



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YAŞLI BİREYLERDE SOSYAL DESTEK ALGISININ
YALNIZLIK VE UMUTSUZLUK ÜZERİNE ETKİSİ

Merve Ayşe ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2019

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YAŞLI BİREYLERDE SOSYAL DESTEK ALGISININ
YALNIZLIK VE UMUTSUZLUK ÜZERİNE ETKİSİ

Merve Ayşe ŞAHİN




YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

ERZİNCAN
2019

TEZ KABUL SAYFASI

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programında öğrenci Merve Ayşe ŞAHİN tarafından Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR danışmanlığında hazırlanan “Yaşlı Bireylerde Sosyal Destek Algısının Yalnızlık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 14/05/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye Doç. Dr. Arzu YILDIRIM	
Üye Dr. Öğr. Üyesi Sonay BİLGİN	

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılamadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Merve Ayşe ŞAHİN



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL SAYFASI	i
TEZ BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.2. Yaşlılık Dönemi Sorunları	6
2.3. Sosyal Destek	7
2.3.1. Sosyal Destek Türleri	8
2.4. Yaşlılık ve Sosyal Destek	9
2.5. Yalnızlığın Tanımı	11
2.6. Yaşlılık ve Yalnızlık	12
2.7. Umutsuzluk	16
2.8. Yaşlılık ve Umutsuzluk	17

2.9. Sosyal Desteği Artırma, Yalnızlık ve Umutsuzlukla Baş Etmede Hemşirenin Rolü	18
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	22
3.6. Verilerin Toplanması.....	24
3.7. Verilerin Analizi.....	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	71
EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu	
EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	
EK 3: UCLA- Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ)	
EK 4: Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	
EK 5: Etik Kurul Kararı	

EK 6: Resmi İzin Yazısı

EK 7: Aydınlatılmış Onam Formu

ÖZGEÇMİŞ 79



TEŞEKKÜR

Lisans, yüksek lisans eğitim dönemim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında yoğunluğuna rağmen yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a, değerli önerileri ile katkı sağlayan Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a ve Dr. Öğr. Üyesi Sonay BİLGİN'e, tez çalışmam boyunca tecrübe ve manevi yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. İbrahim ÖZBAY'a, verilerin toplanması esnasında desteklerini esirgemeyen Reşadiye Merkez Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere, beni bugünlere kadar yetiştiren, hayatımın her aşamasında ve tez çalışmam boyunca maddi-manevi her türlü imkanını seferber eden çok değerli anne ve babama, önerileriyle destek olan kardeşlerim Tuğba ve Oğuzhan'a, tecrübeleriyle yardımcı olan dayım Hüseyin ÖZBAY'a ve tez çalışmam süresince bana anlayış gösteren ve destek olan değerli eşim Yunis ŞAHİN'e sonsuz teşekkürler.

Merve Ayşe ŞAHİN

KISALTMALAR

ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
BUÖ:	Beck Umutsuzluk Ölçeği
ÇBASDÖ:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UCLA-LS:	UCLA-Yalnızlık Ölçeği
SPSS:	Statistical Package for Social for Windows

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	25
Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2. Yaşlı Bireylerin ÇBASDÖ, UCLA-YÖ ve BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.4. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre UCLA-YÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.5. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BUÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6. Yaşlı Bireylerin ÇBASDÖ, UCLA-YÖ ve BUÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	37

ÖZET

Yaşlı Bireylerde Sosyal Destek Algısının Yalnızlık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi

Giriş ve amaç: Sosyal destek bireylerde yalnızlık ve umutsuzluk duygusunu azaltmada önemli bir faktördür. Bu araştırma yaşlı bireylerde sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini Tokat İli Reşadiye İlçe merkezinde bulunan Merkez Aile Sağlığı Merkezine Kasım 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya alma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 65 yaş ve üzeri 326 birey araştırmaya alınmıştır. Araştırmanın verileri Tanımlayıcı Soru Formu, ÇBASDÖ, UCLA-YÖ ve BUÖ ile belirtilen tarihlerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Bireylerin yaş ortalamasının 74.03 ± 6.99 olduğu bulunmuştur. Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 53.15 ± 17.87 , UCLA-YÖ 34.13 ± 9.14 ve BUÖ 10.23 ± 5.33 olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile UCLA- YÖ puan ortalaması arasında orta düzeyde negatif ve BUÖ toplam puan ortalaması arasında zayıf düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Ayrıca UCLA-YÖ puan ortalaması ile BUÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç: Yaşlı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeylerinin orta, yalnızlık algılarının düşük ve umutsuzluk algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal desteğin yalnızlığı ve umutsuzluk algısını azaltmada etkili bir faktör olduğu ve yalnızlık arttıkça umutsuzluğun da arttığı saptanmıştır. Bu nedenle aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşlı bireylerin yalnızlık ve umutsuzluk durumlarının doğru ve erken tanılanması ve sosyal desteği iyileştirmeye yönelik ailelere ve yaşlı bireylere danışmanlık hizmetleri vermeleri ve desteklemeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Sosyal Destek, Umutsuzluk, Yalnızlık, Yaşlılar.

ABSTRACT

The Effect of Perceived Social Support on Loneliness and Hopelessness in the Elderly

Introduction and aim: Social support is an important factor in reducing loneliness and hopelessness feelings of an individual. This study was conducted to determine the effect of perceived social support on loneliness and hopelessness in older people.

Material and method: The population of this descriptive study consisted of older individuals who, for any reason, presented to the Central Family Health Center in the Reşadiye district of Tokat between November 2017 and April 2018. No sample was selected for the study and 326 individuals aged 65 and over who met the inclusion criteria were included in the study. The study data were collected by the investigator during the above-mentioned period through face-to-face interviews using a Descriptive Questionnaire, the MPSSS, the UCLA-LS, and the BHS.

Results: The mean age of the subjects was found to be 74.03 ± 6.99 . The mean total score obtained by the elderly from the MPSSS was 53.15 ± 17.87 , from the UCLA-LS 34.13 ± 9.14 and from the BHS 10.23 ± 5.33 . The mean MPSSS total score was found to have a moderate negative correlation with the mean UCLA-LS score and a weak negative correlation with the mean BHS total score ($p < 0.001$). There was a moderate positive correlation between the mean UCLA-LS score and the mean BHS score ($p < 0.001$).

Conclusion: The levels of perceptions of social support, loneliness, and hopelessness were found to be moderate, low, and moderate, respectively. Social support was found to be an effective factor in reducing perceived loneliness and hopelessness and as loneliness increased, hopelessness also increased. Therefore, nurses working at family health centers are recommended to try to recognize loneliness and hopelessness feelings of the elderly correctly and at an early stage and provide consultancy services and support to families and older people to improve social support.

Keywords: Nursing, Social Support, Hopelessness, Loneliness, Aged.

1. GİRİŞ

Yaşlanma intrauterin dönemde başlayıp, yaşamın sonuna kadar devam eden anatomik yapı, biyolojik ve fiziksel işlev değişikliklerinin yanı sıra duygusal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Bu sürecin içinde 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmektedir (1). Ayrıca yaşlılık üretkenliğin azaldığı, kişilerarası ilişkilerin zayıfladığı ve sağlığın bozulması gibi birçok problemin yaşandığı bir dönemdir (2). Doğurganlığın azalması ve yaşamdan beklentinin artması, yaşlı nüfusun toplam nüfustaki oranını artırmıştır (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus oranının % 8.5'e ulaştığı bildirilmiştir (4).

Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmaz bir durum olup, yaşın ilerlemesi ile birlikte fizyolojik ve psikososyal değişimler yaşanmakta ve yaşam kalitesi bozulmaktadır (5). Sosyal destek yaşam kalitesinin belirgin bir özelliği olup, sağlıklı ve hasta yaşlılarda sosyal müdahalede önemli bir hedeftir. (6). Yaşlılarda sosyal destek eksikliği, toplumsal zararlara neden olmakta ve yaşlı sağlığının bozulmasına yol açabilmekte (7) ve yakınlardan gelen destek ve yardım ise yaşlı yetişkinlerin hastalık yönetiminde kritik faktörler olabilmektedir (8). Sosyal destek, alıcılar ve sağlayıcılar arasındaki durum, kendilik, diğerleri ya da ilişki ile ilgili belirsizliği azaltan ve bireyin yaşam deneyiminde kişisel kontrol algısını artırma işlevini sağlayan sözel ve sözel olmayan iletişimidir (9). Sosyal destek bireyin sağlığını sürdürmesi için gerekli olup (10) yaşlıların ruhsal ve sosyal iyilik halini

sürdürme ve geliştirmede ve ortaya çıkabilecek sorunları önlemede önemli bir faktördür (11). Sosyal destek ve sosyal bağlılık, sağlık ve ölümün iyi bilinen belirleyicileridir (12). Tayvan'da, toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada daha fazla bilişsel işlevin artmış sosyal destekle ilişkili olduğu, yaşlıların daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmaları için yaşam tarzı yönetiminde sosyal aktivitelerin yer alması gerektiği bildirilmiştir (13).

Yaşlılık döneminde kronik hastalıklar, emeklilik, kuşaklar arası değer çatışmaları, eş, akraba ve arkadaşların ölümü nedeni ile kişiler arası ilişkilerde değişim, yalnızlık ve umutsuzluk gibi belli başlı sorunlara yol açmaktadır (14). Sosyal destek yetersizliğinin yalnızlığa ve umutsuzluğa (15), yalnızlığın da kötü sağlığa neden olduğu bildirilmiştir (12). Güney Kore'de yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin fiziksel aktiviteyi artırdığı ve yalnızlığı azaltarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (16). Modern yaşamın bir sonucu olarak gelişen yalnızlık, bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile olmasını istediği, beklediği sosyal ilişkiler arasındaki farklılığı algılaması sonucu oluşan bir kavram olarak tanımlanabilir (14). Yaşlanma ile birlikte görülen fiziksel, ruhsal ve zihinsel değişimler yalnızlık duygusuna yol açmakta ve bireyin ilişkisinin kendini mutlu etmediği durumda da yalnızlık görülebilmektedir (17).

Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmedeki beklentiler olup, varlığında bireyin bir çıkış yolu olduğuna ve değişiklikler oluşabileceğine inancı en önemli özelliğidir (18). Umutsuzluk ise bireylerin sorunlarını çözmede, arzularına ulaşmada ve bireysel seçim yapma ve amaçlarını belirlemede enerjisini harekete geçiremediği duygusal durumdur (15). Umut ve umutsuzluk, her ikisi de kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır (18). Ümitsiz

bir bireyde yaşama isteğini kaybetme, kavramada bozulma, geçmişi hatırlamada zorlanma, mutsuzluk, çaresizlik, zorlanma, cesaretini kaybetme, kendini yolun sonundaymış gibi hissetme, gergin ve sinirli olma, karamsarlık yaşama ve hayattan zevk alamama gibi olumsuz duygular görülmektedir (15). Hindistan'da huzurevlerinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaşlıların % 47'sinin umutsuzluk yaşadıkları ve depresyon ile umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (19). Türkiye'de toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan güncel bir çalışmada, öz bakım gücü yüksek olan yaşlı bireylerin geleceğe daha umutla baktıkları belirlenmiş olup, yaşlının gelecekle ilgili bir umudunun olması kendine bakımını, ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve yaşamdan zevk alabilmesini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (20). Bilişsel bozukluğu olmayan huzurevinde yaşayan yaşlılarla yalnızlık ve sosyal destek ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin sosyal desteğin yalnızlık ile ilişkili olduğunun farkına varmaları ve günlük uygulamada yaşlılar için sosyal desteğin önemini göz önünde bulundurmaları gerektiği belirtilmiştir (21).

Bu araştırma yaşlı bireylerde sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Ayrıca araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırma soruları:

- 1) Yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek, yalnızlık ve umutsuzluk düzeyi nedir?
- 2) Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri sosyal destek algısını etkiler mi?
- 3) Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri yalnızlık algısını etkiler mi?
- 4) Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri umutsuzluk algısını etkiler mi?

5) Yaşlı bireylerde sosyal destek, yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

Yaşlanma bütün canlılarda molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan ve geri dönüşümü olmayan fiziksel, zihinsel ve biyopsikososyal işlevlerde azalmaya neden olan doğal bir süreçtir. Yaşlılık zamanın geçişine bağlı olarak hastalık olmadan beliren anatomik yapı ve fiziksel işlev değişikliğidir (22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ise yaşlılık, bireyin çevreye uyum sağlama yetisinin giderek azalması olarak tanımlanmış (23) ve 65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı olarak kabul edilmiştir (22). Yaşlılık dönemi kendi içinde bir takım farklılıklar bulundurması nedeni ile 65-74 yaş "genç yaşlılık", 75-84 yaşlı, 85 yaş ve üzeri ise "ileri yaşlı" olarak ayrılmaktadır (5, 24). Yaşlılığı etkileyen faktörlere göre yaşlılığın çeşitli tanımları bulunmaktadır (22).

Kronolojik yaşlanma: Doğum yaşı ya da takvim yaşı olarak ifade edilmektedir (24, 25). Kronolojik yaşlanma kavramının yaşlı bireylerin genel sağlık, fiziksel, ruhsal ve zihinsel kapasitelerini tanımlamakta yetersiz kaldığı bilinmektedir (24).

Biyolojik yaşlanma: Vücut yaşı olup, kişinin sağlık durumuna, yaşadığı yer, zaman ve çevre şartlarına göre değişiklik göstermektedir (26).

Psikolojik yaşlanma: Deneyimlerin artması ile ortaya çıkan davranış değişikliği ve davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı oluşan değişimleri içermektedir (24).

Sosyal yaşlanma: Çalışma ve üretme gücünün azalması ile ortaya çıkan toplumsal rol, statü ve beklentilerinde beliren değişimleri belirtmektedir (24).

2.2. Yaşlılık Dönemi Sorunları

Yaşlılık, hayat devam ettiği sürece tüm insanların yaşayacağı kaçınılmaz bir süreçtir (22). Yaşlanmanın önemli bir konu haline gelmesinde en önemli neden dünya nüfusunun yaşlanıyor olmasıdır (27). Yaşlılıkta yaşanan sorunları sağlık sorunları, sosyal ve ekonomik sorunlar, barınma sorunları ve yaşlılığa uyum sorunları olarak sınıflandırmak mümkündür (5). Artan yaşla birlikte fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte ve kronik hastalık riski artmaktadır. Altmışlı yaşlarda önemli engellilik ve ölüm yükü yaşlılığa bağlı olarak işitme, görme ve hareket kayıpları; kanser, demans, kronik solunum yolu bozuklukları, inme ve kalp hastalığını içeren bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (27). Türkiye’de 65 yaş ve üzerindeki bireylerin % 70-90’ında bir, % 35’inde iki, % 23’ünde üç, % 14’ünde dört veya daha fazla kronik hastalığın olduğu bildirilmiştir (1). Yaşlandıkça boyda kısalma, kas ve kemik yoğunluğunda azalma, deride incelme ve kırışma, solunum kapasitesinde azalma, kan basıncında, sinir sisteminde, üriner sistemde değişiklikler, duyu organlarının hassasiyetinin bozulması (25), uyku bozuklukları (25, 28), inkontinans, ağrı ve düşme görülmektedir (28). Total beden sıvısında azalma, işitme kaybı, tat ve koku duyusunda ve tükürük salgısında azalma, ağız ve diş problemleri, yutmada güçlük, mide, karaciğer ve safra ve bağışıklık sistemi fonksiyonlarında azalma gibi değişimler ve tüm sistemlere ilişkin hastalıklar görülmektedir (1). Bu dönemde aynı zamanda demans, alzheimer, malnütrisyon, osteoporoz, yürüme bozuklukları, bası yaraları gibi sorunlarla da sık karşılaşılmaktadır (29). Ayrıca, güç kaybı, hayat boyu yaşanan kayıplar, stres,

hastalıklar, görünümde değişiklikler gibi birçok geriye dönüşü olmayan kayıplar yaşanmaktadır (25). Yaşlanma ile birlikte sosyal hayatta da değişiklikler yaşanmaktadır. Emeklilik, eşin ölümü, çekirdek aileye dönüşüm, fiziksel kayıplar nedeniyle yaşlının hareketinin kısıtlanması ve buna bağlı sosyal çevreden uzaklaşma, kronik hastalıklara bağlı yatağa ve birine bağımlı hale gelmesi sosyal sorunları gündeme getirmektedir (3). Tüm bunların yanında yaşlının karşılaştığı en önemli sorunlardan biri ekonomik sıkıntı olup, bu sorun nedeniyle yaşlı sosyal ve psikolojik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Bunun sonucunda bireyde topluma uyum sorunu ortaya çıkmaktadır (29). Yaşlının işlevsel bağımsızlığında azalma, hastalıklar, çevresel ve sosyal faktörler ile beliren duruma uyum sağlaması güçleşmekte ve giderek artan uyum sorunu ile başa çıkmak zorunda kalmaktadır (5). Yaşadıkları sorunlarla baş edebilen insanlar toplumla bağı güçlü olan insanlar olup, bu bağılığı sağlamada sosyal destek önemlidir (17).

