

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GÜMÜŞHANE İL MERKEZİNDE EVDE
YAŞAYAN YAŞLILARDA YETİ YİTİMİ
VE ALEKSİTİMİ

DOKTORA TEZİ
Çağla YİĞİTBAŞ

2014

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı V.

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

Danışman

Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

Prof. Dr. Figen DEVECİ

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin KAYA

İTHAF

Çocuklarım Oktay Burak YİĞİTBAŞ ile Safa Türker YİĞİTBAŞ'a...

TEŞEKKÜR

Araştırma konusunun seçimine yönelmemi sağlayan, öneri ve yapıcı eleştirileriyle çalışmalarına her zaman bilimsel katkılarda bulunan, araştırmanın her aşamasında anlayış ve desteğini sakınmayan, bundan sonraki çalışmalarında da kılavuzluğundan emin olduğum tez danışmanım Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye teşekkürlerimi borç bilirim.

Doktora eğitimim boyunca paylaştığımız birliktelik, bilgi ve deneyimleri için Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ, Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN ve Prof. Dr. İbrahim ŞEKER Hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Her aşamada desteklerini esirgemeyen Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlilerine teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma konuma katkılarını sağlayan ve soruları içtenlikle cevaplayan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca varlıklarıyla sonsuz huzur duyduğum aileme, eşime ve çocuklarıma candan teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Yaşlılık ve Yaşlanma ile İlgili Tanımlar	5
3.1.1. Yaşlılık	5
3.1.2. Yaşlanma	6
3.1.3. Yaşlı	7
3.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	9
3.3. Yaşlanmanın Demografik Belirleyicileri	9
3.3.1. Fertilitede Azalma	10
3.3.2. Mortalitede Azalma	10
3.3.3. Yaşlılık Endeksi	10
3.3.4. Medyan Yaş	11
3.3.5. Potansiyel Destek Oranı	11

3.4. Yaşlanmanın Özellikleri	11
3.5. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu	12
3.6. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri	16
3.7. Yaşlılıkta Yaşanan Sorunlar ve Halk Sağlığı Yaklaşımı	17
3.8. Yetimi Kavramı ve Yeti Yitimi Tanımlamaları	21
3.8.1. Yaşlılıkta Yeti Yitimi	26
3.8.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Yeti Yitimi	27
3.8.3. Yaşlılarda Yeti Yitiminin Demografik Belirleyicileri	27
3.8.4. Yaşlılarda Yeti Yitimi Sonuçları ve Halk Sağlığı Yaklaşımı	32
3.9. Aleksitimi Kavramı ve Aleksitimi Tanımları	33
3.9.1. Aleksitimik Belirtiler ve Kişilik Özellikleri	35
3.9.2. Aleksitiminin Etkileri	40
3.9.3. Yaşlılıkta Aleksitimi	41
4. GEREÇ VE YÖNTEM	43
4.1. Kısa yeti Yitimi Anketi/ Brief Disability Questionnaire (KYA/BDQ)	44
4.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği/Toronto Alexithymia Scale (TAÖ/TAS-20)	44
4.3. Verilerin Analizi ve Yorumu	47
5. BULGULAR	49
6. TARTIŞMA	85
6.1. Yaşlılık ve Özellikleri İle İlgili Tartışma	85
6.2. Yaşlılık ve Yeti Yitimi İle ilgili Tartışma	95
6.3. Yaşlılık ve Aleksitimi İle İlgili Tartışma	102

7. KAYNAKLAR	111
8. EKLER	128
8.1. Gümüşhane İl Merkezinde Evde Yaşayan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Aleksitimi Anket Formu	128
8.2. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgesi	135
8.3. Gümüşhane Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi	136
9. ÖZGEÇMİŞ	137

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	49
Tablo 2. Yaşlıların Ekonomik Durumlarına Ait Göstergelere Göre Dağılımları	50
Tablo 3. Yaşlıların Sosyal Durumları İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları	51
Tablo 4. Yaşlıların Bazı Sağlık Durum Özelliklerine Göre Dağılımları	52
Tablo 5. Yaşlıların Sağlık Durumlarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımları	53
Tablo 6. Yaşlıların Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalma Durumlarına Göre Dağılımları	54
Tablo 7. Yaşlıların Sağlık Durumlarını Değerlendirme ve Kişilik Yapılarıyla İlgili Algısal Özelliklerine Göre Dağılımları	55
Tablo 8. Yaşlıların Bazı Fizyolojik ve Kardiyovasküler Sistem Göstergelerine Ait Ölçüm Değerleri Ortalamaları	56
Tablo 9. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mobilizasyon Yeteneklerinin Dağılımı	57
Tablo 10. Yaşlıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Mobilizasyon Yeteneklerinin Dağılımı	58
Tablo 11. Yaşlıların Sağlık Durumlarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklarına Göre Mobilizasyon Yeteneklerinin Dağılımı	59
Tablo 12a. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Genel Sağlık Algılarının Dağılımı	60

Tablo 12b. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Genel Sağlık Algılarının Dağılımı	61
Tablo 13a. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Fiziksel Sağlık Algılarının Dağılımı	62
Tablo 13b. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Fiziksel Sağlık Algılarının Dağılımı	63
Tablo 14. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Zihinsel Sağlık Algılarının Dağılımı	64
Tablo 15a. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Duygusal Sağlık Algılarının Dağılımı	65
Tablo 15b. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Duygusal Sağlık Algılarının Dağılımı	66
Tablo 16. Yaşlıların Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	67
Tablo 17. Yaşlıların KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı	67
Tablo 18. Yaşlıların Bazı Demografik Özelliklerine Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
Tablo 19. Yaşlıların Bazı Sosyal Yapı Özelliklerine Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı	69
Tablo 20. Yaşlıların Sağlık Durum Göstergelerine ve Sağlığı Etkileyebilecek Bazı Davranışlarına Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı	70
Tablo 21. Yaşlıların Çeşitli Sağlık Algılarına Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Tablo 22. Yaşlıların Bazı Sosyo–Demografik Özelliklerine Göre	72

KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı

Tablo 23. Yaşlıların Sağlık Durum Göstergelerine ve Sağlığı Etkileyebilecek Bazı Davranışlarına Göre KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı	73
Tablo 24. Yaşlıların Çeşitli Sağlık Algılarına Göre KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı	74
Tablo 25. Yaşlıların Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	75
Tablo 26. Yaşlıların TAÖ-20'ye Göre Alt Grup Puan Ortalamaları	76
Tablo 27. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı	77
Tablo 28. Yaşlıların Bazı Ekonomik Durum Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı	78
Tablo 29. Yaşlıların Bazı Sosyal Durum Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı	79
Tablo 30. Yaşlıların Bazı Sağlık Durum Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3'ün Puan Ortalamalarının Dağılımı	80
Tablo 31. Yaşlıların Sağlıklarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklarına Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3'ün Puan Ortalamasının Dağılımı	81
Tablo 32. Yaşlıların Çeşitli Sağlık Durum Algılarına Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı	82
Tablo 33. Yaşlıların Kişilik Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı	83
Tablo 34. Yaşlıların KYA Alt Bileşenlerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı	84

Tablo 35: Yaşlıların KYA ve TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3'den Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

84

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: ICIDH 1980’de Yer Alan Yeti Yitimi Süreci Şeması	23
Şekil 2: Saad Nagi’nin Oluşturduğu Yeti Yitimi Süreci Şeması	24
Şekil 3: Verbrugge ve Arkadaşlarının Oluşturduğu Yeti Yitimi Süreci	25
Şekil 4: Cinsiyet Açısından Dünyadaki Yaşlılarda Yeti Yitimi Durumu	29
Şekil 5: Ülkelerin Gelir Düzeyleri Açısından Yaşlı Yeti Yitim Prevelansları	30

KISALTMALAR LİSTESİ

OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BM	: Birleşmiş Milletler
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
ICD	: International Classification Dissemimations/
ICIDH	: International Classifications Impairment, Dissemination and Health
ICF	: The International Classification of Functioning, Disability and Health
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
AIDS	: Acquired Immun Deficiency Sendrom
TAÖ/TAS-20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği/ Toronto Aleksitimi Skalası-20
KYA/BDQ	: Kısa Yeti yitimi Anketi/ Brief Disabilty Questionnaire
TAÖ-1	: Duyguları Tanımada Güçlük
TAÖ-2	: Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve Yetersiz İmajinasyon Yeteneği
TAÖ-3	: Dışa Dönük Düşünme
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
min	: Minimum
max	: Maksimum
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

1. ÖZET

Yaşlılık döneminde yeti yitimi ve aleksitimi kişilerin sağlık ve sosyal durumlarına etkili olabilen önemli kavramlardır. Bu çalışmada Gümüşhane İl Merkezinde evde yaşayan yaşlıların yeti yitimi ve aleksitimi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte olan bu araştırma, Gümüşhane İl Merkezinde bulunan 14 aile hekimliği birimine kayıtlı nüfustan sistematik örnekleme ile seçilen 450 yaşlının (65 yaş ve üzeri) 437'sine ulaşılarak yapılmıştır. Örnekleme alınan yaşlılara içerisinde Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)'ninde yer aldığı bir anket yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır. Sonuçlar istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların yaş ortalaması 74.32 ± 7.15 olup, %63.4'ü kadın, %36.6'sı erkektir. Yaşlıların KYA puan ortalaması 10.25 ± 5.03 , TAÖ-20 puan ortalaması ise 49.28 ± 9.58 'dir. Yaşlıların %86'sında çeşitli derecelerde yeti yitimi saptanmıştır. Kadın olmanın, dul/boşanmış olmanın, düşük eğitim düzeyine sahip olmanın, herhangi bir ruhsal sorun yaşamamanın, mobilizasyonda kısıtlılık artışının, egzersiz yapmamanın, genel-fiziksel-zihinsel-duygusal ve sosyal sağlık düzeylerinde kötü sağlık algısına sahip olmanın hem KYA, hem de TAÖ-20 puan ortalamasını arttırdığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Hayatı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış olanların şiddet görmeyenlere, aile içinde kendini ifade edemeyenlerin ya da kısmen ifade edenlerin böyle bir sorun yaşamayanlara göre aleksitimi toplam puanları daha yüksek bulunmuştur

($p<0.05$). KYA ile TAÖ-20, TAÖ-1 ve TAÖ-2 puanları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon belirlenmiştir ($p=0.000$).

Sonuç olarak; araştırmadaki yaşlıların yeti yitimi puanı ölçek ortalamasına yakın, aleksitimi puanı ise ölçek ortalamasının altında olarak değerlendirilmiştir. Yaşlılarda yeti yitimi ve aleksitimiye etkileyen faktörlere yönelik iyileştirici yönde çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Yeti yitimi, Aleksitimi

2. ABSTRACT

Disability and Alexithymia in Elderly People Living at Home in The Center of Gümüşhane

Disability and alexithymia in old age are the significant concepts that can affect the health conditions and social lives of people. The aim of this study is to evaluate the characteristics of disability and alexithymia that the elderly, living in Gümüşhane city centre, suffer from.

This cross-sectional study is made by reaching 437 of 450 elderly people (65 and above) registered to 14 family practice units located in Gümüşhane city centre, selected by systematic sampling. Sampling was performed with a questionnaire, involving Questionnaire Brief Disability (BDQ) and the Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), in face to face interviews. Results were evaluated using a statistical software program.

The average age of the elderly enrolled in the study is 74.32 ± 7.15 , of which 63.4% are female and 36.6 % are male. While the average score of BDQ of elderly is 10.25 ± 5.03 , their TAS-20 average score is 49.28 ± 9.58 . A different range of grades of disability was determined with 86% of the elderly. It was determined that being a woman, widowed/divorced, having a low level of education, having any kind of mental problems, increase in the constraint in mobilization, lack of exercise, having a poor health of perception regarding general-physical-mental-emotional and social health levels boost the average scores of both BDQ and TAS-20 ($p < 0.05$). The total alexithymia scores of those

who have been exposed to any kind of violence throughout their lives and those who cannot express themselves or partly able to do this within the family were higher than the scores of those who were not exposed to violence and those who have no problems in expressing themselves. A weak positive correlation was determined between BDQ and TAS-20, TAS-1 and TAS-2 scores ($p=0.000$).

In conclusion, while the disability score of the elderly in the study was close to the scale average, the alexithymia scores were below the scale average. Rehabilitative studies aimed at the factors that affect the disability and alexithymia in the elderly should be planned and implemented.

Key Words: Old age, Disability, Alexithymia

3. GİRİŞ

3.1. Yaşlılık ve Yaşlanma İle ilgili Tanımlar

3.1.1. Yaşlılık

Yaşlılığın herkes tarafından kabul gören ortak bir tanımı yapılamadığı için yaşlılıkla ilgili tanımlar sürekli gelişmekte ve çeşitlilik göstermektedir (1).

Yaşlılıkla ilgili tanım ve sınıflamalarda fizyolojik boyutun (2) yanı sıra biyolojik, duygusal, kronolojik ve fonksiyonel özellikler de sıkça kullanılmaktadır (3,4). Doğum yaşı ya da takvim yaşı olarak ifade edilen yaş kronolojik yaşlılıktır. Yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler biyolojik yaşlılık olarak tanımlanırken, fizyolojik yaşlılık; biyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişikliklerdir (3,5-7). Bu tanımlamalar dışında çeşitli bilimlerce de yaşlılığın tanımları yapılmıştır. Örneğin; insanın bağımsız konumdan bağımlı konuma geçmesi sosyal anlamda yaşlılık şeklinde tanımlanmışken, hukuk ve çalışma yaşamı bakımından ise insanın çalışma hayatındaki verimliliğinin azalması ve emekli olduğu dönem şeklinde tanımlanmıştır (2,8).

Diğer taraftan yaşlılığın tanımı kişiden kişiye değişebilmektedir. Örneğin bir çalışmada katılımcıların %55.6'sı yaşlılığı “birçok alanda kayıpların yaşandığı dönem” olarak tanımlamıştır (9). Ayrıca bu sürece yüklenen anlam toplumlar arasında da farklılaşabilmekte, yaşlanmayı anlama ve adlandırmada toplum ve kültür önemli rol oynamaktadır (10).

3.1.2. Yaşlanma

Genel anlamıyla yaşlanma bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin düzenli olarak değişmesidir (11). Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde ve sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir (12).

Yaşlanma “yaşın artması” anlamıyla kullanılıyorken; ‘yaşlılık’ yaşamın spesifik bir bölümünü tanımlamak için kullanılmaktadır. Dört yaşını bitirip beş yaşına gelen bir çocuk bir miktar ‘yaşlanmış’ olmakla beraber henüz ‘yaşlılık’ evresine girmemiştir. İnsan dışındaki canlılarda ‘yaşlılık’ büyük ölçüde biyolojik ve fizyolojik değişimle ilişkilidir. Oysaki insanın yaşlılığında bu sürece ek olarak toplumsal ve kültürel anlamlar da yüklenmiştir (2).

Yaşlanma beş ana grupta ele alınmaktadır:

- 1- Kollajen makro moleküllerinin birikimi ile oluşan intra-inter moleküler köprülerin tendon, deri ve kan damarlarının elastikisitesinde azalmaya yol açması olarak tanımlanan moleküler yaşlanma.
- 2- Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilen hücresel yaşlanma.
- 3- Birçok organda yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkması olarak tanımlanan doku ve organ yaşlanması.
- 4- Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte giderek ölümlerle sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının bozulması şeklinde seyreden bireysel yaşlanma.
- 5- Altmış beş yaş ve üzeri nüfusu tanımlamak için kullanılan toplumsal yaşlanma (1).

Yaşlanma ve yaşlılık kavramlarının birbirinden ayrıldıkları en önemli nokta iki sürecin başlangıç noktaları olup, yaşlanma sürecinin başlangıcı yaşlılık döneminin başlangıcından daha öncedir. Zihinsel ve fiziksel yeterlikler yaşlılık döneminin belirtileri olarak gösterilmekte ve bunlar yaşlılık döneminden önce görülmektedir (11).

3.1.3. Yaşlı

Yaşlının tanımı 1992 yılında; Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) tarafından “davranış ve ihtiyaçları değişen heterojen bir gruptan oluşan 65 yaş üzerindeki insanlar” olarak yapılmıştır (13). Yaşlı, toplumdaki diğer bireylerle sosyal ilişkiler kuran ve topluma uyum sağlayan, yaşadığı çevreye, kente, ülkeye ilişkin öneri ve beklentileri olan bir grup olarak değerlendirilmektedir.

Yaşlılarla ilgili evrensel özellikler şu şekilde sıralanabilir:

- Bütün toplumlarda her zaman azınlık durumundadırlar.
- Yaşlı kadınlar yaşlı erkeklerden daha fazladır.
- Dulların oranı yaşlı nüfusta daha yüksektir. Yaşlı kadınlar son 10-15 yılını dul olarak yaşar.
- Toplumlarda farklı statü ve davranışlara sahip bireyler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflama ise olumlu da olumsuz da olabilmektedir. Örneğin Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaşlılar en yüksek oranda (%33.1) “dışa bağlı/muhtaç” kavramıyla, en düşük oranda (%1.8) “huysuz ve her şeye karışan” kavramlarıyla tanımlanmıştır. Katılımcıların %6.1’i ise yaşlı denildiğinde “yalnızlık” kavramının

akıllarına geldiğini belirtmiştir. Kadınların %10.6'sı, erkeklerin ise %16'sı yaşlıyı "tecrübeli" kavramıyla özdeşleştirmiştir (9).

- Pek çok toplumda yaşlılar; durgun (hareketsiz) ya da daha az fiziksel çaba içinde olan kişiler şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlılar, fiziksel çabadan çok mental çaba göstermektedir ve akıl veren konumundadırlar.
- Bütün ülkelerde bazı yaşlılar politik, hukuksal ve kentsel liderlik etkinliklerini sürdürmektedirler.
- Yaşlı bağımlılık ve kaza riskine daha açıktır, fiziksel yetenekleri azalmıştır, ayrıca pek çok kronik hastalığa açık bir dönemi yaşamaktadır (6, 14).

Bu evrensel nitelikler yanında kültürler arasında farklılıkların görüldüğü konular ise şunlardır:

- Modern toplumlarda yaşlı nüfus daha fazladır.
- Gelişmiş ülkelerde yaşlının ekonomik güvenliği azalmakta ve bu güvenliği sağlamayı devlet üstlenmektedir.
- Yaşlının statüsü gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Nüfusta daha az yer işgal ederler ve sosyal değişme daha yavaştır (11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sanayileşmiş ülkelerin yaşlanmadan önce zenginleşmiş olduklarını, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerin zenginleşmeden önce yaşlanacaklarını belirtmekte, bu nedenle dünyadaki bütün ülkelerin, yaşlanmanın artışı anlamına gelen demografik sürecin yaratacağı olumsuz sonuçlara karşı hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamaktadır (15).

3.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Yaşlılıkla ilgili sınıflandırmalar ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri ve doğuştan yaşam beklentisine göre değişiklik göstermekle birlikte, genel olarak 60 yaş üstü bireyler yaşı kabul edilmektedir (1). DSÖ tarafından yapılan tanımlamada yaş sınırı olarak 65 yaş ve üzeri alınmakta, bu sınır demografik açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir (16). Bu süreçte yaşlı birey, bazı sağlık güvencelerinden ve sosyal güvencelerden yararlanmaya başladığı için, bu yaş “sosyal ve ekonomik yaşlılığın” da başlangıcı olarak kabul edilmektedir (17). Birleşmiş Milletler (BM) ise yaşlılıkta yaş sınırını 60 yaş ve üzeri olarak temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır (4).

DSÖ psiko-geriatrik yaşlılık dönemini iki gruba ayırmaktadır. Bu dönemlerden ilki 65 yaş ve üstü olup, bu dönemdeki kişilere yaşı demekte; 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak tanımlamaktadır. Gerontolojistler ise yaşlılığı üç döneme ayırmaktadır. İlki 65-74 yaş arası olup genç yaşlılık olarak, ikincisi 75-84 olup orta yaşlılık olarak, üçüncüsü ise 85 yaş ve üzeri olarak tanımlanmakta bu dönem ise ileri yaşlılık (ihtiyarlık) devri olarak sınıflandırılmaktadır (2,12,18, 19).

3.3. Yaşlanmanın Demografik Belirleyicileri

Temel halk sağlığı hizmetlerindeki gelişmeler, tıpta görülen gelişmeler, doğurganlık oranlarının düşmesi, beslenme koşullarındaki iyileşmeler ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ile birlikte yirminci yüzyılın başlarından

itibaren ileri yaşı nüfus oranlarında artmalar olmaya başlamıştır (3,14,20,21). Bu artışın nedenleri:

3.3.1. Fertilitede Azalma

Dünya genelinde kadın başına düşen çocuk sayısı 2010-2015 yılları arasında 2.5’dir. Bu sayının 2045-2050 yılları arasında 2.24’e, 2095-2100 yılları arasında ise 1.99’a düşeceği öngörülmektedir (22).

3.3.2. Mortalitede Azalma

Yaşlı nüfustaki mortalite hızının azalması nüfusun yaşlanmasında önemli belirleyicidir. Hormonal etkiler, biyolojik faktörler, kültürel farklılıklar ve yaşam biçimindeki farklılıklar ise mortalitedeki cinse özgü farklılıklardaki temel belirleyicilerdir. Ayrıca mesleki risklere maruziyet, risk alma alışkanlıkları ve kazalar, sigara ve alkol gibi sağlıksız davranışlar erkeklerde daha yaygındır (23).

3.3.3. Yaşlılık Endeksi

Doğuştan beklenen yaşam süresi 2000-2005 yılları arasında dünya genelinde 67.1 yıl iken, 2010-2015 yılları arasında 70 yıla ulaşmıştır. Bu sayının 2045-2050 arasında 75.9 yıla, 2095-2100 arasında ise 81.8 yıla çıkacağı tahmin edilmektedir (22). Diğer taraftan 2000 yılında her 100 çocuğa 33 yaşlı düşerken, 2050’de her 100 çocuğa 101 yaşlı karşılık gelecektir (23).

3.3.4. Medyan Yaş

Dünyada ortalama yaş 1950’de 23.5 yıldır. 2013 yılı itibarıyla 29.2 yıl şeklindeydi. Bu sayı 2050’de 36.1 yıla, 2100’de ise 41.2 yıla ulaşacaktır (22). Gelişmiş ülkelerde medyan yaş 2000’den 2050’ye kadar 46 yıla ulaşacaktır. Gelişmekte olan ülkelere ise 35 yıl olacaktır. Avrupa’da medyan yaş bugün 38 yıl iken Afrika’da 18 yıldır. 2050’de ise Avrupa’da medyan yaş 49 yıla, Afrika’da 22 yıla ulaşacaktır (23).

3.3.5. Potansiyel Destek Oranı

65 yaş üstündeki bir kişi başına düşen 15-64 yaş arası kişi sayısını açıklamak üzere kullanılmaktadır ve son 50 yıl içinde düşüş göstermiştir. 1950’de %11.6 olan bu oran 2000 yılında %9.1’e kadar düşmüştür. 2050’de her beş yaşlıdan biri 80 yaş üzerinde olacaktır. 1950 yılında 50-64 yaş arası her yüz kişiye 85 yaş üstü iki kişi düşerken, 2000’de bu oran ikiye katlanmıştır ve 2050’de ise üç kat artacaktır. Bu durumda yaşlıların bakımını ve finansmanını sürdürecektir çalışma çağındaki kişi sayısı oldukça azalacaktır. Ayrıca yaşlanmakta olan kişilerin ilgilenmek durumunda olacağı ileri yaştaki kişi sayısı daha fazla olacaktır (23).

3.4. Yaşlanmanın Özellikleri

Yaşlanma sürecinde kalıtım, yaşam tarzı, meslek, yeme alışkanlıkları, kronik hastalıklar ve kişisel alışkanlıklar gibi özellikler etkili olabilmektedir (24). Bu sürecin genel özellikleri ise şu şekildedir:

- Stres süreçlerinde daha belirgin olmak üzere organ rezerv kapasiteleri azalmaktadır.
- Termoregülasyon sisteminde bozukluk ya da baroreseptör duyarlılığında azalma görülmekte, homeostatik kontrol azalmaktadır.
- Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneği azalmaktadır.
- Stres cevap kapasitesi azalmaktadır. Tüm bu özelliklerin sonucunda ise kişi hastalıklara ve yaralanmalara karşı daha hassas bir hale gelmektedir (25).

Yukarıdaki özelliklerin yanı sıra yaşlı bireyler çevreye karşı daha az ilgili, kendi bedenine ve kendine karşı daha ilgili olup, ilişkilerde daha derin ve seçici olabilirler. Yeniliklerden ürkebilirler ve eski yaşamlarını özleyerek genç nesille aralarındaki uzaklığı arttırabilirler. Yaşlılıkla birlikte bedende fiziksel yakınmalardaki artışın sonucu olarak sağlıklarına aşırı önem verme, her gün bir hastalıktan söz edip, sık sık doktora başvurma durumunda daha sık görülebilmektedir (26).

3.5. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu

Bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı insanların payının göreceli olarak artması nüfusun yaşlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama içinde de toplumlar için “genç toplum”, “olgun toplum” ve “yaşlı toplum” nitelermeleri yapılmaktadır (20). 65 yaş ve üzeri kişi sayısı nüfusun %4’ünden azını oluşturuyorsa genç toplum, %4-7’sini oluşturuyorsa erişkin toplum, %7-10’nunu oluşturuyorsa yaşlı toplum ve %10’undan fazlasını oluşturuyorsa o toplum için çok yaşlı toplum tanımlaması

yapılmaktadır (3). Nüfusun yaşlanması durumu ise; insan gücüne dayalı savunma alanlarında zayıflama, hastalık yükünde artış ve sağlık hizmetlerinde yetersizlik, iş gücünde ve üretimde azalma, bakım ve üretim yetersizliğinden kaynaklanan sorunlarda artış, ulaşım problemleri ve yaşam alanı sorunları gibi önemli bireysel ve toplumsal sonuçları olan bir durumdur (17,27).

2013 yılında dünya nüfusunun %11.7'sini 60 yaş üstü bireyler, %1.7'sini ise 80 yaş üstü bireyler oluştuyordu. 2050 yılında dünya nüfusunun %21.2 sinin 60 yaş üstü bireylerden, %4.1'inin ise 80 yaş üstü bireylerden oluşacağı, 2100 yılında ise aynı yaş grupları için oranların sırasıyla %27.5 ve %7.6 şeklinde olacağı tahmin edilmektedir (22). Günümüzde dünya nüfusunun %11'ini, gelişmiş ülke nüfusunun %20'den fazlasını, gelişmekte olan ülkelerin nüfusunun ise yaklaşık olarak %8'ini, 60 yaş ve üzeri kişiler oluşturmakta ve bu oranların 2050 yılından önce 2 katına ulaşacağı tahmin edilmektedir (28). Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus artışı çok daha fazladır (29). Gelişmiş ülkelerde 60 yaş ve üzeri nüfusta; nüfus artış hızının 2050 yılına kadar yıllık olarak %1.0 oranında olacağı, bu oranın 2050-2100 yılları arasında yıllık bazda %0.11'e gerileyeceği tahmin edilmektedir. Bu gerilemenin yüzyılın ortasından sonraki dönemde olacağı tahmin edilmektedir. Bu ülkelerdeki yaşlı nüfus artış hızının 2013 ile 2050 yılları arasında yaklaşık %45 oranında olacak şekilde en yüksek değerine ulaşacağı öngörülmektedir (22).

Dünyada yaşlı nüfusun artış hızı (%2.1), genel nüfus artış hızından (%1.2) daha fazla (23,30) olup, 80 yaş üstünde bulunanların nüfus artış hızı %4.3'tür. Dünya nüfusu son 100 yıl içinde (1950-2050) dörde katlanırken yaşlı nüfusun 10 kez artacak olması dikkat çekicidir. Günümüzde yaşlıların nüfus içinde yüzdesinin

en fazla olduğu kıta Avrupa (%20) ve en az olduğu kıta ise %5 ile Afrika'dır. 2050 yılına gelindiğinde, Avrupa'da yaşlı nüfus oranı %37'ye çıkarken Afrika'da %10 olacağı tahmin edilmektedir. 1950 yılında; her yüz kişiden sekizi yaşlıydı ve dünyada sadece on dört milyon kişi 80 yaş ve üzerindeydi. 2000 yılında ise her on kişiden biri yaşlıydı ve dünyada 61 milyon kişi 80 yaş ve üzerinde, 8 milyon kişi 90 ve üzeri yaşta ve 180 bin kişi de 100 yaşını aşmış durumdaydı. 2050 yılında her beş kişiden birisinin yaşlı olacağı, dünya nüfusunun yarısının 36 yaş ve üzeri kişilerden oluşacağı, 314 milyon kişinin 80 yaş ve üzerinde, 61 milyon kişinin 90 ve üzeri yaşta, 3.2 milyon kişinin de 100 yaşını aşmış, ayrıca 65 yaş ve üzeri her yüz kişiden 55'inin kadın, 100 yaş ve üzeri her yüz kişiden ise 6'sının kadın olacağı tahmin edilmektedir (23).

Türkiye'de dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. 1940'lı yıllarda erkekler ortalama 30, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşıyorken, günümüzde bu süre erkekler için 71'e kadınlar için ise 76 yaşa çıkmıştır (4).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yapmış olduğu projeksiyonlarda doğuştaki yaşam beklentisinin 2025 yılında erkeklerde 73.1'e, kadınlarda da 78.9'a yükseleceği öngörülmektedir. Bu da Türkiye nüfusunun yaşlanmaya devam edeceği ve yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü kadınların oluşturacağı anlamına gelmektedir (31,32).

Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus 1985'te %4.2 iken (3,10), 2013 yılında bu oran %7.7'ye çıkmıştır (32) ve 2050 yılına kadar ise %26 civarında olacağı tahmin edilmektedir (33). 2008-2040 arasında Türkiye'de yaşlı nüfusta %201'lik bir artış beklenmektedir (23,34,35).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) 2007 “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı”nda, 2050 yılında 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranının %17.6’ya ulaşacağı öngörülmekle birlikte (36); 2008 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı sonuçları yaşlı nüfusun bu öngörüden çok hızlı bir şekilde artacağını göstermektedir (32).

