

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

YAŞLI BİREYLERİN SOSYAL YAŞAMI VE YALNIZLIK DUYGULARI İLE HİZMET
ALDIKLARI AİLE HEKİMLERİNİN BU KONUYA DAİR FARKINDALIĞININ
KARŞILAŞTIRMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN

Manisa, 2019

Teşekkür

Uzmanlık eğitimimin ilk yarısının geçtiği Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'ndaki başta sevgili hocam Prof. Dr. Dilek GÜLDAL ve diğer tüm hocalarıma paylaşımlarından, güler yüzlü yaklaşımlarından ve emeklerinden dolayı,

Uzmanlık eğitimimin ikinci yarısının geçtiği MCBÜ Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı başkanı Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN'a desteğinden ve babacan yaklaşımından ötürü, Öğr. Gör. Dr. Hüseyin ELBİ'ye her türlü konuda yol gösteren desteği için,

Tez sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana katkı sunan sevgili hocam Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma,

Tezimin veri toplama süresinde yardımlarıyla yanımda olan Uzm. Dr. Ayşe EVRİM GENÇ'e, Uzm. Dr. Nilgün YAPAN GÖRAL'a, Uzm. Dr. İsmail EKEN'e, Uzm. Dr. Nuray DOĞAN'a, Uzm. Dr. Emel YİĞİT'e,

Bugüne gelmemde her adımda en büyük emeğin sahibi olan, her koşulda desteklerini ve sevgilerini hissettiğim canım annem, babam, ağabeyime,

Hayatıma girdiği günden beri çizgisi hiç değişmeyen, sevgisini desteğini hep hissettiğim çok değerli sevgili eşim Hüseyin ÜSTÜNDAĞ'a teşekkürlerimi sunuyorum.

İçindekiler

Teşekkür.....	i
TABLolar DİZİNİ	ii
KISALTMALAR.....	i
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık ve yaşlanma kavramı	3
2.1.1. Yaşlılık	3
2.1.2. Yaşlanma	3
2.1.3. Biyolojik yaşlanma.....	4
2.2. Yaşlılıkta sağlık sorunları.....	5
2.2.1 Vücut postüründe ve kas-iskelet işlev değişiklikleri	6
2.2.2. Kardiyovasküler işlevde değişiklikler	6
2.2.3. Solunum işlevindeki değişiklikler	7
2.2.4. Nörolojik işlev değişiklikleri.....	7
2.2.5. Görme işlevinde değişiklikler.....	8
2.2.6. İşitme işlevinde değişiklikler	8
2.3. Dünya’da Nüfusun Yaşlanması	8
2.4. Türkiye’de Nüfus Yaşlanması.....	9
2.5. Nüfus Yaşlanması ve Sağlık.....	10
2.6. Türkiye’de Yaşlı Sağlığı.....	11
2.6.1. Türkiye’de Yaşlı Sağlığı Politikası	13
2.7. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu ve Kayıplar.....	14
2.7.1. Ekonomik Durum.....	15
2.7.2. Yerleşim Alanı ve Yaşam Şekli	16
2.7.3. Üretken Aktivitelerin Edinilmesi ve Sürdürülmesi	17
2.8. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık Durumu	18
2.9. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığı	19
2.9.1. Yaşlı Bireyin Kapsamlı Değerlendirilmesi.....	20
2.9.2. Yaşlının Değerlendirilmesini Farklı Kılan Özellikler	22
2.9.3. Yaşlı İle İletişim	22
2.9.4. Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmeti	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25

3.1. Çalışma Deseni	25
3.2. Evren ve Örneklem.....	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	25
3.3.1.Sosyodemografik veri anketi	26
3.3.2.Ucla yalnızlık ölçeği.....	26
3.3.3.Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon Alt Ölçeği (NSP-Sİ).....	27
3.3.4.Sosyal İlişkiler Anketi	27
3.3.5.Aile Hekimleri için sosyodemografik veri anketi.....	28
3.3.6.Aile Hekimleri için hastalarını değerlendirmek adına sosyal ilişkiler anketi	28
3.4. Araştırmanın Yürütülmesi	28
3.5.İstatistiksel Analizler	28
3.6. İzinler.....	30
4.Bulgular	31
4.1. Hastalara Ait Bulgular.....	31
4.1.1. Hasta Özellikleri Dağılımı	31
4.1.2. 65 Yaş Üstü Hastalarda Sosyal İlişkiler anketi frekans tablosu	32
4.1.3. NSP – Sİ alt ölçeği frekans tablosu	33
4.1.4. Sosyodemografik verideki özelliklerin UCLA-LS ve NSP-Sİ ile değerlendirilmesi	34
4.1.5. Sosyodemografik özelliklere göre hastaların kendini yalnız hissetme durumunun değerlendirmesi	36
4.1.6. Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi ve kiminle yaşadığı karşılaştırması	37
4.1.7. Sosyal katılım ile ve Nottingham Sağlık Profili/Sosyal İzolasyon alt ölçeği Karşılaştırması	38
4.1.8. UCLA Yalnızlık Ölçeği ve NSP-Sİ Alt Ölçeği Korelasyonu	39
4.2. Aile Hekimlerine Ait Bulgular	40
4.2.1. Aile Hekimlerinin Özelliklerinin Dağılımı	40
4.2.2. Aile Hekimi için 65 Yaş Üstü Hastaların Sosyal İlişkiler Anketi Frekans Tablosu	41
4.2.3. Hastaların SDV özelliklerine göre aile hekimlerinin hastaların yalnızlık durumunu değerlendirmesi	42
4.3. Aile Hekimi ve Hasta Cevapları Karşılaştırmaları	45
4.3.1. Kiminle Yaşadığının Aile Hekimi ve Hasta Cevapları Örtüşmesi.....	45
4.3.2. Sosyal ilişkiler anketine verilen cevapların karşılaştırması	45

5. TARTIŞMA	49
5.1. Hasta Verilerine Ait Değerlendirmeler	49
5.2.Aile Hekimlerine Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
5.3.Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri.....	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	55
7.Özet.....	59
8.Abstract	61
9. KAYNAKLAR	63
10 . EKLER.....	70
EK-1 : MCBU Etik Kurul Kararı.....	71
EK-2 : Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	73
EK-3 : Hastalar için SDV formu	75
EK-4 : UCLA-LS	76
EK-5 : NSP-Sİ	77
EK-6 : Hastalar için Sosyal İlişkiler Anketi	78
EK-7 : Aile Hekimleri için SDV formu.....	79
EK-8 : Aile Hekimleri için Hastaları adına Sosyal İlişkiler Anketi	80

TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	III
TABLolar DİZİNİ	VI
KISALTMALAR	VII

1. GİRİŞ	8
1.1. Amaç	8
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramı	8
2.1.1. Yaşlılık	8
2.1.2. Yaşlanma	9
2.1.3. Biyolojik Yaşlanma	9
2.2. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları	10
2.2.1. Vücut Postüründe ve Kas-İskelet İşlev Değişiklikler	11
2.2.2. Kardiyovasküler işlevde değişiklikler	12
2.2.3. Solunum işlevindeki değişiklikler	12
2.2.4. Nörolojik işlev değişiklikleri	12
2.2.5. Görme işlevinde değişiklikler	13
2.2.6. İşitme işlevinde değişiklikler	13
2.3. Dünya'da Nüfusun Yaşlanması	13
2.4. Türkiye'de Nüfusun Yaşlanması	14
2.5. Nüfus Yaşlanması ve Sağlık	15
2.6. Türkiye'de Yaşlı Sağlığı	16

2.6.1. Türkiye Yaşlı Sağlığı Politikası	18
2.7. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu ve Kayıplar	19
2.7.1. Ekonomik Durum	19
2.7.2. Yerleşim Alanı ve Yaşam Şekli	20
2.7.3. Üretken Aktivitelerin Edinilmesi ve Sürdürülmesi	21
2.8. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık Durumu/Duygusu	22
2.9. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığı	23
2.9.1. Yaşlı Bireyin Kapsamlı Değerlendirilmesi	24
2.9.1.1. Birinci Basamak Yaklaşımı	25
2.9.2. Yaşlının Değerlendirilmesini Farklı Kılan Özellikler	25
2.9.3. Yaşlı ile İletişim	26
2.9.4. Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmeti	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Çalışmanın yapıldığı yer	29
3.2. Çalışmanın süresi	29
3.3. Çalışmaya katılan hastalar	29
3.4. Değerlendirme	31
3.5. Veri toplama araçları	31
3.5.1. Hastalar için sosyodemografik Veri Anketi	31
3.5.2. UCLA Yalnızlık Ölçeği	31
3.5.3. Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon alt ölçeği	32
3.5.4. Hastalar için sosyal ilişkiler anketi	32
3.5.5. Aile Hekimleri için sosyodemografik veri anketi	32
3.5.6. Aile Hekimleri için hastaları değerlendirmek adına sosyal ilişkiler anketi	33
3.6. İstatistiksel analiz	33
4. BULGULAR	35
4.1. Hastalara Ait Bulgular	35
4.1.1. Hastaların Özellikleri Dağılımı	35

4.1.2. NSP – Sİ alt ölçeği frekans özellikleri	36
4.1.3. Sosyodemografik verideki özelliklerin UCLA-LS ve NSP-Sİ ile değerlendirilmesi	37
4.1.4. 65 Yaş Üstü Hastalarda Sosyal İlişkiler anketi frekans tablosu	38
4.1.5. Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi ve kiminle yaşadığı bilgisi karşılaştırması	39
4.1.6. Sosyodemografik özelliklere göre hastaların kendini yalnız hissetme durumu değerlendirmesi	40
4.1.7. Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi ve kiminle yaşadığı karşılaştırması	42
4.1.8. Sosyal katılım ile ve Nottingham Sağlık Profili/Sosyal İzolasyon alt ölçeği Karşılaştırması	42
4.2. Aile Hekimlerine Ait Bulgular	43
4.2.1. Aile Hekimlerinin özellikleri dağılımı	43
4.2.2. Aile Hekimleri için 65 yaş üstü hastalar için sosyal ilişkiler anketi frekans tablosu	44
4.2.3. Aile Hekimlerinin hastalarının yalnızlık durumunu tanıma kabiliyeti	45
4.3. Aile Hekimleri ve Hasta Cevapları Karşılaştırması	48
4.3.1. Kiminle yaşadığı sorusunun doktor ve hasta cevapları karşılaştırması	48
4.3.2. Sosyal ilişkiler anketinin doktor ve hasta cevapları karşılaştırması	49
5. TARTIŞMA	53
5.1. Hasta Verilerine Ait Değerlendirmeler	53
5.2. Aile Hekimlerinin Verilerine Ait Değerlendirmeler	56
5.3. Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. ÖZET	62
8. ABSTRACT	63
9. KAYNAKLAR	64
10. EKLER	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hasta Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 2. Hastaların UCLA Toplam puan, NSP-Sİ alt ölçeği toplam puan ve NSP-Sİ alt ölçeğine verdikleri yanıtların frekansı.....	34
Tablo 3. Hastaların SDV ile UCLA-LS ve NSP-Sİ alt ölçeği değerlendirilmesi.....	35
Tablo 4. UCLA Yalnızlık ölçeğinin NSP-Sİ ve SDV ile korelasyonu	39
Tablo 5. Multiple Regresyon Analizi	39
Tablo 6. Hastalara yönelik sosyal ilişkiler anketi frekans tablosu	32
Tablo 7. Sosyodemografik özelliklere göre hastaların kendini yalnız hissetme durumu	36
Tablo 8. Hastaların kiminle yaşadığına göre kendini yalnız hissetmesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 9. Kiminle yaşadığı ve başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi karşılaştırması	38
Tablo 10. Sosyal katılım ile NSP-Sİ alt ölçeği karşılaştırması	38
Tablo 11. Aile Hekimlerinin özelliklerinin dağılımı	40
Tablo 12. Aile hekimlerine yönelik hastaların sosyal ilişkileri değerlendirme anketi frekans tablosu	41
Tablo 13. Aile hekimlerinin hastalarının yalnızlık durumunu değerlendirmesi	44
Tablo 14. Hastaların kiminle yaşadığı sorusunun Aile hekimi / hasta cevapları örtüşmesi	45
Tablo 15. Sosyal ilişkiler anketi aile hekimi – hasta cevapları örtüşmesi	47
Tablo 16. Sosyal ilişkiler soruları; İç tutarlılık	48

KISALTMALAR

AHB : AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

AHU :AİLE HEKİMLİĞİ UZMANI

ASM : AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

DPT : DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI

MAKS. : Maksimum

NSP-Sİ : NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ SOSYAL İZOLASYON ALT ÖLÇEĞİ

Örn. : Örnek

TÜİK : TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU

UCLA- LS : University of California, Los Angeles – Yalnızlık Ölçeği

UEMO : Avrupa Genel Pratisyenler ve Aile Hekimleri Birliği (Union Europeendes Medecins Omnipraticiens/Medecins de Famille)

WHO : WORLD HEALTH ORGANIZATION (DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ)

WONCA : World Organization of Family Doctors (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

1. GİRİŞ

Bir insanın tüm hayatı boyunca insanların varlığını onaylamaları ve kendisine değer vermeleri için başkalarına ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyacın niteliği her insan için ve hayatının evreleri boyunca değişir. Hayatın herhangi bir döneminde, istenen ilişkiler ile gerçekte algılanan ilişkiler arasında bir fark oluşması/yaşanması kaçınılmazdır. Bu, temas eksikliğinin olumsuz mutsuz duygulara yol açabileceği belirtilmiştir. Bunu yalnızlık algısı olarak adlandırabiliriz (1, 2).

Sosyal ilişkiler ve yalnızlık duyguları yaşam kalitesini, kronik hastalıkların yönetimini, morbiditeyi ve mortaliteyi etkiler. Avrupa'daki yaşlı insanlar arasındaki çalışmalarda, kronik veya sık sık yalnızlık prevalansı değişkenlik göstermektedir ve tanımlara, ölçümlere, popülasyon örnekleme ve yaş gruplarına bağlı olarak %45 kadar yüksek olabilmektedir. Sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki etkilerine ek olarak, sağlığın da sosyal ilişkilere etkisi vardır (3, 4).

Dünyada ve ülkemizde de yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. İnsan ömrünün uzaması ve yaşlı nüfus oranının artmasıyla yaşlılık döneminde görülen sağlık problemlerinde artış ile birlikte diğer sosyal problemlerde de artış olmaktadır.

Yalnızlık, yaşlılık döneminde karşılaşılan önemli sorunların başında gelmektedir. Nitekim yaşlılıkta görülen hastalıklar ve dönemin kendine özgü kayıpları yaşlılığı tıpkı bebeklik ve çocukluk gibi en çok desteğe gereksinim duyulan bir yaşam dönemi haline getirmiştir.

Yaşlı nüfusun hızla artması ile uzun yaşamın getirdiği yalnızlık, yoksulluk, özürllük, kronik hastalıklar, bakım ve destek gereksinimi; yaşlı sorunları ve yaşlılık hizmetlerinin tüm yönleri ile ele alınması ve yönetilmesi gerekmektedir.

Yalnızlığın olumsuz sağlık etkilerinden dolayı, hekimlerin yalnız yaşlı hastaları tanımlaması önemlidir. Aile hekimlerinin yalnızlık yaşayan

hastaları doğru şekilde tanımlayıp tanımlayamadığı hakkında çok az bilgi vardır (5, 6).

Hastaların psikososyal bağlamı, duyguları, davranışları ve bilişlerinin anlaşılması Aile hekimliğinde önemlidir. Aile hekimleri de insanların yalnızlığı ile sıkça karşılaşabilecek konumda görünüyor. Ve hastalar aile hekimlerine kolayca erişebilir.

Literatür araştırıldığında aile hekimlerinin bu konudaki tutum ve davranışları ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ülkemizde ise bu konuda doğrudan bir çalışma örneği yoktur.

İnsan hayatının yaşlılık döneminin sağlık sorunlarına ek olarak sosyal problemlerine de dikkat çekmek ve aile hekimliğinin bu konunun yönetimindeki önemini de ortaya çıkarmak için bu çalışmayı tasarladık.

Bu çalışmanın amacı yaşlı hastaların yalnızlık duygusu ile sosyal izolasyon algılarını incelemek ve kayıtlı oldukları aile hekimlerinin bu konulardaki farkındalıklarını ölçmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve yaşlanma kavramı

2.1.1. Yaşlılık

Dünya sağlık örgütü gibi uluslararası kuruluşlar için yaşlılık, genellikle 65 yaş ve üstü nüfus olarak tanımlanır. Genellikle gelişmiş ülkelerde emeklilik yaşı olan “60 ya da 65” yaşlılık sınırı olarak kabul edilir.

Toplumsal bir boyut olarak yaşlılık tek tek bireylerin 65 yaşına ulaşmasının ötesinde 65 yaşına ulaşan bireylerin sayısındaki artış ve bu artışın belirli bir yoğunluğa ulaşması ile ortaya çıkan durum söz konusudur. Bu bağlamda bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının toplam nüfusun %10'unu bulması durumunda, bu toplum sosyolojik olarak yaşlı nüfuslu toplum olarak tanımlanır (7). Ancak sosyolojik olarak yaşlılık yaşlı nüfusun sadece belirli niceliksel çokluğa ulaşmasının ötesinde anlamlar içermektedir. Sosyolojik olarak yaşlılık toplumun yaşlılığı nasıl algıladığı, nasıl değerlendirdiği, bir toplumsal davranış biçimi olarak yaşlılığa ve yaşlılara karşı nasıl tavır aldığını ifade etmektedir (8).

Gelişim psikolojisi, insan yaşamının seyrinin nasıl ve neden değiştiğini araştıran psikoloji biliminin bir alt dalıdır. Gelişim psikolojisinde insanın yaşam süreci; bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık olarak ayrılmıştır.

Erikson'un sekiz basamaklı gelişim teorisine göre, gelişimin ilk yedi basamağı çocukluktan orta yetişkinliğe kadar olan süreci kapsar; “yaşlılık” dönemini oluşturan sekizinci basamak ise ileri erişkinliğin “ego bütünlüğü ya da umutsuzluk” basamağı olarak tanımlanır. Ego bütünlüğü, bireyin kendi yaşamını insanlık ve tarih açısından koyduğu ve kabullendiği yer olarak açıklanmaktadır. Ego bütünlüğünün yokluğu umutsuzluğa yol açar (yaşam tarzının kabullenilmemesi ve ölüm korkusu gibi). Umutsuzluk; apati, depresyon veya yaşamdan tat alamama olarak kendini gösterebilir (8).

2.1.2. Yaşlanma

Yaşlanma sözcük anlamı ile çok yalın bir kavram olmakla birlikte, kimin “yaşlı” olduğu sosyolojik, biyolojik ya da ekonomik bakış açılarına göre farklı tanımlanmaktadır. Tıbbi literatürde 65 yaş ve üstü “yaşlı”, 65-74 yaş arası

“genç yaşlı”, 75-84 yaş arası “orta yaşlı”, 85 ve üstü “yaşlı yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (7). Her ne kadar 65 yaş sınır kabul edilse de yaşlanmanın bir süreç olduğu, her toplumda yaşlı algısının değişebileceği ve biyolojik süreçlerin insanlarda çeşitlilik gösterdiği unutulmamalıdır (9). Yaşlanma ile birlikte zihinsel ve fiziksel kapasitede azalma, hareket yeteneğinde yavaşlama görülse de bunlar “işlev kaybından” daha çok bir “form değişikliği” olarak değerlendirilmelidir. Birey entelektüel etkinliklerine devam ediyor ve kendini de yaşlı hissetmiyor olabilir. Tüm bu evreler, yaşlanma/yaş alma ifadesinin biyolojik tanımının kolaylıkla yapılabilmesine rağmen kime yaşlı denileceğinin yanıtını vermeyi karmaşıklaştırmaktadır (9). Yaşlanma zamanla oluşan değişimlerle tarif edilebilir. Bedensel değişimlerin yanı sıra yaşamı ve davranış değişimlerini de kapsamaktadır. Dış ve iç faktörlerin etkileri altında meydana gelen yaşlanmanın çok boyutlu ve bireye özgü olduğu kanıtlanmıştır (8). Psikolojik yaşlanmaya duyulan ilginin ardında bireyin kendi bedensel yaşlılığına bağlı durumunu kavrayışı, bunu yaşayışı ve yorumlayışı yer almaktadır. Psikolojik yaşlanma sadece topluma ve kültüre göre kalmayıp aynı zamanda toplumun tarihsel süreçteki değişiminden etkilenmektedir. Yaşlanma çok boyutlu etkenlere bağlıdır ve bireye özgüdür.

2.1.3. Biyolojik yaşlanma

Yaşlanma karmaşık bir süreçtir. Hem biyolojik hem de insanın çevresinin fiziksel, sosyal ve kültürel yönlerini içeren çoklu faktörlerden etkilenir. Bu faktörler birbirlerinden de etkilenir. Yaşlanma esasında biyolojik olarak başlar ve daha sonra diğer boyutları gelişir (8). Biyolojik yaşlanma, bir içsel morbidite ve mortalitesindeki zamana bağlı artıştır. Yaşlanma genel olarak biyolojik fonksiyonların ilerleyici ve yaygın bozukluğudur, çevresel etkilere karşı artmış kırılganlık ve daha yüksek hastalık ve ölüm riski ile karakterizedir (10).