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek, bireye psikolojik ve maddi açıdan destek sağlayan, bireyin başa çıkma becerisini artırmayı amaçlayan kişiler arası ilişkiler ağı olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile bireyin gereksinimlerine başkalarının da duyarlı olduğunu hissetmesidir (30). Sosyal destek bireylerin stresli olaylarla başa çıkmasını artırmada mevcut sosyal ağları yoluyla psikolojik ve maddi kaynakları yönetme sürecini belirtir, sosyal gereksinimleri karşılar ve amaçları başarmayı sağlar (31). Sosyal destek aynı zamanda bireylerde, bağılılık gereksinimini azaltmakta ve bireylerin güçlenmesinde kendine duyduğu güvenin artmasını sağlamaktadır (32). Sosyal desteğin bireylerde hastalıkların ortaya çıkmasında, gidişatında ve süresinde, bireyin fiziksel sağlığı ve kendini iyi hissetmesinde (10), psikososyal iyi oluşta etkili

olduğu bildirilmiştir (32). Sosyal destek alan bireylerde saygınlık artmakta, yaşamdan tatmin olma ve moral artışı gözlenmekte ve bireyler hayata daha umutla bakmaktadırlar (28).

Bireyin aile üyeleri, arkadaşları ve diğer sosyal ilişki içinde olduğu herkes sosyal destek kaynağını oluşturmaktadır (32). Aile, çocuklar ve eşten iyi düzeyde alınan sosyal desteğin yaşlılarda depresyonu azalttığı, yaşam kalitesini iyileştirdiği (33) ve aile, çocuklar ve arkadaşlardan alınan karşılıklı desteğin yaşlılarda duygusal iyilik halinde koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (34). Sosyal destek yapısal ve işlevsel olmak üzere iki şekilde sınıflandırılabilir. Yapısal boyut sosyal ağların genişliğini, bağlılığını, ilişkilerin var oluşunu, işlevsel boyut ise sosyal destek türlerini ölçmektedir (30).

2.3.1. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek duygusal, araçsal, bilgisel ve yaygın destek olmak üzere farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Duygusal Destek: Bireyin arkadaşları, aileleri ve hayatındaki diğer önemli kişilerden gelen destek algıları olup, sevgi, şefkat, güven ve empati gibi gereksinimleri karşılamaktadır (30).

Araçsal Destek: Mali yardım, maddi kaynaklar ve gerekli hizmetlerin sağlanmasıdır (31, 35). Yetersiz sağlanan araçsal destek yaşam kalitesinin olumsuz göstergelerinden biridir (6).

Bilgisel Destek: Danışma, değerlendirme ve bilişsel rehberlik olarak da adlandırılan bu destek türü tanımlama, anlama ve sorunlu durumlarla başa çıkmada yardımcı olmak olarak tanımlanmaktadır (35).

Yaygın Destek: Bireyin boş zamanlarını eğlenerek, rahatlayarak, sosyal ilişkiler kurarak geçirmesini sağlayan destektir (30).

2.4. Yaşlılık ve Sosyal Destek

Artan yaşam ömrü yaşlı nüfusun artmasına neden olmuş, bu durum sosyal yalıtımı daha da önemli duruma getirmiştir (36). Günümüzde geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması, yaşlının aile ve sosyal destek kaynaklarından yoksun olmasına, kendi sorunlarıyla baş etme durumunda bırakılmasına neden olmuştur (37). Sağlık hizmetlerini, sosyal bakımı ve gelir sürekliliğini de kapsayan güvenli bir yaşlılık döneminin sağlanması için toplumsal dayanışma olmalıdır (17). Yaşadığı ortamda yeterli sosyal desteği olan yaşlılar kendilerini daha az yalnız hissetmekte ve yaşlılık sorunlarıyla daha kolay baş edebilmektedir (37). Yaşlılık döneminde güçsüzlük ve başkalarına olan gereksinim artmaktadır (38). Daha önceki dönemde ailevi sorumlulukları fazla, aktif yaşamın içinde yer alan bir durumdan gerilemelerin yaşandığı bu dönemde hayata tutunabilmede ekonomik, psikolojik ve sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır (17). Yüksek düzeyde sosyal desteğin yaşlı bireylerin incinebilirliğini ve kötü muamele riskini azaltmada koruyucu bir faktör olabileceği bildirilmiştir (39).

Türkiye İstatistik Kurumunun yaptığı bir araştırma sonucuna göre yaşlıların en önemli mutluluk etkeni % 65.8 ile aileleri ve % 16.5 ile çocukları olduğu bildirilmiştir (4). Sosyal destek yaşlının stresle baş etmesinde önemli bir destek sistemidir (40). Sosyal destek yetersizliğine bağlı yaşlı bireyde, bedensel ve ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkabilmekte (37) ve yaşam kalitesi bozulmakta, mortalite riski artmaktadır (28). Yaşlının sosyal çevresinin geniş olması hayatı onun için daha anlamlı kılmakta ve yaşlının sosyal çevresini oluşturan eş, aile, arkadaş, akraba ve

komşulardan biri bir sorun yaşadığında, yaşlının sahip olduğu rol değişmekte ve sosyal sorunlar da beraberinde görölmektedir (41). Aile yaşlılar için psikolojik ve toplumsal sosyal destek sistemi olup, bireylerin yaşam stresleriyle başa çıkmasındaki en önemli kaynaktır. Özellikle de Türklerde aile maddi, duygusal ve bilişsel sosyal destek sistemidir (28). Yaşlıların sağlıklı bir yaşam geçirmeleri için arkadaşlık aktivitelerini sürdürmeleri ve hobi edinmeleri gerekmektedir (42). Huzurevinde yapılan bir çalışmaya göre algılanan sosyal desteğin yaşlı bireyin benlik algısı açısından önemli olduğundan, özellikle huzurevinde kalan yaşlıların aileleri ve sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini güçlendirmeye yönelik etkinliklerin planlanmasının önemli olduğu bildirilmiştir (43). Yapılan diğer bir çalışmada evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayan yaşlılara göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek düzeyde olduğu (44), bir diğer çalışmada ailesiyle birlikte yaşayan yaşlıların algıladığı aile desteğinin bireylerin yaşamdan aldığı doyumunu etkilediği saptanmıştır (45). Yaşlı birey için aile en iyi destek ve bakımı verebilecek bir sistemdir (46). Algılanan sosyal yalıtım, sosyal etkileşimde olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilendirilen bir yetersizliktir. Algılanan sosyal yalıtım ile kardiyovasküler ve nöroendokrin sistem ve bilişsel işleyiş arasında açık ilişki olduğu ayrıca depresyon, bilişsel zayıflama ve uyku problemlerine yol açtığı bildirilmiştir (36). Sosyal desteğin kalp yetmezliğinde olumlu öz bakım davranışlarının sürdürülmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir (47). Yaş ortalaması 60, kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada sosyal destek algısı düşük olan hastaların kardiyak nedeni hastane yatışlarının önemli düzeyde fazla ve kardiyak olaylar açısından yüksek riske sahip olduğu belirlenmiştir (48).

Yaşlı nüfusun yaşam kalitesini ve yaşlıların psikolojik iyilik hallerini arttırmak için sosyal destek sistemleri göz önünde bulundurulmalı ve yaşlılar sosyal aktivitelere katılmaya teşvik edilmelidir. Yaşlı insanların deneyimlerinden faydalanma, rol modelleri olarak görme ve toplumdaki dışlanma yerine sosyal etkinliklere katılmalarına izin vererek potansiyellerini geliştirme fırsatları sağlama çok önemlidir (49). Yaşlılarla yapılan bir çalışmada düşük düzeyde sosyal desteğin, yaşlılık ve istismarla, özellikle de psikolojik istismarla ilişkili olduğu (39), sosyal ilişkilerin artmasının (50) ve yaşlıya yapılan sık ziyaretlerin yalnızlığı önlediği bildirilmiştir (42). Aile, akraba, komşular ve arkadaşlardan alınan destek, yaşlıları yalnızlıktan kurtarmanın yanı sıra bakım ihtiyaçlarını da karşılayan önemli destek kaynaklarıdır (17). Yaşlı bireyin maddi ve manevi sorunlarının çözümünde çevresindeki aile, akraba, komşular, arkadaşlardan destek görmesi, sosyal hayatın zorluklarıyla daha kolay baş etmesini ve yaşamın tüm zorlukları ile daha fazla mücadele etmesini sağlayarak, yaşamı kolaylaştırmasına katkı sağlayacaktır (51). Hem meslek hayatından hem de sosyal çevresinden uzak kalmak bireyi yalnızlığa ve sosyal yalıtıma itmekte (29), sosyal desteğin artması ise yaşam doyumunu artırmaktadır (51). Sosyal desteği geliştirmenin önemli bir yolu sosyal izolasyon ve yalnızlığı önlemektir (30).

2.5. Yalnızlığın Tanımı

Yalnızlık duygusu bireylerde sevgi, değerli olma, bağlanma, şefkat gibi duygusal gereksinimlerin karşılanmaması ve güvenilir ilişki eksikliği sonucu sosyal ilişkilerin olmaması durumunda ortaya çıkmaktadır (26, 52). Duygusal ve sosyal gereksinimlerin karşılanmaması sunucunda bireyler sosyal ve duygusal yalıtım nedeni ile yalnızlık yaşarlar (52). Yalnızlık bireyin duygusal ve sosyal ilişkilerindeki

nicelik ve nitelikten duyduğu tatminsizlik nedeni ile ortaya çıkan bir durum olup (30), genel olarak “sosyal ilişkilerdeki yoksunluk ve yetersizlikten kaynaklanan, bireyleri pek memnun etmeyen, psikolojik bir durum” olarak tanımlanmaktadır (15). Yalnızlık ayrıca sosyal ilişkilerdeki zayıflıktan kaynaklanan, rahatsızlık verici, kişiye özel ve olumsuz bir durum olarak tanımlanmakta olup (41), bireyleri fiziksel, sosyo-kültürel ve psikolojik yönden etkilemektedir (53). Yalnızlık, yaşlı yetişkinlerde karmaşık kronik hastalıklar, işlevsellikte azalma ve mortalite riskini artırmayı da içeren çeşitli sağlık sorunlarına katkıda bulunan (54) ve yalnız olduğunu ifade eden bireyde var olduğu kabul edilen subjektif bir kavramdır (55).

Yalnızlık kavramı, duygusal ve sosyal yalnızlık olarak gruplandırılmaktadır.

Duygusal Yalnızlık: Eş akraba, ya da diğer aile üyeleri ile güvenilir ilişkilerinin olmaması sonucu oluşmakta ve kaygı, boşluk ve ayrılık duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (52).

Sosyal Yalnızlık: Arkadaşlık ilişkilerinin anlamlı olmaması, sosyal ilişkilerin bozulması, toplumla bütünleşeme, kendini toplumdan soyutlama gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Sosyal yalnızlık yaşayan kişiler birçok olaya karşı olumsuz tutum gösterirler ve gelecek ile ilgili ümitleri yoktur (52). Sosyal olarak yalnız olanlar kendilerini bıkkın ve yetersiz hissederler (17).

2.6. Yaşlılık ve Yalnızlık

Yaşlı nüfusunun artması ile birlikte yalnızlık konusu daha fazla gündeme gelmiş olup (17), birçok yaşlı için yalnızlığın rahatsızlık verici bir durum olduğu bilinmektedir (53). Sosyal iyilik halinin temel belirleyicilerinden biri olan yalnızlık (56), yaşlı bireylerde fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu ve iyilik halini etkileyebilen (57) ve yaşlılık dönemindeki birçok bireyin ölümüne neden olabilen (58), hemen her

toplumun yaşlısı açısından önemli bir sorundur (56). Toplumda yaşayan yaşlılarda yalnızlık, sosyal destek ağları ve iyi oluşun incelendiği 65 yaş ve üzeri 1299 birey ile yapılan bir çalışmada yalnızlık ve sosyal ağların bağımsız olarak yaşlılarda duygudurumu ve iyi oluşu etkilediği, ve yaşlıların % 35'inin yalnızlık yaşadıkları belirtilmiştir (59). Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz sonucuna göre yalnızlığın ya da sosyal yalıtım sıklığının % 2.8'den % 77.2'ye kadar değiştiği bildirilmiştir (60). Diğer bir çalışmada yaşlıların % 7'sinin ciddi olarak yalnızlık hissettiği, % 31.5'inin bazı zamanlarda kendilerini yalnız hissettikleri belirtilmiştir (61). Huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlıların % 56'sının yalnızlık yaşadığı (21), Genç ve Dalkılıç'ın 2013 yılında yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin % 55'inin kendilerini hüznü ve yalnız hissettiği belirlenmiştir (62).

İlerleyen yaşla birlikte aile üyelerinin eğitim, evlenme, çalışma nedeni ile evden ayrılmaları, eş ve arkadaşlarının yaşamlarını kaybetmesi, fiziksel ve ruhsal durumlar nedeni sınırlı ilişkiler ve bağımlı olma yalnız kalmada etkili faktörler olarak bildirilmiştir (17). Aile yapısındaki değişiklik ve çekirdek aileye dönüşüm ile özellikle yaşlılar yalnızlaşmaya maruz bırakılmış (41), yalnızlığa itilen yaşlı birey yaşlılığa özgü karşılaştığı tüm sorunlarla kendisi baş etmek zorunda kalmıştır (63). Bireyler duygusal ve sosyal yönden desteklenmedikleri zaman yalnızlık ve beraberinde hayattan zevk almama durumunu yaşamakta (53), toplumla içe içe yaşayan birçok yaşlı birey kendini yalnız hissedebilmektedir (56). Yapılan bir çalışmada ailesiyle birlikte vakit geçiren yaşlıların % 33.3'ünün kendini hüznü, % 25.9'unun mutlu ve % 22.2'sinin ise yalnız hissettikleri bildirilmiştir. Bu sonuç yaşlıya verilen değerin azalmasının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir (62).