Türkiye’de sosyal hizmetler kapsamında ele alınan yaşlılık hizmetleri ile ilgili politikalar “Kalkınma Planları” kapsamında ele alınmıştır (17). Birinci beş yıllık kalkınma planında (1963-1967); yaşlı bakım evlerinin araç gereç donanımına finans sağlanmış olup hizmetin sunumunda gönüllü kuruluşlara da görevler verilmiştir. İkinci beş yıllık kalkınma planında (1968-1972); yaşlı sağlığı hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği örgütlenmiştir. Üçüncü beş yıllık kalkınma planında (1973-1977); faaliyetler tek elde toplanmış, yaşlı bakımına öncelik verilmesi kavramı gündeme gelmiştir. Dördüncü beş yıllık kalkınma planında (1979-1983); yaşlılık hizmetleri toplumsal güvenlik başlığında ele alınmıştır. Huzurevlerine dikkat çekilmiştir. Mevcutların iyileştirilmesi, özel sektörlerce yenilerinin yapımının teşvik edilmesi anlayışı hâkim olmuştur. Beşinci beş yıllık kalkınma planında (1985-1989); muhtaç konumdaki yaşlılara öncelik anlayışı oluşmuştur. Yaşlıları korumak, bakmak gibi kavramlar dâhilinde çalışan huzurevlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması amaçlanmıştır. Altıncı beş yıllık kalkınma planında (1990-1994); kurum bakımı yerine aile içinde bakım anlayışı hedeflenmiştir. Yedinci beş yıllık kalkınma planında (1996-2000); yaşlılara yaşlı danışma merkezleri tarafından da hizmet verilmesinin yanı sıra aile temel hizmet birimi olarak kabul edilmeye devam edilmiştir. Sekizinci beş yıllık kalkınma planında (2001-2005); huzurevi ve yaşlı

dayanışma merkezlerinin açılması, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve arttırılması konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında (2007-2013); yaşlı ve özürlü gibi grupların sosyal aktif hayata katılmalarının sağlanması, bu gruplara yönelik şiddet ve istismarın önlenmesi amaçlanmıştır. Dezavantajlı gruplar olarak tanımlanan bu grupların sağlık, barınma ve sosyal hizmet gibi erişimlere ulaşmasında öncelikli gruplar olmasına karar verilmiştir (37).

3.6. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri

2000 yılı verilerine göre dünyada okuryazar olmayan yaşlı yüzdesi kadınlarda 66, erkeklerde 29’dur. Bu oran az gelişmiş ülkelerde kadınlarda %85’e kadar yükselmektedir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde ise dullarda kadınların oranlarındaki fazlalık dikkat çekicidir. Dul erkek oranı %10-20 düzeylerindedir. Erkeklerin kadınlardan daha genç yaşta vefat etmesi, dul kalan erkeklerde yeniden evliliklerin daha fazla olması kadınlardaki dulluk oranının daha fazla olmasının nedenleri olarak gösterilmektedir. Avrupa’da yaşlı kadınların yarısı yalnız yaşamakta ayrıca çocuksuz yaşlı sayısı da artış göstermektedir. Diğer taraftan yaşlılık döneminde çalışma kapasitesi ve gelir düzeyindeki azalma kişilerin sağlık hizmetlerine ve diğer temel hizmetlere ulaşmalarında sıkıntı yaşamalarına yol açmaktadır. Yaşlıların iş gücüne katılımı da son on yılda dünya çapında azalma göstermiştir. 1950’de yaklaşık her üç yaşlıdan biri çalışmakta iken, 2000 yılında bu oran 1/5’e düşmüştür. 1950’de gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların iş gücüne katılımı %40 ve gelişmiş ülkelerde %23 iken, 50 yıl sonra gelişmiş bölgelerde %8 ve az gelişmiş bölgelerde %26 olmuştur. Yaşlılarda

ekonomik olarak aktif olanların yüzdesi gelişmiş ülkelerde erkeklerde %21 iken, az gelişmiş ülkelerde %50'dir. Yaşlı kadınlarda ise gelişmiş ülkelerde çalışan yüzdesi 10 iken, az gelişmiş ülkelerde 19'dur. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlılar ekonomik olarak daha aktif olsa da, kötü iş koşullarında ve düşük ücret ile çalışmaktadırlar. Üstelik gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların %80'i düzenli bir gelire sahip değildir. Az gelirli ülkelerin 17'sinde hiçbir şekilde düzenli emekli aylığı uygulaması yoktur. Yaşlı nüfusun sadece %17'sine emekli aylığının bağlanmış olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde açlık, yokluk ve yoksulluk yaşlıların önemli sorunlarıdır. Bu nedenle yaşlı emekli aylığı önem kazanmaktadır (23). Gelişmiş ülkelerde yaşlılar için kurumsal anlamda düzenlemeler öne çıkarken, gelişmekte olan ülkelere ise aile içi bakım daha öncelikli olarak görülmektedir (16).

Türkiye'de okuryazar olmayan 65 yaş üzeri erkek yüzdesi 5 iken, kadınlarda bu oran %7.2'e yükselmektedir. Yaşlı nüfusun medeni durumları incelendiğinde; 65 yaş üstü erkeklerin %13.2'si, 75 yaş üstü erkeklerin %24.5'sinin dul olarak yaşamlarını sürdürmekte olduğu, kadınlarda bu oranın 65 yaş üstünde %50.4'ü ve 75 yaş üstünde ise %69.1'i bulduğu dikkati çekmektedir (23).

3.7. Yaşlılıkta Yaşanan Sorunlar ve Halk Sağlığı Yaklaşımı

İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin 25. maddesinin birinci bendinde “Herkes kendinin iyi olması ve sağlık için yeterli yaşam standartlarına; yaşlılıkta da gıda, giyim, ev, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler ve güvenlik haklarına sahiptir” denilmektedir (7,12).

Yaşlılar sağlık sorunlarının daha az farkına varmaktadırlar. Ayrıca, semptomları inkâr etme ya da şikâyetlerini ifade etme güçlüğü, sağlık personeline yeterli ilgi gösterilmemesi, yaşlının sağlık kurumuna gençlere göre daha az başvurması, yakınmaların olağan sayılması ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, yaşlılarda yeterli tıbbi inceleme yapılamaması, gençlere göre öğrenim düzeylerinin düşük olması yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü artırmaktadır (8, 12).

Yaşlı nüfusla ilgili sorunlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunudur. Gelişmekte olan ülkelere; yeterli sosyal güvenlik ve destek sistemlerinin olmaması, geniş aile yerine çekirdek aile yapısının alması ile geleneksel aile desteğini de kaybeden yaşlılar için, yaşlanmanın getirdiği sorunlar daha ağır hissedilmektedir (38). Bu bağlamda yaşlılıkta yaşanan sorunlar:

- Sağlık sorunları
- Ekonomik sorunlar
- Barınma sorunları
- Yaşlılığa uyum sorunlarıdır (12).

Sağlık sorunları: Yaşlılar sağlıklı ve aktif olsalar bile yaşlılıkta önemli değişiklikler olmaktadır (27). Bu değişikliklerde birçok sağlık sorununu beraberinde getirebilmekte, kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük yani yeti yitimi oranları artmaktadır. Buna paralel olarak da yaşlı nüfus sağlık hizmetini daha fazla kullanmakta, daha fazla süre hastanede kalmaktadır. Kronik hastalıklar ve yeti yitimi nedeniyle uzman bakıma (geriatri klinikleri, huzurevleri vb) duyulan gereksinim artmaktadır (3,10). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş üzeri bireylerin yaklaşık %80'inde en az bir,

%50'sinde en az iki kronik hastalığın olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ise 65 yaş üzeri bireylerin %90'ında genellikle bir kronik hastalık, %35'inde iki veya daha fazla hastalığın bir arada görüldüğü belirtilmiştir (12,39). Bu hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar ve felç gibi dolaşım sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi nörolojik ve ruhsal hastalıklar; görme işitme kaybı gibi dejeneratif durumlar ve Kronik Obstruktif Akciğer Hastalıkları (KOAH) yer almaktadır (12).

Ekonomik sorunlar: Yaşlılıktaki sağlık sorunları sağlık giderleri yükünü de arttırmaktadır. Yaşlıların bakımlarının yüksek maliyeti onları özel bir konumda tutmaktadır. Yaşlılık dönemi sorunları maliyetinin yüksek sanılmasının aksine, sağlık giderlerini artıran son döneme gelmiş hastalıklardır. Aynı sağ kalım olasılığı olan gençler ve yaşlıların maliyetleri karşılaştırıldığında yaşlıların sağlık giderlerinin daha az olduğu gösterilmiştir (8). Bu dönemde kötü ekonomik koşullardan dolayı sosyal ve psikolojik sorunlarla karşılaşmaktadır. Yaşanılan ülkenin ekonomik düzenine bağlı olarak hayatın giderek pahalılaştığı, emeklilik ya da ailede para sağlayan kişinin ölümü gibi durumlarda gelirin azalması nedeniyle yaşlıların kendi geçimlerini sağlamaları da zorlaşmaktadır (13).

Barınma sorunları: Yaşlıların karşı karşıya kaldığı sorunlardan biri de sosyal değişikliklerdir. Bu nedenle yaşlı bakımı alanlarının içine biyolojik, psikolojik değerlendirmelerin yanı sıra sosyolojik değerlendirmelerde dâhil edilmelidir (30). Düzenli ya da yeterli gelir sahibi olmaması ekonomik güçlük çeken yaşlının çocukları ile yaşamasını zorunlu kılmaktadır. Bu durum yaşlının kendine ait özel yaşamı olmasını olanaksız hale getirmektedir (12).

Yaşlılığa uyum sorunları: Yaşlılarda fizyolojik rezerv kapasitesi ilerleyen yaşla birlikte azalmaktadır. Yaşlılar giderek artan bir uyum açığı ile başa çıkmak

durumundadır. Bu açık yaşlının fonksiyonel bağımsızlığındaki azalma, hastalıklar, sosyal ve çevresel faktörler ile belirlenen duruma uyum sağlanmasını da olumsuz etkilemektedir. Azalmış uyum rezervi yaşlıyı hastalık durumlarında ortaya çıkabilecek komplikasyonlara da duyarlı duruma getirmektedir. Fiziksel işlevlerdeki azalmanın yarattığı sorunların yanında sosyal yaşamdaki sınırlamalar da yaşlı bireyin bulunduğu yaş ile ilgili sosyal uyum sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. DSÖ'nün yaşlı nüfusun artışı ile ilgili sorunların çözümü için ülkeler düzeyinde iki temel politika önerdiği görülmektedir. Bunlar;

- Özürlülüğün (yeti yitiminin) önlenmesi ya da mümkün olduğu kadar ertelenmesi,
- Bireylerin yaşlandıklarında bağımsızlıklarını korumaları ve ekonomik yönden üretkenliklerini sürdürmelerinin sağlanmasıdır (12).

Konuya halk sağlığı bakış açısıyla yaklaşıldığında, yaşlıların gereksinimleri değerlendirilerek, öncelikler belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik maliyet etkili müdahaleler yapılmalı, izlenmeli ve etkileri değerlendirilmelidir. Yaşlıların yaşam kalitelerinin arttırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül korunma prensipleri temel alınarak, verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir. Bu hizmetler şu başlıklarda değerlendirilmeli ve yönlendirilmelidir (8):

- Sağlığın geliştirilmesi: Temel sağlık hizmetleri, bağışıklama, taramalar, birinci basamak sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve göz sağlığı hizmetlerinin nitelik ve niceliği iyileştirilerek maksimum seviyeye getirilmelidir.

- Kamu hizmetleri: Semt bakım evleri kurulmalı, ev ziyaretleri düzenlenmeli ve evde bakım hizmetleri sağlanmalıdır.
- Sosyal servis hizmetleri: Gündüz bakım evleri kurulmalı, seyyar aşevleri oluşturulmalı, geçici bakımlar sağlanmalı, komşu desteği projeleri şeklinde projeler geliştirilmeli, tatil aktiviteleri düzenlenmelidir.
- Hastane hizmetleri: Acil tıbbi bakım, acil psikiyatrik bakım hizmetleri düzenlenmeli ve erken taburculuk eğitimleri sağlanmalı, rehabilitasyon hizmetlerine erişim ve ulaşılabilirlik sağlanmalı ve inme, ortogeratri gibi birimler oluşturulmalıdır.

DSÖ'ne göre; yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa da hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilir (40). DSÖ'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir. Bu konuda hedef; 2020 yılına kadar, 65 yaş üzerindeki insanların sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olması ve aktif sosyal rol oynayabilmesidir. Özellikle de, yaşam beklentisinde ve 65 yaşında yeti yitimi olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması ile otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların oranının en az %50 arttırılmasıdır (41).

3.8. Yeti Yitimi Kavramı ve Yeti Yitimi Tanımlamaları

Yeti yitimi kavramı 1970'li yıllardan beri yoğun şekilde çalışılmaktadır (42). DSÖ tarafından 1980'li yıllarda; hastalıkların vücut üzerindeki etkilerinin

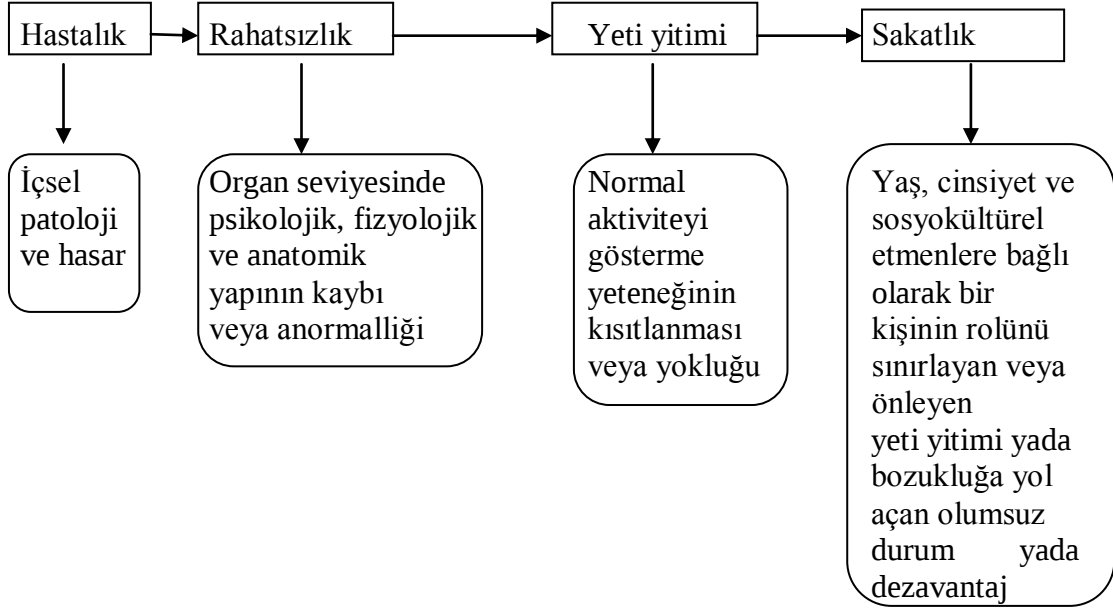
ölçümündeki sürecin bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu süreçle ilgili olarak üç aşamadan bahsedilmiş olup bu aşamalar ise kalıcı ve kronik hastalıklar içinde gösterilmiştir:

1. Yetersizlik (İmpairment): Vücutta sistemler düzeyinde psikolojik, fizyolojik ve anatomik bütünlükte yetersizlik ve anormallik ortaya çıkmasıdır.
2. Özürlülük (Disability=Yeti yitimi): İnsan için normal olarak değerlendirilen bir işlevi bedensel düzeyde meydana gelen fonksiyonel kısıtlılıklara bağlı olarak yapamama durumudur.
3. Engellilik (Handicap): Yetersizlik ya da özürlülüğe bağlı olarak kişinin istediği sosyal rolleri toplumsal yaşamda yerine getirememesine bağlı yetersizlik durumudur (12,43-46).

DSÖ yeti yitimini vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik, aktivite kısıtlaması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığını içeren şemsiye bir tanımlama olarak belirtmektedir (47). Bu tanımlamada bireyin sağlık durumu ile çevresel/bireysel bağlamda kişisel etmenler (motivasyon, özgüven) arasındaki olumsuz etkileşim üzerinde durulmaktadır (48).

Yeti yitimi süreci üzerine iki kavramsal şema ortaya konulmuştur: Bunların ilki, International Classification of Diseases (ICD)'na paralel olarak oluşturulan ve DSÖ tarafından geliştirilen International Classification of Impairment, Disability and Health (ICIDH)'de yer alan şemadır. Bu şemada yer alan temel kavramlar hastalık, rahatsızlık, yeti yitimi ve sakatlık kavramlarıdır (Şekil1) (49). Burada ve diğer bazı araştırmacılarca yeti yitimi “Bir kişi için

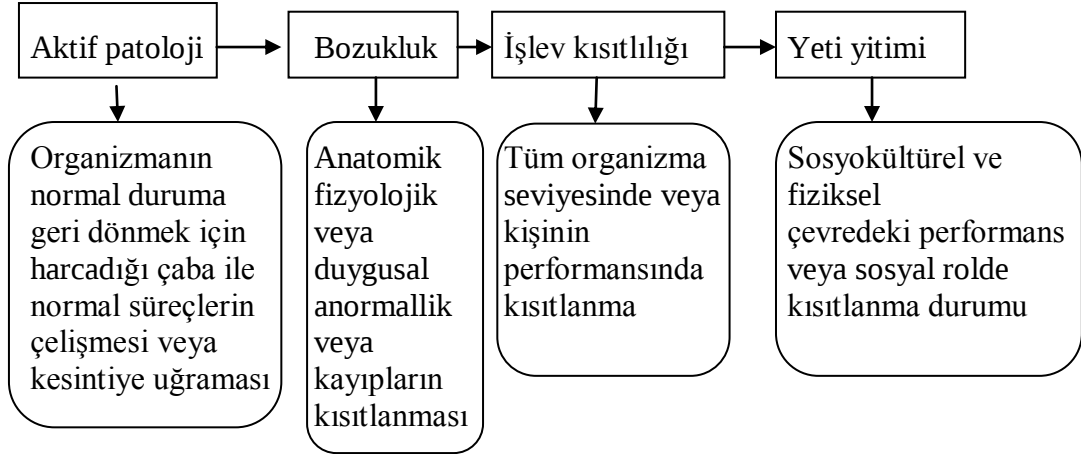
normal olarak kabul edilen sınırlardaki bir aktiviteyi gösterme yeteneğindeki herhangi bir kısıtlama veya sınırlama” olarak ta tanımlanmıştır (46,50,51).



Şekil 1. ICIDH 1980’de Yer Alan Yeti Yitimi Süreci Şeması (49)

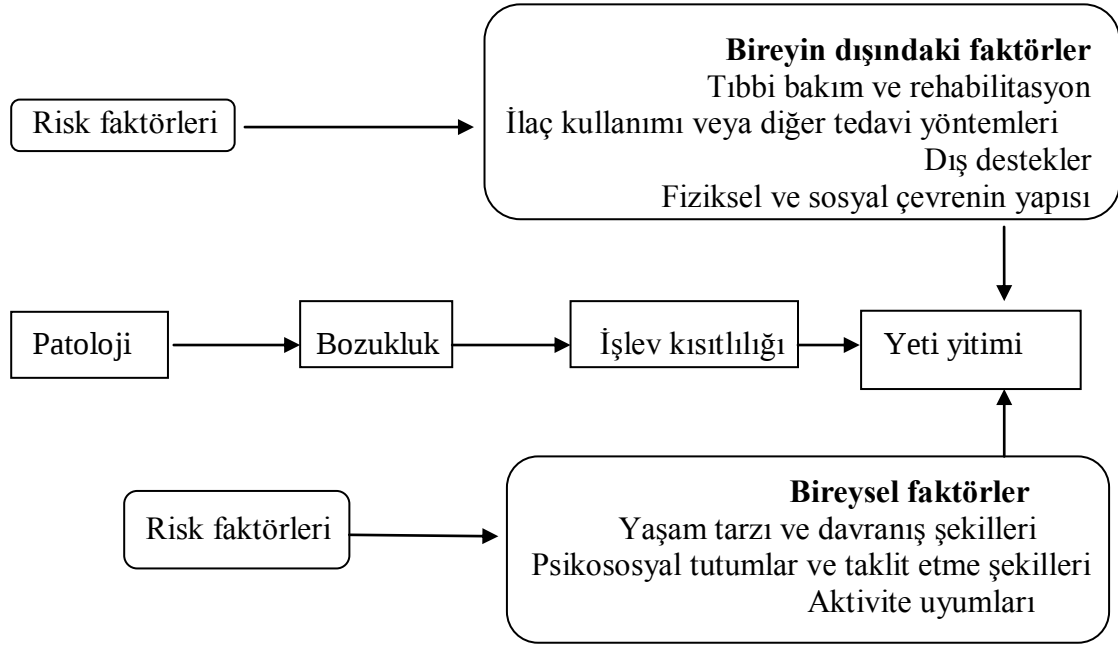
Diğer bir şema sosyolog Saad Nagi tarafından geliştirilmiştir (Şekil 2). Bu şema aktif patoloji, bozukluk, işlevsel kısıtlılık ve yeti yitimi olmak üzere dört merkezi içermektedir (52).

Yeti yitimi tanımlaması bu iki çalışmadan sonra bozukluk, hastalık ve rahatsızlık kavramlarının ortaya çıkmasına öncülük etmiştir. Bozukluk; organ seviyesinde nesnel, fizyolojik veya ruhsal bir hasar içeren ve birey organizmasında sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. Hastalık; kişisel seviyede ve yine bireyde sınırlı olan yeti yitiminin psikolojik farkındalığını tanımlayan öznel bir fizyolojik veya ruhsal bir patoloji anlamını içermektedir. Rahatsızlık kavramı ise; kişinin sosyal rolünü gösterememesi şeklinde tanımlanabilecek sosyal bir yeti yitimi halini ifade etmektedir (43).



Şekil 2. Saad Nagi'nin Oluşturduğu Yeti Yitimi Süreci Şeması (52)

Bu düşünceden yola çıkılarak Verbrugge ve arkadaşları tarafından (1994 yılında) “Yeti Yitimi Süreci Modeli” geliştirilmiştir (Şekil 3). Yeti Yitimi Süreci Modeli epidemiyolojik, gerontolojik ve klinik araştırmalar açısından daha işlevsel olması nedeniyle Nagi şemasından yararlanarak geliştirilmiştir. Bu model yeti yitimi sürecinin akut ve kronik hastalıklarda günlük yaşam aktivitelerinin, temel fiziksel ve ruhsal hareketlerin ayrıca, özel vücut sistemlerinin nasıl etkilendiğini tanımlamaktadır. Bu süreçte yeti yitiminin kişiden beklenen sosyal rolleri gerçekleştirmedeki yetersizliğinin açıklanması önemli olup (50-54), yeti yitimi sürecini hızlandıran veya yavaşlatan kişisel ve çevresel etmenlerinde de açıklanması dikkate değerdir. Bu modelin önemi kişinin yeterliliği ve çevrenin beklentisi arasında bir geçit oluşturabilmesidir (53).



Şekil 3. Verbrugge ve Arkadaşlarının Oluşturduğu Yeti Yitimi Süreci (53).

Yeti yitimi kavramı 2001 yılında, The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) tarafından yeniden güncellenerek “Kişinin sağlık durumu ve bireysel ya da çevresel faktörler arasındaki karışık ilişkinin sonucu” şeklinde açıklanmıştır (42,46,51,55). Diğer taraftan bu durum aile içinde, iş alanında veya sosyal bir grup içinde normal toplumsal işlevleri ve rolleri gösterme yeteneğinde bozulma ya da kayıp yönüyle de ele alınmaktadır. ICF tanımlaması bireyin sağlık durumu ile çevresel etmenler arasındaki dinamik ilişkiye göre yeniden şekillendirilmiştir. Dolayısıyla yeti yitimi tanımlamasının en önemli vurgusu bireyin çeşitli etmenlerden etkilenen kişisel yetersizlikler nedeniyle sosyal yaşama katılamamasının yanı sıra (48) insan onuru, eşitlik, kişisel özgürlük, bağımsız yaşam, ayrımcılık, evrensel erişilebilirlik, saygı gibi durumlar için sonuçları itibarıyla farklılık yaratmasıdır (56).

3.8.1. Yaşlılıkta Yeti Yitimi

İnsan ömrünün uzatılmasına ilişkin çabaların temel amacı, sağlıklı, üretken ve kaliteli bir yaşamdır. Kalitenin temel koşulu ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, statü kaybettiği, kişilerarası desteğin zayıfladığı, artan fiziksel hastalıklar ve özürlülük nedeniyle bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği bir dönemdir (3,10,41,57). DSÖ'nün 1998 yılı Dünya Sağlık Raporunda yaşlanma; yeti yitimlerinin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma şeklinde tanımlanmaktadır (3). Nüfusun yaşlanması ise yaşlılık ve yeti yitimi arasındaki ilişkiyi şiddetlendirmektedir (58). Bu dönemdeki yeti yitimi hukuki, klinik ve sosyal yönden önemlidir (59,60).

Yeti yitimine sahip bir bireyde yaşlanma ile ilgili bir teori bulunmamaktadır. Bu konudaki teoriler temelde yaşlanma ile ilgili olup bunlarda biyolojik, psikolojik ve sosyolojik kategorilere ayrılmaktadır. Biyolojik teorilerde yaşlılık hücre, organizma ve moleküler seviyede incelenmektedir. Bu teorinin tıbbi göstergeleri, fonksiyonel kapasite (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ile değerlendirilir) ve biyolojik yaştır. Yaşlanmanın psikolojik teorileri, duygular, tutumlar ve bireyin yaşama yaklaşımı üzerine odaklanır. Bu yaklaşımda yaşlılıkta sorumlulukların azalması, insanların ne düşündüğüyle ilgili olarak daha az kaygı beslenmesi yaşlılığın pozitif getirileri olarak değerlendirilmektedir. Yaşlılıkla ilgili sosyal teoriler değişen sosyal rol ve aktivitelere odaklanmaktadır. Kişilerin ve toplumun yaşlanması arasındaki ilişkiyi bünyesinde barındıran teoriler yaşlanma ve yeti yitimi arasındaki ilişkinin anlaşılmasında daha fazla ayrıntı sağlaması açısından önemlidir (14,58).

3.8.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Yeti Yitimi

Yeti yitimi önemli sosyal ve ekonomik sonuçları nedeniyle günümüz toplumları için hayati bir konudur (61). Yeti yitimi artış eğiliminin 2060’lı yıllara kadar devam edeceği ve yaşlıların barındığı kurumlarda yaşayacak yaşlı yeti yitimli oranlarının %179’a ulaşacağı tahmin edilmektedir. 1985’li yıllarda yeti yitimsiz yaşlıların yeti yitimli yaşlılara oranı 3.2 kişiye 1 kişi şeklinde idi. Bu oranın 2060’lı yıllarda 2.5 yeti yitimsiz kişiye karşılık 1 yeti yitimli kişi olacağı şeklindedir. 65-84 yaş grubundakilerde yeti yitimi artışının %129 oranında olması, 85 yaş üstü grupta ise bu artışın %409 oranında olması beklenmektedir (62). Bir başka kaynakta yaşlılarda yeti yitim oranlarının 2040 yılında 4-5 katına çıkması öngörülmektedir (48).

Son yıllarda bazı ülkelerde (Amerika, İtalya, Hollanda gibi) yeti yitimi oranının azaldığına dair bildirimler yapılmaktadır. Ancak bu düşüş eğilimi çoğu ülke için söz konusu değildir (50,55,63). Çünkü bu oran gelişmiş bazı ülkelerde düşme trendine girmesine rağmen, gelişmekte olan ülkelerde halen yükselmeye devam etmektedir (64).

Türkiye de yeti yitimi oranı 2002-2004 yılları arasında %20.6’dır. Bu oran dünya trendlerine benzer özellik göstermekte olup yaşla birlikte artmakta ve kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (47).

3.8.3. Yaşlılarda Yeti Yitiminin Demografik Belirleyicileri

Karmaşık, dinamik, çok boyutlu ve tartışmalı bir konu olmasından dolayı yeti yitimini tanılamak çoğu zaman zordur (42,47,61). Sıklıkla temel günlük yaşam aktivitelerinin (hareket, kendi kendine bakım) ve günlük yaşamda

kullanılan araçların (yemek hazırlama, alış-veriş yapma, telefon etme, parasal işlemleri yapma, tıbbi ilaçları alma gibi enstrümental yaşam aktivitelerinin) kişinin kendisi tarafından bildirilmesiyle değerlendirilmektedir (48,51,65).

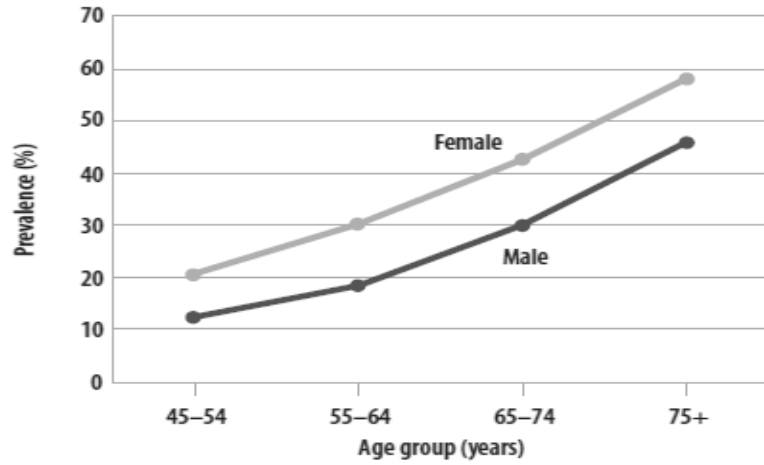
Yaşlılıkta yeti yitimi açısından risk faktörleri değiştirilemeyenler ve değiştirilebilenler olarak ikiye ayrılmaktadır. Yaş, cinsiyet, genetik gibi faktörler değiştirilemeyen faktörlerdir. Değiştirilebilen faktörler ise bireysel faktörler (yaşla ilgili hastalıklar, bozukluklar, sınırlılıklar, zayıf başa çıkma stratejileri, hareketsiz yaşam, sağlığa zararlı alışkanlıklar) ve çevresel faktörler (sosyal destek sistemleri gibi) olarak sınıflandırılmaktadır. Tüm bu faktörlerin yanı sıra yeti yitiminde sosyal destek sistemlerinin kalitesi ve miktarı da önemlidir (66,67).

Literatürde kadın olmanın, 80 yaş üzerinde olmanın, düşük öğrenim ve düşük gelir düzeyine sahip olmanın, sigara ya da alkol kullanmanın, mental, motor ve görsel problemlere sahip olmanın ayrıca kırsal bölgede yaşamının yeti yitim düzeyini etkilediği gösterilmiştir (64,68). Hastalık ya da bozukluklara sahip olma durumu da yeti yitimi ya da fonksiyonel sınırlılık riski açısından önemli etkenlerdir (51). Bu nedenle risk etmenlerini belirlemede fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler değerlendirilmelidir (66). Bu faktörler şu şekildedir:

Yaş: Yeti yitimi olasılığı yaşla birlikte artmaktadır (55,64,69). DSÖ'nün 2004 yılı "Dünya Sağlık Araştırması" raporuna göre 60 yaş üzeri yaşlılarda bu oran gelişmiş ülkelerde %29.5, gelişmekte olan ülkelerde %43.4, toplamda %38.1'dir (48).