Biyolojik yaşlanma evrenseldir, bütün canlılarda görülür, ilerleyicidir ve fiziksel yeteneklerde devamlı bir düşüştür. Genellikle üreme olgunluğundan sonra oluşur ve vücuttaki moleküler düzensizliğin korunması için gereken enerjinin azaltılmasıyla sonuçlanır. Yaşa bağlı değişimler farklı seviyelerde olur, vücudun savunma, tamir ve bakım sistemlerini bozan moleküler hasarlar tarafından oluşturulur. Sonuç, organizmanın bütün seviyelerdeki genel

kırılganlıkta bir artıştır. Hücresel senesens (yaşlanma) önemlidir ve organizma yaşlanmasına eşlik eder. Biyolojik yaşlanmanın basit bir sebebi yoktur, çok karmaşık ve çok faktörlü bir süreçtir. Biyolojik yaşlanmayı esas olarak iki faktör; genetik ve çevresel faktörler etkiler. Bazı hücresel sebepler telomer kısalması, nükleer DNA ve mitokondriyal DNA'da mutasyonların birikmesi, oksidanlar veya serbest radikallerin (oksidatif stres) etkisi, glikasyon (çapraz bağlar), hücre içindeki hasarlı proteinlerin ve atıkların ya da lipofuksinin yetersiz yok edilmesidir (11). Bu patolojiler yaşa bağlı hastalıkların oluşumuna sebep olabilir. Yetişkinlikten sonra yaş artışıyla birlikte endokrin bezlerde anatomik değişiklikler de dâhil olmak üzere, hormon sentez, transport ve salgılanmasının, reseptörlerinin veya reseptör sinyal iletim mekanizmalarının bozukluğu görülür. Sirkadyen ritmi düzenleyen ve beyindeki epifiz bezinden salgılanan melatonin salgılanmasının yaşla birlikte azaldığı bilinmektedir. Benzer şekilde yaşla birlikte büyüme hormonu, dehidroepiandrosteron, östrojen, testosteron, progesteron gibi steroid hormonların da sentez ve saliverilmeleri azalır. Azalan hormonun sağladığı hemostaz kaybolunca da yaşlılıkla ilgili bulgular ortaya çıkmaya başlar (12).

2.2. Yaşlılıkta sağlık sorunları

Yaşlı kavramsal ve olgusal olarak; biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonların gerilemesine bağlı olarak yaşamsal aktivitelerini üst düzeyde sürdüremeyecek düzeye gelen insanlar için kullanılmaktadır (10).

Fiziksel değişiklikler yaşlanma sürecinin bir parçasını oluşturur. Yaşlanmanın biyolojisini açıklayan teoriler molekül, hücre, genetik, organ ve sistemler düzeyinde bilimsel veriler kullanarak yapar. Yaşlanma sürecini etkileyecek pek çok etkenin varlığını kabul etmek gerek (11).

Yaşlanma teorileri; programlanmış değişim teorileri ve olasılıklı teoriler olarak genel bir sınıflama yapılabilir. Programlanmış değişiklik teorileri, genetik olarak belirlenmiş özellikleri ve immün sistem değişikliklerini kapsar. Olasılıklı teoriler ise rasgele olayların ve çevresel koşulların zarar verici özelliklerin birikimi sonucu şekillenen değişiklikleri kapsar (13).

Yaşlanma sürecinin altında yatan moleküler mekanizmalar arasında oksidan madde hasarı, enflamasyon, mitokondri bozukluğu ve apoptotik doku hasarı gibi süreçler yer almaktadır.

Yaşlanma sürecince görülen fizyolojik değişiklikler sadece yaşlanma sürecini yansıtmaz, aynı zamanda çeşitli hastalıklar ya da dış etmenlere maruz kalınan yılların etkilerini de gösterir (7). İlerleyen yaşla birlikte vücudun yapı ve işlevlerinde genel bir azalma ve buna bağlı olarak da farklı organ sistemlerinin homeostaz yeteneklerinde azalma olması ile yaşlı birey hastalık, travma, cerrahi işlem, ilaçlar ve çevresel değişiklikler gibi stress etkenlerine karşı daha hassas olurlar. Yaşlanma sürecinde ön plana çıkan fizyolojik değişiklikler; ciltte değişiklikler, vücut postüründe ve kas-iskelet işlevinde değişiklikler, kardiyovasküler işlevde değişiklikler, solunum işlevinde değişiklikler, nörolojik işlev değişiklikleri, görme/işitme/tat/koku değişiklikleri, immün işlev değişiklikleri, gastrointestinal işlevde değişiklikler, böbrek işlevlerinde değişiklikler ve genitoüriner işlev değişiklikleri (11).

2.2.1 Vücut postüründe ve kas-iskelet işlev değişiklikleri

Vücut kompozisyonundaki değişiklikler ve omurgadaki çökmelerle birlikte özellikle kadınlarda boyda kısalma görülür. Vücut yağı artar, yağsız vücut ağırlığı ve toplam vücut suyu azalır. Kas büyüklüğünde ve gücünde azalma, kas lifi kaybı olur. Hızlı hareketlerin performansında düşme ve reaksiyon zamanında uzama görülür. Yaşlanma sürecinde kemik yapımı ve yenilenmesinde azalmasıyla kemik kütlelerinde kayıp ve kemik yapısında zayıflama olur. Seksen yaşına gelindiğinde kadınlar kemik kütlelerinin %43'ünü erkekler ise %27'sini kaybetmiş olur. Kıkırdak kaybı ve osteoporoz gelişir. Yaşlılık döneminde osteoartrit çok sık görülür (14).

2.2.2. Kardiyovasküler işlevde değişiklikler

Yaşlı bireylerde kardiyovasküler hastalıklar mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenidir. Yaşla beraber, aort ve arterler sertleşerek elastikiyetini yitirir, kalbin katekolaminlere yanıtı azalır ve diyastolik gevşeme hızında bir azalma olur. Ayağa kalkınca sistolik kan basıncında belirgin düşme şeklinde

görülen ortostatik hipotansiyon yaşlılarda daha siktir. Ortostatik hipotansiyon olmasa dahi yaşlı bireylerin duruş pozisyonlarına verdikleri kalp hızı ve diyastolik basınç yanıtlarının azaldığı gösterilmiştir. Yaşlıda kompanse edici kardiyovasküler mekanizmalar ya gecikmeli ya da yetersizdir (15). Kalbin tüm boyutu değişmese de damar değişikliklerinin sonucunda artan art yüke yanıt olarak sol ventrikül duvarının kalınlığı yaşla artar. Yaşlanmaya bağlı değişiklikler olmasına rağmen sağlıklı yaşlı kişilerin çoğunda kardiyovasküler fonksiyonların genel olarak vücudun istirahatteki gereksinimlerini karşılamaya yetmektedir (16,17).

2.2.3. Solunum işlevindeki değişiklikler

Maksimum oksijen tüketimi (VO_2 maks.) yaş arttıkça giderek düşer. Akciğerin elastikiyeti ve soluk verme sırasındaki küçülebilme özelliği, elastin miktarında ve kollajen liflerin yapısındaki değişikliklere bağlı olarak yaşla giderek azalmaktadır. Göğüs duvarı yumuşak dokularının kalsifikasyonu dokuda sertleşmeye neden olduğu için solunum kaslarının iş yükü artar. Alveol yapısı bozularak gaz değişiminin yapıldığı yüzey alanı daralır. Toplam akciğer kapasitesi değişmese de bu değişikliklerin sonucu olarak rezidüel akciğer hacmi artar, fonksiyonel yedek kapasite ve vital kapasite düşer. Arteryel kan oksijen basıncında da ortalama 20 mmHg kadar bir düşme gözlenir. Bu da yaşlanan akciğerin ventilasyon-perfüzyon oranının bozulmasına bağlıdır (11,17).

2.2.4. Nörolojik işlev değişiklikleri

Artan yaş ile beynin ağırlığı azalır, beyin ve spinal korddaki nöronlarda kayıp olur. Nöron kaybı en çok serebral kortekste ve süperiyor temporal lobda oluşur. Dendritlerde atrofi sonucu sinaptik bağlantılar etkilenir elektrokimyasal tepkimeler azalır ve nöronal disfonksiyon oluşur. Asetilkolin, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitter düzeyindeki değişimlerle sinaptik iletiler de etkilenir. Yaşlanmış beyin dokusunda hücre içinde daha yüksek miktarda lipofuksin depolanır (19).

2.2.5. Görme işlevinde değişiklikler

Yaşla birlikte görme keskinliğinde genel bir düşüş beklenir. Yaşlı bireylerde lensin elastikiyetinin azalması ve silyer kasın atrofisi sonucunda presbiyopi gelişir. Göz kamaşması ve ani ışık değişiklikleri yaşlı bireylerde problem yaratarak düşme ve yaralanmalara yol açabilir, gece araba kullanmaya da engel oluşturur. Renk ayırımında da yaşla birlikte değişiklik olur, yaşlılar özellikle mavi ve yeşil rengi ayırmakta zorluk çeker. Kornea duyarlılığı da yaşla birlikte azaldığı için yaşlıların göze olabilecek hasar ve enfeksiyonu fark edebilme eşiği yükselir. Katarakt, glokom, makuler dejenerasyon gibi oftalmolojik hastalıklar da yaşlılarda daha sık görülür ve görmeyi bozar (20).

2.2.6. İşitme işlevinde değişiklikler

İşitme kaybı yaşlı bireylerde sıktır ve belli bir oranda işitme kaybı gelişmesi yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucudur. Yaşlılıkta görülen işitme kaybına presbiakuzi denir ve yüksek frekanstaki tonların işitilmesinin bilateral ve simetrik olarak kaybı ile seyreden duysal/sinir tipi bir işitme bozukluğudur. Dış kulak kanalında salgı birikmesi de yaşlı bireylerde işitme bozukluğuna yol açabilir. Kulaktaki modifiye apokrin ter bezleri artan yaşla atrofiye uğradığından daha kuru salgı üretir ve bu da kulaç tıkaçları oluşmasına sebep olur (11).

2.3. Dünya’da Nüfusun Yaşlanması

Günümüzde dünyada 400 milyon civarında yaşlı birey bulunmaktadır ve yaşlı birey sayısı hızla artmaktadır. Nüfusun yaşlanması bir nüfusun yaş yapısının değişerek, yaşlı insanların (65 yaş üstü) oranının göreceli olarak artmasıdır. Son yıllarda dünyada yaşlı nüfusunun genç nüfusa oranı hızla artmış ve özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranı genç nüfus oranını aşmıştır. 2050 yılında bu oranın 1/5 olması beklenmektedir. Yaşlı nüfus da kendi içinde yaşlanmakta, “yaşlı yaşlı” nüfus (>85 yaş) yaşlı nüfusun en hızlı artan bölümünü oluşturmaktadır. Günümüzde dünyada 400 milyon civarında

yaşlı birey bulunmaktadır ve yaşlı birey sayısı hızla artmaktadır ve bu en hızlı artan nüfus grubunu oluşturmaktadır (20).

Dünya genelinde yaşlı nüfus oranı artarken ve yaşlı nüfus oranı gelişmiş ülkelerde daha fazla iken, yaşlı nüfusun artış hızı gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus oransal olarak düşük olmakla birlikte, rakamsal olarak oldukça yüksektir. Gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfusun oranı oldukça yüksektir. Yaşlı nüfusun oranının hızla artmasının temel nedeni, ölüm oranının ve doğum oranının hızlı bir şekilde düşmesidir. Eğitim seviyesinin yükselmesi, kentleşme ve ekonomik teknolojideki gelişmeler, endüstriyel toplumlardaki yaşlı nüfusun statüsünde iyileşmelere neden olmuş bu da sonuç olarak yaşam süresinin uzamasına yol açmıştır (21).

Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun statüsü giderek artma eğilimindeyken, gelişmekte olan ülkelerde ise tersi yönde bir eğilim söz konusudur. Endüstriyel toplumlarda yaşlı nüfus, emeklilikle ve gelir düzeyinde düşüşle karakterize edilmektedir. Yaşlıların özellikle ileri yaş yaşlılarının yaşam kalitesinin artırılması önemli ölçüde kuşaklararası iletişim ve iş birliğine dayanmaktadır (22). Yaşlıların fiziksel ve maddi gereksinimlerinin de karşılanması gerekmekte, bunun sağlanması için gerekli olan sosyal politika önlemlerinin alınması büyük bir önem taşımaktadır.

2.4. Türkiye’de Nüfus Yaşlanması

Yaşlılık oranındaki artış farklı toplumlarda farklı oranlarda olmakla birlikte tüm toplumlarda görülmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun oranı hızla artmaktadır. Toplumumuz henüz yaşlanmakta olan bir toplum iken çok kısa süre içerisinde yaşlı nüfuslu bir toplum olacaktır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte birçok sosyal risk ortaya çıkabilecek ve bu risklere karşı toplumun ve devletin hazırlıklı olması gerekli olan sosyal politika önlemlerini alması büyük bir önem taşımaktadır (23). 21. yy ikinci yarısında yaşlı nüfusun sosyal demografik ve ekonomik açıdan öneminin artması beklenmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı 2015 verilerinde yaş gruplarının sayım yıllarına ve Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre 2000-2050 yılları arasında yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına kıyasla belirgin bir artış gösteriyor.

2050 yılında Türkiye nüfusunda yaklaşık 16 milyon yaşlının olacağı öngörülmektedir. Nüfus artış hızı 2000 yılında %1,50'nin altına düşmüş, 2020 yılında %1'in altına düşmesi ve 2023 yılında %0,84'e düşmesi beklenmektedir. Bunun yanında kaba doğum hızı 2000 yılında %2,16'dan 2020 yılında %1,48'e ve 2023 yılında %1,40'a düşmesi beklenmektedir. Nüfus artış hızının düşmesi ve kaba doğum oranının düşmesi ile birlikte beklene yaşam süresi de belirgin bir şekilde uzamaya başlamıştır (24).

Beklenen yaşam süresi 2000'li yıllarda 70 yaş civarında iken, 2020'li yıllarda 80 yaş civarına çıkması beklenmektedir. 20 yıl gibi kısa bir sürede beklenen yaşam süresi 10 yıla yakın bir zaman süresi kadar artmış görünmektedir. 2000'li yılında yaşlı nüfus oranı %6,7 iken, 2023 yılında %10,6'a çıkacağı beklenmektedir. Bu durum Türkiye'de nüfus yaşlanmasını göstermesi açısından önemlidir (11). Yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte, sağlık, sosyal güvenlik ve yaşlı bakımı gibi ciddi sosyal politika gereklilikleri ortaya çıkmaktadır. Söz konusu sosyal politika gerekliliklerinin karşılanmaması durumunda çok ciddi sosyal risklerin ortaya çıkacağı öngörülmektedir. Toplum ve devlet artan yaşlı nüfusun gereksinimlerini karşılayacak gerekli sosyal politika önlemlerini almalı ve çok yakın gelecekte yaşlı nüfuslu bir ülke olacak olan Türkiye'de toplum ve devlet yaşlı nüfusun gerektirdiği hizmet donanımlarını ve olanaklarını karşılayacak toplumsal ve kamusal ortamı oluşturmalıdır (25).

2.5. Nüfus Yaşlanması ve Sağlık

Yaşlanma ve yaşlılık temelde biyolojik süreci kapsayan bir olgu olmakla birlikte yaşlılığı sadece biyolojik boyutuyla ele almak yeterli olmayacaktır. Biyolojik faktörlerin yanında sosyolojik, psikolojik, toplumsal ve kültürel koşullardaki çeşitlilik de yaşlanmayı etkileyen temel faktörlerdendir. Yaşlanma daha çok bireysel ve biyolojik bir boyutu anlatırken, yaşlılık daha çok toplumsal bir olguyu oluşturur. Toplumsal ve çevresel koşulların değişmesi insanın yaşam süresince gelişim evrelerini de etkilemiştir (26). Zaman içinde yaşlılığa atfedilen anlamda da değişimler olmuştur. İnsan ömrünün uzamasıyla yaşlanma olgusunda biyolojik, sosyal, çevresel faktörlere bağlı olarak toplumdan topluma farklılık gösterebilmektedir (27).

Nüfus olarak toplumda yaşlı insanların sayısının artması ve bunun sonucunda oluşan toplumsal durumun ihtiyaçları sağlık sistemine de yansımaktadır. Nüfus yaşlanmasının sağlık gereksinimleri ve buna bağlı sağlık harcamalarını etkileyecektir. Ve değişen durum/gereksinimlere göre geleceğe yönelik projeksiyonlarını, politikaları, hizmet sunumunu da değiştirecektir. Ekonomik olarak bağımlı ve aynı zamanda daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duyan yaşlı nüfusun artışı sağlık ve sosyal hizmetlerin de bu gelişime/değişime uygun tasarlanmasını; doktorların da meslek içi yeterliliklerini bu yönde geliştirmeleri/güncellemeleri gerekecektir (27).

Nüfusun yaşlandığı ülkelerde günümüzde var olan aşırı uzmanlaşan sağlık uygulamaları yaşlı grubun birden fazla alanı ilgilendiren sağlık sorunlarını yönetme konusunda zorlanmaktadır. Özellikle “yaşlı yaşlı” grup birden fazla kronik hastalık ve fonksiyonel yetmezlikten ötürü genel tıp yaklaşımına gereksinim duyar. Yaşlı hastanın akut hastalığını iyileştirmekle sosyal sorunlar, rehabilitasyon, kronik sağlık bakımı ihmal edilebilmektedir (28). Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları da giderek artan sorumluluklar arasında sıkışmaktadır. Bu konularda mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası değişen gereksinimlere göre eğitimde güncellemelere ihtiyaç oluşmaktadır.

2.6. Türkiye’de Yaşlı Sağlığı

Yaşlılarla ilgili sosyal haklar ve sağlık hizmetleri iç içe olan kavramlar olmuştur. Her yaş grubunda olduğu gibi günlük hayatta bütüncül anlamda sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak yaşlı grup için de önemlidir/önceliklidir (29). 1982’de Viyana Asamblesinde yaşlılar için yayınlanan bildirmede şöyle der;

- Fiziksel meta olarak kötüye kullanılmamalıdır,
- Toplumsal, sosyal, eğitsel ve kültürel kaynakları kullanabilmelidir,
- Potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmelidir,
- Nerede yaşarsa yaşasın temel özgürlüklere ve insan haklarına sahip olmalıdır,
- Sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmelidir,

- Yeterli bir gelire sahip olmalı ve güvenli bir çevrede yaşayabilmelidir,
- Kapasite ve ilgi alanına göre hizmetlerden yararlanabilmeli ve işgücüne katılabilmelidir,
- Bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendisiyle ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yy'de "Herkes İçin Sağlık" temasının 5. hedefi; "2020 yılına kadar, 65 yaşının üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olmalı ve aktif sosyal rol oynayabilmelidir", yaşlı bireylerin sağlığının ve toplumdaki rollerinin korunması ile ilgilidir (20).

Ülkemizde yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çekiyor olmaları, yaşlılarda ortaya çıkan hastalıkların kronikleşmesine, işlev kaybı ve yetersizliklerin artmasına yol açmaktadır. Çeşitli nedenlerle yaşlıların çoğu tedavisi gecikmiş veya ihmal edilmiş, bazen erken tedavi şansını yitirmiş ve tamamen bağımlı hale gelmiş hastalar konumuna gelmektedirler (23).

Her yaş grubu gibi yaşlılar için de sürekli, bütüncül ve koruyucu sağlık hizmeti sunulması ve yaşamın tüm dönemlerinde hem bireye hem de topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesi yaşlanmanın olumsuz etkilerini azaltabilmek ve yaşlının yaşam kalitesini arttırabilmek açısından son derece önemlidir (25).

Ülkemizde de yaşlı sağlığı ile ilgili ulusal çalışmalar artmaktadır. Gerek birinci basamak gerek ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların sağlığını hedefleyen nedene yönelik korunma, erken tanı ve üçüncül korunma için rutin programlar oluşturulması gerekmektedir. Korunma ile ilgili hizmetlerin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaması başka bir sorundur (25).

Ülkemizde yaşlıların %90'ının en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %94,5'inin kronik hastalığı vardır. Ölüm nedenlerinin ilk sırasında kalp-damar hastalıkları (%43) ve çeşitli kanserler (%11) yer almaktadır (11). Bizim çalışmamızda da kalp hastalığı olan %32, kanser tanısı olan %4 saptanmıştır.

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma çabalarına rağmen yaşlandıkça hastalık gelişme riski artmakta, tedavi edici hizmetlere başvuru kaçınılmaz olarak artmaktadır. Bu nedenle sağlık politikalarında sağlık hizmetlerine erişim, bu hizmetlerden yararlanma oranları ve hizmetten yararlanma oranları ve hizmet kaliteleri tüm yaş grubundaki bireyler için eşitlik temeline dayanmalıdır. Ülkemizde yaşlılar için sağlık hizmetlerine erişim konusunda eksiklik ve aksaklıklar görülmektedir. Ayrıca yaşlı bakımına dair huzur evleri ve yaşlı bakım evlerinin sayısı, hizmet kalitesinde de eşitsizlikler ve yetersizlikler vardır. Bununla birlikte yaşlıya hizmet verecek sağlık çalışanlarının sayısı, bilgi donanımı ve nitelikli hizmet ayağında eksiklikler vardır (25).

2.6.1. Türkiye’de Yaşlı Sağlığı Politikası

DSÖ’nün geliştirdiği “Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Merkezi” rehberi bir birinci basamak sağlık merkezinin yaşlı sağlığını destekleyebilmek için nasıl düzenlenmesi gerektiğini ve çalışanların bu konudaki eğitimlerini destekleyen bir araçtır.