Her ne kadar yaşlının yalnız yaşaması bazı toplumlarda hoş karşılanmasa da, artan yaşlanma ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte hızlı ekonomik ve sosyal dönüşümler, yaşlının toplumdan uzaklaşmasına ve yalnızlaşmasına neden olmaktadır (17). Yaşlılık döneminde yaşanan bilişsel (52), fizyolojik, psikolojik ve sosyal hayattaki değişiklikler yaşlıların yalnızlık yaşamalarına neden olabilecek risk faktörleridir (64). Yaşlılıkta ortaya çıkan yalnızlığın en önemli nedeni bireyin eşini kaybetmesi olup (65, 66, 67), emeklilik (14, 67), sağlık sorunları (46, 65, 67), ekonomik kayıplar, bir iş-uğraş alanının eksikliği (14), çevre ile yeterli iletişimin olmaması (14, 65) olarak belirtilmiştir. Ayrıca yalnız ya da eş ve çocuklarıyla birlikte yaşama durumu, medeni hali, eğitim düzeyi, cinsiyeti, sosyo-kültürel durumu, çocuklar ve akrabalar ile sınırlı iletişim (67), yaşam koşullarından memnun olmama (53), yetersiz ulaşım, belirli hizmetlere uzak olma (38) yalnızlık durumunu etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada erkek olmak, dul olmak, düşük gelire sahip olmak, düşük esenlik ve düşük özsaygı, aile ve arkadaş bağlarının güçlü olmaması, fiziksel aktivite eksikliği, düşük düzeyde algılanan toplumsal bütünleşme, sosyal çevreden bakım almama (68), diğer bir çalışmada kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması ve yaşın artması yalnızlığı artıran önemli değişkenler olarak bildirilmiştir (50). Julsing ve diğerleri tarafından 2016 yılında yaşlı erkek bireylerle yapılan kohort çalışmasında, erkeklerin % 92.4'ünün orta, % 7.8'inin ise ciddi düzeyde yalnızlık yaşadıkları, zaman içinde duygusal yalnızlığın ve yaşlanmanın artmasından dolayı yalnızlığın sık görüldüğü belirlenmiştir (69). Koroner kalp hastalığı ve inmede risk faktörleri olarak yalnızlık ve sosyal yalıtımı belirlemeyi amaçlayan sistematik ve meta-analiz çalışma sonucuna göre zayıf sosyal ilişkilerin, koroner kalp hastalığı riskindeki % 29 artışla ve inme riskindeki % 32 artışla

ilişkilendirilmiştir (60). Yaşlı 6500 birey ile yapılan kohort çalışması sonucuna göre yalnızlığın mortaliteyi artırdığı bildirilmiştir (70). Yalnızlık çoğu yaşlı için hoşnut olunmayan bir durum olup (71), yaşlıların bazıları için yalnızlık terk edilmişlik duygusuna ve kendilerini ailelerinden ve toplumdan dışlanmış olarak hissetmesine neden olmaktadır. Bazıları için ise yalnızlık, özgürlük ve kendilerine ayıracakları büyük bir zaman dilimini ifade etmektedir (64). Yalnız yaşayan yaşlılar hayatta karşılaştıkları tüm zorluklarla tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Eğer karşılaştıkları bu sorunları çözemelerse yetersizlik hissetmekte ve bu yetersizlik duygusu da depresyon, umutsuzluk gibi sorunlara neden olmaktadır (41). Yaşlılarda yalnızlığın etkisini inceleyen bir derleme çalışmasında yalnızlığın kardiyovasküler hastalıklar dahil bulaşıcı olmayan hastalıkların artışına, kan değerlerinde değişime, motor işlevlerde azalmaya, ruh sağlığını etkileyip anksiyete, depresyona ve bilişsel zayıflamaya, uyku, beslenme, alkol ve fiziksel aktivite durumlarında kötüleşmeye neden olabileceği belirtilmiştir (72). Sosyal yalıtımın sağlığa zararlı etkileri bulunmakta olup, sigara, obezite, yetersiz egzersiz ve hipertansiyonla karşılaştırılabilir sonuçlarda tüm nedenlere bağlı hastalık ve ölüm açısından bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Ayrıca enfeksiyona karşı dirençte azalma, bilişsel zayıflama, depresyon ve demans gibi ruh sağlığı durumları, hastaneye acil kabul, uzun süreli hastane yatışı ve gecikmiş taburculuk ile ilişkili bulunmuştur (73). Yüksek düzeyde yalnızlık yaşayan yaşlı insanların, fiziksel olarak zayıf olma riskleri artmaktadır (74). Yaşlılarla yapılan bir çalışmada da yalnızlık arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği bildirilmiştir (75). Yalnızlık, yaşlı bireyin sağlığının bozuk olmasından dolayı ilişkilerinin kısıtlanması nedeni ile görülebileceği gibi, yalnızlıkta sağlığın bozulmasına neden olabilmektedir (56).

Yaşlılık döneminde yaşanan birçok durum psikolojik sorunların görülmesine yol açmaktadır. Yaşlı bireyin bu dönemde geçmişe göre isteği azalmakta, çevreye karşı alıngan bir tutum göstermekte, kendisini güçsüz, işe yaramaz olarak görmekte ve yalnızlık ve umutsuzluk gibi belirtiler yaşamaktadır (3).

2.7. Umutsuzluk

Umut engellerle baş etme ve hayatta kalmak için gerekli olan bir güçtür (15). Umut ayrıca bireye yaşam enerjisi veren, bireyi gelecekteki hedeflerine yönlendiren, zor ve stresli durumlarda başa çıkmayı sağlayan yaşam esasıdır. Güven duygusunu kaybetmiş birey, bir çözüm yolu bulamıyorsa, umudunu kaybeder ve yalnızlık duygusuyla karşı karşıya kalır. Ancak bireyde umut duygusu varsa, istek ve cesaretle tüm zorlukların üstesinden gelebilir (76). Umutsuzluk, bir amaca ulaşmaya çalışırken olumsuz beklentiler ve çözümsüzlük duyguları şeklinde tanımlanabilir. Umutsuzlukla birlikte çaresizlik, değersizlik, kararsızlık, harekete geçememe ve suçluluk duyguları ile birlikte öz kıyım düşüncesi görülebilir (14). Yaşanan olumsuz olaylar insanları umutsuzluğa sürüklerken, olumlu olaylar umutsuzluğu azaltmaktadır (66). Hastalık gibi insan yaşamını olumsuz etkileyen durumlarda birey bir çıkış yolu bulamaz ve kişi kendini çaresiz hissederse bu durum bireyde umutsuzluk gelişmesine neden olabilir (77). Genel nüfusta öznel iyi oluş halinin düşük olmasında önemli bir etken olan umutsuzluğun görülmesinde yaşamdan memnun olmama, depresif belirtiler kötü sağlık algısı, öz kıyım düşüncesinin olması (78), işlevsel yeteneklerinde azalma, beden görünümünde bozulma ve öz güven yetersizliği etkili faktörler olarak bildirilmiştir (15). Aynı zamanda umutsuzluk ruhsal bozuklukların özellikle de depresyonun ve öz kıyımın nedenleri arasında yer almaktadır (79). Yaşlılarda depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncesinin

araştırıldığı bir çalışmada, toplumda yaşayan yaşlıların depresyon ve umutsuzluk düzeyi arttıkça öz kıyım düşüncesinin de artacağı bildirilmiştir (80). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği tarafından ümitsizlik hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiş, kişinin gelecekteki amaçlarına ulaşmasında ve problemlerinin çözümünde alternatifler olmadığını fark etmesi olarak belirtilmiştir (81).

2.8. Yaşlılık ve Umutsuzluk

Yaşlılık hayatın tüm dönemlerinde yaygın bir kayıp duygusunun görüldüğü, bireylerin bedensel, sosyal ve psikolojik açıdan bağımsızlığını kaybettiği ve birine bağımlı hale geldiği bir süreçtir (24). Yaşlılık döneminde görülen en önemli sorunlarda biri umutsuzluktur (14, 82). Yaşlılık döneminde yaşanan kayıplar sonrası genellikle çevresel yalıtım, öznel yalnızlık, endişe ve depresyon ve yaşamın devamında motivasyon kaybı görülebilmektedir (80). Hastalıklar, uzun süren tedaviler, sosyal yalıtım, önemli kişilerden ayrılma, değer verilen önemsenen kişilerin kaybı-ölüm, yaşamdaki stres, yaşanan olumsuzluklar, bir şeyleri başarmadaki yetersizlikler, bağımsızlığın kaybı gibi etkenler yaşlılarda ümitsizliğe neden olan en önemli faktörlerdir (15, 55). Umutsuzluk bireyin hayatındaki imkansızlık hissinde ortaya çıkan ve kişide başaramayacağı hissi uyandıran, öznel bir durum olarak ifade edilmektedir (55). İnsan yaşamı için önemli olan umudun zorluklarla ve üzüntü ile baş etmede bireye güç veren iyileştirici bir etken olduğu bilinmektedir (15). Yaşlılarda umutsuzluk incinebilirlikle doğrudan ilişkili olup, fiziksel, duygusal ve bilişsel olarak incinebilir olan yaşlılarda umutsuzluk belirlenmiştir (79). Huzurevinde yaşlılarla yapılan bir çalışmada, yaşlıların büyük bir kısmının gelecekte ölümü beklemesi, geleceğe yönelik beklentileri ve yapmak

isteyip yapamadıkları şeylerinin olması umutsuzluk düzeylerini anlamlı olacak şekilde etkilediği belirlenmiştir (83).

Yaşlılıkta iş yaşamının sona ermesi, toplumsal ilişkileri ve arkadaşlık bağlarını zayıflatarak kişiyi yalnızlığa sürüklemektedir. Emeklilik ile birlikte duygusal bir çöküntü yaşayan bireyde, öfke, keyifsizlik, işe yaramazlık duygusu ve umutsuzluk görülebilmektedir (26). Yaşlının öğrenim durumu, sorunlarla baş etmesinde ve çözüm yolları arayışında bir belirleyici olduğu için, öğrenim düzeyi düşük bireyler, sorunlarla daha zor baş edebileceğinden umutsuzluk duygusunu daha yoğun yaşamaktadır (84). Huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlıların geleceğe yönelik olarak % 69.9'unun ölüm, % 6.8'inin ise mutluluk ve sağlık beklentilerinin olduğu (85), diğer bir çalışmada yaşlıların gelecekte beklenen ve huzurevinde kalmaktan memnun olma durumlarının umutsuzluk düzeylerini etkilediği bildirilmiştir (83). Darülaceze de yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada üretken olmanın umutsuzluğu azalttığı belirtilmiştir (86). Toplumda yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada ise öz-bakım gücü yüksek olan bireylerin yaşam doyumu ve umut düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır (20). Yaşlı bireylerde yaşama bağlılık arttıkça umutsuzluğun azalacağı (66) ve umutsuzluğun artmasına yol açan çeşitli semptomlara bakarak yaşlılarda bütüncül yaklaşımın gerekli olduğu bildirilmiştir (79).

2.9. Sosyal Desteği Artırma, Yalnızlık ve Umutsuzlukla Baş Etmede Hemşirenin Rolü

Yaşlılığa uyum sağlamak yaşlının, ailesinin, kurumların ve toplumların sorunudur (84). Hemşireler yaşlı bireylerin en üst düzeyde bakımını sağlamada, yaşam kalitesini iyileştirmede ve işlevlerini en sük düzeyde çıkarmada sağlık bakım

ekibi ve diğerk disiplinlerle birlikte çalışmalıdır (24). Yalnızlık, yaşlı yetişkinlerde karmaşık kronik hastalıklar, işlevsellikte azalma ve mortalite riskini artırmayı da içeren çeşitli sağlık sorunlarına yol açan bir faktördür (54). Bu nedenle hemşireler yalnızlığın birey için ne anlama geldiğini ve yaşama olan etkisini araştırmalı (15), kronik hastalığı olan hastaları kapsamlı değerlendirmelerinin bir parçası olarak yalnızlık durumlarını da değerlendirmelidirler (54). Sağlık çalışanları tarafından yaşlılarda yalnızlığı etkileyen sorunların tanımlanması ve gerekli önlemlerin alınması ve yaşlıların yalnızlık sorunları ile baş etmede desteklenmeleri gerektiği bildirilmiştir (75). Halk sağlığı hemşireleri tarafından özellikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen yaşlılar için yakın çevresindeki insanların desteği ve ilgisinin yararlı olabileceği, bu nedenle yaşlı bireylerin ailelerine bunun öneminin anlatılması gerektiği önerilmiştir (87). Yalnız yaşayan yaşlı insanlar yüksek riskli bir grup olarak değerlendirilmeli (49), yaşlı bireylerde incinebilirliği ve kötü muamele görme riskini azaltmada politika yapıcılar, klinisyenler ve araştırmacılar yaşlılıkta arkadaşlık ve sosyal aktiviteleri kolaylaştıran müdahale programları geliştirerek hareket etmeli (39) ve yalnızlığı etkileyebilecek faktörlerin farkında olmalıdır (49). Yaşlılarda ortaya çıkan yalnızlık duygusu bireyin ruh sağlığının bozulmasına, depresyona ve hatta öz kıyıma bile neden olabilecek çok önemli bir sorundur. Bu yüzden bireylerin yalnızlığı tanımlanmalı, bireylere sosyal destek ve sosyal işlevler sağlanmalıdır (64). Yalnızlığa karşı koruyucu sosyal ağların sırası ile arkadaşlar, akrabalar, komşular ve çocuklar olduğu bildirilmiştir (61). Sosyal yalıtımı çözmeyi amaçlayan iyileştirme egzersiz programlarını geliştirmek ve sürdürmek, sağlıklı yaşlanma stratejilerini uygulamak, kapsamlı etkinlikler düzenlemek ve yaşlıların topluma katılımını sağlamak önemlidir (88). Hemşireler kendi evinde ya da kurumda kalan sosyal

yalıtım yaşıyan yaşlı bireylerin aile ilişkilerinin güçlendirilmesi için aile üyelerinin de desteğini alarak, sosyal ilişkilerin güçlenmesi ve devam etmesini sağlamalı, yaşlı bireyler ile birebir zaman geçirmeli ve sosyal çalışmacılarla işbirliği içerisinde olmalıdır (52). Umutsuzluk sağlık ve sosyal bakımda önemli bir konu olup (89), sağlık hizmeti sunan profesyonellerin dikkat etmesi gereken önemli bir durumdur (78). Umutsuzluğa yönelik çözüm getirebilmek için umutsuzluk düzeylerinin öz kıyım düşüncesi, depresyon ve olumsuz sağlık koşulları ile ilgili olduğu göz önünde bulundurulmalı (90) ve hemşire bireylerde umutsuzluğa neden olan faktörleri, umutsuzluk düzeyini ve kullanılan, kullanılması düşünülen baş etme yöntemlerini belirlemelidir. Bireylerin sosyal destek sistemlerini kullanmaları yönünde onlara eğitim vermeli, sevildiklerini ve yaşamın önemli olduğunu kendilerine hissettirmelidir (15). Yaşlıların iyilik halini artırmaya yönelik müdahaleler ve önleme programları uygulanmalıdır (90).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı özelliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Tokat İli Reşadiye İlçesi'ndeki Merkez Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) Kasım 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında yapılmış Mayıs 2019 tarihinde tamamlanmıştır. Reşadiye İlçe merkezinde bir tane ASM bulunmakta ve 5 hekim ve 5 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tokat İli Reşadiye İlçe merkezinde bulunan Merkez ASM'ye belirtilen tarihlerde herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, belirtilen tarihlerde ilgili ASM'ye başvuran araştırmanın alma dışlama ölçütlerini karşılayan 326 yaşlı birey örneklemi oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc (deneysel) güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde % 95 güven aralığında gücünün % 99 olduğu (korelasyon analizi için) belirlenmiştir (91).