Cinsiyet: Yaşlılarda cinsiyet ile yeti yitimi oranları arasındaki farklılık dikkat çekicidir. Orta ya da ağır düzeyde yeti yitimi oranı kadınlarda erkeklerden

%11 oranında daha fazladır (47,48,55,64, 69,70).Yeti yitiminde kadın ve erkekler açısından görülen farklılıkların nedenleri davranışsal, dış ya da iç faktörler olabilir. Endokrin sistem farklılıkları, solunum sistemi farklılıkları, kas ve kemik yapıdaki farklılıklar, psikolojik farklılıklar yaşlılardaki cinsiyetler arası yeti yitimi farklılıklarının belirleyicilerindendir. Kadınların gebelik durumları ya da sağlığa daha duyarlı olmaları gibi nedenlerle daha fazla sağlık personeliyle karşı karşıya kalmaları yaşlılıktaki yeti yitimi öncesinde kadınlar lehinedir. Ancak yaşlılıkla birlikte kadının sosyal yaşamdan izole olması daha az sayıda sağlık personeliyle karşılaşmasına sonuçta da bu durumun kadınlarda daha fazla yeti yitimi görülmesine sebep olduğu düşünülmektedir (51). Cinsiyet açısından dünyadaki yaşlılarda yeti yitimi sıklığı Şekil 4’te verilmiştir.

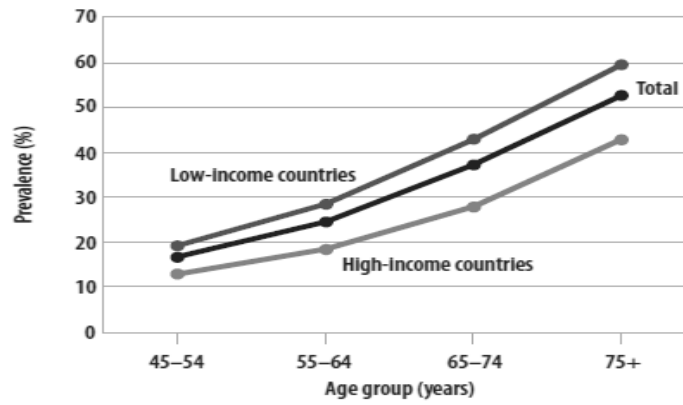


Şekil 4. Cinsiyet Açısından Dünyadaki Yaşlılarda Yeti Yitimi Durumu (66).

Eğitim seviyesi: Eğitim seviyesinin düşük olması yeti yitimi için önemli risk faktörleri arasında gösterilmektedir (64).

Çalışma durumu: Çalışmama yeti yitimi riskini artırma açısından önemli değişkenler arasında gösterilmektedir. Yaşlılarda yeti yitimine sahip olup olmama durumu ise yaşlı istihdamında çok önemli farklılık oluşturmaktadır (64).

Gelir durumu: Gelir durumu azlığı beslenme sorunlarına, sağlık hizmetlerinden az yararlanmaya, güvensiz ve sağlıksız koşullarda yaşamaya ve çalışmaya neden olarak yeti yitimi durumunu tetiklemektedir (55). Yapılan projeksiyonlar tüm yaş gruplarında olmak üzere, gelir seviyesi düşük olan ülkelerde yeti yitimi artma trendinin devam edeceğini göstermektedir (Şekil 5) (66).



Şekil 5. Ülkelerin Gelir Düzeyleri Açısından Yaşlı Yeti Yitim Prevelansları (66).

Sağlıksız davranışlar: Sigara içme, alkol, beslenme gibi davranışsal risk faktörleri yeti yitim sürecinde çok önemli role sahiptir. Diğer taraftan egzersiz yokluğu da çok önemlidir (51).

Günlük yaşam aktiviteleri: Yeti yitiminde ilk akla gelen günlük yaşam aktivitelerindeki (banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme gibi) ya da enstrümental yaşam aktivitelerindeki (telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-

veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme gibi) sınırlılıktır (55,71,72).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile enstrümantal yaşam aktivitelerinin; fiziksel sağlık durumunun kötü olması, kendine yetebilme durumunun kötü olması, fiziksel hastalığa sahip olma, okuryazar olmama gibi durumlardan etkilendiği görülmüştür (41).

Sosyal destek yoksunluğu: Fonksiyonel yeti yitimi durumu yaşlılarda bakım gereksinimini arttıran en yaygın nedenlerin başında gelmektedir (68). Yapılan pek çok çalışmada sosyal aktivitelerin yaşlılarda yeti yitiminin azalmasında önemli olduğu gösterilmiştir (60).

Sağlık algısı: Yaşlıların sağlık durumları hakkındaki algıları genellikle kötüdür ve onlar sosyal yaşamdan daha izoledirler (73). Bu durumda yaşlılıkta yeti yitimi olasılığını arttıran önemli bir değişkendir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Artmış ya da azalmış beden kitle indeksi de yeti yitim nedenleri arasındadır (67).

Kronik Hastalıklar: Yaşlılık döneminde fiziksel ve ruhsal hastalıklar arttığından, özellikle kronik hastalıklar önemli bir sorun olduğundan bunlara bağlı kısıtlılık ve yeti yitimi artmaktadır (41,67,69,74,75). Yetmiş ve üzeri yaş grubunda en az 2-3 tane kronik hastalık mevcuttur. Bu hastalıklar; kardiyovasküler problemler, hipertansiyon, felç, diyabet, kanser, eklem iltihabı, kemik erimesi, demans, depresyon, görme ve işitme bozukluğu şeklinde olup, ayrıca Acquired Immun Deficiency Sendrom (AIDS) gibi hastalıklar nedeniyle gelişmektedir (55). 75 yaş üzeri yaşlıların %8’i ise; 85 yaş üzeri yaşlıların %25’i yarımsız ev dışına çıkamamaktadır (48). Kronik hastalıklarla yeti yitimi varlığı

arasında yakın ilişki olduğu pek çok uzun süreli çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen yine de bu konu halen tartışmalıdır (76).

3.8.4. Yaşlılarda Yeti Yitimi Sonuçları ve Halk Sağlığı Yaklaşımı

Yeti yitimi dinamik bir süreçtir ve genellikle sonuç olarak incelenmiştir (74). Oysa günümüzde bu kavram tıbbi ve bireysel bakış açısından yapısal ve sosyal bakış açısına doğru dönüşüm göstermiştir. Toplumlar artık yeti yitimini kişilerin vücutlarının bir sorunu olarak değil, herkesi ilgilendiren sosyal bir olay olarak görmeye başlamıştır (45).

Yeti yitiminin erken evrelerinin kalıcı özellik göstermediği, tam fonksiyonelliğe ya da yeti yitimine geçişin olası olduğu da bildirilmekte ve yeti yitiminin erken evrelerindeki yaşlılara yönelik girişimlerin yeti yitimi prevalansını azaltabileceği görüşü ileri sürülmektedir (77).

Yaşlılarda yeti yitimi, kamu sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra günlük yaşam aktiviteleri kalitesini bozması ve sağlık harcamalarını arttırması nedeniyle önemi giderek artan bir sağlık durumu olmuştur (42). Bu olumsuz etkilerine ilaveten bağımsızlığın kaybına, yaşam kalitesinin düşmesine, sağlık hizmeti kullanımının artmasına da yol açabilmektedir (65). Bu durum yaşlının ayaktan veya yatarak kısa ve uzun süreli bakım gereksinimini, evde bakım desteğini veya bakımevlerinde bakımı ve hatta erken yaşlı ölümlerini arttırabilir. Bu durum yaşlıda mutluluk ve yaşamdan memnuniyet üzerinde de güçlü bir etkiye sahiptir. Ayrıca yeni patolojilere ve sonuçlara sebep olması yönüyle de kısır bir döngünün de başlangıcı olabilir (51,66,71,77). Örneğin Morengoni tarafından yapılan çalışmada, yeti yitimine sahip yaşlılarda ölüm oranının daha

yüksek olduğu gösterilmiştir (76). Bu nedenle yaşlılıkta yeti yitiminin erken dönemde tespit edilmesi sürecin yavaşlamasını, hatta durmasını sağlayabilecektir (69).

Yeti yitimine sahip yaşlıların yaşamlarını daha sağlıklı devam ettirebilmeleri konusu halk sağlığı bakış açısıyla değerlendirildiğinde; sağlıklarını korumaları, erken teşhis/tedaviden yararlanmaları, sağlıklı yaşam tarzlarını öğrenmeleri/geliştirmeleri ve sağlık bakım/destek sistemlerinden yararlanmaları gerekmektedir (78). Ayrıca oluşturduğu sonuçları itibariyle sağlık harcamalarını artırdığından sağlıklı yaşlanmayı sağlayan bedensel, ruhsal ve sosyal koruyucu önlemlerin erken yaşlarda alınması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, rehabilitasyon ve uzun erimli bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulması önemlidir (48). Sonuç olarak yaşlılarda yeti yitimi oranları arttıkça bu durumun halk sağlığı üzerine etkileri de artmaya devam edecektir.

Yeti yitimi bir yandan kişinin günlük yaşam aktivitesini olumsuz etkilerken, diğer yandan ruhsal ve sosyal sağlığını bozmaktadır (51,79). Ruhsal ve sosyal sağlığı bozan durumların başında gelen kişilik özellikleri, duygusal olarak yapılan işlevlerde ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmalar, mekanik olma, duygu yoğunluğundaki düşüklük gibi özellikler aynı zamanda aleksitimik davranışlarında özelliğidir (80,81).

3.9. Aleksitimi Kavramı ve Aleksitimi Tanımları

Aleksitimi kavramı ilk defa Nemiah ve Sifneos tarafından 1970’li yıllarda psikosomatik hastalıkları olan hastaların psikolojik özelliklerini belirtmek amacıyla kullanılmıştır. Kişinin duygularını yeterince yaşayamama ve söze

dökememesinin, duygusal açıdan sıkıntı içine düştüğü durumlarda, bedensel belirtiler geliştirmesine yol açacağı düşünülmüştür (82-85). Daha sonraları aleksitiminin sadece psikosomatiklere özgü bir durum olmadığı, sağlıklı bireylerde (79) ve de ruhsal ve fiziksel hastalığı olanlarda da sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (86).

Aleksitimi, Yunanca'da *a=yok*, *lexis=söz*, *thymos=duygu* anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiştir (87). Duygular için söz yokluğu şeklinde çevrilmektedir (88). Aleksitiminin sadece “*duygular için söz yitimi*” anlamına gelen duygulara karşı “*dilsiz*” olmakla sınırlandırılmayacağı, çünkü aleksitimik bireylerin aynı zamanda duygularına karşı “*sağır*” oldukları da vurgulanmaktadır. Buradan hareketle aleksitimi için “duygusal ahrazlık” tanımını ortaya atılmıştır. Aleksitimi karşılığı olarak “*düşünce köleliği*” kavramı da önerilmektedir (79). Aleksitimi, kişinin duygularını tanıma, tanımlama, söze dökebilme zorluğu, somut düşünme eğilimi, fiziksel duyumlarla duygusal duyumları ayırt etme güçlüğü ve hayal kurabilme yeteneğinde azalma ile giden kişilik özelliklerini ifade eder (89-91). Bu durum aynı zamanda acı veren duyguları azaltmaya yönelik baş etme düzeneği olarakta görülmektedir (91).

Taylor'a göre aleksitimi bir kişilik yapısıdır ve aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyo-kültürel faktörlerin etkisi önemli yer tutar. Aleksitiminin kişisel bir eğilim, sosyal destek eksikliği sonucu ortaya çıkan bir durum, hastalık, psikosomatik belirti, bilişsel bozukluk, beceri eksikliği/yetersizliği, nörolojik bir arıza olduğunu savunan farklı görüşler vardır (92).

Aleksitimi düzeyi yüksek kişilerin duyguları ya da duygusal tercihleri konusunda konuşmaları nadirdir (81).

Aleksitiminin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini analiz eden çalışmalarda erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğüne dair bulguların yanı sıra, ileri yaş, düşük sosyo ekonomik düzey, bekâr olmak, yalnızlık ve depresyon gibi psikiyatrik durumların önemli belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (82,83, 93).

Freyberger'e göre aleksitimi birincil ve ikincil olmak üzere iki çeşittir. *Birincil aleksitimi* psikosomatik hastalarda bedensel tepkilerin ve şikâyetlerin ortaya çıkmasını sağlayan süreklilik gösteren etmendir. İkincil aleksitimi ise kanser gibi ağır bedensel hastalarda, yoğun bakım hastalarında ve travma geçiren bireylerde ortaya çıkan geçici bir durumdur. Bazı uzmanlara göre aleksitimi tamamen sosyo-kültürel bir olaydır. Çünkü aleksitimi zaten ilk olarak duyguları sözel olarak ifade etmenin sağlıklı ve olgunluk belirtisi olarak kabul edildiği batı toplumlarında ortaya çıkmıştır. Ancak bazı toplumlarda insanlar çocukluktan itibaren yaşadıkları çevrede duyguları ifade etmek yerine gizlemeyi ve bastırmayı öğrenmektedirler. Çoğu doğu toplumlarında duygular bedenselleştirilerek kullanmaya dönüştürülmektedir (94).

3.9.1. Aleksitimik Belirtiler ve Kişilik Özellikleri

Aleksitiminin görülme oranları toplum genelinde erkekler için %9-17 arasında, kadınlar içinse %5-10 arasında değişmektedir. Klinik olgularda ise bu oranlar %70'lere kadar çıkabilmektedir (95). Farklı yorum ve tanımlamalara rağmen yapılan çalışmalarda aleksitimik kişilik özellikleri genel olarak şöyledir:

Duyguları tanıma, ayırt etme ve ifade etmede güçlük: Aleksitimik kişilerin en belirgin özellikleri duygularını fark edip ifade etme güçlüğü

çekmeleridir. Duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar yaşarlar. Zekâlarını duygularından kaçmak için kullanırlar. Bu kişilerin bir duyguyu diğerinden ayırt etmekte zorlandıkları, duyguları sorulduğunda kendilerini karışık hissettikleri, genellikle üzgün mü? yorgun mu? aç mı? yoksa hasta mı? olduklarını anlatamadıkları görülmektedir. Yaşadıkları duyguları çok kabaca, “rahatlama veya rahatsız olma”, kimi zamanda bedensel durumlarını ifade eden “gevşeme ve gergin olma” gibi basitçe ifadelerle belirtmektedirler. Örneğin başlarından geçen tatsız bir durum için ne hissettikleri sorulduğunda, o an içinde yaşadığı duyguları (öfke, kızgınlık, korku ya da utanma gibi duygu ifadeleri ile) anlatmak yerine, olay anında neler yaşadığını ve nasıl davrandığını anlatırlar. Kendilerine duyguları sorulduğunda sanki bu kelimenin anlamını bilmez gibi davranırlar. Duygularından söz etmeleri istendiğinde, ne zaman duygularından, ne zaman düşüncelerinden söz etmekte olduğunu bilmedikleri gözlenebilir. Bedensel belirtileri ile duyguları arasındaki farkları kavrayamadıklarından sanki ezberlemiş gibi tekrarlayıcı ve ayrıntıcı ifadelerde bulunurlar. Sık sık bedensel yakınmalarından söz ederler, duyguları yüzlerinden anlaşılamamaktadır. Aleksitimik kimseler genellikle çevrelerindeki insanlar tarafından donuk, sıkıcı kaba ve duygusuz olarak tarif edilirler (96-99).

Hayal kurmaktan yoksun olma: Aleksitimik kişinin hayal gücü oldukça zayıftır. Genellikle hayal kurmaz ve hayal kurmayı da zaman kaybı olarak görürler. Seyrek olarak kurduğu hayaller ise genellikle gerçeklik sınırları içinde, tutku ve özlemlerin silik bir biçimde yansıdığı kuru ve renksiz fantezilerdir. Düşlem ve fantezi yaşamındaki kısıtlılıkları, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel düşünmelerine neden olmaktadır.

Aleksitimikler hayal etmesi istenilen yaşantılarını canlı, yoğun, duygu yüklü, olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler. Hatta yetişkin yaşamlarında hayal kurmayı hiç beceremedikleri iddia edilmektedir. Rüyalarını çok seyrek hatırlarlar, rüyalarındaki anlatımlarının daha çok günlük olaylara ilişkin gerçekleri içerdiği ve somut nitelikte olduğu gözlenmiştir. Hayal kurma becerilerindeki eksikliklerine bağlı olarak yaratıcı olmakta zorlanabilirler (99-101).

İşlemsel düşünme: Aleksitimik bireyler faydacı ve mekanik tarzda düşünme eğilimindedirler. Bu nedenle duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yaşamalarına, düşlem ve fantezi yaşantılarındaki kısıtlılığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Kendi iç dünyalarından uzak son derece sade, mekanik, robot gibi bir yaşantıları vardır. Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler. Aleksitimiklerin bu tutumları çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır. Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etmenleri, engellemeleri, çatışmaları aramazlar. Sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin konuyu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp önlem almaya çalışırlar. Bu özelliklerinden dolayı aleksitimikler genellikle çevreleriyle büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar gibi görünürler. Aynı konu üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları vardır. Genellikle “kendi bildiğini yapma” şeklinde davranış gösterirler. Eylem ve düşünceleri daha çok dış uyaranlar doğrultusundadır. Ayrıca kendilerini sıradan,

zayıf, aciz gösterme çabalarının yanı sıra, gergin ve katı kurallıdırlar (96-98,100, 102).

Dış merkezli bilişsel yapı: Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çünkü faydacı ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimi içindedirler. Çevreleriyle olan ilişkilerinde tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil, daha çok dış uyaranlar ağırlıklı olarak yön verir. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan dolayı çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler. Bu durum onların dışa dönük bilişsel yapı geliştirmiş olmalarından kaynaklanmaktadır. Aleksitimik kişilerin görünüşte çevreleriyle uyum içinde yaşadıkları, ancak bunun “yalancı normallik” olduğu, gerçekte bu kişilerin kendi ruhsal gerçekleriyle pek az ilişki içinde oldukları bildirilmiştir. Aleksitimikler günlük yaşamda herhangi bir olayla karşılaştıklarında çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Bu yüzden aleksitimikler daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler (88, 96, 99).

Aleksitimik kişilerde belirgin olarak görülen bu temel özelliklerin yanı sıra ikinci derecede önemli bazı özelliklerden de bahsedilmektedir. Aleksitimik kişilerin başkaları ile empati kurma, onları anlama yetenekleri zayıftır. Daha çok bağımlı olma eğilimleri vardır (103) ve bu nedenle de çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler. Genellikle birlikteliği seven ve paylaşımına açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih etmelerine rağmen bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor gibi görünürler. Fakat diğerleri gibi olamadıklarının da farkında olup bunu gizlemeyi tercih ederler. Sonuçta aleksitimik kişiler genel olarak;

- Çevresel ayrıntılara ilişkin düşünce yoğunluğu yaşarlar.
- Daha çok bağımlı olma eğilimleri vardır. Dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler, insanlardan kaçarlar. Dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler.
- Yaratıcılıktan yoksun, robot gibi, mekanik bir yaşam sürmeyi tercih ederler.
- Başkalarıyla eş duyum yapma, onları anlama, empati kurma yetenekleri zayıftır.
- Çok seyrek rüya görürler ve rüyaların öğeleri arasında ilişki kurmaları istendiğinde bunu gerçekleştirmekte zorlanırlar. Gördükleri rüyalarda da, iç dünya ve bilinç dışından çok, dış gerçeklikle ilişkilerinin izleri belirgindir.
- Somatizasyon eğilimleri yüksektir. Değişken somatik yakınmalar gösterebilirler. Duygularını değil, bedenlerini dinliyor gibidirler.
- Duygulara bağlı bedensel durumlarını abartır, ani tepki verirler. Yeme bozuklukları, psikoaktif madde bağımlılığı, kendine zarar verici saplantı davranışları fazladır.
- Nadiren ağlarlar, yaşanan öfke üzüntü ve kederlere bağlı olarak bazen aşırı düzeyde ağlamaları da olabilir.
- Narsistik, psikosomatik, pasif, saldırgan veya pasif/bağımlı kişilik özellikleri gösterebilirler.
- Hassas değildir, düşünmeden davranma eğilimleri vardır. Kendilerini sıradan zayıf, aciz gösterme çabalarının yanı sıra, gergin ve katı

kurallıdırlar. Aynı konu üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları, kendi bildiğini yapan davranış merkezli olmaları belirgin özelliklerindendir.

- Genellikle birlikteliği seven ve paylaşma açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih ederler. Ancak bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor görünürler fakat diğerleri gibi olmadıklarının da farkındadırlar ve bunu gizlemeyi tercih ederler.
- Stresli ya da depresyonda olsalar bile çoğunlukla bunu inkâr ederler. Depresyonları hakkında bilgilendirilseler bile bu kez açıklamakta zorlanırlar. Basitçe sırtım ağrıyor, canım acıyor kalbim sızlıyor gibi sözcüklerle ifade ederler (84,86).

3.9.2. Aleksitiminin Etkileri

Ciddi ve kronik bir zorlanmayla ortaya çıkan yeti yitimleri aleksitimiye zemin hazırlamakta, aleksitimik bireyin korku, öfke, üzüntü gibi duygularının ikna edici özelliklerinin kaybolmasına neden olmaktadır (104). Aleksitimi fiziksel ve mental sağlık için genel bir risk teşkil etmektedir (105). Duygularını işlemede zorluk çeken aleksitimik kişiler duygulara bağlı bedensel duyularını abartarak çok ani tepkiler vermekte ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, psikoaktif madde bağımlılığı geliştirme riskleri artmaktadır (106). Aleksitimik kişilerde psikiyatrik, somatik ve psikosomatik bozukluklar da artmaktadır. Aleksitimik kişilerin normal kişilere göre fiziksel ve psikolojik belirtilerini yaşama, tanıma, anlama veya onlarla ilgilenme konusunda daha sorunlu olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle bu kişiler fiziksel semptomlarını tanımada zorluk çekmekte ve fiziksel semptomlarını daha yüksek düzeyde algılayabilmektedir (107-109). Yine bu

kişilerde duyguların tanınmaması nedeniyle bedenlerinden gelen sinyalleri düzenleme yeteneklerinin bozulacağı ve bu nedenle de psikiyatri dışı tıp başvurularında artış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca duygularını tanıma ve tanımlama zorluğu arttıkça, kişinin sosyal anksiyete ile başa çıkması zorlaşmakta ve sosyal desteklerden yararlanmaları azalmaktadır (101).

3.9.3. Yaşlılıkta Aleksitimi

Yaşlanma sürecine bilişsel ve duygusal değişimler eşlik etmektedir. Yaşla ilgili bilişsel değişiklikler nispeten iyi olarak tanımlanmasına rağmen yaşlılıktaki duygu süreci aynı şekilde görülmemektedir. Kişilerin ifadesine göre duygusal değişiklikler yaşla birlikte değişmekte ve karmaşık bir hal almaktadır. Bazı yazarlar yaşlıların negatif duygulardan çok az etkilendiklerini belirtmektedir. Bazı yazarlarsa yaşlılıkta bu etkilenmenin fazla olduğu görüşündedir. Aleksitimi yaşlanma ve duygu durumu arasındaki ilişkiyi incelemek için uygun bir süreçtir (105). Yaş ilerledikçe aleksitiminin arttığına dair çalışmalar bulunmaktadır (81,105)

Yaşlılıkta aleksitimi konusunda literatürdeki çalışma sayısı oldukça azdır ve net bir sonuç göstermemektedir. Joukamaa ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşlılıkta aleksitimi prevalansı %34 bulunmuştur (110). Salminen tarafından Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) kullanılarak yapılan çalışmada ileri yaş ile aleksitimi puan ortalaması arasında pozitif yönde olmak üzere zayıf bir korelasyon bulunmuştur ve korelasyon değeri erkeklerde kadınlardakinden daha yüksektir (83). Gunzelman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise 60 yaş altı ve üstü bireyler aleksitimi açısından karşılaştırılmış olup yaş ortalaması

69.73 olan grupta aleksitimi oranı %15.2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın duyguları tanıma, ayırt etme ve ifade etmede güçlük boyutu ile hayal kurmaktan yoksun olma boyutunda gruplar arasında farklılık çıkmamasına rağmen işlemsel düşünme boyutunda ve dış merkezli bilişsel yapı boyutunda gruplar arasında ileri derecede anlamlı farklılık çıkmıştır (93). Mattila tarafından yapılan çalışmada da aleksitimi ile ileri yaş arasında çok önemli farklılık bulunmuştur. 30-34 yaş grubunda 42.9 olan aleksitimi toplam puan ortalaması, 65-74 yaş grubunda 50.4'e, 85 yaş üstü grupta 54.9'a yükselmiştir. İleri yaş farklılıkları cinsiyetler açısından da anlamlı çıkmıştır. Erkeklerdeki aleksitimi toplam puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada bağımsız değişkenlerden en çok yaşın aleksitimi açısından önemli bir değişken olduğu gösterilmiştir (111).

Yaşlılık fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığı bozan etkenlerin yanı sıra duygusal sistemde de rahatsızlıklara yol açabilecek bir süreçtir. Bu süreçteki sorunlar hem yaşam kalitesinin bozulmasına hem de sağlık yükünün artmasına neden olmaktadır. Dünya ve Türkiye genelinde yaşlı popülasyondaki artış, önümüzdeki yılların demografik durumu ile ilgili hesaplamalar, plan ve programlarda bu sürece önem ve öncelik verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda hazırlıklı olabilmek içinde öncelikle mevcut durumla ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmada Gümüşhane İl Merkezinde evde yaşayan yaşlıların yeti yitimi ve aleksitimi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yaşlıların yeti yitimi ve aleksitimi özellikleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu gruba yönelik koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve saptanan olumsuzluklarla ilgili uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol oynayabilecektir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Gümüşhane İl Merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oluşturmuştur. TÜİK verilerine göre Gümüşhane İl Merkezindeki 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus 4158 kişidir (32). %95 güvenirlilik aralığında %4 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı aşağıda verilen formülizasyon ile 450 olarak hesaplanmıştır.

Olayın görülüş sıklığı incelenecek ise; evrendeki birey sayısı biliniyorsa örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$ formülü kullanılır (112-116). Bu formülde (çalışmada kullanılacak değerler parantez içinde verilmiştir);

N: Evrendeki birey sayısı (4158)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (450)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (%30=0.30)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı) (%70=0.70)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (%4=0.04)'yı göstermektedir.

Gümüşhane İl Merkezinde 14 aile hekimliği birimi mevcuttur. Örnekleme alınacak kişiler; Gümüşhane İl Merkezinde tüm populasyonun kaydının bulunduğu aile hekimliği bölgelerinin kayıtlarından çıkarılan 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus listesinden her aile hekimliği bölgesini temsil edecek şekilde sistematik örnekleme ile seçilmiştir.

Çalışma grubuna dâhil edilme kriteri; 65 yaş ve üzeri olmaktır. Ayrıca kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onay vermesi şartları aranmıştır. Yazılı onam ve imza alınması kişilerin ankete katılma yüzdesini düşüreceğinden kullanılmamıştır. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise;

- Kooperasyon sağlanamayacak derecede bedensel bir hastalığı olmak,
- İletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak,
- Üç kez gidildiği halde ulaşılamamak
- Görüşmeyi kabul etmemek olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların 437'sine ulaşılmıştır (Cevaplılık oranı: %97.1). Ulaşılamama nedenleri; 6 yaşlının vefatı, 7'sinin ise adresinde bulunamamasıdır.

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan yaşlılara, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürlerin değerlendirilmesi sonucu hazırlanan ve üç bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır (EK-1). Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir. Anketin birinci bölümü katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yaşlılarda yeti yitimi ve aleksitimiye etkilediği düşünülen faktörleri sorgulayan soru takımından, ikinci bölümü Kısa Yeti Yitimi Anketi Formu'ndan/Brief Disability Questionnaire (KYA/BDQ), üçüncü bölümü ise Toronto Aleksitimi Ölçeği-20/Toronto Aleksitimi Scala-20 (TAÖ-20/TAS-20) sorularından oluşmaktadır. Anketin ön çalışması araştırmaya dâhil edilen aile hekimliği bölgelerinden birinde 15 yaşlı arasında yapılmış, böylece sorular anlaşılabilirliği yönüyle yeniden gözden

geçirilmiştir. Anketler araştırma kapsamına alınan kişiler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunmuş ve cevaplar kaydedilmiştir.

Kilo, boy, tansiyon, nabız gibi ölçümlerde standardı oluşturmak için aynı ölçüm malzemeleri tüm yaşlılarda kullanılmıştır. BKİ hesaplamalarında 18.4 kg/m² ve altı düşük; 18.5-24.9 kg/m² arası normal kilolu; 25-29.9 kg/m² arası fazla kilolu/yüksek; 30.0 kg/m² ve üstü değerler ise obez olarak değerlendirilmiştir (117).

4.1. Kısa Yeti Yitimi Anketi/Brief Disability Questionnaire (KYA/BDQ)

Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek üzere, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak DSÖ tarafından geliştirilmiştir (118). Türkiye için uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaplan tarafından 1995 yılında 20 hasta üzerinde, 2-5 gün ara ile yapılan çalışmada değerlendirilmiş olup, yeti yitimi toplam puanları arasında yüksek bir uyum (Pearson korelasyonu=91, p<001) bulunmuş ve KYA toplam puanı için Cronbach alfa değerinin 0.92 olduğu gösterilmiştir (119).

Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA 11 sorudan oluşur. İlk sorular spor yapmak, masa çekmek, çanta taşımak, merdiven yokuş çıkmak, eğilmek, doğrulmak, ağır eşya kaldırmak, uzun mesafe yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi günlük uğraşların yerine getirilmesinde sağlık sorunları nedeniyle kişinin engellenip engellenmediği sorgulanmaktadır. Diğer sorular sağlık sorunlarının hobiler, günlük işler, çalışma isteği, iş verimi, kişiler arası

ilişkileri üzerindeki etkilerini ölçmektedir. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içermektedir. Bedensel ve sosyal alandaki yeti yitimi; 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz), 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yeti yitimi toplam puanları elde edilir. Toplam puan 0-22 arasında değişir. 0-4; yeti yitimi yok, 5-7; hafif yeti yitimi, 8-12; orta düzeyde yeti yitimi, 13 ve üstü; ağır düzeyde yeti yitimi olarak değerlendirilir (44,51,77,120-124).

4.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği/Toronto Alexithymia Scale (TAÖ/TAS-20)

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, ilk formu aleksitimik özellikleri ölçen toplam 26 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir özbebildirim ölçeğidir (125). Bu ilk form, getirilen eleştiriler doğrultusunda, Bagby ve arkadaşları tarafından 1992 yılında (126) yeniden düzenlenerek kısaltılmış ve günümüzde sıkça kullanılan 20 soruluk son halini almıştır (Toronto Aleksitimi Ölçeği-20, TAÖ-20). TAÖ-20'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (127).

Ölçek 5'li likert tipi bir ölçme aracı olup, kişilerden “Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Sık sık” ve “Her zaman” seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Bu ölçek 3 alt boyutu içermektedir. Bu boyutlar; yedi maddeden oluşan duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), beş maddeden oluşan duyguları söze dökmede güçlük ve yetersiz imajinasyon yeteneği (TAÖ-2: 2, 4, 11, 12, 17) ve sekiz maddeden oluşan dışa dönük

düşünmedir (TAÖ-3: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20). Bu alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.82, 0.75 ve 0.72'dir. Puanlandırma ise tüm bu maddelerin puanlarının toplanmasıyla gerçekleştirilir. Bu maddelerden bazıları ters çevrilerek puanlamaya katılır. Ters çevrilen bu maddeler 4, 5, 10, 18 ve 19. maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20'dir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir (80-82,106,95,96,128-132).