8-12 Nisan 2002 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Madrid’de düzenlenmiş olan 2. Yaşlılık Asamblesinde, yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar oluşturulması ekseninde “Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı” hazırlanmıştır (11). Bu plan doğrultusunda ülkemizde de 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” hazırlanmıştır. Özellikle gelecek yirmi yıl için yaşlanma politikaları ve uygulamaları konusunda öncelikleri belirlemiş ve yapılacak eylemleri tanımlamıştır. Bu eylem planında “Yaşlılıkta Sağlığın ve Refahın Arttırılması” bölümünde yer alan hedefler arasında doğrudan birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren hedefler şöyledir (30);

- Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel ve eşit olarak ulaşmasının sağlanması için yaş, cinsiyet ya da herhangi bir

nedene dayalı sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması,

- Yaşlıların gereksinimlerinin karşılanması ve sürece katılımlarının teşvik edilmesi için temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi,
- Yaşlıların gereksinimlerini karşılamak için sağlık ve bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması,
- Korunmadan erken tanı ve tedaviye değişen çeşitli ve çok yönlü ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlılarda ruh sağlığı sorunlarının çözümlenmesi ve tedavi hizmetlerinin sağlanması.

Dünya Sağlık Örgütü ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı sağlığı üzerindeki önemli rolünü vurgulamış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı nüfusun gereksinimlerine yanıt veren ve ulaşılabilir olmasını vurgulamıştır.

Sağlık hizmeti sunumu toplumun gereksinimleri doğrultusunda düzenli bir değişim göstermelidir. Yaşlı bireylerin gereksinim duyduğu sağlık hizmetinin sunumu için gerek uluslararası gerekse ulusal eylem planlarına uygun olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin uygun şekilde eğitimlerinin sağlanması bu doğrultuda önemli bir adımdır.

2.7. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu ve Kayıplar

Canlıların tümü, her biri kendine özgü olmak kaydıyla, aşağı yukarı belirlenmiş bir yaşam uzunluğuna sahiptir. İnsan için beklenen yaşam süresi düşünüldüğünde yeryüzündeki bazı canlılara göre kısa, bazılarına göre çok uzun bir dönemden söz edilebilir. Yine insan türünü ele alarak düşündüğümüzde “yaşamın” inanılmaz biyolojik, ruhsal ve sosyal gelişim basamakları içerdiğini görürüz (13). Sayısal olarak sınırları insanın kalıtsal materyalleri ile çizilmiş olan “yaşam”, niteliksel olarak sınırsız bir gelişim ve

değişim gösterebilir. İnsanı insan yapan soyut düşünme yeteneğini ortaya koymasını sağlayan en önemli özelliği de belki bu ölümlülük halidir.

“Yaşamak”, insanın biyolojik işlevleri zayıflarken aynı şekilde azalmayan ihtiyaçları ve beklentileri ile son derece zenginleşmiş deneyimleri arasında kendini yaşamaya geçecek bir şeyler bulabilmesi olarak anlatılabilir (8).

Yaşamak, yaş almak, yani yaşlanmak sayısız fiziksel ve ruhsal değişim yanında, içinde yaşanılan çevre, kültür, aile, varlık ya da yoksulluk gibi etkenlerle belirlenen birçok uyarının alındığı ve bunlara verilen yanıtlarla ortaya çıkan sosyal bir süreçtir (9). Diğer sosyal süreçler gibi bu süreç de değişkendir. Yaşananlara ve organizmanın verdiği yanıtlara göre değişir. Organizma yanıtlarını verirken kendi deneyimlerinden etkilenir. Bu deneyimleri şekillendiren ise sosyal değişkenlerdir. “Yaş” ile “sağlık durumu” bu sosyal değişkenlerin temel olanlarıdır.

2.7.1. Ekonomik Durum

Yıllar geçtikçe fiziksel performansı düşecek olan birey daha kısa süreli ya da daha hafif işlerde çalışmayı tercih edecek ve sosyal güvenlik yasalarına göre emekli olacaktır. Aynı dönemde kişinin ekonomik gereksinimleri daha da karmaşık hale gelecek ve artacaktır. Bunun farkında olan sanayileşmiş toplumlarda iş verme ve ücret belirlemede yaş, ayırt edici bir etmen olarak rol oynamaktadır. Yaşlılar yaşam düzeyini yükseltecek, gelirlerini artıracak ve yararlanabilecekleri ek bir iş bulmakta güçlüklerle karşılaşmaktadır. Ülkemizde emekli memur, işçi ve esnaflar, altmış beş yaş ve üstü muhtaç yaşlılara ödenen aylığın genel itibarıyla düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yaşlılarımızın emeklilik sonrası yaşamlarını tatmin edici bir düzeyde sürdürebilmeleri için gerekli ekonomik güvenceden yoksun oldukları ve ekonomik sıkıntılar yaşadıkları söylenebilir (25). Yoksul kesimde yaşayan ve düzenli bir işi olmayan yaşlılarda ise bu işsizlik hali yaşlanmayla beraber kronikleşmektedir.

Ekonomik zorluklar kadınlar için daha ağır olarak kendini göstermektedir. Ülkemizde kadın nüfus içinde işi olan, çalışan, düzenli geliri ya da sosyal güvencesi olan kısım erkeklere oranla daha azdır. Türkiye'deki yaşlıların

yaklaşık dörtte birinin herhangi bir emeklilik güvencesi yoktur ve bunların büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (24). Bu nedenle zayıf ekonomik şartlar içinde, yoksullaşma ve yaşlanmanın beraberinde getirdiği sosyal sorunları göğüslemeye çalışmak daha da zorlaşacaktır. Sosyal güvencesizlik, düşük dul maaşları ve ortalama yaşam beklentisinin erkeklerden yüksek olması nedeniyle kronik hastalıkların görülme insidansı kadınlarda daha yüksektir ve yine kadınlar sağlık sorunlarıyla başa çıkarken yoksulluğu daha derinden yaşamaktadır (31). Emeklilikle beraber; azalan gelire uyum sağlayamama, bunun yaratacağı sosyal ya da psikolojik baskılar, sosyal ilişkilerden kaçınmak, daha fazla destek gereksinimi duymak, sağlıkla ilgili harcamalardan hatta beslenme harcamalarından kısıtlama yapmak gibi art arda meydana gelebilir. Bu konuların her biri kişinin iyilik halini doğrudan etkilemektedir. Ekonomik güvence yokluğu, artan bakım ihtiyacı, bunun karşılanamaması birbirini izleyen bir kısır döngü oluşturabilir.

2.7.2. Yerleşim Alanı ve Yaşam Şekli

Yaşlıların sadece aile bireylerinden uzak olmalarının değil oturdukları yerleşim yerinin kır ya da kent olmasının da sosyalleşmeyi belirlediğini gösteren çalışmalar da vardır (32). Kentte yaşayanlar içinde yer alabilecekleri daha fazla sayıda etkinlikle karşılaşmaktadırlar ve ağrı gibi günlük fonksiyonlarını bozan yakınmaları olsa bile çevre ile daha çok etkileşim kurabilmektedir (33,34). Devlet istatistik enstitüsünün 2013 yılı raporlarına göre göreceli olarak genç bir nüfusa sahip olan ve nüfusun yaklaşık üçte biri (%30) kırsal kesimde yaşayan Türkiye’de ise genç kuşakların kente göçü devam etmekte, yaşlılar büyük çoğunlukla köylerde kalmakta ve yetişkin çocuklarından uzakta yalnız yaşamaktadır. Son yıllarda ailenin rolü değişmiş, daha küçük ve sabit olmayan birimler oluşmaya başlamıştır. Değişen bu rol nedeniyle, yaşlılar için kamu ya da özel kaynaklarla yaşamı destekleyecek (örn; evlere hazır yemek servisi, çamaşır ya da tamir işlerinin dışarıdan karşılanması gibi) ek yatırımlara gereksinim duyulabilir.

Hızlı bir kentleşme süreci yaşanan Türkiye’de kadınlar giderek ev dışında çalışmakta, çekirdek aileler şeklinde yaşam tercih edilmekte, akrabalar ve komşular ile olan ilişkiler zayıflamaktadır. Böylece genç aile bireylerinden

uzaklaşan yaşlılar özellikle büyük kentlerde gelirin korunması ve sosyal refah hizmetleriyle ilgili gereksinimlerinin karşılanması konusunda önemli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Eşleri olmayan ya da huzurevinde yaşayan yaşlıların aileleri yanında yaşayan akranlarına kıyasla daha izole bir yaşama yöneldikleri gözlenmektedir (31). Oysa sosyal ilişkiler, kişilerin fiziksel ya da ruhsal alandaki yaşam kalitesini son derece etkilemektedir.

2.7.3. Üretken Aktivitelerin Edinilmesi ve Sürdürülmesi

Sosyal ilişkiler ve hobiler, bireyin sosyal yönden aktif olmasını sağlar. Tavla ve satranç oynamak, bulmaca çözmek, radyo dinlemek, televizyon seyretmek, gazete, dergi okumak, resim yapmak, web taramak ve müzik dinlemek ev içinde sürdürülebilecek uğraşılardır. Hobileri olan ve özellikle bir şeyler ürettikleri ev dışı uğraşılara zaman ayıranların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösteren çalışmalar olmuştur (35,36). Bu nedenle sinema, tiyatro, müze, sergi ya da müzikal gösterilere gitmek, sivil toplum örgütlerinde çalışmak, arkadaş ve akrabalarla toplantılar yapmak, tombala gibi grup oyunlarına katılmak, çevre, okul, ya da dini grupların çalışmalarında yer almak, spor karşılaşmaları veya müzikli, danslı toplantılara gitmek, uzun yürüyüşler, geziler, bahçe işleri, tamir işleri, marangozluk, balıkçılık yapmak ya da bisiklet kullanmak gibi ev dışı uğraşların özendirilmesi gerekmektedir (37). Bu uğraşlar içinde özellikle kişinin evine yakın yerlerde yürütülen ve fiziksel etkinlik içerenler yaşam ve memnuniyet üzerine daha olumlu etkiler yaptığı için tercih edilmelidir. Yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinin canlı tutması ve geliştirdiği hobilerle uğraşması hem “bir işe yaramak” ve “bir işi başarmak” konusunda etkili olabilen, hem de bedensel bir egzersiz yerine geçen etkinliklerdir (37). Yaşlılıkta kasları kuvvetlendirmek adına bireyin yaşına ve sağlık durumuna uygun spor faaliyetlerini düzenli olarak yapması istenilen bir durumdur. Yaşlanmayla beraber hem üye olunan grupların ve arkadaşların sayısı azalmakta hem de fiziksel yakınmaların artışı ile bu uğraşları gerçekleştirmek daha güç hale gelmektedir. Yaşlanan bireyin uğraşlar içinde yer almak için isteği azalmamasına rağmen bazı kısıtlılıkları ortaya çıkabilmektedir. Yaşlının izlenerek yeni ve daha uygun hobi alanlarına yönlendirilmesi gerekir (38).

Sosyal etkinlikler gönüllü uğraşlardır ve aynı zamanda toplumsal sorumluluk özelliği taşırlar. Bu sorumluluk hissi bir şeyler üretme güdüsünü pekiştirecektir. Yaşlılık öncesinde kişilerin kendini mutlu ve meşgul edebilecek uğraşlar edinmesi özendirilmelidir. Bu tutum yaşlılığa yapılmış “sosyal bir yatırım” olarak kabul edilmelidir (39).

Yaşantının sosyal tarafı sürerken biyolojik olarak da yaş almaya devam ettiğimiz ve organizmanın daha fazla ve uzun süre risk faktörlerine maruz kalması sonucu hastalıkların daha sık ortaya çıktığı ve var olanların da kronikleşerek komplikasyonların görülmeye başlandığı, bedensel sağlığında olumsuz değişimler yaşadığı unutulmamalıdır. Bedensel problemlerin kişiye güçlükler sunan bir sosyal ortamda yaşanması durumu daha ağırlaştıracak ve ardından ruhsal sorunları gündeme getirecektir (37). Bu nedenle sosyal sorunlarla başa çıkmak genel sağlık ve iyilik halini yukarı düzeylere taşıyacak olan temel girişimdir.

2.8. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık Durumu

Sosyal izolasyon ve yalnızlık terimleri birbiriyle ilişkilidir ancak farklı kavramları tanımlar. Sosyal izolasyon, bir kişi ile bir sosyal ağ arasındaki temasların ve etkileşimlerin objektif yokluğu veya yetersizliği anlamına gelir, yalnızlık ise yalnız, ayrı veya ayrı olmaktan ziyade sübjektif bir duygu halini ifade eder ve istenen sosyal temaslar ve gerçek sosyal temaslar arasında bir dengesizlik olarak kavramsallaştırılmıştır (40).

Yetersiz sosyalleşme sonucu yalnızlık hissi ortaya çıkar. Yalnızlık hissi, ruhsal ve bedensel sağlığı olumsuz etkileyen bir durumdur ve yaşlılıkta önemli bir problem haline gelebilir. Yalnızlık duygusunun oldukça öznel bir algıdır. Yalnızlık hissini iki boyutu vardır; duygusal ve sosyal yalnızlık. Akraba ve arkadaşların varlığı, yardım anında ulaşacaklarını bilmek ve güven duymak yani duygusal ilişkilerin varlığı duygusal yalnızlık hissine kapılmamızı engeller. Sosyal yalnızlık ise akranlarla etkin bir iletişim kuramamak, onlarla bir araya gelememek yani bireyin toplumsal etkinliklerde bir yerinin olmaması olarak tarif edilmektedir (16).

Kadın ve erkekler arasında sosyalleşme açısından farklılıklar vardır. Kişinin medeni hali, eğitim düzeyi, yalnız ya da eş ve çocuklarıyla birlikte yaşama durumu, kurum bakımı altında olup olmaması, cinsiyeti ve sosyokültürel durumu yalnızlık duygusunu yakından etkilemektedir (9,41). Genel olarak, toplumumuz yaşlısına sahip çıkan toplum özelliğinde olsa da sosyoekonomik koşullar, ataerkil aileden çekirdek aileye dönüş gibi nedenlerle ailelerin, yaşlı bireyin sosyal sorunlarıyla ilgilenmesi güçleşmektedir (23,42).

Yalnız yaşamak, mutlaka toplumsal tecrit veya yalnızlık anlamına gelmez. Yalnız yaşayan insanlar aktif bir ailenin ve sosyal hayatın tadını çıkarabilirler. Aksine, şirkette yaşayan bazı insanlar yakınlarıyla kötü ilişkiler kurmuşlarsa kendilerini yalnız hissedebilirler. Sadece diğer insanlarla ilişkilerin varlığını kontrol etmekten öte, aynı zamanda bu ilişkilerin kalitesini de kontrol etmek gerekir. Gönüllü olarak kendilerini aileden ve arkadaşlardan izole etmeye karar veren kişilerin yalnızlığı, sosyal izolasyon durumunda değerlendirilemez. Gerçek sosyal izolasyon istemsizdir (43).

Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlığın, sağlık ve iyilik hali üzerindeki sonuçları giderek daha fazla kabul görmektedir (44-50). Artan sayıda yaşlı insan yalnız yaşamakta ve bu da sosyal izolasyon riskini oluşturmaktadır. Sosyal izolasyon ve yalnızlık, zayıf zihinsel ve fiziksel sağlık için risk faktörleridir (10).

Sosyal izolasyon ve yalnızlık arasında anlamlı bir örtüşme vardır ve terimler sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Önemli olan, her iki kavramın varlığı sağlıktaki kendi kendini değerlendirmeyi ve yaşlılarda iyilik halini olumsuz yönde etkilemesidir (16).

2.9. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığı

DSÖ'nün geliştirdiği "Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Merkezi" rehberi bir birinci basamak sağlık merkezinde yaşlı sağlığını desteklemek ve çalışanların eğitimine yönelik bir rehberdir (18).

2002'de Birleşmiş Milletler tarafından Madrid'de düzenlenmiş olan 2. Yaşlılık Asamblesinde, yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan

politikalar oluşturulması temelinde “Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı” hazırlanmıştır. Bu eylem planında “Yaşlılıkta Sağlığın ve Refahın Arttırılması” bölümünde yer alan hedeflerde birinci basamak sağlık hizmetlerini de ilgilendiren hedefler bulunmaktadır (51).

Buna paralel olarak ülkemizde de 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” oluşturulmuştur. Özellikle gelecek yirmi yıl için yaşlanma politikaları ve uygulamaları konusunda öncelikler ve gerekli eylemler belirlenmiştir (30).

2.9.1. Yaşlı Bireyin Kapsamlı Değerlendirilmesi

Yaşlılık, bireyin hayatında kendine özgü karakteristikleri olan özel bir dönemdir. Yaşla birlikte görülen fizyolojik değişiklikler, zamanın içine yayılarak gelişmekte, çoğunlukta çeşitli ve birbirinden farklı nitelikte karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanmaya birlikte fizyolojik rezervlerde ve patofizyolojik stresörlere cevap yeteneğinde azalma beklenen bir durumdur. Bu nedenle yaşlı hastaların değerlendirilmesi sırasında her yaşlıya aynı yaklaşımda bulunmak oldukça güçtür. Genel tıbbın yapı taşlarından biri olan değerlendirmeyi bireyselleştirmek ve esneklik gereklidir (52).

Yaşlıda pek çok hastalığın ortak sonucu günlük işlevlerin kaybı olarak karşımıza çıkmaktadır. Genç yaş gruplarında daha rahat değerlendirilebilen hastalığa özgü belirtiler, lokalize edilebilen şikâyetler yaşlıda olmayabilir. Ancak hastalığın ortaya çıkardığı sorunlar, yaşlının günlük aktivitelerindeki bağımsızlığını hızla etkiler ve hastalığın tipik belirtileri henüz ortaya çıkmadan fonksiyon yetersizlikleri öncelikli gündem haline gelir. Bunun yanı sıra yaşlılık döneminde ciddi hastalık semptomları beklenen derecede ön planda olmayabileceği gibi fonksiyon kayıplarının varlığı nedeniyle yeterli değerlendirme olanağı bulunamaması da karşılaşılan önemli sorunlardandır (53).

Yaşlı hasta görüşme odasında, çoğunlukla öykü alma ve fizik muayene sırasında bazı düzenlemeler yapılması gerekir. Yalnız yaşayan ve sağlıklı öykü veremeyen bir yaşlıda tamamen fizik muayene ile karar verilmesi veya bitkin bir yaşlının fizik muayenesinin öykü alımının hemen ertesinde

yapılmayıp, biraz ertelenmesi gibi yaklaşımlar, yaşlı hasta ile ilgilenen hekimin sıkça yapması gereken düzenlemelerden bazılarıdır. Evde bakım alan hastanın öyküsü bakım veren kişiden de alınmalıdır, bu nedenle görüşmeye birlikte gelmeleri önemlidir. Ancak öykü mümkün olduğunca yaşlıdan alınmalı, rahatsızlığa yaklaşım açısından yaşlı ve bakım veren kişinin farklı bakış açılarına sahip olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Muayene kısıtlı zamana sığdırılmaya çalışılmamalı, fonksiyonel, bilişsel, duyu ve emosyonel durum değişikliklerini belirleyebilecek kadar zaman ayrılmalı, yaşlının toleransına göre gerekirse zaman dilimlerine bölünerek yapılmalıdır (54).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler, yaşlı bireyi, kişinin sağlığını geliştirmek, hastalıklardan korumak, sağaltım, bakım sağlamak ya da rahatsızlıklarını hafifletmek, otonomisini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak amacı ile aile hekimliği disiplini doğrultusunda değerlendirmelidir.

2.9.1.1. Birinci Basamak Yaklaşımı

Birinci basamağın ilk başvuru noktası olması sebebiyle hekim, ayrışmamış hastalarla baş edebilmeli, riskli durumları saptayıp, koruyucu önlemleri alabilmelidir. Yaşlılar için fonksiyonel durum değerlendirmesi yapabilmeli ve sağlıklılığın sürdürülebilmesi için çalışmalıdır (53,55). Tüm bunları yaparken diğer uzmanlık alanları ya da kişinin bakımı ile ilgili kişi ya da kurumlarla koordinasyonu sağlamak durumundadır. Her zaman hastanın yanında olması, kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz sahibi olabilmesi için bilgilendirici ve yol gösterici olabilmelidir. Gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan yaşlıyı korumalıdır. Yaşlıları diğer yaş gruplarından ayıran özellikleri bilmeli, sık karşılaşılan sorunlarla baş edebilmelidir. Gerekli tedavi edici uygulamaların yanında gerekli koruyucu hekimlik uygulamalarını da bilmelidir. Sürekli bir bakım birinci basamak hekimliğinin olmazsa olmazlarından. Bu süreklilik ilişkisi içinde hekimin iletişim becerilerini kullanarak hastası ile yaptığı her görüşme önceki görüşmeler üzerine kurulmalıdır. Tek başına bu iletişim ve ilişki şekli bile iyileştirici etkisi olmaktadır (53,56).