Altmış beş yaş ve üzeri olma, araştırmaya katılmaya gönüllü olma araştırmaya alma; formların uygulanmasını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir fiziksel bozukluk (işitme, görme, konuşma bozukluğu), nörolojik bozukluk, zihinsel engellilik, tanı almış ruhsal bozukluk (depresyon ve psikotik bozukluk) ve kanser olma dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu algısı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, kiminle yaşanıldığı, kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği bağımsız; UCLA-Yalnızlık Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçekleri puanları bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında Tanımlayıcı Soru Formu (Ek-1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-2), UCLA-Yalnızlık Ölçeği (Ek-3) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-4) olmak üzere dört form kullanılmıştır

Tanımlayıcı Soru Formu: Bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu algısı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, kiminle yaşadığı, kronik hastalık varlığı ve sağlık algısını sorgulayan toplam 10 sorudan oluşmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve diğerleri tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin (92), Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek Aile (3, 4, 8, 11), Arkadaş (6, 7, 9, 12) ve Özel Bir İnsan (1, 2, 5, 10) olmak üzere üç alt boyuttan ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi puanlamaya sahip 7 aralıklı olarak derecelendirilmekte ve alt boyut puanları toplanarak ölçeğin toplam puanı belirlenmektedir. Ölçekteki alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında, toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmekte, puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı Aile 0.85, Arkadaş 0.88, Özel Bir İnsan 0.92 ve toplam ÇBASDÖ için 0.88 olarak belirlenmiştir (93). Bu çalışmada Aile alt boyutu Chronbach alfa katsayısı 0.94, Arkadaş 0.98, Özel Bir İnsan 0.97 ve toplam ölçek için 0.95 olduğu

belirlenmiştir. Bu çalışmada Özel Bir İnsan alt boyutu için soruları eşi olanlar eş desteği, eşi olmayanlar ise özel insandan algıladığı kişiye göre (akraba, komşu, doktor, hemşire) yanıtlaması istenmiştir.

UCLA-Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ): Russell ve diğerleri tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin (94) Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Demir tarafından 1989 yılında yapılmıştır (95). Ölçek 20 maddelik olup ölçekteki ifadelerin 10’u düz 10’u ters kodlanmıştır. Olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere hiç yaşamam 4, nadiren yaşarım 3, bazen yaşarım 2, sık sık yaşarım 1 puan; olumsuz ifadeleri içeren maddelere ise bunun tam tersi olarak hiç yaşamam 1, nadiren yaşarım 2, bazen yaşarım 3, sık sık yaşarım 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçek 4’lü Likert tipi derecelendirilmiştir. Ölçekten alınan en düşük puan 20, en yüksek puan 80’dir. Puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır (94, 95). Ölçeğin Chronbach alfa katsayısı 0.96 (95) olup, bu çalışmada 0.90 olarak bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve diğerleri tarafından 1974 yılında geliştirilmiş olan ölçek (96), bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmektedir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Seber ve diğerleri tarafından 1993 yılında (97) ve 1994 yılında Durak ve Palabıyıkoglu (98) tarafından geçerlilik ve Durak (99) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmakta ve 0-1 arası puanlanmaktadır. Maddelerin 11 tanesinde “evet” 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği bir puan almaktadır. Ölçekteki 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. sorular da “evet” 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorularında “hayır” yanıtı için birer puan verilir. Ölçeğin Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler (1, 3, 7, 11 ve 18), Motivasyon Kaybı (2, 4, 9, 12, 14, 16, 17 ve 20) ve Umut (5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten

alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20 olup, puanının yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Chronbach alfa katsayısı toplam ölçek için 0.85, Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyutu için 0.78, Motivasyon Kaybı 0.72 ve Umut için 0.72 olarak belirlenmiştir (98, 99). Bu çalışmada toplam ölçek Chronbach alfa katsayısı 0.90, Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler 0.84, Motivasyon kaybı 0.78 ve Umut alt boyutu için 0.73 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler ilgili ASM'de bekleme salonunda Kasım 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakikada tamamlanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile normal dağılımda ortalama ve standart sapma; normal dağılmayan verilerde ortanca (%25-75) verilmiş ve yanı sıra Tablo 3.1'de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı Kurtosis ve Skewness katsayılarına göre yapılmıştır (100). Veriler SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiş ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılması için Erzincan Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay (Ek-5) ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izin (Ek-6) alınmıştır. Ayrıca yaşlı bireylere araştırmanın amacı planı, yararları ifade edilmiş ve gönüllü olanlardan yazılı/sözlü onam alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir ASM’de yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişken	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer ve kronik hastalık durumu	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney-U Testi
Yaş grup, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler ve sağlık algısı	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansın homojen dağıldığı durumlarda LSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C)	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney-U testi)
ÇBASDÖ, UCLA-YÖ ve BUÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki	-	Spearman korelasyon analizi
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness katsayıları	

4. BULGULAR

Yaşlı bireylerin % 33.1'i 65-69 yaş grubunda, % 52.1'i erkek, % 71.2'si evli, % 54.3'ü okuryazar/ilkokul mezunu, % 66.9'unun gelirini giderinden az algıladığı, % 55.5'inin 3-4 çocuğa sahip, % 58.6'sının köyde yaşadığı, % 62'sinin eşi ile birlikte yaşadığı, % 74.8'inin kronik hastalığının olduğu ve % 41.4'ünün sağlığını iyi olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Ayrıca yaşlı bireylerin yaş ortalaması 74.03 ± 6.99 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=326)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş grubu		
65-69	108	33.1
70-74	77	23.6
75-79	62	19.0
80 yaş ve üzeri	79	24.3
Cinsiyet		
Kadın	156	47.9
Erkek	170	52.1
Medeni durum		
Evli	232	71.2
Dul/boşanmış	94	28.8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	133	40.8
Okuryazar/ilkokul	177	54.3
Ortaokul	9	2.8
Lise/Üniversite	7	2.1
Gelir durumu algısı		
Geliri giderinden az	218	66.9
Gelir gidere eşit	90	27.6
Geliri giderinden fazla	18	5.5

Tablo 4.1.- Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Çocuk sayısı		
1-2	22	6.8
3-4	181	55.5
5 ve üzeri	123	37.7
Yaşanılan Yer		
İlçe	135	41.4
Köy	191	58.6
Birlikte yaşanan kişiler		
Eş	202	62.0
Eş ve çocukları	29	8.9
Çocukları	47	14.4
Yalnız	48	14.7
Kronik hastalık		
Var	244	74.8
Yok	82	25.2
Sağlık algısı		
İyi	135	41.4
Orta	115	35.3
Kötü	76	23.3

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi yaşlı bireylerin ÇBASDÖ Aile alt boyut puan ortalamasının 25.85 ± 4.67 , Arkadaş 12.51 ± 7.50 , Özel Bir İnsan 14.79 ± 8.39 ve toplam puan ortalamasının 53.15 ± 17.87 olduğu belirlenmiştir. Aynı tabloda bireylerin UCLA-YÖ puan ortalaması 34.13 ± 9.14 ve BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyutu 2.40 ± 1.85 , Motivasyon Kaybı 3.64 ± 2.44 , Umut 4.20 ± 1.62 ve toplam puan ortalamasının 10.23 ± 5.33 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Yaşlı Bireylerin ÇBASDÖ, UCLA-YÖ ve BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=326)

Ölçekler	Alınabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort ± SS
Aile	4-28	6-28	25.85±4.67
Arkadaş	4-28	4-28	12.51±7.50
Özel Bir İnsan	4-28	4-28	14.79±8.39
ÇBASDÖ Toplam	12-84	14-84	53.15±17.87
UCLA-Yalnızlık Ölçeği	20-80	20-69	34.13±9.14
Gelecekle ilgili Duygular ve Beklentiler	0-5	0-5	2.40±1.85
Motivasyon Kaybı	0-8	0-8	3.64±2.44
Umut	0-7	0-7	4.20±1.62
BUÖ Toplam	0-20	1-19	10.23±5.33

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma.

Yaş grubuna göre ÇBASDÖ Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutu ve toplam puanı arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu ($p<0.001$), Aile alt boyutuna göre farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (U) Arkadaş, Özel Bir İnsan ve ÇBASDÖ toplam için 65-69 ve 70-74 yaş grubunun puanının 75-79 ve 80 ve üzeri yaş grubundan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete göre tüm alt boyut ve ÇBASDÖ toplam puan arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre ÇBASDÖ Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutu ve toplam puanının evli olanlarda dul/boşanmış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.001$), Aile alt boyutu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Eğitim, gelir durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler ve sağlığı algılama durumuna göre ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puan arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$). Kronik hastalık durumuna göre ise Aile alt boyutu ile fark olmadığı ($p>0.05$) diğer alt boyutlar ve ÇBASDÖ toplam puan arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre tüm alt boyut ve toplamda farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (U) Aile, Arkadaş alt boyutları ve toplam için okuryazar/ilkokul, zel Bir İnsan için okuryazar/ilkokul ve lise/niversite mezunlarının puanlarının okuryazar olmayanlardan yüksek bulunmuştur.

Gelir durumuna göre tüm alt boyut ve toplam ölçek için farkı belirlemede yapılan ileri analizde (U) Aile alt boyutu için geliri giderine eşit olanların geliri giderinden az ve fazla olanlardan yüksek, diğer alt boyutlar ve toplam için geliri giderinden az olanların geliri giderine eşit ve fazla olanlardan düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir.

ocuk sayısına göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (U) Aile alt boyutu için 3-4 çocuğu olanların puanlarının 1-2 olanlardan yüksek, Arkadaş için 5 ve üzeri çocuğa sahip olanların 1-2 çocuğu olanlardan yüksek, 3-4 çocuğu olanlardan düşük ve zel Bir İnsan ve ÇBASDÖ toplam için 5 ve üzeri çocuğa sahip olanların puanlarının 1-2 çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İlçede yaşayanların köyde yaşayanlardan ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Birlikte yaşanılan kişilere göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (U) Aile için yalnız yaşayanların puanlarının diğer tüm gruplardan, Arkadaş, zel Bir İnsan için eşit, eşit ve çocukları ile yaşayanlardan ve ÇBASDÖ toplam için eşit, eşit ve çocukları ve çocukları ile yaşayanlardan düşük olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı olmayanların olanlardan ÇBASDÖ Aile alt boyutu dışında diğer tüm boyutlar ve toplam puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır

Sağlık algısına göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (U) ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyutlar için sağlık algısı kötü olanların iyi ve orta olanlardan

düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca Özel Bir İnsan alt boyutu ve toplam için sağlık algısı iyi olanların puanı orta olanlardan da yüksektir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam
		^a Ort(%25-75)	^a Ort(%25-75)	^a Ort(%25-75)	^a Ort(%25-75)
Yaş grubu					
65-69	108	28 (28-28)	14 (4-20)	16 (5-24)	58.5 (36-71)
70-74	77	28 (27-28)	15 (8.5-20)	19 (12-24)	60 (48.5-71.5)
75-79	62	28 (24-28)	9 (4-15)	14 (4-19)	48.5 (36-62)
80 yaş ve üzeri	79	28 (26-28)	8 (4-18)	11 (4-11)	44 (36-68)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 6.275$ $p=0.099$	$\chi^2_{KW}= 19.330$ $p=0.000^{***}$	$\chi^2_{KW}= 20.136$ $p=0.000^{***}$	$\chi^2_{KW}= 19.711$ $p=0.000^{***}$
Cinsiyet					
Kadın	156	28 (26.25-28)	12 (4-18)	15.5 (4-22)	53.5 (36-68)
Erkek	170	28 (26-28)	12 (4-17.25)	15.5 (7.5-22.25)	55 (36-68)
Test ve Önemlilik		U=13252.500 P=0.991	U=13252.000 P=0.992	U=12609.000 P=0.439	U=12856.500 P=0.634
Medeni durum					
Evli	232	28 (27-28)	13 (8-18)	16 (8-22)	57 (40.25-68)
Dul/boşanmış	94	28 (24-28)	8 (4-18.5)	10.5 (4-23)	44 (36-69.25)
Test ve Önemlilik		U= 9857.500 p= 0.085	U= 9234.000 p= 0.028*	U= 9020.000 p= 0.013*	U= 8886.000 p= 0.009**
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	133	28 (23-28)	8 (4-14)	11 (4-18.5)	42 (36-60)
Okuryazar/ilkokul	177	28 (28-28)	16 (8-20)	19 (11-24)	62 (45-71)
Ortaokul	9	28 (28-28)	13 (4-21)	15 (4-25)	56 (36-73.5)
Lise/Üniversite	7	28 (28-28)	12 (8-16)	18 (14-22)	58 (44-66)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 8.718$ p=0.033*	$\chi^2_{KW}= 27.490$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 29.522$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 30.736$ p=0.000***
Gelir durumu					
Geliri giderinden az	218	28 (24.75-28)	9.5 (4-16)	12.5 (4-20)	48.5 (36-64)
Gelir gidere eşit	90	28 (28-28)	16 (8-20)	20 (14-24)	63.5 (49.75-71)
Geliri giderinden fazla	18	27.5 (25.75-28)	18 (15-24.25)	21.5 (17-26)	67 (59.75-78)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 9.882$ p=0.007**	$\chi^2_{KW}= 27.428$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 26.931$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 28.119$ p=0.000***
Çocuk sayısı					
1-2	22	28 (23-28)	5.5 (4-16.75)	11.5 (4-20.5)	41.5 (35.25-67.25)
3-4	181	28 (28-28)	13 (7.5-19)	16 (8-23)	58 (38.5-70)
5 ve üzeri	123	28 (26-28)	10 (4-17)	13 (4-22)	49 (36-66)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 6.013$ p=0.049*	$\chi^2_{KW}= 8.024$ p=0.018*	$\chi^2_{KW}= 6.544$ p=0.038*	$\chi^2_{KW}= 7.677$ p=0.022*
Yaşanılan yer					
İlçe	135	28 (28-28)	15 (8-20)	20 (11-24)	62 (47-72)
Köy	191	28 (24-28)	10 (4-16)	13 (4-20)	48 (36-64)
Test ve Önemlilik		U= 10079.500 p=0.000***	U= 9579.500 p=0.000***	U= 9188.500 p=0.000***	U= 8905.500 p=0.000***

Tablo 4.3.- Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam
		^a Ort(%25-75)	^a Ort(%25-75)	^a Ort(%25-75)	^a Ort(%25-75)
Birlikte yaşanan kişiler					
Eş	202	28 (27.75-28)	13 (8-18)	16 (8-22)	57 (41.75-68)
Eş ve çocukları	29	28 (27-28)	16 (6-20)	21 (7-24)	64 (41-72.5)
Çocukları	47	28 (28-28)	9 (4-24)	12 (4-24)	49 (36-75)
Yalnız	48	27 (16.75-28)	6 (4-13.75)	8 (4-16.75)	36 (27.25-57.75)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 20.868$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 12.701$ p=0.005**	$\chi^2_{KW}= 12.079$ p=0.007**	$\chi^2_{KW}= 18.013$ p=0.000***
Kronik hastalık					
Var	244	28 (27-28)	11 (4-18)	14 (4-22)	52.5 (36-68)
Yok	82	28 (25-28)	14 (8-20)	16.5 (11-23)	59.5 (43.5-68.75)
Test ve Önemlilik		U=9512.500 p=0.398	U=8371.000 p=0.025*	U=8553.000 p=0.047*	U=8550.000 p=0.048*
Sağlık algısı					
İyi	135	28 (28-28)	15 (8-20)	20 (12-24)	62 (47-71)
Orta	115	28 (26-28)	13 (4-19)	15 (4-23)	56 (36-69)
Kötü	76	28 (20-28)	6 (4-12)	8 (4-14.75)	36 (34.25-53.5)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 11.655$ p=0.003**	$\chi^2_{KW}= 24.012$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 29.335$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 30.148$ p=0.000***

^aOrt: Ortanca, χ^2_{KW} =Kruskal Wallis Varyans Analizi U:Man-Whitney U testi

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler ve sağlık algısına göre UCLA-YÖ toplam puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01, p<0.001). Cinsiyete ve kronik hastalık durumuna göre UCLA-YÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Yaş gruplarına göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C) 65-69 yaş grubundakilerin 75-79 ve 80 ve üzeri yaş grubundakilere göre UCLA-YÖ puan ortalamaları düşüktür.

