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” ve “Sosyal Katılım” boyutlarında da huzurevinde kalmayı düşünmeyenlerde puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların huzurevinde kalmayı düşünme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; huzurevinde kalmayı düşünenlerin yalnızlık ölçek puanları huzurevinde kalmayı düşünmeyenlerden daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Yaşlıların İkamet Tercihlerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yaşadığı Yerden Memnuniyeti									
Memnun	395	71,43±21,79	64,77±14,69	69,03±14,20	60,49±20,12	76,06±22,52	69,11±14,19	68,48±12,11	32,70±11,11
Memnun değil	13	72,59±29,04	59,13±12,13	58,17±20,31	51,44±24,62	82,21±21,62	60,57±20,63	64,02±16,03	39,77±18,08
p*		0,852	0,172	0,008	0,114	0,333	0,036	0,197	0,028
Gündüz Bakım Veren Bir Kuruma Gitmek İsteme Durumu									
Evet	8	71,63±21,91	64,67±14,47	68,95±14,13	60,36±19,90	76,25±22,34	69,11±14,30	68,49±11,98	50,13±15,48
Hayır	399	60,93±26,25	60,15±22,88	54,68±26,25	50,78±36,51	74,21±31,23	54,68±18,22	59,24±21,35	32,61±11,09
p*		0,174	0,388	0,006	0,187	0,800	0,005	0,034	<0,001
Huzurevinde Kalmayı Düşünme Durumu⁺									
Evet	10	65,62±25,72	58,12±17,68	49,37±21,93	40,00±28,44	75,00±27,48	54,37±27,01	57,08±18,40	52,40±14,37
Hayır	397	71,56±21,93	64,75±14,56	69,15±14,01	60,68±19,86	76,24±22,40	69,19±13,91	68,60±11,96	32,47±10,93
p*		0,400	0,158	<0,001	0,001	0,863	0,001	0,003	<0,001

* Bağımsız gruplarda t-testi

+ Huzurevinde kalmakta olan 1 yaşlı analize dahil edilmemiştir.

Tablo 18’de yaşlıların bakım verme/alma durumuna göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların eşine/çocuğuna bakım verme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; eşine/çocuğuna bakım verme durumu ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yine eşine/çocuğuna bakım verme durumu ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 18).

Yaşlıların kendisinin bakım alma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; bakım almayanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması bakım alanlardan yüksektir (sırasıyla $69,03\pm11,62$ ve $55,90\pm16,84$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” boyutlarında da bakım almayanlarda puan ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$).

Yaşlıların kendisinin bakım alma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; bakım alanların yalnızlık ölçek puanları bakım almayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Yaşlıların Bakım Verme/Alma Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Eşine/Çocuğuna Bakım Verme Durumu									
Evet	23	71,46±19,56	65,21±11,58	64,94±12,88	58,69±17,75	79,61±18,58	68,20±8,61	68,02±8,66	29,65±5,79
Hayır	385	71,47±22,18	64,56±14,81	68,91±14,60	60,29±20,46	76,05±22,71	68,87±14,77	68,36±12,44	33,12±11,66
p*		0,998	0,835	0,204	0,715	0,461	0,829	0,898	0,158
Kendisinin Bakım Alma Durumu									
Evet	21	54,76±27,59	55,65±17,99	61,60±18,62	35,41±31,76	66,07±29,41	61,90±16,28	55,90±16,84	44,24±15,22
Hayır	386	72,39±21,37	65,09±14,32	69,12±14,30	61,60±18,62	76,74±21,96	69,25±14,31	69,03±11,62	32,25±10,83
p*		<0,001	0,004	0,021	<0,001	0,034	0,024	<0,001	<0,001

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 19’da Yaşlıların Günlük Faaliyetlerine ve Tatile Çıkma Durumuna göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

WHOQOL-OLD Toplam Alan Puan Ortalaması gün içerisinde vakit geçirmek için komşuya gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 69,92±10,67 ve 66,22±13,85) ($p<0,05$), tarla/bahçeye gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 71,73±10,42 ve 65,17±12,99), camiye gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 71,65±11,47 ve 65,48±12,22), kuran okuyan/ibadet edenlerde kuran okumayan/ibadet etmeyenlerden (sırasıyla 71,16±10,30 ve 67,67±12,59), gazete okuyanlarda okumayanlardan (sırasıyla 74,88±9,15 ve 67,51±12,36), örgü ören/el işi yapanlarda örmeyen/ yapmayanlardan (sırasıyla 73,61±9,11 ve 67,92±12,38), parka gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 74,59±13,99 ve 67,97±12,06), vakıf/derneğe gidenlerde (sırasıyla 85,93±5,15 ve 68,25±12,22) daha yüksek, televizyon seyretme /ev işi dışında bir şey yapmayanlarda (sırasıyla 55,58±12,31 ve 69,80±11,38) daha düşüktür ($p<0,05$). Gün içerisinde vakit geçirmek için kahveye gitmek, torunlara bakmak ve kitap okumak ile WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 19).

Duyusal yetiler boyutu puan ortalaması tarla/bahçeye gidenlerde, camiye gidenlerde, gazete okuyanlarda, örgü ören/el işi yapanlarda daha yüksek, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 19).

Otonomi boyutu puan ortalaması tarla/bahçeye gidenlerde, camiye gidenlerde, kahveye gidenlerde, vakıf/derneğe gidenlerde yüksek, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 19).

Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri boyutu puan ortalaması komşuya gidenlerde, tarla/ bahçeye gidenlerde, camiye gidenlerde, kuran okuyan/ibadet edenlerde, gazete okuyanlarda, örgü ören/ el işi yapanlarda, parka gidenlerde yüksek, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 19).

Sosyal katılım boyutu puan ortalaması komşuya gidenlerde, tarla/ bahçeye gidenlerde, camiye gidenlerde, kuran okuyan/ibadet edenlerde, gazete okuyanlarda, örgü ören/ el işi yapanlarda yüksek, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 19).

Ölüm ve ölmek boyutu puan ortalaması tarla/bahçeye gidenlerde, camiye gidenlerde, gazete okuyanlarda, parka gidenlerde daha yüksek, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda daha düşüktür ($p<0.05$)(Tablo 19).

Yakınlık boyutu puan ortalaması komşuya gidenlerde, camiye gidenlerde, gazete okuyanlarda yüksek, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 19).

Yalnızlık puan ortalaması komşuya gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 30,62±9,39 ve 36,02±13,11), tarla bahçeye gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 30,69±10,07 ve 35,01±12,23), camiye gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 30,15±9,49 ve 35,32±12,40), kuran okuyanlarda okumayanlardan (sırasıyla 29,90±9,62 ve 33,64±11,72), kahveye gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 28,89±7,93 ve 33,65±11,81), gazete okuyanlarda okumayanlardan (sırasıyla 28,76±9,10 ve 33,45±11,60), örgü ören/ el işi yapanlarda örmeyen/ yapmayanlardan (sırasıyla 28,20±7,59 ve 33,30±11,61), parka gidenlerde gitmeyenlerden (sırasıyla 28,74±10,19 ve 33,17±11,46), torunlara bakarlarda bakmayanlardan (sırasıyla 27,35±4,86 ve 33,17±11,57) düşük, televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanlarda (sırasıyla 45,81±14,20 ve 31,45±10,09) daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 19).

Yaşlıların tatile çıkma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; tatile çıkma sıklığı arttıkça WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması yükselmektedir (sırasıyla 65,72±12,06 , 68,93±11,44 ve 75,72±11,00) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutları ile de tatile çıkma sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Her yıl tatile çıkanların puan ortalaması hiç çıkmayanlardan yüksektir (Tablo 19).

Yaşlıların tatile çıkma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; tatile her yıl çıkan grubun yalnızlık ölçek puanlarının diğer gruplardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Yaşlıların Günlük Faaliyetlerine ve Tatile Çıkma Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Gün İçerisinde Vakit Geçirmek için yapılanlar									
<i>Komşuya gitmek</i>									
Evet	234	72,24±21,13	65,06±12,92	70,11±12,96	64,61±15,83	76,22±22,15	71,26±12,52	69,92±10,67	30,62±9,39
Hayır	174	70,43±23,18	63,97±16,68	66,77±16,25	54,27±23,88	76,29±23,00	65,58±16,25	66,22±13,85	36,02±13,11
p*		0,412	0,457	0,022	<0,001	0,977	<0,001	0,002	<0,001
<i>Tarla/bahçeye gitmek</i>									
Evet	197	76,20±19,48	66,59±13,77	70,71±13,50	67,10±16,38	79,60±20,49	70,20±13,17	71,73±10,42	30,69±10,07
Hayır	211	67,06±23,34	62,73±15,19	66,79±15,22	53,76±21,50	73,13±23,83	67,56±15,54	65,17±12,99	35,01±12,23
p*		<0,001	0,008	0,006	<0,001	0,004	0,065	<0,001	0,001
<i>Camiye gitmek</i>									
Evet	189	74,40±20,99	67,69±14,78	70,83±14,78	64,91±16,95	80,42±20,54	71,66±13,60	71,65±11,47	30,15±9,49
Hayır	219	68,94±22,60	61,92±14,00	66,83±14,08	56,13±22,05	72,65±23,50	66,40±14,81	65,48±12,22	35,32±12,40
p*		0,012	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Kuran okuma/ibadet</i>									
Evet	78	74,11±20,58	67,14±13,03	72,59±12,30	66,02±16,93	76,28±21,25	70,83±13,00	71,16±10,30	29,90±9,62
Hayır	330	70,85±22,33	63,99±14,94	67,76±14,87	58,82±20,81	76,25±22,80	68,37±14,79	67,67±12,59	33,64±11,72
p*		0,239	0,087	0,008	0,005	0,991	0,177	0,024	0,009
<i>Kahveye gitmek</i>									
Evet	62	76,71±18,67	68,75±13,34	68,75±14,71	60,88±15,84	80,34±17,23	71,27±10,52	71,11±8,90	28,89±7,93
Hayır	346	70,53±22,46	63,85±14,75	68,67±14,51	60,07±21,02	75,52±23,25	68,40±15,06	67,84±12,71	33,65±11,81
p*		0,42	0,015	0,971	0,773	0,120	0,152	0,053	0,002
<i>Gazete okumak</i>									
Evet	46	82,74±16,88	68,34±12,59	74,04±13,37	67,93±16,64	83,15±18,15	73,09±11,84	74,88±9,15	28,76±9,10
Hayır	326	70,04±22,20	64,12±14,82	68,00±14,54	59,21±20,53	75,37±22,85	68,30±14,71	67,51±12,36	33,45±11,60
p*		<0,001	0,066	0,008	0,006	0,027	0,034	<0,001	0,009

<i>TV/ev işi dışında bir şey yapma durumu</i>									
Yapmıyor	42	61,90±24,10	55,80±15,27	56,84±14,66	34,52±22,77	69,19±25,01	55,20±15,61	55,58±12,31	45,81±14,20
Yapıyor	366	72,57±21,53	65,60±14,24	70,04±13,90	63,14±17,80	77,06±22,07	70,40±13,52	69,80±11,38	31,45±10,09
p*		0,003	<0,001	<0,001	<0,001	0,032	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Örgü/Elisi</i>									
Evet	30	81,25±15,57	65,83±12,25	74,16±11,57	68,33±13,12	81,25±25,26	70,83±9,33	73,61±9,11	28,20±7,59
Hayır	378	70,70±22,28	64,50±14,82	68,25±14,66	59,55±20,64	75,85±22,24	68,68±14,82	67,92±12,38	33,30±11,61
p*		0,011	0,632	0,032	0,023	0,207	0,435	0,014	0,019
<i>Parka gitmek</i>									
Evet	23	77,98±25,96	68,75±14,95	75,00±17,27	66,84±21,43	87,50±16,85	71,46±20,01	74,59±13,99	28,74±10,19
Hayır	385	71,08±21,74	64,35±14,60	68,31±14,28	59,80±20,19	75,58±22,62	68,68±14,11	67,97±12,06	33,17±11,46
p*		0,144	0,162	0,032	0,106	0,013	0,372	0,012	0,071
<i>Torunlara Bakmak</i>									
Evet	17	79,77±19,58	68,38±15,54	67,64±15,18	64,33±13,21	84,55±15,95	71,69±5,89	72,73±10,89	27,35±4,86
Hayır	391	71,11±22,07	64,43±14,59	68,73±14,52	60,02±20,55	75,89±22,68	68,71±14,74	68,15±12,29	33,17±11,57
p*		0,112	0,277	0,763	0,392	0,120	0,408	0,132	0,040
<i>Kitap okumak</i>									
Evet	7	85,71±12,35	66,07±11,88	68,75±10,82	60,71±8,62	77,67±30,80	73,21±4,72	72,02±8,88	26,57±8,40
Hayır	401	71,22±22,07	64,57±14,69	68,68±14,59	60,19±20,45	76,23±22,37	68,76±14,59	68,27±12,30	33,03±11,45
p*		0,084	0,789	0,991	0,946	0,866	0,421	0,424	0,138
<i>Vakıf, derneğe gitmek</i>									
Evet	2	84,37±13,25	87,50±0,00	84,37±4,41	84,37±13,25	90,62±13,25	84,37±13,25	85,93±5,15	20,00±0,00
Hayır	406	71,41±22,04	64,48±14,58	68,61±14,52	60,08±20,27	76,18±22,51	68,76±14,47	68,25±12,22	32,99±11,42
p*		0,407	0,026	0,126	0,092	0,366	0,129	0,042	0,109
Tatile Çıkma Durumu									
Hiç çıkmaz	231	69,15±22,25	62,04±13,57	66,74±14,53	56,30±20,33	73,34±23,43	66,77±14,02	65,72±12,06	34,34±11,59
Nadiren çıkar	99	71,46±21,26	66,54±15,97	68,30±14,97	61,61±19,74	75,94±22,18	69,76±15,32	68,93±11,44	34,51±12,01
Her yıl çıkar	75	79,08±21,16	70,16±14,40	75,41±12,04	70,50±17,45	85,50±17,10	73,66±13,75	75,72±11,00	26,57±7,61
p**		0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001

* Bağımsız gruplarda t-testi ; ** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 20’de Yaşlıların Ev İşlerindeki Rolüne göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların evin ihtiyaçları ile ilgili alışverişi yapan kişiye göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; evin ihtiyaçlarını kendisi veya başkaları ile karşılayanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması başkaları ile karşılayanlardan yüksektir (sırasıyla $70,33\pm 11,57$ ve $59,37\pm 11,25$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalaması kendisi veya başkaları ile birlikte karşılayanlarda, evin ihtiyaçlarını başkalarının karşıladığı yaşlılara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Yaşlıların evin ihtiyaçları ile ilgili alışverişi yapan kişiye göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; evin ihtiyaçlarını kendisi veya başkaları ile birlikte karşılayanların yalnızlık ölçek puanları, ihtiyaçlarını başkalarının karşıladığı yaşlılardan düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 20).

Yaşlıların evin temizliğini yapan kişiye göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; evin temizliğini yapan kişi ile toplam yaşam kalitesi puanı arasında da ilişki yoktur ($p>0,05$). WHOQOL- OLD “Duyusal Yetiler” ve “Sosyal Katılım” boyutlarında ilişki saptanmıştır ($p<0,05$); Bu boyutlarda evin temizliğini kendisi yapanların bu boyutlara ait puan ortalamaları, evin temizliği başkası tarafından yapılan yaşlılardan yüksektir.

Yaşlıların evin temizliğini yapan kişiye göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; evin temizliğini kimin yaptığı ile yalnızlık arasında da ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Yaşlıların Ev İşlerindeki Rolüne Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları -1 (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Evin İhtiyaçları ile İlgili Alışverişi Yapan kişi									
Kendisi veya başkaları ile birlikte kendisi	334	74,47±21,06	66,20±14,70	69,74±14,57	63,64±18,44	77,97±22,12	69,94±14,24	70,33±11,57	31,98±11,00
Başkaları	74	57,93±21,25	57,34±11,94	63,93±13,43	44,67±21,16	68,49±22,67	63,85±14,64	59,37±11,25	37,18±12,43
p*		<0,001	<0,001	0,002	<0,001	0,001	0,001	<0,001	<0,001
Evin temizliğini yapan kişi									
Kendisi	232	73,89±20,44	63,73±13,17	69,18±14,03	63,71±16,79	75,16±23,29	68,83±13,73	69,08±10,89	33,07±11,42
Başkası	176	68,28±23,62	65,73±16,33	68,03±15,17	55,57±23,42	77,69±21,37	68,85±15,47	67,36±13,81	32,73±11,48
p*		0,011	0,174	0,433	<0,001	0,260	0,986	0,160	0,763

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 21’de Yaşlıların Ev İşlerindeki Rolüne göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların çamaşırlarının kim tarafından yıkandığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; çamaşırları kendisi veya eşi yıkayanlarda WHOQOL-OLD Toplam Alan Puan Ortalaması başkaları tarafından yıkananlardan yüksektir (sırasıyla 69,65±11,66 ve 60,89±12,99) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ile “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalaması kendisi veya başkaları tarafından yıkananlarda yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların çamaşırlarının kim tarafından yıkandığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; çamaşırları kendisi veya eşi yıkayanların yalnızlık ölçek puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 21).

Evde yemeğin kimin pişirdiğine/hazırladığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; evde yemeği kendisi veya eşi dışında başkaları pişirenlerde WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması kendisi veya eşi pişirenlerden yüksektir (sırasıyla 69,02±11,94 ve 61,73±13,40) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi” ve “Sosyal Katılım” boyutlarında da puan ortalaması başkaları tarafından pişirilenlerde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Evde yemeğin kimin pişirdiğine/hazırladığına göre yaşlıların yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; evde yemeği başkaları pişirenlerde yalnızlık ölçek puanları düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 21).

Yaşlıların faturaların kim tarafından ödendiğine göre yaşam kalitesi değerlendirilmiş olup; faturaları kendisi ve/veya eşi ödeyenlerin WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması ile “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Sosyal Katılım” ve “Ölüm ve Ölmek” boyutları puan ortalamaları başkaları tarafından ödenenlerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Faturaların kim tarafından ödendiğine göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde; faturaları kendisi ve/veya eşi ödeyenlerin yalnızlık puan ortalaması faturaları başkaları tarafından ödenenlerden daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Yaşlıların Ev İşlerindeki Rolüne Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları -2 (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Evde Çamaşırları yıkayan kişi (n=408)									
Başkaları	61	60,96±23,03	57,58±13,84	62,60±15,49	45,18±24,13	73,66±23,88	65,36±13,72	60,89±12,99	38,07±13,37
Kendisi veya eşi	347	73,32±21,34	65,83±14,44	69,75±14,10	62,84±18,36	76,71±22,24	69,45±14,55	69,65±11,66	32,02±10,83
p*		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,330	0,042	<0,001	<0,001
Evde Yemeği Pişiren Kişi (n=408)									
Başkaları	370	72,55±21,11	65,06±14,59	69,13±14,52	61,99±18,98	76,41±22,14	68,96±14,74	69,02±11,94	32,49±11,20
Kendisi veya eşi	38	61,01±27,66	60,03±14,49	64,30±14,00	42,76±24,42	74,67±25,91	67,69±11,79	61,73±13,40	37,11±12,87
p*		0,002	0,043	0,051	<0,001	0,649	0,579	<0,001	0,018
Faturaların Ödenmesi (n=408)									
Kendi ve/veya eşi	277	73,98±21,01	66,35±15,07	69,58±14,42	63,78±18,38	78,74±20,43	69,74±14,93	70,36±11,78	32,00±11,01
Başkaları	131	66,17±23,21	60,87±12,96	66,79±14,62	52,62±22,08	70,99±25,61	66,93±13,37	64,06±12,17	34,89±12,07
p*		0,001	<0,001	0,070	<0,001	0,001	0,068	<0,001	0,017

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 22’de Yaşlıların İştah Durumu ve Öğün Sayılarına göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların iştah durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup; iştah durumu iyileştikçe yaşlıların aldığı WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması yükselmektedir (sırasıyla 60,00±10,99; 64,94±10,60 ve 70,92±12,44) ($p<0,05$). Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ile “Yakınlık” boyutları puan ortalamalarında da gruplar arasında farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İştah durumu “iyi-çok iyi” olan grubun puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 22).

Yaşlıların iştah durumu ile yalnızlık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yalnızlık puan ortalaması iştah durumu kötüleştikçe yükselmektedir ($p<0,05$) (Tablo 22).

Yaşlıların bir gündeki öğün sayısı ile yaşam kalitesi arasında ve yalnızlık puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Yaşlıların İştah Durumu ve Öğün Sayılarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
İştah Durumu									
Hiç-zayıf	23	68,75±22,23	55,97±14,89	59,23±14,82	46,46±20,54	66,57±24,68	63,04±17,96	60,00±10,99	42,48±15,29
Orta	134	64,87±21,97	61,10±12,81	65,34±13,61	56,15±18,03	75,60±21,40	66,60±13,05	64,94±10,60	34,28±11,25
İyi-çok iyi	251	75,24±21,13	67,25±14,88	71,33±14,30	63,62±20,57	77,49±22,71	70,56±14,62	70,92±12,44	31,32±10,62
p**		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,077	0,005	<0,001	<0,001
Bir Gündeki Öğün Sayısı									
1-2	196	70,69±22,41	64,85±15,63	68,33±15,28	59,21±21,00	76,88±23,32	68,01±15,11	68,00±12,70	33,57±12,43
3 ve üzeri	212	72,19±21,67	64,35±13,68	69,01±13,82	61,11±19,64	75,67±21,73	69,60±13,88	68,66±11,84	32,33±10,42
p*		0,491	0,730	0,637	0,346	0,590	0,269	0,587	0,272

* Bağımsız gruplarda t-testi ; ** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 23’de Yaşlıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Özelliklerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” verilmiştir.

Yaşlıların belirli öğünleri her gün düzenli olarak yeme durumu ile WHOQOL_OLD toplam yaşam kalitesi puanı, alt boyut puanları ve yalnızlık ölçek puanı arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 23).

Yaşlıların yeterli beslendiğini düşünme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; yeterli beslendiğini düşünenlerde WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması yeterli beslendiğini düşünmeyenlerden yüksektir (sırasıyla $69,08\pm12,08$ ve $60,70\pm11,77$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ile “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalaması yeterli beslendiğini düşünenlerde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların yeterli beslendiğini düşünme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; yeterli beslendiğini düşünenlerin yalnızlık ölçek puanlarının yeterli beslendiğini düşünmeyenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 23).