2.9.2. Yaşının Değerlendirilmesini Farklı Kılan Özellikler

Hekim, aile hekimliği ilkeleri ile yaşlıyı değerlendirirken onu diğer yaş gruplarından farklı kılan yaşlılığa özgü özellikleri de göz önünde bulundurmalıdır. Artan yaşla birlikte yaşının sağlığını belirleyen genellikle kayıpların olduğu bazı fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanmayla birlikte bir takım kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda genellikle birden fazla hastalık birlikte bulunmaktadır. Birden çok hastalığın bir arada bulunması çoklu ilaç kullanılmasına, bu da beraberinde ilaç etkileşimleri gibi başka problemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (58). Yaşlılarda hastalıklar gençlerinkine göre daha farklı görüntülerde ortaya çıkabilmektedir. Örneğin gençlerde öksürük ve ateş ile ortaya çıkabilen pnömoni yaşlılarda hiç ateşi yükseltmeden sadece bilinçte bozukluk olarak kendini gösterebilmektedir. Fizyolojik kayıplar ve artan hastalıklar ve yaşlanma psikolojisi ile birlikte fonksiyonel kayıplar başlamakta ve yaşının davranışları/alışkanlıkları/tercihleri değişebilmektedir. Yaşlılar fonksiyon kayıpları nedeni ile daha fazla sayıda yardımcı cihaz kullanmaktadırlar. İşitme, görme gibi duyu bozukluklarının ortaya çıkması ve bilişsel fonksiyonlardaki değişim yaşlılarla olan iletişimi güçleştirmektedir (59). Yaşlılar birçok problemin yaşlılığın doğal sonucu olduğunu düşünerek gündeme getirmeyebilmektedirler. Yaşlılar ölümden çok, bağımsızlığını kaybedip başkalarına bağımlı hale gelmek, yakınlarına yük olmaktan dolayı endişe duymaktadırlar (60,61).

2.9.3. Yaşlı ile İletişim

Yaşlı hasta değerlendirilirken yaşlıyı diğer yaş gruplarından farklı kılan özellikler göz önünde bulundurulurken, öncelikle iletişimi engelleyecek işitme, görme ve bilişsel fonksiyonlar ve iletişimin şekli değerlendirilmelidir (58,59). Bazı basit yöntemler, iletişimi güçlendirerek yaşının problemini saptamada hekime yardımcı olacaktır. Hastanın gözü seviyesinde yavaş ve net bir şekilde konuşulmalıdır. Her zaman güler yüzlü olunmalıdır. Kişiye onu dinlediğimiz hissettirilmelidir. Hastaya doğru eğilmek, yaklaşmak, ona dokunmak, göz teması kurmak, jest ve mimiklerle dinlendiğini gösterir işaretler yapmak,

sözünü kesmeden kişi dinlendikten sonra söylediklerinin aynen tekrar edilmesi, hekimin kendi seçtiği sözcüklerle bunu tekrarlaması, yaşlının altta yatan duygularının yansıtılması yaşlıya onun dinlenildiğini hissettirecektir (62,63). İyi bir iletişim için kişinin ve yakınlarının korkuları, kaygıları, beklentileri paylaşılmalı, görüşme ve sonuçları hakkında bilgi verilmelidir. Her zaman empati kurulmalıdır. Yaşlı ile iletişimde asla yargılayıcı ve suçlayıcı olunmamalıdır. Yanıtı belli olan sorular yerine açık uçlu sorular sorulmalı, “ilaçlarınızı almamışsınız”, yine mi suyu az içtiniz?”, “galiba hareketsiz kalıyorsunuz”, “neden daha önce gelmediniz” gibi iletişimi engelleyici cümleler tercih edilmemelidir. Kişinin yaptığı olumlu şeylere özellikle vurgu yapılmalıdır. Önemli noktalar özetlenmeli, yaşlının soru sorması için fırsat yaratılmalıdır (56,57,58).

2.9.4. Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmeti

Koruyucu sağlık hizmeti her hekimin kendi çalışma alanında öncelik vermesi gereken sağlık hizmetleridir. Ölüme ve maluliyete yol açan pek çok hastalığın sıklığı, korunma, erken tanı ve tedavi ile azaltılabilmektedir. Yaşlılar için en korkunç sonuç, ölümden çok özgürlüğünü kaybedip başkalarına bağımlı hale gelmek, yakınlarına yük olmaktır. Yaşlılıkta sağlığın korunması yaşam süresini uzatmak kadar yaşam kalitesini de yükseltmeyi hedefler. Yaşam kalitesi, kişinin bağımsızlığının korunması, fiziksel ve duygusal sıkıntıların azaltılması, giderilmesi ile sağlanır. Yaşlılarda koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu için önerilen yol, bireylerin “periyodik sağlık muayeneleri” ile izlenmeleridir (53,60).

Özellikle yaşlılarda koruyucu sağlık hizmetlerinde birincil, ikincil, üçüncül korumaya ek olarak dördüncül korumadan da söz edilmektedir. Dördüncül koruma ise Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)’nin tanımına göre aşırı tıbbi müdahale riskinde olan bireyi tanımayı, onu yeni tıbbi girişimlerden korumayı ve kendisine etik olarak kabul edilebilir müdahaleler önermeyi gerektiren koruma tipidir (54).

Muayenelerde bireyin yaşadığı toplumun özelliklerini yansıtan bilimsel verilerden yola çıkılarak hazırlanan rehberler temel alınarak oluşturulan, içinde

tarama testlerinin de yer aldığı bireyselleştirilmiş sağlık izlem şemaları kullanılmalıdır.

Bir tarama testinin uygulamaya konulması için o testin;

- İlgili hastalığın sağlık üzerindeki olumsuz etkisinin belirgin olması
- Aynı hastalık için müdahale ya da tedavi yöntemlerinin bulunması, birincil koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanabilir olması (aşı, danışmanlık, kemoprofilaksi gibi),
- Belirtiler ortaya çıkmadan tanı konulup müdahale yapılabilecek bir periyodun olması,
- Koruyucu hizmetlerin ya da erken tedavini gecikerek uygulanacak tedaviden daha etkin olması,
- Hassasiyetinin ve seçiciliğinin yüksek olması,
Uygulanabilir, ulaşılabilir ve maliyet etkin olması gerekir.

65 yaş ve üzeri bireylerde periyodik sağlık muayenesinde;

- Kapsamlı öykü,
- İdrar kaçırma,
- Cinsellik,
- Beslenme-egzersiz alışkanlıkları,
- Kabızlık,
- Sigara ve alkol tüketimi,
- Düşmeler,
- Uyku düzeni-uyku bozuklukları,
- Aile öyküsü,
- Sosyal destek ve yaşlıya yönelik şiddet,
- Fiziksel ve zihinsel muayene,
- İşlevselliğin değerlendirilmesi,
- Sık rastalanan kronik hastalıklar açısından değerlendirmeye dikkat edilmelidir (53,55,56).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Deseni

Araştırma 65 yaş üstü yaşlı hastaların yalnızlık duygusu ve sosyal izolasyon durumunu ve bunları bağlı oldukları aile hekiminin yanıtı ile karşılaştıran kesitsel analitik desenedir.

3.2. Evren ve Örneklem

Her aile hekiminden G-Power istatistik programında %80 güç ve %5 hata payı ile her bir AHB için 65 yaş ve üzeri minimum 40'ar hasta hesaplandı. Her bir aile hekimin haftada birer gün günde 3-4 hastadan veri toplanacak sıklıkta gidildi. Ardışık hastalar alınmadı. Veri toplama süreci 15 Aralık 2018-15 Şubat 2019 tarihleri arasında tamamlandı.

Çalışmaya her bir aile hekimliği biriminde bulunduğu gün içerisinde başvuran 65 yaş üstü hastalardan gönüllü olanlar ve Alzheimer/demans vb gibi bilişsel işlev bozukluğuna yol açan hastalığı olmayan hastalar alındı.

- Dâhil edilme kriterleri;
 - 65 yaş üstü olmak
 - Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
 - Aile Hekimliği Birimine en az 6 aydır kayıtlı olmak
- Dışlama kriterleri;
 - Psikiyatrik hastalığı olmak,
 - Demans, Alzheimer tanısı olması,

3.3. Veri Toplama Araçları

Hastaların kişisel ve hastalıkla ilişkili sorgulamaları demografik kayıt formuna kaydedildi. Demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, meslek, sigara kullanımı, eğitim durumu, ekonomik durumu, kiminle yaşadığı, engeli olup

olmadığı, kronik hastalık varlığı, aile hekimine kayıtlı olduğu süre, o günkü kaçınıcı hasta olduğu sorgulandı. UCLA Yalnızlık ölçeği, Nottingham Sağlık Profiline Sosyol İzolasyon alt ölçeği ve literatürden incelenerek oluşturulan, iç tutarlılık analizleri yapılan, hastanın sosyol ilişkilerine ve yalnızlığına ilişkin algılarına dair 5 sorudan oluşan bir anket hastalara soruldu. Aile hekimleri için sosyodemografik veri formunda yaş, cinsiyet, meslekteki çalışma süresi, yaşlı nüfus oranları, son 6 ay içindeki 65 yaş üstü hastalarının başvuru oranı, şimdiki aile hekimliği biriminde kaçınıcı ay/yılda oldukları soruldu. Ayrıca doktorlara yaşlı hastaların sosyol ilişkilerini ve yalnızlığa ilişkin algılarını değerlendiren hastalara sorulan 5 sorunun aynısı ve ekstra 1 soru da hastalarının kiminle yaşadığına dair soru sorulmuştur. Hastalara sorulan sorular doktor muayene odasından farklı bir ortamda hasta ile birebir yapıldı.

3.3.1.Sosyodemografik veri anketi

Sosyodemografik veri anketinde hastalara cinsiyeti, yaşı, sigara içme durumu ve süresi, eğitim düzeyi, medeni durumu, kiminle yaşadığı, kaç çocuğu olduğu, mesleği, ekonomik durumu, herhangi bir engeli olup olmadığı, kronik hastalıkları, aile hekimine kaç ay/yıldır kayıtlı olduğu, o gün polikliniğe başvuran kaçınıcı hasta olduğu soruldu. Bu bilgilere ek olarak o gün aile hekimliği birimine toplam kaç hasta başvurusu olduğu da not edildi.

Engellilik durumları görme, işitme yürüme engelleri olan hastaların kendi beyanlarına ve kayıtlı oldukları AHB'deki bilgilerine göre not edildi. Görme engelliliği için gözlük kullananlar sayılmadı (miyop, hipermetrop, astigmat gibi bozukluklar) fakat görme fonksiyonunda azalma/kayıp tarif edenler, bu sebeple çoğu işini yaparken yanında bir başka kişiye ihtiyaç duyabilenler kabul edildi. Yürüme engelliliği için de kol değneği ve tekerlekli sandalye kullanımı olanlar kabul edildi. İşitme engeli için de kulak işitme cihazı kullananlar kabul edildi.

3.3.2.Ucla yalnızlık ölçeği

Kişinin yalnızlık ve sosyol izolasyon hissini ölçmek için tasarlanmış 20 maddelik bir ölçektir. Hastalar her bir öğeyi 1 (Asla) ile 4 (Genellikle) arasında bir ölçekte derecelendirirler. 1,4,5,6,8,10,15,16 ve 20. Sorularda işaretlenen

puanın tersi alınır (1->4, 2->3, 3->2, 4->1). Diğer sorular normal puanlandırılır. En yüksek 80 puan, en düşük 20 puandır. 20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu artar, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır.

Ucla yalnızlık ölçeği tam olarak sosyal hayata katılım ya da toplum tarafından kabul görme endişelerinden etkilenmemektedir (57). Bu nedenle sosyal izolasyonu ölçmek için ayrı bir ölçek kullandık.

3.3.3. Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon Alt Ölçeği (NSP-Sİ)

Nottingham Health Profile/Nottingham Sağlık ölçeği 1981'de İngiltere'deki Nottingham Üniversitesi'nde bulunan Kraliçe Tıp Merkezi Halk Sağlık Bilimi Okulu'nda tasarlandı (Avrupa Yaşam Kalitesi Değerlendirme ve Sağlık Ölçümü Grubu, 1993). 38 maddelik ölçümün Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçüm, fiziksel aktivite, enerji, ağrı, sosyal izolasyon, uyku ve duygusal reaksiyonları test eden altı farklı alt kategoriden oluşmuştur. "Evet" veya "hayır" diye tüm soruları yanıtlamak gerekiyor. NHP ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için, her bir alt kategorinin skorları ve bunların toplam skorları hesaplanır. Her alt kategori farklı ifade puanlarına sahiptir. Her alt kategori için puanlar 0-100 arasındadır. Ölçüm için herhangi bir eşik olmadığı için, her bir alt kategori kendi sınırları dâhilinde değerlendirilir; bu nedenle düşük puanlar şikâyetin düşük etkisi, yüksek puanlar ise şikâyetin yüksek etkisi anlamına gelir. Biz çalışmamızda altı alt ölçekten sosyal izolasyon alt ölçeğini kullandık.

NSP-Sİ alt ölçeğinin ilk sorusu 'kendimi yalnız hissediyorum' olduğu için hastalara yönelik SDV anketinde ayrıca bu soru sorulmamıştır.

3.3.4. Sosyal İlişkiler Anketi

65 yaş üstü hastalara literatürde benzer çalışmalardaki sorulardan da yola çıkılarak kendi toplumumuza sorulacak şekilde düzenlenip toplamda 5 soruda sosyal katılım ve yalnızlık duygularını ölçecek sorular oluşturulmuştur. Bu soruların iç tutarlılık analizleri yapıldı. Sosyal ilişkilerin ilk sorusu sosyal katılım (geçen ay yakınları tarafından evinde ne sıklıkta ziyaret edildiği, kendisinin yakınlarını ne sıklıkta ziyaret ettiği, ev dışı sosyal aktivitelere ne

sıklıkta katıldığı) için oluşturulmuştur. Diğer iki soru kişinin başkalarıyla birlikte olsa bile kendini yalnız hissetme durumu ve bir derdi/yardıma ihtiyacı olsa konuşacak bir yakını var mı sorularıdır.

3.3.5.Aile Hekimleri için sosyodemografik veri anketi

Aile hekimlerinin sosyodemografik veri anketinde; yaşı, meslekte kaçınıcı yılında olduğu, mevcut Aile Hekimliği Biriminde çalıştığı süre, 65 yaş üstü hasta oranı, son 6 ayda 65 yaş üstü hastaların başvuru oranı sorulmuştur.

3.3.6.Aile Hekimleri için hastalarını değerlendirmek adına sosyal ilişkiler anketi

Aile hekimlerine her bir hastası için 6 soru sorulmuştur. Hastaların cevapları ile karşılaştırmak için hastasının kiminle yaşadığı, sosyal katılımı ve yalnızlık duygusu ile ilgili hastaya sorulan soruların aynısı doktorlara hastası adına sorulmuştur. İlk soru hastasının kiminle yaşadığı sorusudur. Diğer 5 soru hastalara sorulan sosyal ilişkiler sorularıdır.

3.4. Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışmamız Manisa iline bağlı merkez ilçelerden Şehzadeler 12 nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nden bir aile hekimliği uzmanı ve Yunus Emre 1 nolu ASM'den 2 aile hekimi uzmanı, merkez dışı ilçelerden Muradiye ASM'den 1 aile hekimliği uzmanı ve Akhisar İlçesi Beyoba Köyü ASM'den 1 aile hekimliği uzmanından 65 yaş üstü 40'ar hasta dahil edilmiştir. Her bir hastaya araştırmacı tarafından sosyodemografik veriler anketi, UCLA yalnızlık ölçeği, Nottingham Sağlık Profili Sosyal İzolasyon alt ölçeği, Sosyal ilişkiler anketi okunup verilen cevaplar kaydedilerek veri toplandı. Her aile hekimine de araştırmacı tarafından sosyodemografik veri anketi ve çalışmaya katılan her bir hastası özelinde hastanın sosyal ilişkilerini ölçen bir anket uygulanmıştır.

3.5.İstatistiksel Analizler

Veriler SPSS 15 istatistik programıyla analiz edilmiştir. 200 hastanın tüm verileri yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından yapıldığından eksik veri olmamıştır. Hasta ve aile hekimlerini sosyodemografik verilerinin, UCLA yalnızlık ölçeğinin, NSP-Sİ alt ölçeğinin, sosyal ilişkiler hasta ve doktor anketlerinin frekans analizleri yapıldı. Doktorların yaş, meslekte kaçınıcı yıl, mevcut aile hekimliği birimi (AHB)'de kaçınıcı ay/yıl, UCLA toplam puan ve NSP-Sİ toplam puan verileri için tanımlayıcı analizler yapıldı. NSP-Sİ alt ölçekteki 5 soruya evet/hayır cevapları için grup oluşturulup ortalamaların eşitliği için t-test yapıldı. Hastalar yönelik Sosyal ilişkiler anketindeki yalnızlık algısına yönelik dördüncü ve beşinci sorulara verilen cevaplarla UCLA yalnızlık ölçeğinden alınan ortalama puanlar ANOVA analizi ile karşılaştırıldı. Dördüncü sorudaki “evet, genellikle; evet, arada sırada; evet, ama nadiren” cevapları bir grup, “hayır; bilmiyorum” cevapları bir grup yapılarak Mann-Whitney analizi yapılarak tekrar UCLA yalnızlık ölçeği ile değerlendirildi.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin UCLA-LS ve NSP-Sİ alt ölçeği değerlendirmesinde anlamlı fark saptanan özelliklerde çoklu değişkenlerin kendi aralarındaki fark yaratıcı tespit etmek için ANOVA testinde post-hoc analizlerinden Bonferroni kullanıldı.

Hastalar ve aile hekimlerine ayrı ayrı uygulanan sosyal ilişkiler anketinin sosyal katılım alanına yönelik üç sorusu arasındaki iç tutarlılığı ölçmek için cronbach alfa yöntemi kullanıldı. Hastalara yönelik sosyal ilişkiler anketi ile doktorlara yönelik sosyal ilişkiler anketi 2-6. soruları aynı sorular olup bunların çapraz tablo analizleri için ki-kare testi yapıp kappa değerlerine bakıldı. Hastaların sosyodemografik verilerindeki “kiminle yaşıyor” sorusu ile doktorlara yönelik hastalarını değerlendirmek adına sosyal ilişkiler anketindeki “hastanız kiminle yaşıyor” sorusu çapraz tablo yapılarak analiz edildi ve kappa değerine bakıldı. Hastaların sosyal ilişkiler anketindeki sosyal katılımı değerlendiren ilk üç sorusu ile hastaların NSP-Sİ alt ölçeği ortalama puanları ANOVA analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Hastalar “yalnız yaşayan” ve “yalnız yaşamayan” olarak gruplanıp, her bir grup için doktorların hastaları adına “yalnız” ve “yalnız değil” şeklinde cevapladığı grupların sosyodemografik verileriyle karşılaştırması ki-kare test ve Fisher's Exact Test ile değerlendirildi. NSP-Sİ toplam puan ve UCLA yalnızlık ölçeğinin

sosyodemografik verilerle karşılaştırılması ANOVA ile analiz edildi. Sosyal ilişkiler anketindeki “başkalarıyla birlikteyken de kendimi yalnız hissedirim” sorusu ile sosyodemografik verilerde “kiminle yaşıyor” sorusu çapraz tablo yapıldı ve ki-kare testi ile değerlendirildi, kappa değerine bakıldı.

3.6. İzinler

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 4.10.2018 tarih ve 20478486-050.04.04- sayı ile izin alınmıştır. Aile hekimliği birimlerinde çalışmak için Manisa İl Sağlık Müdürlüğünden de izin alınmıştır. Her bir hastanın çalışmaya dâhil olma konusunda bilgilendirilmesi yapıp rızası alınmıştır.



