



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EVDE HASTA BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**KIRSALDA YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ UYUMLARI VE
YALNIZLIK DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Derya KORKMAZ

Danışman
Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

SAMSUN
2023

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EVDE HASTA BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI



**KIRSALDA YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ UYUMLARI VE
YALNIZLIK DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Derya KORKMAZ

Danışman

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.21.011 proje numarası ile desteklenmiştir.

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Derya KORKMAZ tarafından, **Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI** danışmanlığında hazırlanan “**KIRSALDA YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 21.6.2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. İlknur Aydın Avcı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Birsen ALTAY Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Ayşe ÇAL Ankara Medipol Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

09 /05 / 2023
Derya KORKMAZ

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : KIRSALDA YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 09/05 /2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 11

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

09/05 / 2023
Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

ÖZET

KIRSALDA YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Derya KORKMAZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Evde Hasta Bakım Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Şubat/2023
Danışman: Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ

Amaç: Bu araştırmada, kırsalda yaşayan kronik hastalığı olan yaşlıların ilaç uyumlarının ve yalnızlık düzeylerinin, yaşam kalitelerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: İlişki arayan tipte tasarlanan bu araştırmanın evrenini Samsun ili Kavak ilçesine bağlı köylerde yaşayan 396 yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Kırsal bölgede yaşayan, herhangi bir kronik hastalığa sahip olan ve sürekli kullandığı bir ilacın olan yaşlı bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri bilgi formu, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (CASP-19) ve Yalnızlık Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler toplanmadan önce etik kurul onayı alınmıştır. Veri değerlendirilmesi, tanımlayıcı testler, Pearson korelasyon ve Çoklu regresyon analizleri kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %61.6'sı kadın ve yaş ortalamaları 70.4 ± 6.2 'dir. Yaşlı bireylerin İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puanı 20.2 ± 4.6 , Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı 18.16 ± 6.23 ve Yalnızlık ölçeği puanı 5.7 ± 1.9 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda kırsalda yaşayan yaşlıların ilaca uyumları ve yalnızlık düzeyleri yaşam kalitelerini etkilemektedir ($R^2=.084$, $p=0.001$).

Sonuç: Çalışmada kırsalda yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, ilaca uyum düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve ilaca uyumları yaşam kalitelerini etkilemektedir. Yalnızlık negatif yönlü etkilerken ilaca uyum pozitif yönde etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, İlaç uyum, Yalnızlık, Yaşam kalitesi, Kırsalda yaşamak

ABSTRACT

THE EFFECT OF DRUG ADHERENCE AND LONELITY LEVELS ON QUALITY OF LIFE OF ELDERLY LIVING IN RURAL AREA

Derya KORKMAZ

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Home Health Care Nursing

Master, February/2023

Supervisor: Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Purpose: In the study, it was aimed to determine the effect of drug adherence and loneliness levels of elderly people living in rural areas with chronic diseases on their quality of life.

Material and Method: The population of this research, which is designed in a relationship-seeking type, consists of elderly individuals living in the villages of Kavak district of Samsun province. Elderly individuals living in rural areas, having any chronic disease and taking medication continuously were included in the study. The data of the study were collected with sociodemographic questionnaire, CASP Quality of life Scale, Medication Adherence Reporting Scale, UCLA Three-Item Loneliness Scale from 396 elderly people. Ethics committee approval was obtained before data were collected. Descriptive statistical methods, Pearson correlation and Multiple regression analysis were performed for data evaluation.

Results: Individuals participating in the research; 61.6% were female and their mean age was $70.4 \pm 6.2\%$. The Drug Adherence Reporting Scale score was 20.2 ± 4.6 , the Elderly's Quality of Life Scale total score was 18.1 ± 6.2 and the Loneliness scale score was 5.7 ± 1.9 . As a result of the analysis, drug adherence and loneliness levels of the elderly living in rural areas affect their quality of life ($R^2=.084$, $p=0.001$).

Conclusion: In the study, it was determined that the loneliness levels and quality of life of the elderly people living in rural areas were at a moderate level, and their drug adherence levels were at a high level. Loneliness levels and drug adherence of elderly individuals affect their quality of life. While loneliness affects negatively, adherence to medication affects positively.