Yaşlıların fiziksel aktivite durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; aktif olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması oturganlardan yüksektir (sırasıyla $75,47\pm10,33$ ve $65,74\pm11,88$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalamaları aktif olanlarda yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların fiziksel aktivite durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; oturganların yalnızlık ölçek puanlarının aktif olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Yaşlıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Her gün Düzenli Kahvaltı Yapma Durumu									
Yapıyor	404	71,34±22,07	64,54±14,65	68,73±14,53	60,30±20,28	76,19±22,58	68,92±14,49	68,34±12,29	32,86±11,34
Yapmıyor	4	84,37±10,82	70,31±12,88	64,06±15,62	50,00±22,82	82,81±7,86	60,93±13,85	68,75±9,43	39,25±20,13
p*		0,240	0,433	0,523	0,313	0,559	0,273	0,947	0,267
Her gün Düzenli Öğle Yemeği Yeme Durumu									
Yiyor	230	72,09±22,07	64,83±13,91	68,91±14,05	60,51±19,84	76,19±21,71	69,51±13,98	68,67±11,87	32,40±10,50
Yemiyor	178	70,68±21,98	64,29±15,55	68,39±15,16	59,79±20,93	76,33±23,51	67,97±15,11	67,91±12,76	33,60±12,53
p*		0,522	0,709	0,723	0,732	0,951	0,290	0,533	0,297
Her gün Düzenli Akşam Yemeği Yeme Durumu									
Yiyor	401	71,55±21,86	64,46±14,59	68,65±14,55	60,38±20,24	76,05±22,53	68,84±14,47	68,32±12,27	32,88±11,38
Yemiyor	7	66,96±31,39	72,32±16,07	70,53±14,30	50,00±23,10	87,50±18,04	68,75±16,53	69,34±12,10	35,29±14,68
p*		0,585	0,159	0,735	0,180	0,183	0,987	0,828	0,582
Yeterli Beslendiğini Düşünme durumu									
Yeterli besleniyor	371	72,11±21,68	65,22±14,52	69,87±13,89	61,40±20,09	76,54±22,73	69,35±14,12	69,08±12,08	32,15±10,79
Yeterli beslenmiyor	36	65,10±24,88	58,33±14,63	56,59±15,73	47,74±18,72	73,09±20,14	63,36±17,30	60,70±11,77	41,00±14,63
p*		0,068	0,007	<0,001	<0,001	0,379	0,018	<0,001	<0,001
Yaşlıların Fiziksel Aktivite Durumu (Puana göre)									
Oturgan	299	67,45±22,25	62,75±14,45	66,42±14,11	56,06±19,88	74,47±22,05	67,26±14,13	65,74±11,88	34,55±12,03
Aktif	108	82,40±17,17	69,61±14,05	74,88±13,96	71,52±16,96	81,13±23,16	73,26±14,67	75,47±10,33	28,47±8,16
p*		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 24’de Yaşlıların bazı Biyodemografik Özelliklerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların sigara içme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; sigara içme durumu ile toplam yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p>0,05$). Sadece WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler” boyutunda puanlar arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara içenlerin duyusal yetiler boyutunda yaşam kalitesi puanı daha yüksektir.

Yaşlıların sigara içme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; sigara içenlerin yalnızlık puanı içmeyenlerden düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 24).

Yaşlıların herhangi bir kronik hastalık varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; kronik hastalık ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p>0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” boyutlarında ilişki vardır ($p<0,05$). Söz konusu boyutlarda kronik hastalık olmaması yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Yaşlıların kronik hastalık varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; kronik hastalık bulunması ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 24).

Yaşlıların sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; kronik hastalık sayısı arttıkça WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması düşmektedir ($p<0,05$). “Duyusal Yetiler”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” ve “Sosyal Katılım” boyutunda da gruplar arasında fark vardır; dört ve üzeri hastalığa sahip olanlarda, bu alanlara ait puan ortalamaları diğer gruplardan daha düşüktür ($p<0,05$).

Yaşlıların sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; 4 ve üzeri kronik hastalığı olanların yalnızlık ölçek puanları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Yaşlıların Biyodemografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Sigara İçme Durumu									
Evet	32	78,90±18,08	66,99±12,00	71,87±15,87	61,52±18,72	77,53±23,91	71,28±11,54	71,35±8,70	28,97±9,27
Hayır	375	70,88±22,24	64,38±14,85	68,41±14,42	60,05±20,46	76,10±22,41	68,63±14,72	68,07±12,50	33,27±11,56
p*		0,048	0,334	0,197	0,694	0,729	0,321	0,147	0,041
Herhangi Bir Kronik Hastalık									
Var	194	69,07±21,82	63,04±14,08	67,13±14,16	57,89±19,75	76,25±21,03	70,10±13,39	67,25±11,61	32,81±11,02
Yok	214	73,65±22,02	66,00±15,02	70,09±14,74	62,29±20,62	76,25±23,79	67,69±15,35	69,33±12,76	33,02±11,82
p*		0,036	0,041	0,040	0,029	1,0000	0,094	0,087	0,854
Kronik Hastalık Sayısı									
0	21	91,36±13,32	66,66±13,74	69,04±17,94	63,39±16,33	77,08±28,38	66,36±13,76	72,32±11,47	33,81±12,39
1	62	83,66±16,09	67,13±14,13	72,47±13,50	67,03±20,56	81,25±21,14	70,66±14,16	73,70±10,68	29,61±8,90
2-3	135	74,44±22,63	65,74±15,13	69,95±14,23	62,26±20,27	76,20±22,67	70,97±12,81	69,93±12,50	31,35±10,91
≥4	190	63,19±20,26	62,73±14,41	66,51±14,40	56,15±19,89	74,57±22,01	67,00±15,57	65,02±11,74	35,03±12,05
p**		<0,001	0,102	0,023	0,001	0,246	0,055	<0,001	0,002

* Bağımsız gruplarda t-testi ; ** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 25’de Yaşlıların Kronik Hastalıklarına göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların hipertansiyon varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; hipertansiyonu olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla 66,00±12,13 ve 71,05±11,85) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ile “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalaması hipertansiyonu olanlarda düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların hipertansiyon varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; hipertansiyonu olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 25).

Yaşlıların kalp hastalığı varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; kalp hastalığı olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla 65,32±13,10 ve 69,60±11,67) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ve “Ölüm ve Ölmek” boyutlarında da puan ortalaması kalp hastalığı olanlarda düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların kalp hastalığı varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; kalp hastalığı ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 25).

Yaşlıların diyabet varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; diyabeti olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla 66,21±12,48 ve 69,04±12,12) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler” boyutunda da diyabeti olanlarda düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların diyabet varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; diyabet ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 25).

Yaşlıların inme varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; inmesi olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $63,05 \pm 14,67$ ve $69,13 \pm 11,67$) ($p < 0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler” ve “Sosyal Katılım” boyutlarında da inmesi olanlarda düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşlıların inme varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; inmesi olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 25).

Yaşlıların Astım-KOAH varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; Astım-KOAH ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p > 0,05$). Sadece “Otonomi” boyutunda ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Astım-KOAH’ı olanların yaşam kalitesi puanı daha yüksektir.

Yaşlıların Astım-KOAH varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; Astım-KOAH ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 25).

Yaşlılarda kemik erimesi ve Astım-KOAH varlığı ile “Otonomi” boyut puanı arasında ilişki saptanmıştır. Her iki hastalık ile diğer yaşam kalitesi boyut puanları ve yalnızlık ölçek puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 25).

Guatr, Romatizmal hastalık ve Kanser varlığı ile yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık ölçek puanları arasında ilişki yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Kronik Hastalıklar									
<i>Hipertansiyon</i>									
Var	219	68,80±21,64	62,67±14,19	66,29±14,43	56,90±19,67	74,37±22,01	66,98±14,64	66,00±12,13	34,49±12,37
Yok	189	74,57±22,10	66,83±14,87	71,46±14,18	64,02±20,40	78,43±22,89	70,99±14,04	71,05±11,85	31,11±9,96
p*		0,008	0,004	<0,001	<0,001	0,069	0,005	<0,001	0,003
<i>Kalp hastalığı</i>									
Evet	120	66,61±22,50	63,17±14,93	66,30±15,54	56,77±21,70	72,23±24,37	66,82±15,74	65,32±13,10	34,21±12,13
Hayır	288	73,50±21,53	65,19±14,49	69,68±13,99	61,63±19,55	77,92±21,48	69,68±13,87	69,60±11,67	32,39±11,10
p*		0,004	0,206	0,032	0,027	0,020	0,069	0,001	0,143
<i>Şeker Hastalığı(Diyabet)</i>									
Evet	101	66,33±20,85	64,41±13,99	66,27±15,81	58,10±19,87	73,94±23,18	68,19±16,05	66,21±12,48	34,21±12,56
Hayır	307	73,16±22,16	64,65±14,86	69,48±14,02	60,89±20,43	77,01±22,24	69,05±13,95	69,04±12,12	32,50±11,02
p*		0,007	0,887	0,054	0,232	0,235	0,605	0,044	0,194
<i>İnme</i>									
Evet	53	64,03±22,59	61,32±15,36	65,80±12,83	50,94±24,86	70,75±25,46	65,44±15,72	63,05±14,67	37,23±14,71
Hayır	355	72,58±21,74	65,08±14,48	69,11±14,73	61,58±19,19	77,07±21,93	69,34±14,25	69,13±11,67	32,28±10,73
p*		0,008	0,081	0,121	<0,001	0,056	0,068	0,001	0,003
<i>Astım-KOAH</i>									
Evet	36	71,18±22,22	69,96±12,74	67,70±13,06	61,45±20,18	75,86±20,05	72,39±14,59	69,76±10,72	31,75±10,98
Hayır	372	71,50±22,03	64,07±14,72	68,78±14,67	60,08±20,34	76,29±22,73	68,49±14,45	68,20±12,40	33,04±11,48
p*		0,933	0,021	0,672	0,698	0,914	0,123	0,468	0,519
<i>Kemik erimesi</i>									
Evet	31	68,95±22,33	58,26±11,22	67,94±13,76	57,05±18,73	79,43±16,78	69,15±9,80	66,80±9,86	30,65±7,85
Hayır	377	71,68±22,01	65,11±14,77	68,75±14,60	60,46±20,43	75,99±22,89	68,81±14,81	68,47±12,43	33,11±11,66
p*		0,507	0,012	0,767	0,370	0,414	0,901	0,467	0,249

Romatizmal hastalık

Evet	25	70,25±18,86	65,25±11,84	65,50±18,32	59,50±22,75	75,75±18,69	70,00±15,20	67,70±11,72	34,24±12,30
Hayır	383	71,55±22,23	64,55±14,81	68,89±14,25	60,24±20,16	76,28±22,73	68,76±14,46	68,38±12,30	32,84±11,38
p*		0,774	0,819	0,258	0,859	0,908	0,681	0,789	0,553
<i>Guatr</i>									
Evet	9	64,58±30,45	59,02±11,31	67,36±10,25	56,25±19,26	69,44±26,96	75,00±6,98	65,27±11,96	32,00±8,27
Hayır	399	71,63±21,82	64,72±14,69	68,71±14,62	60,29±20,34	76,40±22,39	68,70±14,59	68,41±12,27	32,94±11,50
p*		0,343	0,249	0,782	0,556	0,359	0,198	0,449	0,807
<i>Kanser</i>									
Evet	8	66,40±26,07	64,84±11,04	63,28±9,11	55,46±14,34	86,71±11,29	69,53±12,24	67,70±9,31	28,88±7,60
Hayır	400	71,57±21,95	64,59±14,71	68,79±14,60	60,29±20,41	76,04±22,61	68,82±14,54	68,35±12,31	33,01±11,49
p*		0,511	0,962	0,288	0,506	0,184	0,892	0,882	0,312

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 26’da Yaşlıların Semptom / Durumlarına göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların görme bozukluğu varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; görme bozukluğu olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $67,35 \pm 12,45$ ve $70,28 \pm 11,66$) ($p < 0,05$). “Duyusal Yetiler” boyutunda da görme bozukluğu olanlarda düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşlıların görme bozukluğu varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; görme bozukluğu ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 26).

Yaşlıların “tuvalete yetişememe” şikayetinin bulunma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; tuvalete yetişememe problemi olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $65,07 \pm 11,91$ ve $70,58 \pm 12,00$) ($p < 0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da tuvalete yetişememe problemi olanlarda düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşlıların tuvalete yetişememe problemi varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; tuvalete yetişememe problemi olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 26).

Yaşlıların idrar kaçırma şikayeti bulunma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; idrar kaçırma problemi olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $65,56 \pm 11,60$ ve $69,84 \pm 12,37$) ($p < 0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi” ve “Sosyal Katılım” boyutlarında da idrar kaçırma problemi olanlarda düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşlıların idrar kaçırma problemi varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; idrar kaçırma problemi olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 26).

Yaşlıların işitme problemi varlığına/durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; işitme problemi olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $63,64\pm12,00$ ve $70,25\pm11,85$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Sosyal Katılım” ile “Yakınlık” boyutlarında da puan ortalamaları işitme problemi olanlarda olmayanlara göre daha düşüktür ($p<0,05$).

Yaşlıların işitme problemi varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; işitme problemi olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 26).

Yaşlıların mide rahatsızlığı bulunma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; mide rahatsızlığı ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yaşlıların mide rahatsızlığı durumuna/varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; mide rahatsızlığı ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 26).

Yaşlıların gaita inkontinansı problemi varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; gaita inkontinansı problemi olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $57,85\pm14,42$ ve $68,99\pm11,82$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da gaita inkontinansı olanlarda düşüktür ($p<0,05$).

Yaşlıların gaita inkontinansı problemi varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; gaita inkontinansı problemi olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 26).

Yaşlı erkeklerde prostat problemi varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; prostat problemi ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Erkeklerde prostat problemi varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; prostat problemi ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 26).

Yaşlıların bel ağrısı bulunma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; bel ağrısı ile toplam yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p>0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler” boyutunda ilişki vardır ($p<0,05$). Bel ağrısı olanların yaşam kalitesi puanı düşüktür.

Yaşlıların bel ağrısı varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; bel problemi ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Yaşlıların Semptom/Durumlarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
<i>Görme bozukluğu</i>									
Var	270	66,36±22,16	64,51±14,95	68,84±13,78	60,02±20,25	75,71±21,92	68,65±14,03	67,35±12,45	33,30±11,36
Yok	138	81,47±17,98	64,76±14,04	68,38±15,94	60,55±20,47	77,30±23,61	69,20±15,39	70,28±11,66	32,20±11,58
p*		<0,001	0,870	0,765	0,804	0,499	0,720	0,022	0,358
<i>Tuvalete yetişememe</i>									
Evet	166	66,67±20,79	61,78±14,90	66,64±15,00	56,47±20,67	71,72±23,59	67,13±15,56	65,07±11,91	35,53±12,63
Hayır	242	74,76±22,27	66,52±14,16	70,09±14,05	62,75±19,68	79,36±21,20	70,01±13,61	70,58±12,00	31,14±10,18
p*		<0,001	0,001	0,018	0,002	0,001	0,048	<0,001	<0,001
<i>İdrar kaçırma</i>									
Evet	145	65,25±21,43	62,45±14,86	66,89±14,17	56,72±20,03	74,69±22,40	67,37±14,17	65,56±11,60	35,65±12,23
Hayır	262	74,83±21,63	65,74±14,42	69,65±14,68	62,07±20,26	77,09±22,57	69,68±14,64	69,84±12,37	31,44±10,71
p*		<0,001	0,030	0,067	0,011	0,304	0,124	0,001	<0,001
<i>İşitme Problemi</i>									
Evet	118	57,15±20,54	63,71±15,20	66,63±16,12	54,76±20,35	74,04±20,79	65,57±15,45	63,64±12,00	36,64±12,17
Hayır	290	77,30±19,85	64,95±14,41	69,52±13,77	62,41±19,90	77,15±23,12	70,17±13,88	70,25±11,85	31,41±10,77
p*		<0,001	0,439	0,068	0,001	0,206	0,004	<0,001	<0,001
<i>Mide rahatsızlığı</i>									
Evet	26	69,23±18,70	63,94±12,28	64,66±11,98	58,89±15,42	76,92±24,86	69,95±10,75	67,26±8,75	32,85±11,83
Hayır	382	71,62±22,24	64,64±14,79	68,96±14,66	60,29±20,61	76,21±22,35	68,76±14,71	68,41±12,46	32,93±11,42
p*		0,592	0,814	0,145	0,735	0,876	0,687	0,644	0,971
<i>Gaita inkontinansı</i>									
Evet	24	56,25±20,68	54,42±16,11	62,50±12,76	45,83±22,77	66,40±26,56	61,71±17,99	57,85±14,42	42,50±16,16
Hayır	384	72,42±21,77	65,23±14,32	69,07±14,56	61,10±19,83	76,87±22,10	69,28±14,15	68,99±11,82	32,33±10,82
p*		<0,001	<0,001	0,031	<0,001	0,027	0,013	<0,001	<0,001

*Prostat***

Evet	17	77,57±16,24	68,01±12,86	73,16±13,75	62,50±13,25	87,13±12,78	70,22±14,57	73,10±7,03	30,06±7,52
Hayır	151	75,12±22,89	70,15±15,58	70,69±16,09	62,66±21,33	82,28±19,45	71,44±15,04	72,06±12,93	30,93±11,67
P*		0,669	0,586	0,545	0,975	0,318	0,751	0,745	0,765
<i>Bel ağrısı</i>									
Evet	17	61,02±23,44	59,92±9,89	64,70±14,13	56,61±20,90	78,67±19,89	68,38±13,88	64,88±13,05	36,18±13,91
Hayır	391	71,93±21,87	64,80±14,78	68,86±14,54	60,35±20,29	76,15±22,61	68,86±14,53	68,49±12,21	32,78±11,31
p*		0,046	0,179	0,249	0,458	0,651	0,894	0,236	0,231

* Bağımsız gruplarda t-testi

**Erkeklerde

Tablo 27’de Yaşlıların Düşme Deneyimi ve Engelli Raporu Bulunma Durumuna göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların son 6 ay içerisinde düşme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; düşme hikâyesi olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $63,32\pm 13,11$ ve $69,86\pm 11,58$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da düşme hikâyesi olanlarda da düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların son 6 ay içerisinde düşme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; düşme hikâyesi olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 27).

Yaşlıların engelli raporuna sahip olma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; engelli raporu olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $51,70\pm 20,37$ ve $68,80\pm 11,66$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da engelli olanlarda düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların engelli raporuna sahip olma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; engelli raporu olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Yaşlıların Düşme Deneyimi ve Engelli Raporu Bulunma Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Son 6 ay içerisinde düşme durumu									
Evet	95	61,71±22,27	62,36±16,07	66,05±14,94	53,61±21,71	70,39±21,76	65,78±18,13	63,32±13,11	36,42±12,36
Hayır	313	74,44±21,09	65,27±14,13	69,48±14,33	62,20±19,45	78,03±22,44	69,76±13,08	69,86±11,58	31,86±10,94
p*		<0,001	0,090	0,043	<0,001	0,004	0,019	<0,001	0,001
Engelli Raporu Olma Durumu (n=408)									
Var	11	42,61±24,97	55,11±21,06	60,79±17,02	33,52±28,40	59,09±32,27	59,09±27,15	51,70±20,37	46,27±13,70
Yok	397	72,27±21,42	64,86±14,36	68,90±14,41	60,94±19,57	76,73±22,02	69,11±13,94	68,80±11,66	32,55±11,16
p*		<0,001	0,029	0,068	<0,001	0,010	0,023	<0,001	<0,001

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 28’da Yaşlıların Kullandığı İlaç ve Yardımcı Cihaz Durumuna Göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların sürekli ilaç kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; sürekli ilaç kullananlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması kullanmayanlardan düşüktür (sırasıyla 66,92±12,32 ve 72,17±11,27) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ile “Ölüm ve Ölmek” boyutlarında da düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların sürekli ilaç kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; sürekli ilaç kullananların yalnızlık ölçek puanları kullanmayanlardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 28).

Yaşlıların herhangi bir yardımcı cihaz kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; herhangi bir yardımcı cihaz kullananlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması kullanmayanlardan düşüktür (sırasıyla 67,43±12,31 ve 70,99±11,74) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler” ve “Ölüm ve Ölmek” boyutlarında da düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların herhangi bir yardımcı cihaz kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; herhangi bir yardımcı cihaz kullanımı ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 28).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak gözlük kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; gözlük kullanma ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak gözlük kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; gözlük kullanma ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 28).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak baston kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; baston kullananlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması kullanmayanlardan düşüktür (sırasıyla $62,77 \pm 12,56$ ve $70,97 \pm 11,20$) ($p < 0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyut puanları da düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak baston kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; baston kullananların yalnızlık ölçek puanları kullanmayanlardan daha yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 28).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak işitme cihazı kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; işitme cihazı kullanımı ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p > 0,05$). Sadece “Duyusal Yetiler” boyutunda istatistiksel fark saptanmıştır ($p < 0,05$). İşitme cihazı kullananların yaşam kalitesi puanı düşüktür.