4.Bulgular

4.1. Hastalara Ait Bulgular

4.1.1. Hasta Özellikleri Dağılımı

200 hastanın 103 kadın, 97 erkek bireyden oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 72,47'dir. Hastaların %76'sı evli, %19,5 yalnız yaşıyor, %94,5'un kronik hastalığı var, hastaların %60'ının aylık geliri giderinden az, %6'sı okuryazar değil, %6,5'i üniversite mezunu, %35,5'i ev hanımı, %20,5'i çiftçi, %88,5'inin engeli yok, %2,5'i görme engeli, %6,5'i işitme engeli ve %2,5'i yürüme engeli olan kişilerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta Özelliklerinin Dağılımı

Hastaların özelliklerinin dağılımı		
Değişkenler	S/Ort.	% (veya SS*)
Cinsiyet		
Kadın	103	51,5
Erkek	97	48,5
Yaş (ort.)		
Ortalama	72,47	5,822*
Medeni durum		
Evli	152	76
Evli değil (dul, boşanmış, hiç evlenmemiş)	48	24
Kiminle yaşıyor		
Yalnız	39	19,5
Eşiyle	122	61
Eşi ve çocuklarıyla		
Diğer (bakıcı, kardeş, akraba)	22	11
Aile hekimine kayıtlı olduğu süre		
6 ay-36 ay	115	57,5
37 ay-84 ay	85	42,5
Kronik hastalık		
Var	189	94,5
Yok	11	5,5
Çocuk sayısı		
0-3	152	76
4-9	48	24
Ekonomik durum		
Aylık geliri giderine eşit	73	36,5
Aylık geliri giderinden az	120	60
Aylık geliri giderinden fazla	7	3,5
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	12	6
Okuryazar	17	8,5

İlkokul	96	48
Ortaokul	32	16
Lise	30	15
Üniversite	13	6.5
Engellilik durumu		
Yok	177	88,5
Görme engelli	5	2,5
İşitme engelli	13	6,5
Yürüme engelli	5	2,5

4.1.2. 65 Yaş Üstü Hastalarda Sosyal İlişkiler anketi frekans tablosu

Hastaların %52'si haftada en az bir kere yakınları tarafından evinde ziyaret edildiğini, %8'i hiç ziyaret edilmediğini bildirmiştir. Hastaların %29,5'i yakınlarını ayda en az 1 kez ziyaret ettiğini, %21'i hiç ziyaret etmediğini bildirmiştir. Hastaların %21,5'i ev dışı sosyal faaliyetlere haftada en az bir kez katıldığını; %42'si hiç katılmadığını bildirmiştir. Hastaların %18'i başkalarıyla birlikte olsa bile yalnız olduğunu; %81,5'i yalnız hissetmediğini bildirmiştir. Hastaların %98'i problemleri ve desteğe ihtiyacı olduğunda konuşacak bir yakını varlığı sorusuna evet demiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastalara yönelik sosyal ilişkiler anketi frekans tablosu

SORULAR	S	%
1- Geçen ay boyunca evinizde arkadaşlarınız, komşularınız veya aileniz tarafından ne sıklıkta ziyaret edildiniz?		
Haftada en az bir kere	104	52,0
Haftada bir kereden az	79	39,5
Hiç ziyaret edilmemiştir	16	8
Bilmiyorum	1	0,5
2- Geçen ay içinde başkalarının evini ne sıklıkta ziyaret ettiniz?		
Haftada en az bir kere	59	29,5
Haftada bir kereden az	98	49
Hiç ziyaret etmemiştir	42	21
Bilmiyorum	1	0,5
3- Geçen ay boyunca kendi eviniz dışındaki etkinliklere ne sıklıkta katıldınız?		
Haftada en az bir kere	43	21,5
Haftada bir kereden az	72	36
Hiç katılmamıştır	84	42
Bilmiyorum	1	0,5

4- Başkaları veya yakınlarınızla birlikte olsanız da yalnız olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
Evet genellikle	6	3
Evet arada sırada	17	8,5
Evet ama nadiren	13	6,5
Hayır	163	81,5
Bilmiyorum	1	0,5
5- Problemleriniz/desteğe ihtiyacınız olduğunda konuşacak bir yakınınız/arkadaşınız var mı?		
Evet	196	98
Hayır	3	1,5
Bilmiyorum	1	0,5

Hastalara yönelik sosyal ilişkiler anketinde sosyal katılıma yönelik 1, 2, 3. sorular için iç tutarlılık analizinde cronbach's alfa değeri 0,600 bulunmuştur. Bu üç soru için tutarlılığın düşük güvenilirlikte olduğunu gösterir.

Yalnızlık/sosyal destekle ilgili 'Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi've 'bir derdi olduğunda konuşacak bir yakının varlığı' sorularının cevap şıkları eşit olmadığından iç tutarlılık analizi yapılamamıştır.

4.1.3. NSP – Sİ alt ölçeği frekans tablosu

Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeğinden aldığı ortalama puan 36,69; Standart sapması 6,71'dir. Nottingham Sağlık Profili anketinin Sosyal İzolasyon Alt Ölçeğinden alınan ortalama puan 12,47; standart sapması 24,50'dir. Hastaların %14,5'u kendimi yalnız hissediyorum sorusuna evet demiş; ortalama puan 3,19; standart sapma 7,76'dır. Hastaların %13,5'u insanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum sorusuna evet demiş; ortalama puan 2,61; standart sapma 6,63'tür. Hastaların %8,5'u kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum sorusuna evet demiştir; ortalama puan 1,71; standart sapma 5,62'dir. Hastaların %13,5'u insanlara yük olduğumu düşünüyorum sorusuna evet demiştir; ortalama puan 3,04; standart sapma 7,71'dir. Hastaların %12'si insanlarla geçinmek güç geliyor sorusuna evet demiş; ortalama puan 1,91; standart sapma 5,20'dir (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların UCLA Toplam puan, NSP-Sİ alt ölçeği toplam puan ve NSP-Sİ alt ölçeğine verdikleri yanıtların frekansı

		Ortanca	SS	Min./Max.
UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan		36,69	6,71	28/61
NSP-Sİ alt ölçeği toplam puan		12,47	24,50	0,00/100
Nottingham Sağlık Profili /Sosyal İzolasyon alt ölçeği				
	S (%)	Ortanca	SS	Min./Max.
Kendimi yalnız hissediyorum				
Evet	29 (14,5)	3,19	7,76	0,00/22,01
Hayır	171 (85,5)			
İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum				
Evet	27 (13,5)	2,61	6,63	0,00/19,36
Hayır	173 (86,5)			
Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum				
Evet	17 (8,5)	1,71	5,62	0,00/20,13
Hayır	183 (91,5)			
İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum				
Evet	27 (13,5)	3,04	7,71	0,00/22,53
Hayır	173 (86,5)			
İnsanlarla geçinmek güç geliyor				
Evet	24 (12)	1,91	5,20	0,00/15,97
Hayır	176 (88)			

4.1.4. Sosyodemografik verideki özelliklerin UCLA-LS ve NSP-Sİ ile değerlendirilmesi

Hastaların sosyodemografik verilerine göre UCLA yalnızlık ölçeği ve NSP Sosyal izolasyon alt ölçeğinden alınan puan ortalamalarını karşılaştırdık. Bizim çalışmamızda cinsiyete göre UCLA yalnızlık ölçeği ve NSP-Sİ' de alınan puanlarda istatistiksel bir fark çıkmadı. Fakat eğitim düzeyi ve ekonomik duruma göre her iki ölçekte de anlamlı fark saptandı. Kronik hastalık varlığı ve engellilik durumu UCLA yalnızlık ölçeğinde anlamlı bulundu. Kiminle yaşadığına göre de NSP-Sİ alt ölçeği anlamlı bulundu. Bu sonuç hastaların eşi, çocukları veya bir yakınıyla birlikte yaşadığında sosyal izolasyon halinin kronik hastalık ve engellilik durumundan etkilenmediğini göstermektedir. Fakat yalnızlık ölçeği ile kiminle yaşadığı parametresinde anlamlı fark yoktu; bu da yalnızlık kavramında olduğu gibi kişinin arzuladığı iletişim, paylaşım, anlaşılma, kabul görme gibi yaşantı örnekleri ile gerçekte olan arasındaki farkın bireysel bir algı oluşu ile literatüre uyumlu çıkmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların SDV ile UCLA-LS ve NSP-Sİ alt ölçeği değerlendirmesi

DEĞİŞKENLER		S	UCLA-LS			NSP-Sİ		
			ORT	SS	p	ORT	SS	p
Cinsiyet	Kadın	103	36,05	6,38	0,171	9,94	21,15	0,133
	Erkek	97	37,36	7,02		15,15	27,47	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12	43,91	8,24	0,002	34,86	33,44	0,008
	Okuryazar	17	35,23	4,23		6,56	10,48	
	İlkokul	96	37,16	6,72		14,82	25,96	
	Ortaokul	32	35,18	6,68		8,06	24,79	
	Lise	30	35,36	4,18		6,22	15,98	
	Üniversite	13	35,15	8,75		7,44	21,70	
Medeni durum	Evli	152	36,42	6,99	0,241	11,71	23,20	0,093
	Evli değil	48	37,52	6,63		14,88	24,92	
Ekonomik durum	Aylık geliri giderine eşit	120	35,32	6,19	0,038	6,73	18,93	0,003
	Aylık geliri giderinden az	73	37,55	6,96		16,52	27,24	
	Aylık geliri giderinden fazla	7	36,14	6,06		2,87	7,60	
Kronik hastalık	Var	189	37,01	6,76	0,000	13,09	25,03	0,108
	Yok	11	31,18	1,40		1,76	5,83	
Engellilik	Engeli Yok	177	36,23	6,35	0,023	11,23	22,74	0,173
	Görme engeli var	5	36,20	3,19		12,10	17,44	
	İşitme engeli var	13	41,30	9,59		25,03	37,33	
	Yürüme engeli var	5	41,40	8,73		24,02	43,35	
Kiminle yaşıyor	Yalnız yaşıyor	39	38,15	7,73	0,157	15,36	25,83	0,043
	Eşle yaşıyor	122	35,91	6,27		10,84	24,91	
	Çocuklarıyla (eşi de olabilir) yaşıyor	19	36,63	6,02		11,83	22,39	
	Diğer (bakıcı, akraba, kardeş, ..)	20	36,69	6,71		17,38	21,58	

Bu analizde çoklu değişkenlerin kendi aralarındaki fark yaratıcı tespit etmek için ANOVA testinde post-hoc analizlerinden Bonferroni kullanıldı.

UCLA-LS ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı çıkanlardan eğitim durumlarından 'okuryazar olmayan' grup anlamlı olarak daha yalnız, ekonomik durumun alt grupları içinde anlamlı farklılık yok, engellilik durumunun 'işitme engeli' alt grubu da engelli olmayanlara göre anlamlı olarak daha yalnız bulunmuştur.

NSP-Sİ ölçeğinde eğitim durumunun alt gruplarından 'okuryazar olmayan' grup 'ilkokul mezunu' grup dışındaki diğer değişkenlere göre NSP-Sİ puanı anlamlı olarak daha yüksek çıktı. Ekonomik durum değişkeninde 'geliri giderinden az' olan grup daha çok sosyal izolasyon yaşadığı belirlendi. Kiminle yaşadığı değişkeninde alt gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

4.1.5. Sosyodemografik özelliklere göre hastaların kendini yalnız hissetme durumunun değerlendirilmesi

Hastaların kendini yalnız hissetme durumu sosyodemografik özelliklerin ile değerlendirildiğinde hastaların 'kiminle yaşadığı' durumu yalnız hissetmelerini etkilediği görülmektedir (p=0,014) (Tablo 5).

Tablo 5. Sosyodemografik özelliklere göre hastaların kendini yalnız hissetme durumu

		Kendimi yalnız hissediyorum		p
		Evet /%	Hayır /%	
Cinsiyet	Kadın	11 (10,7)	92 (89,3)	0,114
	Erkek	18 (18,6)	79 (81,4)	
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	4 (33,3)	8 (66,7)	0,105
	İlkokul terk	2 (11,8)	15 (88,2)	
	İlkokul	18 (18,8)	78 (81,3)	
	Orta öğretim	3 (9,4)	29 (90,6)	
	Lise	1 (3,3)	29 (96,7)	
	Üniversite	1 (7,7)	12 (92,3)	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	0 (0)	2 (100)	0,217
	Evli	19 (12,5)	133 (87,5)	
	Dul	10 (23,8)	32 (76,2)	
	Boşanmış	0 (0)	4 (100)	
Kiminle yaşıyor	Yalnız	8 (20,5)	31 (79,5)	0,014
	Eşi	13 (10,7)	109 (89,3)	
	Eşi ve çocukları	1 (5,3)	18 (94,7)	
	Diğer	7 (35)	13 (65)	
Çocuk sayısı	0-3 çocuk	19	132	0,466
	4-9 çocuk	10	39	
Meslek	Ev hanımı	13 (18,3)	58 (81,7)	0,137
	Memur	4 (9,8)	37 (90,2)	
	Çiftçi	1 (3,3)	29 (96,7)	
	Diğer	11 (19)	47 (81)	
Ekonomik durum	Geliri giderinden az	23 (19,2)	97 (80)	0,060
	Geliri giderine eşit	6 (8,2)	67 (91,8)	
	Geliri giderinden fazla	0 (0)	7 (100)	
	Yok	25 (14,1)	152 (85,9)	0,965

Engellilik durumu	Görme	1 (20)	4 (80)	
	İşitme	2 (15,4)	11 (84,6)	
	Yürüme	1 (20)	4 (80)	
Kronik hastalık	Var	29 (15,3)	160 (84,7)	0,160
	Yok	0 (0)	11 (100)	

4.1.6. Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi ve kiminle yaşadığı karşılaştırması

Kiminle yaşadığının 'yalnız' 'eşyle' 'eşi ve çocuklarıyla' ve 'diğer' alt gruplarının hangisinden nasıl etkilendiğini incelediğimizde bakıcı, akraba vb ile yaşayanların eşyle ve eşi ve çocuklarıyla yaşayanlardan anlamlı olarak daha çok yalnız hissettiği bulunmuştur ($p=0,004$; $p=0,022$) (Tablo 6)

Tablo 6. Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi ve kiminle yaşadığı tablosu

Kiminle yaşıyor		Kendimi yalnız hissediyorum		P
		Evet / %	Hayır / %	
1	Yalnız	8 (53,3)	31 (70,5)	0,226
	Diğer	7 (46,7)	13 (29,5)	
2	Eşi ile	13 (65)	109 (89,3)	0,004
	Diğer	7 (35)	13 (10,7)	
3	Eşi ve çocukları	1 (12,5)	18 (58,1)	0,022
	Diğer	7 (87,5)	13 (41,9)	
4	Yalnız	8 (38,1)	31 (22,1)	0,112
	Eşi ile	13 (61,9)	109 (77,9)	
5	Yalnız	8 (88,9)	31 (63,3)	0,132
	Eşi ve çocukları	1 (11,1)	18 (36,7)	

Hastalara yönelik sosyal ilişkileri değerlendirme sorularından 4. soru olan “başkaları veya yakınlarınızla birlikteyken kendimi yalnız hissederim” sorusuna verilen cevaplarla sosyodemografik verilerden kiminle yaşadığı sorusunun cevapları karşılıklı değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılık bulunmuş ($p=0,009$) olup; yalnız yaşadığını bildiren 39 kişinin 13’ü, eşi ile yaşayan 122 kişinin 15’i, eşi ve çocuklarıyla yaşayan 19 kişinin 2’si, bakıcı/akraba gibi kişilerle yaşadığını bildiren 20 kişinin 6’sı başkalarıyla birlikteyken yalnız hissettiğini bildirmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Kiminle yaşadığı ve başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi karşılaştırması

		Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi			p
		EVET/%	HAYIR/%	TOPLAM	
Kiminle yaşıyor	Yalnız	13 (33,3)	26 (66,7)	39	0,009
	Eşi	15 (12,3)	107 (87,7)	122	
	Eşi ve çocukları	2 (10,5)	17 (89,5)	19	
	Diğer	6 (30)	14 (70)	20	
	TOPLAM			200	

4.1.7. Sosyal katılım ile ve Nottingham Sağlık Profili/Sosyal İzolasyon alt ölçeği Karşılaştırması

Hastalara sorduğumuz sosyal ilişkiler anketindeki 5 sorunun ilk 3’ü onların sosyal katılımını değerlendirmek üzere sorulmuştur. Bu soruları NSP-Sİ ile karşılaştırılmasında;

- Yakınları tarafından ziyaret edilenlerin sosyal izolasyon alt puanı anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır ($p=0,000$).
- Başkalarının evini ziyaret edenlerde ($p=0,000$) sosyal izolasyon alt ölçek puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Sosyal katılım ile NSP-Sİ alt ölçeği karşılaştırması

	Cevap	S	%	NSP-Sİ ortalama	SD	p
Geçen ay evinizde yakınlarınız tarafından ne sıklıkta ziyaret edildiniz?	haftada en az 1	104	52	7,88	18,00	0,000*
	haftada 1den az	79	39,5	12,14	24,59	
	hiç	16	8	44,72	36,45	
	bilmiyorum	1	0,5	.	.	
Geçen ay başkalarının evini ne sıklıkta ziyaret ettiniz?	haftada en az 1	59	29,5	2,09	9,32	0,000*
	haftada 1den az	98	49	10,49	21,65	
	hiç	43	21,5	31,21	33,49	
	bilmiyorum	1	0,5	.	.	
Geçen ay kendi eviniz dışındaki etkinliklere ne sıklıkta katıldınız?	haftada en az 1	43	21,5	7,67	21,81	0,111
	haftada 1den az	72	36	10,69	21,71	
	hiç	84	42	16,60	27,59	
	bilmiyorum	1	%0,5	.	.	

4.1.8. UCLA Yalnızlık Ölçeği ve NSP-Sİ Alt Ölçeği Korelasyonu

Hastaların UCLA yalnızlık ölçeği ortalama toplam puan ile NSP-Sİ ortalama toplam puanı arasında da anlamlı olarak pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($r=0,680$, $p=0,000$). (Tablo 9).

Tablo 9. UCLA Yalnızlık ölçeğinin NSP-Sİ ve SDV ile korelasyonu

		NSP-Sİ	Eğitim durumu	Engellilik durumu	Kronik hastalık
UCLA-LS	r	0,680	-0,207	0,208	-0,198
	p	0,001	0,003	0,003	0,005

Multivaryant lineer regresyon analizine göre yalnızlık eğitim durumu, kronik hastalık durumu, engellilik durumundan etkilenmekte ve sosyal izolasyon durumu da eğitim durumundan anlamlı olarak etkilenmektedir (Tablo 10).

Tablo 10. Multiple Regresyon Analizi

	r ²	β	t	p
UCLA-LS	0,121			
Sabit			12,862	0,001

Eğitim durumu		-0,177	-2,449	0,015
Engellilik durumu		0,212	3,139	0,002
Kronik hastalık varlığı		-0,162	-2,383	0,018
NSP-Sİ				
Sabit	0,043			
Eğitim durumu		-0,169	-2,253	0,025

4.2. Aile Hekimlerine Ait Bulgular

4.2.1. Aile Hekimlerinin Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmaya 4'ü kadın, 1'i erkek 5 aile hekimi katılmıştır. Yaş ortalaması 39,8'dir. Meslekte ortalama çalışma 15,8 yıldır. Mevcut Aile Hekimliği Biriminde ortalama 55,6 aydır. Hasta nüfusunda 65 yaş üstü nüfus oranı %5-11 arasındadır. Aile hekimlerinin 65 yaş üstü hasta başvuru oranı %8 ile %24 arasındadır (Tablo 11).

Tablo 2. Aile Hekimlerinin özelliklerinin dağılımı

AİLE HEKİMLERİNİN ÖZELLİKLERİ DAĞILIMI		
Değişkenler	S / Ort.	% veya SS*
Cinsiyet		
Kadın	4	80
Erkek	1	20
Yaş (ort.)	39,8	3,13*
Meslekte kaçınıcı yıl (ort)	15,8	4,36*
AHB'de kaçınıcı yıl/ay (ort)	55,6	19,07*
65 yaş üstü nüfus oranı		
5	40	20
10	40	20
11	120	60
Son 6 ayda 65 yaş üstü başvuru oranı		
8	40	20
13	80	40
14	40	20
24	40	20

Ort.: ortalama, SS: standart sapma

4.2.2. Aile Hekimi için 65 Yaş Üstü Hastaların Sosyal İlişkiler Anketi Frekans Tablosu

Aile hekimleri çalışmaya katılan her bir hastası adına sosyal ilişkiler anketi doldurmuştur (her bir hekim toplamda 40 ar adet hastalarının sosyal ilişkilerini değerlendiren anketi cevaplamıştır.

Aile hekimleri hastalarının %21,5'ini yalnız yaşıyor, %62,5'ini eşiyile birlikte yaşıyor, %16,5'ünü çocuklarıyla (eşiyile de olabilir) ve %0,5'ini bakıcı/kardeş/akraba ile birlikte yaşıyor olarak cevaplamıştır.

Aile hekimleri hastalarının geçen ay boyunca evinde yakınları tarafından ziyaret edilme durumunu %65 haftada en az bir kere olarak cevaplayıp %7,5'inin ziyaret edilme durumunu bilmediğini bildirmiştir.

Aile hekimleri hastalarının ev dışı sosyal faaliyetlere katılma durumu için %34'ünün haftada en az bir kez; %15,5'inin haftada bir kereden az, %33,5'inin hiç katılmadığı yönünde cevaplamış ve %17'sinin katılma durumunu bilmediğini bildirmiştir.

Aile hekimleri hastalarının başkaları veya yakınlarıyla birlikte olsa bile kendini yalnız hissedip hissetmeme durumu için %30,5'i için evet, %66,5'i için hayır şeklinde cevaplamıştır.

Aile hekimleri hastalarının problemleri veya desteğe ihtiyacı varsa konuşacak bir yakını olması durumu için %92,5 evet, %1,5 hayır demiş ve %6'sının bu durumunu bilmediğini bildirmiştir (Tablo 12).

Aile hekimlerine yönelik hastaların sosyal ilişkileri değerlendirme anketindeki sosyal katılıma yönelik 2, 3 ve 4. sorularının iç tutarlık ölçümlerinde cronbach alfa değeri 0,727 olarak bulunmuştur. Bu üç soru için tutarlılığın oldukça güvenilir seviyede olduğunu gösterir.

Başkalarıyla birlikteyken yalnızlık hissi ve bir derdi olduğunda konuşacak bir yakının varlığını soran 5. ve 6. sorularda cevap şıkları eşit olmadığından iç tutarlık analizi yapılamamıştır.