Zimmerman ve arkadaşları tarafından 2005 yılında TAÖ-26 ve TAÖ-20 ölçekleri karşılaştırılmış olup en çok kullanılan ölçek olarak TAÖ-20'nin, güvenilirlik ve geçerliliğinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (97). Bu araştırmada örneklem grubunu yaşlıların oluşturması nedeniyle ve klinik bir çalışma düşünülmediği için 20 soruluk formun içerisinde yer alan üç alt boyutun araştırmanın amaçları için yeterli olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle araştırma kapsamında bu form (TAÖ-20) kullanılmıştır.

Araştırma öncesinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmasını takiben (EK-2), aile hekimliği kayıtlarından örnekleme alınacak yaşlıların saptanması için Gümüşhane Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izinler (EK-3) alınmıştır. Araştırmanın saha çalışması 15 Şubat-15 Ağustos 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

4.3. Verilerin Analizi ve Yorumu

Elde edilen veriler istatistik paket programı ile değerlendirilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde yüzde, ortalama, değişkenlerin özelliğine göre kategorik veriler için ki-kare testi, ölçümsel veriler için t-testi/Mann Whitney-U testi, One-

Way ANOVA/Kruskall Wallis testleri kullanılmış, bu testlerde gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Tukey's HSD testi/Mann Whitney U testi yapılmıştır. Ölçümsel sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesi için Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır. Ortalamalar (Ort.) standart sapma (SS) ile birlikte verilmiş (Ort. $\pm$ SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %63.4'ü kadın, %36.6'sı erkek olup; yaş ortalaması 74.32 ± 7.15 'dir (min:65, max:100). Araştırmaya katılan yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Bazı Sosyo–Demografik Özellikler (n=437)	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	160	36.6
Kadın	277	63.4
Yaş		
65-74 yaş arası	238	54.5
75-84 yaş arası	152	34.8
85 yaş ve üstü	47	10.7
Yaşamının uzun süre geçtiği yer		
Köy	165	37.8
İlçe	19	4.3
İl	253	57.9
Medeni durum		
Evli	265	60.6
Bekâr	8	1.9
Dul (eşi vefat etmiş)/Boşanmış	164	37.5
Eğitim durumu		
Okuryazar değil/Okur yazar olup herhangi bir okul bitirmemiş	211	48.3
İlkokul/Ortaokul mezunu	196	44.8
Lise/Üniversite mezunu	30	6.9
Sosyal güvencesi		
Yok	22	5.0
Var	415	95.0
Çocuk sayısı		
Yok	22	5.0
1-3 arası	112	25.6
4 ve üzeri	303	69.4

Kadın ve erkeklerin yaş dağılımları arasında farklılık saptanmamıştır ($p=0.398$). Evli olan erkeklerin oranı kadınlardan fazladır ($p=0.000$).

Araştırmaya katılan yaşlıların ekonomik durumlarına ait göstergelere göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Yaşlıların Ekonomik Durumlarına Ait Göstergelere Göre Dağılımları

Ekonomik durumları	Sayı	Yüzde
Sürekli geliri olan bir işte çalışma (n=437)		
Evet çalışıyor	26	5.9
Hayır çalışmıyor	342	78.3
Eskiden çalışmış şimdi çalışmıyor	69	15.8
Eve gelen gelirin şekli*		
Kendi emekli maaşı	147	33.6
Eşinin emekli maaşı	188	43.0
Yaşlılık aylığı	45	10.3
Mal gelirleri	19	4.3
Eşin işi	34	7.8
Çocukları	25	5.7
Babadan kalan maaş	7	1.6
Dulluk maaşı	7	1.6
Gelir seviyesi (n=437)		
Yeterli	211	48.3
Yetersiz	159	36.4
Gelir gidere eşit	67	15.3
Gelir seviyesi algısı (n=437)		
Alt seviyede	119	27.2
Orta seviyede	293	67.0
Yüksek seviyede	25	5.8
Düzenli olarak aylık gelirinden başkasına para aktarma (n=437)		
Evet	105	24.0
Hayır	332	76.0

* Birden çok yanıt vermişlerdir.

Yaşlıların gelir ortalaması 993.21±658.01 TL olup, gelir aralığı 100 ile 10.000 TL arasında değişmektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların sosyal durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Yaşlıların Sosyal Durumları İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyal Durumları İle İlgili Bazı Özellikleri (n=437)	Sayı	Yüzde
Şu anda birlikte yaşadığı kişi		
Tek başına	73	16.7
Sadece eşiyle birlikte/Eş ve çocukları ile birlikte	265	60.6
Çocuk/Akraba/Bakıcı yanında	99	22.7
Yakınlarıyla ilişkisi		
İyi	383	87.6
Orta	44	10.1
Kötü	10	2.3
Yakınlarının yanında kalma durumu		
Hiç kalmadı	158	36.2
5 aydan kısa süreli	157	35.9
6 ay ve daha üzeri süreli	122	27.9
Sosyal destek alma durumu		
Evet	73	16.7
Hayır	227	51.9
Sosyal destek almaya gerek duymuyor	137	31.4
İhtiyacı olduğunda bakımını karşılayacak kişi		
Bakımını üstlenecek biri yok	42	9.6
Aile üyeleri (eş, çocuk)	375	85.8
Aile üyeleri dışı (akraba, arkadaş, komşu)/Bakıcı	20	4.6
Bakımını karşıladığı birinin olması		
Bakımını karşıladığı biri var	80	18.3
Bakımını karşıladığı herhangi bir kimse yok	357	81.7
Ailede alınan kararlara katılma		
Evet	296	67.7
Hayır	42	9.6
Bazen	99	22.7

Yaşlıların bazı sağlık durum özelliklerine göre dağılımları Tablo 4’de verilmiştir. Yaşlılarda sıklığı en fazla olan kronik hastalıklar kardiyovasküler sistem hastalıkları (%49.7), endokrin sistem hastalıkları (%22.2), solunum sistemi hastalıkları (%10.8), kas iskelet sistemi hastalıkları (9.8), sindirim sistemi hastalıkları (%5.3) ve üriner sistem hastalıkları (%2.5) olarak belirtilmiştir.

Tablo 4. Yaşlıların Bazı Sağlık Durum Özelliklerine Göre Dağılımları

Bazı Sağlık Durum Özellikleri (n=437)	Sayı	Yüzde
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma		
Evet	233	53.3
Hayır	204	46.7
Son bir yılda sağlık kurumunda yatarak tedavi görme		
Evet	157	35.9
Hayır	280	64.1
Kronik hastalığa sahip olma		
Evet	304	69.6
Hayır	133	30.4
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama		
Evet	30	6.9
Hayır	407	93.1
Tanısı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma		
Evet	15	3.4
Hayır	422	96.6
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı		
Evet	38	8.7
Hayır	399	91.3
Herhangi bir engele sahip olma		
Evet	88	20.1
Hayır	349	79.9
Engel/özür nedeniyle araç kullanma		
Evet	47	10.8
Hayır	390	89.2
Kişisel bakımını yapabilme		
Tam olarak yapabiliyor	292	66.8
Tam olarak yapamıyor	118	27.0
Hiç yapamıyor	27	6.2
Kişilerarası ilişkilerde uyum sorunu yaşama		
Evet	40	9.2
Hayır	397	90.8
Mobilizasyon durumu		
Evde ve dışarıda tam hareket edebiliyor	195	44.6
Sadece evde tam hareket edebiliyor	127	29.1
Evde yardıma/desteğe gereksinim duyuyor	78	17.8
Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duyuyor	37	8.5

Araştırma kapsamındaki yaşlıların sağlık durumlarını etkileyebilecek bazı alışkanlıklarına göre dağılımları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Yaşlıların Sağlık Durumlarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Sağlık Durumlarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıkları (n=437)	Sayı	Yüzde
Kendi kendine ilaç kullanma		
Evet	94	21.5
Hayır	343	78.5
Kendi kendine kullandığı ilacın türü*		
Ağrı kesici	80	85.1
Kan sulandırıcı	11	11.7
Bitkisel ilaç	3	3.2
Düzenli egzersiz yapma**		
Evet	169	38.7
Hayır	268	61.3
Düzenli beslenme		
Evet	317	72.5
Hayır	120	27.5
Dinlenme için özel zaman ayırma		
Evet	325	74.4
Hayır	112	25.6
Sigara kullanma (Günde en az bir adet)		
Evet	39	8.9
Hayır	398	91.1
Alkol kullanma (Değişik sıklıkta)		
Evet	12	2.8
Hayır	425	97.2

*Kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı olan yaşlılar (n=94) değerlendirilmiştir.

** Düzenli egzersiz; haftada en az 3 gün ve günde yarım saat olmak üzere yapılan fiziksel aktiviteler olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlıların herhangi bir şiddet türüne maruz kalma durumlarına göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Yaşlıların Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalma Durumlarına Göre Dağılımları

Şiddete Maruz Kalma Durumu	Sayı	Yüzde
Hayat boyunca şiddete maruz kalma (n=437)		
Evet	87	19.9
Hayır	350	80.1
Hayat boyunca maruz kalınan şiddetin türü* (n=87)		
Fiziksel şiddet	73	65.2
Duygusal şiddet	31	27.7
Ekonomik şiddet	7	7.2
Cinsel şiddet	1	0.9
Son bir yıl içinde şiddete maruz kalma (n=437)		
Evet	13	3.0
Hayır	424	97.0
Son bir yıl içinde maruz kalınılan şiddetin türü* (n=13)		
Duygusal şiddet	7	46.67
Fiziksel şiddet	6	40.0
Ekonomik şiddet	2	13.33

* Birden çok yanıt vermişlerdir.

Hayatı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade eden (87 kişi) yaşlılara şiddeti uygulayan kişi/kişiler; kendi anne ve babası ile kardeş şeklinde belirttikleri aile üyeleri (%43.7); eşi (%34.5); gelin, kardeş, kayınvalide şeklinde belirtilen akrabalar (%14.9); işyeri çevresi (%5.7) ve hırsızlık için içeri giren kişiler (%1.2) olarak bildirilmiştir.

Diğer taraftan son bir yıl içinde şiddet mağduru olan yaşlıların 3’ü ailesinden, 3’ü eşinden, 3’ü komşu ve arkadaşlarından, 2’si çocuklarından, 2’side açıklamak istemedikleri kişilerden şiddet gördüğünü ifade etmiştir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların kendi sağlık durumlarını değerlendirme ve kişilik yapılarıyla ilgili algılarına göre dağılımları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Yaşlıların Sağlık Durumlarını Değerlendirme ve Kişilik Yapılarıyla İlgili Algısal Özelliklerine Göre Dağılımları

Sağlık Durumlarını Değerlendirme ve Kişilik Yapıları İle İlgili Algısal Özellikler (n=437)	Sayı	Yüzde
Genel sağlık düzeyi algıları		
İyi	245	56.1
Orta	133	30.4
Kötü	59	13.5
Fiziksel sağlık düzeyi algıları		
İyi	221	50.5
Orta	144	33.0
Kötü	72	16.5
Zihinsel sağlık düzeyi algıları		
İyi	305	69.8
Orta	105	24.0
Kötü	27	6.2
Duygusal sağlık düzeyi algıları		
İyi	269	61.6
Orta	126	28.8
Kötü	42	9.6
Sosyal durum algıları		
İyi	350	80.1
Orta	72	16.5
Kötü	15	3.4
Kişilik yapısı algıları		
İçe dönük	170	38.9
Dışa dönük	267	61.1
Aile içinde kendini ifade edebilme algıları		
Evet	301	68.9
Hayır	31	7.1
Kısmen	105	24.0

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların ağırlık, boy, BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum sayısı ölçüm değerleri ortalamaları Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Yaşlıların Bazı Fizyolojik ve Kardiyovasküler Sistem Göstergelerine Ait Ölçüm Değerleri Ortalamaları

Fizyolojik ve Kardiyovasküler Sistem Ölçümleri	Ort ± SS	Min.	Max.
Ağırlık (kg)	73.04±12.83	38	103
Boy (cm)	161±12.35	67	190
BKİ (kg/m ²)	27.77±4.36	17.58	42.46
Sistolik basınç (mmHg)	131.30±17.44	50	200
Diyastolik basınç (mmHg)	80.16±11.15	40	130
Nabız (sayı/dk)	75.13±7.87	56	100
Solunum (sayı/dk)	18.64±3.13	12	28

Yaşlılarda BKİ’si düşük olanların oranı %0.5, normal olanların oranı %27.7, fazla kilolu ve obez olanların oranı ise 71.8’dir.

Kadın yaşlılarda BKİ düşük çıkanların oranı %0.7 olup, normal çıkanların oranı %23.8 iken, fazla kilolu ve obez çıkanların oranı ise %75.5’dir. Erkekler ise BKİ’ye göre %34.4 oranında normal, %65.6 oranında ise fazla kilolu ve obez bulunmuştur (p=0.037).

Kadın yaşlılarda sistolik basınç ortalaması 132.88±17.37 olup, erkek yaşlılarda 128.56±17.29 şeklindedir (U=18577.50, p=0.004).

Kadın yaşlılarda diyastolik basınç ortalaması 81.35±11.18 olup, erkek yaşlılarda 78.11±10.82 şeklindedir (U=18522.50, p=0.003).

Yaşlıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre ev içinde/dışında mobilizasyon yeteneklerinin dağılımı Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mobilizasyon Yeteneklerinin Dağılımı

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler (n=437)	Mobilizasyon Yetenekleri ^{&}				p değeri
	Evde ve dışarıda tam hareket edebiliyor	Sadece evde tam hareket edebiliyor	Evde yardıma/desteğe gereksinim duyuyor	Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duyuyor	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet					
Erkek	93 (58.1)	39 (24.4)	12 (7.5)	16 (10.0)	p= 0.000
Kadın	102 (36.8)	88 (31.8)	66 (23.8)	21 (7.6)	
Yaş					
65-74 yaş arası	120 (50.4)	72 (30.3)	29 (12.2)	17 (7.1)	p= 0.000
75-84 yaş arası	61 (40.1)	46 (30.3)	30 (19.7)	15 (9.9)	
85 yaş ve üstü	14 (29.8)	9 (19.1)	19 (40.4)	5 (10.7)	
Medeni durum					
Evli	144 (54.3)	72 (27.2)	28 (10.6)	21 (7.9)	p= 0.000
Bekâr	4 (50.0)	2 (25.0)	1 (12.5)	1 (13.5)	
Dul/Boşanmış	46 (28.6)	53 (32.3)	49 (29.9)	15 (9.2)	
Çocuk sayısı					
Yok	14 (63.7)	3 (13.6)	2 (9.1)	3 (13.6)	p=0.049
1-3 arası	59 (52.7)	27 (24.1)	15 (13.4)	11 (9.8)	
4 ve üzeri	122 (40.3)	97 (32.0)	61 (20.1)	23 (7.6)	
Gelir seviyesi					
Yeterli	98 (46.4)	70 (33.2)	27 (12.8)	16 (7.6)	p= 0.030
Yetersiz	72 (45.3)	38 (23.9)	38 (23.9)	11 (6.9)	
Gelir gıdere eşit	25 (37.3)	19 (28.4)	13 (19.4)	10 (14.9)	
Birlikte yaşadığı kişi					
Tek başına	28 (38.3)	24 (32.9)	14 (19.2)	7 (9.6)	p=0.000
Sadece eşiyile/Eş ve çocuklarıyla	142 (53.6)	72 (27.2)	29 (10.9)	22 (8.3)	
Çocuk/Akraba/Bakıcı yanında	25 (25.2)	31 (31.3)	35 (35.4)	8 (8.1)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Yaşlıların sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre mobilizasyon yeteneklerinin dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Yaşlıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Mobilizasyon Yeteneklerinin Dağılımı

Bazı Sağlık Özellikleri (n=437)	Mobilizasyon Yetenekleri ^{&}				p değeri
	Evde ve dışarıda tam hareket edebiliyor	Sadece evde tam hareket edebiliyor	Evde yardım/desteğe gereksinim duyuyor	Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duyuyor	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma					
Evet	92 (39.5)	70 (30.0)	48 (20.6)	23 (9.9)	p=0.094
Hayır	103 (50.5)	57 (27.9)	30 (14.7)	14 (6.9)	
Son bir yılda herhangi bir sağlık kurumda yatarak tedavi görme					
Evet	65 (41.4)	37 (23.6)	41 (26.1)	14 (8.9)	p= 0.006
Hayır	130 (46.5)	90 (32.1)	37 (13.2)	23 (8.2)	
Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma					
Evet	119 (39.1)	90 (29.6)	65 (21.4)	30 (9.9)	p= 0.001
Hayır	76 (57.1)	37 (27.8)	13 (9.8)	7 (5.3)	
Herhangi bir kronik fiziksel soruna sahip olma					
Evet	19 (21.6)	15 (17.0)	31 (35.2)	23 (26.2)	p= 0.000
Hayır	176 (50.4)	112 (32.1)	47 (13.5)	14 (4.0)	
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama					
Evet	7 (23.3)	4 (13.3)	14 (46.7)	5 (16.7)	p= 0.000
Hayır	188 (46.2)	123 (30.2)	64 (15.7)	32 (7.9)	
Tanısı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma					
Evet	2 (13.3)	1 (6.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	p=0.000
Hayır	193 (44.6)	126 (29.1)	71 (16.8)	32 (8.5)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların sağlık durumlarını etkileyebilecek bazı alışkanlıklarına göre mobilizasyon yeteneklerinin dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Yaşlıların Sağlık Durumlarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklarına Göre Mobilizasyon Yeteneklerinin Dağılımı

Sağlık Durumlarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklar (n=437)	Mobilizasyon Yetenekleri ^{&}				p değeri
	Evde ve dışarıda tam hareket edebiliyor	Sadece evde tam hareket edebiliyor	Evde yardım/desteğe gereksinim duyuyor	Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duyuyor	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Düzenli egzersiz yapma					
Evet	88 (52.1)	52 (30.8)	20 (11.8)	9 (5.3)	p=0.000
Hayır	107 (39.9)	75 (28.0)	58 (21.6)	28 (10.5)	
Sigara kullanma (Günde en az 1adet)					
Evet	26 (66.7)	10 (25.6)	3 (7.7)	0 (0.0)	p=0.012
Hayır	169 (42.5)	117 (29.4)	75 (18.8)	37 (9.3)	
Düzenli beslenme					
Evet	149 (47.0)	96 (30.3)	49 (15.5)	23 (7.2)	p=0.051
Hayır	46 (38.3)	31 (25.8)	29 (24.2)	14 (11.7)	
Kendi kendine ilaç kullanma durumu					
Evet	41 (43.6)	23 (24.5)	21 (22.3)	9 (9.6)	p=0.489
Hayır	154 (44.9)	104 (30.3)	57 (16.6)	28 (8.2)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Genç yaşlıların düzenli egzersiz yapma durumları ile mobilizasyon yeteneklerinin dağılımı arasında yapılan ki-kare analizinde p=0.050; aynı durum orta yaşlılarda p=0.903; ileri yaşlılarda ise p=0.329 olarak bulunmuştur. Erkeklerde düzenli egzersiz yapma ile mobilizasyon yeteneği arasında yapılan ki-kare analizinde p=0.044 olup, bu durum kadın yaşlılarda p=0.200 şeklindedir.

Yaşlıların bazı demografik, sağlık ve sosyal özelliklerine göre son bir ay içindeki genel sağlık algılarının dağılımı Tablo 12a'da ve Tablo 12b'de gösterilmektedir.

Tablo 12a. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Genel Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Genel Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi n (%)	Orta n (%)	Kötü n (%)	
Cinsiyet				
Erkek	100 (62.5)	48 (30.0)	12 (7.5)	p= 0.013
Kadın	145 (52.3)	85 (30.7)	47 (17.0)	
Gelir seviyesi				
Yeterli	49 (41.2)	42 (35.3)	28 (23.5)	p= 0.043
Yetersiz	156 (53.2)	97 (33.1)	40 (13.7)	
Gelir gidere eşit	16 (64.0)	5 (20.0)	4 (16.0)	
Yakınlarıyla ilişkisi				
İyi	230 (60.1)	110 (28.7)	43 (11.2)	p= 0.000
Orta	10 (22.7)	22 (50.0)	12 (27.3)	
Kötü	5 (50.0)	1 (10.0)	4 (40.0)	
Ailede alınan kararlara katılma				
Evet	179 (60.5)	89 (30.1)	28 (9.4)	p= 0.003
Hayır	21 (50.0)	10 (23.8)	11 (26.2)	
Bazen katılıyor	45 (45.5)	34 (34.3)	20 (20.2)	
Kronik hastalığa sahip olma				
Evet	161 (53.0)	93 (30.6)	50 (16.4)	p= 0.017
Hayır	84 (63.2)	40 (30.1)	9 (6.7)	
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama				
Evet	10 (33.3)	12 (40.0)	8 (26.7)	p= 0.018
Hayır	235 (57.7)	121 (29.7)	51 (12.6)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırmada yaşlıların yaşı, yaşamının uzun süre geçtiği yer, sosyal güvence durumu, çocuk sayısı, son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi görme ve hayatı boyunca herhangi bir şiddet görme ile son bir ay içindeki genel sağlık algısı arasında farklılık olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 12b. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Genel Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Genel Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi	Orta	Kötü	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim düzeyi				
Okuryazar değil/Okur yazar olup herhangi bir okul bitirmemiş	98 (46.4)	71 (33.7)	42 (19.9)	p= 0.000
İlkokul/Ortaokul mezunu	126 (64.3)	54 (27.6)	16 (8.1)	
Lise/Üniversite mezunu	21 (70.0)	8 (26.7)	1 (3.3)	
Şu anda birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına	42 (57.5)	22 (30.1)	9 (12.4)	p= 0.050
Sadece eşiyle/Eş ve çocuklarıyla	157 (59.2)	80 (30.2)	28 (10.6)	
Çocuk/Akraba/Bakıcı yanında	46 (46.5)	31(31.3)	22 (22.2)	
Mobilizasyon/Hareket durumu				
Evde ve dışarıda tam hareket edebilmekte	133 (68.2)	56 (28.7)	6 (3.1)	p= 0.000
Sadece evde tam hareket edebilmekte	73 (57.5)	38 (29.9)	16 (12.6)	
Evde yardıma/desteğe gereksinim duymakta	25 (32.1)	29 (37.2)	24 (30.7)	
Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duymakta	14 (37.8)	10 (27.0)	13 (35.2)	
Kişisel bakımını yapabilme				
Tam olarak yapabiliyor	191 (65.4)	87 (29.8)	14 (4.8)	p=0.000
Tam olarak yapamıyor	46 (39.0)	40 (33.9)	32 (27.1)	
Hiç yapamıyor	8 (29.6)	6 (22.2)	13 (48.2)	
Yeti yitimi alt bileşenleri				
Yeti yitimi yok	51 (83.6)	9 (14.8)	1 (1.6)	p=0.000
Hafif yeti yitimi	42 (70.0)	16 (26.7)	2 (3.3)	
Orta ağırlıkta yeti yitimi	101 (54.6)	65 (35.1)	19 (10.3)	
Ağır yeti yitimi	51 (56.1)	43 (30.4)	37 (13.5)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır

Yaşlıların bazı demografik, sağlık ve sosyal özelliklerinden son bir ay içindeki fiziksel sağlık algılarına etkili olan parametreler Tablo 13a ve 13b’de verilmiştir.

Tablo 13a. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Fiziksel Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Fiziksel Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi n (%)	Orta n (%)	Kötü n (%)	
Cinsiyet				
Erkek	94 (58.8)	49 (30.6)	17 (10.6)	p= 0.011
Kadın	127 (45.8)	95 (34.3)	55 (19.9)	
Yaş				
65-74 yaş arası	136 (57.1)	62 (26.1)	40 (16.8)	p= 0.010
75-84 yaş arası	68 (44.7)	60 (39.5)	24 (15.8)	
85 yaş ve üstü	17 (36.2)	22 (46.8)	8 (17.0)	
Gelir seviyesi				
Alt	49 (41.2)	42 (35.3)	28 (23.5)	p= 0.043
Orta	156 (53.2)	97 (33.1)	40 (13.7)	
Yüksek	16 (64.0)	5 (20.0)	4 (16.0)	
Düzenli egzersiz yapma				
Evet	129 (76.3)	9 (5.3)	31 (18.4)	p= 0.028
Hayır	172 (64.2)	22 (8.2)	74 (27.6)	
Herhangi bir engele sahip olma				
Evet	24 (27.3)	31 (35.2)	33 (37.5)	p= 0.000
Hayır	197 (56.4)	113 (32.4)	39 (11.2)	
Kronik hastalığa sahip olma				
Evet	138 (45.4)	103 (33.9)	63 (20.7)	p= 0.000
Hayır	83 (62.4)	41 (30.8)	9 (6.8)	
Tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olma				
Evet	4 (26.7)	4 (26.7)	7 (46.6)	p= 0.005
Hayır	217 (51.4)	140 (33.2)	65 (15.4)	
Hayatı boyunca şiddete maruz kalma				
Evet	40 (46.0)	25 (28.7)	22 (25.3)	p= 0.046
Hayır	181 (51.7)	119 (34.0)	50 (14.3)	
Sigara kullanma (Günde en az bir adet)				
Evet	29 (74.4)	7 (17.9)	3 (7.7)	p= 0.008
Hayır	192 (48.2)	137 (34.4)	69 (17.4)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 13b. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Fiziksel Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Fiziksel Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi	Orta	Kötü	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim düzeyi				
Okuryazar değil/Okur yazar olup herhangi bir okul bitirmemiş	92 (43.6)	74 (35.1)	45 (21.3)	p= 0.003
İlkokul/Ortaokul mezunu	106 (54.1)	64 (32.7)	26 (13.2)	
Lise/Üniversite mezunu	23 (76.7)	6 (20.0)	1 (3.3)	
Yeti yitimi alt bileşenleri				
Yeti yitimi yok	49 (80.3)	10 (16.4)	2 (3.3)	p= 0.000
Hafif yeti yitimi	40 (66.7)	16 (26.7)	4 (6.6)	
Orta ağırlıkta yeti yitimi	94 (50.8)	65 (35.1)	26 (14.1)	
Ağır yeti yitimi	38 (29.0)	53 (40.5)	40 (30.5)	
Mobilizasyon/Hareket durumu				
Evde ve dışarıda tam hareket edebilmekte	133 (68.2)	56 (28.7)	6 (3.1)	p= 0.000
Sadece evde tam hareket edebilmekte	73 (57.5)	38 (29.9)	16 (12.6)	
Evde yardıma/desteğe gereksinim duymakta	25 (32.1)	29 (37.2)	24 (30.7)	
Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duymakta	14 (37.8)	10 (27.0)	13 (35.2)	
Kişisel bakımını yapabilme				
Evet	178 (61.0)	89 (30.5)	25 (8.5)	p=0.000
Hayır	38 (32.2)	48 (40.7)	32 (27.1)	
Kısmen	5 (18.5)	7 (25.9)	15 (55.6)	
Ailede alınan kararlara katılma				
Evet	161 (54.4)	96 (32.4)	39 (13.2)	p=0.030
Hayır	15 (35.7)	17 (40.5)	10 (23.8)	
Bazen	45 (45.5)	31 (31.3)	23 (23.2)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Yaşlının yaşamının uzun süre geçtiği yer, sosyal güvence durumu, çocuk sayısı, sürekli geliri olan herhangi bir işte çalışması, sosyal destek alması, ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış herhangi bir kimsenin bulunması ile fiziksel sağlık algısı arasında ise farklılık olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Yaşlıların bazı demografik, sağlık ve sosyal özelliklerine göre son bir ay içindeki zihinsel sağlık algılarının dağılımı Tablo 14’de gösterilmektedir

Tablo 14. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Zihinsel Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Zihinsel Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi n (%)	Orta n (%)	Kötü n (%)	
Çocuk sayısı				
Yok	14 (63.6)	3 (13.6)	5 (22.8)	p= 0.022
1-3 arası	78 (69.6)	28 (25.0)	6 (5.4)	
4 ve üzeri	213 (70.3)	74 (24.4)	16 (5.3)	
Yakınlarıyla ilişkisi				
İyi	279 (72.8)	87 (22.7)	17 (4.5)	p= 0.000
Orta	23 (52.3)	13 (29.5)	8 (18.2)	
Kötü	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	
Son bir yılda kurumda yatarak tedavi görme				
Evet	99 (63.1)	44 (28.0)	14 (8.9)	p= 0.045
Hayır	206 (73.6)	61 (21.8)	13 (4.6)	
Herhangi bir engele sahip olma				
Evet	44 (50.0)	32 (36.4)	12 (13.6)	p= 0.000
Hayır	261 (74.8)	73 (20.9)	15 (4.3)	
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama				
Evet	8 (26.7)	14 (46.7)	8 (26.6)	p= 0.000
Hayır	297 (73.0)	91 (22.4)	19 (4.6)	
Tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olma				
Evet	4 (26.7)	3 (20.0)	8 (53.3)	p= 0.000
Hayır	301 (71.3)	102 (24.2)	19 (4.5)	
Kişisel bakımını yapabilme				
Evet	231 (79.1)	52 (17.8)	9 (3.1)	p= 0.000
Hayır	7 (25.9)	12 (44.4)	8 (29.7)	
Kısmen	67 (56.8)	41 (34.7)	10 (8.5)	
Hayatı boyunca şiddetle karşılaşma				
Evet	51 (58.6)	23 (26.5)	13 (14.9)	p= 0.000
Hayır	254 (72.6)	82 (23.4)	14 (4.0)	
Yeti yitimi alt bileşenleri				
Yeti yitimi yok	53 (86.9)	7 (11.5)	1 (1.6)	p= 0.000
Hafif yeti yitimi	47 (78.3)	10 (16.7)	3 (5.0)	
Orta ağırlıkta yeti yitimi	131 (70.8)	47 (25.4)	7 (3.8)	
Ağır yeti yitimi	74 (56.5)	41 (31.3)	16 (12.2)	

Satır yüzdesi alınmıştır.

Yaşlıların bazı demografik, sağlık ve sosyal özelliklerine göre son bir ay içindeki duygusal sağlık algılarının dağılımı Tablo 15a ve 15b’de gösterilmektedir.