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak işitme cihazı kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; işitme cihazı kullanımı ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 28).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak koltuk değneği kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; koltuk değneği kullananlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması kullanmayanlardan düşüktür (sırasıyla $53,64 \pm 9,64$ ve $68,48 \pm 12,20$) ($p < 0,05$). WHOQOL-OLD “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” ile “Yakınlık” boyut puanları da düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak koltuk değneği kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; koltuk değneği kullananların yalnızlık ölçek puanları kullanmayanlardan daha yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 28).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak yürüteç kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; yürüteç kullanımı ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşlıların yardımcı cihaz olarak yürüteç kullanma durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; yürüteç kullanımı ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Yaşlıların Kullandığı İlaç ve Yardımcı Cihaz Durumuna Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Sürekli Kullandığı İlaç(n=408)									
Evet	298	68,64±22,06	63,82±14,63	67,78±15,05	58,32±20,61	74,01±22,69	68,98±15,07	66,92±12,32	34,04±11,92
Hayır	110	79,14±20,07	66,70±14,51	71,13±12,75	65,28±18,61	82,32±20,83	68,46±12,82	72,17±11,27	29,91±9,39
p*		<0,001	0,077	0,039	0,002	0,001	0,751	<0,001	0,001
Herhangi Bir Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu (n=408)									
Evet	304	69,03±21,54	64,57±14,73	68,21±14,47	59,19±20,53	74,77±22,37	68,83±14,73	67,43±12,31	33,25±11,84
Hayır	104	78,60±21,94	64,66±14,43	70,07±14,66	63,16±19,43	80,58±22,37	68,87±13,82	70,99±11,74	31,98±10,12
p*		<0,001	0,958	0,261	0,085	0,023	0,982	0,010	0,330
Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu (n=408)									
<i>Gözlük</i>									
Evet	250	70,20±21,18	65,57±14,71	69,50±14,07	61,55±19,64	74,72±22,03	69,60±13,75	68,52±12,00	32,48±11,47
Hayır	158	73,49±23,20	63,05±14,42	67,40±15,18	58,06±21,20	78,67±23,06	67,64±15,55	68,05±12,68	33,62±11,37
p*		0,141	0,090	0,156	0,092	0,084	0,184	0,708	0,329
<i>Baston</i>									
Evet	131	61,78±22,75	61,11±13,93	65,26±15,05	50,81±21,41	72,28±23,42	65,41±16,15	62,77±12,56	36,61±12,52
Hayır	277	76,06±20,13	66,24±14,69	70,30±14,01	64,64±18,17	78,13±21,83	70,46±13,36	70,97±11,20	31,18±10,45
p*		<0,001	0,001	0,001	<0,001	0,014	0,001	<0,001	<0,001
<i>İşitme cihazı</i>									
Evet	9	54,16±19,51	70,13±10,25	65,27±17,98	54,16±19,51	83,33±21,42	71,52±9,43	66,43±10,00	35,44±13,18
Hayır	396	72,15±21,66	64,37±14,68	68,71±14,49	60,27±20,38	76,01±22,57	68,81±14,60	68,39±12,33	32,86±11,39
p*		0,014	0,243	0,484	0,374	0,336	0,580	0,637	0,503
<i>Koltuk değneği</i>									
Evet	4	62,50±17,67	57,81±7,86	46,87±15,72	28,12±27,24	71,87±14,87	54,68±22,46	53,64±9,64	47,50±15,46
Hayır	404	71,56±22,05	64,66±14,68	68,90±14,37	60,51±20,01	76,29±22,56	68,98±14,36	68,48±12,20	32,78±11,32
p*		0,413	0,352	0,002	0,001	0,696	0,050	0,016	0,010

Yürüteç

Evet	3	54,16±35,53	58,33±13,01	64,58±7,21	39,58±14,43	77,08±9,54	66,66±14,43	60,06±10,43	35,33±15,37
Hayır	405	71,60±21,90	64,64±14,65	68,71±14,57	60,35±20,27	76,25±22,56	68,85±14,50	68,40±12,26	32,91±11,42
p*		0,172	0,458	0,624	0,078	0,949	0,794	0,241	0,715

* Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 29’da Yaşlıların bazı Biyodemografik Özelliklerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların son 1 ay içerisinde kendisini mutsuz, umutsuz hissetme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; bu durumu daha sık yaşayanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması daha düşüktür ($p<0,05$). WHOQOL- OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu fark birden fazla gruptan kaynaklanmaktadır.

Yaşlıların son 1 ay içerisinde kendisini mutsuz, umutsuz hissetme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; bu durumu daha sık yaşayanların yalnızlık ölçek puanları daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 29). Bu fark birden fazla gruptan kaynaklanmaktadır.

Yaşlıların son 1 yılda intihar etmeyi düşünme durumuna göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; intihar etmeyi düşünme ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur ($p>0,05$). WHOQOL-OLD “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri” boyutunda ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Son bir yılda intihar etmeyi düşünenlerin puanı daha düşüktür.

Yaşlıların son 1 yılda intihar etmeyi düşünme durumuna göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; intihar etmeyi düşünme ile yalnızlık arasında ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 29).

Yaşlıların uyku sorunu varlığına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; uyku sorunu olanlarda WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması olmayanlardan düşüktür (sırasıyla $64,34\pm 11,22$ ve $71,00\pm 12,21$) ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyut puanlarında da düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların uyku sorunu varlığına göre yalnızlık durumu değerlendirildiğinde ise; uyku sorunu olanların yalnızlık ölçek puanları olmayanlardan yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Yaşlıların Bazı Sağlık Durumlarına Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD							UCLA-LS
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Son 1 Ay İçerisinde Kendisini Mutsuz, Umutsuz Hissetme Durumu									
Hiç-nadiren	261	75,88±20,14	66,49±13,77	71,93±12,42	63,79±19,04	80,62±19,50	71,04±12,75	71,63±10,95	30,11±9,03
Bazen	87	62,93±22,73	63,00±15,10	66,81±14,24	57,39±20,18	71,91±24,42	66,95±17,59	64,83±12,19	34,52±11,92
Sık sık-her zaman	60	64,68±23,71	58,64±15,94	57,29±17,22	48,64±21,15	63,54±25,81	61,97±14,33	59,13±11,78	42,87±13,97
p**		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Son Bir Yılda İntihar Etmeyi Düşünme Durumu									
Evet	9	68,05±18,60	57,63±10,72	52,77±21,22	49,30±24,69	78,47±22,77	56,25±17,39	60,41±11,42	38,34±15,27
Hayır	388	71,45±22,20	64,78±14,57	69,05±14,30	60,58±20,07	76,57±22,37	69,15±14,32	68,60±12,22	32,73±11,15
p*		0,649	0,145	0,001	0,098	0,802	0,008	0,047	0,133
Uyku Sorunu									
Var	163	64,37±22,32	61,65±13,84	65,98±13,97	55,09±19,44	72,46±24,50	66,44±13,41	64,34±11,22	35,36±12,12
Yok	245	76,19±20,54	66,55±14,85	70,48±14,64	63,59±20,19	78,77±20,71	70,43±14,98	71,00±12,21	31,31±10,67
p*		<0,001	0,001	0,002	<0,001	0,005	0,006	<0,001	<0,001

* Bağımsız gruplarda t-testi ; ** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

4.4.Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 30'da Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları” sunulmuştur.

Yaşlıların yalnızlık düzeylerine göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; yalnızlık düzeyi yükseldikçe WHOQOL- OLD Toplam Alan Puan Ortalaması düşmektedir ($p<0,05$). WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ile “Yakınlık” boyutlarında da aynı özelliği göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerine Göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (Burdur, 2015)

Özellikler	Sayı (n)	WHOQOL-OLD						Toplam Alan
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yalnızlık düzeyi								
Düşük	268	75,46±20,96	68,68±13,72	73,34±12,12	66,95±16,79	80,41±20,16	73,99±11,60	73,14±9,75
Orta	96	65,36±19,27	59,24±11,99	63,86±12,95	52,66±18,33	70,96±22,23	63,54±11,20	62,60±10,15
Yüksek	44	60,51±27,08	51,42±13,99	50,85±14,23	35,51±19,38	62,50±28,43	49,00±15,59	51,63±10,04
p**		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 31’de Yaşlıların “Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları” ile “Yalnızlık Ölçeği Puanları” arasındaki korelasyon sunulmuştur.

Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları ile Yalnızlık Ölçeği Puanları arasında negatif yönde bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yaşam kalitesi arttıkça yalnızlık düzeyi azalmaktadır.

Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Toplam Yaşam Kalitesi Puanı ile pozitif korelasyon göstermektedir ($p<0,05$). Alt boyutlarda da yaşam kalitesi arttıkça yalnızlık düzeyi azalmaktadır (Tablo 31).

Tablo 31. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (Burdur, 2015)

		WHOQOL-OLD						UCLA-LS	
		Duyusal Yetiler Boyutu	Otonomi Boyutu	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu	Sosyal Katılım Boyutu	Ölüm ve Ölmek Boyutu	Yakınlık Boyutu	Toplam Alan Puan Ortalamaları	Puan Ortalamaları
		r	r	r	r	r	r	r	r
WHOQOL-OLD	Duyusal Yetiler Boyutu		0,319*	0,328*	0,427*	0,176*	0,231*	0,645*	-,296*
	Otonomi Boyutu			0,592*	0,545*	0,274*	0,425*	0,729*	-,426*
	Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri Boyutu				0,678*	0,177*	0,483*	0,750*	-,546*
	Sosyal Katılım Boyutu					0,238*	0,469*	0,812*	-,561*
	Ölüm ve Ölmek Boyutu						0,156*	0,545*	-,296*
	Yakınlık Boyutu							0,623*	-,603*
	Toplam Alan								-,645*

*p<0,05

Tablo 32’de yaşam kalitesi ve yalnızlık puanlarını etkileyen temel faktörleri belirlemeye yönelik Lineer Regresyon Analizi sonuçları sunulmuştur.

Yapılan çoklu analizde yaşam kalitesini etkileyen değişkenlere bakıldığında; toplam yaşam kalitesi puanını kadın cinsiyetin 4,851((%95 GA=(-9,042)-(-0.661); p<0,05)) , formal eğitim almamanın 2,639((%95 GA=(-4,700)-(-0,578); p<0,05)) , geliri geçimine yetmemenin 2,686((%95 GA=-4,693)-(-0,679); p<0,05)) , gündüz bakım evine gitmek istememenin 7,147(%95 GA= (-13,978)-(0,316); p<0,05)) , tatile gitmemenin 2,581((%95 GA= (-4,829)-(-0,334); p<0,05)) , alışverişi başkalarının yapmasının 3,586((%95 GA= (-6,393)-(-0,779); p<0,05)) , iştahın az olmasının 1,908((%95 GA=(-3,397)-(-0,419); p<0,05)) , oturgan olmanın 3,179((%95 GA=(-5,336)-(-1,312); p<0,05)) , işitme problemi olmasının 2,540((%95 GA=(-4,400)-(-0,527); p<0,05)) , engelli raporu olmasının 7,176((%95 GA=(-13,410)-(-1,038); p<0,05)) , kendini mutsuz hissetmenin 2,519((%95 GA=(-5,004)-(-0,033); p<0,05)) ve yalnız olmanın 0,449((%95 GA=(-0,542)-(-0,360); p<0,05)) puan azalttığı görülmüştür (Tablo 32). Yaş, medeni durum, çalışma durumu, kendi emekli maaşı olması, geliri geçimine yetmesi, kendisine ait evi olması, huzurevinde kalmayı düşünme, kendisinin bakım alması, tv-ev işi dışında iş yapmaması, çamaşırları kendi veya eşinin yıkaması, yemeği kendi veya eşinin pişirmesi, faturayı kendi-eşinin ödemesi, oturgan olması, kronik hastalığı olması, görme bozukluğu olması, gaita inkontinansı, düşme hikâyesi, sürekli ilaç kullanma, yardımcı cihaz kullanma, uyku sorunu olmasının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (Tablo 32).

UCLA-LS yalnızlık ölçek puanını etkileyen faktörler lineer regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; huzurevinde kalmayı düşünmenin 11,707((%95 GA=(5,460)-(17,954); p<0,05)) , tv ve ev işi dışında iş yapmamanın 8,752((%95 GA=(5,491)-(12,013); p<0,05)) , tatile gitmemenin 4,410((%95 GA=(1,999)-(6,821); p<0,05)) , aktif/oturgan olmanın 2,485((%95 GA=(0,260)-(4,710); p<0,05)) , işitme problemi olmamasının 3,260((%95 GA=(1,168)-(5,353); p<0,05)) , kendisini mutsuz hissetmemenin 8,758((%95 GA=(6,047)-(11,469); p<0,05)) puan artırdığı ve evde yaşayan kişi sayısının 1 kişi artmasının 0,969((%95 GA=(-1,902)-(-0,037); p<0,05)) puan azalttığı saptanmıştır (Tablo 32).

Çoklu analizde; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, emekli maaşı olması, geliri geçimine yetmesi, kendisine ait evi olması, yaşadığı yerden memnun olma, gündüz bakım evine gitmeyi düşünme, bakım alma durumu, alışverişi kendi veya başkalarının yapması, çamaşırları kendi veya eşinin yıkaması, yemeği kendi veya eşinin pişirmesi, faturayı kendi- eşinin ödemesi, iştah durumu, yeterli beslendiğini düşünme durumu, sigara içmesi, kronik hastalığı varlığı, görme bozukluğu, gaita inkontinansı, düşme hikayesi, engelli raporu olması, sürekli ilaç kullanımı, yardımcı cihaz kullanma, uyku sorunu, intihar etmeyi düşünmenin UCLA-LS yalnız ölçek puanını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Yaşlıların Yaşam Kalitesini ve Yalnızlık Ölçek Puanlarını Etkileyen Faktörler (Lineer Regresyon Analizi) (Burdur, 2015)

Değişken (referans grup/risk grubu)	WHOQOL- OLD Toplam Alan Puanı			UCLA-LS Yalnızlık Ölçek Puanı		
	β (102,812)	%95 GA -	p -	β (24,934)	%95 GA -	p -
<i>Constant</i>						
Cinsiyet (erkek/kadın)	-4,851	(-9,042) – (-0,661)	0,023	0,920	(-3,746) – (5,586)	0,698
Yaş (80 yaş altı / 80yaş üstü)	-0,808	(-3,260) – (1,644)	0,518	2,463	(-0,292) – (5,218)	0,080
Medeni durum (evli / evli değil)	2,045	(0,038) – (4,052)	0,046	-1,230	(-3,620) – (1,161)	0,312
Formal eğitim alma durumu (almış /almamış)	-2,639	(-4,700) – (-0,578)	0,012	1,736	(-0,550) – (4,022)	0,136
Çalışma durumu (çalışıyor / çalışmıyor)	3,900	(-0,448) – (8,248)	0,079	-1,010	(-5,805) – (3,785)	0,679
Emekli maaşı (kendisinin var / yok)	-0,316	(-3,065) – (2,433)	0,821	1,258	(-1,741) – (4,257)	0,410
Geliri geçimine yetme durumu (yetiyor /yetmiyor)	-2,686	(-4,693) – (-0,679)	0,009	*	*	*
Mülkiyet (kendisine ait /başkasına ait)	-0,231	(-2,743) – (2,281)	0,857	-0,538	(-3,281) – (2,205)	0,700
Evde yaşayan kişi sayısı	*	*	*	-0,969	(-1,902) – (-0,037)	0,042
Yaşadığı yerden memnuniyeti (memnun /memnun değil)	*	*	*	0,558	(-4,730) – (5,847)	0,836
Gündüz bakımevine gitmek isteme (evet/hayır)	-7,147	(-13,978) – (-0,316)	0,040	-2,092	(-9,779) – (5,595)	0,593
Huzurevinde kalmayı düşünme (hayır/evet)	-0,878	(-6,590) – (4,833)	0,763	11,707	(5,460) – (17,954)	0,000
Bakım alma durumu (hayır/evet)	-0,611	(-5,312) – (4,090)	0,798	2,123	(-3,159) – (7,405)	0,430
TV izleme-ev işi dışında bir şey yapma (yapıyor/yapmıyor)	-1,481	(-4,546) – (1,585)	0,343	8,752	(5,491) – (12,013)	0,000
Tatile gitme durumu (gidiyor/gitmiyor)	-2,581	(-4,829) – (-0,334)	0,025	4,410	(1,999) – (6,821)	0,000
Alışverişi yapan kişi (kendisi /başkaları)	-3,586	(-6,393) – (-0,779)	0,012	-2,863	(-5,986) – (0,260)	0,072
Çamaşırları yıkayan kişi (kendisi veya eşi/ başkaları)	-1,905	(-5,330) – (1,520)	0,275	2,709	(-1,203) – (6,621)	0,174
Yemeği pişiren kişi (kendisi veya eşi/ başkaları)	0,881	(-3,164) – (4,926)	0,669	-1,249	(-5,707) – (3,209)	0,582
Faturaları ödeyen kişi (kendisi veya eşi /başkaları)	-0,654	(-2,802) – (1,493)	0,549	-0,700	(-3,109) – (1,709)	0,568
İştah (iyi-/az)	-1,908	(-3,397) – (-0,419)	0,012	1,016	(-0,627) – (2,659)	0,225
Yeterli beslendiğini düşünme durumu (düşünüyor/düşünmüyor)	0,243	(-2,844) – (3,331)	0,877	0,792	(-2,583) – (4,167)	0,645
Fizik aktivite (aktif/oturman)	-3,179	(-5,336) – (-1,312)	0,001	2,485	(0,260) – (4,710)	0,029
Sigara içme (içmiyor/içiyor)	*	*	*	0,890	(-2,627) – (4,407)	0,619
Kronik hastalık (yok/var)?	-0,509	(-2,769) – (1,752)	0,658	-0,135	(-2,648) – (2,377)	0,916
Görme bozukluğu (yok/var)	-1,073	(-2,984) – (0,838)	0,270	*	*	*
İşitme problemi (yok/var)	-2,540	(-4,400) – (-0,527)	0,013	3,260	(1,168) – (5,353)	0,002
İdrar kaçırma (yok/var)	1,918	(0,056) – (3,781)	0,044	0,086	(-1,971) – (2,143)	0,934
Gaita inkontinansı (yok/var)	-2,910	(-6,651) – (0,830)	0,127	3,616	(-0,552) – (7,784)	0,089
Düşme durumu (hayır/evet)	-0,652	(-2,738) – (1,434)	0,539	0,433	(-1,882) – (2,748)	0,713
Engelli raporu (yok/var)	-7,176	(-13,410) – (-1,038)	0,022	5,528	(-1,312) – (12,367)	0,113
Sürekli ilaç kullanma (hayır/evet)	-0,957	(-3,037) – (1,122)	0,336	1,432	(-0,863) – (3,727)	0,221
Yardımcı cihaz kullanma (hayır/evet)	-1,183	(-3,257) – (0,891)	0,263	-0,575	(-2,760) – (1,611)	0,605
Mutsuz hissetme (nadir-hiç-bazen/sık-her zaman)	-2,519	(-5,004) – (-0,033)	0,047	8,758	(6,047) – (11,469)	0,000
Uyku sorunu (yok/var)	-1,555	(-3,326) – (0,216)	0,085	0,538	(-1,432) – (2,508)	0,591
İntihar etmeyi düşünme (hayır/evet)	*	*	*	-4,400	(-10,863) – (2,063)	0,181
Yalnızlık düzeyi (UCLA-LS)	-0,449	(-0,542) – (-0,360)	<0,001	*	*	*

*Modelle dahil edilmemiştir

5.TARTIŞMA

Aristo'ya göre iyi yaşam kalitesi sadece iyi bir yaşama sahip olmak değil aynı zamanda onu devam ettirebilmektir (102). “Yaşama yıllar, yıllara yaşam katmak olarak” olarak özetlenebilecek “Yaşam Kalitesi” yaşamın son yıllarında daha önemli hale gelmektedir. Benzer şekilde yalnızlık da sosyokültürel değişimlerle en çok da yaşlıyı etkilemektedir. Bu araştırmada; yaşlı bir nüfusa sahip olan Burdur'da yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun yaşam kalitesi ve yalnızlık durumu ile bunlarla ilişkili etmenler belirlenmiştir.

Bireysel olarak yaşlılık 65 yaş ve üzeri nüfusu kapsarken, toplumsal olarak yaşlılık 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının %10'u geçmesini ifade etmektedir. Demografik Geçiş Teorisine göre; toplumların nüfus yapıları üç aşamada dengeye oturmaktadır. Birinci aşamada doğum ve ölüm oranları yüksek ve nüfus artış hızı düşük; ikinci aşamada ölüm oranı düşük, doğum oranları halen yüksek; üçüncü aşamada ölüm oranları ile birlikte doğum oranları da düşerek nüfus artış hızı düşer ve sifıra yaklaşarak dengeye oturur. Kıtalar ve ülkeler arasında farklar olmasına karşın dünya hızla yaşlanmakta olup, 2030'lu yıllarda yaşlı nüfusun %10'u aşarak “yaşlı dünya” olması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artış hızı gelişmiş ülkelere göre yaklaşık iki kat daha fazladır (103). Gelişmekte olan Türkiye'nin demografik yapısı da hızla değişmekte olup, 2000'li yıllarda genç nüfuslu bir ülke iken, 2020'lerin başında yaşlı nüfuslu bir ülke olacaktır. Beklenen yaşam süresi 2000'li yıllarda 70 yaş civarında iken, 2020'li yaşlarda 80 yaş civarına ulaşması beklenmektedir. Çok kısa bir sürede beklenen yaşam süresinin 10 yıl artışının Türkiye'de nüfusun yaşlanmasını gösterdiği bildirilmektedir (103).

Gelişmiş ülkeler yaşlı nüfus olgusu ile uzun süredir yüzleşmekte, çözüm yolları da üretebilmişken, gelişmekte olan ülkeler yaşlı nüfus/yaşlılığın getirdiği sosyal risklere hazırlıksız yakalanma riski ile karşı karşıyadır (103).

5.1.Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Toplumda yaşlılarda Kadın/Erkek oranı genelde kadın lehine olmaktadır. Dünyada 2015’de yaşlı nüfusun çoğu; 60 yaş ve üstü nüfusun %54’ü kadındır (22). 2015’te Türkiye’de yaşlı nüfus oranı kadınlarda %9,5 ve erkeklerde %7,5 olmuştur. 2015 yılı sonu itibari ile ADNKS’e göre yaşlı nüfusun %43,8’ini erkek nüfus, %56,2’sini kadın nüfus oluşturmaktadır (104). Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda da örneklem seçiminden kaynaklanan farklar olsa da, yaşlılarda kadın oranı daha yüksek bulunmuştur. Türkiye’de yaşlılar üzerinde yürütülen çalışmalarda %49,3-55’ini kadınlar oluşturmuştur (105, 106, 107, 108). Benzer şekilde bu çalışmada da kadın nüfusun oranı erkek nüfustan yüksektir (sırasıyla %58,8 ve %41,2). Bu durumun kadınların beklenen yaşam sürelerinin daha uzun olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Dünyada 2010-2015 yıllarında doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 69, kadınlarda 73 yıl olmuştur. Gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkeler arasında gelişmiş ülkeler lehine 8 yıldan fazla fark vardır (4). 2015 yılında dünyada doğumda beklenen yaşam süresi Erkeklerde 66,2 iken, Kadınlarda 73,7’dir. Türkiye’de kadınlarda beklenen yaşam süresi erkeklerden 4-5 yıl daha fazladır (Erkek:74,8; Kadın:79,5) (1).