Dul/boşanmışların evli olanlardan UCLA-YÖ puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim durumuna göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C) okuryazar olmayanların lise/üniversite mezunlarından daha yüksek UCLA-YÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) geliri giderinden az olanların geliri giderine eşit olanlardan UCLA-YÖ puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) 3-4 çocuğu olanların 5 ve üzeri çocuğu olanlardan UCLA-YÖ puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Köyde yaşayanların ilçede yaşayanlardan UCLA-YÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Birlikte yaşanan kişilere göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C) eşi ile yaşayanların çocukları ile ve yalnız yaşayanlardan UCLA-YÖ puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Sağlık algısına göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C) sağlık algısı kötü olanların sağlık algısı iyi ve orta olanlardan UCLA-YÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre UCLA-YÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Ort±SS	Test ve Önemlilik
Yaş grubu			
65-69	108	31.06±6.92	
70-74	77	33.29±10.04	F=9.594
75-79	62	36.31±9.51	p=0.000**
80 yaş ve üzeri	79	37.43±9.23	
Cinsiyet			
Kadın	156	34.56±10.00	t=0.822
Erkek	170	33.72±8.29	p=0.412
Medeni durum			
Evli	232	32.69±7.82	t= -3.992
Dul/boşanmış	94	37.68±11.07	p=0.000**
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	133	37.72±9.85	
Okuryazar/ilkokul	177	31.81±7.84	F= 13.233
Ortaokul	9	30.78±6.24	p=0.000**
Lise/Üniversite	7	28.57±6.45	
Gelir durumu algısı			
Geliri giderinden az	218	35.34±9.34	F=7.840
Gelir gidere eşit	90	30.94±7.96	p=0.000**
Geliri giderinden fazla	18	35.33±8.98	
Çocuk sayısı			
1-2	22	35.50±6.82	F=4.920
3-4	181	32.72±9.28	p=0.008*
5 ve üzeri	123	35.94±9.01	
Yaşanılan yer			
İlçe	135	31.78±8.27	t=-3.986
Köy	191	35.79±9.39	p=0.000**
Birlikte yaşanan kişiler			
Eş	202	32.38±7.76	
Eş ve çocuklar	29	34.31±8.12	F=8.129
Çocuklar	47	37.21±9.91	p=0.000**
Yalnız	48	38.33±12.0	
Kronik hastalık			
Var	244	34.66±9.35	t=1.825
Yok	82	32.54±8.35	p=0.069
Sağlık algısı			
İyi	135	30.24±6.28	F=38.252
Orta	115	34.43±8.75	p=0.000**
Kötü	76	40.57±10.29	

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, *p<0.01, **p<0.001.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler ve sağlık algısına göre BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$). Cinsiyet ve kronik hastalık durumuna göre BUÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çocuk sayısına göre Motivasyon Kaybı alt boyut puanı arasında anlamlı farklılık belirlenmişken ($p<0.05$), diğer alt boyutlar ve BUÖ toplam puan arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yaş gruplarına göre farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U) BUÖ tüm alt boyutlar ve toplam için 80 yaş üzeri grubundakilerin puanlarının, diğer yaş grubundakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Dul/boşanmışların, evlilerden BUÖ tüm alt boyut ve toplam puanları daha yüksektir.

Eğitim durumuna göre fark için yapılan ileri analizde (U) BUÖ tüm alt boyutlar ve toplam için okuryazar olmayanların puanlarının, diğer tüm gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkı belirlemek için yapılan ileri analizde (U) BUÖ tüm alt boyutlar ve toplam için geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre Motivasyon Kaybı alt boyutu için farkı belirlemede yapılan ileri analizde (U) 3-4 çocuğu olanların puanlarının 5 ve üzeri çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Köyde yaşayanların ilçede yaşayanlardan BUÖ tüm alt boyut ve toplam puanları daha yüksektir.

Birlikte yaşanan kişilere göre fark için yapılan ileri analizde (U) Gelecekle İlgili Beklentiler ve Duygular alt boyutu için yalnız ve çocukları ile yaşayanların eşi ve eşi ve çocukları ile yaşayanlardan, Motivasyon Kaybı için çocukları ile ve yalnız yaşayanların yalnız eşi ile yaşayanlardan daha yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Umut alt boyutu ve BUÖ toplam için çocukları ile ve yalnız yaşayanların, yalnız eşi ve eşi ve çocukları ile yaşayanlardan puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık algısına göre farkı saptamak için yapılan ileri analizde (U) BUÖ tüm alt boyutlar ve toplam için sağlık algısı kötü olanların puanlarının sağlık algısı iyi ve orta olanlardan ve sağlık algısı orta olanların da sağlık algısı iyi olanlardan yüksek saptanmıştır.

Tablo 4.5. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BUÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
		*Ort(%25-75)	*Ort(%25-75)	*Ort(%25-75)	*Ort(%25-75)
Yaş grubu					
65-69	108	1 (0-3)	2.5 (1-5.75)	4 (3.25-5)	8 (4-14)
70-74	77	2 (0-4)	3 (1-5.5)	4 (3-5)	9 (4.5-13.5)
75-79	62	2 (1-4)	3 (2-6)	4 (4-5.25)	10 (6-14.25)
80 yaş ve üzeri	79	4 (2-5)	5 (3-7)	5 (4-6)	15 (9-17)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 34.102$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 21.891$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 23.800$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 32.047$ p=0.000***
Cinsiyet					
Kadın	156	2 (1-4)	4 (2-6)	4 (4-5)	11 (6-15)
Erkek	170	2 (1-4)	3 (1-6)	4 (4-5)	10 (5-16)
Test ve Önemlilik		U=13004.500 P=0.760	U=12652.000 P=0.471	U=12151.000 P=0.179	U=12673.500 P=0.489
Medeni durum					
Evli	232	2 (1-4)	3 (1-6)	4 (3-5)	9 (5-14)
Dul/boşanmış	94	4 (1-5)	5 (2-6)	5 (4-6)	14 (8-18)
Test ve Önemlilik		U= 8410.000 p= 0.001**	U= 8193.500 p= 0.000***	U= 7677.500 p= 0.000***	U= 7696.500 p= 0.000***
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	133	4 (2-5)	5 (3-6)	5 (4-6)	14 (9-17)
Okuryazar/ilkokul	177	1 (0-3.5)	2 (1-5)	4 (3-5)	7 (4-13.5)
Ortaokul	9	1 (0-2.5)	2 (1-5)	4 (1.5-4.5)	6 (3.5-12)
Lise/Üniversite	7	1 (0-2)	1 (0-2)	4 (3-4)	5 (4-7)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 49.008$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 39.685$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 48.801$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 52.048$ p=0.000***

Tablo 4.5.-Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler			
		Ort(%25-75)	Motivasyon Kaybı Ort(%25-75)	Umut Ort(%25-75)	BUÖ Toplam Ort(%25-75)
Gelir durumu algısı					
Geliri giderinden az	218	3 (1-5)	5 (2-6)	5 (4-6)	12 (7-16)
Gelir gidere eşit	90	1 (0-2.25)	2 (1-3)	4 (3-5)	6 (4-10.25)
Geliri giderinden fazla	18	1 (0-4)	4 (1-5.25)	4 (1.75-5)	9 (4-13.25)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 35.166$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 37.943$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 25.238$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 38.199$ p=0.000***
Çocuk sayısı					
1-2	22	2.5 (1-5)	4 (1-6.25)	4.5 (3.75-6)	11 (5.75-16.25)
3-4	181	2 (1-4)	3 (1-6)	4 (4-5)	10 (5-15)
5 ve üzeri	123	2 (1-4)	4 (2-6)	4 (4-5)	11 (6-16)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 2.595$ p=0.273	$\chi^2_{KW}= 7.298$ p=0.026*	$\chi^2_{KW}= 0.712$ p=0.701	$\chi^2_{KW}= 3.329$ p=0.189
Yaşanılan yer					
İlçe	135	2 (0-4)	2 (1-5)	4 (4-5)	8 (5-14)
Köy	191	3 (1-5)	4 (2-6)	5 (4-6)	12 (6-16)
Test ve Önemlilik		U= 10067.000 p=0.001**	U= 9875.000 p=0.000***	U= 10339.500 p=0.002**	U= 10021.500 p=0.001**
Birlikte yaşanan kişiler					
Eş	202	2 (1-4)	3 (1-6)	4 (3.75-5)	8 (5-14)
Eş ve çocuklar	29	2 (0.5-3.5)	4 (1-6.5)	4 (2.5-5)	11 (4.5-13.5)
Çocuklar	47	4 (1-5)	5 (2-7)	5 (4-6)	14 (7-17)
Yalnız	48	4 (1-5)	5 (2-6)	5 (4-6)	14 (8-17)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 13.117$ p=0.004**	$\chi^2_{KW}= 15.722$ p=0.001**	$\chi^2_{KW}= 19.380$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 18.543$ p=0.000***
Kronik hastalık					
Var	244	2 (1-4)	4 (1-6)	4 (4-5)	10 (5-15)
Yok	82	2 (1-4)	3 (1-6)	4 (4-6)	10 (6-16)
Test ve Önemlilik		U=9739.500 p=0.716	U=9904.000 p=0.891	U=9790.000 p=0.765	U=9943.000 p=0.934
Sağlık algısı					
İyi	135	1 (0-3)	2 (1-5)	4 (3-5)	7 (4-13)
Orta	115	2 (1-4)	4 (2-6)	4 (4-5)	11 (6-15)
Kötü	76	4 (2.25-5)	6 (3-7)	5 (4-6)	15 (10.5-17)
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}= 42.941$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 30.470$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 43.917$ p=0.000***	$\chi^2_{KW}= 44.698$ p=0.000***

^aOrt: Ortanca, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi ÇBASDÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile UCLA-YÖ puan ortalaması arasında orta düzeyde negatif; BUÖ Umut alt boyutu ile Aile alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde, diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.001). Diğer bir ifade ile ÇBASDÖ tüm alt boyutu ve toplam puan ortalaması arttıkça UCLA-YÖ ve BUÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları azalmaktadır.

UCLA-YÖ ile BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler, Motivasyon Kaybı alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında orta düzeyli pozitif, BUÖ Umut alt boyutu ile zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($p<0.001$). Diğer bir ifade ile UCLA-YÖ puan ortalaması arttıkça BUÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması artmaktadır.

Tablo 4.6. Yaşlı Bireylerin ÇBASDÖ, UCLA-YÖ ve BUÖ Alt Boyutlar ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler		UCLA-YÖ	Gelecekle	Motivasyon	Umut	BUÖ
			İlgili			
			Duygular			
			ve			
			Beklentiler			
Aile	r	-0.521	-0.296	-0.303	-0.249	-0.318
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Arkadaş	r	-0.630	-0.422	-0.393	-0.414	-0.431
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Özel Bir	r	-0.644	-0.414	-0.425	-0.418	-0.448
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
ÇBASDÖ	r	-0.682	-0.451	-0.439	-0.448	-0.475
	P	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
UCLA-YÖ	r	-	0.542	0.564	0.456	0.570
	p		0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

r_Spearman korelasyon, * $p<0.001$.

5. TARTIŞMA

Yaşlı bireylerde sosyal destek algısının, yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma literatür doğrultusunda tartışılmış ve araştırma sorularına cevap aranmıştır.

Bu çalışmada ÇBASDÖ Aile alt boyutu puan ortalamasının 25.85 ± 4.67 , Arkadaş 12.51 ± 7.50 , Özel Bir İnsan 14.79 ± 8.39 ve ÇBASDÖ toplam 53.15 ± 17.87 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek alt ve üst değerlere göre yaşlıların sosyal destek algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının 22.37 ± 5.37 , Arkadaştan 21.53 ± 4.61 , Özel Bir İnsan 20.00 ± 7.13 olup, ÇBASDÖ puan ortalamasının 63.91 ± 14.39 olduğu görülmüştür (101). Yaşlılarla yapılan başka bir çalışmada Aile desteği 21.33 ± 6.39 , Arkadaş 20.96 ± 6.49 , Özel Bir İnsan 20.12 ± 7.00 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 62.39 ± 19.21 olduğu bildirilmiştir (102). Huzurevi ve evde yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada evde yaşayan yaşlıların Aile alt boyut puan ortalamasının 25.68 ± 0.6 , Arkadaş 24.66 ± 0.6 , Özel Bir İnsan 23.53 ± 0.7 ve ÇBASDÖ toplam 74.29 ± 1.8 olduğu saptanmıştır (11). Bu çalışmada en yüksek sosyal desteğin aileden algılandığı ve bu sonucun bildirilen çalışmalarla benzer olduğu, ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının ise bildirilen çalışmalardan daha düşük olduğu ve bu sonuçlarda algılanan desteğin kimden ve ne şekilde alındığının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada UCLA-YÖ puan ortalaması 34.13 ± 9.14 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek alt ve üst değerlere göre yaşlıların yalnızlığı düşük düzeyde

algıladığı belirlenmiştir. Huzurevinde ileri yaş grubunda yalnızlığın incelendiği bir araştırmada yaşlı bireylerin UCLA-YÖ puan ortalaması 37.10 ± 9.09 olarak belirlenmiştir (103). Toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan çalışmalarda UCLA-YÖ puan ortalaması 41.87 ± 8.43 (75), 44.82 ± 5.10 (104), 46.950 ± 7.914 (105), 51.59 ± 4.44 (106) ve 35.61 ± 10.11 (61) olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen yalnızlık düzeyi bildirilen çalışmalardan daha düşük düzeyde olup, bu farklılıkta bireyelerinin sosyo-ekonomik ve kültürel gibi faktörlerin etkili olabileceği dşnlmektedir.

Yaşlıların BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyutu puan ortalamasının 2.40 ± 1.85 , Motivasyon Kaybı 3.64 ± 2.44 , Umut 4.20 ± 1.62 ve BUÖ toplam puan ortalamasının 10.23 ± 5.33 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek alt ve st değerlere göre yaşlıların toplamda orta düzeyde umutsuzluk yaşadıkları söylenebilir. Türkiye’de toplumda yaşayan yaşlı bireyelerle yapılan bir çalışmada Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyutu puan ortalamasının 2.37 ± 0.92 , Motivasyon Kaybı 3.72 ± 2.35 , Umut 3.91 ± 2.09 ve BUÖ toplam puan ortalamasının 9.99 ± 2.38 olduğu saptanmıştır (84). Türkiye’de huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada BUÖ puan ortalaması 11.56 ± 5.13 (83), diğer bir çalışmada ise 8.96 ± 3.93 olarak bulunmuştur (107). Türkiye’de % 11,8’ini 65 yaş ve üzeri grubun oluşturduğu 501 yetişkinle yapılan bir çalışmada yaşlıların % 55,9’unun umutsuz olduğu bildirilmiştir (89). Hindistan’da huzurevlerinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaşlıların umutsuzluk puan ortalamasının 8.85 ± 5.35 olduğu ve % 9.52’sinin ciddi düzeyde umutsuzluk yaşadığı bildirilmiştir (19). İrlanda da toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaşlı bireyelerin % 16.4’ünün beş umutsuzluk belirtisinden herhangi birini, % 6.5’i ise birden fazla belirti ifade etmişlerdir (59). Bu sonuçlarda yaşın ilerlemesine bağlı olarak yaşlılık döneminde

ortaya çıkan değişiklikler ve yaklaşan ölüm düşüncesi ile birlikte sosyo-ekonomik, kültürel, dini inanç ve tutumların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu sonuçlar çalışmanın birinci sorusuna yanıt oluşturmaktadır.