Tablo 3. Aile hekimlerine yönelik hastaların sosyal ilişkileri değerlendirme anketi frekans tablosu

SORULAR	S	%
Hastanız kendi evinde kiminle yaşamaktadır?		
Yalnız	41	21,5
Eşiyle birlikte	125	62,5
Eşi ve çocuklarıyla	33	16,5
Diğer (bakıcısı, kardeşi)	1	0,5
Hastanın geçen ay boyunca evinde arkadaşları/komşuları/ailesi tarafından ne sıklıkta ziyaret edildiğini düşünüyorsunuz?		
Haftada en az bir kere	130	65
Haftada bir kereden az	49	24,5
Hiç ziyaret edilmemiştir	6	3
Bilmiyorum	15	7,5
Hastanın geçen ay içinde başkalarının evini ne sıklıkta ziyaret ettiğini düşünüyorsunuz?		
Haftada en az bir kere	84	42
Haftada bir kereden az	61	30,5
Hiç ziyaret etmemiştir	25	22,5
Bilmiyorum	30	15
Hastanın geçen ay boyunca kendi evi dışındaki etkinliklere ne sıklıkta katıldığını düşünüyorsunuz?		
Haftada en az bir kere	68	34
Haftada bir kereden az	31	15,5
Hiç katılmamıştır	67	33,5
Bilmiyorum	34	17
Hastanın başkaları/yakınları ile birlikte olsa da yalnız olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet genellikle	12	6
Evet, arada sırada	22	11
Evet, ama nadiren	27	13,5
Hayır	133	66,5
Bilmiyorum	6	3
Hastanın problemleri varsa veya desteğe ihtiyacı olduğunda konuşacak bir yakını/ arkadaşı var mı?		
Evet	185	92,5
Hayır	3	1,5
Bilmiyorum	12	6

4.2.3. Hastaların SDV özelliklerine göre aile hekimlerinin hastaların yalnızlık durumunu değerlendirmesi

Çalışmaya katılan aile hekimlerine hastalar hakkında tek tek her hasta özelinde (hasta ile görüşme biter bitmez) anketler uygulanmıştır. Aile hekimlerinin her bir hastanın yalnızlık durumunu, hastanın sosyodemografik değişkenlerine göre analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan beş aile hekiminin kendine bağlı nüfustaki 65 yaş üstü bireylerin sosyal ilişkilerini ve yalnızlık durumunu ne ölçüde bilip bilmediklerini değerlendirmek istediğimiz bu tabloda anlamlı bulduğumuz iki değişken olmuştur: birincisi, 65 yaş üstü bireylerin aylık geliri ve gideri arasındaki fark ile doktorların gerçekten yalnız yaşayan hastaların kaçına yalnız kaçına yalnız değil dediği ilişki ($p=0,035$); ikincisi, yalnız yaşamayan gruptakilerin medeni durumu parametresi ile doktorların bu kişilerin yalnız ve yalnız değil olmalarını değerlendirmeleri anlamlı ($p=0,000$) bulunmuştur.

Bu demektir ki bizim örneklemimizdeki hizmet veren aile hekimleri kendi 65 yaş üstü hastalarının yalnız yaşayan gruptakilerin yalnız yaşama durumlarını ekonomik durumuna göre ve yalnız yaşamayan gruptaki kişilerin yalnızlık durumunu da medeni durumlarına göre anlamlı olarak bilmektedir. Değerlendirmeye aldığımız diğer parametrelerde anlamlı bir fark oluşmamış olması aile hekimliği sistemindeki hasta-hekim ilişkisindeki olası genel bir eksikliğin bizim örneklemimizdeki yansıması olabilir ve dikkat çekicidir. Hastaların cinsiyetine, kronik hastalık varlığı, engellilik durumu, meslek ve sosyal katılım parametrelerinde doktorların hastalarının gerçekten yalnız olup olmamalarını bilebilme durumları istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 13).

Tablo 4. Aile hekimlerinin hastalarının yalnızlık durumunu değerlendirmesi

Değişkenler		Yalnız yaşayanlar			Yalnız yaşamayanlar		
		AH:yalnız değil	AH:yalnız	p	AH:yalnız değil	AH:yalnız	p
Cinsiyet	Kadın	1	17	0,349	83	2	0,256
	Erkek	4	17		71	5	
Kronik hastalık	Var	5	34	1	7	143	0,464
	Yok	5	34		0	11	
Engellilik	Yok	4	30	0,701	137	6	0,704
	Görme	0	0		5	0	
	İşitme	1	3		8	1	
	Yürüme	0	0		4	0	
Ekonomik durum	Aylık geliri giderine eşit	17	0	0,035*	56	0	0,084
	Aylık geliri giderinden az	17	5		92	6	
	Aylık geliri giderinden fazla	0	0		6	1	
Meslek	Ev hanımı	3	10	0,416	54	4	0,571
	Çiftçi	1	5		34	1	
	Memur	0	10		20	0	
	Diğer	1	9		46	2	
Medeni durum	Evli	2	6	0,248	141	3	0,000*
	Evli değil	3	28		13	4	
Geçen ay yakınları tarafından ziyaret edilme	Haftada en az bir kez	3	20	0,688	79	2	0,106
	Haftada bir kereden az	1	11		64	3	
	Hiç ziyaret edilmemiştir	1	3		11	2	
Geçen ay yakınların ı ziyaret etme	Haftada en az bir kez	2	13	0,318	42	2	0,900
	Haftada bir kereden az	1	16		78	3	
	Hiç ziyaret etmemiştir	2	5		34	2	
Geçen ay ev dışı aktiviteler e katılım	Haftada en az bir kez	1	8	0,201	31	3	0,065
	Haftada bir kereden az	0	12		56	4	
	Hiç katılmamıştır	4	14		67	0	

AH:Aile Hekimi

4.3. Aile Hekimi ve Hasta Cevapları Karşılaştırmaları

4.3.1. Kiminle Yaşadığının Aile Hekimi ve Hasta Cevapları Örtüşmesi

Doktorlar yalnız yaşadığını bildiren 39 hastanın 34'ünü yalnız yaşıyor olarak, eşi ile yaşadığını bildiren 122 hastanın 113'ünü eşi ile yaşıyor olarak, çocuklarıyla yaşadığını bildiren 19 hastanın 7'sini çocuklarıyla yaşıyor olarak, bakıcı veya diğer kişilerle yaşadığını bildiren 20 hastanın 3'ünü bakıcı veya diğer kişilerle yaşıyor olarak cevaplamışlardır. Bu karşılaştırmaların kapa değeri 0,636, p değeri 0,000'dır. Hastaların kiminle yaşadığı durumunu doktorların doğru bilebilmesi anlamlı bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 5. Hastaların kiminle yaşadığı sorusunun Aile hekimi / hasta cevapları örtüşmesi

KİMİNLE YAŞIYOR						kappa	p
Hastanın Cevabı	Aile Hekiminin Cevabı						
	Yalnız	Eşi	Eşi ve çocukları	Diğer	Toplam		
Yalnız	34 %82,9	2 %1,6	2 %6,1	1 %100	39	0,636	0,000*
Eşi ile	2 %4,9	113 %90,4	7 %21,2	0 %0,0	122		
Çocukları (eşi de olabilir)	0 %0,0	7 %5,6	12 %36,4	0 %0,0	19		
Bakıcı /diğer	5 %12,2	3 %2,4	12 %36,4	0 %0,0	20		
Toplam	41	125	33	1	200		

4.3.2. Sosyal ilişkiler anketine verilen cevapların karşılaştırması

Sosyal ilişkiler anketinde geçen ay kendi evinde yakınları tarafından ziyaret edilme durumuna hastaların %83,7'sinde aile hekimi ve hastalar haftada en az 1 kez, %41,8'inde haftada bir kereden az, %18,8'inde hiç olarak aynı cevabı

vermiştir. Bu sorunun aile hekimi ve hasta cevapları örtüşme değeri $kappa=0,900$ dir. p değeri $0,176$ olarak anlamlı bulunmamıştır.

Geçen ay başkalarını ne sıklıkta ziyaret ettiği sorusuna aile hekimi ve hastalar %76,5 oranında haftada en az bir kez, %46,9 oranında haftada bir kereden az, %37,2 hiç ziyaret etmemiştir şeklinde aynı cevabı vermiştir. Bu sorunun aile hekimi ve hasta cevapları örtüşme değeri $kappa=0,178$, $p=0,220$ olarak anlamlı bulunmamıştır.

Geçen ay ev dışı etkinliklere ne sıklıkta katıldığı sorusuna aile hekimi ve hastalar %67,4 oranında haftada en az bir kere, %29,2 oranında haftada bir kereden az, %57,1 oranında hiç katılmamıştır olarak aynı cevabı vermiştir. Bu sorunun aile hekimi ve hasta cevapları örtüşme değeri $kappa=0,710$, $p=0,096$ olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hasta başkaları veya yakınları ile birlikte olsa da kendini yalnız hissetme sorusuna aile hekimi ve hastalar %16,7 oranında evet genellikle, %17,6 oranında evet arada sırada, %38,5 oranında evet nadiren, %69,9 oranında hayır şeklinde aynı cevabı vermiştir. Bu sorunun aile hekimi ve hasta cevapları örtüşme değeri $kappa=0,760$, $p=0,460$ olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hastanın problemi olduğunda veya desteğe ihtiyacı olduğunda konuşacak yakını var mı sorusuna aile hekimi ve hastalar %92,9 oranında evet şeklinde aynı cevabı vermiştir. Bu sorunun aile hekimi ve hasta cevabı örtüşmesi $kappa=0,105$, $p=0,280$ olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14).

Hastalara yönelik sosyal ilişkiler anketinin 1, 2, ve 3. soruları ile aile hekimlerine yönelik hastaların sosyal ilişkilerini değerlendirme anketinin 2,3 ve 4. sorularının karşılıklı iç tutarlılık değerlendirmesinde cronbach alfa değeri $0,733$ olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Sosyal ilişkiler anketinin 4. Sorusu 'başkalarıyla birlikteyken de yalnız hissetme durumu' aile hekimi ve hasta cevaplarının karşılıklı iç tutarlılık değerlendirmesinde cronbach alfa değeri $0,409$ olarak bulunmuştur. **Bu sorular için tutarlılık oldukça düşük güvenirlindedir** (Tablo 16).

Tablo 6. Sosyal ilişkiler anketi aile hekimi – hasta cevapları örtüşmesi

		SOSYAL İLİŞKİLER -HASTA					Kappa	p
		Haftada en az 1 kez (%)	Haftada 1 den az (%)	Hiç (%)	Bilmiyorum (%)	Toplam (S)		
	Aile Hekimi							
1.Hasta geçen ay ne sıklıkta ziyaret edilmiştir?	Haftada en az 1 kez	83,7	44,3	43,8	100	130	0,900	0,176
	Haftada 1 den az	12,5	41,8	18,8	0	49		
	Hiç	0	3,8	18,8	0	6		
	bilmiyorum	3,8	10,1	18,8	0	15		
	Toplam (S)	104	79	16	1	200		
2. Hasta geçen ay başkalarını ne sıklıkla ziyaret etmiştir?	Haftada en az 1 kez	76,3	30,6	20,9	0	84	0,178	0,220
	Haftada 1 den az	15,3	46,9	14	0	61		
	Hiç	1,7	8,2	37,2	0	25		
	bilmiyorum	6,8	14,3	27,9	0	30		
	Toplam (S)	59	98	43	0	200		
3. hasta geçen ay ev dışı etkinliklere ne sıklıkta katılmıştır?	Haftada en az 1 kez	67,4	34,7	16,7	0	68	0,710	0,096
	Haftada 1 den az	9,3	29,2	6	100	31		
	Hiç	11,6	19,4	57,1	0	67		
	bilmiyorum	11,6	16,7	20,2	0	34		
	Toplam (S)	43	72	84	1	200		
4. hasta başkaları veya yakınlarıyla Birlikte olsa da yalnız olduğunu düşünür mü?		Genellikle (%)	Arada sırada (%)	Nadiren (%)	Hayır (%)	Bilmiyorum (%)	0,760	0,460
	Genellikle	16,7	23,5	7,7	3,7	0		
	Arada sırada	33,3	17,6	0	10,4	0		
	Nadiren	16,7	5,9	38,5	12,3	0		
	Hayır	33,3	52,9	53,8	69,9	100		
	Toplam (S)	6	17	13	163	1		
5. hastanın desteğe ihtiyacı olduğunda konuşacak bir yakını var mı?		Evet (%)	Hayır (%)	S	0,105	0,280		
	Evet	92,9	75	185				
	Hayır	1,5	0	3				
	Bilmiyorum	5,6	25	12				
	Toplam (S)	196	4	200				

Tablo 7. Sosyal ilişkiler soruları; iç tutarlılık

Sorular	cronbach's alpha
Hastalar yönelik Sosyal ilişkiler 1. 2. 3. sorular ile Aile Hekimlerine yönelik hastanın sosyal ilişkilerini değerlendirme anketi 2. 3. 4. Sorular	0,733
Hastalara yönelik Sosyal ilişkiler 4. Soru ile Aile Hekimlerine yönelik hastanın sosyal ilişkilerini değerlendirme anketi 5. Soru	0,409



5. TARTIŞMA

Yaşlılarda yalnızlık ve sosyal izolasyon kavramları son zamanlarda tüm bileşenleri ile ayrıntılı olarak incelenmektedir (28,48). Bu alanda ülkemizde yapılan araştırmalarla ilgili literatür incelediğinde 65 yaş üstü hastalarda yalnızlık ve sosyal izolasyonla ilgili çalışmalar olsa da aile hekimliği uzmanının ya da hekim ayağının olduğu bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.1. Hasta Verilerine Ait Değerlendirmeler

Yalnızlık sadece yaşlıların bir sorunu olmasa da kadın cinsiyet ve 80 yaş ve üstü olanların görece daha yüksek yalnızlık oranlarına sahip oldukları belirtilmektedir (66-68). Bazı çalışmalara göre yaşlılarda yalnızlık oranının %40 ile %50 oranına çıkabildiği bildirilmektedir (69). İspanya'da yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %36,7'si yalnız yaşadığı tespit edilmiş olup, bu popülasyonda erkeklerin %56'sı ve kadınların ise %72'si yaşları ilerledikçe artan şekilde yalnızlık hissettiğini bildirmiştir (70).

Danimarka'da Due ve ark. tarafından yapılan çalışmada aile hekimine başvuran yaşlı hastaların %17,6'sı yalnızlık hissetmektedir (71). 55 yaş üstündeki Hollanda nüfusunun üçte birinin (%32) yalnız olduğu ve %4'ünün şiddetli yalnızlık yaşadığı tespit edilmiştir (72). Due ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada toplam 461 katılımcının %36,2'si yüksek, %45,5'i orta, %18,3'ü düşük sosyal katılıma sahip olup; %17,9'unun sık sık veya ara sıra yalnızlık hissettiği tespit edilmiştir (73).

Bizim çalışmamızda hastaların %14,5'i kendini yalnız hissettiğini belirtmiştir. Aynı zamanda hastaların %41'inin ortalamanın ($36,69 \pm 6,71$) üzerinde yalnızlık puanı aldığı tespit edildi. NSP-Sİ'den alınan ortalama toplam puan 12,47 ($\pm 24,50$), NSP-Sİ'deki sorulardan 'kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum' en düşük yüzde ve ortalama puana sahip soru olarak belirlendi

(%8,5, 1,71±5,62). UCLA Yalnızlık ölçeği ve NSP-Sİ alt ölçeği korelasyonu pozitif olarak anlamlı ilişkide bulundu ($r=0,680$, $p=0,000$).

Hastaların sosyodemografik özellikleri UCLA-LS ve NSP-Sİ ölçekleri ile karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça yalnızlık ve sosyal izolasyon durumlarının azaldığı yönde anlamlı ilişki bulundu. Öztürk Haney M. ve ark. çalışmasında evde yaşayan yaşlıların yalnızlık durumu hiç evlenmemiş olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve kırsal alanlarda yaşayanlarda yalnızlık puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (67).

Eğitim ve engellilik durumları ile bu gruptaki hastaların UCLA-LS ve NSP-Sİ'den aldıkları toplam puanlar birbiriyle koreledir; eğitim durumu arttıkça yalnızlık durumu ve sosyal izolasyon azalıyor; engellilik durumu arttıkça yalnızlık ve sosyal izolasyon durumu artıyor. İsveç'te yapılan çalışmada düşük eğitim düzeyi yalnızlık durumu ile alakalı bulunmuştur (68). İran'da yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile yalnızlık arasında da benzer bir ilişki olduğu görülmüştür (75). Hastaların %29'unun UCLA-LS ölçeğine göre yalnız hissettiği saptanan çalışmada yüksek eğitim düzeyi, yüksek gelir düzeyi önceki iş ve mevcut işi olması yalnızlık hissi ile ters ilişkili; medeni durum, çocuk sayısı, cinsiyet, ikamet yeri, huzurevinde yaşamak, düşük gelir düzeyi ve kendini sağlıklı değerlendirme düzeyi yalnızlık ile pozitif ilişkili bulunmuş (75). Svilinske ve ark tarafından yapılan çalışmada görme, işitme gibi fonksiyonel ve fiziksel engelleri ve kronik hastalıklar gibi sağlık sorunları olan bireylerin daha fazla yalnızlık yaşadıkları bildirilmiştir (76).

Kronik hastalık ve engellilik durum varlığıyla da yalnızlık durumu artıyor olarak anlamlı ilişkidir. Aynı zamanda biriyle birlikte yaşayan hastaların sosyal izolasyon halinin kronik hastalık ve engellilik durumundan etkilenmediğini saptandı. Yalnızlık ölçeği ve yaşadığı kişi parametresi arasında anlamlı ilişki bulunmadı fakat kişilerin kendini yalnız hissediyor musunuz sorusuna verdiği cevapla kiminle yaşadığı parametresi karşılaştırıldığında; bakıcı, akraba vb ile yaşayanların eşi veya çocuklarıyla yaşayanlardan anlamlı olarak daha yalnız hissettikleri ortaya çıkmıştır. Arslantaş H. ve ark.

çalışmasında kronik hastalıkların veya fiziksel engellerin varlığı, düzenli ilaç kullanımı, hobi eksikliği ve bir eş ile birlikte yaşamama, yalnızlık hissinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (77). Savikko ve ark. dul bireylerde yalnızlık riskinin arttığını tespit etmişlerdir (66).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı olanlarda UCLA yalnızlık ölçeğinden alınan toplam puanın anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır yalnızlık durumu artmaktadır. Yeni Zelanda'da yapılan çalışmada yalnızlık ile fiziksel sağlık ve psikososyal refah arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiş (78).

Ekonomik durum iyileştikçe yalnızlık ve sosyal izolasyonun azalması yönünde anlamlı ilişki bulunmuştur. İran'da yapılan çalışmada ekonomik durum iyileştikçe kendini yalnızlık durumu azaldığı yönünde anlamlı ilişki bulunmuş (75). Finlandiya'da yapılan çalışmada yalnızlık düşük eğitim ve gelir düzeyi ile ilişkili bulunmuş (66). Hacıhasanoğlu R. ve ark. yaptığı çalışmada da daha düşük eğitim ve / veya gelir seviyesine sahip olmak, yalnız yaşamak, kronik bir hastalığa sahip olmak, akraba/tanıdıkları tarafından ziyaret edilmemek yalnızlık seviyesini arttıran faktörler olarak belirlenmiştir (67).

Yaşlılık dönemi problemleri cinsiyete göre değişebilmekte; kadınlarda özellikle eş vefatından sonra ekonomik durumun kötüleşmesi ve sosyal güvence olmayışı literatürde belirtilen problemlerdendir.

Hastaların Kiminle yaşadığının ile sosyal izolasyon durumu değerlendirildiğinde yalnız yaşayan kişinin diğer gruplara göre anlamlı olarak daha izole olduğu belirlendi. Kiminle yaşadığı ile sosyal izolasyon durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve kendini yalnız hissetme hali de etkilenmektedir. Hiç evlenmemiş, dul ya da boşanmış olanlar, huzurevinde yaşayanlar, evli, eşi ile yaşayan ya da çocuk sahibi olanlardan istatistiksel anlamlı olarak daha çok yalnızlık hissettikleri saptanmıştır (75). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, iki farklı huzurevinde yaşayan yaşlıların yalnızlık puanları 51,10 ve 39,05, evde ya da kurumlarda yaşayan yaşlıların puanları 40,43 ± 0,8 ve 45,36 ± 11,39 olarak bulunmuştur (79). Kırsal bölgelerde yaşayan yaşlı insanların, son 40 yılda Türkiye'de kırsal alanlardan kentsel

alanlara artan göç nedeniyle kentteki emsallerine göre daha yüksek yalnızlık oranları yaşadıkları bildirilmiştir (80). Huzurevlerinde kalan yaşlı erkeklerin, kırsal kesimde yaşayan ve huzurevindeki kadın akranlarından daha yalnız hissettiklerini göstermiş (81).

Hastaların sosyal ilişkileri değerlendirildiğinde hastaların %42'si ev dışı sosyal aktivitelere hiç katılmamış ve %18'i de başkalarıyla birlikte olsa bile kendini yalnız hissettiğini bildirdi. Amerika'da yapılan bir çalışmada yalnız yaşayan, küçük bir sosyal ağa sahip olan ve sosyal aktivitelere az katılan bireylerin sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularını yaşama riski daha yüksek belirlenmiştir (82). Danimarka'da yapılan çalışmada daha sık sosyal katılımı olan kişilerin yalnızlık durumları daha düşük derecede bulunmuştur. Yalnızlık yaşayan hastaların sadece %15,2'si bu durumunu doktoru ile paylaşmıştır (73).

Danimarka'da yapılan çalışmada yalnız hissetme durumu yalnız yaşayanlarda 3,5 kat fazla ve sosyal katılımı yüksek olanlara göre de sosyal katılımı düşük olanların yalnızlık durumu 4 kat; kadın cinsiyet için 1,8 kat fazla saptanmıştır. Yalnızlık duygusu ile en ilişkili üç parametre de hastanın depresyonda olması, yalnız yaşaması ve sosyal katılım düzeyi olarak belirlenmiş (73).