Keywords: Elderly, Medication adherence, Loneliness, Quality of life, Living in rural area

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, değerli bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, katkılar sağlayan, bilimsel bir bakış açısı kazanmamı sağlayan, sevgi ve şefkatini her zaman hissettiren, sevgili tez danışmanım, sayın hocam Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI' ya içten ve samimi duygularıyla teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana katkılar sağlayan, akademik olarak farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan saygı değer hocalarım Doç. Dr. Birsen ALTAY, Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU' na ve Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU' ya,

Veri toplama aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşım hemşire Beytullah KILIÇARSLAN' a

Bu günlere gelmem de en büyük emeği olan beni yetiştiren, her zaman desteklerini, sevgilerini yanımda hissettiğim biricik aileme anneme, babama, ablama ve kardeşime,

Sevgisi ve desteğiyle hayatımın her anında hep yanımda olan sevgili eşim Mehmet Korkmaz'a,

Neşe kaynağım biricik kızım Doğa'ma çok teşekkür ederim.

Derya KORKMAZ

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sorusu.....	3
1.4. Sınırlılıklar	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma nedir?	4
2.1.1. Yaşlılıkta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	5
2.1.2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Sosyal Değişiklikler	8
2.1.3. Yaşlılıkta Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	9
2.2. Yalnızlık	10
2.2.1. Yaşlılık ve yalnızlık	10
2.3. İlaç Uyumu.....	11
2.3.1. Yaşlılık ve ilaç uyumu	12
2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı	13
2.4.1. Yaşam kalitesi kavramı	13
2.4.2. Yaşlılarda yaşam kalitesi.....	15
2.5. Kırsalda Yaşayan Yaşlıların İlaç Uyumları ve Yaşam Kalitelerinin Arttırılması ve Yalnızlık Düzeylerinin Azaltılmasında Hemşirelerin Rolü	16
3. MATERYAL METOT	19
3.1. Araştırma Türü	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	19
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	20
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	20
3.6.1. Tanıtıcı özellikler bilgi formu.....	20
3.6.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)	20
3.6.3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (CASP-19).....	21
3.7. Yalnızlık Ölçeği Kısa Versiyon	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.9. Etik İlkeler	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ	36
7. ÖNERİLER.....	37
KAYNAKÇA.....	38
EKLER.....	44
ÖZ GEÇMİŞ	52

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CASP-19	: Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İUBÖ	: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=396).....	23
Tablo 4.2 Katılımcıların ilaç kullanımına ve kronik hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=396)	24
Tablo 4.3 Katılımcıların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının dağılımı (n=396)	25
Tablo 4.4 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ilaç uyumları ile karşılaştırılması (n=396)	26
Tablo 4.5 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yalnızlık düzeyleri ile karşılaştırılması (n=396).....	27
Tablo 4.6 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kaliteleri ile karşılaştırılması (n=396).....	28
Tablo 4.7 Katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının ilaç uyumları ile karşılaştırılması (n=396).....	29
Tablo 4.8 Katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının yalnızlık düzeyleri ile karşılaştırılması (n=396).....	30
Tablo 4.9 Katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının yaşam kaliteleri ile karşılaştırılması (n=396).....	31
Tablo 4.10 Yaş, ilaç uyumunu bildirim ölçeği ve yalnızlık ölçeği ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların analizi	31
Tablo 4.11 İlaç uyumu ve Yalnızlığın Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Yordama Düzeyi.....	32

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi

Yaşlanma, intrauterin hayattan başlayarak, ölünceye dek süren, kişiye göre anlamı farklılık gösteren, tüm canlılarda görülen, ilerleyişi bireyden bireye farklı şekilde olan ve geri dönüşsüz süregelen bir süreçtir (Kılıç, 2015). Yaşlanmayla birlikte bireyde fiziksel, sosyolojik ve psikolojik açıdan gerilemelerin meydana gelmektedir (Bilir ve Erbaydar, 2015).

Hem Dünya’da hem de Türkiye’de yaşlı insan sayısı her geçen gün artmaktadır (DSÖ, 2022). Dünya’daki 65 yaş ve üzeri nüfus 782 milyondur. Altmış beş yaş ve üzeri yaşlıların sayısının toplam nüfusa oranı 2022 yılında %9,8 iken, bu oranın 2050 yılında iki kattan daha çok artarak %16 ya da üzeri bir oran olacağı tahmin edilmektedir. Başka bir deyişle yaşlı nüfusun 1.5 milyarı geçeceği öngörülmektedir (DSÖ, 2022). Türkiye’nin 2015 yılında 65 yaş ve üzeri yaşlı sayısının toplam nüfusa oranı %8.1 iken, 2022 yılında yaklaşık 8.5 milyon olan 65 yaş ve üzeri yaşlı sayısının oranı %9.7’dir. Bu oranların 2025’te %11’e, 2040’ta %16.3’e, 2060’ta %22.6’ya, 2080 yılındaysa %25.6’ya yükseleceği öngörülmektedir (TUİK, 2021a). Türkiye’de 2020 yılında kırsal alanda yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı sayısı 1 049 373 milyondur (TUİK, 2021b).