Tablo 15a. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Duygusal Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Duygusal Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi	Orta	Kötü	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaşamının uzun süre geçtiği yer				
Köy	96 (58.2)	48 (29.1)	21 (12.7)	p= 0.023
İlçe	10 (52.6)	4 (21.1)	5 (26.3)	
İl	163 (64.4)	74 (29.2)	16 (6.4)	
Yakınlarıyla ilişkisi				
İyi	251 (65.5)	102 (26.7)	30 (7.8)	p= 0.000
Orta	14 (31.8)	22 (50.0)	8 (18.2)	
Kötü	4 (40.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	
Ailede alınan kararlara katılma				
Evet	193 (65.2)	77 (26.0)	26 (8.8)	p= 0.046
Hayır	22 (52.4)	12 (28.6)	8 (19.0)	
Bazen	54 (54.5)	37 (37.4)	8 (8.1)	
Herhangi bir engelle sahip olma				
Evet	38 (43.2)	31 (35.2)	19 (21.6)	p= 0.000
Hayır	231 (66.2)	95 (27.2)	23 (6.6)	
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama				
Evet	7 (23.3)	11 (36.7)	12 (40.0)	p= 0.000
Hayır	262 (64.4)	115 (28.3)	30 (7.3)	
Tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olma				
Evet	2 (13.3)	5 (33.3)	8 (53.4)	p= 0.000
Hayır	267 (63.3)	121 (28.7)	34 (8.0)	
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı				
Evet	19 (50.0)	11 (28.9)	8 (21.1)	p= 0.037
Hayır	250 (62.7)	115 (28.8)	34 (8.5)	
Kişisel bakımını yapabilme				
Evet	209 (71.6)	66 (22.6)	17 (5.8)	p= 0.000
Hayır	7 (26.0)	10 (37.0)	10 (37.0)	
Kısmen	53 (44.9)	50 (42.4)	15 (12.7)	
Dinlenme için özel zaman ayırma				
Evet	215 (66.2)	80 (24.6)	30 (9.2)	p= 0.002
Hayır	54 (48.2)	46 (41.1)	12 (10.7)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 15b. Yaşlıların Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Son Bir Ay İçindeki Duygusal Sağlık Algılarının Dağılımı

Bazı Demografik, Sağlık ve Sosyal Özellikleri (n=437)	Duygusal Sağlık Algısı ^{&}			p değeri
	İyi	Orta	Kötü	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim düzeyi				
Okuryazar değil/Okur yazar olup herhangi bir okul bitirmemiş	120 (56.9)	57 (27.0)	34 (16.1)	p= 0.000
İlkokul/Ortaokul mezunu	124 (63.3)	64 (32.7)	8 (4.0)	
Lise/Üniversite mezunu	25 (83.3)	5 (16.7)	0 (0.0)	
Şu anda birlikte yaşadığı kişi				
Tek başına	45 (61.6)	21 (28.8)	7 (9.6)	p= 0.023
Sadece eşiyle/Eş ve çocuklarıyla	177 (66.8)	66 (24.9)	22 (8.3)	
Çocuk/Akraba/Bakıcının yanında	47 (47.5)	39 (39.4)	13 (13.1)	
Yeti yitimi alt bileşenleri				
Yeti yitimi yok	51 (83.6)	8 (13.1)	2 (3.3)	p= 0.000
Hafif yeti yitimi	43 (71.7)	14 (23.3)	3 (5.0)	
Orta ağırlıkta yeti yitimi	114 (61.6)	58 (31.4)	13 (7.0)	
Ağır yeti yitimi	61 (46.6)	46 (35.1)	24 (18.3)	
Medeni durumu				
Evli	178 (67.2)	68 (25.7)	19 (7.1)	p= 0.040
Bekâr	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	
Dul (eşi vefat etmiş)/Boşanmış	87 (54.0)	55 (33.5)	22 (13.5)	

[&]Satır yüzdesi alınmıştır.

Yaşlıların Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16. Yaşlıların Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Sıra No	Görüşler	Hayır, Hiç	Evet, bazen ya da biraz	Evet, her zaman ya da oldukça
		n (%)	n (%)	n (%)
1.	Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?			
a)	Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	113 (25.9)	163 (37.3)	161 (36.8)
b)	Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler	132 (30.2)	174 (39.8)	131 (30.0)
c)	Merdiven ya da yokuş çıkmak	91 (20.8)	190 (43.5)	156 (35.7)
d)	Eğilmek, doğrulmak	125 (28.6)	191 (43.7)	121 (27.7)
e)	Uzun mesafe yürümek (1-2 km)	107 (24.5)	150 (34.3)	180 (41.2)
f)	Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek	225 (51.5)	144 (33.0)	68 (15.5)
2.	Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?	125 (28.6)	203 (46.5)	109 (24.9)
3.	Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?	120 (27.5)	231 (52.9)	86 (19.6)
4.	Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu?	139 (31.8)	202 (46.2)	96 (22.0)
5.	Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?	120 (27.5)	208 (47.6)	109 (24.9)
6.	Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?	288 (65.9)	106 (24.3)	43 (9.8)

Yaşlıların KYA puan ortalaması 10.25±5.03’dür (min:0, max:22).

Yaşlıların KYA alt bileşenlerine göre dağılımı Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Yaşlıların KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı

KYA Alt Grupları	Sayı	Yüzde
Yeti yitimi yok	61	14.0
Hafif yeti yitimi	60	13.7
Orta ağırlıkta yeti yitimi	185	42.3
Ağır yeti yitimi	131	30.0

Araştırma kapsamındaki yaşlıların bazı demografik özelliklerine göre KYA puan ortalamalarının dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Yaşlıların Bazı Demografik Özelliklerine Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Demografik Özellikler	n	KYA Ort±SS	p değeri
Cinsiyet			
Erkek	160	8.90±5.14	U=16716.00
Kadın	277	11.03±4.80	p=0.000
Yaş			
65-74 arası	238	9.19±5.12 ^{*&}	KW=29.369
75-84 arası	152	11.29±4.59 [*]	p=0.000
85 yaş ve üzeri	47	12.27±4.70 ^{&}	
Medeni durum			
Evli	265	9.33±4.88 ^{&}	KW=24.20
Bekâr	8	9.87±4.88	
Dul (Eşi vefat etmiş)/Boşanmış	164	11.75±4.95 ^{&}	p=0.000
Eğitim düzeyi			
Okuryazar değil/Okur yazar ama herhangi okul bitirmemiş	211	11.14±4.77 ^{*&}	KW=28.350
İlkokul/Ortaokul mezunu	196	9.91±5.18 ^{*Y}	p=0.000
Lise/Üniversite mezunu	30	6.20±3.47 ^{&Y}	

^{*&Y} Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Araştırma kapsamındaki yaşlıların bazı sosyal yapı özelliklerine göre KYA puan ortalamalarının dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Yaşlıların Bazı Sosyal Yapı Özelliklerine Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Sosyal Yapı Özellikleri	n	KYA	p değeri
		Ort±SS	
Eşinin yaşama durumu			
Evet	265	9.33±4.88	U=-4.86
Hayır	164	11.70±4.93	p=0.000
Şu anda birlikte yaşadığı kişi			
Tek başına	73	10.72±4.58*	KW=21.757
Sadece eşiyle/Eş ve çocuklarıyla	265	9.40±4.90* [¥]	p=0.000
Çocuk/Akraba/Bakıcı yanında	99	12.20±5.17 [¥]	
Yakınlarıyla ilişkisi			
İyi	383	10.01±5.02*	KW=6.841
Orta	44	12.22±4.92*	p=0.033
Kötü	10	10.90±4.50	
Aylık gelirinden düzenli olarak başkasına verme			
Evet	105	9.29±4.80	U=-2.25
Hayır	332	10.56±5.07	p=0.02
Yakınlarının yanında kalma durumu			
Hiç kalmadı	158	8.94±5.07*	KW=10.754
5 aydan kısa süreli	157	10.48±4.90* ^{&}	p=0.000
6 ay ve daha uzun süreli	122	16.11±4.94 ^{&}	

*^{&¥}Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Araştırma kapsamındaki yaşlıların sağlık durum göstergelerine ve sağlığı etkileyebilecek bazı davranışlarına göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20. Yaşlıların Sağlık Durum Göstergelerine ve Sağlığı Etkileyebilecek Bazı Davranışlarına Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Durum Göstergeleri ve Sağlığı Etkileyebilecek Bazı Davranışlar	n	KYA Ort±SS	p değeri
Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma			
Evet	304	10.82±4.79	U=3.64
Hayır	133	8.94±5.35	p=0.000
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama			
Evet	30	13.43±5.32	U=3.62
Hayır	407	10.02±4.94	p=0.000
Tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olma			
Evet	15	15.33±4.41	U=4.04
Hayır	422	10.07±4.96	p=0.000
Herhangi bir kronik engele sahip olma			
Evet	88	12.75±5.63	U=10295.50
Hayır	349	9.62±4.67	p=0.000
Mobilizasyon durumu			
Evde ve dışarıda tam hareket edebilmekte	195	8.49±4.44 ^{δ&χ}	KW=73.99 p=0.000
Sadece evde tam hareket edebilmekte	127	9.75±4.50 ^{*&¥}	
Evde yardıma/desteğe gereksinim duymakta	78	13.20±4.61 ^{*δ}	
Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duymakta	37	15.02±4.94 ^{&χ}	
Engel/özür nedeniyle araç kullanma			
Evet	47	13.59±5.66	U=5598.50
Hayır	390	9.85±4.81	p=0.000
Düzenli egzersiz yapma			
Evet	169	8.72±4.70	U=1631.50
Hayır	268	11.22±5.00	p=0.000
Sigara kullanma			
Evet	39	7.30±4.83	U=4841.00
Hayır	398	10.54±4.96	p=0.000

^{*δ&¥}Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Yaşlıların çeşitli sağlık algılarına göre KYA puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Yaşlıların Çeşitli Sağlık Algılarına Göre KYA Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çeşitli Sağlık Algıları	n	KYA	p değeri
		Ort±SS	
Genel sağlık algısı			
İyi	245	8.83±4.85* ^{&}	KW=58.46 p=0.000
Orta	133	10.96±4.29* [¥]	
Kötü	59	14.54±4.61 ^{&¥}	
Fiziksel sağlık algısı			
İyi	221	8.40±4.59* ^{&}	KW=68.301 p=0.000
Orta	144	11.24±4.46* [¥]	
Kötü	72	13.97±4.84 ^{&¥}	
Zihinsel sağlık algısı			
İyi	305	9.28±4.68* ^{&}	KW=35.108 p=0.000
Orta	105	11.96±4.76* [¥]	
Kötü	27	14.55±5.97 ^{&¥}	
Duygusal sağlık algısı			
İyi	269	9.10±4.80* ^{&}	KW=38.731 p=0.000
Orta	126	11.51±4.61* [¥]	
Kötü	42	13.85±5.23 ^{&¥}	
Sosyal sağlık algısı			
İyi	350	9.58±4.79* ^{&}	KW=29.067 p=0.000
Orta	72	12.84±5.14*	
Kötü	15	13.46±5.22 ^{&}	
Kendini ifade edebilme algısı			
Evet	301	9.49±4.94* ^{&}	KW=4.184 p=0.041
Hayır	31	11.22±3.70*	
Kısmen	105	12.24±5.08 ^{&}	
Kişilik yapısı algısı			
İçe dönük	170	10.48±4.87	U=21.751
Dışa dönük	267	10.11±5.14	p=0.462

*^{&¥} Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Yaşlıların bazı sosyo–demografik özelliklerine göre KYA alt bileşenlerinin dağılımı Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22. Yaşlıların Bazı Sosyo–Demografik Özelliklerine Göre KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı

Bazı Sosyo–Demografik Özellikler	KYA Alt Bileşenleri*				p değeri
	Yeti Yitimi Yok	Hafif Yeti Yitimi	Orta Yeti Yitimi	Ağır Yeti Yitimi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet					
Erkek	35 (21.9)	29 (18.1)	62 (38.8)	34 (21.2)	p=0.000
Kadın	26 (9.4)	31 (11.2)	123 (44.4)	97 (35.0)	
Yaş					
65-74 yaş arası	46 (19.3)	43 (18.1)	97 (40.8)	52 (21.8)	p=0.000
75-84 yaş arası	14 (9.2)	13 (8.6)	65 (42.8)	60 (39.4)	
85 yaş ve üstü	1 (2.1)	4 (8.5)	23 (48.9)	19 (40.5)	
Eğitim düzeyi					
Okuryazar değil/Okur yazar ama okul bitirmemiş	17 (8.1)	25 (11.8)	93 (44.1)	76 (36.0)	p=0.000
İlkokul/Ortaokul mezunu	35 (17.9)	24 (12.2)	83 (42.3)	54 (27.6)	
Lise/Üniversite mezunu	9 (30.0)	11 (36.7)	9 (30.0)	1 (3.3)	
Sürekli geliri olan bir işte çalışma					
Evet	9 (34.6)	4 (15.4)	9 (34.6)	4 (15.4)	p= 0.018
Hayır	39 (11.4)	44 (12.9)	149 (43.6)	110 (32.1)	
Eskiden çalışmış	13 (18.8)	12 (17.4)	27 (39.1)	17 (24.7)	
Şu anda birlikte yaşadığı kişi					
Tek başına	5 (6.8)	12 (16.4)	30 (41.1)	26 (35.7)	p=0.001
Eşi/çocuklarıyla	49 (18.5)	40 (15.1)	113 (42.6)	63 (23.8)	
Çocuk/Akraba/Bakıcı yanında	7 (7.1)	8 (8.1)	42 (42.4)	42 (42.4)	
Düzenli egzersiz yapma					
Evet	36 (21.3)	29 (17.2)	75 (44.4)	29 (17.1)	p=0.000
Hayır	25 (9.3)	31 (11.6)	110 (41.0)	102 (38.1)	
Sigara içme (günde en az 1 tane)					
Evet	11 (28.2)	13 (33.3)	11 (28.2)	4 (10.3)	p=0.000
Hayır	50 (12.6)	47 (11.8)	174 (43.7)	127 (31.9)	

*Satur yüzdesi alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların sağlık durum göstergelerine ve sağlığı etkileyebilecek bazı davranışlarına göre KYA alt bileşenlerinin dağılımı Tablo 23’de gösterilmektedir.

Tablo 23. Yaşlıların Sağlık Durum Göstergelerine ve Sağlığı Etkileyebilecek Bazı Davranışlarına Göre KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı

Bazı Sağlık Özellikleri	KYA Alt Bileşenler*				p değeri
	Yeti Yitimi Yok	Hafif Yeti Yitimi	Orta Yeti Yitimi	Ağır Yeti Yitimi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Son bir yılda herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi görme					
Evet	18 (11.5)	9 (5.7)	63 (40.1)	67 (42.7)	p=0.000
Hayır	43 (15.4)	51 (18.2)	122 (43.6)	64 (22.8)	
Kronik hastalığa sahip olma					
Evet	30 (9.9)	39 (12.8)	134 (44.1)	101 (33.2)	p=0.001
Hayır	31 (23.3)	21 (15.8)	51 (38.3)	30 (22.6)	
Kronik fiziksel soruna sahip olma					
Evet	7 (8.0)	8 (9.0)	29 (33.0)	44 (50.0)	p=0.000
Hayır	54 (15.5)	52 (14.9)	156 (44.7)	87 (24.9)	
Herhangi bir ruhsal soruna sahip olma					
Evet	1 (3.3)	4 (13.3)	9 (30.0)	16 (53.4)	p=0.022
Hayır	60 (14.7)	56 (13.8)	176 (43.2)	115 (28.3)	
Tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olma					
Evet	0 (0.0)	1 (6.7)	3 (20.0)	11 (73.3)	p=0.003
Hayır	61 (14.5)	59 (14.0)	182 (43.1)	120 (28.4)	
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı					
Evet	5 (13.2)	4 (10.5)	10 (26.3)	19 (50.0)	p=0.038
Hayır	56 (14.0)	56 (14.0)	175 (43.9)	112 (28.1)	
Mobilizasyon durumu					
Evde/dışarıda tam hareket edebilmekte	39 (20.0)	38 (19.5)	83 (42.6)	35 (17.9)	p=0.000
Sadece evde tam hareket edebilmekte	20 (15.7)	14 (11.0)	61 (48.0)	32 (25.3)	
Evde yardıma gereksinim duymakta	2 (2.6)	6 (7.7)	27 (34.6)	43 (55.1)	
Evde ve dışarıda yardıma/desteğe gereksinim duymakta	0 (0.0)	2 (5.4)	14 (37.8)	21 (56.8)	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Yaşlıların çeşitli sağlık algılarına göre KYA alt bileşenlerinin dağılımı

Tablo 24’de gösterilmektedir.

Tablo 24. Yaşlıların Çeşitli Sağlık Algılarına Göre KYA Alt Bileşenlerinin Dağılımı

Bazı Sağlık Özellikleri	KYA Alt Bileşenleri*				p değeri
	Yeti Yitimi Yok	Hafif Yeti Yitimi	Orta Yeti Yitimi	Ağır Yeti Yitimi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Genel sağlık algısı					
İyi	51 (20.8)	42 (17.1)	101 (41.2)	51 (20.9)	p=0.000
Orta	9 (6.8)	16 (12.0)	65 (48.9)	43 (32.3)	
Kötü	1 (1.7)	2 (3.4)	19 (32.2)	37 (62.7)	
Fiziksel sağlık algısı					
İyi	49 (22.2)	40 (18.1)	94 (42.5)	38 (17.2)	p=0.000
Orta	10 (6.9)	16 (11.1)	65 (45.2)	53 (36.8)	
Kötü	2 (2.8)	4 (5.6)	26 (36.1)	40 (55.5)	
Zihinsel sağlık algısı					
İyi	53 (17.4)	47 (15.4)	131 (43.0)	74 (24.2)	p=0.000
Orta	7 (6.7)	10 (9.5)	47 (44.8)	41 (39.0)	
Kötü	1 (3.7)	3 (11.1)	7 (25.9)	16 (59.3)	
Duygusal sağlık algısı					
İyi	51 (19.0)	43 (16.0)	114 (42.4)	61 (22.6)	p=0.000
Orta	8 (6.3)	14 (11.2)	58 (46.0)	46 (36.4)	
Kötü	2 (4.8)	3 (7.1)	13 (31.0)	24 (57.1)	
Sosyal sağlık algısı					
İyi	56 (16.0)	54 (15.4)	148 (42.3)	92 (26.3)	p=0.000
Orta	5 (6.9)	5 (6.9)	29 (40.4)	33 (45.8)	
Kötü	0 (0.0)	1 (6.7)	8 (53.3)	6 (40.0)	
Kendini ifade edebilme algısı					
Evet	52 (17.3)	48 (15.9)	128 (42.5)	73 (24.3)	p=0.000
Hayır	0 (0.0)	7 (22.6)	14 (45.2)	10 (32.2)	
Kısmen	9 (8.6)	5 (4.8)	43 (41.0)	48 (45.6)	
Kişilik yapısı algısı					
İçe dönük	21 (12.4)	23 (13.5)	77 (45.3)	49 (28.8)	p=0.000
Dışa dönük	40 (15.0)	37 (13.9)	108 (40.4)	82 (30.7)	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 25. Yaşlıların Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Sıra No	Görüşler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	157 (35.9)	124 (28.4)	87 (19.9)	29 (6.6)	40 (9.2)
2.	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	135 (30.9)	140 (32.0)	98 (22.4)	44 (10.1)	20 (4.6)
3.	Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.	198 (45.3)	90 (20.6)	82 (18.8)	40 (9.2)	27 (6.1)
4.	Duygularımı kolayca tarif edebilirim.	161 (36.8)	110 (25.2)	79 (18.1)	55 (12.6)	32 (7.3)
5.	Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.	108 (24.7)	119 (27.2)	100 (22.9)	80 (18.3)	30 (6.9)
6.	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	193 (44.2)	95 (21.7)	79 (18.1)	36 (8.2)	34 (7.8)
7.	Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.	164 (37.5)	115 (26.3)	87 (19.9)	48 (11.0)	23 (5.3)
8.	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.	74 (16.9)	109 (24.9)	142 (32.5)	59 (13.5)	53 (12.2)
9.	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	178 (40.7)	106 (24.3)	92 (21.1)	40 (9.2)	21 (4.7)
10.	İnsanların duygularını tanıması gerekir.	174 (39.8)	106 (24.3)	65 (14.9)	56 (12.8)	36 (8.2)
11.	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	136 (31.1)	132 (30.2)	99 (22.7)	43 (9.8)	27 (6.2)
12.	İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	77 (17.6)	70 (16.0)	101 (23.1)	87 (19.9)	102 (23.4)
13.	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	202 (46.2)	111 (25.4)	62 (14.2)	42 (9.6)	20 (4.6)
14.	Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.	229 (52.4)	93 (21.3)	60 (13.7)	29 (6.6)	26 (5.0)
15.	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	44 (10.1)	68 (15.6)	97 (22.2)	107 (24.5)	121 (27.6)
16.	Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.	86 (19.7)	79 (18.1)	101 (23.1)	90 (20.6)	81 (18.5)
17.	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	135 (30.9)	123 (28.1)	110 (25.2)	34 (7.8)	35 (8.0)
18.	Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.	47 (10.8)	81 (18.5)	118 (27.0)	110 (25.2)	81 (18.5)
19.	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	64 (14.6)	99 (22.7)	122 (27.9)	98 (22.4)	54 (12.4)
20.	Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.	200 (45.8)	90 (20.6)	100 (22.9)	44 (10.1)	3 (0.6)

Yaşlıların Toronto TAÖ-20 sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 25’de verilmiştir. Çalışma grubundaki yaşlılarda TAÖ-20 puan ortalaması 49.28 ± 9.58 ’dir (min:25, max:85). TAÖ-20’ye göre alt grup puan ortalamalarının dağılımı ise Tablo 26’da gösterilmektedir.

Tablo 26. Yaşlıların TAÖ-20’ye Göre Alt Grup Puan Ortalamaları

TAÖ-20 Alt Grupları	Ort $\pm$ SS	Min.	Max.
Duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1)	14.75 $\pm$ 5.96	7	35
Duyguları söze dökmede güçlük ve yetersiz imajinasyon yeteneği (TAÖ-2)	12.32 $\pm$ 3.54	5	25
Dışa dönük düşünme (TAÖ-3)	22.20 $\pm$ 3.73	12	32

Yaşlıların TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 27’de; bazı ekonomik durum özelliklerine göre dağılımı Tablo 28’de; bazı sosyal durum özelliklerine göre dağılımı Tablo 29’da; bazı sağlık durum özelliklerine göre dağılımı Tablo 30’da; sağlıklarını etkileyebilecek bazı alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 31’de; yaşlıların çeşitli sağlık durum algılarına göre dağılımı Tablo 32’de; kişilik özelliklerine göre dağılımı Tablo 33’de; yeti yitimi alt bileşenlerine göre dağılımı Tablo 34’de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamında yaşlıların KYA ve TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3’den aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 35’de verilmiştir.

Tablo 27. Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri		n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Cinsiyet	Erkek	160	47.33±9.29	13.48±5.65	11.73±3.48	22.11±3.78
	Kadın	277	50.41±9.58	15.48±6.02	12.67±3.53	22.25±3.71
	<i>Test değeri</i>		U=17825.00	U=17722.00	U=18418.00	U=21892.50
	<i>p değeri</i>		p=0.001	p= 0.000	p=0.003	p=0.833
Yaş	65-74	238	49.08±10.00	14.82±6.02	12.14±3.62	22.11±3.80
	75-84	152	49.22±8.78	14.51±5.88	12.40±3.38	22.30±3.58
	85 ve üzeri	47	50.53±9.93	15.14±6.02	13.02±3.59	22.36±3.89
	<i>Test değeri</i>		KW=1.049	KW=0.448	KW=3.568	KW=0.068
	<i>P değeri</i>		p=0.592	p=0.799	p=0.168	p=0.966
Medeni durumu	Evli	265	48.07±9.13*	14.11±5.77*	11.92±3.45*	22.03±3.81
	Bekâr	8	47.87±6.93	14.62±4.17	12.50±2.87	20.75±4.02
	Dul/Boşanmış	164	51.31±10.08*	15.78±6.21*	12.91±3.62*	22.55±3.57
	<i>Test değeri</i>		KW=12.29	KW=7.35	KW=9.61	KW=2.55
	<i>p değeri</i>		p=0.004	p=0.025	p=0.008	p=0.279
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil/Okur yazar ama okul bitirmemiş	211	50.61±10.01 ^{&}	15.65±6.04 ^{*&}	12.79 ± 3.70 ^{*&}	22.16 ± 3.68
	İlkokul/Ortaokul mezunu	196	48.75 ± 8.98 [¥]	14.25±5.93 ^{*&¥}	12.04±3.39 ^{*&}	22.45±3.69
	Lise/Üniversite mezunu	30	43.46 ± 7.88 ^{&¥}	11.63 ± 3.96 [¥]	10.93 ± 2.75	20.90±4.30
	<i>Test değeri</i>		KW=16.41	KW=15.71	KW=8.76	KW=4.09
	<i>p değeri</i>		p=0.001	p=0.001	p=0.015	p=0.222

^{*&¥}Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 28. Yaşlıların Bazı Ekonomik Durum Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Ekonomik Durum Özellikleri	n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Aylık gelirinden düzenli olarak başkasına verme					
Evet	105	50.09±11.017	16.04±6.56	12.44±3.70	21.60±3.40
Hayır	332	49.03±9.08	14.34±5.70	12.28±3.49	22.40±3.81
<i>Test değeri</i>		U=16467.50	U=14876.50	U=17035.00	U=1536200
<i>p değeri</i>		p=0.393	p=0.023	p=0.725	p=0.066
Sürekli geliri olan bir işte çalışma					
Evet	26	45.76± 8.76*	13.30±5.66	11.69±3.48	20.76±2.88
Hayır	342	50.13±9.74* ^{&}	15.19±6.09 ^{&}	12.60±3.53 ^{&}	22.33±3.81
Eskiden çalışmış şimdi çalışmıyor	69	46.40±8.20 ^{&}	13.08±5.04 ^{&}	11.18±3.40 ^{&}	22.13±3.56
<i>Test değeri</i>		KW=11.95	KW=7.97	KW=10.51	KW=5.10
<i>p değeri</i>		p=0.003	p=0.019	p=0.005	p=0.078
Gelir seviyesi					
Yeterli	211	48.25±8.97 ^{&}	14.17±5.56 ^{&}	12.21±3.42 ^{&}	21.86±3.51
Yetersiz	159	49.55±10.26	14.81±6.23	12.00±3.5 [¥]	22.72±4.04
Gelir gidere eşit	67	51.92±9.36 ^{&}	16.43±6.26 ^{&}	13.43±3.64 ^{&¥}	22.05±3.55
<i>Test değeri</i>		KW=804	KW=6.891	KW=8.43	KW=5.81
<i>p değeri</i>		p=0.018	p=0.032	p=0.015	p=0.055

*^{&¥}Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 29. Yaşlıların Bazı Sosyal Durum Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Sosyal Durum Özellikleri		n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Eşinin yaşama durumu	Evet	265	48.01±9.13	14.10±5.77	11.89±3.45	22.01±3.82
	Hayır	164	51.20±9.91	15.72±6.14	12.92±3.50	22.55±3.57
	<i>Test değeri</i>		U=17520.00	U=18425.00	U=17830.50	U=19976.00
	<i>p değeri</i>		p=0.001	p=0.008	p=0.002	p=0.158
Kişilerarası ilişkilerde uyum sorunu	Evet	40	52.70±11.20	16.55±6.41	13.10±3.49	23.05±3.81
	Hayır	397	48.94±9.34	14.57±5.89	12.24±3.54	22.12±3.72
	<i>Test değeri</i>		U=6384.50	U= 6504.00	U= 6841.00	U=6689.50
	<i>p değeri</i>		p=0.041	p=0.059	p=0.147	p=0.099
Hayatı boyunca şiddet görme	Evet	87	51.68±11.55	16.79±6.88	13.10±3.94	21.79±3.71
	Hayır	350	48.69 ± 8.94	14.24±5.60	12.13±3.41	22.31±3.73
	<i>Test değeri</i>		U=13105.00	U=12033.00	U=13422.00	U=14170.00
	<i>p değeri</i>		p=0.044	p=0.002	p=0.086	p=0.315
Yakınlarıyla ilişkisi	İyi	383	48.75±9.35*	14.36±5.88*	12.15±3.42	22.24±3.74
	Orta	44	53.11±10.49*	17.61±6.03*	13.68±3.84	21.82±3.48
	Kötü	10	52.70±10.34	17.20±5.22	12.80±5.24	22.70±4.62
	<i>Test değeri</i>		KW=8.479	KW=14.565	KW=5.920	KW=0.578
Yakınlarının yanında kalma durumu	<i>p değeri</i>		p=0.014	p=0.001	p=0.052	p=0.749
	Hiç kalmadı	158	48.27±10.01	14.38±6.14	11.67±3.34*&	22.22±4.35
	5 aydan daha kısa	157	49.39±8.96	14.70±5.61	12.53±3.39*	22.15±3.28
	6 ay ve daha üzeri	122	50.45±9.71	15.28±6.17	12.90±3.85&	22.26±3.42
	<i>Test değeri</i>		KW=3.76	KW=1.71	KW=9.70	KW=0.01
	<i>p değeri</i>		p=0.152	p=0.423	p=0.008	p=0.991

*& Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 30. Yaşlıların Bazı Sağlık Durum Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3'ün Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Sağlık Durum Özellikleri	n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Son bir yılda kurumda yatarak tedavi görme					
Evet	157	50.46±10.66	15.45±6.54	12.81±3.54	22.22±3.90
Hayır	280	48.61±8.90	14.35±5.58	12.05±3.51	22.20±3.64
Test değeri		U=20078.50	U=20160.50	U=19359.50	U=21850.00
p değeri		p=0.133	p=0.150	p=0.038	p=0.918
Herhangi bir ruhsal sorun yaşama					
Evet	30	52.76±13.91	18.36±3.96	13.50±3.96	20.90±5.10
Hayır	407	49.03±9.15	14.48±5.66	12.24±3.49	22.30±3.60
Test değeri		U=5502.50	U=4535.50	U=5107.50	U=4873.00
p değeri		p=0.397	p=0.018	p=0.134	p=0.064
Tanısı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma					
Evet	15	58.26±13.44	20.86±7.86	15.20±4.79	20.86±7.86
Hayır	422	48.96±9.27	14.53±5.77	12.22±3.45	14.53±5.77
Test değeri		KW=1831.00	KW=1580.00	KW=2025.00	KW=3139.00
p değeri		p=0.005	p=0.001	p=0.017	p=0.957
Kişisel bakımını yapabilme					
Tam yapabiliyor	292	47.29±8.87* ^{&}	13.54±5.46* ^{&}	11.73±3.35* ^{&}	22.01± 0.89
Tam yapamıyor	118	52.57±9.68*	16.83±6.17*	13.27±3.70*	22.46±3.37
Hiç yapamıyor	27	56.51±9.41 ^{&}	18.77±6.17 ^{&}	14.59±3.06 ^{&}	23.14±3.30
Test değeri		KW=4141	KW=37.39	KW=28.67	KW=3.55
p değeri		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.169

*[&]Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 31. Yaşlıların Sağlıklarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklarına Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3'ün Puan Ortalamasının Dağılımı