Yaşlıların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; dünyada yaşlı nüfusun kendi içinde yaşlandığı görülmektedir; 60 yaş ve üzeri nüfusun içerisinde 80 yaş ve üzeri nüfusun oranı 2015’te %14’dür. 65 yaşa ulaşmış yaşlıların beklenen yaşam süreleri de uzamaktadır. Nüfus piramitleri yaşlı nüfus / ileri yaşlı nüfus lehine şekil değiştirmektedir. Dünyada yaşlı nüfus içerisinde 80 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 3 katına, 2100 yılında 7 katına çıkması beklenmektedir (4). Türkiye’de 2015 ADNKS’e göre yaşlı nüfusta 65-69 yaş grubu en yüksek orana sahiptir (104). Samsun ve Muğla’da yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmalarda da 65-69 yaş grubu en yüksek orana sahiptir (107, 108). Çanakkale ve Gaziantep’de yapılan çalışmalarda ise 65-74 yaş grubu en yüksek orana sahip grup olmuştur (105, 106). Aynı şekilde çalışmamızda da yaş grubu olarak 65-69 yaş grubu, Türkiye geneli ile uyumlu olarak, en yüksek orana sahiptir. Türkiye’de 80 yaş ve üzeri

nüfusun yaşlı nüfus içindeki oranı 2014'de %21,2; Burdur'da %25,5'dir (8, 24). Bizim çalışmamızda bu oran %15,2 bulunmuştur.

Dünyada medeni durum açısından yaşlı erkeklerin yaşlı kadınlara göre daha yüksek oranda evli olduğu bilinmektedir. Dünya'da yaşlı erkeklerin %81'i evliyken, yaşlı kadınların sadece %50'si evlidir. Az gelişmiş ülkelerde ise bu oranlar sırasıyla %85 ve %38'dir (21). Türkiye'de 2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki kadın nüfusun %52,4'ünün eşi ölmüş iken, erkek nüfusun %13,7'sinin eşi ölmüştür. Yaşlı kadın nüfusun %42,2'si evli iken, erkeklerin ise %82,7'si evlidir (29). Burdur'da 15 yaş ve üzeri nüfus dikkate alındığında 65 yaş üzeri nüfusta 22.138 (%62,6) kişi (Erkek: 12,821 ve Kadın: 9317) evlidir. Yaşlıların 12.228'i (Erkek: 1983 ve Kadın: 10245) eşini kaybetmiş, 734 kişi (Erkek: 317 ve Kadın: 417) kişi boşanmış ve 213 kişi (Erkek: 74 ve Kadın: 139) hiç evlenmemiştir (109). Burdur'da daha önce yapılan iki çalışmada yaşlılarda evli olanların oranı %63,3 ve %69,6 olarak bildirilmiştir (110, 111). Bu çalışmada yaşlıların çoğunluğu (%66,2) evlidir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlılar arasında evli olanların oranı %55,0-%67,4 arasında değişmektedir (105-108).

Yaşlı nüfusun eğitim durumu değerlendirildiğinde; Türkiye'de 2015 yılında yaşlı nüfusun %43'ü ilkokul mezunu, %5,2'si ortaokul veya dengi okul mezunu, %5,6'sı lise veya dengi okul mezunu, %5,4'ü yüksekokul veya fakülte mezunudur (28). Türkiye'de yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda da ilkokul mezunu olanların diğer gruplara göre daha fazla oranda olduğu bulunmuştur (105-108). Çalışmamızda yaşlıların %62,5'i ilkokul mezunudur; her 4 yaşlıdan 1'i okuryazar değildir.

2015 yılı ADNKS sonuçlarına göre; il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların oranı %92,1 bulunmuştur. 65 yaş ve üzeri nüfusun %53,8'i köy ve beldelerde yaşamaktadır (6). Bu çalışmada yaşlıların %52,2'si köy/belde, %28,4'ü ilçe'de yaşamaktadır; Burdur ilinin Türkiye'de kırsal nüfusun hala en fazla olduğu illerden biri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu, beklenen bir durumdur.

Gelişmişlik ve cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte dünyada 2015 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusta erkeklerin %30'u, kadınların %15'i aktif iş yaşamının içerisinde olup, aktif iş yaşamındaki yaşlı oranı sigorta imkânlarının yetersizliğinden ve düşük emekli aylıklarından dolayı az gelişmiş ülkelerde daha fazladır (22). Bu çalışmada yaşlıların %99,2'si aktif iş yaşamında değildir; %94,4'ünün kendisine ait ve/veya dolaylı emekli maaşı vardır ancak yaşlıların sadece 1/3'i geçimini rahat sağladığını belirtmiştir. Sanayi toplumlarında yaşlı nüfus, tam zamanlı çalışmadan emeklilik ve gelir düzeyinde düşüş olarak karakterize edilmektedir (103).

Çalışmamızda yaşlıların ortalama $3,5 \pm 1,7$ çocuğa sahip oldukları saptanmıştır. Türkiye'de toplam doğurganlık oranı yıllar içerisinde azalmış olup, bu durum 1950 ve öncesi doğmuş olan yaşlıların davranış paternini yansıtmaktadır. TÜİK 2015 yılı İstatistiklerine göre; Türkiye'de doğan her 10 kişiden 3'ü doğduğu ilden farklı bir vilayette yaşamaktadır. Burdur'da bu oran %23,9'dur (112). Çalışmamızda ise; her 4 yaşlıdan 1'inin başka yerleşim yerinde yaşayan çocukları vardır. Ortalama $3,5 \pm 1,7$ çocuğa sahip olan yaşlılar giderek sosyal destek unsurlarını yitirmektedir. Toplam doğurganlık oranının azalmasıyla bu durumun kötüleşeceği öngörülmektedir.

Yaşlılar büyük bir oranda müstakil evlerde yaşamaktadır, bunun nedeni çalışmanın yapıldığı yerdeki nüfusun kırsal/kentsel dağılımından kaynaklanıyor olabilir. Zira her 5 kişiden ancak 1'i il merkezinde ikamet etmektedir. 20.000 nüfusu geçen sadece 1 ilçe olduğu göz önüne alındığında müstakil evlerde yaşamın devam etmesi beklenen bir durumdur. Diğer yandan, yaşlıların büyük oranda (%84,6) oturduğu evin mülkiyetine de sahip olmaları, barınma açısından kendilerine yeterli olduklarının bir göstergesidir.

Çalışmaya katılan her 4 yaşlıdan 1'i yalnız, 2'si eşiyile, 1'i akrabalarıyla yaşamakta olup, ortalama $3,5 \pm 1,7$ çocuğa sahip oldukları da göz önüne alındığında yaşlıların geçmişlerindeki geniş aileye sahip olma özelliklerini yitirdiklerini göstermektedir. Burdur iline komşu olan Denizli'de yapılan ve evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini inceleyen çalışmada; yaşlıların %54,4'ünün eşi ile, %14,5'inin yalnız, %19,1'inin yakınları ile beraber yaşadıkları bulunmuştur (113).

Yine Burdur iline komşu Muğla’da yapılan çalışmada; yaşlıların %63,6’sı eşiyile, %14,2’si çocuklarıyla, %8,5’u eşi ve çocuklarıyla, %13,3’ü yalnız yaşadığını bildirmiştir (108). Yaşlıların tamamına yakınının kendi evinde yaşamayı tercih etmesi, aynı oranda gündüz bakım veren bir kuruma gitmek istememesi ve yine aynı oranda yaşadığı yerden memnun olması, bahsedilen üç durumun da birbirini olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Gündüz bakım veren kuruluş ve huzurevlerinin sayı ve kalitesi, ayrıca yaşlıların bu kurumlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması da tercihlerini bu yönde etkilemiş olabilir.

Yaşlıların %5,2’sinin bakım aldığı, %5,6’sının bakım verdiği saptanmıştır. Bakım verenlerin en çok eşine, bakım alanların da en çok çocuklarından bakım almaları kültürel nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlıların gün içerisinde vaktini geçirme şekli olarak; ilk 3 sırada “komşuya gitme”, “tarla/bahçeye gitme” ve “camiye gitme” yer almaktadır. Yaşlıların neredeyse hiçbirinin aktif olarak sosyal çalışmalara katılmaması, yarıdan fazlasının tatile hiç çıkmaması çalışmanın yapıldığı yerin kırsal özelliklerini yansıtmaktadır. Diğer taraftan gelir düzeyi de tatile çıkmayı belirleyen önemli bir faktör olabilir; çalışmada yaşlıların %67,1’i gelir düzeyinin “geçimine yetmediği / ancak yettiği”ni ifade etmiş olması bu görüşü destekler niteliktedir. Çalışmada her 4 yaşlıdan 1’i evin ihtiyaçları ile ilgili alışverişin çocukları tarafından karşılandığını, yine her 4 yaşlıdan 1’i evin temizliğinin hane halkı dışında biri tarafından yapıldığını ifade etmiştir. Her 4 yaşlıdan 1’inin çocuklarının hepsi veya bazılarının başka yerleşim yerinde yaşadığı da göz önüne alındığında yaşlıların kendisi veya eşi tarafından bu sorumlulukların yerine getirilmek zorunda olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlıların çamaşır yıkama işi büyük ölçüde kendisi veya eşi tarafından yapılmaktadır, çamaşır yıkamanın önemli bir yük olmadığını düşündürse de, kendilerine bu konuda yardımcı olacak kimsenin bulunmaması veya bu işi bir başkasına yaptırmak için yeterli mali güçlerinin olmayabileceği de düşünülebilir. Evde yemeği pişiren kişi daha ziyade yaşlının kendisi veya eşidir (%35,0), bu durum kültürel nedenlere bağlı olabilir ancak yaşlının kendisinin yaptığı yemeğin miktar ve besin öğeleri açısından yeterli olup olmadığını değerlendirmek güçtür. Çalışmada her gün 3 öğün yemek yiyen yaşlıların oranı %49,8; her gün öğlen yemeği yiyenlerin oranı %56,4’dür; çoğunluk öğün

atlamaktadır, bu bulgu da yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmiyor olabileceklerini düşündürmüştür, ancak çalışmada yaşlıların günlük tükettikleri besin öğeleri çeşitliliği ve porsiyon sayıları değerlendirilmemiş olduğundan kesin yargıya varmak mümkün değildir.

Diğer yandan yaşlıların yarıdan fazlası iştah durumunu iyi / çok iyi olarak nitelendirmiştir. Yaşlıların tamamına yakınının her gün düzenli olarak sabah kahvaltısı ve akşam yemeğini yiyor olması beslenme durumu açısından olumlu bir durum olarak görünse de, her 4 yaşlıdan 3'ünün oturgan olması başta obezite olmak üzere kronik hastalıklar açısından müdahale edilmesi gereken bir sorun olarak görünmektedir ki, çalışmaya katılan yaşlıların %94,8'inin en az bir kronik hastalığı vardır, ancak; çalışmada yaşlıların obezite durumu değerlendirilmemiştir.

Çalışmada her 4 yaşlıdan 1'inin sigarayı içip bıraktığı saptanmıştır. Neredeyse yarısı 4 ve üzeri kronik hastalık bildirmiştir. En sık görülen kronik hastalıklar azalan sırayla; hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, inme ve astım-KOAH şeklindedir. Kronik hastalıkların birlikte görülmesi komorbidite ile ilişkilidir ve sigara içimi hikâyesi de bu durumla ilişkili olabilir. Ülkemizde gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda yaşlıların %41,1-95,7'inde kronik hastalık bulunduğu bildirilmektedir. Aydın ve arkadaşlarının Gaziantep'de gerçekleştirdikleri çalışmada; yaşlıların %92,9'unun en az bir kronik hastalığı vardır (106). Işıklı ve arkadaşlarının Eskişehir Mahmudiye'de yaptıkları çalışmada ise yaşlıların %41,1'inin hekim tanımlı kronik bir hastalığı vardır (114). Zincir ve arkadaşlarının Kayseri'de bir huzurevinde gerçekleştirdikleri çalışmada; yaşlıların %95,7'sinin kronik hastalığı olduğu bildirmiştir (115). Yine Kayseri'de yapılan bir çalışmada; yaşlıların %80,0'i tanısı konmuş bir kronik hastalık bildirmiştir (116). İstanbul'da bir huzurevinde yapılan çalışmada; yaşlıların %68,5'inin kronik hastalığı vardır (117). Kahramanmaraş'ta bir huzurevinde yapılan çalışmada; yaşlıların %80,2'sinin en az bir kronik hastalığı vardır (118). Samsun'da yapılan çalışmada ise; erkeklerin %26,6'sı, kadınların %14,4'ü hiçbir kronik hastalık bildirmemiştir (107). İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde 75 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan bir çalışmada ise; yaşlıların %88,4'ünün en az 1 kronik hastalığı bulunmuştur (119). Yine İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada; kronik hastalık prevalansı %66,5 bulunmuştur

(120). Yaş ilerledikçe kronik hastalık varlığı ve sayısının arttığı da gösterilmiştir. Genç yaşlılarda kronik hastalık sıklığı %78,7 iken, ileri yaşlılarda %93,6, çok ileri yaşlılarda %100'e ulaşmaktadır (121). Burdur'da bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusun dahil edildiği bir çalışmada yaşlıların %88,6'sı bir veya daha fazla sayıda kronik hastalık olduğunu bildirmiştir. Bildirilen hastalıklar içerisinde ilk üç sırayı kardiyovasküler, kas-iskelet ve endokrin sistem hastalıkları olmuştur. Ayrıca yaşlılarda ilaç kullanma oranı %81,4 ve kullandığı ortalama ilaç sayısı 3,3'dür (110). Yine Burdur'da bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta gerçekleştiren bir başka çalışmada yaşlıların %71,5'inin en az bir tane kronik hastalığının bulunduğu, %69,1'inin sürekli ilaç kullandığı, %70,5'inin en az bir tane yardımcı cihaz kullandığı, %10,1'inin son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiği bulunmuştur (111). Çalışmamızda en sık görülen sağlıkla ilgili semptom/durum azalan sırayla; görme bozukluğu, tuvalete yetişememe, idrar kaçırma ve iştih problemi şeklindedir. Her 4 yaşlıdan 3'ünde yeti kaybı mevcut olduğu saptanmıştır. Yine her 4 yaşlıdan 3'ü sürekli ilaç kullanmaktadır, her 4 yaşlıdan 1'inin düşme hikâyesi vardır. Yardımcı cihaz olarak her 3 yaşlıdan 2'sinin gözlük, 1'inin baston kullandığı saptanmış olup, yukarıda bahsedilen durumlar birlikte değerlendirildiğinde yaşlıların kronik hastalık yükünün fazla olduğunu gözlenmektedir. Yaşlılık ve kronik hastalıkların iç içe geçmesi ev ziyaretlerini önemli hale getirmektedir. Ev ziyaretlerinde kontrol listeleri kullanılarak ve bir ekip marifetiyle öncelikle yaşlının sağlığı ve psikososyal durumu tespit edilerek, koruyucu tedbirler başta olmak üzere ihtiyaçların belirlenip gerekli hizmetlerin verilmesi gerektiği bildirilmektedir (122).

Yaşlıların yarısı son 1 ay içerisinde kendisini hiç mutsuz-umutsuz hissetmediklerini bildirmiştir. Yaşlıların %2,3'ü son 1 içerisinde intihar etmeyi düşündüğünü, %60'ı uyku sorunu olmadığını bildirmiş olup yaşlıların tamamına yakınının yaşadığı yerden mutlu olduğunu ifade etmesi olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.2.Yaşlıların Yaşam Kalitesi

Bu çalışmada yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi puan ortalaması 68.34 ± 12.25 hesaplanmıştır. Türkiye'nin de dahil olduğu 22 ülkeyi kapsayan WHOQO-OL-OLD ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; Türk yaşlıları 22 merkez (Avrupa ülkeleri, Avustralya, Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin) içinde ikisi dışındaki merkezlerden daha düşük puan almıştır. Sadece Litvanya yaşlıları dışındaki diğer 20 merkezden daha düşük puan aldıkları da belirlenmiştir. Türk yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması 56,0 bulunmuştur (123). Türkiye'de WHOQOL-OLD ölçeği kullanılarak yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi puan ortalamaları $55,8 \pm 05$ ile $89,68 \pm 12.50$ arasında değişmektedir (67, 106, 116). Aydın ve arkadaşlarının Gaziantep'de yaptıkları çalışmada; yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarına göre en yüksek puanlar “duyusal yetiler” ve “ölüm ve ölmek”; en düşük puanlar “geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri” ile “sosyal katılım” alt alanlarından alınmıştır (106). Kayseri'de yapılan çalışmada da; en yüksek puan ortalamaları “ölüm ve ölmek” ile “yakınlık”, en düşük puan ortalaması “sosyal katılım” alt boyutunda tespit edilmiştir (116). Manisa'da gerçekleştirilen bir çalışmada ise; en yüksek alt puan ortalaması “yakınlık”, en düşük “ölüm ve ölmek” alt boyutunda bulunmuştur (67). Bizim çalışmamızda da Türkiye'de gerçekleştirilen diğer çalışmalara benzer şekilde, yaşlıların “Duyusal Yetiler”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” alanların puan ortalamaları diğer alanı puan ortalamalarından yüksektir.

Yaşlıların temel tanımlayıcı özelliklerine göre “Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına bakıldığında; erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır, aynı durum alt boyutlarda da devam etmektedir. Çok değişkenli analizde de kadın cinsiyetin yaşam kalitesi alınan puanı 4,851 puan düşürdüğü bulunmuştur. Farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda da genelde erkeklerde yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Işıklı ve arkadaşlarının Eskişehir Mahmudiye'de WHOQOL-BREF ölçeği ile yaptıkları çalışmada, Şahin ve arkadaşlarının Kayseri'de WHOQOL-OLD

ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada ve Aydın ve arkadaşlarının Gaziantep'te WHOQOL-OLD ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada erkeklerin puan ortalamaları kadınlardan yüksek bulunmuştur (114, 116, 106). Muğla il merkezinde SF-36 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi algılarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (108). anakkale'de yapılan çalışmada; yaşlıların Avrupa Sağlık Etki Ölçeği ortalama puan açısından kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan aldıkları saptanmıştır (105). Arun ve arkadaşının çalışmasında; aday ülke olarak Türkiye'nin de dahil edildiği 31 ülkede yapılan European Quality of Life Survey verileri analiz edilmiş ve kadınların daha uzun yaşamasının algılanan yaşam kalitesinin gittikçe daha düşük olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (124). İran'ın Kaşan kentinde yapılan çalışmada da; tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur (125).

Araştırmamızda yaş gruplarına göre de; yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmış olup yaş ilerledikçe yaşam kalitesi puanı düşmektedir. 80 yaş ve üzeri grubun yaşam kalitesi puanı, 80 yaş altındakilere göre daha düşüktür. Bu durumun artan kronik hastalık yükü ve engellik ile ilgili olabileceği düşünülse de, tek değişkenli analizlerde kronik hastalık sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğu ancak, çok değişkenli analizde kronik hastalık varlığının yaşam kalitesi puanını etkilemediği, engellilik raporu olan yaşlılarda yaşam kalitesi toplam puanının düştüğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde, "ölüm ve ölmek boyutu" hariç, diğer alt boyutlarında da benzer şekilde, 80 yaş ve üzerindekilerde puan ortalamaları daha düşük iken, ölüm ve ölmek boyutu ile yaş arasında ilişki bulunmayışı ileri yaşta yaşlıların ölümle ilgili daha pozitif bir tutum aldığını düşündürmüştür. Gaziantep'te WHOQOL-OLD ölçeği, Eskişehir'de WHOQOL-BREF ölçeği, Muğla ve Samsun ve Sivas'ta SF-36 ölçeği ile yapılan yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (106, 114, 108, 107, 126). Sönmez ve arkadaşlarının İzmir'de 75 yaş ve üzeri yaşlılarda SF-36 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada da, ileri yaşta yaşam kalitesi puanlarının ortalaması daha düşük bulunmuştur (119).

Bu çalışmada evli olmayanların evli olanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun büyük ölçüde yalnızlık ile ilgili olduğu düşünülmüştür, yalnızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düşmesi de bu görüşü destekler niteliktedir. Literatürde farklı sonuçlar da bildirilmiştir. Işıklı ve arkadaşlarının Eskişehir Mahmudiye’de yaptıkları çalışmada evli olanların çevre alanı dışında tüm alan puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (114). Aydın ve arkadaşlarının Gaziantep’de yaptıkları çalışmada hiç evlenmemiş yaşlılarda “otonomi”, “geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri”, “ölüm ve ölmek”, “yakınlık” alan puan ortalaması ve “yaşam kalitesi toplam” puan ortalaması yüksek, “sosyal katılım” alan puan ortalaması düşük bulunmuştur (106). Telatar ve arkadaşlarının EQ-5 ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada bekâr ya da dul olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (121).

Çalışmamızda formal eğitim alan yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum alt boyutlarda da geçerlidir. Türkiye’de yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan diğer çalışmalarda da; eğitim düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesinin yükseldiği gösterilmiştir (106, 108, 114). Eğitim düzeyinin yükselmesi ile daha iyi gelir ve yaşam şartlarına sahip olması, sağlıklı yaşam davranışları göstermesi açısından beklenen bir durumdur. Huzurevinde kalan yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmalarda da düşük eğitim düzeyindeki yaşlılar yaşam kalitesi puanlarından daha düşük puanlar almıştır (118, 127). Çalışmamızda yapılan çoklu analiz sonucuna göre yaşlının formal eğitim alamamış olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Eğitim düzeyinin artmasının yaşlının sağlıklı yaşam davranışlarını daha kolay benimsemesi veya kendi hayatı ile ilgili inisiyatif almasına bağlı olabileceğini düşündürmüştür.

İkamet edilen yerin yaşam kalitesine bir etkisi saptanmamıştır. Bu durum yaşlının yaşadığı yerdeki kırsal/kentsel farkın az olmasına, yaşadıkları yerden memnun olmaları ile yaşlıların genel olarak yaşadıkları yere olan bağlılıkları ile ilgili olabilir. Gaziantep’te yapılan çalışmada kentte yaşayan yaşlıların kırdaki yaşayan yaşlılara göre “duyusal yetiler”, “otonomi”, “geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri” ve “sosyal katılım” alan puan ortalaması ve “toplam yaşam kalitesi” puan ortalaması

daha yüksek, “ölüm ve ölmek” ile “yakınlık” alanları puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (106). Literatürde kentsel alanda yaşayan yaşlıların kırsalda yaşayanlara oranla yaşam kalite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (128).