Sosyal ilişkiler anketindeki sosyal katılıma ait sorulardan evinde yakınları tarafından ziyaret edilme ve yakınlarını ziyaret etme sıklığına göre hastaların NSP-Sİ' deki puanları pozitif olarak anlamlı bulundu. Ziyaret edilme ve etme sıklığı arttıkça sosyal izolasyon durumu azalmaktadır. Almanya'da yaş ortalaması 72,6 olan 334 yaşlı bireyle yapılan prospektif çalışmada sosyal olarak izole olmanın ev dışındaki fiziksel aktivite seviyelerinin düşüklüğüyle ilişkili olduğunu ve 3 yıl sonra depresif belirtilerin daha fazla olacağını öngörmüştür (37).

5.2.Aile Hekimlerine Ait Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların %14,5'i yalnız yaşadığını bildirirken aile hekimleri %21,5 oranında hasta için yalnız yaşadıkları şeklinde cevaplamıştır.

Aile hekimleri verdikleri cevapta gerçekten yalnız yaşayanları %82,9 oranında bilmiştir. Hastaların 'kiminle yaşadığı' sorusunun aile hekimi ve hasta cevapları anlamlı olarak örtüşmektedir. Danimarka'da yapılan benzer bir çalışmada hastalar %17,6 oranında yalnız hissettiklerini bildirirken aile hekimleri %23,2 oranında hastalarının yalnız hissettiğini ifade etmiştir. Yalnız yaşadığını bildiren hastaların da %47,4'ünü bilmiştir. Yalnız olmayan hastaları da %81,9 oranında bilmişler (71).

Çalışmamızda hastalara ve aile hekimlerine uygulanan sosyal ilişkiler anketinin sorularında aile hekimi-hasta cevapları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Aile hekimliği uzmanları hastaların sosyal ilişkilerini/sosyal katılımlarını, başkalarıyla birlikteken yalnız hissedip hissetmediklerini ve desteğe ihtiyaçları olduğunda konuşacak bir yakını olup olmadığını genel olarak bilmediklerini saptadık. Danimarka'daki çalışmada hastaların sosyal katılım durumları iki seviyede gruplanarak analiz edildiğinde doktorlar hastaların ev dışı ve sosyal aktivitelere katılımları düşük ve orta düzeyde olanları %56,4 oranında, yüksek olanları %62,8 oranında bilmiştir. Duyarlılık (yalnız hastaları veya düşük sosyal katılım olan hastaları teşhis etme yeteneği) çok düşükken, özgüllük (yalnız olmayanları veya yüksek sosyal katılımı olan hastaları tanımlama yeteneği) daha yüksekmiş. Aile hekimleri yalnız hastaları tanımlamada, hastalar yalnız yaşamıyorlarsa ve hastaların sosyal katılımının yüksek olduğunu düşündüklerinde daha başarısız olmuşlar (71).

Aile hekimleri hastaların ekonomik durumlarına göre yalnızlık durumunu tahmin etmede ekonomik geliri gideri gelirine eşit ve az olanlarda anlamlı olarak daha yanlış tahminde bulunmuştur. Ancak aile hekimleri hastaların medeni durumlarına göre yalnız olup olmadığını tahmin etmede pozitif yönde anlamlı olarak seçimde bulunmuştur. Danimarka çalışmasında doktorlar hastalarının sosyal katılım değişkenine göre yalnız olma ve olmama durumlarını doğru bilmişler. Aile hekimleri hastalarının sosyal katılımını düşük olarak değerlendirdiğinde, yalnız hastaları tanımlamakta daha iyi ve aynı zamanda hastalarının sosyal katılımını daha yüksek olarak değerlendirdiklerinde, yalnız olmayan hastaları tanımlamakta daha başarılı olmuşlardır (71). Çalışmamızda hastaların kiminle yaşadığının doktor ve hasta cevapları karşılaştırıldığında yalnız yaşayan yaşlıları %82,9 oranında doğru

tahmin etti. Van der Zwet ve ark.'nın Hollanda'da yaptığı niteliksel çalışmada ve Van Ravesteijin ve ark.'nın çalışmasında hastalara yalnızlık hakkında hiç soru sormamış doktorların varlığı, diğerlerinin de çoğunlukla konuyu dolaylı olarak sorguladığı tespit edilmiş (72-83).

Danimarka'da yapılan niteliksel çalışmada, hekimlerin, hastaların yalnızlık duyguları hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğu gösterilmiş; bununla birlikte hekimler hastanın sunduğu problemin ele alınmasında yalnızlık ve sosyal katılım durumunu bilmenin de gerekli olduğunu düşünmüşler (84). Due ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastaların ve pratisyen hekimlerin sosyal katılım ve yalnızlık konusundaki cevapları arasındaki korelasyonun düşük olduğu bulunmuş (81).

5.3.Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Bu çalışmanın gücü, çalışmadan bağımsız olarak Aile hekimine danışan ve ziyaretlerinin sebebi ne olursa olsun katılmaları istenen hastalarla genel bir uygulama ortamında gerçekleştirilmiş olmasıdır. Doğrudan yalnızlık duygusunu soran bir soruyla birlikte sosyal katılım, başkalarıyla birlikteken yalnız hissetme ve konuşacak birinin olmasını da sorarak korelasyonuna bakıldı.

Bu çalışma birinci basamak sağlık hizmetinde biyomedikal yaklaşımdan öte hasta hekim iletişimini de kapsayan biyopsikososyal yaklaşımına dair bir örnek çalışma olmasıyla önemlidir. Biri kırsal bölgede olmak üzere 4 farklı ilçede 5 farklı AHB'de yürütülmüş olması da örneklemimizin toplumu yansıtabilmesi adına önemlidir.

AHU için sorulara aşinalık olmasını önlemek adına art arda gelen 65 yaş ve üstü hastaları dâhil etmedik.

Veri toplama araçlarında depresyon ve yaşam kalitesi ölçeklerini de kullanılması değerlendirildi fakat hastaların ayıracağı vaktin artması, ilginin dağılması, çalışmaya katılma isteğininin azalması veya tamamlanamaması çekinceleriyle vazgeçildi.

Aile hekimlerinin gönüllülerden seçilmesi çalışmanın zayıf yönü olabilir.

Çalışmaya yalnızca aile hekimine gelebilen ve anketi cevaplayabilen hastaların dâhil edilmesi sebebiyle AHB' deki tüm hastaları yansıtmayabilir.

Hasta ve hekimlere ayrı ayrı uygulanan Sosyal İlişkiler Anketlerinin geçerlilik güvenilirlik çalışmaları olmaması çalışmamızın zayıf yönlerindedir.

Hastalara yönelik sosyal ilişkiler anketindeki sosyal katılıma yönelik ilk üç sorunun iç tutarlılık için yapılan cronbach alfa değerinin düşük olması çalışmanın zayıf yönlerindedir.

AHU'ya bağlı 65 yaş üstü hastalarda AHB'ye başvuru yüzdesi dağılımı eşit olmadığı için çalışmaya alınan yaşlı popülasyon genelde daha çok karşılaştığı AHU'nun bu sebeple daha iyi tanıdığı hastaları olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda 65 yaş üstü hastaların sosyodemografik özellikleri ile yalnızlık ve sosyal izolasyon durumları incelenip aile hekimlerinin de hastalarının bu durumları hakkındaki farkındalıkları değerlendirildi.

Hastalarda kadın ve erkeklerin sayılarının hemen hemen eşit olup, çoğunun evli ve eşiyle yaşamakta ve %96'sının kronik hastalığı mevcuttu. Genel olarak aylık gelirleri giderlerinden daha az, çoğunluğu ilkokul mezunu, kadınlarda ev hanımlığı erkeklerde çiftçilik öne çıkan meslekler olarak saptanmıştır.

Yaşlılık döneminde emeklilik, aile yapısının değişmesi, ekonomik kayıplar, eş kaybı vb sebeplerle kişiler sosyal hayattan uzaklaşabilmekte ve yalnızlık yaşayabilmektedir. Kişilerin sosyal izolasyon ve yalnızlık durumunun kronik hastalığı, bedensel engelleri, kiminle yaşadıkları, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumlarından etkilendiği gösterilmiştir. Sosyal izolasyon ve yalnızlık durumları da bedensel ve zihinsel sağlığı etkilemektedir. Bizim çalışmamızda sosyal izolasyon durumunun hastaların eğitim düzeyi, ekonomik durum ve kiminle yaşadığından etkilendiği ortaya çıkmıştır. Yalnızlık

durumunun ise eğitim düzeyi, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı ve engellilik halinden etkilendiği bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların yakınları/tanıdıkları tarafından ziyaret edilme ve onları ziyaret etme sıklığı arttıkça sosyal izolasyon durumlarının azaldığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanların ve aylık geliri giderinden az olan yaşlıların sosyal izolasyon ve yalnızlık durumunun daha yoğun olduğu ortaya çıkmıştır. Kronik hastalığı, fiziksel ve fonksiyonel yetersizliği olanların yalnızlık durumunun arttığı saptanmıştır. Yalnız yaşayanların eşi, çocukları veya bakıcı vb. ile yaşayanlardan daha çok sosyal izolasyon yaşadığı bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların kendini yalnız hissetme durumunun kiminle yaşadığından etkilendiği ortaya çıkmıştır. Bakıcı, akraba, kardeş vb. ile yaşayanların yalnız, eşi veya çocuklarıyla yaşayanlara göre kendilerini daha yalnız hissettikleri saptanmıştır.

Aile hekimlerinin hastalarının kiminle yaşadığını yüksek oranda bildikleri saptandı. Fakat hastaların sosyal ilişkilerini/sosyal katılımlarını, başkalarıyla birlikteken yalnız hissedip hissetmediklerini ve desteğe ihtiyaçları olduğunda konuşacak bir yakını olup olmadığını genel olarak bilemedikleri bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda aile hekimlerinin yaşlı hastalarının yalnızlık hissi hakkında farkındalık kazanmaları, konuşmaları, konuyu paylaşma ortamı yaratmaları gerekliliğinden bahsedebiliriz. Özellikle eğitim düzeyi düşük, ekonomik geliri az/yetersiz, yalnız yaşayan, kronik hastalığı ve engelli olan hastalarda sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi için daha dikkatli olunması gerekecektir

Sosyal izolasyon ve yalnızlık yaşayan yaşlı hastaların sağlık kurumlarına daha sık başvurabileceği göz önüne alınarak aile hekimleri bu konularda verebilecekleri profesyonel destek için meslek içi eğitimlerle desteklenmeli ve hangi noktalarda neler yapabileceği belirlenmeli, bu bağlamda müdahale yöntemleri oluşturulmalıdır.

Hastaların sosyal ihtiyaçları ve tercihleri de ayrıca belirlenmeli ve yaşlıların sosyal katılımını artırmak, hayatın içinde aktif tutmak için yerel yönetim ve sivil toplum kuruluşları, ilgili uzmanlar ile işbirliği içinde olmalıdır.

Yaşlılar ile ilgili yapılan araştırmaların toplum tabanlı olarak genişletilmesi, kişilerarası ilişkilerin ve sosyal desteğin arttırılması için bireyin ailesi/yakınları ile görüşülerek yalnızlığın fark edilmesi ve giderilmesine yönelik çözüm önerileri geliştirilmelidir. Yaşlı sağlığını bütüncül olarak korumak için ek hizmetlerin sunulması, sosyal programların düzenlenmesi ve yaşlı nüfusa yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi önemlidir.

- Yaşlıların ekonomik ve sosyal açıdan kalkınmasına yönelik sosyal politikalar geliştirilmeli, yaşlıların insanlık onuruna uygun olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri için sosyal güvenlik Őemsiyesi altında olan ve olmayan yaşlılara asgari gelir güvencesi sağlanmalıdır.
- Yaşlıların sosyal yaşamın geliştirilmesi amacıyla alternatif programlar (Örneğin; Tazelenme Üniversitesi) uygulamaya koyulmalı ve sayıları arttırılmalıdır.
- Yoksulluk içerisinde yaşayan yaşlılara yönelik olarak çeşitli sosyal güvenlik ve sosyal yardım tedbirleriyle (transfer ödemeleri, vergi indirimini, harçlardan muafiyet, işsizlik ödemeleri vb.) iyileştirmelerde bulunulmalıdır, yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılmalı ve gereksinim duyan yaşlılara refakatçi hizmetleri ve taşıt olanağı sunulmalıdır.
- Yaşlıların üretkenliğinin sağlanması amacıyla bu nüfus grubuna yönelik ev odaklı üretim hizmetleri geliştirilmelidir.
- Yaşlıların yaşamını değerli kılacak sosyal çevreler ve kendi sorunlarını paylaşabilecekleri, bir araya gelerek etkileşim kurabilecekleri sosyal grup çalışmalarının yürütülebileceği mekânlar oluşturulmalı ve bunların sürdürülebilir olmasına özen gösterilmelidir.
- Sosyal hizmetin her bireyi kendi sorunları ve yaşam çevresinde ele alan bakışı ile yaşlılara yönelik hizmetler çeşitlendirilmeli ve bireye özgü hale getirilmelidir.
- Yaşlılara yönelik tüm hizmet, program ve politikalar onların yaşam kalitesini arttırmaya odaklanmalı, bu çerçevede yaşlıların bağımsızlıklarını olabildiğince uzun süre korumaları, toplumun kıdemli

bir üyesi olarak toplum içindeki yerlerini korumaları ve toplum yaşamına katkıda bulunmaya devam etmeleri için destek sağlanması ve haklarını kullanmalarına fırsat verilmesi gerekmektedir.

- Bu hizmetlerin planlanması ve uygulanması aşamasında ise disiplinler arası mesleki çalışmaya yer verilmelidir,
- Ülkemizde yaşlılara hizmet veren kurum ve organizasyonların, hizmet dağıtım sürecindeki verimliliği denetlenmeli, bu doğrultuda etkili hizmet sunumu ve hizmet alan yaşlıların memnuniyeti yönünde çalışmalar yürütülmelidir.

Aile hekimliğinin biyopsikososyal yaklaşım temelinde ve hastanın savunucusu olması özelliğiyle yaşlıların yalnızlık algısı ve sosyal izolasyon durumuna zamanında müdahalelerle potansiyel olarak bu sorunun çözümünde yer alacaktır. Bu yönde önlemlerin uygulanması ile hastalarımızın sağlığının, iyilik halinin ve refahlarının iyileşeceği öngörülmektedir.

7.Özet

Yaşlı bireylerin sosyal yaşamı ve yalnızlık duygularına dair farkındalık ve aile hekimliğinde değerlendirmesi

Amaç: Dünya’da ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı yıllar içinde artmaktadır. Yaşlılıkla beraber gündeme gelen önemli konulardan birisi de sosyal izolasyon ve beraberinde olan yalnızlık hissidir. Yalnızlık hissi ruhsal ve bedensel sağlığı olumsuz etkileyen bir durumdur ve yaşlılıkta önemli bir problem haline gelebilir. Sosyal izolasyon ve yalnızlık duygusu yaşam kalitesini, kronik hastalıkların yönetimini, morbidite ve mortaliteyi etkiler. Bu etki, sigara, alkol, fiziksel hareketsizlik ve hipertansiyon gibi bilinen diğer risk faktörlerine benzerdir. Aile hekimliği sisteminde hastaların psikososyal durumu, davranışları ve bilişsel düzeylerinin anlaşılması beklenmektedir. Bu bağlamda aile hekimlerinin yaşlı hastalarda sosyal izolasyon ve yalnızlık duygusunu tanımaları önemlidir. Bu çalışma ile yaşlı hastaların kendi sosyal ilişkilerini ve yalnızlık duygularını bilmeleri, aile hekimlerinin ise bu konu hakkındaki farkındalıkları incelenecektir. Böylece Türkiye’de bu konu hakkında farkındalık oluşturulması hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Aktif olarak aile hekimliği sisteminde çalışan ve daha önce sözel onamları alınan şu anki aile hekimliği biriminde en az 6 aydır çalışan 5 farklı aile hekimliği biriminde yürütülmüştür. 65 yaş üzeri örneklem seçimi için G-power istatistik programı kullanılmıştır. Her bir aile hekimi için %80 güç baz alınarak 65 yaş üstü 40 birey hesaplandı. 65 yaş üstü bireyler için dâhil edilme kriterleri; gönüllü olma, Alzheimer/Demens gibi bilişsel fonksiyon bozukluğu ve psikiyatrik tanı almamış olmasıdır. Aile hekimlerine sosyodemografik veri formu ile yaşlı hastaların sosyal izolasyon ve yalnızlığı hakkında farkındalığını ölçen ve araştırmacılar tarafından oluşturulan 6 soruluk bir anket uygulanmaktadır. 65 yaş üstü gönüllü hastalara sosyodemografik veri formu, UCLA yalnızlık ölçeği, Nottingham sosyal izolasyon alt ölçeği, bireylerin sosyal izolasyon ile yalnızlığı hakkında farkındalığını ölçecek literatürden oluşturulan 5 soruluk bir anket uygulanmaktadır.

Bulgular: Hastaların yalnızlık durumu eğitim düzeyleri ($p=0,002$), ekonomik durumları ($p=0,038$), kronik hastalık varlığı ($p=0,000$) ve engellilik durumlarından ($p=0,023$) etkileniyor olarak tespit edildi. Sosyal ilişkileri de

eğitim d¼zeyi ($p=0,008$), ekonomik durum ($p=0,003$) ve kiminle yaşadıklarından ($p=0,043$) etkileniyor olarak bulundu. Hastaların sosyal izolasyon durumları da yakınlarını ziyaret etme ($p=0,000$) ve yakınları tarafından ziyaret edilme ($p=0,000$) sıklıklarından etkilenmektedir. UCLA-LS'den alınan puanlar ile eğitim d¼zeyi ($r=-0,207$) ve kronik hastalık varlığı ($r=-0,198$) ile azalan, engellilik durumu ($r=0,208$) ile artan şekilde korelidir. NSP-Sİ'den alınan puanlar da eğitim d¼zeyi ($r=-0,194$) ile azalan, engellilik durumu ($r=0,151$) artan şekilde korele bulunmuştur. Aile hekimleri hastaların yalnız yaşamalarını ekonomik ($p=0,035$) ve medeni durumlarına ($p=0,000$) g¼re bilebilmişlerdir.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları literat¼rle karşılaştırıldığında sosyal izolasyon durumunun hastaların eğitim d¼zeyi, ekonomik durum ve kiminle yaşadığından; yalnızlık durumunun ise eğitim d¼zeyi, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı ve engellilik halinden etkilendiği bulunmuştur. Aile hekimlerinin hastalarının kiminle yaşadığını y¼ksek oranda bildikleri, ancak hastaların sosyal ilişkilerini/sosyal katılımlarını, yalnız hissedip hissetmediklerini genel olarak bilemedikleri değerlendirildi. Yaşlı hastaların yalnızlık ve sosyal izolasyon durumlarını tanımak ve m¼dahale edebilmek için daha fazla hasta sayılı ve uzun s¼reli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: aile hekimliği uygulaması, yalnızlık, sosyal izolasyon, yaşlılık

8. Abstract

Awareness of the social life and loneliness of the elderly and their evaluation in family medicine

Aim: The proportion of elderly population has been increasing in the world and our country over the years. One of the important issues that come up with old age is social isolation and accompanying with loneliness. Loneliness is a condition that adversely affects mental and physical health and can become an important problem in old age. Social isolation and loneliness affect quality of life, management of chronic diseases, morbidity and mortality. This effect is similar to other known risk factors such as smoking, alcohol, physical inactivity and hypertension. Psychosocial status, behavior and cognitive levels of patients are expected to be understood in the family medicine. In this context, it is important that family physicians recognize social isolation and loneliness in elderly patients. In this study, elderly patients' own social relations and feelings of loneliness and family physicians' awareness of this issues will be examined. Thus, it is aimed to create awareness about this issue in Turkey.

Materials and Methods: This research was carried out in 5 different family medicine units which have been actively working in family medicine system and have been working in the current family medicine unit for at least 6 months. G-power statistical program was used for sample selection over 65 years of age. Forty individuals over 65 years of age were calculated based on 80% power for each family physician. Inclusion criteria for individuals older than 65 years; volunteerism; lack of cognitive dysfunction such as Alzheimer / Dementia and no psychiatric diagnosis. Sociodemographic data form and a questionnaire (6-question), created by researchers and measures the awareness of elderly patients about social isolation and loneliness, were administered to family physicians. Sociodemographic data form, UCLA loneliness scale, Nottingham social isolation subscale, and a 5-item questionnaire which was formed from the literature to measure individuals' awareness about social isolation and loneliness were applied to volunteer patients over 65 years of age.

Results: Loneliness status of the patients was significantly affected by education levels ($p = 0.002$), economic status ($p = 0.038$), presence of chronic

disease ($p = 0.000$) and disability ($p = 0.023$). Social relations were also affected by education level ($p = 0.008$), economic situation ($p = 0.003$) and with whom they lived ($p = 0.043$). Social isolation status of the patients is also affected by the frequency of visiting relatives ($p = 0.000$) and visits by relatives ($p = 0.000$). The scores obtained from UCLA-LS were correlated with education level ($r = -0.207$) and presence of chronic disease ($r = -0,198$) and decreased with increasing disability ($r = 0.208$). NSP-SI scores were also correlated with decreasing education level ($r = -0,194$) and increasing disability status ($r = 0.151$). Family physicians were significantly able to know that patients living alone was statistically significant according to economic ($p = 0.035$) and marital status ($p = 0.000$) variables.