Sağlıklarını Etkileyebilecek Bazı Alışkanlıklar		n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Düzenli	Evet	317	48.63±9.30	14.26±5.80	12.17±3.33	22.21±3.87
Beslenme	Hayır	120	50.95±10.12	16.03±6.21	12.72±4.02	22.19±3.36
	<i>p değeri</i>		U=16320.50	U=15786.50	U=17539.00	U=18955.00
	<i>Test değeri</i>		p=0.022	p=0.006	p=0.207	p=0.956
Egzersiz	Evet	169	50.52±9.90	15.39±6.07	12.61±3.59	22.50±3.78
Yapma	Hayır	268	47.33±8.71	13.72±5.65	11.86±3.42	21.18±3.60
	<i>Test değeri</i>		KW=12.80	KW=9.11	KW=5.33	KW=8.68
	<i>p değeri</i>		p=0.002	p=0.011	p=0.070	p=0.013
Hareket	Ev içinde/dışında tam hareket etme	78	52.38±10.88*&	16.83±6.44*&	13.16±3.78&	22.38±4.10
Yeteneği	Ev içinde tam hareket etme	127	48.77±8.57*	14.74±5.41*	12.40±3.19	21.62±3.16
	Ev içinde yardıma gereksinim duyma	37	51.64±9.65¥	15.64±6.47	13.40±3.53¥	22.59±2.85
	Ev içinde/dışında yardıma gereksinim duyma	195	47.93±9.34&¥	13.75±5.81&	11.73±3.56&¥	22.44±4.04
	<i>Test değeri</i>		KW=12.18	KW=15.19	KW=12.74	KW=5.997
	<i>p değeri</i>		p=0.007	p=0.002	p=0.005	p=0.112

*&¥ Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 32. Yaşlıların Çeşitli Sağlık Durum Algılarına Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çeşitli Sağlık Durum Algıları		n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Genel Sağlık Düzeyi	İyi	245	47.08±9.06 ^{*&}	13.47±5.65 ^{*&}	11.62±3.39 ^{*&}	21.98±3.65
	Orta	133	50.28±8.31 ^{*¥}	15.27±5.43 ^{*¥}	12.14±3.33 ^{*¥}	22.29±3.69
	Kötü	59	56.18±10.76 ^{&¥}	18.88±6.38 ^{&¥}	14.35±3.71 ^{&¥}	22.94±4.11
	<i>Test değeri</i>		KW=41.20	KW=38.97	KW=25.83	KW=3.16
	<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.444
Fiziksel Sağlık Düzeyi	İyi	221	47.17±8.79 ^{*&}	13.47±5.37 ^{*&}	11.67±3.36 ^{*&}	22.01±3.80
	Orta	144	49.74±8.70 ^{*¥}	15.08±5.71 ^{*¥}	12.40±3.29 ^{*¥}	22.25±3.60
	Kötü	72	54.87±11.19 ^{&¥}	18.00±6.87 ^{&¥}	14.15±3.90 ^{&¥}	22.72±3.79
	<i>Test değeri</i>		KW=31.03	KW=26.94	KW=21.16	KW=2.22
	<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.328
Zihinsel Sağlık Düzeyi	İyi	305	47.87±8.66 ^{*&}	13.90±5.45 ^{*&}	11.72±3.29 ^{*&}	22.24±3.62
	Orta	105	50.66±9.77 ^{*¥}	15.61±6.01 ^{*¥}	13.20±3.47 ^{*¥}	21.83±4.03
	Kötü	27	59.88±11.50 ^{&¥}	21.00±7.16 ^{&¥}	15.66±3.99 ^{&¥}	23.22±3.63
	<i>Test değeri</i>		KW=31.24	KW=28.76	KW=33.71	KW= .37
	<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.185
Duygusal Sağlık Düzeyi	İyi	269	47.28±8.53 ^{*&}	13.45±5.34 ^{*&}	11.67±3.31 ^{*&}	22.15±3.72
	Orta	126	51.55±9.13 ^{*¥}	16.07±5.69 ^{*¥}	13.05±3.20 [*]	22.42±3.83
	Kötü	42	55.33±12.87 ^{&¥}	19.09±7.54 ^{&¥}	14.33±4.66 ^{&}	21.90±0.55
	<i>Test değeri</i>		KW=32.05	KW=34.54	KW=22.86	KW=0.40
	<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.815

^{*&¥}Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 33. Yaşlıların Kişilik Özelliklerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kişilik Özellikleri	n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Kişilik yapısı algıları					
İçe dönük	170	52.18±9.84	16.16±6.53	13.47±3.70	22.54±3.77
Dışa dönük	267	47.44±8.95	13.85±5.39	11.59±3.23	21.99±3.70
<i>Test değeri</i>		U=16444.50	U=18135.50	U=16205.00	U=20519.00
<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.090
Aile içinde kendini ifade edebilme algıları					
Evet	301	47.09±8.79* ^{&}	13.63±5.44* ^{&}	11.71±3.39* ^{&}	21.74±3.77 ^{&}
Hayır	31	55.16±11.00*	17.96±7.01*	14.06±4.47*	23.12±4.17
Kısmen	105	53.84±9.03 ^{&}	17.00±6.11 ^{&}	13.57±3.17 ^{&}	23.26±3.22 ^{&}
<i>Test değeri</i>		KW=52.80	KW=31.69	KW=31.08	KW=13.57
<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.001
Ailede alınan kararlara katılma					
Evet	296	48.22±9.45* ^{&}	14.31±5.88	12.11±3.45	21.79 ± 3.74* ^{&}
Hayır	42	52.50±10.85*	15.42±6.42	13.26±4.31	23.80 ± 3.64* [¥]
Bazen	99	51.10±8.87 ^{&}	15.76±5.89	12.55±3.38	22.77 ± 3.52 ^{&¥}
<i>Test değeri</i>		KW=11.95	KW=5.287	KW=3.301	KW= 16.808
<i>p değeri</i>		p=0.003	p=0.071	p=0.192	p=0.000

*^{&¥} Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 34. Yaşlıların KYA Alt Bileşenlerine Göre TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 Puan Ortalamalarının Dağılımı

KYA Alt Bileşenleri	n	TAÖ-20 Ort ± SS	TAÖ-1 Ort ± SS	TAÖ-2 Ort ± SS	TAÖ-3 Ort ± SS
Yeti yitimi yok	61	43.91±8.38 ^{&f}	11.72±4.93 ^{*&f}	10.62±3.15 ^{&v}	21.57±3.95
Hafif düzeyde yeti yitimi	60	46.50±7.95 ^{¥∞}	13.10±4.59 ^{*¥∞}	11.33±3.54 [∞]	22.06±3.99
Orta düzeyde yeti yitimi	185	49.84±8.70 ^{&¥α}	14.89±5.53 ^{&¥α}	12.45±3.35 ^{&α}	22.48±3.52
Ağır düzeyde yeti yitimi	131	52.28±10.62 ^{£∞α}	16.71±6.76 ^{£∞α}	13.38±3.58 ^{£∞α}	22.17±3.80
<i>Test değeri</i>		KW=34.90	KW=33.39	F=11.00	F=0.961
<i>p değeri</i>		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.411

*&¥£∞α Mann Whitney U ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Tablo 35: Yaşlıların KYA ve TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3'den Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki*

Değişken		TAÖ-20	TAÖ-1	TAÖ-2	TAÖ-3
KYA	r	0.304**	0.304**	0.282**	0.028
	p	0.000	0.000	0.000	0.396

*Spearman korelasyon analizi

6. TARTIŞMA

6.1. Yaşlılık ve Özellikleri İle İlgili Tartışma

Bu araştırma Gümüşhane İl Merkezinde evde yaşayan yaşlılar arasında yapılmıştır. Türkiye’de evde yaşayan yaşlılarda yeti yitimi sınırlı sayıda çalışmada (77,123,133) araştırılmış olup diğer çalışmalar farklı kesimlerde ve farklı yaş gruplarında yapılmıştır (43,59,134-137). Türkiye’de evde yaşayan yaşlılarda aleksitimi konusunda yapılan herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Mevcut durumun tespiti ve yaşlılarda koruyucu sağlık hizmetlerindeki plan-program ve önceliklerin belirlenmesi açısından yaşlılarda yeti yitimi ve aleksitimi ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesi önemlidir.

Çalışmadaki yaşlıların çoğunluğu (%63.4) kadındır ve 65-74 yaş aralığında olanların oranı (%54.5) fazladır (Tablo1). Kadın ve erkeklerin yaş dağılımları arasında fark saptanmamıştır ($p=0.398$). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 sonuçları da cinsiyetler arası ve nüfusun yaş gruplarına göre dağılımları açısından bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (31). Doğan ve arkadaşları tarafından yaşlılar arasında yapılan çalışmada da kadınların oranı erkeklerin oranından fazladır ve yaş dağılımı açısından cinsiyetler arası farklılık bulunmamaktadır (138).

Araştırma kapsamında evli olanların oranı bekâr ve dul/boşanmış olanların oranından fazla olarak saptanmıştır (Tablo 1). Evlilik oranları erkeklerde daha yüksektir ($p=0.000$). TNSA 2008 verilerine göre eşi ölen yaşlı kadınların yüzdesi erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazladır (31). Türkiye’de yaşlılarla yapılan çalışmalarda evli olanların oranı bu çalışmadakine yakın aralıklardadır. Ayrancı

ve arkadaşlarının çalışmasında evli olan yaşlı oranı %54 (16), Güler ve arkadaşlarının çalışmasında %66.7 (139), Diker'in çalışmasında ise %59.7 olup, erkeklerde bu oran %86.4'dür (140).

Araştırmada okur yazar ancak herhangi bir okul bitirmemişler %48.3, ilkokul/ortaokul mezunları %39.6, lise/üniversite mezunu olanlar ise %6.9 olarak saptanmıştır (Tablo 1). TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'de yaşlıların eğitim düzeyi çok yüksek değildir, yaşlı nüfusun neredeyse yarısının eğitimi yoktur (31). Liu ve arkadaşlarının Taiwan çalışmasında da yaşlıların eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (141). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile eğitim seviyeleri arasında bir paralellikten bahsedilebilir.

Çalışmada yaşlıların gelir aralığı 100 ile 10.000 TL arasında değişmekte olup, ortalama 993.21 ± 658.01 TL'dir. Yaşlılar gelir kaynağını çoğunlukla kendisinin ya da eşinin emekli aylığı şeklinde belirtmiştir. Yaşlıların %48.3'ü eve gelen geliri yeterli, %36.4'ü yetersiz, %15.3'ü ise geliri gidere eşit olarak görmektedir (Tablo 2). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de yaşlıların %30.8'inin herhangi bir geliri yok iken, %51.2'sinin emekli maaşı (doğrudan kendisine ait veya dolaylı olarak), %12.9'unun ise yaşlılık aylığı bulunmaktadır (31). Bledowski ve arkadaşları tarafından Polonya'da yapılan çalışmada, yaşlı kadınların sadece %10.28'i gelirinin yeterli olduğunu belirtmiştir (142). Vrdoljak ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşlıların %30.7'si gelirini ortalamanın altında olarak belirtmiştir (143). Yaşlıların kültürel farklılıkları, yaşadıkları yerin gelişmişlik düzeyi gelir düzeyleri açısından tatminkarlıklarını etkileyebilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların %16.7'sinin tek başına, %60.6'sının eş yada eş ve çocuklarıyla, %22.7'sinin ise çocuk/akraba/bakıcı ile birlikte yaşadığı

saptanmıştır (Tablo 3). TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye’deki yaşlıların %44.4’ü çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır (31). Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmasında eş ya da çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlı oranı %74 olarak belirlenmiştir (16). Güler ve arkadaşlarının çalışmasında (139) yalnız yaşayan yaşlı oranı %15.2, Keskinoglu ve arkadaşlarının çalışmasında (38) ise %11.4 olarak saptanmıştır. Liu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %10.6’sının yalnız, %24.95’inin eşiyle ve %64.45’inin ise başkalarıyla birlikte ikamet ettiği sonucuna ulaşılmıştır (141). Polonya da yapılan çalışmada yalnız başına yaşama oranının kadınlarda fazla olduğu (%27.53) bildirilmiştir (142). Türkiye’de her ne kadar hane halkı büyüklüğünde azalma ve çekirdek aileye doğru geçiş söz konusu olsa da yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşıyor olmaları ihtiyaçlarının karşılanması ve bakım almaları konusunda mevcut sistem içerisinde en önemli kurumun hala aile/çocuklar olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Yaşlılardan %9.6’sı ihtiyaç durumunda bakımını karşılayacak herhangi bir kişinin olmadığını, %18.3’ü kendisinin başka birinin/birilerinin bakımını karşılamak durumunda olduğunu belirtmiştir (Tablo 4). Destek sistemleri başka bireylerle etkileşime girme ya da yakınları ile ilişkilerini sürdürme açısından sağlıklı yaşam şeklinin bir parçasıdır (144).

Araştırmada yaşlıların %53.3’ü düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını bildirmiştir (Tablo 4). Bölükbaş ve Arslan’ın çalışmasında ise yaşlıların %86.7’si düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını belirtmişlerdir (26). İleri yaşlardaki kişiler hem akut hem de kronik şekildeki pek çok karmaşık psikososyal ve fiziksel patoloji nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvurabilir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma bakımından yaşlı bireylerin kendisinden kaynaklanan veya sağlık

hizmetlerinin iyi organize olmayışından kaynaklanan bazı güçlükler vardır. Yaşlılar ve yaşlı yakınları çoğu zaman sağlık sorunlarını “yaşlılık” için normal sayarak hekime başvurmayı ihmal edebilir veya kendisinde hastalık bulunacağı kaygısı ile sağlık kurumuna başvurmayabilirler. Maddi yetersizlikler, götürecek kimsenin olmaması, sağlık kuruluşlarında hizmetlerin düzenlenmesi bakımından yaşlılara özel hizmet sağlanmaması yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını güçleştirir (144).

Bu araştırmada yaşlıların %69.6’sı en az bir kronik hastalığı, %3.4’ ü ise tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Yaşlıların %8.7’sinin ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı almış kişi mevcuttur. Her beş yaşlıdan biri herhangi bir engele sahip olduğunu belirtmiştir (Tablo 4). Yine bu çalışmada yaşlılarda en fazla görülen hastalıkların kardiyovasküler sistem hastalıkları olduğu görülmüştür. Türkiye’de bölgesel olarak yapılmış ve yaşlıda sık rastlanan hastalıkların prevalansı ile ilgili bir çok çalışma bulunmaktadır. Tüm bu çalışmalarda en sık görülen kronik hastalıkta ilk sırayı kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır (16,138,145-150). İtalyada yapılan bir çalışmada yaşlılarda kronik hastalıkların sıklığı %41.6 (151), İspanya’da yapılan başka bir çalışmada ise %84.9 bulunmuştur (152). Liu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlılarda en çok görülen kronik sağlık sorunları sırasıyla hipertansiyon, kas-iskelet sorunları, kalp hastalıkları, diyabet, solunum sistemi hastalıkları, böbrek hastalıkları, felç ve kanser şeklindedir (141). Westeway’ın çalışmasında ise; hipertansiyon, hipertansiyon ve diyabet, hipertansiyon ve artrit, artrit ve diyabet sıralamasıyla bildirilmiştir (153). Yaş artışı ile kronik hastalıkların varlığı

beklenen bir durumdur. Yine Türkiye ve dünya genelinde kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada olduğu görülmektedir.

Araştırmada yaşlıların %44.6'sının ev içinde ve dışında tam olarak hareket edebildiği, %24.1'inin sadece evde tam hareket edebildiği, %17.8'inin evde yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğu, %8.1'inin ise hem evde hem de dışarıda yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Kadın olmak, ileri yaşta olmak, dul/boşanmış olmak, çocuk/akraba/bakıcı yanında yaşamak, sağlık kontrolü yaptırmamak, son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi görmek, herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak, ruhsal sorun yaşamak ya da tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olmak mobilizasyon yeteneğini azaltmaktadır ($p<0.05$, Tablo 9,10,11). Tel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, evde yaşayan yaşlıların %55.2'si temel günlük yaşam aktivitelerinde, %11.4'ü ise enstrümantal (telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi gibi) yaşamda bağımlılık yaşamaktadır. Yine aynı çalışmada yaş ilerledikçe bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıkları artmakta, 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların bu yaşın altındaki yaşlılara göre daha bağımlı oldukları bildirilmektedir (41). Chicago'da yaşlılarla yapılan altı yıllık bir izleme çalışmasında ise, günlük yaşam aktivitelerinde yaşın önemli bir değişken olduğu cinsiyetin bu konuda anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucu elde edilmiştir (154). Aoyagi ve Shephard tarafından Japonya'da yapılan bir başka çalışmada yaşlı erkeklerin kadınlara göre daha aktif olduğu sonucu elde edilmiş olup, yaş arttıkça hareket yeteneği azalmaktadır (155). Vrdoljak ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %57.4'ünün fiziksel aktiflik durumu yetersiz olarak

belirtilmiştir (143). Doksan yaş üstündeki katılımcılarla yapılan bir diğer çalışmada ise ileri yaşın ve kadın olmanın günlük yaşam aktivitelerinde önemli değişkenler olduğu gösterilmiş, yaşlıların %82'sinin 5 ya da 6 günlük yaşam aktivitesinde zorlandığı bildirilmiştir (61). Yaşlılarda mobilizasyon yeteneğinin sağlık, sosyal ve çevresel iyilik halinden olumlu yönden etkilenebileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların %21.5'i hekim tavsiyesi olmaksızın kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı olduğunu bildirmiştir (Tablo 5). Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki bireylerin genç nüfusa oranla 3-4 kat fazla ilaç kullandıkları bildirilmektedir (39). Bölükbaş ve Aslan'ın çalışmasında yaşlılarda ilaç kullanım oranı %62 olarak bulunmuştur (26). İlaç alışkanlıkları konusunda yaşlılarda daha titiz davranmak önemlidir. Çünkü yaşlanma ile doku cevabı değişmekte, tedaviye uyum azalmakta, birçok hastalık bir arada bulunabilmektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların çoğunluğu (%61.3) düzenli olarak egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 5). Türkiyede yapılan bir başka çalışmada da yaşlıların egzersiz yapma oranının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (138). Yurt dışında İspanya'da bir çalışmada (29) kadınların %32.66'sının erkeklerin ise %29.74'ünün fiziksel egzersiz yapmakta olduğu, Koreli yaşlılar arasında yapılan diğer bir çalışmada (156) 65-74 yaş grubundaki erkeklerin %30.0'unun, 75 yaş üstündekilerin %16'sının egzersiz yaptığı, kadınlarda egzersiz yapanların oranının %41.92 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Egzersiz alışkanlığı sağlıklı yaşam davranışlarından biri olup, her yaş grubu için geliştirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların %8.9'u halen sigara içtiğini belirtmiştir (Tablo 5). Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlıların değişik oranlarda sigara alışkanlıklarının olduğu görülmektedir (13,16,26). Vrdoljak ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşlıların %6.8'inin halen sigara içmekte, %23.5'inin geçmişte içmiş olduğu, %69.6'sı ise hiç sigara kullanmamış olduğu görülmüştür (143). Yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda yaşlılarda sigara sorunun varlığı görülmektedir. Sigara, kullanan her yaş grubu için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir.

Bu çalışmada yaşlıların %19.9'u (87 kişi) hayatı boyunca, %3.0'ı (13 kişi) ise son bir yılda en az bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade etmiştir (Tablo 6). Yaşlıların hayatı boyunca şiddet gördüğü kişilerin çoğunluğunu kendi aile üyeleri (%43.7) ve eşleri (%34.5) oluşturmaktadır. Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada yaşlıların 3'ü yakınlarının fiziksel örselenmesi ile karşılaştığını bildirmiştir. Örselenen kişinin kimliği oğlu ve kocasıdır. Yaşlıların %2.5'i (5 kişi) kendi izni olmadan zorla gelirinin harcandığını, finansal örselenme olduğunu belirtmiş, %7'si (14 kişi) gelirinden yarar sağlamaya çalışan kişi olduğunu bildirmiştir (38). Yurt dışında yapılan çalışmalarda yaşlılara şiddet olgusuna Kanada, Almanya, İngiltere, Avustralya ve ABD gibi ülkelerde bildirimi yapılan küresel bir olay olarak bakılmaktadır. Yapılan pek çok çalışmada yaşlılara sözlü ya da fiziksel şiddet oldukça yüksek düzeyde bildirilmektedir (157). Şiddet yaşlılarda mortalite ve morbiditenin tanınamayan ve rapor edilemeyen nedenidir. Aile ve arkadaşlarından sosyal izolasyon, demans, fonksiyonel güçsüzlük, kognitif durumda kötüleşme, yaşlıya bakım verenlerin kişilik problemleri, ilaç ve alkol alışkanlıkları görülme riskini arttırabilmektedir. Yaşlı bireyler fiziksel ve

psikolojik olarak zayıf olduklarından çoğu zaman şiddete maruz kalabilirler. Yaşlılık dönemi bireyin bağımlılığının arttığı bir periyod olduğu için, bu dönemde yaşlı diğer bireylere daha da bağımlı olmakta, hem doğrudan kendisinin şiddete dayanabilmesi hem de tavır alabilmesi güç hale gelmektedir (6).

Araştırma kapsamındaki yaşlılar genel, fiziksel, duygusal ve sosyal sağlık düzeylerini her kategoride daha çok “iyi” olarak belirtmişlerdir. (Tablo 7). Erkekler, yakınlarıyla ilişkisi iyi olanlar, ailede alınan kararlara katılanlar, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar, herhangi bir ruhsal sorun yaşamayanlar, eğitim düzeyi açısından lise/üniversite mezunu olanlar, eş yada eş ve çocuğu ile birlikte yaşayanlar, hem evde hem de dışarıda tam hareket edebilme yeteneğine sahip olanlar, kişisel bakımlarını tam olarak yapabilenler ve yeti yitimi olmayanların genel sağlık durumlarını iyi olarak algılamaları daha fazladır ($p<0.05$, Tablo 12a, Tablo 12b). Fiziksel sağlık algısını çoğunlukla iyi olarak belirten yaşlılar arasında ise; erkekler, 65-74 yaş arasında olanlar, gelir seviyesi yüksek olanlar, düzenli egzersiz yapanlar, herhangi bir engel/özü olmayanlar, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olmayanlar, hayatı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kalmayanlar, eğitim düzeyi lise/üniversite mezunu olanlar, yeti yitimi olmayanlar, hem evde hemde dışarıda tam hareket edebilenler, kişisel bakımını yapabilenler ve ailede alınan kararlara katılanlar daha fazla orandadır ($p<0.05$, Tablo 13a, Tablo 13b). Bu araştırma kapsamındaki yaşlılardan çocuk sayısı 4 ve daha fazla olanlar, yakınlarıyla ilişkisi iyi olanlar, son bir yıl içinde herhangi bir nedenle sağlık kurumunda yatmayanlar, herhangi bir engelle sahip olmayanlar, herhangi bir ruhsal sorun yaşamayanlar, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olmayanlar,

kişisel bakımını yapabilenler, hayatı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kalmayanlar ve yeti yitimi olmayanlar ise zihinsel sağlık algılarını daha çok iyi düzeyde belirtmişlerdir ($p<0.05$, Tablo 14). Tablo 15a ve 15b’de görüldüğü üzere yaşlılardan duygusal sağlık algılarını iyi olarak belirtenlerin çoğunluğunu; yaşamının çoğunluğunu ilde geçirenler, yakınlarıyla ilişkisi iyi olanlar, ailede alınan kararlara katılanlar, herhangi bir engel/özürlü olmayanlar, herhangi bir ruhsal sorun yaşamayanlar, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olmayanlar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlar, kişisel bakımlarını tam olarak yapabilenler, dinlenme için özel zaman ayırabilenler, lise/üniversite mezunu olanlar, eşiyle ya da eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlar, yeti yitimi olmayanlar ve evli olanlar oluşturmaktadır ($p<0.05$). Türkiye’de yapılan çalışmalarda (16,21,41,123,139,148) yaşlıların sağlık durum algılarını farklı düzeylerde bildirdikleri görülmüştür. Türkiye’de yaşayan yaşlıların diğer ülkelerdeki yaşlılarla algılanan sağlık açısından karşılaştırmaya olanak veren az sayıdaki çalışma dikkate alındığında, genel olarak Türkiye’de yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sağlık açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan belirgin şekilde daha dezavantajlı durumda oldukları anlaşılmaktadır. Diğer ülkelerde orta önemde sayılan bazı kavramlar Türk yaşlıları için “çok önemli” olarak vurgulanmıştır. Bunlar; hastaneye yatma, yeti kaybı, aile ilişkileri, karar verme özgürlüğü, büyük anne-büyük baba rolü ve iştahın yerinde olmasıdır. Avrupa Birliği 5. Çerçeve Programı kapsamında yürütülen Türkiye’de dâhil 22 ülkeyi kapsayan DSÖ Yaşlı Yaşam Kalitesi Modülü Geliştirme Projesi verilerine göre algılanan genel yaşam kalitesi skorları açısından Türk yaşlıları söz konusu 22 merkez (Avrupa ülkeleri, Avustralya, Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin merkezleri) içinde ikisi

dışındaki merkezlerden daha düşük puan almışlardır. Bedensel iyilikte Türk yaşlılarının diğer tüm merkezlerden daha düşük puan aldıkları; psikolojik iyilikte Türk yaşlılarının, İspanyol, Macar, Japon, Çin ve Litvanya merkezleri dışındaki merkezlerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları; sosyal ilişkilerde ise sadece Japon yaşlıları dışındaki ülkelerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir (15,118). Lijuan ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, sağlık durumu algısı yalnız yaşayanlarda aile üyeleri ya da akrabalarıyla birlikte yaşayanlara oranla daha düşük düzeylerde bulunmuş olup bu farklılık anlamlı çıkmıştır (158). Hu ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin oranı da artmış olup, erkeklerin kadınlara oranla sağlık durumlarını daha iyi olarak algıladıkları bildirilmiştir (159). İspanyada yapılan bir çalışmaya göre kadınların %66.45'i sağlık durum algılarını orta ya da daha alt düzeyde belirtmiş olmalarına rağmen bu seviyede belirten yaşlı erkek oranı (%52.79) daha düşüktür (29). Başka bir çalışmada da 65-74 yaş grubundaki erkeklerin %31.5'i, 75 yaş üstündekilerin %52.7'si sağlık durumum kötü diye belirtmiş olup, bu oran kadınlarda sırasıyla (%53.3 ve %62.4) şeklindedir ve her iki cinsiyette de yaş arttıkça sağlık durumunu kötü bildirenlerin oranı artmaktadır (157). Diğer ülkelerle karşılaştırılmalarda Türkiye için yaşlıların sağlıklarını iyi yönde algılamanın daha düşük olarak değerlendirildiği, bu çalışmada kendi ifadelerinde ise bu oranların yüksekliği görülmektedir. Sağlık ve benzeri algılar ülkelerin sosyal, demografik ve kültürel gelişmişlikleri ile ilişkilendirilebilir.

6.2.Yaşlılık ve Yeti yitimi İle İlgili Tartışma

Araştırma kapsamındaki yaşlılarda KYA puan ortalaması 10.25 ± 5.03 (min:0, max:22) olup, ölçek puan ortalamasına yakındır. Yaşlıların %14.0'ında yeti yitiminin olmadığı, %13.7'sinde hafif, %42.3'ünde orta ağırlıkta, %30.0'ında ise ağır yeti yitiminin olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Akın tarafından “evde yaşayan yaşlılarda mobilitateye bağlı yeti yitiminin” araştırıldığı çalışmada yeti yitimi bulunmayan yaşlı oranı %29.8 olup, yaşlıların %9.4'ünde hafif, %31.4'ünde orta derecede, %29.4'ünde ise ağır yeti yitimi saptanmıştır (148). Er tarafından Multiple Sklerozlu hastalarla yapılan çalışmada da orta düzeyde yeti yitimi oranı (%29.8) diğer düzeylerden daha fazla bulunmuştur (160). Türkiye’de ve yurt dışında çeşitli gruplarda yapılan çalışmalarda yeti yitimi oranları farklı düzeylerde bildirilmiştir. Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında %9.8 (138), Afşar ve arkadaşlarının Fizik Tedavi Kliniklerine başvuran geriatri hastaları arasındaki çalışmasında %16.7 (44), Akın ve Emiroğlu’nun evde yaşayan yaşlılar çalışmasında %29.4 (77), Walsh ve Gannon’un çalışmasında %11 (161), Berlau ve arkadaşlarının çalışmasında %44 (61), Almazan ve arkadaşlarının çalışmasında %66.3 (162), Graciani ve arkadaşlarının çalışmasında ise %72.9 (163) bulunmuştur. Farklılıkların nedenleri araştırma gruplarındaki farklılıklar, kullanılan ölçek değerlendirmeleri, yanı sıra toplumların sağlıkları hakkındaki farkındalık düzeyleri ve algılarının çeşitliliği ile açıklanabilir. Araştırma grubu açısından yeti yitimi olmayanların yüzdesi düşüktür.

Araştırma kapsamındaki kadınlarda KYA puan ortalamasının (11.03 ± 4.80), erkeklerden (8.90 ± 5.14) daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 18). Araştırmada orta (%44.4) ve ağır (%35) düzeyde yeti yitiminin daha

çok kadınlarda olduğu; erkeklerde ise yeti yitiminin görülmeme (21.9) veya hafif düzeyde görölme oranının (%18.1) daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0.05, Tablo 22). Doğan ve arkadaşları tarafından yapılan yapılan çalışmada yaşlı kadınların %19.2'sinin, erkeklerin ise %12'sinin yeti yitimine sahip olduğu bildirilmiştir (138). Yine Afşar ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda yeti yitimi oranı (%50), erkeklerdekinden (%31.6) daha fazladır (44). Morengoni ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da cinsiyet ile yeti yitimi arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmuş, kadınlarda yeti yitimi oranı erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır (76). Park ve arkadaşlarının çalışmasında oranlar erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %14.8 ve %43.3 şeklindedir (156). Hairi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınlarda fiziksel yeti yitimi erkeklere göre daha yüksek bulunmuş olup bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (66). Yapılan başka bir çalışmada günlük ve enstrümental yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan yaşlıların oranının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bulunmuştur (46). Patel ve arkadaşları Meksika'da ve Amerika da yaşayan Meksikalıları yeti yitimi özellikleri açısından karşılaştırmış olup, kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinde yeti yitimi yaşama durumunun arttığını bulmuştur (164). Literatürde yaşlılarda cinsiyet ile yeti yitimi arasında farklılık bulan çalışmaların yanı sıra herhangi bir farklılık bulmayan çalışmalarda mevcuttur (69,165). Genel olarak yaşlı kadınların yaşlı erkeklere oranla fiziksel-sosyal yeti yitimi açısından daha fazla risk altında olduğu ifade edilebilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlılarda yaş arttıkça KYA puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır (p<0.05, Tablo 18). Orta düzeyde yeti yitimi oranının genç,

orta ve ileri yaşı gruptaki bireylerde çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Ağır yeti yitiminin en fazla görüldüğü yaş grubu 85 yaş ve üstü gruptur (Tablo 22). Yaşın ilerlemesiyle birlikte farklı sistemlerde değişiklikler oluşmakta ve bu durum kişiyi çeşitli yönlerden etkilemektedir. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan kardiyovasküler, serebro-vasküler ve kas-iskelet sistemi hastalıkları, genitoüriner sistem hastalıkları, yaşlıların günlük yaşamda ve sosyal aktivitelerde daha çok bağımlı hale gelmesine neden olmakta olup bu durumda yeti yitimi yaşla birlikte artmaktadır. DSÖ'nün 2008 verilerine göre yeti yitimi oranı çocuklarda %5 iken bu oran yaşlılarda %46'ya kadar çıkmaktadır. "2002 Türkiye Özürlüler Araştırması, İkincil Analizi" raporuna göre; 60-69 yaş grubunda toplam yeti yitimi oranı %39.96 olup; genel nüfusa göre özürlülük oranı 65-69 yaş grubunda %4.9, 70-74 yaş grubunda %3.9, 75-79 yaş grubunda %3.0, 80-84 yaş grubunda %1.7, 85 yaş ve üzerinde %1.2'dir (166). Türkiye'de yaşlılarla yapılan lokal çaptaki bir çalışmada 60 yaş ve üstü yaşlıların sadece %17.6'sında yeti yitiminin olmadığı saptanmıştır. Bu grupta hafif düzeyde yeti yitimi oranı %23.5 olup, orta düzeyde yeti yitimi oranı ise %35.3 bulunmuştur. Ağır düzeyde yeti yitimi bulunanların oranı ise %23.5'dir (44). Türkiye'de yapılmış başka çalışmalarda da benzer şekilde yaş arttıkça çeşitli düzeylerde yeti yitiminde arttığı ve bu artışlardaki farklılığın anlamlı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (123,124). Literatürde bir çok çalışmada yaş ile KYA dağılımı arasında farklılık olduğu gösterilmektedir (51,65,68,76,161,164). Dünyada 70 yaş üzerindeki yaşlıların yaklaşık %20'si, 85 yaş ve üzerindeki yaşlıların ise %50'si günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaktadır (167). Yaş ile birlikte yeti yitiminin

artması beklenen bir sonuçtur. Ancak bu durumun yaşlılara etkilerinin mümkün olduğunca en aza indirilmesi yönü önemlidir.