Son dönemlerde toplumların yaşlanmasının doğal bir sonucu olarak kronik hastalığa sahip kişilerin sayısı Dünya genelinde artmıştır. Kronik hastalığa sahip olmak bireylerde fiziksel fonksiyon bozuklukların görülmesine, bağımlılığın artmasına, bakım harcamalarının yükselmesine ve yaşam süresinin azalmasına yol açmaktadır (Prince vd., 2015). Yaşlı bireylerde yaygın olarak görülen, kendiliğinden iyileşemediği gibi tamamıyla iyileşme durumu da ender olarak görülen yıllarca devam eden sağlık sorunlarından biri olan kronik hastalıkların izlemi ve kontrol edilmesi oldukça önemlidir (Erkoç ve Yardım, 2011; Zengin vd., 2012). Yaşlanma süreci ile beraber kronik hastalıklar artmaktadır (Schmader, 2014). Kronik hastalıklara sahip olma durumunun yaşlılık sürecinde artış gösterdiğini ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (Honorato Dos Santos De Carvalho vd., 2013; Altay vd., 2016; Demir, 2017; Karakuş, 2017). Altay vd. (2016) yürüttükleri araştırmalarında yaşlı bireylerin %77.1’inin bir kronik hastalığının olduğu görülürken, %33.5’inin ise birden fazla kronik hastalığa sahip olduğunu

bulmuşlardır. Honorato Dos Santos De Carvalho vd. (2013) Brezilya’da yürüttükleri araştırmalarında yaşı bireylerin %75’inin en az bir kronik hastalığının olduğu, %13,4’ünün birden çok kronik hastalığının olduğunu saptamışlardır. Kronik hastalıkların artması yaşı bireylerde ilaç kullanımını artırmaktadır. Bunun sonucunda yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır (Honorato Dos Santos De Carvalho vd., 2013). Çoklu ilaç kullanımları yaşlıların ilaç uyumunu etkilemektedir (Schmader, 2014). İlaça uyumun düşük olması yaşı bireylerde görülen en önemli sağlık problemlerindendir (Yap vd., 2016). Jin vd. (2016) yürüttükleri araştırmalarında yaşı bireylerin %63,7’sinin düşük düzeyde ilaç uyumlarının olduğunu bulmuşlardır. Kronik hastalıklarının tedavilerinde olumlu beklentisi olan yaşı bireylerin ilaca uyumları iyi seviyededir (Jin vd., 2016).

Kronik hastalıkların yönetiminin sağlanabilmesi, hastanın ilaca uyumunun sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi için düzenli takip ve kontrollerinin yapılması gerekmektedir (Ferdinand, vd. 2020). Dolayısıyla yaşlılarda görülen bir diğer sağlık sorunu yalnızlık, yaşı bireylerin kronik hastalıklarının takibi ve kontrolünü olumsuz etkilemektedir (Lu vd., 2020).

Yalnızlık, duygusal olarak sıkıntılara yol açan, zihinsel ve bedensel sağlık için olumsuzluk oluşturabilen ve sağlıksız yaşam şekli ile ilişkili bir halk sağlığı sorunudur (Hawkey vd., 2010; Richard vd., 2017). Yalnızlık, kronik hastalığına sahip olan yaşı bireylerin ilaç tedavisine uyumunu olumsuz etkilemektedir (Lu vd., 2020). Yaşı bireylerde yalnızlığın yaygınlığı, müdahale gerektirecek düzeyde yüksektir (Ong vd., 2016; Domènech-Abella vd., 2017). Honorato Dos Santos De Carvalho vd. (2013), Brezilya’da yürüttükleri araştırmalarında yaşı bireylerin %13,1’inin tek başına yaşadığını saptamışlardır. Türkiye’de 1.5 milyona yakın yaşı birey yalnız yaşamaktadır (TUİK, 2021). Kırsal alanda yaşayan yaşlıların, yalnızlık duygusu yaşama durumları daha yüksektir (Domènech-Abella vd., 2017). Yalnızlık yaşlılarda depresyona neden olan ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen en önemli sorunlardandır (Hawkey vd.,2009; Iecovich vd., 2011).

Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan memnuniyet ve mutluluk olarak ifade edilebilir (Eser, 2006; Kemer vd., 2016). Yaşlanma ile beraber fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişiklikler gerçekleşmektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve daha önceden yaşanan sağlık sorunları veya sağlık ile ilgili davranışlar ve genetik faktörler yaşlının yaşam kalitesi üzerin de etkilidir. Kısacası

ilerleyen yaş ve beraberinde getirdiği değişiklikler yaşının yaşam kalitesini etkilemektedir (Bilir ve Erbaydar, 2015). Yaşlılık döneminde artan sağlık problemleri, emeklilikten dolayı sosyo-ekonomik durumun düşük olması, yalnızlık, bilişsel fonksiyonlarda azalma, rol ve statü kaybı, sosyal yaşamdan kopma, cinsel işlevlerin azalması gibi durumlar yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Güven ve Şener, 2010). Yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. İlaça uyum arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Erci vd., 2018).

Dünya da ve Türkiye’de yaşlıların yalnızlık düzeyleri, ilaca uyumları ve yaşam kaliteleriyle ilgili farklı çalışmalar bulunmaktadır (Schmader, 2014; Kemer vd., 2016; Domènech-Abella vd., 2017; Erci vd., 2018). Fakat yaşlıların büyük çoğunluğunun yaşadığı kırsal alanda yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Literatür incelemeleri sonucunda kırsal alanda yaşayan kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin ilaca uyumlarının ve yalnızlık düzeylerinin, yaşam kalitelerine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmada kırsal alanda yaşayan kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin ilaca uyumlarının ve yalnızlık düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi araştırmanın özgün değerini oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kırsalda yaşayan kronik hastalığı olan yaşlıların ilaca uyumlarının ve yalnızlık düzeylerinin, yaşam kalitelerine olan etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Sorusu

1. Kırsalda yaşayan yaşlıların ilaca uyumları, yalnızlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri nasıldır?
2. Kırsalda yaşayan yaşlıların sosyodemografik özellikleri; ilaca uyumlarını, yalnızlık düzeylerini ve yaşam kalitelerini etkilerini etkiler mi?
3. Kırsalda yaşayan kronik hastalığı olan yaşlıların ilaca uyumlarının ve yalnızlık düzeylerinin yaşam kalitelerine etkisi var mıdır?

1.4. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sadece bir bölgede kırsalda yaşayan yaşlılar ile yapılması bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçları sadece araştırma grubuna genellenebilir niteliktedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma nedir?

“Yaşlılık”, “yaşlanma” ve “ihtiyarlık” kelimeleri geriatri ve gerontoloji de çok sık kullanılan ve genellikle birbirleri ile karıştırılan kelimelerdir. Bu kelimelerin anlamları arasında net bir ayrım olmadığı için sık sık birbirleri yerine kullanılabilmektedirler (Duyar, 2008). Yaşlılık kronolojik, sosyolojik ve psikolojik aşamaların olduğu ve bireylerde biyolojik ve ruhsal hâlin derecesinde geri dönüşün pek mümkün olmadığı doğal bir süreçtir (Karakaş ve Ayaz, 2022). Yaşlılık döneminde fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerilemeler, üretkenlikte, bağımsızlıkta, cinsel yaşamda, gelir durumunda, sosyal ilişki ve desteklerde azalmalar ve kayıplar yaşanırken, sağlık sorunlarında artış gösterdiği görülebilmektedir (Tereci vd, 2016., Umutlu ve Epik, 2019). Yaşlanma ise canlının doğumuyla beraber başlayıp yaşamının sonuna kadar süre gelen fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan karşı gelinemeyen zorunlu bir süreçtir (Karakaş ve Ayaz, 2022). Yaşlanma ile meydana gelen değişiklikler yaşın ilerlemesiyle oluşur ve ölüm ihtimâlini arttıran değişikliklerdir (Tekin ve Kara, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ne göre yaşlılık *“yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması”* dır (DSÖ, 2022). Yaşlılık bilimi ile ilgili birçok sınıflandırma yapılmıştır. (Karakaş ve Ayaz, 2022).

Yaşlanma dört grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanmadır (Chalise, 2019).