Bu çalışmada Aile alt boyutu dışında tüm alt boyut ve ÇBASDÖ toplam puanının 65-69 ve 70-74 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de (11, 108), yedi farklı Avrupa ülkesinde (39) ve Tainan Taiwan ve Fuzhou Fujian şehirlerinde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışma (7) sonucu ile bu çalışma sonucu benzerdir. Bu sonuçta yaşın ilerlemesinin fiziksel, duygusal ve psikolojik sorunlara yol açarak ilişkilerin zayıflamasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyete göre tüm alt boyut ve ÇBASDÖ toplam puan arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada cinsiyete göre aile desteği (87), diğer bir çalışmada algılanan sosyal destek tüm alt boyutlar ve toplam (109), yedi Avrupa ülkesinde (39) ve Tainan Taiwan ve Fuzhou Fujian şehirlerinde karşılaştırmalı olarak yapılan çalışmada da (7) cinsiyete göre sosyal destek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir, Bu çalışma sonucu bildirilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. İnsan yaşamında cinsiyetin getirdiği farklılıkların yaşlılık döneminde azaldığı ve yaşlıların benzer özelliklere ve sorunlara sahip oldukları düşünülmektedir.

Bu çalışmada Aile alt boyutu dışında diğer alt boyutlar ve ÇBASDÖ toplam puanının evli olan yaşlılarda, dul/boşanmış olan yaşlılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de (108, 110, 111), ve yedi Avrupa ülkesinde (39) ve İran’da yaşlılarla yapılan bir çalışmada da (112) benzer sonuçlar bildirilmiştir. Tainan Taiwan ve Fuzhou Fujian şehirlerinde karşılaştırmalı olarak

yapılan bir çalışmada dul, bekar ve boşanmış yaşlıların, evli yaşlılarla karşılaştırıldığında yetersiz sosyal destek gördükleri belirlenmiştir (7). Bu çalışma sonucu evli olmanın daha fazla destek kaynaklarına sahip olmada etkili bir faktör olabileceği ile açıklanabilir.

Bu çalışmada okuryazar/ilkokul mezunlarının ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puanının okuryazar olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada lise mezunlarının sosyal destek puanlarının diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (111). Yedi Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı (39) ve Hindistan’da yapılan bir çalışmada eğitilmiş olan yaşlıların, eğitimi olmayan yaşlılardan aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (113). Bu çalışma sonucu bildirilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerin farklı iletişim ağlarına sahip olabileceği ile açıklanabilir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin Aile alt boyutu puanının gelirini giderine eşit olarak algılayanların az ve fazla olarak algılayanlardan yüksek, ÇBASDÖ diğer alt boyutlar ve toplam için gelirini giderinden az olarak algılayanların gelirini giderine eşit ve fazla olarak algılayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de huzurevi (11, 114) ve toplumda yaşayan (108) yaşlılarla yapılan çalışmalarda da gelir düzeyi algısı iyi olan yaşlı bireylerin iyi olmayanlara göre sosyal destek algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir. Yedi Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada maddi sıkıntısı olmayan yaşlı bireylerin maddi sıkıntısı olan yaşlı bireylerden anlamlı düzeyde yüksek sosyal destek algısına sahip oldukları belirtilmiştir (39). Bu sonuç

bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup sonuç, ekonomik sıkıntısı olmayan yaşlı bireylerin sosyal yaşamlarının daha aktif olabilmeleri ile açıklanabilir.

Bu çalışmada 1-2 çocuğu olanların ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puanın daha fazla çocuğa sahip olanlardan anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Huzurevi ve evde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada, evde yaşayan ve çocuğu olan yaşlıların sosyal destek puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiş olup (11), bu çalışma sonucu bildirilen sonuç ile benzerdir. Yapılan diğer bir çalışmada ise çocuk olma durumu ile sosyal destek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (108). Bu çalışma sonucu bildirilen sonuç ile farklılık göstermektedir. Bu sonuçta yaşlının çocuklarıyla olan iletişimi ve algılanan sosyal desteğin niteliğinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada ilçede yaşayan yaşlı bireylerin köyde yaşayanlardan ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da bu çalışma sonucuna benzer olarak şehirde yaşamanın algılan sosyal destekle ilişkili olduğu (7), diğer bir çalışmada ise farklı olarak kırsal bölgede yaşayanların kentsel bölgede yaşayanlardan sosyal destek tüm alt boyut ve toplam ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (102). Bu sonuçta bölgesel, kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların diğer gruplara göre ÇBASDÖ tüm alt boyut ve toplam puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada eş ya da eş ve çocuğu ile yaşayanların yalnız, diğer ve çocuğu ile birlikte yaşayanlara göre Arkadaş ve Özel Bir İnsan alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Aile alt boyutu ile fark olmadığı belirtilmiştir (101). Çetin ve Uysal'ın 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların, eş ve

çocukları ile yaşayanlara göre daha düşük aile desteğine sahip olduğu, arkadaş desteği ile fark olmadığı belirtilmiştir (115). Ünsar ve diğerlerinin 2016 yılında yaptığı bir çalışmada yalnız yaşayanların, eşleri ve çocukları ile yaşayanlardan anlamlı düzeyde düşük aile desteğine sahip olduğu, toplam sosyal destek ve diğer alt boyutlar ile fark olmadığı bildirilmiştir (109). Aydıner ve diğerlerinin 2012 yılında yaptıkları çalışmada sadece eşi ile yaşayan yaşlı bireylerin sosyal destek puanlarının sadece çocuklarıyla yaşayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (111). Japonya’da yapılan bir çalışmada, eşi olan yaşlıların eşlerinden algıladığı desteğin, çocukları ve diğerlerinden algıladığı destekten daha fazla iyilik durumları üzerine etkisinin olduğu bildirilmiştir (116). Bu çalışma sonucu bildirilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuca göre eşi ya da eşi ve çocukları ile yaşamının algılanan sosyal desteği artırmada etkili bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olmayan bireylerin ÇBASDÖ Aile alt boyutu dışında diğer alt boyutlar ve toplam puanının kronik hastalığı olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bildirilen diğer çalışmalarda da kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerin kronik hastalığı olanlardan algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (108, 117). Bu sonuç bildirilen çalışma sonuçları ile benzerdir.

Bu çalışmada sağlığını kötü olarak algılayan yaşlıların iyi ve orta olarak algılayanlardan ÇBASDÖ tüm alt boyutları ve toplam puanı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Tainan Taiwan ve Fuzhou Fujian şehirlerinde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada da sağlığını kötü algılayan yaşlı bireylerin anlamlı düzeyde düşük sosyal destek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (7). Tayland’da yapılan bir çalışmada sağlığını kötü algılayanların düşük sosyal destek algısına sahip

olduğu bildirilmiştir (117). Amerika’da yapılan bir çalışmada daha fazla desteğe gereksinim duyduğunu bildiren yaşlılar kendilerine verilen destekten memnun olan yaşlılara kıyasla daha kötü sağlık algısı bildirmiştir (6). Bu çalışma sonucunu bildirilen çalışma sonuçları desteklemektedir.

Bu sonuçlar araştırmanın ikinci sorusuna cevap oluşturmaktadır.

Bu çalışmada 65-69 yaş grubundaki yaşlıların 75 ve üzeri yaşlara göre anlamlı düzeyde düşük UCLA-YÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Toplumda yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir (106). Huzurevinde (65) ve toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan diğer çalışmalarda (118, 119) ise yaşa göre UCLA-YÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiş olup bu çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada iki ayrı huzurevinde yaşayan yaşlıların karşılaştırılması yapılmış ve huzurevlerinin bir tanesinde yaş ile yalnızlık arasında anlamlı bir fark olduğu ve yalnızlığın 80 yaş ve üzeri yaşlılarda arttığı, diğerinde ise bir farklılık olmadığı bulunmuştur (120). Bu çalışma sonucunda bireysel özelliklerin yanı sıra yaşın artmasıyla meydana gelen değişiklik ve kayıpların yaşlıların kendilerini daha yalnız hissetmelerine neden olabileceği ile açıklanabilir.

Bu çalışmada cinsiyete göre UCLA-YÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalar bu çalışma sonucunu desteklemektedir (49, 57, 58, 105, 118, 119). Yapılan diğer çalışmalarda ise kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla yalnızlık yaşadıkları belirlenmiş olup (70, 74, 121) bu çalışma sonucunu desteklememektedir. Bu farklı sonuçta da bireysel, sosyal ve kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada dul/boşanmış olanların evli olan yaşlı bireylerden daha yüksek UCLA-YÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde (120) ve toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan çalışmalar (21, 69, 103, 106) ile bu çalışma sonucu benzerlik göstermektedir. Yaşlılarla yapılan bir diğer çalışmada ise medeni duruma göre yalnızlık arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (104). Evli çiftlerde yalnızlığı hafifletmeye yönelik herhangi bir müdahalede, karşılıklı ilişkilerinin yanı sıra algılanan evlilik ilişkilerini de göz önünde bulundurmalıdır (121). Bireyler için eş önemli sosyal destek kaynağıdır. Bu araştırma sonucunda da yaşlılık döneminde yaşanan eş kaybının yalnızlık için büyük bir etken olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada lise/üniversite mezunlarının okuryazar olmayanlardan anlamlı düzeyde düşük UCLA-YÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde (120) ve toplumda (69, 106) yaşayan yaşlılar ile yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça yalnızlık düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir. Elli yaş ve üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada eğitimi olmayanların, orta derecede ve yüksek düzeyde eğitimi olanlara göre sosyal yalıtım ve yalnızlık oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (70). Yapılan bir diğer çalışmada sosyal yaşama uyum sağlama ve başarılı bir yaşlanma sürecine sahip olmanın iyi eğitilmiş bireyler arasında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (88). Bildirilen çalışmalar ile bu çalışma sonucu benzerdir. Toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada ilk, orta ve lise düzeyinde eğitimi olanların, okuryazar olmayan ve yüksek okul düzeyinde olanlara göre daha fazla yalnızlık yaşadıkları bildirilmiştir (58). Bir diğer çalışmada eğitim durumuna göre yalnızlık arasında farkın anlamsız olduğu belirtilmiştir (118). Bu farklı sonuçlarda bireysel, sosyo-ekonomik, kültürel ve dini inançların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada geliri giderinden az olanların geliri giderine eşit olanlardan anlamlı düzeyde yüksek yalnızlık puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde kalan yaşlılar ile yapılan bir çalışmada geliri olanların olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük (120), toplumda yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada da gelir düzeyi yükseldikçe yalnızlık puanının düştüğü bildirilmiştir (58). Bu sonucu bildirilen çalışma sonuçları desteklemekte olup, gelirin yetersiz olarak algılanması yaşlıların yalnızlık algılarının yüksek olmasında etkili bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada 3-4 çocuğu olanların, 5 ve üzeri çocuğu olanlardan UCLA-YÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Evde ve huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada çocuğu olanların olmayanlardan anlamlı düzeyde düşük yalnızlık puan ortalamasına sahip oldukları (75), huzurevinde (120) ve toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada (105) ise çocuk sayısına göre yalnızlık düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Bu farklı sonuçlar yaşlılar ile çocukları arasındaki iletişimin niteliği ve sosyal desteğin nasıl ve ne şekilde alındığı ile açıklanabilir.

Köyde yaşayanların ilçede yaşayanlardan UCLA-YÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir. Burholt ve Scharf tarafından 2014 yılında yapılan bir araştırmada kırsal alanda yaşamının yalnızlığı artırmada etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir (50). Bu çalışma sonucu bildirilen sonuç ile benzerdir. Yapılan bir çalışmada farklı olarak kentte yaşayan yaşlı bireylerin kırdaki yaşayanlardan anlamlı düzeyde yüksek yalnızlık puanına sahip olduğu bildirilmiştir (118). Diğer bir çalışmada ise yaşanan yer ile yalnızlık puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (119). Bildirilen çalışma sonuçları bu çalışma sonucuyla farklılık

göstermekte olup, sonuçta bireylerin yaşadığı yerdeki ilişkilerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada eşi ile yaşayanların, çocukları ile ve yalnız yaşayanlardan UCLA-YÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda tek başına yaşayan bireylerin yalnızlık düzeylerinin yakınlarıyla yaşayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (69, 103, 106). Toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaşanan bireylerin kim olduğuna göre yalnızlık arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (118). Bireysel farklılıkların ve bireylerin yaşadığı ortamdan memnuniyet durumlarının sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalık durumuna göre UCLA-YÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaşlılarla yapılan bazı çalışma sonuçları bu çalışma sonucunu desteklemekte (75, 105), bazı çalışma sonuçları ise desteklememektedir (70, 118). Farklı sonuçlarda kronik hastalıkların türü, oluşturduğu komplikasyonlar ve uygulanan tedaviye uyum gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık algısı kötü olanların sağlık algısı iyi ve orta olanlara göre UCLA-YÖ puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da sağlığını kötü olarak algılayan yaşlı bireylerin yalnızlık algılarının yüksek olduğu bildirilmiş olup (61, 106, 122), bu çalışma sonucu bildirilen sonuçları desteklemektedir. Huzurevi ve evlerinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada fiziksel ve duygusal durumunu kötü olarak algılayan yaşlıların en düşük yalnızlık puan ortalamasına sahip oldukları belirtilmiş (104) olup, bu çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Bu farklı sonuçta yaşlıların hastalıklarını

algılayış biçimleri, bireysel özellikleri ve yaşamdan beklentilerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü sorusuna yanıt oluşturmaktadır.