Conclusion: When the results of our study were compared with the literature, it was found out that the social isolation status was related to the education level, economic status and with whom; and loneliness was affected by education level, economic status, presence of chronic disease and disability. Family physicians are highly aware of who their patients live with, however, it was evaluated that patients generally did not know their social relationships, social participation, and whether they felt alone. In order to recognize and intervene the loneliness and social isolation of elderly patients, higher number of participant and long term studies are needed.

Key words: family practise, loneliness, social isolation, elderly ,

9. KAYNAKLAR

1. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 695–718
2. Nilsson B, Linstroöm U, Naden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scand J Caring Sci* 2006; 20: 93–101.
3. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):557–76.
4. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6):695–718.
5. Thorsen T, Due TD, Waldorff FB: Is patients' loneliness a matter for general practice? A qualitative study. In. Copenhagen, Denmark Research Unit for General Practice Copenhagen; 2016: 12.
6. van Ravesteijn H, Lucassen P, van der Akker M. GPs' experiences with loneliness. *Aust Fam Physician*. 2008;37(11):973–6.
7. Yaşlanma ve Yaşlılık, Kolektif, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2018
8. ONUR B. , Gelişim psikolojisi yetişkinlik-yaşlılık-ölüm, İmge Kitabevi
9. Yaşlılık Sosyolojisi, Yazar:Kolektif, Editör:Harun Ceylan, Nobel Akademik Yayıncılık,2016
10. Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. Et al Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults..(2011). *Health Psychology*, 30(4), 377-385.
11. Aile hekimleri için yaşlı sağlığına bütüncül yaklaşım, Editör SERAP ÇİFÇİLİ, DEOMED YAYIN,1.BASKI,2011
12. Miller RA. The biology of aging and longevity. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. Ed. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG. New York, McGraw Hill Companies.
13. Blass JP, Cherniak EP, Weskler EP. *Theoris of aging. Practice of geriatrics*. Saunders,1992:10-18
14. Schrepft S, Jackowska M, Hamer M. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*. 2019 Jan 16;19(1):74

15. P.M. Eng, E.B. Rimm, G. Fitzmaurice, et al. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men Am J Epidemiol., 155 (2002), pp. 700-709
16. Caitlin E. Coyle MS, Elizabeth Dugan, Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults . Journal of Aging and Health,2012
17. L. Julianne, S. Timothy B, Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. Heart. 2016 Jul 1; 102(13): 987–989.
18. Yaman H., Akdeniz M., Etkin Yaşlanma; Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı. STED 2008,Cilt 17 sayı
19. S. Cacioppo, J.P. Capitanio, J.T. Cacioppo, Toward a neurology of loneliness, Psychol Bull., 140 (2014), pp. 1464-1504
20. GERONTOLOJİ, editörler: Prof. Dr. İsmail Tufan, Doç. Dr. Mithat Durak, Nobel yayıncılık,1.basım,2017
21. Şimşek N., Küçük Öztürk G., Yüceler Kaçmaz H. Yaşlılık ve Yalnızlık Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research Cilt: 11 Sayı: 58 Ağustos 2018
22. Tremethick MJ, Alone in a crowd: a study of social networks in home health and assisted living. J Gerontol Nurs 2001;27(5):42-7
23. Türkiye'de Yaşlılığın Yapısal Değişimi, Prof. Dr. İsmail Tufan, Koç Üniversitesi Yayınları,2015
24. Tük, Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080
25. Danış M.Z. Loneliness and Poverty Conditions of the Elderly Population in Turkey and Some Inferences about Social Work Interventions, Toplum ve Sosyal Hizmet Cilt 20, Sayı 1, Nisan 2009
26. J. House, K. Landis, D. Umberson, Social relationships and health. Science., 241 (1988), pp. 540-545
27. Yaşlılık Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler 2, Editör:Velittin Kalinkara, Nobel Akademik Yayıncılık,2016
28. Courtin E. , Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health & Social Care in the CommunityVolume 25, Issue 3,2015.

29. Sağlık psikolojisi, Health psychology fifth edition, a textbook, Janee OGDEN, Çev. Editörü Doç. Dr. Gülay DİRİK, NOBEL YAYINCILIK
30. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, DPT,2007
31. Daniş M. Z., Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
32. Kobayashi KM, Cloutier-Fisher D, Roth M. Making meaningful connections: a profile of social isolation and health among older adults in small town and small city, British Columbia. *J Aging Health* 2009;21(2):374-97
33. Tjihuis M, De Jong-Gierveld J, Feskens EJ, Kromhout D (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men: The Zutphen older people Study. *Age Ageing*, 28(5): 491–495
34. Qereshi H, Walker A (1989). *The caring relationship: elderly people and their families*. Macmillan, London
35. Routasalo, P., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 297-305.
36. Sonnenberg CM, Deeg DJH, van Tilburg TG, Vink D, Stek ML, Beekman ATF. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:61–70.
37. Herbolsheimer, F. Ungar, N. & Peter, R. Why Is Social Isolation Among Older Adults Associated with Depressive Symptoms? The Mediating Role of Out-of-Home Physical Activity. *International Journal of Behavioral Medicine*. (2018) 25: 649.
38. Kobayashi L., Steptoe A., Social Isolation, Loneliness, and Health Behaviors at Older Ages: Longitudinal Cohort Study. *Ann Behav Med*. 2018 Jul; 52(7): 582–593.
39. P.E. Routasalo, R.S. Tilvis, H. Kautiainen, et al. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial *J Adv Nurs.*, 65 (2009), pp. 297-306

40. John T. Cacioppo, Louise C. Hawkley, Greg J. Norman et al. Social isolation, 6 HHS Public Access, 2012.
41. Shankar A, McMunn A, Demakakos P. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol.* 2017 Feb;36(2):179-187
42. Atalay, B. ve Diğeri. Türk Aile Yapısı Araştırması, Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı Yayını, Yayın No:2313, 1992
43. S. Cacioppo, A.J. Grippo, S. London, L. Goossens, J.T. Cacioppo Loneliness: Clinical import and interventions , *Perspect Psychol Sci.*, 10 (2015), pp. 238-249
44. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*,2013
45. M. Pantell, D. Rehkopf, D. Jutte, L.S. Syme, J. Balmes, N. Adler. Social isolation: A predictor of mortality comparable to traditional clinical risk Factors. *Am J Public Health (N Y)*, 103 (2013) pp. 2056-2062
46. J.T. Cacioppo, S. Cacioppo .Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation . *Soc Personal Psychol Compass*, 8 (2014), pp. 58-72
47. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *Am J Public Health* 2015;105:1013-9.
48. Holt-Lunstad J, Smith T.B. , Baker M, Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, Vol 10, Issue 2, 2015
49. Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age Ageing.* 2010;39(3):319–326
50. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316
51. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020, TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

52. Yaman H, Tekin O., Yaşlı Bireyin Değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.AHUZEM. Aile Hekimliği Sürekli Meslek Gelişim Programı.Yaşlı SağlığıModülü. 5.1.Sağlıklı Yaşlanma. v1.0.
53. Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriyatrik Değerlendirme: Yaşlı Hastaların Aile Hekimliğinde Kanıta Dayalı Rehberler Işığında Periyodik Muayeneleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2008
54. Öztürk A., Özenç S., Canmemiş S., Bozoğlu E., Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2016 Cilt 10 Sayı 1
55. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriyatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3) Ek: 19-30.
56. Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları: DSÖ Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. Yaman H., Akdeniz M. STED 2008, cilt 17, sayı 7
57. Russell D. W. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure Journal of Personality Assessment Volume 66, 1996- Issue 1
58. Halil M, Cankurtaran M., Geriyatrik hastaya yaklaşım. Türkiye Klinikleri Med Sci 2008;28(Suppl):262-6
59. Akgün S, Erdal R. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım. Temel Geriatri. Ed:Yeşim Gökçe Kutsal. Güneş Tıp Kitabevleri 2007;73-86
60. Uncu Y, Özçakir A. Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. Geriatri ,2003;6:31-7.
61. Aile Hekimliği, Ed: Rakel R.E., Rakel D.P., Çev. Ed:Esra Saatçi. Elsevier,9.Baskı, Bölüm 4, syf:34-53
62. Mcwhinney I.R., Freeman T. Aile Hekimliği, Ed: Dilek Güldal. Medikal Akademi Yayıncılık.2012. 1(7): syf115-137.
63. Frank C., Feldman S, Wyman R. Caring for older patients in primary care. Can Fam Physician.2018 Jun;64(6):416-418.
64. Adelman R., Greene M., Ory M., 2000. Communication between older patients and their physicians. Clinics in Geriatric Medicine 16: 1-24.
65. Jahan F. The Role of Primary Care Physician in Geriatric Care Diversity and Equality in Health and Care 13(3):245 · January 2018

66. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*, 41: 223–233.
67. Hacıhasanoğlu R., Yildirim A., Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 54, Issue 1, January–February 2012, Pages 61-6
68. Dahlberg L., Agahi N., Lennartsson C., Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 75, March–April 2018, Pages 96-103
69. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. 2009;6(2):91–100.
70. Joan Gené-Badia, Marina Ruiz-Sánchez, Núria Obiols-Masóbd et al. Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams? *Atención Primaria*, Volume 48, Issue 9, November 2016, Pages 604-609
71. Due T. D, Sandholdt H., Siersma V. D. Et al. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? . *BMC Family Practice* (2018) 19:34
72. Zweta J, Koelewijn M. S., Akkerb M., Lonely patients in general practice: a call for revealing GPs' emotions? A qualitative study, *Family Practice Advance Access* published on 21 September 2009
73. Due TD, Sandholdt H, Waldorff FB. Social relations and loneliness among older patients consulting their general practitioner. *Dan Med J*. 2017;64
74. Haney et al., Factors Related to Loneliness Among the Elderly Living at Home in Turkey *TJFMPC* www.tjfmpe.gen.tr 2017; 11 (2)
75. Vakili M., Mirzaei M. , Modarresi M. Loneliness and Its Related Factors among Elderly People in Yazd, *Elderly Health Journal* 2017; 3(1): 10-15.
76. Slivinske L.R.,, Fitch V.L., Morawski D.P. The Wellness Index: Developing an Instrument to Assess Elders' Well-Being , *Journal of Gerontological Social Work*, 25(3/4): 185–204

77. Arslantaş H., Adana F., Abacıgil Ergin F. , Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey, *Iran J Public Health*. 2015 Jan; 44(1): 43–50
78. Alpass FM, Neville S (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health*, 7(3): 212–216
79. Tel H, Sabancıoğlu S. Status of maintenance of activities of daily living and experience of loneliness in elder than 60 years old living at home and in institutions. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(1):34-40.
80. The Republic of Turkey, General Directorate of Social Sectors and Coordination. *Situation of Elderly People in Turkey and National Action Plan on Ageing* 2007
81. Wang G, Zhang X, Wang K, Li Y, Shen Q, Ge X, Hang W. Loneliness among the rural older people in Anhui, China: prevalence and associated factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26:1162–1168
82. Yeh, Shu-Chuan Jennifer, & Lo, Sing Kai (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32(2), 129-138.

10 . EKLER

EK-1 : MCBU Etik Kurul Kararı

EK-2 : Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzni

EK-3 : Hastalar için SDV formu

EK-4 : UCLA-LS

EK-5 : NSP-Sİ

EK-6 : Hastalar için Sosyal ilişkiler Anketi

EK-7 : Aile Hekimleri için SDV formu

EK-8 : Aile Hekimleri için Hastaları Adına Sosyal İlişkiler Anketi

EK-1 : MCBU Etik Kurul Kararı



T.C.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-

Konu : Etik Kurul Kararı - Fatih ÖZCAN - Yaşlı
bireylerin sosyal

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN

"Yaşlı bireylerin sosyal yaşamı ve yalnızlık duyguları ile hizmet aldıkları aile hekimlerinin bu konudaki farkındalığının karşılaştırılması"başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.


e-imzalıdır
Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Fatih ÖZCAN - Yaşlı bireylerin sosyal 03.10.2018 karar tutanağı (1 sayfa)


T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	03 / 10 / 2018 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Yaşlı bireylerin sosyal yaşamı ve yalnızlık duyguları ile hizmet aldıkları aile hekimlerinin bu konudaki farkındalığının karşılaştırılması				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN - MCBÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Araştırma Görevlisi Dr.Özge Ceyla Üstündağ,- Doç. Dr. Erol Ozan				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	17 / 09 / 2018 / Tarih ve 42903 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">-10- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

EK-2 : Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
15.11.2018 19:31 76379986-604.02 E 23064

00081008573

Sayı : 76379986-604.02
Konu : Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ/Araştırma
İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ'ın 06/11/2018 tarihli başvurusu.
b) Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ'ın 13/11/2018 tarihli dilekçesi.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olan Dr. Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ'ın, aynı üniversitede öğretim üyesi olan Doç. Dr. Erol OZAN ve Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN danışmanlığında "Yaşlı Bireylerin Sosyal Yaşamı Ve Yalnızlık Duyguları İle Hizmet Aldıkları Aile Hekimlerinin Bu Konudaki Farkındalığının Değerlendirilmesi" adlı araştırmayı, Yunusemre 1 Nolu, Muradiye 47 Nolu, Akhisar 40 Nolu Aile Sağlığı Merkezleri'nde yürütmek için izin talebi ve tarafımıza iletilen başvuru formları, Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, araştırmanın yürütülmesi uygun görülmüştür.

30/11/2018 - 31/03/2019 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı ve 30/06/2019 tarihinde tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışması ile ilgili olarak, gerek araştırma ekibi, gerekse ASM personeli tarafından kişisel verilerin korunması hakkına riayet edilmesi son derece önem arz etmektedir. Kanunlar ile koruma altına alınmış olan kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanması adına, *ASM'lere kayıtlı hastaların kimlik ve iletişim bilgilerinin kesinlikle araştırma ekibi ile paylaşılması gerekmektedir.*

Bununla birlikte söz konusu araştırma çalışmasının;

- Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin, çalışma saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- Kişisel verilere, özel hayatın gizliliğinin korunmasına ve bilgi güvenliği ilkelerine riayet edilerek yürütülmesi,
- ASM'ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde

Eğitim ve AR-GE Birimi
Adres: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No:58
Şehzadeler/MANİSA
Faks No:0 (236) 2316530
e-Posta: hilalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.manisa.saglik.gov.tr

Bilgi için: Hilal Ahsen TUNÇAY
Unvan: DİYETİSYEN
Telefon No:0 (236) 239 16 19-1119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c3699958-e967-43a1-ab12-4ac71458e610 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

bulunulmaması,

- Araştırmanın beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Kurum Başkanlığına iletilmek üzere, Müdürlüğümüzün internet sayfasından bir örneği temin edilebilecek dilekçe ile birlikte Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Kişisel verilerin üçüncü kişilerle paylaşılması, araştırma sonuçlarının tarafımıza iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Necip YEMENİCİ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ-Araştırma başvuru dosyası (13 sayfa)

Dağıtım:

Sayın Özge Ceyla ÜSTÜNDAĞ (MCBÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Uncubozköy Yerleşkesi Yunusemre/MANISA)
Yunusemre İlçe Sağlık Müdürlüğü
Akhisar İlçe Sağlık Müdürlüğü
Yunusemre 1 Nolu ASM
Muradiye 47 Nolu ASM
Akhisar Beyoba Gülfidan Ünlü 40 Nolu ASM

Eğitim ve AR-GE Birimi

Adres: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No:58

Şehzadeler/MANISA

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta: hilalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.manisa.saglik.gov.tr

Bilgi için: Hilal Ahsen TUNÇAY

Unvan: DİYETİSYEN

Telefon No:0 (236) 239 16 19-1119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e3699958-e967-43a1-ab12-4ae71458e610 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3

HASTA SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bireyin Ad Soyadı Baş harfleri:.....

Cinsiyet : Kadın Erkek Doğum Tarihi (yıl)

.....

Sigara : Hayır hiç içmedim Evet kaç yıl?paket yıl (bırakanlar için paket yıl)

1. Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil İlkokul terk İlköğretim Ortaöğretim Lise Üniversite

2. Medeni durumunuz: Hiç Evlenmemiş Evli Dul Boşanmış

3. Kiminle yaşıyorsunuz? Yalnız Eşi Eşi ve Çocuklarıyla Bakıcı

4. Kaç çocuğunuz var ?....

5. Mesleğiniz:.....

6. Ekonomik durumunuz nedir?

Geliri giderine eşit Geliri giderin az Geliri giderinden fazla

9. Herhangi bir engeliniz var mı?

Yok Görme engeli İşitme engeli Yürüme engeli

10. Şu an devam eden ek kronik hastalıklarınız nelerdir ?

hipertansiyon akciğer hastalığı kalp şeker parkinson kanser depresyon epilepsi

kireçlenme (artrit) kemik erimesi (osteoporoz)

11.Kendimi yalnız hissediyorum? evet hayır

12.Siz aile hekiminize kaç ay/yıldır kayıtlısınız?

13.Katılımcı o gün polikliniğe başvuran kaçınıcı hasta?

14. İlgili aile hekimi o gün kaç hasta bakmıştır?

EK-4**UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (EK III)**

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmenizdir.

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

EK-5

Nottingham Sağlık Profili

Sosyal İzolasyon		Evet	Hayır
1	Kendimi yalnız hissediyorum	<input type="checkbox"/> 22.01	<input type="checkbox"/> 0
2	İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/> 19.36	<input type="checkbox"/> 0
3	Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum	<input type="checkbox"/> 20.13	<input type="checkbox"/> 0
4	İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 22.53	<input type="checkbox"/> 0
5	İnsanlarla geçinmek güç geliyor	<input type="checkbox"/> 15.97	<input type="checkbox"/> 0



EK-6

65 YAŞ ÜSTÜ YAŞLI HASTALARDA SOSYAL İLİŞKİLER

1- Geçen ay boyunca evinizde arkadaşlarınız, komşularınız veya aileniz tarafından ne sıklıkla ziyaret edildiniz?

- a) Haftada en az bir kere
- b) Haftada bir kereden az
- c) Hiç ziyaret edilmemiştir
- d) Bilmiyorum

2- Geçen ay içinde başkalarının evini ne sıklıkla ziyaret ettiniz?

- a) Haftada en az bir kere
- b) Haftada bir kereden az
- c) Hiç ziyaret etmemiştir
- d) Bilmiyorum

3- Geçen ay boyunca kendi evinizin dışındaki (ör: eğitim/kurs, konferans, dernek, gün, cami, kahvehane vb.) etkinliklere ne sıklıkla katıldınız?

- a) Haftada en az bir kere
- b) Haftada bir kereden az
- c) Hiç katılmamıştır
- d) Bilmiyorum

4- Başkaları ve/veya yakınlarınız ile birlikte olsanız da yalnız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a) Evet, genellikle
- b) Evet, arada sırada
- c) Evet, ama nadiren
- d) Hayır
- e) Bilmiyorum

5- Problemlerinizi veya desteğe ihtiyacınız olduğunda, konuşacak bir yakınınız/arkadaşınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

EK-7

AİLE HEKİMİ İÇİN SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

(bu form her bir aile hekimi tarafından yalnızca 1 kez doldurulacaktır)

1. Yaş

2. Cinsiyet : Kadın Erkek

3. Meslekte kaçınıcı yılınız?.....

4. Yaşlı nüfus oranınız nedir?.....

5. Son 6 ay içinde günlük 65 yaş üstü hasta başvuru sayınız/oranınız nedir?.....

6. Şimdiki aile hekimliği biriminde kaç ay/yıl çalışmaktasınız?....



EK-8

AİLE HEKİMLİĞİ PRATİĞİNDE YAŞLI HASTALARDA SOSYAL İLİŞKİLER

1- Hastanız kendi evinde;

- a) Yalnız yaşamaktadır,
- b) Eşiyle birlikte yaşamaktadır,
- c) Çocukları ile yaşamaktadır (eşi de olabilir)
- d) Bakıcısı ile yaşamaktadır.

2-Hastanın geçen ay boyunca evinde arkadaşları, komşuları veya ailesi tarafından ne sıklıkla ziyaret edildiğini düşünüyorsunuz?

- a) Haftada en az bir kere
- b) Haftada bir kereden az
- c) Hiç ziyaret edilmemiştir
- d) Bilmiyorum

3- Hastanın geçen ay içinde başkalarının evini ne sıklıkla ziyaret ettiğini düşünüyorsunuz?

- a) Haftada en az bir kere
- b) Haftada bir kereden az
- c) Hiç ziyaret etmemiştir
- d) Bilmiyorum

4-Hastanın geçen ay boyunca kendi evinin dışındaki (ör: eğitim/kurs, konferans, dernek, gün, cami, kahvehane vb.) etkinliklere ne sıklıkla katıldığını düşünüyorsunuz?

- a) Haftada en az bir kere
- b) Haftada bir kereden az
- c) Hiç katılmamıştır
- d) Bilmiyorum

5- Hastanızın başkaları / yakınları ile birlikte olsa da yalnız olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet, genellikle
- b) Evet, arada sırada
- c) Evet, ama nadiren
- d) Hayır
- e) Bilmiyorum

6- Hastanın problemleri varsa veya desteğe ihtiyacı varsa, konuşacak bir yakını/arkadaşı var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