Araştırma kapsamındaki yaşlılardan dul/boşanmış olanların KYA puan ortalamalarının evlilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 18). Türkiye’deki bir çalışmada evlilerde yeti yitimi %27.8, bekâr/dul olanlarda ise %42.8 olarak bulunmuştur (44). Mollaoğlu ve arkadaşları tarafından KOAH’lı yaşlı hastalarda yapılan çalışmada medeni durum ile KYA puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamış olmasına rağmen evlilerde ölçek puan ortalaması (evlilerde 15.31 ± 4.57 ; bekârlarda 14.66 ± 4.33) daha yüksektir (123). Yine Er (5) ve Yetişkin (168) tarafından yapılan çalışmalarda medeni durum ile KYA puan ortalaması dağılımı arasında farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmadakine benzer şekilde literatürde Kore’de (157), Nijerya’da (68); Taiwan’da yaşayan yaşlılarda (169) ve üç Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışmadaki (170) yaşlılarda medeni durum ile yeti yitimi dağılımı arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Evli olmanın sağlık, sosyal, ve ekonomik destek yönüyle yeti yitimini azalttığı düşünülebilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük olan yaşlılarda yeti yitimi puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 18). Ayrıca KYA alt bileşenleri ile yaşlının eğitim düzeyi dağılımı arasındaki farklılıkta dikkat çekicidir. Yeti yitiminin yokluğu ve hafif yeti yitimi eğitim düzeyi yükseldikçe, orta ve ağır yeti yitiminin ise eğitim düzeyi düştükçe arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 22). Türkiye’de (5,44,123) ve yurt dışında yapılan çalışmalarda (61,65,68,76,156,169,171) benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu bağlamda eğitim düzeyi düşük olanlarda yeti yitimi riskinin daha fazla olduğu söylenebilir. Bu

durum kişilerin yeti yitimi seviyesine gelinceye kadar sahip oldukları bilinç ve bilgi eksikliği ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlılardan sürekli geliri olan herhangi bir işte çalışmayan yaşlılarda yeti yitimi oranları daha fazla çıkmıştır (Tablo 22). Er (5) ve Mollaoğlu ile arkadaşlarının (123) çalışmalarında benzer sonuçlar elde edilmiş, çalışma durumunun yeti yitimi alt bileşenlerinin dağılımında farklılık oluşturduğu gözlenmiştir. Literatürde La Plante (78) ve Schoeni ile arkadaşlarının (171) araştırma sonuçları da bu çalışmadaki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan Costa-Font'un çalışmasında ise çalışma durumu ile yeti yitimi arasında fark olmadığı sonucu elde edilmiştir (172). Farklılığın nedeni ülkelerin sosyo-ekonomik düzeyi ve vatandaşına sağladığı destek oranı ile ilişkilendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki yaşlılarda yeti yitimi puan ortalamasının en fazla olduğu grubun öncelikle çocuk/akraba/bakıcı yanında yaşayanlar (12.20 ± 5.17), sonrasında tek başına yaşayanlar (10.72 ± 4.58), en düşük grubun ise eş/eş ve çocukla birlikte yaşayanlarda (9.40 ± 4.90) olduğu görülmüştür ($p < 0.05$, Tablo 19). Yeti yitimi olmayanların en fazla eş/eş ve çocukla birlikte yaşayanlar olduğu (%18.5), çocuk/akraba/bakıcı yanında yaşayanlarda ise orta ve ağır düzeyde yeti yitimi oranının daha fazla olduğu görülmüştür ($p < 0.05$, Tablo 22). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da katılımcının yalnız mı, yoksa ailesiyle mi yaşadığı değişkeni ile KYA puanı arasında anlamlı ilişki elde edilmiştir. Bu ilişkide ailesiyle birlikte yaşayanların KYA puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (5). Madrid'de yapılan 2. Dünya Yaşlılık Asemblisi Raporu'nda da sosyal çevrenin yaşlının sağlığı, bağımsızlığı ve üretkenliği için anahtar bir faktör olduğu ve sosyal çevredeki yetersizliklerin yeti yitimi ve erken ölüm riskini

arttırdığı vurgulanmaktadır. Yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığı ve sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (39,77).

Araştırma kapsamındaki yaşlılardan herhangi bir kronik hastalığa veya ruhsal soruna sahip olanlarda yeti yitimi puan ortalaması olmayanlardan daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 20). Herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda yeti yitimi yokluğu (%23.3) daha yüksektir. Hastalığı olanlarda ise çoğunlukla orta düzeyde yeti yitimi (%44.1), sonrasında ise sırasıyla; ağır düzeyde (%33.2) ve hafif düzeyde (%12.8) yeti yitimi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 23). Ruhsal soruna sahip olma durumu içinde paralel sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 23). Türkiye’de Eren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; hasta olanlarda yeti yitimi puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada hastaların depresyon ve anksiyete durumları ile yeti yitimi durumları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (134). Türkiye’de 65 yaş üstündeki yaşlı kadınlarda yapılan başka bir çalışmada, kronik hastalığa sahip olanlarda yeti yitimi puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (133). Yurt dışında yapılan bir çalışmada fiziksel, mental ya da fonksiyonel yeti yitimi seviyelerinin depresyon açısından önemli olduğu (122), başka bir çalışmada depresyon ile günlük yaşam aktivitelerindeki yeti yitimi arasında farklılık bulunduğu (173) sonucuna ulaşılmıştır. Morengoni ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kronik hastalığın sayısı ile yeti yitimi arasında farklılık bulunmuş ve dört ya da daha fazla sayıda kronik hastalığa sahip olan yaşlılarda yeti yitimi oranı yüksek çıkmıştır (76). Kim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada fiziksel sağlığın kötü olması, depresyon ve bilişsel fonksiyonlardaki yetersizlik durumunun yeti

yitiminde önemli olduğu ve bu değişkenlerin dağılımı açısından farklılığında anlamlı olduğu sonuçları elde edilmiştir (174). Başka bir çalışmada ise depresif semptomların varlığı ile yeti yitiminin bir ya da iki buçuk kat arttığı sonucu elde edilmiştir (50). Tanı ve tedavilerdeki gelişmeler ve enfeksiyon hastalıklarının zaman içerisinde göreceli olarak azalması yaşlılarda kronik hastalık oranlarını arttırmış (140) diğer taraftan gelir azalması, sosyal güvence yokluğu gibi durumlar ise yaşlılıkta sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırarak tedavisini güçleştirmiştir. Kronik hastalıklar özellikle yetişkinler ve yaşlılar arasında ölümlere neden olmasının yanında ölümcül olmayan bazı sağlık sorunları da yaratmaktadır. Bu sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan yeti yitimi durumu günlük yaşamın sürdürülmesini engellemektedir (12). Yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, kalp hastalıkları ve çeşitli kanser türleri gibi kronik durumların erken dönemde tespiti ile yaşlılarda yeti yitimi ve mortalite oranlarının azaltılması mümkün olabilecektir (145).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların mobilizasyon yeteneği azaldıkça yeti yitiminin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 20). Yine Mobilizasyon yeteneğinin azalması yeti yitimi derecesini de artırmaktadır ($p<0.05$, Tablo 23). Mollaoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan yaşlıların mobilitede yeti yitim düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmada; yaşlıların %75.6'sının mobilitede yeti yitimine sahip olduğu görülmüştür (123). Akın ve Emiroğlu'nun çalışmasında mobilitede yeti yitimi olan ve olmayan yaşlıların fiziksel-sosyal yeti yitimi yönünden istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır (77). Liu ve arkadaşlarının Taiwan çalışmasında, mobilitede fonksiyonel sınırlılıklar yaşayan yaşlı oranı %50.03

olarak saptanmıştır (141). Mobilite yeteneği ile yeti yitimi birbirini tamamlayan unsurlardır.

6.3. Yaşlılık ve Aleksitimi İle İlgili Tartışma

Literatürde yaşlılık döneminde aleksitimi ile ilgili olarak yapılan çalışma sayısının azlığı (81,82,93,105,110,175-177) dikkat çekicidir. Bu çalışmalardan sadece üçü normal yaşlı popülasyonda aleksitimi üzerinedir (93,105,110). Bu nedenle bu çalışmada bulunan sonuçların yorumlanması hem dünyada hem de Türkiye’de yaşlılarda aleksitimi ile az sayıda olan mevcut çalışmalar üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki yaşlılarda TAÖ-20 puan ortalaması 49.28 ± 9.58 (min:25, max:85) olarak saptanmıştır. Yaşlıların TAÖ-20 alt bileşenleri olan duyguları tanımada güçlük boyutunda; 14.75 ± 5.96 , duyguları söze dökmeye güçlük ve yetersiz imajinasyon yeteneği boyutunda; 12.32 ± 3.54 , dışa dönük düşünme boyutunda ise 22.20 ± 3.73 şeklinde puan ortalamaları elde ettikleri görülmüştür (Tablo 26). Türkiye’de dâhil 22 ülkeyi kapsayan DSÖ Yaşlı Yaşam Kalitesi Modülü Geliştirme Projesi verilerine göre Türk yaşlıları duygusal yetiler boyut puanında 22 ülke arasında sonuncu çıkmıştır (15,17,118). Aleksitimi konusunda Ateş ve arkadaşları tarafından antisosyal kişilik bozukluğu olan genç erkekler arasında yapılan çalışmada (178), ayrıca Evren ve arkadaşları tarafından alkol bağımlılarında yapılan çalışmada (179) aleksitimik özelliklerin oranı bu çalışmadakinden farklı olarak yüksek saptanmıştır. Mattila ve arkadaşları tarafından yapılan genel popülasyon çalışmasında TAÖ-20 puan ortalaması bu çalışmaya yakın bulunmuştur (180). Joukamaa ve arkadaşları tarafından normal

yaşlı popülasyonda yapılan bir çalışmada bu grupta aleksitimi oranı %34 olarak saptanmıştır (110). Salminen ve arkadaşlarının Finlandiya’da genel nüfusta yaptıkları çalışmalarında aleksitimi oranı %12.8 olarak bulunmuştur (83). Aleksitimi konusunda yapılan çalışmaların sonuçları çalışmanın gruplarına ve yaş farklılıklarına göre değişebilmektedir. Bu çalışmada aleksitimi puanı ortalamanın altında olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların yaş aralıkları ile TAÖ-20, TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puan ortalamaları dağılımı arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 27). Literatürde yaş artarken aleksitiminin arttığını bildiren çalışmalar (82,88,109,111,181-184) olduğu gibi yaşla aleksitimi arasında ilişkinin saptanmadığını bildiren çalışmalarda (93,109,175,179,185,186) mevcuttur. Yaş ve aleksitimi ilişkisinin diğer sosyal, sağlık ve kültürel yapıdan etkilenebileceği ve değişik sonuçların bundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki yaşlı kadınlarda hem TAÖ-20 toplam puan ortalamasının hem de alt bileşenlerden olan TAÖ-1 ve TAÖ-2 puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 27). Yemez tarafından psikomotor, somatoform ve diğer bozukluklarda aleksitiminin değerlendirildiği çalışmada, kadın olmanın aleksitimi açısından önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (181). Literatürde cinsiyet değişkeninin aleksitimi dağılımı üzerine etkisinde anlamlı sonuçlar bulan başka çalışmalar olduğu gibi (82,83,109,182,187-189); cinsiyet ile aleksitimi dağılımının karşılaştırılmasında herhangi bir farklılık bulmayan çalışmalarda mevcuttur (93,110,130,184,186, 190). Araştırma sonucuna göre aleksitiminin yaşlı kadınlar için önemli bir

demografik etken olduğu yaşı kadınların bu nedenle daha dikkatli değerdendirilmeleri gerektiği sđylenabilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşıllardan dul/boşanmış olanlarda TAÖ-20, TAÖ-1 ve TAÖ-2 puan ortalamalarının evli ve bekarlarda daha yüksek ve evlilerle aradaki puan farkının anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 27). Literatürde Salminen ve arkadaşlarının çalışmasında (83), Joukamaa ve arkadaşlarının çalışmasında (184) ayrıca Mattila ve arkadaşları tarafından yapılan iki farklı çalışmada (111,180) aleksitimi evlilerde dul ve boşanmış olanlara oranla daha düşük bulunmuş olmasına rağmen; Evren ve arkadaşları (179) ile Borsci ve arkadaşlarının (185) çalışmasında ise herhangi bir farklılığın olmadığı gösterilmiştir. Evliliklerin konuya etkisinin birliktelik ve destek yönüyle değerdendirilebileceği düşünölmüştür.

Bu araştırmada yaşılların eğitim düzeyi yükseldikçe aleksitimi ile ilgili toplam, duyguları tanıma, duyguları söze dökmede güçlük ve yetersiz imajinasyon yeteneği puanlarının azaldığı ($p<0.05$), dışa dönük düşünme puanlarının ise değışmediği ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 27). Literatürde eğitim düzeyi ile aleksitimi arasında dağılımsal farklılık bulan çalışma sayısı fazla olup; Evren ve arkadaşlarının (179), Salminen ve arkadaşlarının (83), Bamonti ve arkadaşlarının (174), Franz ve arkadaşlarının (109), Garaigordobil ve arkadaşlarının (182), Joukamaa ve arkadaşlarının (184), Mattila ve arkadaşlarının (111) ve Onor ve arkadaşlarının (105) çalışmalarında bu çalışmadakine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Konu ile ilgili üç çalışmada ise aleksitimi puan ortalamalarında eğitim düzeyinin herhangi bir farklılık yaratmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır (93,110,

185). Eğitim, duygular üzerine etkisi tartışılabilir ve çeşitli faktörlerden etkilenebilir kavram olarak değerlendirilmelidir.

Araştırmada gelir seviyesini yeterli olarak değerlendiren yaşlıların toplam aleksitimi ölçek puanı ve duyguları tanımada güçlük ile duyguları söze dökmeye güçlük-yetersiz imajinasyon yeteneği puan ortalamalarının daha düşük olduğu, geliri gidere eşit olanlarda ise puan ortalamalarının arttığı görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 28). Yemez tarafından yapılan çalışmada bu araştırmadakine benzer şekilde sosyo-ekonomik durum kötüleştikçe aleksitimi oranının arttığı sonucuna rağmen (181), Evren ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, çalışma durumu ile aleksitimi varlığı/yokluğu arasındaki analizde farklılık bulunmamıştır (179). Lane ve arkadaşlarının çalışmasında ise sosyo-ekonomik durumun farklılık yaratan önemli değişkenlerden biri olduğu bulunmuştur (82). Yine Jokukamaa ve arkadaşları tarafından yaşlılar arasında yapılan çalışmada da sosyo-ekonomik durum ile aleksitimi puanı arasında farklılık bulunmuş olup gelir düzeyi düşük olanların TAÖ-puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (184). Gelir düzeyi ekonomik bir belirteç olarak kişilerin sosyal ve duygu durumları üzerine etkili olabilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlılarda kişilerarası ve yakınlarıyla ilişkilerinin olumlu olduğunu söyleyenlerin TAÖ-20 ölçeğinden aldıkları puanların diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 29). Kişilerarası ilişkiler sosyal uyumluluğun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu durumu sorunsuz yaşayan kişilerin duygularını yaşama ve ifade etme özelliklerindeki daha sağlıklı sürdürecekleri düşünülmüştür.

Araştırmada yaşlıların son bir yılda herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi görme durumunun aleksitiminin alt bileşenlerinden olan dışa dönük düşünme boyutu, herhangi bir ruhsal sorun yaşama durumunun duyguları tanımada güçlük boyutu, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olma ile kişisel bakımını yapabilme durumlarının ise; toplam aleksitimi, duyguları tanımada güçlük ve duyguları söze dökmede güçlük-yetersiz imajinasyon yeteneği boyutların puanlarını yükselttiği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 30). Türk'ün “üniversite öğrencilerinde aleksitimik özellikler ve ruh sağlığı” konulu araştırmasında da aleksitimik özellikler ile ruh sağlığı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (191). Mattila ve arkadaşları ile (111), Özkorumak ve arkadaşları da (192) çalışmalarında herhangi bir ruhsal sorun yaşama ile aleksitimi arasında benzer şekilde sonuçlar ifade etmişlerdir.

Araştırmada yaşlıların genel, fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlık düzeyi algıları kötüleştikçe TAÖ-20, TAÖ-1 ve TAÖ-2 puan ortalamalarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$, Tablo 32). Joukamaa ve arkadaşlarının çalışmasında da ruh sağlığı algısı ile aleksitimi puanı arasında benzer yönde anlamlı farklılık bulunmuştur (183). Ayrıca Mattila ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da genel sağlık algısı düşük düzeyde olanlarda aleksitimi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (111). Sağlık algısı tüm bileşenleri ile aleksitimiye etkileyen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlılarda yeti yitiminin derecesi arttıkça TAÖ-20, TAÖ-1, TAÖ-2 puanlarının yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 34). Yaşlıların KYA ile TAÖ-20 ve TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puanları arasındaki ilişki için yapılan analizde, TAÖ-3 hariç diğer tüm ölçek gruplarında zayıf

düzeyde ve pozitif yönde olmak üzere ilişki saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 35). Bu korelasyon yeti yitimi düzeyinin artması ile aleksitimi varlığının artışı arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek bir durumdur.

Sonuç olarak; Gümüşhane il merkezinde evde yaşayan yaşlılarda KYA puan ortalaması 10.25 ± 5.03 , TAÖ-20 puan ortalaması ise 49.28 ± 9.58 olarak bulunmuştur. KYA puanı ölçek ortalamasına yakın, TAÖ-20 puanı ise ölçek ortalamasının altında olarak değerlendirilebilir. Yaşlıların %13.7'sinde hafif, %42.3'ünde orta ağırlıkta, %30.0'unda ise ağır yeti yitimi saptanmış olup, %14.0'ünde ise yeti yitimi belirlenmemiştir.

Bu araştırmada evlilerin, bekar yada dul/boşanmış olanlardan fazla olduğu, eğitim düzeyinin genelde düşük olduğu, gelirlerinin çoğunlukla kendisinin yada eşinin emekli maaşı şeklinde olduğu, gelir seviyesini yeterli görenlerin daha fazla olduğu, çoğunlukla eşleriyle yada çocuklarıyla birlikte yaşadıkları, yakınlarıyla ilişkilerinin iyi olduğunu ifade edenlerin daha fazla olduğu, ihtiyaçları olduğunda bakımını karşılayacak kişi olarak çoğunlukla aile üyelerini (eş, çocuk) gördükleri, kronik hastalığı olanların fazla olduğu, her beş yaşlıdan birinin herhangi bir engele sahip olduğu, hekim tavsiyesi olmaksızın kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığının olduğu, yaşlıların %3.0'ünün şiddet görmeye devam ettiği, yaklaşık her dört yaşlıdan birinin (%26.3) evde yada hem evde hem de dışarıdaki faaliyetlerinde yardım/desteğe ihtiyaç duyduğu, çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmadığı ancak düzenli beslendiğini ifade ettiği, genel-fiziksel-zihinsel-duygusal-sosyal sağlık düzeyini çoğunlukla iyi seviyede gördükleri sonuçlarına ulaşılmıştır. Mobilizasyon yeteneğindeki azalmanın kadınlarda, ileri yaş grubunda, son bir yılda herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi görenlerde,

herhangi bir engele sahip olanlarda, herhangi bir ruhsal sorun yaşayanlarda, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olanlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, düzenli beslenmeyenlerde, hekim tavsiyesi olmaksızın kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür.

Yaşlılarda yeti yitiminin kadınlarda, ileri yaştakilerde, dul/boşanmışlarda, eğitim düzeyi düşüklerde, eşi yaşamayanlarda, şu andaki yaşamını çocuk/akraba/bakıcıyla devam ettirenlerde, yakınlarının yanında 6 aydan daha uzun süre kalanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olanlarda, ruhsal sorun yaşayanlarda, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olanlarda, engellilerde, mobilizasyon yeteneği azalmış olanlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, genel-fiziksel-duygusal-sosyal sağlık algısı kötü olanlarda ve içe dönük kişilik yapısına sahip olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmada aleksitimi açısından; kadın olmanın, dul/boşanmış olmanın, düşük eğitim düzeyinin, sürekli geliri olan bir işte çalışmamanın, gelir seviyesinin yetersiz yada gelir gidere eşit şeklinde olmasının, eşin yaşamamasının, kişilerarası ilişkilerde uyum sorunu yaşamamanın, hayatı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kalmanın, yakınlarla orta ya da kötü düzeyde ilişkiler içinde olmanın, 6 ay yada daha uzun süreyle yakınının yanında kalma durumunun, son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi görmenin, herhangi bir ruhsal sorun yaşamamanın, tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olmanın, kişisel bakımını yapamamanın, hem ev içinde hem de ev dışındaki hareketlerde yardım/desteğe ihtiyaç duymamanın, genel-fiziksel-zihinsel-duygusal düzeyde kötü sağlık algısına sahip olmanın, içe dönük kişilik yapısına sahip olmanın, aile içinde kendini ifade edememenin yada kısmen ifade etmenin, ailede alınan kararlara katılmamanın

ayrıca orta yada ağır düzeyde yeti yitimine sahip olmanın önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlılarda yeti yitimi ve aleksitimiye azaltmaya yönelik önerilerimiz;

- Yaşlılar sağlıklarını olumlu yönde etkileyecek düzenli sağlık kontrolü, egzersiz, kendi kendine ilaç kullanma, sigara ve alkol gibi olumsuz sağlık davranışları ile düzenli beslenme ve dinlenme gibi konularda bilinçlendirilmeli,
- Yaşlıları sosyal ve duygusal hayattan uzaklaştıran etkenlerin başında gelen yeti yitimi, duygu durum bozukluğu, eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir, şiddet, yalnızlık gibi faktörler için iyileştirici müdahaleler planlanmalı ve uygulanmalı,
- İleri yaşta özellikle eş kaybı nedeniyle yaşlıların yalnızlığına yönelik duygu durumunu yada fiziksel-ruhsal-sosyal gereksinimlerini karşılamak için sosyal birliktelik üniteleri oluşturularak akran desteği sağlanmalı,
- Artan yaşlı nüfus ve gereksinimleri göz önüne alındığında “Toplum Temelli Yaşlı Bakım Hizmeti” kapsamında yaşlılara destek sistemleri olan kamu ve özel sektör kurumlarının duyarlılıkları artırılmalı, diğer taraftan yaşlılarında bu kurumlar hakkında nitelikli bilgilere ulaşmaları sağlanmalı,
- Yaşlılar, duygularını ve zorluklarını paylaşmaları gerektiğinde yardım istemeleri konusunda teşvik edilmeli, bu yardıma ulaşabilecekleri sistemler oluşturulmalı,
- Yaşlılarda sık görülen fiziksel ve ruhsal sorunların çözülmesi konusunda sağlık personelinin bilgi ve farkındalıkları artırılmalı,

- Yaşlıların birlikte yaşadıkları kişiler de duygusal ve sosyal farkındalık programlarına alınmalı böylelikle yaşlıların destek sistemleri güçlendirilmeli,
- Engelli yaşlıların engellerinden kaynaklanan rehberlik ve psikolojik danışma ihtiyaç düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması sağlanmalı, engelsiz yaşam koşulları oluşturulmalı,
- Yeti yitimi olan yaşlılar aleksitimi açısından da takip edilmeli,
- Konuya gereken önemin verilebilmesi ve farkındalığın arttırılması için, farklı bölgelerde yaşayan yaşlılarda yeti yitimi ve aleksitimi konusunda belirleyici araştırmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi örneği. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi 2005; 29 (1); 23-63.
2. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012; 25: 1-3.
3. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (2): 10-110.
4. Aslan D, Ertem M. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. İçinde: Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 2012; 1-8.
5. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 4 (11): 31-144.
6. Kalıncara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık 2011.
7. Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. İçinde: Baykan Z. Yaşlı Sağlığı. Bölüm 9. 2011; 769-789.
8. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (3): 162-165.
9. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. GAP Bölgesinde Yaşayan Ailelerin Çocuk, Kadın, Yaşlı ve Özürlü Algısı Araştırması. Nihai Rapor. 2011
10. Taşçı F. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum 2010; 1: 175-202.
11. Akçay C. Yaşlılık: Kavramlar, Kuramlar ve Yaşlılığa Hazırlık, İkinci Basım 2011.
12. Güler Ç, Akın L. Halk sağlığı temel bilgiler. İçinde: Bilir N, Paksoy Subaşı N. Yaşlılık Sorunları Ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. Bölüm 19. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006; 1020-1043.
13. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların yaşam sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi 2010; 24 (2): 32-39.
14. Alptekin D. Geronto-sosyoloji ekseninde yaşlılık sürecinin sosyo-ekonomik boyutları. Yardım ve Dayanışma 2011; 2 (3): 7-16.

15. Eser S, Saatli G, Eser G, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21 (1): 37-48.
16. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. *Sted* 2005; 14 (5): 113-119.
17. Durna Z. Kronik hastalıklar ve bakım. İçinde: Sayın Y. Yaşlılık Süreci ve Etkileri 2012; 517-537.
18. Elena S, Georgeta N, Cecilia G, Elena L. The attitude of the elderly persons towards health related physical activities. *Procedia-Social And Behavioral Sciences* 2011; 30: 1913-1919.
19. Crews D, Zavotka S. Aging, disability, and frailty: Implications for universal design. *J Physiol Anthropol* 2006; 25: 113-118.
20. Pınar R, Sert H. Türkiye'nin ulusal yaşlı bakım politikası nasıl olmalıdır? *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009; 2: 46-55.
21. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4 (12): 86-98.
22. World Population Prospects The 2012 Revision. "Key findings and advance tables". <http://www.unfpa.org/> 03.12.2013.
23. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49 (3): 39-45.
24. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology And Geriatrics* 2012; 55: 548-554.
25. Aslan D, Ertem M. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. İçinde: Gökçe-Kutsal Y, Eyigör S. *Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar*. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 2012; 48-59.
26. Bölükbaş N, Arslan H. Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*; 2003, 16 (4): 235-239.

27. Breton E, Beloin F, Fortin C, et al. Gender-specific associations between functional autonomy and physical capacities in independent older adults: Results from the enuage study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014; 58: 56-62.
28. OnadjaY, Atchessi N, Souraba, Rossier C, Zunzunegui MV. Gender differences in cognitive impairment and mobility disability in old age: A cross-sectional study in Ouagadougou, Burkinafaso. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2013; 57: 311-318.
29. Palacios-Ceña D, Hernández-Barrera V, Jiménezgarcía R, et al. Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A spanish population-based survey. *Maturitas* 2013; 76: 326-333.
30. Wild B, Lechner S, Herzog W, et al. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The Intermed for the elderly (im-e). *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 70: 169-178.
31. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Tübitak 2009.
32. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2011, 2012, 2013. <http://www.tuik.gov.tr/> 14.02. 2013.
33. Population Ageing and Development 2012. United nations department of economic and social affairs. www.unpopulation.org/ 03.12.2013.
34. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatrici* 2002; 5 (4): 138-143.
35. Gözüm S, Tan M. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. *Geriatrici Dergisi* 2003; 6 (1): 14-21.
36. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007; <http://ekutup.dpt.gov.tr/> 29.11.2013.
37. Kalkınma Planları. <http://ekutup.dpt.gov.tr/> 29.11.2013.

38. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakci M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7 (2): 57-61.
39. Fadiloğlu Ç, Ertem G, Şenuzun-Aykar F. Evde sağlık ve bakım. İçinde: Fadiloğlu Ç. Yaşlılıkta Evde Bakım. 2013; 159-177.
40. Aslan D, Ertem M. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. İçinde: Akın A. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 2012; 17-24
41. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme* 2011; 2: 59-67.
42. Topinkova E. Aging, disability and frailty. *Ann nutr metab* 2008; 52 (1): 6–11
43. Karşıdağ Ç. Tak Tak Ş, Alpay N. Remisyon dönemindeki hastalarda yeti yitimi düzeyi. *Düşünen Adam* 2000; 13 (4): 211-216.
44. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2012; 34: 260-267.
45. Metzler I. Disability in the middle ages: Impairment at the intersection of historical inquiry and disability studies. *History compass* 2011; 9 (1): 45-60.
46. Minhage M, Larsson BW, Gustafsson G, Hamrin E. The swedish version of the philadelphia geriatric center multi level assessment instrument, by age and gender in an old-age swedish population, especially related to locomotor disability. *Scand J Caringsci*; 2008; 22: 478-484.
47. World Report On Disability 2011. <http://www.who.int/disabilities/> 12.09.2013.
48. Aslan D, Ertem M. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. İçinde: Keskinoglu P. Yaşlılık ve Yeti Yitimi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 2012; 75-80.
49. ICID (1980). International Classification of İmpairments, Disability and Handicaps, World Healt Organization, Geneva. <http://whqlibdoc.who.int /14.02.2014>.
50. Freedman VA, Hodgson N, Lynn J, et al. Promoting declines in the prevalence of late-life disability: Comparisons of three potentially high-impact interventions. *The Milbank Quarterly* 2006; 84 (3): 493-520.
51. Avlund K. Disability in old age. *Dan Med Bull* 2004; 51: 315-349.