Kronolojik yaşlanma: Doğumdan itibaren bulunulan zamana kadar geçen süreyi göstermektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010, s. 19). Kişinin yaşadığı yılların sayısını belirtir (Chalise, 2019). Yaşanılan yıl sayısı fazla olan daha yaşlı olarak değerlendirilir (Aslan ve Hoccoğlu, 2017). Bireyin doğum ile ölüm arasında geçirdiği yaş evreleri kategorize edilerek değerlendirilir (Aközer, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ne göre 18-64 yaş aralığında bulunan bireyler yetişkin ve 65 yaş ve üzerinde bulunan bireyler yaşlı yetişkin olarak değerlendirilmektedir. 65 yaş ve üzerindeki grup üç kategoriye ayrılarak;

- 65-74 yaş aralığındakiler genç yaşlılık,
- 75-84 yaş aralığındakiler yaşlılık
- 85 yaş üzerindekiiler ise ileri yaşlılık olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 2022).

Biyolojik yaşlanma: Biyolojik yaşlanma anne karnından itibaren başlamaktadır (Tümerdem, 2006; Kaptan, 2016). Yaşın ilerlemesiyle beraber insan vücudundaki fonksiyonların azalması biyolojik yaşlanmadır. Yaşın ilerlemesiyle kas hareket becerilerinde körlenme ve organ fonksiyonlarında azalma, iştah kayıpları ve fizyolojik bozukluklar gözlenmektedir. Biyolojik yaşlanma belirtilerine; saçların beyazlaması, cilt yağ dokusunun azalması gibi örnekler verilebilir. Biyolojik yaşı genetik faktörler, sosyal çevre, sağlık durumu etkilemektedir (İletmiş, 2015, s. 51).

Psikolojik yaşlanma: Psikolojik yaşlanma genel olarak bireyin kendisini yaşlanma evresine hazırlamamasından kaynaklanır. Bireyin yaşının ilerlemesiyle beraber anlama, öğrenme, problem çözme gibi becerilerini gerçekleştirmesindeki değişiklikleri kapsar (Karakaş ve Durmaz, 2017, s. 32-33). Psikolojik yaşlanma kişinin kendini nasıl hissettiği ile ilgilidir (Chalise, 2017).

Sosyal yaşlanma: Sosyal yaşlanma kişinin görev-rol ve alışkanlıkları ile belirlenir (Chalise, 2017). Yaşın ilerlemesiyle beraber sosyal ilişki ve rollerde ortaya çıkan değişiklikler sosyal yaşlanmadır (Tekin ve Kara, 2018; Chalise, 2017). Yaşlı bireyin emekli olmamış olması ya da düzenli egzersiz yapması toplumda genç algılanmasını sağlar (Tekin ve Kara, 2018). Sosyal yaş, kişinin yaşlanmaya yüklediği anlamın şekillenmesinde etkili olur. Bu durum yaşlanmanın olumlu ya da olumsuz duruma getirebilir (Chalise, 2017).

2.1.1. Yaşlılıkta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Bireyin yaşamının uzamasıyla beraber bireyin vücudunda birtakım fizyolojik dönüşümlerin olması mümkündür (Kaptan, 2016).

Gastrointestinal sistem (GİS) de meydana gelen değişiklikler:

Yaşlanma ile beraber gastrointestinal sistemde meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler yaşının beslenmesini, fonksiyonelliğini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Yıldırım vd., 2012; Akdeniz vd., 2019). Yaşlılıkta dil ve

ağız içinde bulunan tat hücrelerinin ölümü, çoklu ilaç kullanımları, protez diş ve beslenme bozuklukları gibi etkenler tat, koku ve tükürük işlevlerinin azalmasına neden olur (Tezel, 2017). Yaşlanma sonucu midenin elastikiyetinin azalmasıyla gastrik atrofi ve gastrik sekresyonların azalması ve midenin boşalmasının yavaşlaması gözlenmektedir. İnce ve kalın bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, sindirim enzimlerinin ve sekresyonların azalmasıyla yağ ve B12 emiliminin bozulduğu görülmektedir (Yıldırım vd., 2012; Yerli, 2017).