Yaşlılardan halen çalışmayanlarda yaşam kalitesi daha yüksektir. Alt boyutlardan sadece “Sosyal Katılım” boyutu ile çalışma durumu arasında ilişki saptanamamıştır. Kendi emekli maaşı olanların da dolaylı yardımlarla geçinenlere göre yaşam kalitesi daha iyidir. Yine haneye giren toplam gelirin ihtiyaçlarını karşılamaya yettiğini ifade edenlerde yaşam kalitesi puanları daha yüksektir. Bunun nedeni kendi emekli maaşının olması ve geliri yüksek olanların çalışmaya ihtiyaç duymaması olabilir. Çalışmada yaşlının gelirinin geçimine yetmemesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Muğla’da yapılan çalışmada yaşlı bireylerin ekonomik durumları yükseldikçe yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (108). Gaziantep il merkezinde yapılan çalışmada halen çalışan yaşlıların çalışmayan yaşlılara kıyasla yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada düzenli aylık gelire sahip yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması olmayanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (106). Çanakkale’de yapılan çalışmada da aylık ortalama hane geliri yüksek olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (105). Çalışmamızda sağlık güvencesinin olup olmasının yaşam kalitesinden aldığı puanları etkilemediği saptanmıştır. Bunun nedeni ise Türkiye’de nüfusun neredeyse tamamının sağlık güvencesi kapsamında olması olabilir. Diğer taraftan sağlık güvencesi varlığının yaşlıların yaşam kalitesini olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar da vardır. Gaziantep, Muğla ve Eskşehir’de gerçekleştirilen çalışmalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (106, 108, 114).

Yaşlıların çocuk sahibi olma durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanamamıştır. Yaşlıların kendisiyle aynı yerde yaşayan çocuk varlığı ile yaşam kalitesi arasında “duyusal yetiler” boyutu hariç anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Sosyal destek unsuru olarak değerlendirilebilecek olan çocukların varlığı ve aynı yerde yaşayan çocuğunun olmasının yaşam kalitesine olumlu etkisi beklenirken, bizim çalışmamızda etkisi bulunamamıştır. Telatar ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada çocuk sayısı ile EQ-5 arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ilişki saptanmıştır (121).

Yaşlının oturduğu evin müstakil veya apartman dairesi olmasının yaşam kalitesine etkisi saptanmamıştır. Sadece “geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri” boyutunda apartman dairesinde oturanların yaşam kalitesi puanları dahayüksektir. Yaşlının oturduğu evin mülkiyetinin kendisine ait olması yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Sadece “ölüm ve ölmek” alt boyutu ile oturlan evin mülkiyeti arasında ilişki yoktur. Gaziantep’de yapılan çalışmada tapulu mal varlığının duysal yetiler dışındaki diğer alt alanlarda ve toplam yaşam kalitesi puanlarına olumlu etkisi saptanmış; çok değişkenli analize ise tapulu mal varlığının otonomi puanını yükselten faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir (106). Çalışmamızda yaşlının kendisine ait odasının olması, evde yalnız veya beraber yaşaması, evde yaşayan kişi sayısı da yaşam kalitesini etkilememektedir. Muğla’da yapılan çalışmada yaşlının birlikte yaşadığı kişilere göre eşiyile beraber yaşayanların yaşam kalitesinden daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (108). Eskişehir Mahmudiye’de yapılan çalışmada bedensel alan dışında diğer alanlarda yalnızca eşi ile yaşayanların puan ortalamaları tek başına veya aile fertleri ile yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (114). Yaşlının evi en kıymetli en özel yeridir. Zaten yaşlı genelde evinden başka bir yerde yaşamayı da tercih etmemektedir. Evin kendisine ait olmasına yaşlı, başlı başına bir değer atfediyor olabilir. Onun dışında evin şekli, odasının olup olmaması ile evin başkaları ile paylaşılması yaşam kalitesine etkisi bulunmamaktadır.

Yaşlıların yaşadığı yerden memnun olanların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek olmakla beraber yaşam kalitesi alt alanlardan sadece “geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri” ve “yakınlık” boyutunda gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Evde kalan yaşlılardan gündüz bir bakım evine gitmek isteyenlerin yaşam kalitesi puanları da yüksektir. Diğer taraftan huzurevinde kalmayı düşünmeyenlerin yaşam kalitesi puanları yüksektir. Yaşlıların başta evi olmak üzere yaşadığı yerden mutlu olmaları, huzurevinde kalmayı kesinlikle düşünmemeleri, yaşam yeri olarak kendi evlerini tercih ettiklerini göstermektedir. Diğer taraftan, gündüz bakım veren bir kuruluşa gitmeye sıcak bakanların sayısı düşüktür. Muhtemelen bu kişiler sosyoekonomik durumu iyi olan ve eğitimli kişiler olabilir ve

bu hizmetten haberdar olabilirler ya da fayda göreceklerine inanıyor olabilirler. Nitekim çoklu analizde de gündüz bakım evine gitmek istememenin yaşam kalitesi puanını düşürdüğüünün saptanması yorumu destekler nitelikte bulunmuştur. Benzer şekilde sadece 10 yaşlı huzurevinde kalmayı düşünmektedir ve bunlar da yaşadıkları ev ortamından çok da memnun olmadıklarından huzurevini iyi bir seçenek olarak görüyor olabilirler.

Eşine/çocuğuna bakım verme durumu ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki yoktur. Diğer taraftan kendisi bakım alanların yaşam kalitesi düşüktür. Bakım alma durumu dolaylı olarak engelliği ve bağımlılığı işaret etmektedir. Bu durumdaki yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olması beklenen bir durumdur. Zincir ve arkadaşlarının Kayseri’de bir huzurevinde SF-36 ölçeğini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada yaşam kalitesinin bütün alanlarında engelli olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları engelli olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (115). Çanakkale’de yapılan çalışmada da yaşlılık ve hastalığa bağlı bakıma ihtiyaç olma durumu yaşam kalitesini olumsuz etkileyen değişkenlerden biri olarak saptanmıştır (105). Diğer taraftan bakım verenlerin de ruhsal durumu önemli olmaktadır. Burdur’da evde sağlık hizmeti verilen yaşlılara evde bakım veren her on kişiden yaklaşık altısında ruhsal belirti bulunmuştur (%59,2= ruhsal belirti sıklığı). Yaşlıya bakım vermede yetersiz kalma ve eve gelir getiren kişi sayısının ikinin altında olması risk faktörü olarak belirlenmiştir (129).

Yaşlıların günlük faaliyetlerinden komşuya gidenlerin yaşam kalitesi yüksektir. “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Yakınlık” boyutları da komşuya gidenlerde yüksek bulunmuştur. Komşuya gitmek, iletişime girerek sosyal ilişki kurmak anlamına gelmektedir. Nitekim “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım”, “Yakınlık” boyutlarında da benzer durumun olması komşuya gitmenin iyi bir iletişim şekli olduğunu destekler niteliktedir.

Günlük faaliyet olarak tarla/bahçeye giden yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksektir. Tarlaya/bahçeye gidebilmek; mobil olmak, aktif çalışabilmek veya hobisini gerçekleştirebilmek ve sosyal ilişki kurabilmek anlamına da gelebilir.

Nitekim “duyusal yetiler”, “otonomi”, “geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri”, sosyal katılım” ve “ölüm ve ölmek” boyutlarında da aldığı puanlara da etkisi olmuştur.

Günlük faaliyet olarak camiye giden yaşlıların da yaşam kalitesi yüksektir. Komşuya gitmek veya tarla/bahçeye gitmekte olduğu gibi, camiye gidebilmek de mobil olmak, sosyal iletişim kurabilmek anlamına gelmektedir. Aynı şekilde kuran okuyan/ibadet edenlerin de yaşam kalitesi yüksektir. Dini etkinliklere katılan yaşlıların, katılmayanlara oranla daha geniş arkadaşlık ilişkiler ağına sahip olmasından dolayı daha çok yaşam doyumu hissedebildikleri ifade edilmektedir (130).

Diğer taraftan kahveye gitmek ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Sadece “otonomi” boyutunda yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuş olup; yaşlının ev dışı aktiviteye katılıp, sosyal iletişimde olmasını açıklar niteliktedir.

Gazete okuyan yaşlıların da yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Bu durum eğitilmiş olma ile ilişkili olabilir; eğitim düzeyi daha yüksek olanların yaşam kalitesinin daha yüksek oluşu da bu görüşü destekler niteliktedir.

Televizyon seyretme/ ev işi dışında bir şey yapmayanların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Diğer alt boyutlarda da benzer durum söz konusudur. Bu durumun televizyon seyretmenin pasif bir aktivite olması ve oturgan yaşlının ev dışı aktivitelere katılımının sınırlı olması ile ilgili olabilir.

Örgü ören/el işi yapan yaşlıların yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Muhtemelen bu tür aktiviteleri yapabilenler hem fiziksel hem de duysal sınırlılıkları olmayan, sosyal iletişimdeki yaşlılar olmaktadır.

Parka giden, yine vakıf/derneğe giden yaşlıların yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Ev dışında bir aktiviteye katılmak da dolaylı olarak mobilitayı, aktif olmayı, sosyal iletişimde olabilmeyi göstermektedir.

Tatile çıkma sıklığı arttıkça yaşlının yaşam kalitesi yükselmektedir, çok değişkenli analizde de yaşlının tatile gitmemesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Tatile çıkmak, bir ölçüde sosyoekonomik bir iyiliği de işaret etmektedir. Ayrıca yaşlının aktif, bağımlı olmadığı ile de ilgili olabilir.

Evin ihtiyaçlarını kendisi veya başkaları ile birlikte karşılayan yaşlıların yaşam kalitesi ihtiyaçları başkaları tarafından karşılanandan yüksektir. Alt boyut puanlarında da aynı durum söz konusudur. Bunun nedeni yaşlının aktif olması, bağımlı olmaması olabilir. Çok değişkenli analizde alışverişi başkasının yapmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Evde çamaşırları yaşlının kendisi veya eşi yıkaması ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Evde çamaşırların yıkanıyor olması yaşlının veya eşinin aktif olduğunu ve yaşam kalitesine olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Evde yemeği kendisinin veya eşinin pişirmesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Evde yemeğin bir şekilde pişiyor olmasının yaşam kalitesine olumlu etkisinin olduğu düşünölmektedir.

Faturaların kendisi ve/veya eşi tarafından ödenmesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Bu durumun da yaşlının aktif olması ile ilgili olduğu düşünölmektedir.

Kesioğlu ve arkadaşlarının İzmir’de gerçekleştirdikleri yaşlılarda yetersizlik ve kronik hastalık prevalansını belirlemeye yönelik çalışmada; yaşlıların günlük temel yaşam aktiviteleri içinde bağımsız olarak en düşük düzeyde banyo yapabildikleri, en yüksek oranda yemek yiyebildikleri ve yardımcı yaşam aktiviteleri içinde en kötü düzeyde ev işi yapabildikleri saptanmıştır. Ayrıca 80 yaş ve üstündeki yaşlıların 80 yaş altı gruba göre, banyo yapma, oturup-kalkma, yürüme, alışveriş, yemek yapma, ev işi yapma, ilacını unutmadan içme gibi yaşam aktivitelerinde bağımlı oldukları saptanmıştır (120). Bizim çalışmamızda da; benzer günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiş aktif, engeli olmayan yaşlıların günlük yaşam

aktivitelerini daha rahat gerçekleştirdikleri ve yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşlının iştah durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Çok değişkenli analizde de iştahın kötü-az olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. İştahın iyi olması beslenmeyi olumlu etkileyebilir. Diğer taraftan öğün sayısı ile ve ana öğünlerin her gün düzenli olarak yenilmesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Diğer taraftan yeterli beslendiğini düşünenlerin yaşam kalitesi puanları yüksektir. Yeterli beslendiğini düşünme olumlu bir tutum olarak değerlendirilmektedir. Nitekim Şahin ve arkadaşlarının Kayseri’de yaptıkları ve WHOQOL-OLD ölçeğinin kullanıldığı çalışmada; malnütrisyonu olan ve malnütrisyon riski taşıyan yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olduğu bildirilmiştir (116).

Yaşlılıkta aktif olma ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Aktif olanların yaşam kalitesi puanları yüksektir. Yaşam kalitesinin alt alanlarında da aktif olanların oturganlara oranla yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aktif olmak, bağımlı olmamak, bir şekilde ev dışı aktivite yapıldığının göstergesidir. Yapılan çoklu analizde de yaşlının oturgan olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Başarılı yaşlanma modeline göre; hastalık, sakatlık ve risk faktörlerinin yokluğu, fiziksel ve zihinsel işlevlerin sürdürülmesi ile hayata aktif katılımın başarılı yaşlanmayı sağlayacağı ifade edilmektedir (86).

Sigara içme ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Sadece WHOQOL-OLD “Duyusal Yetiler” boyutunda puanlar arasında fark saptanmıştır. Sigara içenlerin duyusal yetiler boyutunda yaşam kalitesi puanı daha yüksektir. Bunun nedeni toplumda kültürel bağlamda sigara içmenin bir sosyal paylaşım aracı olması olabilir. Benzer şekilde Aydın ve arkadaşlarının İzmir’de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda WHOQOL-BREF ölçeğinin kullanıldığı çalışmada da sigara içme ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır (131).

Kronik hastalık varlığı ile de toplam yaşam kalitesi puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak “Duyusal yetiler”, “Otonomi”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek

Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” boyutlarında ilişki saptanmış olup, kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları düşüktür. Diğer taraftan kronik hastalık sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Özellikle 4 ve üzeri kronik hastalık varlığı farkın nedeni olmaktadır. Bu durum da beklenen bir sonuçtur. “Duyusal Yetiler”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri”, “Sosyal Katılım” boyutlarında kronik hastalık sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda bu durumu destekler nitelikte sonuçlara varılmıştır. Aslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren hastalığı olanlarda yaşam kalitesi alanında kullanılan puanların düşük olduğu bildirilmektedir (88). İzmir’de yarı kentsel bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada; yaşam kalitesi bedensel alanı puanı kronik hastalık sayısı arttıkça anlamlı olarak düşük saptanmıştır (131). Sönmez ve arkadaşlarının SF-36 ölçeği kullanarak gerçekleştirdiği İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmada; kronik hastalık varlığının yaşam kalitesinin fiziksel boyutu üzerine anlamlı etki gösterdiği, buna karşın ussal alan üzerine etkili olmadığı saptanmıştır (119). Işıklı ve arkadaşlarının WHOQOL-BREF ölçeği kullanarak Eskişehir Mahmudiye’de gerçekleştirdikleri 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmasında uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren hastalığı olmayanların bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (114). Telatar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (121). Canbaz ve arkadaşlarının Samsun’da gerçekleştirdiği çalışmada kronik hastalığı olan yaşlıların aldıkları skorların, kronik hastalığı olmayanlardan belirgin derecede düşük bulunmuştur (107). Altuğ ve arkadaşlarının Nottingham Sağlık Profili ölçeği kullanarak gerçekleştirdikleri evde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini belirledikleri çalışmada; kronik hastalığa sahip yaşlılarda yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (113).

Yaşlıların kronik hastalığı olanlardan hipertansiyonu, kalp hastalığı, diyabeti ve inmesi olanların yaşam kalitesi toplam puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Görme problemi, tuvalete yetişememe, idrar kaçırma, işitme problemi, gaita inkontinansı olan yaşlıların da yaşam kalitesi düşüktür. Çok değişkenli analizde işitme probleminin olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Diğer taraftan yaşlının mide rahatsızlığı, prostat problemi, bel problemi bulunması ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Ergün ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi (SF-36) üzerine üriner inkontinansın etkisini belirlemeye yönelik çalışmalarında; üriner inkontinansın huzurevinde kalan yaşlıların, özellikle de yaşlı kadınların, yaşam kalitesini daha çok fiziksel alanlarda etkilediği bulunmuştur (117).

Yaşlıların son 6 ay içerisinde düşme hikâyesi değerlendirildiğinde; düşme hikayesi olanların yaşam kalitesi düşüktür. Düşme bağımlı olma, daha fazla kronik hastalık ve engellilik ile ilgili olabilir. Uz Tuncay ve arkadaşlarının çalışmasında; düşme risk faktörlerinden denge, yürüme bozukluğu ve düşme korkusunun yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz etkisinin olduğunu bildirilmektedir (132). Gökulu ve arkadaşlarının Çanakkale merkezdeki 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; son 6 ay içerisinde evinde düşmüş yaşlıların yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur (105).

Yaşlılara yönelik hizmet sunumunun risk yaklaşımı ile ele alınıp planlanması ve sunulması gerektiği, ancak bu şekilde yaşlılık dönemindeki sorunların önlenilebileceği, geciktirilebileceği, sakatlık, bağımlılık ve erken ölüm gibi ikincil olayların en aza indirilebileceği, yaşlıların bağımsız hareketini artırmak ve kaza oranını düşürmek için gerek mimari, gerekse konut içi düzenlemeler yapılması, düzenli ve sürekli evde bakımın planlanması gerektiği bildirilmektedir (133). Tüm bunlar yaşlının yaşam kalitesinin iyileştirilmesine de katkı sağlayacaktır.

Sürekli ilaç kullanan yaşlıların yaşam kalitesi düşüktür. Sürekli ilaç kullanımı aslında kronik hastalık varlığı ile birliktelik göstermektedir, kronik hastalığının bulunması da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Herhangi bir yardımcı cihaz kullanan yaşlıların yaşam kalitesi düşüktür. Yardımcı cihazlardan baston ve koltuk değneği kullanan yaşlıların yaşam kalitesi düşüktür. Diğer taraftan gözlük, işitme cihazı ve yürüteç kullanma ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı ve SF-36 ölçeğinin kullanıldığı çalışmada da; baston kullanımı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Baston kullanan yaşlıların fiziksel bileşen özet skoru düşük bulunmuştur (119). Diğer taraftan gözlük ve işitme cihazı kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Bizim çalışmamız ile birlikte değerlendirildiğinde; baston kullanmanın zaten mevcut kronik rahatsızlık ve engelliği işaret etmektedir. Kronik hastalık ve engelliliğin de yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Çok değişkenli analizde yaşlının kendini mutsuz hissetmesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. İntihar etmeyi düşünme ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki yoktur. Uyku sorunu olanların yaşam kalitesi düşüktür. Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı ve SF-36 ölçeğinin kullanıldığı çalışmada; depresyon puanı ile ussal bileşen özet skoru arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (119). Çanakkale’de yapılan çalışmada; yaşlanmaktan ve gelecekte umutlu olanların yaşam kalitesi puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (105). Altuğ ve arkadaşlarının evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmada; depresyon skorlarının arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (113). Yaşlılarda depresyon sık görülmekte olup, ayrıca yaşlıların genel bir memnuniyetsizlik hali de mevcuttur. Ancak bu çalışmada yaşlıların depresyon durumu değerlendirilmemiştir.

Yaşlıların yalnızlık düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır. Yalnızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Yaşam kalitesi ile yalnızlık düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Yapılan çoklu analizde de yaşlının yalnız olması yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Literatürde yalnızlığın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini destekleyen çalışmalar vardır (87, 88). Çam ve arkadaşları yetersiz sosyal etkileşim içinde bir hayat süren yaşlılarda ihtiyaçları olan sosyal desteğin, duygusal bağlılığın veya sosyal bağların sağlanamadığı durumlarda yalnızlık duygusunun daha fazla yaşandığı ve bunun

neticesi olarak bu bireylerde ruh sağlığı ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmektedir (86).

Yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül koruma prensipleri temel alınarak verilecek sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada düşünülmesi gerektiği bildirilmektedir (121). Yaşam kalitesi, yaşamın tüm alanlarını kapsamakta ve dolayısı ile yaşamın her alanından etkilenmektedir. Yaşam kalitesini iyileştirmek için yapılacak faaliyetlerin öncelikle toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırmaya yönelik, bireyin eğitim ve gelir düzeylerini artırıcı, sosyal hayatlarına katkı sağlayan ve sağlıklarını tehdit eden unsurlara karşı geliştirilmesi gerektiği bildirilmektedir (136). Yaşlılarda fonksiyonları korumak, bağımsız olmalarını sağlamak ve yaşam kalitesini iyileştirmenin temel hedefler içinde yer aldığı, zira fiziksel kısıtlılık ve fonksiyonel problemlerin yaşam kalitesindeki azalmaya, sağlık harcamalarında artışa ve uzun süreli bakıma neden olduğu ifade edilmektedir (137).

Yaşlanmayla birlikte uzun süreli bakım hizmetlerine ihtiyaç artmaktadır. Uzun Süreli Bakım (*USB*); fiziksel, fonksiyonel veya zihinsel kapasitesindeki eksiklik veya azalma nedeniyle temel yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürmekte güçlük çeken kişilere yardımcı olmak için sağlanan hizmetlerin tümü olarak tanımlanmaktadır. *USB* hizmetlerinin amacı engellilik, yaşlılık ve zihinsel eksikliklerin sonuçlarını azaltmak ve bu sebeplerden kaynaklanan yalnızlığı azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır (138). Bakım sigortası, bakıma muhtaç yaşlıların bakım hizmetleri gereksinimlerini sosyal güvenlik sistemi içerisinde çözüm bulmaya çalışmaktadır. Türkiye’de bakım taleplerine karşı yaşam kalitesini yükselten, bireyin bağımsız yaşamasını kolaylaştıran, onur ve saygınlığını koruyan bakım politikalarının tüm nüfusu kapsayacak şekilde yürürlüğe konulmasına öncelik verilmesi gerektiği bildirilmektedir (139).

5.3.Yaşlıların Yalnızlık Durumu

Çalışmamızda yaşlıların yalnızlık puan ortalaması $32,92 \pm 11,43$ 'dür. Her 3 yaşlıdan 2'si düşük, 1'i orta derecede yalnızdır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yalnızlık puan ortalaması $40,50 \pm 12,1$ ile $51,59 \pm 4,44$ arasında değişmektedir (140, 141, 142). Dünyada yaşlıların %40'ı yalnız, yaşamaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelerde %75 civarında iken, gelişmekte olan ülkelerde %25 , az gelişmiş ülkelerde %10 civarındadır (21).