52. Nagi S. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: Sussman MB. (Editors). *Sociology and Rehabilitation*. 1965; 100–113.
53. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Social Science and Medicine* 1994; 38 (1): 1-14.
54. Crimmins EM, Hayward MD, Hagedorn A, Saito Y, Brouard N. Change in disability-free life expectancy for Americans 70 years old and older. *Demography* 2009; 46 (3): 627-646.
55. Wolf DA, Hunt K, Knickman J. Perspectives on the recent decline in disability at older ages. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 365-395.
56. Chappell NL, Cooke HA. Age related disabilities–Aging and quality of life. <http://cirrie.buffalo.edu/> 03.09.2013.
57. Santamaria MLM, Vargas MV, Jiménez JM, Rubino JMQR. Satisfaction with health care services among Spanish people with disabilities. *Disability and Health Journal* 2013; 6: 18-25.
58. Aslan D, Ertem M. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. İçinde: Saygın M, Eser E. Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz? Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 2012; 66-73.
59. The Quality of Life of Older People With a Disability in Ireland. <http://www.ncaop.ie/> 03.08. 2013.
60. Uluğ B, Ertuğrul A. Göğüş E. Yeti yitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12 (2): 121-130.
61. Chen YC, Chou YC, Lin LP, Wu CL, Lin JD. Long term trend analysis of geographical disparity in aging and disability: Taiwanese population approach. *Research in Developmental Disabilities* 2012; 33: 350-356.
62. Berlau DJ, Correda MM, Kawas C. The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: Findings from the 90+ study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24 (11): 1217-1225.

63. Manton KG. Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *Disability Policy: Restoring Socioeconomic Independence. The Milbank Quarterly* 1989; 67 (2/1): 13-58.
64. Donald IP, Foy C, Jagger C. Trends in disability prevalence over 10 years in older people living in Gloucestershire. *Age and Ageing* 2010; 39: 337-342.
65. Durocher J, Lord J, Defranco A. Disability and global development. *Disability and Health Journal* 2012; 5: 132-135.
66. Hairi NN, Cumming RG, Blyth FM, Naganathan V. Chronic pain, impact of pain and pain severity with physical disability in older people-Is there a gender difference? *Maturitas* 2012; 5846-5851.
67. Disability in old age. Final report. Conclusions and recommendations. <http://www.jyu.fi/BURDIS/> 06.12.2013.
68. Heikkinen E. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/> 04.12.2013.
69. Gureje L, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan study of aging. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1784-1789.
70. Greenglass E, Fiskensbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping* 2006; 19(1): 15-31.
71. Leveille SG, Fried LF, Guralnik JM. Disabling symptoms what do older women report. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 766-773.
72. Gill TM, Van Ness PH, Gahbauer EA. Factors associated with accurate call of prior disability in older persons. *JAGS*. 2009; 57 (10): 1897-1901.
73. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoğlu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005; 40: 213-223.

74. Ouden MEM, Schuurmans MJ, Arts EMAI, Schouw YT. Physical performance characteristics related to disability in older persons: A systematic review. *Maturitas* 2011; 69: 208-219.
75. Khoury AJ, Hall A, Andresen E, Zhang J, Ward R, Jarjoura C. The association between chronic disease and physical disability among female Medicaid beneficiaries 18–64 years of age. *Disability and Health Journal* 2013; 6: 141-148.
76. Morengoni A, Strauss EV, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 2008; 265: 288-295.
77. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin İncelenmesi. *Geriatrici* 2003; 6 (2): 59-67.
78. La Plante MP. Key goals and indicators for success fula ging of adults with early-onset disability. *Disability and Health Journal* 2013; 1-7.
79. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2002; 35: 185-197.
80. Moriguchi Y, Maeda M, Igarashi T. Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS–20). *Bio Psycho Social Medicine* 2007; 1(7): 1-15.
81. Paradiso S, Vaidya JG, McCormick LM, Jones A, Robinson RG. Aging and alexithymia association with reduced right rostral cingulate volume. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(9): 760-769.
82. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Socio demographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1998; 39(6): 377-385.
83. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 75-82.
84. Sifneos PE. The Prevalance of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973; 22 (2): 255-262.

85. Rufer M, Moergeli H, Moritz S, Drabe N, Weidith S. Alexithymia and non-treatment: An Internet based study of 312 people with chronic anxiety. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55: 179-187.
86. Hintistan S. Aleksitemi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1(4): 333-346.
87. Heshmati R, Allahverdipour H, Tabatabaei MG, Kamrani S. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A study of patients with schizophrenia spectrum disorders. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 771-775.
88. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaert S. Alexithymia and interpersonal problems. *Journal Of Clinical Psychology* 2007; 63: 109-117.
89. Caretti V, Porcelli P, Solano L, Schimmenti A, Bagby RM, Taylor GJ. Reliability and validity of the Toronto Structured Interview for Alexithymia in a mixed clinical and nonclinical sample from Italy. *Psychiatry Research* 2011; 187: 432-436.
90. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2001; 2 (1): 36-42.
91. Ak İ, Sayar K, Yöntem T. Kronik Ağrı Hastalarında aleksitimi, somatosensoryel güçlendirme ve karışık bağımlılık. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri* 2003; 2(4): 25-35.
92. Taylor GJ, Bagby MR, Ryan DP, et al. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine* 1988; 50: 500-509.
93. Gunzelmann T, Kupfer J, Brähler E. Alexithymia in the elderly general population. *Comp Psychol* 2002; 43: 74-80.
94. Freyberger H. Supportive psycho therapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatic* 1977; 28: 337-342.
95. Hamidi S, Rostami R, Farhoodi F, Abdolmanafi A. A study and comparison of alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1367-1370.
96. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 716-722.

97. Zimmerman G, Rossier J, Stadelhofen FM, Gaillard F. Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *European Journal of Psychological Assessment* 2005; 21(1): 23-33.
98. Taylor JG, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2004; 73 (2): 68-77.
99. Besharat MA. Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 614-497.
100. Batıgün AD, Büyükşahin A. Aleksitimi: Psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11: 105-114.
101. Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 235-241.
102. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: The neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Bio Psycho Social Medicine* 2013; 7 (1): 1-9.
103. Gatta M, Canetta E, Zordan M, et al. Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: A pilot study. *J Headache Pain* 2011; 12: 71-80.
104. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social Factors In Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34 (5): 330-335.
105. Onor M, Trevisiol M, Spano M, Aguglia E, Paradiso S. Alexithymia and aging. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2010; 198 (12): 891-895.
106. Erden D. Farklı yetiştirme koşullarının aleksitimi, depresyon ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 60-66.
107. Lumley MA, Neeley LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89 (3): 230-246.
108. White KS, McDonnell CJ, Gervino EV. Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42 (4): 432-439.
109. Franz M, Kerstin P, Schaefer R, et al. Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 54-62.

- 110.Joukamaa M, Saarijärvi S, Muuriaisniemi ML, Salokangas KRR. Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry* 1996; 37 (2): 144-147.
- 111.Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61; 629-635.
- 112.Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık Çalışanları İçin Araştırma ve Pratik İstatistik. Örnek Problemler ve SPSS Çözümleri 2010.
- 113.Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 3. Baskı, 2008.
- 114.Albayrak AS. Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 2006.
115. Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V, Sezer E. *Epidemiyoloji ve Biyoistatistik*. 2011
- 116.Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi yayın Komisyonu Yayın No 09.0100.0000./DK.01.042.252. 2001.
- 117.T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Buluşma Noktası.<https://www.sbn.gov.tr/14.02.2014>
- 118.Whoqol-Brief Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of The Assessment. World Health Organization Geneva. <http://www.who.int/14.02.2014>.
- 119.Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6 (3): 169-179.
- 120.Şentürk V, Sağduyu A. Leprası olan hastalarda ruhsal bozukluklar ve yeti yitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15 (3): 236-243.
- 121.Özyüksel B, Uluğ B. Depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirtilerin yeti yitimi ile ilişkisi: 3 aylık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18 (4): 323-332.
- 122.Naismith SL, Longley WA, Scott EM, Hickies IB. Disability in major depression related to self-rated and objectively-measured cognitive deficits: A preliminary study. *BMC Psychiatry* 2007; 7 (32): 1-7.
- 123.Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011; 53: 93-98.

- 124.Maral I, Bakar C, Durukan E, ve ark. General health and disability status: A comparative study between nursing home residents and elderly living at their own homes. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; 15 (4): 363-370.
- 125.Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 191-199.
- 126.Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38:33-40.
- 127.Kose S, Sayar K, Gulec H, Evren C, Borckardt J. The Turkish version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): reliability, validity, and factorial structure. *Society of Biological Psychiatry Symposium, Atlanta*. 2005.
- 128.Deno M, Miyashita M, Fujisawa D, Nakajima S, Ito M. The relationships between complicated grief, depression, and alexithymia according to the seriousness of complicated grief in the Japanese general population. *Journal of Affective Disorders* 2011; 135: 122-127.
- 129.Ghiabi B, Besharat MA. Emotional intelligence, alexithymia, and interpersonal problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 98-102.
- 130.Ünal G. Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 3: 96-108.
- 131.Yekta M, Besharat MA, Roknoldini E. Explanation of alexithymia in terms of personality dimensions in a sample of general population. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 133-137.
- 132.Güleç H, Köse S, Güleç YM, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2009; 19: 214-220.
- 133.Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Arslan SY, Bilgili N. Reproductive history, socioeconomic status and disability in the women aged 65 years or older in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics* 2009; 50(1): 11-15.
- 134.Eren İ, Şahin M, Cüre E, ve ark. Ankilozan spondilit hastalarında psikiyatrik belirtilerin yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007; 44: 1-9.

- 135.Bezircioğlu İ, Gülseren N, Öñiz A, Kındıroğlu. Menepoz öncesi ve sonrası dönemde anksiyete-depresyon ve yeti yitimi. Türkiye Psikiyatri dergisi 2004; 15 (3): 199-207.
- 136.Ensari H, Gültekin BK, Karaman D “ve ark”. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu psikiyatri dergisi 2013; 14: 108-114.
- 137.Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N, Tabur H. Romatoid Artrit ve osteoartrit hastalarında yeti yitimi ve depresyon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007; 17: 24-29
- 138.Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, ve ark. Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran geriatric hastaların özellikleri: Çok merkezli tanımlayıcı araştırma. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2011; 57: 143-149.
- 139.Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Med J 2009; 31: 367-373.
- 140.Diker K. Körfez 6 No'lu sağlık ocağı ile Yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Geriatri 2000; 3 (3): 91-97.
- 141.Liu L-F, Tian W-H, Yao H-P. Utilization of health care services by elderly people with National Health Insurance in Taiwan: The heterogeneous health profile Approach. Health Policy 2012; 108: 246-255.
- 142.Bledowski P, Mossakowsa M, Chudek J, et al. Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland assumptions and objectives of the PolSenior Project. Experimental Gerontology 2011; 46: 1003-1009.
- 143.Vrdoljak D, Markobic BB, Puljak L, et al. Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: A randomized controlled trial. Archives of Gerontology and Geriatrics 2014; 58: 160-169.
- 144.H.Ü.GEBAM.Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/> 20.01.2014.
- 145.Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 227-239.
- 146.Uğurlu N, Bolat M, Erdem S. Yaşlılarda Özbakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 52; 1 (2): 56-62.

- 147.Büker N, Altuğ F, Kavlak E, Kitiş A. Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2010; (1): 44.
- 148.Akın B. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobiliteye Bağlı Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
- 149.Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. İçinde: Balcı E. Bedensel Etkinlik ve Yaşlılık. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 2012; 42-47.
- 150.Deveci SE, Ozan AT, Açık Y. 2000 yılında Yenimahalle ve Abdullahaşa eğitim araştırma sağlık ocaklarına yapılan 60 yaş üzeri başvuruların tanımlanması. Fırat Tıp Dergisi; 2001; 6 (4): 540-546.
- 151.Belvis AG, Abolio M, Spagnolo A, et al. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. Public Health 2008; 122: 784-793.
- 152.Fernández-Olano C, López-Torres Hidalgo JD, Cèrda-Díaz R, et al. Factors associated with health care utilization bythe elderly in a public health care system. Health Policy 2006; 75: 131–139.
- 153.Westeway MS. The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age. Archives of Gerontology and Geriatrics 2010; 50: 213-221.
- 154.Bunchman AS, Wilson RS, Yu L, et al. Total daily activity declines more rapidly with increasing age in older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics 2014; 58: 74-79.
- 155.Aoyagi Y, Shephard RJ. Sex differences in relationships between habitual physical activity and health in the elderly: Practical implications for epidemiologists based on pedometer/ accelerometer data from the Nakanojo Study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2013; 56: 327-338.
- 156.Park E-J, Cho S-İ, Jang S-N. Poor health in the Korean older population: Age effect or adverse socioeconomic Position. Archives of Gerontology and Geriatrics 2012; 55: 599-604.

157. Josefsson K, Ehyhammar L. Threats and violence in Swedish community elderly care. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50: 110-113.
158. Lijuan L, Kun S, Weimin R, Yue W. Living alone, health and preventive care use among the elderly in Shanghai, China. *Journal of Medical Colleges of PLA* 2013; 28: 219-227.
159. Hu Y-N, Hu C-Y, Hsieh S-H, Li C-C. Assessment of individual activities of daily living and its association with self-rated health in elderly people of Taiwan. *International Journal of Gerontology* 2012; 6: 117-121.
160. Er F, Mollaoğlu M. Multiple sklerozlu hastalarda yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]* 2011; 28 (2): 190-203.
161. Walsh K, Gannon B. Perceived neighbourhood context, disability onset and old age. *The Journal of Socio-Economics* 2011; 40: 631-636.
162. Almazàn-Isla J, Comin –Comin M, Dàmian J, et al. Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disability and Health Journal* 2013; 28: 1-10.
163. Graciani A, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas* 2004; 48: 381-392.
164. Patel KV, Peek MK, Wong R, Markides KS. Comorbidity and Disability in Elderly Mexican and Mexican American Adults. *Journal of Aging and Health* 2006; 18 (2): 315-329.
165. Gill TM, Allore HG, Hardy SE, Guo Z. The dynamic nature of mobility disability in older persons. *JAGS* 2006; 54 (2): 248-254.
166. T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü. “Türkiye Özürlülük Araştırması 2002”. <http://kutuphane.tuik.gov.tr/> 15.10.2012.
167. Disability In Old Age Final Report Conclusions and Recommendations. Burden of Disease Network Project. [http://www.jyu.fi/burdis/FinalReport.pdf./](http://www.jyu.fi/burdis/FinalReport.pdf/) 04.12.2013.

- 168.Yetişkin ř. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yöünden Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: T:C: Sağlık bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2008.
- 169.Chiu HC, Mau LW, Tasi WL. Chronic medical conditions as predictors of functional disability in an older population in Taiwan. *Australasian Journal on Ageing* 2004; 23 (1): 19-2.
- 170.Brink CL, Tijhuis M, Bos GAM, et al. Effect of widowhood on disability onset in elderly men from Three european countries. *JAGS* 2004; 52: 353-358.
- 171.Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982–2002. *Am J Public Health*. 2005; 95: 2065-2070.
- 172.Costa-font J. Housing assets and the socio-economic determinants of health and disability in old age. *Health & Place* 2008; 14: 478-491
- 173.Li D, Zhang DJ, Shao JJ, Qi XD, Tian L. A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014; 58: 1-9.
- 174.Kim KS, Park JH, Lee JJ, et al. Smoking in elderly Koreans: Prevalence and factors associated with smoking cessation. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2013; 56: 214-219.
- 175.Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA, et al. Association of alexithymia and depression symptom severity in adults 50 years of age and older. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18 (1): 51-56.
- 176.Salonen J, Johanson R, Joukamaa M. Alexithymia, depression and tinnitus in elderly people. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 431–435.
- 177.Henry JD, Phillips LH, Maylor EA, et al. A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60: 535– 543.
- 178.Ateş MA, Algöl A, Gülsün M, ve ark. Antisozyal kişilik bozukluğu olan genç erkeklerde aleksitimi, saldırganlık ve psikopati ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 135-9.
- 179.Evren EC, Eken B. Çakmak D. Alkol bağımlılarında aleksitimi ve depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4 (2): 47-52.

180. Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK, et al. Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics* 2009; 50: 59-68.
181. Yemez B. Psikosomatik, Somato-form ve Diğer Bozukluklarda Aleksitimi Üzerine Kontrollü Bir Çalışma, Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1991.
182. Garaigordobil M. Sexism and alexithymia: Correlations and differences as a function of gender, age, and educational level. *Anales de Psicología* 2013; 29 (2): 368-377.
183. Puente CP, Furlong LV, Gallardo EC, Mendez MC, McKenney K. Anxiety, depression and alexithymia in fibromyalgia: Are There Any Differences According To Age? *Journal of Women & Aging* 2013; 25: 305-320.
184. Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. Alexithymia in primary health care patients. *Journal of Psychosomatic Research* 1995; 39 (7): 833-842.
185. Borsci G, Boccardi M, Rossi R, "et al". Alexithymia in healthy women: A brain morphology study. *Journal of Affective Disorders* 2009; 114: 208-215.
186. Mehling WE, Krause N. Alexithymia and 7,5-year incidence of compensated low back pain in 1,207 urban public transit operators. *J Psychosom Res* 2007; 62 (6): 667-674.
187. Campanella S, Falbo L, Rossignol M, et al. Sex differences on emotional processing are modulated by subclinical levels of alexithymia and depression: A preliminary assessment using event-related potentials. *Psychiatry Research* 2012; 197: 145-153.
188. Heshmati R, Allahverdipour H, Tabatabaei MG, Kamrani S. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A study of patients with schizophrenia spectrum disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 771-775.
189. White KS, McDonnell CJ, Gervino EV. Alexithymia and Anxiety Sensitivity in Patients with Non-Cardiac Chest Pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42 (4): 432-439.
190. Gennaro LD, Martina M, Curcio G, Ferrara M. The relationship between alexithymia, depression and sleep complaints. *Psychiatry Research* 2004; 128: 253-258.
191. Türk M. "Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimik Özellikler İle Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki", Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1992.

- 192.Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: Aleksitimi bir etken olabilir mi? Klinik Psikiyatri 2006; 9: 161-169.

8. EKLER

EK-1:

GÜMÜŞHANE İL MERKEZİNDE EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA YETİ YİTİMİ VE ALEKSİTİMİ ANKET FORMU

Yeti yitimi bireyin sağlık durumu ile çevresel ve bireysel etmenler arasındaki olumsuz etkileşimi vurgular. Aleksitimi ise; duygular için söz yitimi olup aynı zamanda duygulara karşı sağırılık ve ahrazlık olarak nitelendirilmektedir. Yeti yitimi ve aleksitimi hem günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte hem de ruhsal ve sosyal sağlığı bozmaktadır. Bu çalışmanın amacı, evde yaşayan yaşlılarda yeti yitimi ve aleksitimi ile ilgili özellikleri belirlemek ve aralarında ilişki olup olmadığına bakmaktır.

Değerli Katılımcılar, **anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız.** Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. **Yaşınız:**.....
2. **Cinsiyetiniz:** 1) Erkek 2) Kadın
3. **Yaşamınızın uzun süre geçtiği yer:** 1) Köy 2) İlçe 3) İl
4. **Medeni durumunuz:**
1) Evli 2) Bekâr 3) Dul (eşi vefat etmiş) 4) Boşanmış 5) Ayrı yaşıyor
5. **Eğitim durumunuz?**
1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar, herhangi bir okul bitirmemiş
3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu
6) Üniversite mezunu 7) Diğer :
6. **Sürekli geliri olan herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**
1) Evet (Nedir?)
2) Hayır 3) Eskiden çalışmış, şimdi çalışmıyor
7. **Evinize gelen gelirin şekli nedir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)**
1) Kendi maaşı 2) Kendi/eşi emekli maaşı 3) Yaşlılık aylığı 4) Mal gelirleri 5) Eşi
6) Çocukları 7)Diğer:
8. **Eve gelen gelirinizi yeterli buluyor musunuz?**
1) Yeterli 2)Yetersiz
3) Gelir gidere eşit Tahmini Gelir: TL
9. **Kendi sosyoekonomik düzeyini nasıl algılıyor? (Araştırmacı tarafından izah edilecek)**
1) Alt (Düşük) 2) Orta 3) Üst (Yüksek)

- 10. Kendinize ait aylık gelirinizden başka bir kimseye düzenli olarak para veriyor musunuz?**
1) Evet (Kim/Kimler?)
2) Hayır
- 11. Sosyal güvenceniz nedir? (Birden çok işaretleyebilirsiniz)**
1) Yok 2) Emekli Sandığı 3) Bağ- Kur 4) SSK 5) Yeşil kart
6) Özel sigorta 7) Diğer:.....
- 12. Kaç çocuğunuz var?**
Çocuğu yoksa belirtilecek (.....)
- 13. Şu anda kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**
1) Tek başına 2) Eşiyle birlikte 3) Eşi ve çocuklarıyla birlikte
4) Çocuklarının yanında 5) Akraba yanında
6) Bakıcı/Refakatçi yanında 7) Diğer (açıklayınız):.....
- 14. Yetiştirdiğiniz aile yapısı nasıldır?**
1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile
- 15. Eşinizin eğitim durumu?**
1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar, herhangi bir okul bitirmemiş
3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu
5) Lise mezunu 6) Üniversite mezunu
7) Diğer:
- 16. Eşiniz gelir getirici bir işte çalışıyor mu?**
1) Evet (Nedir?.....)
2) Hayır
- 17. Siz dahil evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı?kişi**
- 18. Yakınlarınızla ilişkiniz nasıldır?**
1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü
- 19. Daha önce çocuklarınızın yanında kaldınız mı?**
1) Hiç kalmadım 2) Kısa süreli 3) Uzun süreli (6 aydan fazla)
- 20. İnsanlar ile olan ilişkilerinizde uyum sorunu yaşadığınızı düşünüyor musunuz?**
1) Evet (Size göre bunun nedeni?)
2) Hayır
- 21. Sizinle ilgili/sizi etkileyebilecek herhangi bir sorun/olay yaşadığınızda sosyal destek alıyor musunuz?**
1) Evet alıyorum (Kim/Kimler?)
2) Hayır almıyorum, destek verecek kişi/kurum yok
3) Sosyal destek almaya gerek duymuyorum
4) Diğer:
- 22. Bakıma gereksiniminiz olduğunda bunu yapacak kişi var mı/varsak kim?**
1) Bakımını üstlenebilecek biri yok

- 2) Aile üyeleri (Eş, çocuk)
- 3) Aile üyeleri dışı (Akraba, arkadaş, komşu)
- 4) Diğer :

23. Beraber yaşadığınız ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı?

(Çocuk ya da yetişkin)

- 1) Evet (Kaç kişi?)
- 2) Hayır

24. Ailede alınan kararlara katılıyor musunuz?

- 1) Evet düzenli katılıyorum
- 2) Hayır
- 3) Bazen katılıyorum

25. Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

26. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gördünüz mü?

- 1) Evet (Yatış nedeni?)
- 2) Hayır

27. Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet (Nedir?)
- 2) Hayır

28. Kronik bir fiziksel sorunuz var mı?

- 1) Evet (Nedir: Süresi: aydır)
- 2) Hayır

29. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirdiniz mi?

- 1) Evet (Hatırlıyorsa nedir?.....)
- 2) Hayır

30. Şu anda tanısı konulmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

- 1) Evet (Hatırlıyorsa nedir?.....)
- 2) Hayır

31. Ailenizde psikiyatrik hastalık/hastalık öyküsü var mı? (Açıklanacak)

- 1) Evet (Kimde?)
- 2) Hayır

32. Fiziksel/kronik/psikiyatrik rahatsızlığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

- 1) Evet (İlaç adı?)
- 2) Hayır

33. Kendi kendinize kullandığınız bir ilaç var mı? (Açıklanacak)

- 1) Evet (.....tane) Kullandığınız ilacın türü?
- 2) Hayır

34. Hareket (mobilizasyon) yeteneğiniz nasıl? (Araştırmacı tarafından açıklanacak)

- 1) Ev içinde yardıma/desteğe gereksinim duyuyorum
- 2) Ev içinde tam hareket edebiliyorum
- 3) Ev içi ve dışında tam desteğe ihtiyaç duyuyorum

4) Ev içi ve dışında tam hareket edebiliyorum.

35. Herhangi bir engeliniz/özüünüz var mı?

1) Evet (Nedir?)

2) Hayır

36. Engeliniz/özüünüz nedeniyle herhangi bir araç kullanıyor musunuz?

1) Evet (Nedir?)

2) Hayır

37. Kişisel bakımınızı yapabiliyor musunuz?

1) Tam olarak yapıyorum 2) Tam olarak yapamıyorum 3) Hiç yapamıyorum

38. Egzersiz yapabiliyor musunuz? (Açıklanacak)

1) Yapmıyorum 2) Düzenli yapıyorum 3) Ara sıra yapıyorum(düzensiz)

39. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

40. Dinlenme için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

41. Sigara içiyor musunuz?

1) Her gün günde en az 1 tane içiyorum (Ne kadar zamandan beri?ay/yıl)

2) Ara sıra içiyorum

3) İçiyordum, bıraktım (Ne kadar zamandan beri bıraktınız?ay/yıl)

4) Hiç içmedim

42. İçilen sigara sayısı: Günde.....adet, haftada.....adet.

43. Alkollü içki kullanıyor musunuz?

1) Her gün 2) Haftada bir-iki kez

3) Ayda bir-iki kez 4) Yılda birden az

5) Hiç kullanmadım 6) Kullanıyordum bıraktım (Bırakma süresi? ...ay/yıl)

44. Hayatınız boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı?

1) Evet

2) Hayır

45. Eğer şiddete maruz kaldıysanız aşağıdaki şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız? (Birden fazla cevap işaretlenebilir)

1) Fiziksel şiddet (dayak, vurma, çarpma vb)

2) Duygusal şiddet (sözel saldırılar, tehdit etme, utandırma, aşağılama)

3) Cinsel şiddet (zorla-isteği ve iradesi dışında cinsel ilişki, taciz)

4) Ekonomik şiddet (isteği dışında kendine ait paranın alınması, kullanılması)

46. Size şiddet uygulayan kimdi/kimlerdi?

.....

47. Son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı?

1) Evet

2) Hayır

48. Son bir yıl içinde şiddete maruz kaldıysanız aşağıdaki şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız? (Birden fazla cevap seçeneğe işaretleyebilirsiniz)

1) Fiziksel şiddet (dayak, vurma, çarpma vb)

2) Duygusal şiddet (sözel saldırılar, tehdit etme, utandırma, aşağılama)

- 3) Cinsel şiddet (zorla-isteği ve iradesi dışında cinsel ilişki, taciz)
4) Ekonomik şiddet (isteği dışında kendine ait paranın alınması, kullanılması)

49. Son bir yıl içinde size şiddet uygulayan kimdi/kimlerdi?

.....

50. Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

51. Geçen ay boyunca fiziksel sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

52. Geçen ay boyunca zihinsel sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

53. Geçen ay boyunca duygusal sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

54. Geçen ay boyunca insanlarla olan ilişkilerinizi (sosyal durumunuzu) nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

55. Genellikle kendi kişilik yapınızı nasıl tanımlarsınız? (Açıklanacak)

- 1) İçe dönük 2) Dışa dönük

56. Genellikle aile içerisinde kendinizi yeterinde ifade edebildiğinizi düşünür müsünüz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

Genel ölçümleri

Kilosu (kg)	Boyu (cm)	Nabızı (dk)	Tansiyonu (mmHg)	Solunumu (dk)

KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ/BRIEF DISABILITY QUESTIONNAIRE(KYA/BDQ)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. (Son bir aylık dönemi değerlendirerek)

Hayır, hiç için 0; evet, bazen ya da biraz yanıtı için 1; evet, her zaman ya da oldukça yanıtı için 2 olacak şekilde maddelere puan veriniz.

1.Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?	Hayır, hiç	Evet, bazen ya da biraz	Evet, her zaman ya da oldukça
a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	0	1	2
b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler	0	1	2
c) Merdiven ya da yokuş çıkmak	0	1	2
d) Eğilmek, doğrulmak	0	1	2
e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km)	0	1	2
f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tualete gitmek	0	1	2
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?	0	1	2
3. Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?	0	1	2
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu?	0	1	2
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?	0	1	2
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?	0	1	2

7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?gün

8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?gün

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ/TAÖ-20 TORONTO ALEKSİTİMİ SKALASI
(TAÖ-20/TAS-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. Hiçbir zaman için 1, Nadiren için 2, Bazen için 3, Sık sık için 4, Her zaman için 5, olacak şekilde maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10. İnsanların duygularını tanıması gerekir.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

EK-2:

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU İZİN BELGESİ**



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
06.12.2012	20	03	Dok. Öğr. Çağla YİĞİTBAŞ

KARAR

“Gümüşhane İl Merkezinde Evde Yaşayan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Aleksitimi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR (Başkan)	İmza	Doç. Dr. Erol KELEŞ (Başkan Yardımcısı)	Bulunmadı
Yrd. Doç. Dr. Selçuk İLHAN (Raportör)	İmza	Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ (Üye)	Katılmadı
Doç. Dr. Yaşar DOĞAN (Üye)	Bulunmadı	Doç. Dr. Refik AYTEN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Dilara KAMAN (Üye)	Bulunmadı	Doç. Dr. Mete ÖZCAN (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Oktay BELHAN (Üye)	İmza	Uzm. Dr. Özgen ARSLAN SOLMAZ (Üye)	İmza
Av. Murat TOKGÖZ (Üye)	İmza	İsmet TANYERİ (Üye)	İmza

EK-3:

GÜMÜŞHANE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

Gümüşhane Halk Sağlığı Kurumu Müdürlüğü'ne

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalışmaktayım. Aynı zamanda Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışmam dâhilinde Gümüşhane il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılara ulaşmam gerekmektedir. Bu kapsamda yaşlıların yerleşim adreslerini almak için il merkezinde görev yapan Aile hekimlerinden adresleri tespit etmeyi ve basit rastgele yöntemle yaşlılara ulaşmayı planlamaktayım. Yaşlılara çalışmamın içeriği gereği kullanacağım anket formu örneği ektedir.

Aile hekimlerinden yaşlı adreslerini temin edebilmem hususunda gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

07.12.2012

Çağla YİĞİTBAŞ

Adres: Gümüşhane Üniv. SHMYO. Bağlarbaşı GÜMÜŞHANE

Eki: Anket Formu

GÜMÜŞHANE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
Evl. Giriş Tarihi : 07.12.2012 E:2006999
Kurum Tar. No : 07.12.2012
Geldiği Yer : GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
Konusu : Çağla YİĞİTBAŞ DİLEKÇE

7.12.2012

04 - Tst B.
(Evde sağlık D)

9. ÖZGEÇMİŞ

28 Mayıs 1970 tarihinde Tokat'ta doğdu. İlk, orta, lise öğrenimini Tokat'ta tamamladı. 1991 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu. 2003 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisansını tamamladı.

İnönü Üniversitesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Karadeniz Teknik Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak çalışmış olup halen Gümüşhane üniversitesinde öğretim görevlisi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Evli ve 2 çocuk annesidir.