Bu çalışmada 80 yaş ve üzeri grubundakilerin BUÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının 80 yaş altındaki gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaş ile BUÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yaş arttıkça gelecekle ilgili duygular ve beklentiler ile motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı, umut alt boyut puanının ise azaldığı bildirilmiştir (84). Türkiye’de ailesi ile ve huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan başka bir çalışmada 70 yaş ve üzeri olan bireylerin BUÖ puan ortalaması arasında pozitif, 50-59 yaş gurubu ile negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmiştir (90). İsrail’de ailesi ile ve huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada da yaş arttıkça umutsuzluğun pozitif yönde anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir (80). Bu çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlarda yaş arttıkça yaşamdan beklentilerin azalmış olma ihtimalinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyete göre BUÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Huzurevinde kalan (83, 107), toplumda yaşayan (59) ve ailesiyle ya da huzurevinde kalan yaşlılarla (90) yapılan çalışmalarda da cinsiyete göre umutsuzluk puanları arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Toplumda yaşayan yaşlılarda Umut ölçeği kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada cinsiyet ile umut arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (20). Bildirilen sonuçlar bu çalışma sonucunu desteklemektedir. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan başka bir çalışmada ise kadınların umutsuzluk puan ortalamalarının anlamlı

düzyeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (80). Bu alışma sonucu bildirilen çalışma sonucu ile farklılık göstermekte olup, bölgesel, sosyo-kültürel ve bireysel özelliklerin etkili olabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada dul/boşanmışların evlilerden, BUÖ tüm alt boyut ve toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada da dul olanların umutsuzluk puanı evlilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (80). Yaşlılarla yapılan bir çalışmada medeni duruma göre BUÖ toplam ve gelecek ile duygular ve beklentiler alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bildirilmemişken, bekarların evli ve dul olanlardan motivasyon kaybı, evlilerin ise bekar ve dul olanlara göre umut alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (84). Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan çalışmalarda ise medeni durumla umutsuzluk algısı arasında fark olmadığı bildirilmiştir (83, 107). Bu sonuçlarda yaşlılık döneminde yaşanan olayların, bölgesel, sosyo-kültürel ve bireysel faktörlerin etkili olabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada okuryazar olmayanların BUÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının, diğer tüm gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada eğitim durumuna göre umutsuzluk düzeyleri arasında fark olmadığı bildirilmiştir (83, 107). Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça umutsuzluğun arttığı bildirilmiştir (80). Bu alışma sonucu bildirilen çalışma ile farklılık göstermektedir. Bu sonuçta bireylerin yaşlılık dönemini algılayış ve yaşayış şekillerinin farklı olmasının yanı sıra sosyokültürel ve bireysel özelliklerin etkili olabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada geliri giderinden az olanların BUÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik duruma sahip yaşlıların orta ve iyi düzeyde olanlardan (80), diğer bir çalışmada daha düşük düzeyde gelire sahip olanların, daha fazla gelire sahip olanlardan anlamlı düzeyde yüksek umutsuzluk puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir (90). Huzurevinde yaşlılarla yapılan bir çalışmada gelir düzeyini yetersiz algılayan yaşlıların, orta düzeyde algılayanlara göre BUÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (107). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerdir. Yaşlılarla yapılan başka bir çalışmada ise gelir durumuna göre BUÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı, geliri olanların olmayanlara göre Umut alt ölçek puanının anlamlı düzeyde yüksek, diğer alt boyutların ise düşük olduğu saptanmıştır (84). Bu sonuçta gelirini yetersiz algılayanların ihtiyaçlarını karşılayamamasının ve kendilerini yetersiz olarak algılamasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada 3-4 çocuğu olanların BUÖ Motivasyon Kaybı alt boyut puanlarının 5 ve üzeri çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu, çocuk sayısına göre diğer alt boyutlar ve BUÖ toplam puan arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Huzurevinde yaşlılarla yapılan bir çalışmada da çocuk sahibi olma durumuna göre BUÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (107). Bu sonuçta çocuklarla iletişim ve etkileşimin niteliğinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Köyde yaşayanların BUÖ tüm alt boyut ve toplam ve puanının ilçede yaşayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Finlandiya'da 25-65

yaş grubunda yapılan bir çalışmada yaşanan yere göre umutsuzluk görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (78). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Bu sonuçta bireysel, bölgesel ve kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyutu için yalnız yaşayanların eşi ve eşi ve çocukları ile yaşayanlardan, Motivasyon Kaybı için çocukları ile ve yalnız yaşayanların yalnız eşi ile yaşayanlardan, Umut alt boyut ve toplam için çocukları ile ve yalnız yaşayanların yalnız eşi ve eşi ve çocukları ile yaşayanlardan anlamlı olarak puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada çocuğu ile birlikte yaşayanların Motivasyon Kaybı, eşi ile birlikte yaşayanların ise Umut alt boyutu puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş olup, birlikte yaşanan kişilere göre Gelecekle İlgili Beklentiler ve Duygular alt boyut ve BUÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (84). Bu çalışma sonucu literatürle farklılık göstermekte olup, sonuçta bireysel özelliklerin yanı sıra birlikte yaşanan kişilerin özelliklerinin ve iletişim ve etkileşimin niteliği etkili olabilir.

Bu çalışmada kronik hastalık durumuna göre BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Darülacezede yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada da kronik hastalık durumuna göre BUÖ toplam puan ortalaması anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (86). Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık ve oluşturmuş olduğu olumsuzluklarla baş etmede umut önemli bir etkidir (76). Bu sonuçta yaşlılarda mevcut olan hastalıkların tipi, hastalığın algılanış biçimi ve kontrol durumu gibi faktörlerin etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık algısı kötü olanların iyi ve orta olanlardan BUÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde yaşlılarla yapılan bir çalışmada fiziksel ve ruhsal sağlığını kötü olarak algılayan yaşlıların umutsuzluk düzeyi sağlığını orta ve iyi olarak algılayanlardan yüksek bulunmuştur (107). Toplumda yaşayan yaşlı bireylerle Umut ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada sağlığını iyi olarak algılayanların umut puanlarının daha yüksek belirlenmiştir (20). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçta yaşlılık dönemini algılama, yaşanan olayların ve sosyo-kültürel, bireysel ve dini inancının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu sonuçlar araştırmanın dördüncü sorusunu açıklamaktadır.

Bu çalışmada ÇBASDÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması ile UCLA-YÖ puan ortalaması arasında orta düzeyde ve BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır. Ayrıca UCLA-YÖ puan ortalaması ile BUÖ Umut alt boyutu ile zayıf diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile algılanan sosyal destek arttıkça yalnızlık ve umutsuzluk algıları azalmakta, yalnızlık algıları arttıkça umutsuzluk algıları da artmaktadır. Türkiye’de huzurevinde yapılan bir çalışmada sosyal desteği olanların olmayanlardan yalnızlık puanlarının anlamlı düzeyde düşük (103), Türkiye’de (58), Güney Kore’de yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmalarda algılanan sosyal desteğin yalnızlığı azalttığı (16), Amerika’da yapılan bir çalışmada sosyal destek arttıkça olumsuz duygulanım, yalnızlık ve depresyonun azaldığı, yaşamdan doyum ve fiziksel sağlığın arttığı saptanmıştır (123). Yaş ortalaması 60, kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada düşük sosyal desteğe sahip olanların yalnız

yaşamaya ve daha fazla depresif belirtilere sahip olmaya eğilimli oldukları belirlenmiştir (48). Evlerinde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada öznel mutluluk arttıkça aile ve arkadaşan algılanan sosyal desteğin anlamlı olacak şekilde arttığı saptanmıştır (104). İrlanda da toplumda yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada umutsuzluğun bütünleşik olmayan sosyal ağ ve yalnızlıkla ilişkili olduğu bulunmuştur (59). Bildirilen sonuçlar bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Toplumda yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada özel bir insandan algılanan destek arttıkça yalnızlığın azaldığı, ÇBASDÖ toplam ve diğer boyutlar ile yalnızlık arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (102). Yaş ilerledikçe yaşanan sağlık problemleri ve güçlükler yaşlının yaşamını, yaşlılığa ve çevresine olan uyumunu zorlaştırmaktadır. Bu süreçte gerekli desteği alamayan yaşlı bireylerin kendilerini yalnız ve yaşama karşı savunmasız hissettiği ve umutsuzluğa kapıldığı düşünölmektedir.

Bu sonuçlar araştırmanın beşinci sorusuna yanıt oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yaşlıların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin orta, yalnızlık algılarının düşük ve umutsuzluk düzeylerinin orta olduğu belirlenmiştir.

65-74 yaş aralığında olma, evli olma, okuryazar/ilkokul ve lise/üniversite mezunu olma, gelirini iyi düzeyde algılama, üç ve üzeri çocuk sahibi olma, merkezde yaşama, yalnız yaşamama, kronik hastalığı olmama ve sağlığı iyi olarak algılamanın yaşlıların sosyal destek algısını artırdığı belirlenmiştir.

Yetmiş yaş ve üzeri olma, dul/boşanmış olma, okuryazar olmama, gelirini düşük olarak algılama, 5 ve üzeri çocuk sahibi olma, köyde yaşama, yalnız yaşama ve sağlığını kötü olarak algılamanın yalnızlık algısını artırdığı saptanmıştır.

Seksen yaş ve üzeri olma, dul/boşanmış olma, okuryazar olmama, gelirin giderden az olması, 5 ve üzeri çocuk sahibi olma, köyde yaşama, yalnız yaşama ve sağlığını kötü olarak algılamanın umutsuzluk algısını artırdığı belirlenmiştir.

Ayrıca yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça yalnızlık ve umutsuzluk düzeyinin azaldığı, yalnızlık arttıkça umutsuzluğun arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Hemşirelerin yaşlı bireylerin sosyal destek kaynaklarını, yalnızlık ve umutsuzluk algılarını belirlemeleri,

-Özellikle ileri yaşta olan, dul, boşanmış, okuryazar olmayan, gelirini düşük algılayan, köyde yaşayan, yalnız yaşayan ve sağlığını kötü olarak algılayan yaşlılara öncelik vermeleri,

-Hemşirelerin yaşlı bireylere bütüncül olarak yaklaşmaları, sorunları ile baş etme yollarını öğretmeleri ve sosyal destek kaynaklarını güçlendirmeleri konusunda destek olmaları önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Sayın, Y. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. (Z. Durna, Ed.). Yaşlılık Süreci ve Etkileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 517-537.
2. Şener, A. (2018). Yaşlılık, Yaşam Doyumunu ve Boş Zaman Faaliyetleri. Erişim:10.11.2018, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf>
3. Korkmaz Aslan, G. (2017). *Sağlığın Geliştirilmesi*. (S. Ayaz Alkaya, Ed.). Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 284-286.
4. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar (2017). Sayı:27595. Erişim: 27.08.2018, file:///C:/Users/acer/Downloads/İstatistiklerle_Yaşlılar_15.03.2018%20(1).pdf
5. Bilir, N. ve Paksoy Erbaydar, N. (2015). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3*. (Ç. Güler, L. Akın, Eds.). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1528-1556.
6. White, E.M., Philogene, G.S., Fine, L. ve Sinha, S. (2009). Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-1878.
7. Dai, Y., Zhang, C.Y., Zhang, B.Q., Li, Z., Jiang, C. ve Huang, H.L. (2016). Social Support and The Self-Rated Health of Older People: A Comparative Study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian Province. *Medicine*, 95(24), 1-14.

8. Cornwell, E.Y. ve Waite, L.J. (2012). Social Network Resources and Management of Hypertension. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(2), 215–231.
9. Social Support Chapter Learning Objectives Chapter 6 Linking Health Communication. (2011). *Property of Kendall Hunt Publishing Co. Mattson's Health as Communication Nexus*, 978-0-7575-5987-7, Erişim:13.03.2019, www.https://www.academia.edu/6399524
10. Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2), 68-75.
11. Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
12. Segrin, C. ve Passalacqua, S.A. (2010). Functions of Loneliness, Social Support, Health Behaviors, and Stress in Association with Poor Health. *Health Communication*, 25, 312–322.
13. Yeh S.C.J. ve Liu Y.Y. (2003). Influence of Social Support on Cognitive Function in The Elderly. *BioMed Central Health Services Research*, 3(9), 1-9.
14. Aslan, M. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
15. Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar ve Beceriler, Ankara: Mattek Matbaacılık, 1-258.

16. Kang, H.W., Park, M. ve Wallace, J.P. (2018). The Impact of Perceived Social Support, Loneliness, and Physical Activity on Quality of Life in South Korean Older Adults. *Journal of Sport and Health Science*, 7, 237-244.
17. Şentürk, Ü. (2018). *Yaşlılık Sosyolojisi: Yaşlılığın Toplumsal Yörüngeleri*. Bursa: Dora Yayıncılık, 217-245.
18. Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1, 134-138.
19. Sarin, K., Punyaapriya, P., Sethi, S. ve Nagar, I., (2016). Depression and Hopelessness in Institutionalized Elderly: A Societal Concern. *Open Journal of Depression*, 5, 21-27.
20. Erci, B., Yılmaz, D. ve Budak, F. (2017). Yaşlı Bireylerde Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun Umut Düzeylerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 72-76.
21. Drageset, J., Kirkevold, M. ve Espehaug, B. (2010). Loneliness and Social Support Among Nursing Home Residents Without Cognitive İmpairment: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 611-619.
22. Yılmaz, A. (2013). *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunlar ve Bakım*. (M. Altındış, Ed.). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişim. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 1-10.
23. Kutsal, Y. (2003). Yaşlanan İnsan ve Yaşlanan Toplum. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 3(4), 1-6.
24. Kitiş, Y. (2017). *Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı*. (N. Bilgili, Y. Kitiş, Ed.). Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları. Ankara: Vize Basın Yayın, 3-18.

25. Canatan, A. (2018). *Temel Gerontoloji*. (A. Canatan, Ed.). Gerontolojiye Giriş. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 19-22.
26. Saygılı, S. (2017). *Yaşlılık Psikolojisi*, İstanbul: Türdav Yayın Grubu, 21-42.
27. World Health Organization (2015). World Report on Aging and Health, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
28. Kalıncara, V. (2014). *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi*. Ankara: Nobel Yayın, 1-339.
29. Kurt, G., Beyaztaş, F.Y. ve Erkol, Z. (2010). Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. *Turkish Journal of Forensic Medicine*, 24(2), 32-39.
30. Kahraman, B.B. (2017). *Sağlığın Geliştirilmesi*. (S. Ayaz Alkaya, Ed.). Sosyal Destek ve Sağlığın Geliştirilmesi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 136-146.
31. Rodriguez, M.S. ve Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
32. Khorshid, L. ve Gürol Arslan, G. (2006). Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi, 81(1), 182-188.
33. Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C.I., Phillips, S.P. ve Zunzunegui, M.V. (2016). Sources of Social Support Associated with Health and Quality of Life: A Cross-Sectional Study Among Canadian and Latin American Older Adults. *BMJ Open*, 6, 6:e011503.
34. Li, H., Ji, Y. ve Chen, T. (2014). The Roles of Different Sources of Social Support on Emotional Well-Being Among Chinese Elderly. *PLoS ONE*, 9(3), e90051.
35. Cohen, S. ve Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-57.

36. Bashir Bhatti, A. ve Haq, A.U. (2017). The Pathophysiology of Perceived Social Isolation: Effects on Health and Mortality. *Cureus*, 9(1), 1-10.
37. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. (2007). DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No: DPT:2741.
38. Yaşar, M.R. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 237-260.
39. Melchiorre, M.G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J. ve diğerleri (2013). Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse Among Older People in Seven European Countries. *PlosOne*, 8(1), 1-10.
40. Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psikolog*. 59(8), 676-684.
41. Demirbaş, H. (2018). *Temel Gerontoloji*. (E. Özmete, Ed.). Yaşlılıkta Sosyal İlişkiler. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 118-136.
42. Usta, Y.Y. (2015). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler*. (F. Akça Ay, Ed.). Yaşlılık ve Yaşlı Bireyin Bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 728-748.
43. Gökler-Danışman, I. ve Aydın, G. (2011). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Algılarının Yordanmasında Sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Aile ve Toplum*, 7(24), 69-91.
44. Örsal, Ö., Yenilmez, Ç., Çelik, N. ve Işıklı, B. (2012). Huzurevinde ve Evinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki, *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 332-338.

45. Ardahan, M., Erkin Balyacı, Ö. ve Genç, A. (2012). Yaşlıların Algıladıkları Aile Desteğinin Yaşam Doyumuna Etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 21(2), 61-69.
46. Canatan, A. (2016). Yaşlılık Sosyolojisi. (H. Ceylan, Ed.). Yaşlılıkta Sosyal İlişkiler ve Kuşaklararası Etkileşim. Ankara: Nobel Yayıncılık, 139-155.
47. Graven, L.J. ve Grant, J.S. (2014). Social Support and Self-care Behaviors in Individuals with Heart Failure: An Integrative Review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 320-33.
48. Wu J.R., Frazier S.K., Rayens M.K., Lennie T.A., Chung M.L. ve Moser D.K. (2013). Medication Adherence, Social Support, and Event-Free survival in Patients with Heart Failure. *Health Psychology*, 32(6), 637-46.
49. Arslantaş, H., Adana, F., Abacigil Ergin, F., Kayar, D. ve Acar, G. (2015). Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation With Quality of Life: A Field Study From Western Turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 44(1), 43-50.
50. Burholt, V. ve Scharf, T. (2014). Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources, and Rural Environments. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 311-324.
51. Aydın Boylu, A. ve Günay, G. (2018). Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 1351-1363.
52. Karadakovan, A. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 3-345.