Yalnızlık ve sosyal izolasyonun yaşlılık döneminde karşılaşılan önemli psiko-sosyal sorunların başında geldiği, yaşlı yetişkinlerin %10-43'ünün sosyal izolasyon yaşadığı bildirilmektedir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada yaşlı nüfusun %20'sinin hafif yalnızlık, %8-10'unun yoğun yalnızlık yaşadığı bildirilmiştir. İngiltere'de ise yaşlıların yalnızlık oranı %5-16 arasında bildirilmiştir (143).

2015 ADNKS verilerine göre; Türkiye'de yaşlı nüfusun %17,6'sı yalnız yaşamaktadır. Yalnız yaşayan yaşlı nüfusun %77'sini kadınlar oluşturmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlı nüfus oranı en fazla olan il %25,6 ile Çanakkale, %25,2 ile Burdur'dur. Yalnız yaşayan yaşlı kadın nüfusun Türkiye'de en fazla olduğu il %35,4 ile Burdur'dur. Burdur'u %24,9 ile Balıkesir, %23,4 ile Niğde izlemektedir. Yalnız başına yaşayan yaşlı erkeklerin en fazla olduğu il %14,5 ile Tunceli, Tunceli'yi %14,3 ile Çanakkale, %14,4 ile Gümüşhane izlemektedir (104, 144). Tek kişilik hane halklarında yaşayan nüfusun oranı Burdur'da %6,5'dir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar Türkiye'de bildirilen sonuçlarla uyumludur.

Çalışmada kadınların daha yalnız olduğu saptanmıştır. Kadın daha uzun yaşamakta ve dulluğu daha çok deneyimlemektedir. Literatürde farklı sonuçlara da rastlanmıştır. Kapıkıran'ın yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracılık rolünün sınanmasını amaçlayan çalışmasında; cinsiyet ile yalnızlık arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (145). Bilgili ve arkadaşlarının UCLA-LS ölçeği kullanarak yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; cinsiyetler

arasında farklılık bulunmamıştır (146). Özvurmaz'ın çalışmasında da; cinsiyet ile UCLA yalnızlık ölçek puanları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır (147).

Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde özellikle 80 yaş ve üzeri olmak daha çok yalnız olmak anlamına gelmektedir. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında; yaş arttıkça yalnızlık puan ortalamasının arttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada yalnızlık puan ortalaması 60-69 yaş grubunda en düşük, 80 ve üzeri grupta ise en yüksek bulunmuştur (146).

Evli olmayan yaşlılar yalnızlığı daha fazla deneyimlemektedir ki bu beklenen bir durumdur. Yaşlılığın genel karakterinin kocası ölmüş dul kadınları ifade ettiği bildirilmektedir (103). Gaziantep'de yapılan çalışmada; evlilik durumu ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Söz konusu çalışmada eşi ölmüş bireylerin bekar ve eşiyle birlikte yaşayanlara göre daha yüksek oranda yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır (148).

Çalışmada formal eğitim almamış olanların yalnızlık puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni eğitim seviyesi yükseldikçe başkaları ile daha kolay iletişim kurabilmeleri olabilir, ancak çalışmada bu durum değerlendirilmemiştir. Kapıkıran'ın çalışmasında; eğitim düzeyi ilk, orta, lise düzeyinde olanların okuryazar olmayan ve yüksekokul düzeyinde olanlara göre daha fazla yalnız hissettikleri bildirilmiştir (145). Özvurmaz'ın çalışmasında da; okuryazar olmayanların UCLA yalnızlık puanları oldukça düşüktür (147).

İkamet edilen yer ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında, huzurevinde yaşayan ve evde yaşayan yaşlıların yalnızlık puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (146). Kapıkıran'ın çalışmasında yerleşim alanlarına göre yalnızlık bakımından anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (145). Özvurmaz'ın çalışmasında; yaşanan yerin kırsal veya kentsel olmasının yalnızlık üzerine anlamlı düzeyde bir fark yaratmadığı bulunmuştur (147). Çevik Akyıl ve arkadaşlarının çalışmasında da; yaşanan yerin ev, huzurevi veya

gündüz bakımevi olması bakımından yalnızlık düzeyleri arasında bir fark olmadığı bulunmuştur (149).

Çalışmayanların yalnızlık puanı düşüktür. Bu durum daha iyi bir sosyoekonomik durum ile ilgili olabilir. Gelir kaynağı ile yalnızlık arasında da ilişki saptanmıştır, kendi emekli maaşı olanların yalnızlık puanı daha düşüktür. Bu da sosyoekonomik durumu daha iyi olanların daha aktif bir yaşam sürdürüyor olabileceklarini düşündürmüştür ancak; haneye giren toplam gelirin ihtiyaçları karşılamaya yetme durumu ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında da gelir durumunun yeterliliği ile yalnızlık puanı arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir (146). Çalışmamızda sağlık güvence varlığı ile de yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Özvurmaz'ın çalışmasında da; sosyal güvence varlığı ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır (147).

Çocuk sahibi olma ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Yine benzer şekilde kendisiyle aynı yerde yaşayan çocuğunun olması ile de yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Çocuk sahibi olmak, yaşlının ziyaret edilmesi ve destek olunmasını garanti edemeyebilir. Zira geleneksel tarım toplumunda bilgi ve tecrübenin sembolü olan yaşlılık, bir değer olarak algılanırken, modernleşmeyle değer olma özelliğini kaybetmesine, ailenin küçülmesiyle yaşlının otorite ve statüsünün zayıflamasına, yalnızlığa itildiği bildirilmektedir (150). Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında; çocuğu olanlarda yalnızlık puan ortalamasının çocuğu olmayanlara göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (146). Khorshid ve arkadaşlarının huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesini amaçlayan çalışmada; çocuk sahibi olma ile yalnızlık arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (151).

Yaşlının oturduğu evin mülkiyeti kendisine ait ise yalnızlık puan ortalaması daha düşüktür yani daha az yalnızlık hissetmektedir. Yaşlının evde kendisine ait odasının olması ile yalnızlık arasında bir ilişki yoktur ancak; evde yalnız yaşayanların yalnızlık puan ortalaması daha yüksektir. Bu durumu destekler şekilde evde yaşayan kişi 3 ve üzerinde ise yalnızlık puan ortalaması daha yüksektir. Evde yalnız veya 2 kişi olunması yalnızlık puanının yüksek olmasına neden olmaktadır.

Parlar Kılıç ve arkadaşlarının Gaziantep’de UCLA-LS ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada; evde eşiyle ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların daha az yalnızlık duygusu yaşadığı bulunmuştur (148). Özvurmaz’ın çalışmasında; kendini yalnız hissetmeyenlerin UCLA yalnızlık puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (147). Kapıkıran’ın çalışmasında da yalnızlık ile sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (145). Kahraman ve arkadaşlarının UCLA-LS ölçeği kullanarak bir huzurevinde yaptıkları çalışmada; kadın erkek ayrı yaşamanın yaşlılarda sosyal ilişkiyi azaltarak yalnızlığı daha da çok artırdığı belirlenmiştir (152).

Yaşadığı yerden memnun olmayanların, gündüz bakım veren bir kuruma gitmek isteyenlerin, huzurevinde kalmayı düşünenlerin yalnızlık puan ortalaması daha yüksektir. Çok Değişkenli analizde yaşlının huzurevinde kalmayı düşünme durumunun yalnızlık düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Çevik Akyl ve arkadaşlarının Aydın’da yaptıkları çalışmada; evde yaşayanların, huzurevi ve gündüz bakım evinde kalanlara göre öznel mutluluk ölçeği puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (149). Yukarıdaki bulguların ışığında bunun sebebi, yaşadığı yerden evinden memnun olanların yalnızlığı çok da hissetmedikleri, yaşadığı yerden evinden memnun olmayanların belki de kendilerini yalnız hissettikleri için gündüz bakım veren bir kurumu veya huzurevini iyi bir seçenek olarak görmeleri olabilir.

Bakım verme ile yalnızlık arasında ilişki yoktur. Buna karşın bakım alma ile yalnızlık arasında ilişki saptanmıştır. Bakım alanların yalnızlık ölçek puanları almayanlardan daha yüksektir. Bunun nedeni bakım alan kişinin engelli ve bağımlı olması olabilir.

Günlük faaliyet olarak komşuya, tarla/bahçeye, camiye, kahveye, parka giden, kuran okuyan/ ibadet eden, gazete okuyan, tv/ev işi dışında bir şey yapan, örgü/elişi yapan, torunlara bakan yaşlıların yalnızlık puan ortalamaları daha düşüktür. Çok değişkenli analizde yaşlının televizyon ve ev işi dışında iş yapmamasının yalnızlık düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bir şekilde ev içinde ve dışında aktif hayat süren yaşlıların sosyal iletişim içinde olmasının yalnızlık puanlarına olumlu bir yansıması olabilir. Dini etkinliklere katılma

sonucunda farklı yaşlardaki kişilerle sosyal ilişkiye girerek kurulan arkadaşlık ilişkileri yetişkinlerin kendini ifade edebilmesi için gerekli olan çeşitli rol desteğini sağladığı, yalnızlığı hafifletmeye yardım ettiği bildirilmektedir (130).

Tatile çıkma ile yalnızlık arasında ilişki saptanmıştır. Özellikle tatile her yıl çıkan grubun yalnızlık ölçek puanları diğer gruplarından daha düşük saptanmıştır. Çoklu analizde de yaşının tatile gitmemesinin yalnızlık düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Tatile her yıl çıkmak daha yüksek bir sosyoekonomik düzeyi işaret ediyor olabilir.

Yaşlıların ev içerisindeki rollerine göre; evin ihtiyaçları ile ilgili alışveriş yapan kişi ile yalnızlık arasında ilişki vardır; evin ihtiyaçlarını kendisi veya başkaları ile birlikte karşılayanların yalnızlık ölçek puanları daha düşüktür. Bu durumun nedeni bir şekilde alışveriş ile ilgili olarak yaşının daha aktif bir katılım göstermesi olabilir. Evin temizliğini yapan kişi ile yalnızlık arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çamaşırları kendi veya eşi yıkayanların yalnızlık ölçek puanları da düşük bulunmuştur. Bir şekilde çamaşırların yıkıyor olmasının ev içinden veya dışından destek aldığı kişilerle sosyal iletişimde olması olabilir. Evde yemeği kendisi veya eşi dışında başkaları pişirenlerin yalnızlık ölçek puanları düşük bulunmuştur. Bu durum, yaşının evde yalnız olmadığı veya bir şekilde eve giren çıkan akrabalarının olması veya dışarıdan destek alınması ile ilgili olabilir. Faturaların ödenmesi ile ilgili olarak; faturaları kendi ve/veya eşi ödemesi ile yalnızlık arasında ilişki saptanmış olup; faturaları kendi ve/veya eşi, kendi ödeyenler yalnızlık ölçek puanları daha düşük saptanmıştır. Faturaların ödenmesi bir problem olarak gözükmemektedir. Parlar Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede engel bir durum olan bireylerin daha yüksek oranda yalnızlık yaşadıkları bulunmuştur (148).

Yaşlıların iştah durumu kötüleştikçe yalnızlık puan ortalaması yükselmektedir. Yalnız olmak da iştahsızlık nedeni olabilir. Öğün sayısı ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır.

Yaşlıların beslenme durumlarına göre her gün düzenli kahvaltı yapma, her gün düzenli öğle yemeği yeme ve her gün düzenli akşam yemeği yeme ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Diğer taraftan yeterli beslendiğini düşünme ile yalnızlık arasında ilişki saptanmış olup, yeterli beslendiğini düşünenlerin yalnızlık ölçek puanları daha düşüktür. Bunun nedeni yeterli beslendiğini düşünenlerin daha fazla sosyal destek unsurlarına sahip olması olabilir, ya da başka bir ifadeyle yalnız olmayanlar iyi besleniyor ve sonuçta yeterli beslendiğini düşünüyor olabilir.

Yaşlıların fiziksel aktivite durumları ile yalnızlık arasında ilişki saptanmış olup; oturganların yalnızlık ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çoklu analizde yaşlının oturgan olmasının yalnızlık düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bunun nedeni aktif olan yaşlıların ev dışı aktivitelere daha çok katılarak yalnızlığı daha az deneyimlemesi olabilir.

Yaşlıların sigara içme durumu ile yalnızlık arasında bir ilişki saptanmıştır. Sigara içenlerin yalnızlık puan ortalaması daha düşüktür. Bu da muhtemelen sigara içilmesinin kültürel olarak bir paylaşım olarak kabul edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlıların sahip oldukları kronik hastalık sayısı ile yalnızlık arasında ilişki saptanmıştır, özellikle 4 ve üzeri kronik hastalığı olanların yalnızlık ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. Bunda, kronik hastalık sayısı arttıkça engellilik ve bağımlılığın artması bir neden olabilir. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında; istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte kronik hastalığı olanların yalnızlık puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (146).

Düşme hikâyesi olan yaşlıların yalnızlık ölçek puanları daha yüksektir. Baston ve koltuk değneği kullanan yaşlıların ve engelli raporu olanların yalnızlık ölçek puanları daha yüksektir. Her üç durum da beklenen bir sonuçtur ve bir başkasının yardımına ihtiyaç duymak ile ilgili olabilir. Bir başkasına bağımlı olmak yalnızlığı hafifletmekden ziyade diğer sosyal destek unsurlarının eksikliği nedeniyle yalnızlığı daha fazla hissetmesi anlamına gelebilir. Özvurmaz'ın çalışmasında da;

engel durumu olmayanların UCLA yalnızlık puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (147).

Sürekli ilaç kullanan yaşlıların yalnızlık ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Bu durumun da mevcut kronik hastalık yüküyle ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Nitekim çalışmamızda özellikle 4 ve üzeri kronik hastalığı olanların yalnızlık ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşlıların son 1 ay içerisinde kendini mutsuz, umutsuz hissetme durumu ile yalnızlık arasında ilişki saptanmış olup; bu durumu daha sık yaşayanlarda yalnızlık ölçek puanları daha yüksektir. Yapılan çoklu analizde de yaşlının kendisini mutsuz umutsuz hissetmesinin yalnızlık düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Yaşlıların son 1 yılda intihar etmeyi düşünme durumu ile yalnızlık arasında bir ilişki saptanmamıştır. Burdur il merkezinde 65 yaş ve üzeri bireylerin sürekli kaygı ve depresyonun belirli demografik değişkenler açısından incelenmesini amaçlayan çalışmada; bekar yaşlıların kaygı ve depresyon açısından yüksek risk altında oldukları bulunmuştur (153). Parlar Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında; yaşlılarda yalnızlık ve depresyon arasında belirgin bir ilişki saptanmış olup, yalnızlık arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır (148). Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde Geriatrik Depresyon Skalası kullanılarak yapılan çalışmada yaşlılarda depresif belirti sıklığı %32,8 bulunmuştur. Bağımlı ve kronik hastalığı olanlarda, düşük ekonomik durumu olanlarda, kadınlarda, istismar hikayesi olanlarda depresyon daha sık görülmüştür (154).

Uyku sorunu olan yaşlıların yalnızlık ölçek puanları yüksektir. Yaşlılarda uyku sorunu önemli problemlerden biridir ve bu, yalnızlık ve depresyonla ilişkili olabilir. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında da yalnızlık puan ortalaması ile uyku kalitesi arasında zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır (146).

Yaşlıların yalnızlık düzeyi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır ve yalnızlık düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmektedir. Kişilerde bedensel, ruhsal ve kognitif bir takım sorunlara yol açtığı bilinen ve yaşlılarda daha

sık gözlenen yalnızlığın sağlığın bozulmasına ve sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmektedir (86, 88).

Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası (GSS) sağlık ve emeklilik garantisi sunmakta, bakım işi ise evde bakım hizmetleri olarak devletin yaşlılığı muhtaçlık ve engellilik ile eş değerlendirilmesiyle aile bireylerine gördürülmektedir. Her ne kadar evde sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu hastaneleri eliyle gördürülmeye çalışılsa da, özü itibariyle yeterli görünmemektedir. Büyükşehir Belediyeleri ile ilçe belediyelerinin evde sağlık ve evde bakım hizmetleri olarak verdikleri hizmetler ise bulunduğu ilçe ile sınırlı olmakta, belde ve köylerdeki yaşlılara çoğu zaman ulaşamamaktadır. Kronik hastalıklar yaşlının yaşam kalitesini düşüren ve başkasının bakımına muhtaçlık düzeyini artıran önemli etkenlerden biridir. Türkiye’de yaşlılara hizmet vermek üzere başta huzurevi, gündüz bakım evi, yaşlı yaşam evi, evde bakım gibi hizmetler sayı ve nitelik itibariyle yetersizdir. Hala geleneksel olarak yaşlıya ailesi, evdeki kadın bakmak durumundadır. Köyden kente göçle birlikte çekirdek aile yapısında önemli değişiklikler meydana gelmiş, kente göç eden yaşlı bir yük olarak görülmeye başlanmış, köyde kalan yaşlıların ise akibeti belirsizleşmiştir. Almanya, Türkiye’nin geçtiği demografik dönüşümü daha yavaş olarak yaşamış, başta sağlık sigortası olmak üzere birçok kurumsal yapıyı oluşturmuştur. En önemlisi de bakım sigortası oluşturularak yaşlının bakım garantisi sağlanmıştır. Tüm bunlar yapılırken, yaşlıların kendi tercihleri ve ev ortamında yaşamak istemesi gibi kültürel özellikleri de dikkate alınarak yaşlı bakım sigortası kademelendirilerek hizmet çeşitliliği ve sürekliliği sağlanmıştır. Yaşlılar isterse bakım aylıklarını kendileri de alarak ihtiyaçlarına göre hizmet de satın alabilmektedir. Bunun dışında başta sosyal çalışmacılar olmak üzere çeşitli meslek gruplarından oluşan ekip, yaşlının ihtiyaç ve beklentilerini yaşlının ev içi ve dışı bağımsızlığını dikkate alarak belirlemekte, yaşlıya optimum hizmet verilmeye çalışılmaktadır. Yaşlı kendi evinde hizmeti alabileceği gibi, yaşlı yaşam evleri, üç kuşak evleri, yaşlı rezidansları, evden acil çağrı, hospice gibi hizmetleri de alabilmektedir. Yaşlının gelişebilecek sağlık ve sosyal durumuna göre de yatılı bakım kuruluşları devreye girmektedir. Tabi ki Almanya artan yaşlı oranlarına karşılık ihtiyacı olan yaşlı bakım personeli başta olmak üzere problemlerini tamamen

çözmüş değildir. Ancak Türkiye çok kısa bir süre içerisinde Almanya'nın deneyiminden çok daha derin bir şekilde yaşlılık olgusunu deneyimlemek zorunda kalacaktır. Türkiye'de genel sağlık sigorta kapsamındaki sigortalı sayısı düşüktür. Bugün itibari ile iki kişi bir emekliyi finanse eder durumdadır. Halbuki bu oranın 4-7 arasında olması beklenmektedir. Devletin dolaylı yardımları ise yaşlıyı daha da muhtaç ve engelli kategorisine sokmaktadır ve evde bakım işini kişiye veya aileye yüklemektedir. Halbuki artık geleneksel Türk aile yapısı hızlı bir değişimden geçmekte, bu durum en çok da yaşlıyı olumsuz etkilemektedir. Özetle; Türkiye'de yaşlıya yönelik kamu, belediyeler ve özel sektörün vermiş olduğu hizmetler yetersiz olup, sağlık ve sosyal yönüyle bütünleşik değildir. Evde bakım daha ziyade yaşlının muhtaçlığı ve engelliği üzerinden yürütülmekte, bu kriterlere uymayanlar bu hizmetlerden zaten faydalanamamaktadır. Evde bakım hizmetleri sağlık ve sosyal boyutuyla ele alınarak sağlık sigortasından ayrı olarak "bakım sigortasının" acilen oluşturulması elzemdir. Ayrıca Almanya deneyiminden de faydalanılarak başta yaşlının tercihi olan evde bakım olmak üzere diğer hizmet çeşitliliği de sağlanmalıdır. SGK'nın emeklilik ve sağlık hizmetlerinin finansmanına ilave olarak sosyal bakım için de benzer bir prim sistemi oluşturması, hızla yaşlanan nüfusta evde bakımın esas hedef kitlesi durumunda olan yaşlılara en büyük katkıyı sağlayacaktır (155, 156).

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmanın sonuçlarına göre;

- Her dört yaşlıdan biri yalnız, ikisi eşyle, biri akrabalarıyla yaşamaktadır.
- Her üç yaşlıdan ikisi gelir düzeyinin geçimine yetmediğini ifade etmiştir.
- Yaşlıların %94,8'inin en az bir kronik hastalığı vardır. Neredeyse yarısı 4 ve üzeri kronik hastalık bildirmiştir.
- Her dört yaşlıdan birinde yeti kaybı mevcuttur.
- Yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması 68.34 ± 12.25 olarak hesaplanmış olup, Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur.
- Yaşlının kadın olması, formal eğitim almamış olması, gelirinin geçimine yetmemesi, gündüz bakım evine gitmek istememesi, tatile gitmemesi, alışverişi başkasının yapması, iştahının kötü-az olması, oturgan olması, işitme probleminin olması, engelli raporunun olması, kendini mutsuz hissetmesi ve yalnız olması yaşam kalitesini düşürmektedir.
- Yaşlıların yalnızlık puan ortalaması ise 32.92 ± 11.43 olarak hesaplanmış olup, her üç yaşlıdan ikisi düşük, biri orta derecede yalnızdır. Yaşlının huzurevinde kalmayı düşünme durumu, televizyon ve ev işi dışında iş yapmaması, tatile gitmemesi, oturgan olması,

işitme probleminin olması ve kendisini mutsuz umutsuz hissetmesi yalnızlık düzeyini artırmaktadır.