53. Kırıcı, S. (2018). *Yaşlılarda Psikolojik ve Sosyal Rehabilitasyon*. (E. Özmete, Ed.). *Yaşlılarda Yalnızlık ve Yalnızlıkla Başa Çıkma Becerileri*. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 146-154.
54. Theeke, L.A. ve Mallow, J. (2013). Loneliness and Quality of Life in Chronically III Rural Older Adults: Findings from a Pilot Study. *The American Journal of Nursing*, 113(9), 28–38.
55. Carpenito, L.J. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (F. Erdemir, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 487-493.
56. Görgün Baran, A. (2016). *Yaşlılık Sosyolojisi*. (H. Ceylan, Ed.). *Yaşlılıkta Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon*. Ankara: Nobel Yayıncılık, 77-96.
57. Hazer, O. ve Aydın Boylu, A. (2010). The Examination of The Factors Affecting The Feeling of Loneliness of The Elderly. *Rocedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 2083–2089.
58. Kapıkıran, Ş. (2016). Yaşlılarda Yalnızlık ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki: Sosyal Desteğin Aracılık Rolünün Sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 13-25.
59. Golden, J., Conroy, R.M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. ve diğerleri (2009). Loneliness, Social Support Networks, Mood and Wellbeing in Community-Dwelling Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700.
60. Valtorta, N.K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. ve Hanratty, B. (2016). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Coronary Heart Disease and Stroke: Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Observational Studies. *Heart*, 102, 1009-1016.

61. Steed, L., Boldy, D., Grenade L. ve Iredell, H. (2007). The Demographics of Loneliness Among Older People in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 26, 81-86.
62. Genç, Y. ve Dalkılıç, P. (2013). Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu ve Toplumsal Beklentileri. *International Journal of Social Science*, 61(4), 461-482.
63. Akdemir, N. (2000). Yaşlılarımızın Bakım Sorunları İvedilikle Çözömlenmelidir *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(4), 169.
64. Carmona, C.F., Couto, V.V.D. ve Scorsolini-Comin, F. (2014). The Experience Of Loneliness and The Social Supportto Elderly Women. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 681-691.
65. Dereli, F. (2010). Bir Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 93-97.
66. Aslan M. ve Hocaoğlu Ç. (2014). Yaşlılarda İntihar Davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 294-309.
67. Daniş, M.Z. (2009). Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 67-83.
68. Dahlberg, L. ve McKee, K. J. (2014). Correlates of Social and Emotional Loneliness in Older People: Evidence from an English Community Study, *Aging and Mental Health*, 18(4), 504–514.
69. Julsing, J.E., Kromhout, D., Geleijnse, J.M. ve Giltay, E.J. (2016). Loneliness and All-Cause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older

- Men: The Zutphen Elderly Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 475–484.
70. Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. ve Wardle, J. (2013). Social Isolation, Loneliness, and All-cause Mortality in Older Men and Wome. *Proceedings of The National Academy of Sciences of The United States of America*, 110(15), 5797–5801.
71. Kahraman, S., Zincir, H., Kaya, Z. ve Esen, F. (2011). Bir Huzurevinde Yaşlı Kadın ve Erkeğin Ayrı Yaşamasının Onların Yalnızlık ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 1-16.
72. Crewdson, J. A. (2016). The Effect of Loneliness in The Elderly Population: A Rreview. *Healthy Aging and Clinical Care in The Elderly*, 8, 1–8.
73. Landeiro, F., Barrows, P., Musson, E. N., Gray, A.M. ve Leal, J. (2017). Reducing Social Isolation and Loneliness in Older People: A Systematic Review Protocol. *British Medical Journals Open*, 7, 1-5.
74. Gale, C.R., Westbury, L. ve Cooper, C. (2018). Social İsolation and Loneliness As Risk Factors For The Progression of Frailty: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 47, 392–397.
75. Bilgili, N., Kitiş, Y. ve Ayaz, S. (2012). Yaşlılarda Yalnızlık, Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(1), 81-88.
76. Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71, 52-58.
77. Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, (41-47).

78. Haatainen, K., Tanskanen, A., Kylma, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J. ve diğeri (2004). Factors Associated with Hopelessness: A Population Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 142–152.
79. Júnior, J.A.S.H., Fernandes, A.L.A.F., Medeiros, A.G.A.P., Vasconcelos, C.A.C., Amorim, L.L.L., Queiroga, M.F.S ve diğeri (2018). Hopelessness in The Elderly: A Systematic Review. *Gerontology ve Geriatrics*, 3(4), 273-278.
80. Ron, P. (2004). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among The Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2/3), 97-116.
81. Birol, L. (2016). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: İmaj Basın Yayın. 280-282.
82. Öz, F. (2002). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme, *Kriz Dergisi*, 10(2), 17-28.
83. Aydın, İ. ve İşleyen, S. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(3), 19–25.
84. Özben, Ş. (2008). Yaşlılarda Umutsuzluk, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 136-151.
85. Aydın Yıldırım, T. ve Altay, B. (2016). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5, 16–24.
86. İlhan, N., Soydan, M., Batmaz, M., Özdilli, K., Gürak, H. ve Gülsüm, Y. (2007). Yaşlılarda Üretken Olmanın Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(58), 48-53.

87. Altay, B. ve Aydın Avcı, İ. (2009). Samsun Alanlı Köyünde Yaşayan Yaşlılarda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Depresif Belirti Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (2), 139-146.
88. Pülüm, E. ve Çevik Akyıl, R. (2017). Loneliness and Social Isolation Among Eldely People. *Meandros Medical and Dental Journal*, 18, 158-163.
89. Hamzaoglu, O., Ozkan, O., Ulusoy, M. ve Gokdoga, F. (2010). The Prevalence of Hopelessness Among Adults: Disability and Other Related Factors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine.*, 40(1), 77-91.
90. Şahin, E., Topkaya, N., Gençoğlu, C. ve Ersanlı, E. (2018). Prevalence and Correlates of Hopelessness Among Turkish Elderly People Living with Familyor in Nursing Homes. *Societies*, 8(39), 1-10.
91. Çapık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268–274.
92. Zimet, G.D, Dahlem, N.W, Zimet, S.G ve Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality*, 52, 30-41.
93. Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(34), 45-55.
94. Russell, D., Peplau, L.A. ve Cutrona, C.E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminate Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.

95. Demir, A. (1989). UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi*,7(23), 14-18.
96. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. ve Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
97. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği, *Kriz Dergisi*,1, 139-142.
98. Durak, A. ve Palabıyıkoglu, R. (1994). BECK Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.
99. Durak, A. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9, 1-11.
100. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.
101. Polat, Ü. ve Bayrak Kahraman, B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218.
102. Özvurmaz, S. (2018). Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Düzeyleri ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,2(3),118-125.
103. Ünal, G. ve Bilge, A. (2005). İleri Yaş Grubunda Yalnızlık, Depresyon ve Kognitif Fonksiyonların İncelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2), 89-93.
104. Çevik Akyıl, R., Adıbelli, D., Erdem, N., Kırağ, N., Aktaş, B. ve Karadakovan A. (2018). Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlılarda Yalnızlık ve Algılanan

Sosyal Destek ile Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 33-41.

105. Kaçan Softa, H., Öztürk, A., Dindaş, İ. ve Göçmen, M. (2015). Kastamonu İno'lu Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlıların Yalnızlık Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2, 88-97.
106. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. ve Karakurt, P. (2012). Loneliness in Elderly Individuals, Level of Dependence in Activities of Daily Living (ADL) and Influential Factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 61–66.
107. Gümüş, B.A., Özgür, G. ve Yıldırım, S. (2007). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri ve Etki Eden Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2) , 105-116.
108. Kaçan Softa, H., Bayraktar, T. ve Uğuz, C. (2016). Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 1-12.
109. Ünsar, Erol O. ve Sut N. (2016). Social Support and Quality of Life Among Older Adults. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 249-257.
110. Arslantaş, H. ve Ergin, F. (2011). 50–65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 135-144.
111. Aydın Boylu, A. ve Hazer, O. (2012). An Analysis of The Factors Affecting The Perceived Social Support Among The Elderly. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (1), 39-48.

112. Moeini, B., Barati, M., Farhadian, M., Ara, M.H. (2018). The Association Between Social Support and Happiness Among Elderly in Iran. *Korean Journal of Family Medicine*, 39, 260-265.
113. Kaur,H., Kaur, H. ve Venkateshan, M. (2015). Factors Determining Family Support and Quality of Life of Elderly Population. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(8), 1049-1053.
114. Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3), 159-164.
115. Çetin, H. ve Uysal, A. (2013). Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Ağ ve Sosyal Destek. *Turkish Journal of Geriatrics*, 16 (2), 192-201.
116. Okabayashi H., Liang, J., Krause, N., Akiyama,H. ve Sugisawa, H. (2004). Mental Health Among Older Adults in Japan: Do Sources of Social Support and Negative Interaction Make a Difference? *Social Science and Medicine*, 59, 2259–2270.
117. Kuhirunyaratn, P., Pongpanich, S., Somrongthong, R., Love, E.J. ve Chapman, R.S. (2007). Social Support Among Elderly in Khon Kean Province, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 38(5), 936-46.
118. Erol, S., Sezer, A., Şişman, F.N. ve Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.
119. Saltan, A., Küçük, K.M. ve Boğa, M.S. (2018). Yaşlı Bireylerde Yaşanılan Yer ile Yalnızlık Durumu Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 191-198.

120. Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Gürol Arslan, G. ve Çınar, Ş. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(1), 45-50.
121. Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S. ve Palgi, Y. (2017). Associations of Loneliness in Older Married Men and Women. *Aging and Mental Health*, 17(1), 33-39.
122. Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C.L., Schmid, M., Barth, J. ve Eichholzer, M. (2017). Loneliness is Adversely Associated with Physical and Mental Health and Lifestyle Factors: Results from a Swiss National Survey. *Plos One*, 12(7), 1-18.
123. Kahn, J.H., Hessling, R.M. ve Russell, D.W. (2003). Social Support, Health, and Well-Being Among The Elderly: What is The Role of Negative Affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35(1), 5-17.

EKLER

EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekar Dul/Boşanmış

4. Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul

Ortaokul Lise Üniversite

5. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

6. Çocuk sayınız nedir?.....

7. Nerede yaşıyorsunuz?.....

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

Eşi ile Eşi ve çocukları ile

Çocukları ile Yalnız

9. Kronik bir hastalığınız var mı?

Var Yok

10. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

İyi Orta Kötü

EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

İfadeler												Hic Katılmıyorum	Oldukça Katılmıyorum	Pek Katılmıyorum	Tarafsızım	Az Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan(örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.																		
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.																		
3	Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.																		
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.																		
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin;Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.																		
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.																		
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.																		
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.																		
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.																		
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var																		
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.																		
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.																		

EK 3: UCLA- Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ)

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifadede tanımlanan duygu ve düşüncüyü ne sıklıkla hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

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

EK 4: Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu (X) işaretleyiniz.

Sizin için uygun mu?

İfadeler		EVET	HAYIR
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7	Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11	Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	()	()
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	()	()
13	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15	Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	()	()
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20	İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

EK 5: Etik Kurul Kararı



ERZİNCAN
ÜNİVERSİTESİ
2006

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 44495147-804.01-E.48686
Konu : Etik Kurul Kararı
2017/08

26/10/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının 26/10/2017 tarih ve 08 sayılı oturumunda alınan 08/02- 03-04-08 sayılı kararları ekte gönderilmiştir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Paşa YALÇIN
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

Ek-1: Kurul Kararı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Paşa YALÇIN tarafından 26.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <http://evrakdogrulama.erkincan.edu.tr> linkinden 27610C2BXF kodu ile doğrulayabilirsiniz.
Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 Ayrıntılı Bilgi İçin: S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60



EK-3

Kayıt Tarihi: 26.10.2017

Protokol No: 08-01

26/10/2017

T.C

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ARAŞTIRMA BAŞLIĞI	Yaşlı Bireylerde Sosyal Destek Algısının Yalnızlık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Nicel -Tanımlatıcı Araştırma (Yüksek Lisans Tezi)
ARAŞTIRMACILAR	Merve Ayşe KESKİN Prof.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR
KARAR	Araştırmanın etik açıdan "uygun" olduğuna karar verildi.

ETİK KURUL BAŞKANI

Prof. Dr. Paşa YALÇIN

TARİH

26.10.2017

İMZA

[Handwritten Signature]

EK 6: Resmi İzin Yazısı



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 30118480-774.01.02
Konu : Merve Ayşe KESKİN'e ait Tez
Çalışma İzni İsteği

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : a) 27/10/2017 tarihli Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün tez çalışması izni isteği yazısı.
b) 01/01/0001 tarihli ve 30118480-774.01.02 sayılı Reşadiye İlçemiz Toplum sağlığı Merkezi Başkanlığına yazımız.

İlgi a tarihli ve sayılı yazınızda belirtmiş olduğunuz Yüksek Lisans Eğitimi yapan 167780101005 nolu öğrenciniz Merve Ayşe KESKİN'in "Yaşlı Bireylerde Sosyal Destek Algısının Yalnızlık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi" konulu Yüksek Lisans tez çalışmaları ile ilgili Reşadiye İlçemiz Merkez Aile Sağlığı Merkezine başvuran yaşlı bireylerle ilgili tez çalışması yapmasında Müdürlüğümüzce herhangi bir sakınca görülmemiş olup, ilgi b tarihli ve sayılı yazımızla Reşadiye İlçemiz Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığına konu hakkında bilgi verilmiştir. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. Hacı Ahmet SÜMBÜL
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

11

02 11 7

Faks No:356 212 63 34

e-Posta:mustafa.eryilmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: M.ERYILMAZ Telefon:356

2121138/1229 Fax:356 2126334 Web:http://tokat.hsm.saglik.gov.tr/

E-posta:hsm60.ahkek@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 01dfe6a6-0549-43a2-9fd5-6165b60a1006 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Mustafa ERYILMAZ

Unvan:SAĞLIK MEMURU

Telefon No:03562121138/1229

EK 7: Aydınlatılmış Onam Formu

Bu araştırma yaşlı bireylerdeki sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma verilerini toplamamız için sizlerin tanıtıcı özelliklerinizi içeren, algıladığınız sosyal destek, yalnızlık ve umutsuzluk düzeyinizi ölçen soru formları bulunmaktadır. Sizden istediğimiz sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ancak vereceğiniz bilgiler bilime katkı sağlayacaktır. Sizin bu araştırmaya katılmanız tamamen şans eseri olup, vereceğiniz tüm bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Verileri toplama esnasında istediğiniz zaman bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebilirsiniz.

Yukarıdaki metni araştırmadan önce okudum/okundu. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Merve Ayşe KESKİN

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacının;

Adı Soyadı: Merve Ayşe KESKİN

Adresi: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik

Anabilim Dalı Merkez/Erzincan

Tarih:

İmza

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Tokat'ın Niksar İlçesi'nde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Niksar'da tamamladı. Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2012 yılında mezun oldu. Sağlık Bakanlığı Bayburt Devlet Hastanesi'nde 2014-2016 yılları arasında hemşire olarak görev yaptı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye Meslek Yüksekokulu'nda 2016 yılında öğretim görevlisi olarak göreve başlayan KESKİN aynı yıl Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başladı. Halen Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye Meslek Yüksekokulu'ndaki görevine devam etmektedir.

Merve Ayşe ŞAHİN