6.2.Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçların ışığında, yaşlının yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve yalnızlık düzeyinin azlatılması için:

- Şimdiden yüksek olan ve giderek artacak olan yaşlı oranı dikkate alınarak, yine yaşlının sosyal destek unsurlarının azalacağı öngörülerek; yapılacak ev ziyaretleri ile öncelikle yaşlının yaşlılık dönemi planlanmalıdır.
- Yaşlılara götürülecek sağlık ve sosyal hizmetler bütünleşik halde verilmeli, kronik hastalık yükünü azaltmaya yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve aktif yaşlanma önceliklendirilmeli, 1. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri entegrasyonu sağlanmalıdır.
- Genelde çocukları tarafından verilen ve devlet tarafından da finanse edilen model gözden geçirilerek evde bakım hizmetlerinin primer olarak kamu tarafından verilebilir.
- Yaşlı bakımının sadece geriatrik değil, gerontolojik yaklaşımla verilmesi hayatidir. Böylelikle önemli oranda yeni istihdam da yaratılmış olacaktır.
- Bakıcı yükü ile aile bireylerinin üzerindeki vicdani yükün aile bireylerinin üzerinden alınarak yaşlı ihmali ve istismarının önüne geçilebilecektir.
- Ev içi ve dışı düzenlemeler ile yaşlının sosyal ortama katılımı sağlanmalıdır.

- Yaşlının tatil yapabilmesi için sübvansiyonlar sağlanabilir.
- Yaşlı dostu kent uygulamaları hayata geçirilmesi ile yaşlının kentin imkanlarından daha fazla yararlanması sağlanabilir.
- Başta emekli maaşları olmak üzere direk veya dolaylı yardımlarla gelir düzeyinin artırılması faydalı olabilir.
- Yaşlı nüfusunun kendi politik gücünün farkındalığı sağlanarak yaşlı dostu politikaların uygulanması için hükümetlere taleplerini daha güçlü bir şekilde iletmesinin yaşlı refahına daha fazla katkı sağlayacağına inanılmaktadır.
- Yaşlıyla ilgili her müdahalede, onun bir birey olduğu, en çok da yetişkin olduğu gerçeğine odaklanılmalıdır.
- Başta kendi evi olmak üzere yaşamak için tercihine saygı duyulmalı, yine başta kendi evinde hizmeti alabileceği gibi, yaşlı yaşam evleri, üç kuşak evleri, yaşlı residansları, evden acil çağrı, hospice gibi hizmetlerini de alabilmesi uygun olacaktır.
- Yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirmek ve yalnızlığını azaltmak ve bakımı garanti etmek için acilen bakım sigortası hayata geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Report on Ageing and Health. World Health Organization Publications 2015. Erişim:(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf). Erişim Tarihi:20/10/2015.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. Erişim: (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>). Erişim Tarihi: 02/01/2015.
3. Global AgeWatch Index 2015 Insight Report Erişim: (<http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/>). Erişim Tarihi: 02/01/2015.
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
5. World Health Organisation. Aging and Health. Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>). Erişim Tarihi: 02/01/2015.
6. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015 TÜİK Haber Bülteni Sayı: 21507 Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>). Erişim Tarihi: 28/01/2016.
7. TÜİK Yıllara Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus 1935-2015. Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1588). Erişim Tarihi: 28/01/2016.
8. İstatistiklerle yaşlılar 2014. Türkiye İstatistik Kurumu Yayın No:4365, Ankara, 2015 Erişim: (<https://docplayer.biz.tr/15978022-Istatistiklerle-yaslilar-elderly-statistics.html>). Erişim Tarihi: 20/10/2015.
9. OECD (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
10. Tufan İ, Seeberger B, Şahin S. Türkiye’de ileri yaşlılar. Gerontoloji (Tufan İ, Durak M. ed). 1’inci baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti., 37-44, 2017.
11. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. Int J Geriatr Psychiatry 23(12):1213-21, 2008 (PMID: 18537197).

12. Hablemitoğlu Ő, Őzmete E. Yaşlı refahı yaşlılar için sosyal hizmet. Ankara, Kilit Yayınlar, 89-117, 2010.

13. Aslan D. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: kadın sağlığı bakıŐı. Yaşlanan Kadın Sempozyumu, Ankara, 2009. Erişim: (<https://docplayer.biz.tr/11147995-Yaslilik-doneminde-yasam-kalitesi-kavrami-kadin-sagligi-bakisi.html>). Erişim Tarihi: 15/10/2015.

14. Thadathil S.E, Jose R, Varghese S. Assessment of domain wise quality of life among elderly population using WHO-BREF scale and its determinants in a rural setting of Kerala. International Journal of Current Medical And Applied Science, 7(1): 43-46, 2015.

15. Değer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik GeliŐim 25:1-3, 2012.

(16) Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Yaşlılık sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Güler , Akın L. ed). 3'nc baskı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1528-1541, 2015.

17. Sanderson WC, Scherbov S. A new perspective on population aging. Demografik Research Volume 16(2): 27-58, 2007 Erişim: (<https://www.demographic-research.org/volumes/vol16/2/16-2.pdf>). Erişim Tarihi:27/10/2015.

18. Global AgeWatch Index 2013 Insight Report. Erişim: (<http://www.helpage.org/download/541300b365b65>). Erişim Tarihi: 20/10/2015.

19. Wan He, Daniel Goodkind, and Paul Kowal U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, An Aging World: 2015, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, 2016.

20. Tufan İ. Türkiye'de yaşlılığın yapısal deđiŐimi. 1.Baskı, İstanbl, Ko Üniversitesi Yayınları, 2014.

21. United Nations Population Ageing and Development 2012. Erişim: (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf). Erişim Tarihi:21/10/2015.

22. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390).

23. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye'de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve çözümler (Aslan D, Ertem M. ed). 1.baskı, Ankara, HASUDER Yayın No:2012-1. 1-8, 2012.

24. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1010,

2015 Erişim: (<http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf>). Erişim Tarihi:10/01/2016.

25. Metin B. Dünyada ve Türkiye’de yaşlanma sorunu. 1.baskı, Ankara, Gazi Kitabevi Tic.Ltd.Şti. 130-141, 2016.

26. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 917, 2013.

27. İstatistiklerle Yaşlılar TÜİK Haber Bülteni, Sayı:21520 , 17 Mart 2016 Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>). Erişim Tarihi: 01/05/2016.

28. İstatistiklerle Yaşlılar 2016 Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Sayı:24644 Tarih: 16 Mart 2017.

29. İstatistiklerle Yaşlılar 2012. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Yayın No:3909, 2013.

30. Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu, Geroyay. Antalya, 18-21, 2007.

31. Tufan İ. Yaşlanan toplumun riskleri, problemleri ve ihtiyaçları. (Ceylan H. Ed) Yaşlılık Sosyolojisi. 1.Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti. 99-117, 2016.

32. Gökçe Kutsal Y. Sağlık ve yaşlılık. (Ceylan H. ed.) Yaşlılık Sosyolojisi. 1.Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti. 61-76, 2016.

33. Saygun M, Eser E. Yaşlılık döneminde algılanan sağlık ve yaşamın niteliği; neredeyiz? Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (Aslan D, Ertem M. ed.). 1.baskı, Ankara, HASUDER Yayın No: 2012-1, 66-74, 2012.

34. Gökçe Kutsal Y, Eyigör S. Klinisyen gözüyle yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. (Aslan D, Ertem M. ed.). 1.baskı, Ankara, HASUDER Yayın No: 2012-1, 48-59, 2012.

35. Gökçe Kutsal Y, İrdesel FJ, Ordu Gökova K. Yaşlıda Ağrı. 1.baskı, İstanbul, Akademi Uluslar arası Yayıncılık San. ve Tic. Şti. 8-12, 2012.

36. Yardım N. Yaşlanma ve kronik hastalıklar; Türkiye perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. (Aslan D.Ertem M. ed.). 1.baskı, Ankara, HASUDER Yayın No: 2012-1, 61-65, 2012.

37. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 3-15, 2015.

38. Ünal B, Ergör G (ed). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Anıl Matbaa Ltd.Şti. 129-142, 2013.
39. Sağlık Araştırması Health Survey 2012. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Yayın No: 4117 2013.
40. Saygılı S. Yaşlılık Psikolojisi, İstanbul, Türdav Yayın Grubu, 53-66, 2015.
41. Yavuz BB, Arıoğul S. Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. İç Hastalıkları Dergisi Cilt:15 Sayı:1, 14-23, 2008.
42. Keskinoglu P. Yaşlılık ve yeti yitimi. Türkiye Sağlık Raporu 2014 (Ertem M, Çan G. ed). Ankara, HASUDER Yayın No:2014-8, 696-702, 2015.
- 43.) World Report On Disability 2011. World Health Organisation. Erişim (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf). Erişim Tarihi:20/05/2015.
44. Tufan İ, Arun Ö. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi. Proje No: SOBAG-104K077 Erişim: (http://ozgururun.com.tr/wp-content/uploads/2015/08/TufanveArun_TOA.pdf). Erişim tarihi: 05/08/2017.
45. Fadılloğlu Ç. İleri geriatri hemşireliği. (Fadılloğlu Ç,ed): Yaşlılığın Önemi. İzmir, Meta Basım, 1-17, 2006.
46. Keskinoglu P. Yaşlılık ve yeti yitimi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. (Aslan D, Ertem M. ed). 1.baskı, Ankara, HASUDER Yayın No:2012-1, 75-79, 2012.
47. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı TSHGM, 1.baskı, Ankara, Yayın No:814, 17, 2011.
48. WHOQOL: Measuring quality of life. Erişim:(<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>). Erişim Tarihi:15/09/2015.
49. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı TSHGM, 125-150, 2011.
50. Aslan D. Halk sağlığı bakış açısıyla “nitelikli” yaşam: yaşam kalitesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler(Güler Ç, Akın L. ed.). 3.baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1896-1900, 2015.
51. Aydıner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi Cilt:8, Sayı:15, 137-150, 2016.

- 52.** Durukan E. Yaşam kalitesi kavramı. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. (Aslan D. ed). Ankara, Ankara Tabip Odası, 260-5, 2009.
- 53.** Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 1:1-5, 2006.
- 54.** Paksoy Erbaydar N. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (Güler Ç, Akın L. eds). 3.baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1903-6, 2015.
- 55.** Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinikte kullanımı. Türk Nöroloji Dergisi, Özel Sayı 20:5-9, 2014.
- 56.** Edisan S. Tıp etiği açısından sağlık alanında yaşam kalitesi. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, 2014.
- 57.** Saygun M. Geriatriye yaşam kalitesi. (Başar MM, Çakmak ZA. ed). Geriatriye Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu, Kırıkkale Üniversitesi Sempozyum Kitapçığı. Ankara, 23-35, 2008.
- 58.** Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 12: 102-106, 1999.
- 59.** Küçükdeveci A.A, Mckenna S.P, Kutlay S et al. The development and psychometric assesment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. International Journal of Rehabilitation Research 23: 31-38, 2000.
- 60.** Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.
- 61.** Öksüz E, Malhan S. Compendium of health related quality of life. Başkent University, Ankara, 2006.
- 62.** Bilir N. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, (Bertan M, Güler Ç. eds). Ankara, Güneş Kitapevi, 359-368, 1995.
- 63.** Ersoy AF, Demirel H. Yaşlılarda sağlık açısından yaşam kalitesi, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Bildiriler, 248-60, Denizli, 2003.
- 64.** Aslan D. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı. Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. BM-INIA, HÜ-GEBAM, Ankara, Geriatri Derneği Yayınları (Aslan D, Özbek M. ed.). Rekmay Ofset Basımı, Ocak, 199-204, 2009.

- 65.** Saygun M. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi. (Ertem M, Çan G. Ed) Türkiye Sağlık Raporu 2014. HASUDER, Edirne, Trakya Üniversitesi Matbaası, 689-695, 2014.
- 66.** Avcı HH. Antalya il merkezinde 1.basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlı hastaların yaşam kalitesi ve rehabilitasyon ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya, 2012.
- 67.** Eser S, Saatli G, Eser E ve ark. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 21(1):37-48, 2010.
- 68.** Pınar R, Öz H. Validity and reliability of The Philadelphia Geriatric Center morale scale among Turkish elderly people. Quality Of Life Research Vol.20, no.1 9-18, 2011.
- 69.** Yaşar R. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 17(1):237-260, 2007.
- 70.** Görgün Baran A. Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlık. (Ceylan H, ed). Yaşlılık Sosyolojisi, 1.basım, Ankara, 77-97, 2016.
- 71.** Akgül H. Yalnızlık duygusu ve ölçümü. Sosyal Bilimler Dergisi 3(9):273-289, 2016.
- 72.** Russell, D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment, 66(1): 20-40, 1996.
- 73.** Demir A. UCLA Yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 7 (23): 14-18, 1989.
- 74.** De Jong Gierveld, J. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. Review in Clinical Gerontology, 8:73-80, 1988.
- 75.** De Jong Gierveld, Van Tilburg T. G. Manual of The Loneliness Scale 999, VU University, Amsterdam, 2, 2011. Erişim: (http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html) Erişim Tarihi: 25/11/2015
- 76.** DiTommaso E, Spinner B. The development and initial validation of a measure of social and emotional loneliness (SELSA). Personality and Individual Differences, 14(1): 127-134, 1993.
- 77.** Wenger GC. Support networks of older people: a guide for practitioners. Bangor: CSPRD, University of Wales, 1994.

78. Treacy P, Butler M, Bryne A. et al. Loneliness and social isolation among older Irish people. Dublin: School of Nursing and Midwifery University College, No: 84. 2004.

79. Weiss RS. Loneliness: the experience of emotion and social isolation. Cambridge, MA, US: The MIT Press, 1973.

80. The solid facts homecare in Europe. World Health Organisation 2008
Erişim: (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf).
Erişim tarihi: 15/08/2015.

81. Daniş MZ. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. Erişim: (http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf) Erişim Tarihi: 15/05/2015.

82. Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Turkish Journal of Geriatrics, 2(3):115-120, 1999.

83. Bilig N. Üçüncü Bahar: yaşlılık ve bilgelik (Çev. Yazgan G.). İstanbul, Evrim Yayınevi, 95-115, 2000.

84. Sarvada Chandra Tiwari. Loneliness: a disease? Indian J Psychiatry. 55(4): 320–322, 2013.

85. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 7(3): 162-165, 2004.

86. Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 3(2):50-67, 2018.

87. Zhu Y, Liu J, Qu B et all. Quality of life, loneliness and health-related characteristics among older people in Liaoning province, China: cross-sectional study. BMJ Open, 8(11):2018 doi: 10.1136/bmjopen-2018-021822.

88. Aslantaş H, Adana F, Abacıgil Ergin F et all. Loneliness in elderly people, associated factors and its correlations with quality of life: a field study from western Turkey. Iran J Public Health. 44(1): 43-50, 2015.

89. Seçilmiş Göstergelerle Burdur 2013. Erişim:
(<http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/BURDUR.pdf>). Erişim Tarihi:
12/02/2015.

90. Burdur Ticaret Odası.
(http://www.butso.org.tr/belgeler/Yusuf_Keyik_Sunum_23.11.2014.pdf). Erişim
Tarihi: 05/04/2015.

- 91.** Gül E, Çevik B. 2013 verileriyle Türkiye’de illerin gelişmişlik düzeyi araştırması. Erişim: (https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/ar_07_2015.pdf). Erişim Tarihi: 05/07/2015.
- 92.** Türkiye İstatistik Kurumu. Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 1935-2013 Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>) Erişim Tarihi:02/01/2015.
- 93.** Türkiye İstatistik Kurumu. İl, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2007-2016 Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=945)Erişim Tarihi: 05/04/2015.
- 94.** Burdur Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü. 2017 Mayıs Brifingi. Erişim: (<http://burdur.aile.gov.tr/data/577128cc369dc535f0849227/2017%20MAYIS.pdf>). Erişim Tarihi: 20/07/2016.
- 95.** Evimde Sağlıklı ve Güvendedeyim Projesi. Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü. Erişim: (<http://www.burdurhsm.gov.tr/index.php?hid=1902>). Erişim Tarihi: 12/05/2016.
- 96.** Folstein MF, Folstein SE, McHug PR. Mini Mental State. A practical method for grading to cognitive state of Patients for the clinicans. J. Psychiatr Res. 12:189-198, 1975.
- 97.** Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. Standardize Mini Mental Test’in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 13(4):273-281, 2002.
- 98.** Bullinger M, Power MJ, Aaronson NK et all. Creating and evaluating cross-cultural instruments. (Spilker B ed.). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Hagerstown MD: Lippincott- Raven. 1996.
- 99.** Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences. New York: Erlbaum. 1988.
- 100.** Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. Journal of Personality Assessment, 42(3): 290-294, 1978.
- 101.** Russell D, Peplau LA, Cutrona CE The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. Journal of Personality and Social Psychology, 39(3): 472-480, 1980.
- 102.** Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 13(4): 278-284, 2010.

103. Tuna M, Tenlik Ö. Türkiye’de ve dünya’da yaşlanma. Gerontoloji (Tufan İ, Durak M, Ed.) 1’inci baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti, 3-26, 2017.

104. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2015 Erişim: (<https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOlustur.do#>). Erişim Tarihi: 01/04/2017

105. Gökulu G, Uluocak Ş, Aslan C, ve ark. Çanakkale merkezindeki 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 7(34): 666-677, 2014.

106. Aydın A, Karaoğlu L. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 15(4): 424-433, 2012.

107. Canbaz S, Sunter AT, Dabak Ş et al. The Prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci. 33(5): 335-340, 2003.

108. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H ve ark. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 9(1): 30-33, 2006.

109. Yaşlıların Medeni Duruma Göre Dağılımı (Burdur, 2015).Erişim: (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=112&locale=tr>). Erişim tarihi: 10/01/2019.

110. Çatak B, Sütü S, Kılınç AS, ve ark. Bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta sağlık hizmet kullanımı, kronik hastalık sıklığı ve bağımlılık durumu. The Journal of Academic Geriatrics. (3):88-94, 2011.

111. Kılınç AS, Önal Ö, Pehlivan Sütü S, ve ark. Bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta ev güvenliğinin değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Dergisi. Cilt: 21 Sayı: 4 Yıl: 2014.

112. Burdur Yenigün Gazetesi, Burdur’da doğanların %24’ü başka illerde yaşıyor. 28 Nisan 2016.

113. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, ve ark. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. (1):48-60, 2009.

114. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. Toplum Hekimliği Bülteni. Cilt:26, Sayı:3, 7-12, Eylül-Aralık 2007.

- 115.** Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi. 17(3): 168-174, 2008.
- 116.** Şahin H, Çiçek B, Yılmaz B, ve ark. Kayseri ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin saptanması. Turkish Journal of Geriatrics. 16(3): 322-329, 2013.
- 117.** Ergün A, Ercan Toptaner N, Bıçakçı T, ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi (SF-36) üzerine üriner inkontinansın etkisi. Akademik Geriatri Dergisi. 3(3): 159-167, 2011.
- 118.** Sucaklı MH, Bakan B, Çelik M. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg 17(3): 96-100, 2013.
- 119.** Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, ve ark. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEU Tıp Fakültesi Dergisi. Cilt:1 Sayı:3 (Eylül) 145-153, 2007.
- 120.** Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçalçıefe M, ve ark. İzmir Çamdibi- 1 nolu Sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Turkish Journal of Geriatrics. 6(1): 27-30, 2003.
- 121.** Telatar TG, Üner S. Bir ilin kentsel alanında yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin yaş gruplarına göre yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık ve Toplum Yıl:24, Sayı:1 Ocak-Nisan 2014.
- 122.** Kılınç S. Yaşlı hastalarda ev ziyaretleri. GeroFam 41-48, (Ocak) 2010.
- 123.** Saygun M. Eser E. Yaşlılık döneminde algılanan sağlık ve yaşamın niteliği; neredeyiz? Türkiye Sağlık Raporu (Ertem M. İnandı T. Çan G. Ergör A.Şaşmaz T. Ayoğlu F. Kaya M. eds). Ankara, Hasuder, 517-521, 2012.
- 124.** Arun Ö, Çakıroğlu A-Çevik. Quality of life in an aging society A comparative analysis of age cohorts in Turkey. Z Gerontol Geriat 2013 . 46:734-739 . DOI 10.1007/s00391-013-0502-z.
- 125.** Nejati V, Shirinbayan P, Kamrani A.A et al. Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. Middle East Journal of Age and Ageing. Volume 5, Issue 2, 2008.
- 126.** Güler N, Akal Ç. Quality of life of elderly people aged 65 years and over living at home in Sivas, Turkey. Turkish Journal of Geriatrics. 12(4): 181-189, 2009.
- 127.** Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi. 17(3): 168-174, 2008.

128. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA et al. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. Invest Educ Enferm.32(3):401-413, 2014.

129. Çatak B, Öner C, Kılınç AS ve ark. Yaşlılara evde bakım verenlerde ruhsal hastalık belirtisi sıklığı ve etkileyen faktörler. Kafkas J Med Sci 2(3):105-108, 2012.

130. Kılavuz MA, Batı kültüründe yaşlanma dönemi yalnızlık duygusu zıttalma ve arkadaş ilişkilerini geliştirme açısından dini etkinliklerin önemi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi Cilt:14, Sayı:2, s.25-39, 2005.

131. Aydın P, Günay T, Baydur H ve ark. İzmir’de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi 10(3): 88-93, 2012.

132. Uz Tuncay S, Özdiñler AR, Erdiñler DS. Geriatrik hastalarda düşme risk faktörlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics. 14(3): 245-252, 2011.

133. Arabacı Z. Yaşlılarda ev kazaları. Sağlık ve Toplum Yıl:25 Sayı:2 Mayıs-Ağustos 2015.

(134) Kılınç AS, Sütlü S, Kural M ve ark. Yaşlılar için güvenli ev kitapçığı. Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü, Burdur, 2013.

135. Global Age-friendly Cities: A Guide. Erişim: (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789241547307_eng.pdf?sequence=1) Erişim tarihi: 01/02/2018.

136. Aydıner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 8(15): 137-150, 2016.

137. Kalıncara V. Temel gerontoloji yaşlılık bilimi. 3.basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti. 243-266, 2016.

138. Gülden Ökem Z. Uzun süreli bakım sistemi ve Avrupa Birliği deneyimleri. (Güliden Ökem Z, Can M. ed.) Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları. 1.basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti. 1-11, 2014.

139. Oğlak S. Türkiye’de yaşlının uzun süreli bakımında bakım politikaları. (Korkmaz N, Yazıcı S. ed.). Küreselleşme ve Yaşlılık Eleştirel Gerontolojiye Giriş. 1.basım, Ankara, Ütopya Yayınevi. 215-234, 2014.

140. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B ve ark. Relation between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. Arch Gerontol Geriatr 55(3):548-54, 2012. doi: 10.1016/j.archger.2012.03.006.

141. Koç Z. Determination of older people's level of loneliness. *J Clin Nurs.* 21(21-22):3037-46, 2012. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04277.x.

142. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch Gerontol Geriatr* 54(1):61-6, 2011. doi: 10.1016/j.archger.2011.03.011.

143. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but under-assessed condition in older adults. *J PrimPrev.* 2012; 33(2-3):137-152.

144. Burdur Yenigün Gazetesi, Tek başına yaşayan yaşlı nüfus verilerinde Burdur zirvede. 26 Mayıs 2016.

145. Kapıkıran Ş. Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi Cilt(völüm): 9 sayfa(pages) 13-25, Haziran(June) 2016.*

146. Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 15(1): 81-88, 2012.

147. Özvuramaz S. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2(3): 118-125, 2018.

148. Parlar Kılıç S, Karadağ G, Koçak HS ve ark. Evde yaşayan yaşlıların yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algılarının incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 17(1): 70-76, 2014.

149. Çevik Akyıl R, Adıbelli D, Erdem N ve ark. Huzurevinde kalan ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasında ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 21(1): 33-34, 2018.

150. Ceylan H. Sosyal değerden sosyal soruna yaşlılık: geleneksel toplumdaki modern topluma değişen yaşlılık algısı. (Ceylan H. Ed). *Modern Hayat ve Yaşlılık.* 1.basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Tic.Ltd.Şti. 25-54, 2015.

151. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A ve ark. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 7(1):45-50, 2004.

152. Kahraman S, Zincir H, Kaya Z ve ark. Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuna etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi Cilt:14 Sayı:2 Güz 2011.*

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

154. Cengiz Özyurt B, Elbi H, Serifhan M. Manisa’da yaşlılarda depresiv belirti prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *Geriatrics* 21(4): 579-587, 2018.

155. Çağlar T. Yaşlı bakımı modeller ve uygulamalar. 1.baskı, Ankara, Nika Yayınevi, 2017.

156. Kılınç AS, Sütü S, Badıllıoğlu O. Homecare in Turkey. *Gerobilim*, 45-53. 02/10.

EKLER

EK-1: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu onayı

EK-2: Biyoistatistik Ön Değerlendirme Raporu

EK-3: Valilik Araştırma İzni


Ek-4: Anket Formu

Ek-5: Mini Mental Test

Ek-6: WHOQOL-OLD

Ek-7: UCLA-LS

**EK-1: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu
Proje Onayı**


1993
Başkent Üniversitesi
*Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu*

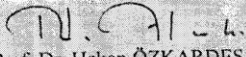
Sayı: 94603339/050.01.08.01-898
Konu: Proje onayı

08/07/2015

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride I. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyüklü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydos
Dr. Elif Durukan
Dr. Şebnem İlhan

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Dr. Ahmet Selçuk Kılınç tarafından yürütülecek olan KA15/228 nolu "Burdur'da 65 yaş ve üzeri nüfusun yaşam kalitesi ve yalnızlık durumu ile ilişkili etmenler" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.


Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurulu Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sokak No. 11
İnceciievler, 06490
Ankara

08 07 2015
363

Halk Sağlığı
A.Ö.Ş.
Bek. Top. no

LT

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Lilişer Taşbilek).

arastirma@baskent.edu.tr

EK- 2: Biyoistatistik Ön Değerlendirme Raporu



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
İstatistik Danışmanlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

SAYI: 90502057- 804.01/14

01/06/2015

KONU : Biyoistatistik Ön Değerlendirme
Raporu

Dr. Ahmet Selçuk KILINÇ
Burdur Halk Sağlık Müdürlüğü/BURDUR

İlgi : 25/05/2015 tarih ve 129 sayılı dilekçeniz

İlgide kayıtlı dilekçeniz ve eki "**Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Durumunu Etkileyen Etmenler**" başlıklı tez önerinize ait materyal ve metot bilgileri incelenmiş olup, %95 güven düzeyleri için hesaplanan 381 örneklem büyüklüğü çalışmanız için uygun bulunmuştur. Burada hesap edilen örneklemin (aile hekimlerine kayıtlı farklı sayılarda yaşlı bulunması ve bunların her birinin kayıt numaralarının kullanılması sebebiyle) tabakalı ve sistematik örnekleme yöntemi ile oluşturulması uygun bulunmuştur. Bu amaçla sıralı liste kullanarak tabakalı - sistematik örnekleme yapılması ve MMT'den geçmeyenler nedeniyle %10-20'lik bir yedek liste oluşturulması da uygun görülmüştür. Araştırmanın tipi Kesitsel analitik olarak tanımlanması daha uygundur. Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Hikmet ORHAN
Merkez Müdürü

EK-3: Valilik Araştırma İzni



T.C.
BURDUR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 13124672/605
Konu : Dr. Ahmet Selçuk KILINÇ' ın
Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Dr. Ahmet Selçuk KILINÇ' ın Danışman hocası Yardımcı Doçent Doktor Elif DURUKAN' ın gözetiminde doktora tezinde kullanmak üzere "*Burdur 'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yanlızlık Durumu ile İlişkili Etmenler*" başlıklı araştırmayı yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini;
Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Sevinç SÜTLÜ
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
.../.../2015
Hayri SANDIKÇI
Vali Yardımcısı

Yeni
mah. Eski Antalya Cad. No:24 15030 Merkez Burdur Telefon: 0248 235 2088-158 e-posta :hsm15.ahts@saglik.gov.tr
Web: www.burdurhsm.gov.tr
Ç.UZUN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ea913289-e7a9-496d-a5f3-8bd71a7b9fef kodu ile erişebilirsiniz.

EK-4: Anket Formu

BURDUR'DA 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN YAŞAM KALİTESİ VE YALNIZLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ ETMENLERİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu ankette "Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Durumu İle İlişkili Etmenlerin" belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu anket size, yaşam koşullarınız, sağlık durumunuz, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

Lütfen anket formundaki tüm sorulara gerçeğe uygun şekilde cevap veriniz. Anket formu ile kimlik bilgileriniz alınmayacak ve verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır.

Katılımlarınız için teşekkür ederim.

İlçe:

Tarih:/...../2015

Anketör:

Mini Mental Test sonucu: puan (24 ve üzeri puan alanlarla ankete devam edilecektir.)

1. Cinsiyetiniz nedir? 1. Erkek 2. Kadın
2. Kaç yaşındasınız?.....
3. Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Bekâr 3. Dul 4. Boşanmış/Ayrı yaşıyor
4. Eğitim durumunuz nedir?
1. Okuryazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise Mezunu
2. Okuryazar 4. Ortaokul mezunu 6. Yüksekokul/ Üniversite mezunu
7. Lisansüstü
5. Sürekli ikamet ettiğiniz yer neresidir? 1. Köy/belde 2. İlçe merkezi 3. İl merkezi
6. Şu anki çalışma biçiminiz nedir?
0. Ev kadını/ Çiftçi 3. Kendi hesabına çalışıyor (esnaf)
1. Emekli, çalışmıyor 4. İş buldukça ara işlerde (ev temizliği, çocuk bakıcılığı, mevsimlik işçilik, vb.)
2. Emekli, ücret karşılığında düzenli bir işte çalışıyor
7. Sağlık güvenceniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
8. Gelir kaynağınız / kaynaklarınız nedir? **(Birden çok seçenek işaretlenebilir)**
0. Hiçbir gelirim yok 3. Yaşlılık aylığı 6. Akrabaları yardım ediyor
1. Emekli maaşı (kendisinin) 4. İrat sahibi (kira/faiz/kar) 7. Vakıf, sivil toplum kuruluşları yardımları
2. Emekli maaşı (dolaylı) 5. Çocukları yardım ediyor 8. Diğer.....
9. Evinize giren toplam gelir geçiminizi sağlamanıza yetiyor mu?
1. Geçimime yetmiyor 2. Geçimime ancak yetiyor 3. Geçimimi rahat sağlıyor
10. Faturalarınızı nasıl ödüyorsunuz? **(Birden çok seçenek işaretlenebilir)**
1. Otomatik ödeme talimatı verdim 3. Akrabalarım yardımcı oluyor 5. Sivil toplum kuruluşları, belediye vb. yardımcı oluyor
2. Kendim gidip yatırıyorum 4. Komşularım yardımcı oluyor 6. Çocuklarım yardımcı oluyor
7. Diğer.....
11. Çocuğunuz var mı? **(yaşayan çocuk sayısı yazılacak)** Kız..... Erkek.....
12. Çocuklarınız nerede yaşıyor? **(Birden çok seçenek işaretlenebilir)**
1. Çocuğum yok 2. Aynı yerleşim yerinde 3. Başka yerleşim yerinde
13. Oturduğunuz evin tipi aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
0. Huzurevinde kalıyorum 1. Müstakil 2. Apartman dairesi 3. Diğer.....
14. Oturduğunuz evin mülkiyeti kime aittir?
0. Huzurevinde kalıyorum 3. Akrabamın
1. Bana ait 4. Kiracıyım
2. Çocuklarımın 5. Eşimle müşterek 6. Diğer.....
15. Evde kiminle yaşıyorsunuz?
0. Huzurevinde kalıyorum 1. Evde yalnız 2. Eşi ile 3. Çocukları ile 4. Diğer
16. Siz dâhil sürekli olarak evinizde kaç kişi yaşıyor?
17. Oturduğunuz evde/ kaldığınız huzurevinde kendinize ait bir odanız var mı? 1. Evet 2. Hayır

18. Yaşadığınız yerden genel olarak memnun musunuz? 1.Evet 2.Hayır
19. (Evde kalıyorsa) Gündüz Bakım Hizmeti veren bir kuruma gitmek ister miydiniz /ister misiniz?
0. Huzurevinde kalıyorum 1.Evet 2.Hayır
20. Hiç huzurevinde kalmayı düşündünüz mü?
0. Huzurevinde kalıyorum 1.Evet 2.Hayır
21. Yaşamak / kalmak için nereyi tercih edersiniz?
1.Evim 2.Çocukların yanı 3.Huzurevi 4.Bakım evi 5. Diğer.....
22. Eşinize / çocuğunuza / akrabınıza bakım veriyor musunuz?
1.Yok 2.Varsa kime?
23. Siz bakım alıyor musunuz? 1.Hayır
2.Evet(kim tarafından olduğunu belirtiniz)
24. Gün içerisinde vaktinizi genelde nasıl geçirirsiniz **(birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
1.Kahve, lokal vb. giderim 5.Tarla/bahçeye giderim 9.Vakıf, derneğe giderim
2.Camiye giderim 6.Hobim var 10.Torunuma bakırım
3.Komşulara giderim 7.TV seyredirim 11. Gazete, bulmaca
4.Parka giderim 8.Evde otururum 12. İnternete girerim
13.Diğer
25. Herhangi bir dernek / vakıfta aktif görev yapıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
26. Tatile çıkar mısınız? 1.Her yıl çıkarım 2.Nadiren çıkarım 3.Hiç çıkmam
27. Evin ihtiyaçları ile ilgili alışverişinizi kim yapar?(**birden fazla seçenek işaretlenebilir**)
1.Kendim 4.Akrabam
2.Eşim 5.Bakıcı
3.Çocuklarım 6.Hayır kurumunca karşılıyor
28. Evinizin temizliğini kim yapıyor?(**birden fazla seçenek işaretlenebilir**)
1.Kendim 4.Akrabalarım
2.Eşim 5.Temizlikçi/Gündelikçi
3.Çocuklarım 6. Bakıcı
7. Diğer.....
29. Evde çamaşırları kim yıkıyor? (**birden fazla seçenek işaretlenebilir**)
1.Kendim 4.Akrabalarım
2.Eşim 5.Temizlikçi/Gündelikçi
3.Çocuklarım 6. Bakıcı
7. Diğer.....
30. Evde yemeği kim pişiriyor / hazırlıyor? (**birden fazla seçenek işaretlenebilir**)
1.Kendim 4.Akrabalarım 7. Hazır geliyor
2.Eşim 5.Temizlikçi/Gündelikçi 8. Diğer.....
3.Çocuklarım 6. Bakıcı

31. Genelde iştahınız nasıldır?
1.Hiç iştahım yok 2.Zayıf 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi
32. Günde kaç öğün yemek yersiniz?
1. 1 öğün 2. 2 öğün 3. 3 öğün 4. 4 öğün 5. 5 öğün 6. Beşden fazla öğün
33. Her gün düzenli kahvaltı yapıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
34. Her gün düzenli olarak öğle yemeği yer misiniz? 1.Evet 2.Hayır
35. Her gün düzenli olarak akşam yemeği yer misiniz? 1.Evet 2.Hayır
36. Sizde yeterli besleniyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

****Eğer yatalak değilse, koltuk değneği, tekerlekli sandalye vb. kullanmıyorsa**;**

37.	Genellikle haftada kaç kez sizi terleten, nefes nefese bırakan veya çarpıntı yapan 20 dakikalık şiddetli bedensel etkinliklerde bulunursunuz? (Örneğin, hızlı yürümek, hafif tempo koşmak, bisiklete binmek, aerobik yapmak ya da ağırlık kaldırmak vb.)	
	Haftada 3 ve daha fazla	(4)
	Haftada 1-2 kez	(2)
	Hiç yapmam	(0)
38.	Genellikle haftada kaç kez 30 dakikalık, orta şiddetli kalp atım sayınızı normal atım seviyesinin üzerine çıkartacak ya da normalden daha zor nefes almanıza neden olacak bedensel etkinlik veya yürüyüş yaparsınız? (Örneğin, yürümek hafif eşya taşımak, bahçe işleriyle uğraşmak, düzenli hızda bisiklete binmek, eşli tenis oynama vb.)	
	Haftada 5 ve daha fazla	(4)
	Haftada 3-4 kez	(2)
	Haftada 1-2 kez	(1)
	Hiç yapmam	(0)
39.	Sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. İçiyordum bıraktım	

40. Sayacağım hastalık/ durumların sizde olup olmadığını belirtiniz.

40.1 Şeker Hastalığı	0. Yok	1. Var
40.2 Hipertansiyon	0. Yok	1. Var
40.3 Kalp Hastalığı	0. Yok	1. Var
40.4 Kanser	0. Yok	1. Var
40.5 Görme bozukluğu	0. Yok	1. Var
40.6 İşitme problemi	0. Yok	1. Var
40.7 Öksürürken-gülerken-ağır kaldırırken idrar kaçırdığınız olur mu?	0. Hayır	1. Evet
40.8 İnme geçirdiniz mi?	0. Hayır	1. Evet
40.9 Hiç idrarınız gelip tuvalete yetişemediğiniz olur mu?	0. Hayır	1. Evet
40.10 Hiç büyük abdestinizi kaçırdığınız olur mu?	0. Hayır	1. Evet
40.11 Son 6 ay içerisinde hiç düştünüz mü?	0. Hayır	1. Evet
40.12 Engelli raporunuz var mı?	0. Hayır	1. Evet

41. Saymış olduğum hastalık/durumların dışında doktor tarafından tanısı konulmuş, sürekli tedavinizi gerektiren herhangi bir hastalığınız var mı?

0. Hayır 1. Evet (ne olduğunu belirtiniz).....

42. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı? 0. Hayır 1. Evet

43. Sayacağım cihazları kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz.

43.1 Gözlük	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.2 İşitme cihazı	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.3 Baston	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.4 Koltuk değneği	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.5 Yürüteç	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.6 Tekerlekli sandalye	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.7 Akülü araba	0. Kullanmıyorum	1. Kullanıyorum	2. Kullanmam gerek ama kullanmıyorum
43.8 Diğer (ne olduğunu belirtiniz)			

44. Son bir ay içerisinde kendinizi mutsuz, umutsuz hissettiğiniz zamanlar oldu mu?

1. Hiç olmadı 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Her zaman

45. Son bir yılda hiç intihar etmeyi düşündünüz mü? 1. Evet 2. Hayır

46. Uyku durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Uyku sorunun yok

2. Genelde uykusuzluk çekerim (haftada en az 3 kez olmak üzere ve en az 1 ay düzenli olarak uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte sıkıntı var)

3. Gündüzleri kendimi uykulu hissedirim, bazen uyuyakalırım.

4. Akşamları erkenden uykum gelir

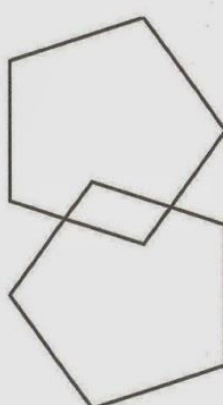
5. Diğer.....

EK-5: Mini Mental Test (Eğitimliler için)

Standardize Mini Mental Test			
Ad/Soyad : _____	Tarih : _____	Medlek : _____	Toplam puan : _____
Yaş : _____	Eğitim (Yıl) : _____	Medlek : _____	Toplam puan : _____
Akrif El: _____			
YÖNELİM (Toplam puan 10)			
Hangi yıl içindeyiz _____			
Hangi mevsimdeyiz _____			
Hangi aydayız _____			
Bugün ayın kaçı _____			
Hangi gündeyiz _____			
Hangi ülkede yaşıyoruz _____			
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız _____			
Şu an bulunduğunuz semt neresidir _____			
Şu an bulunduğunuz bina neresidir _____			
Şu an bu binada kaçınca katasınız _____			
KAVIT HATIZASI (Toplam puan 3)			
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatle dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanımı) Her doğru isim 1 puan			
DIKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)			
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur duyinceye kadar devam edin. Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)			
HATIRLAMA (Toplam puan 3)			
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise)			

LİSAN	
(Toplam puan 9)	
a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)	<input type="checkbox"/>
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan	<input type="checkbox"/>
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen". Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan.	<input type="checkbox"/>
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (aşğıda)	<input type="checkbox"/>
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınızda gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)	<input type="checkbox"/>
f) Size göstereceğim şeklin ayısını çizin (aşğıda) (1 puan)	<input type="checkbox"/>

GÖZLERİNİZİ KAPATIN



EK-5: Mini Mental Test (Eğitimsizler için)

Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (sMMT-E)

İsim/Soyadı : _____ Aktif kullanılan el : _____
Yaş : _____ Cinsiyet : _____
Eğitim (yıl) : _____ Toplam skor : _____

Oryantasyon (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz? ()
Hangi mevsimdeyiz? ()
Hangi aydayız? ()
Hangi gündeyiz? ()
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı? ()
Hangi ülkede yaşıyoruz? ()
Şu an hangi şehirden bulduğumuzuz? ()
Şu an bulunduğumuz en üst merdedir? ()
Şu an bulunduğumuz bina neresidir? ()
Şu an bu binanın kaçınca katındayız? ()
(Her bir madde için 1 puan verilir)

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size buncadan söyleyeceğim üç isim dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. *(masa, karyota, albise)*
(20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir) ()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Hattının günlerini doğru doğru sayar mısınız? Örneğin YAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir?
Devan edin. *(Deneyin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)* ()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yükanda telcar ettiğiniz kelimeleri haudiyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. *(masa, karyota, albise)*
(Her doğru isim için 1 puan verilir) ()

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? *(sua, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2)* ()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer ve fakat istemiyorum" *(10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)* ()

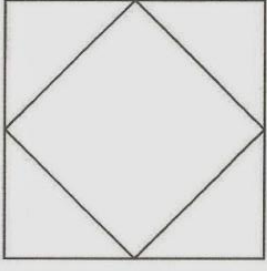
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın.
"Masada duran kağıdı sağ/kol elinizle alın, iki elinizle ilkiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(50 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3) ()

d) Şimdi yüzüne bakın ve yapıpığının ayarını yapın. **(Gözlüğünüzü kapatın)** *(Doğru işlem için 1 puan verilir)* ()

e) Şimdi evinizle ilgili birşey söyleyin. *(50 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)* ()

f) Size göstereceğim şeklin ayarını çizin.* *(1 dak. süre tanınır, konar-sayısı tam şekil için 1 puan verilir)* ()

***Lafiften arka sayıdaki şekli gösteriniz.**



Notlar

REFRANS: Tuna Ersoy, Ercan Eker, Cem Güneş, Feriye Erişir, Berrin Yaşar, Gülhanur M. Suda Özi, The Standardized Mini Mental State Examination for Illiterate Turkish Elderly Population, 2nd International Symposium on Neuropsychological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 25-30, 1999, Antalya, Bursa, Turkey

EK:6: WHOQOL-OLD



WHOQOL OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre, eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor: Eğer geleceğinizle ilgili hiç endişe duymuyorsanız o zaman da 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait olan sayıyı daire içine alınız.

Yardımanız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır.

1. (F 25.1) **Duyularımızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

2. (F 25.3) **İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularımızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmeyi ne ölçüde etkilemektedir?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

3. (F 26.1) **Kendi kararlarımızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çok fazla 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	----------------	-------------------

4. (F 26.2) **Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancımızdır?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çok fazla 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	----------------	-------------------

5.(F 26.4) **Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çok fazla 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	----------------	-------------------

6. (F 29.2) **Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

7. (F 29.3) **Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?**

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çok fazla 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	----------------	---------------------

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çok fazla 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	----------------	---------------------

9. (F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır.

10. (F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

11. (F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inançmıdasınız?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

12. (F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarımızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç memnun değilim 1	Çok az memnunum 2	Orta derecede 3	Çokça memnunum 4	Tamamen memnunum 5
----------------------------	-------------------------	--------------------	------------------------	--------------------------

13. (F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

14. (F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

A ağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir.

15. (F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
-------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------

16. (F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
-------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------

17. (F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
-------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------

18. (F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
-------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------

19. (F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
-------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------

20. (F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
---------------	-----------------	----------------------	------------------	--------------

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

21. (F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

22. (F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

23. (F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

24. (F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımanız için teşekkür ederiz.

EK-7: UCLA-LS

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenen her ifadeye tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkla hissettiğinizi ve düşündüğünüzü, her biri için tek kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

		Ben bu durumu Hiç Yaşamam (1)	Ben bu Durumu NADİREN Yaşarım (2)	Ben bu durumu BAZEN Yaşarım (3)	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım (4)
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
2	Arkadaşım yok.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
3	Başvurabileceğim hiç kimse yok.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
9	Dışa dönük bir insanım.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
10	Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
15	İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
19	Konuşabileceğim insanlar var.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	Hiç	NADİREN	BAZEN	SIK SIK