Ürogenital sistemde meydana gelen değişiklikler:

Yaşlanma ile beraber böbreklerin boyutunda ve hacminde küçülmeler gözlenir ve bunlara bağlı olarak böbrek fonksiyonları bozulur (Chalise HN, 2019). Böbrek hacminin küçülmesi ile kan akımı azalır (Tezel 2017; Dikmenoğlu, 2007). Bu fizyolojik değişikliklerin sonucunda sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesinde bozulmalar görülür. İlaçların vücuttan atılımı zorlaşır ve ilaç toksikasyon riski artar (Dikmenoğlu, 2007; Akdeniz vd., 2019). Daha sık idrara çıkma, mesane boşaltımının sağlanmasında bozulmalar, idrar yolu enfeksiyonu, glomerül filtrasyon hızında (GFH) azalma, kadınlarda östrojen azalma, erkeklerde prostat hipertrofisi, gece sık idrara çıkma ve inkontinans gibi durumlar görülür (Chalise, 2019; Savcı ve Bilik 2014). Yaşlı kadınlarda hormon seviyelerindeki azalma nedeniyle uterus ve yumurtalıklarda atrofi, vajen de incelleme, kuruluk, elastikiyetinde kayıp, memede sertleşme ve meme ucu duyarlılığında azalma görülmektedir. Yaşlı erkeklerde ise testosteron üretiminde azalma ve sperm miktarında azalma, penis ve testiste küçülme görülürken prostatta büyüme görülmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler:

Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlılarda gözlenen en sık mortalite ve morbidite sebebidir (Tezel, 2017). Yaşlanma ile beraber kardiyovasküler sistemde hücre ve moleküler fizyolojik değişiklikler görülmektedir (Arpacı, 2005; Usta ve Aygin, 2015). Yaşlanma ile kalbin pompalama gücü, organlara giden kan akımı ve kardiyak out-putta (kalp debisi) azalma olurken aynı zaman da toplar damarlarda genişleme ve ciltteki yüzeysel damarlarda belirginleşmeler görülür (Chalise, 2019; Açar, 2020). Yaşlanmayla beraber, kalbin boyutunda atrofi görülürken kalp kasında hipertrofi görülür, arterlerin esnekliğinde azalma, damar içi basınçta artma, sol ventrikül duvarında kalınlaşma ve venlerde dilatasyon görülmektedir (Savcı ve

Bilik 2014, Karadakovan 2014). Bu değişiklikler yaşıllarda aktivite sonucu artan yorgunluğa, ortostatik hipotansiyona, ödeme, yüzeysel damar hastalıklarına, kalp yetmezliğinin oluşumuna, hipertansiyona yol açabilir (Arpacı, 2005; Savcı ve Bilik 2014; Usta ve Aygin, 2015). Koroner arterlerde meydana gelen aterosklerotik değişikliklerin artması miyokart infarktüs (MI) riskini arttırmaktadır (Çakan, 2017).

Solunum sisteminde meydana gelen değişimler:

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan yapısal ve fonksiyonel değişiklikler solunum sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Usta ve Aygin, 2015; Akdeniz vd., 2019). Akciğer parankimde meydana gelen işlevsel değişiklikler göğüs duvarının elastikiyetini kaybetmesine neden olur (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Usta ve Aygin, 2015). Akciğer elastikiyetinin azalmasıyla nefes alımı esnasında akciğerleri şişirebilmek için daha çok enerji harcanmasına ve normal koşullarda enerji harcanmasına gerek olmayan, sadece akciğerlerin elastik olma özelliği sayesinde gerçekleşen nefes verme esnasında da enerji harcanması gerekmektedir (Tezel 2017). Yaşıllarda periferik kas gücünün azalması etkili solunumu bozmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Usta ve Aygin, 2015). Yaşıllar da solunum ve diyafragma kaslarında meydana gelen bu zayıflama sonucu karın kasları da solunuma katılmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Usta ve Aygin, 2015; Akdeniz vd., 2019). Ayrıca vital kapasitede, öksürme refleksinde, gaz alışverişi ve difüzyon kapasitesinde, silyaların hareketlerinde ve miktarında, diyafragmanın büyüme kapasitesinde ve alveollerin miktarında azalma görölmektedir. Bu değişikliklerin sonucunda; aktivite sonrası artan halsizlik-yorgunluk, solunum zorluğu, sekresyonların atılımında zorluklar ve aspirasyon riski görölebilmektedir (Savcı ve Bilik 2014). Aynı zamanda bu değişiklikler yaşıllarda, solunum yolu enfeksiyonlarına olan yatkınlığı ve solunum yolu hastalıklarının insidans ve prevelansını artırmaktadır (Kaptan, 2016; Akdeniz vd., 2019).

Sinir sisteminde meydana gelen değişiklikler:

Yaşlanma ile beraber sinir sisteminde yapısal, fonksiyonel ve biyokimyasal değişiklikler görölmektedir (Akdeniz vd., 2019). Bu değişiklikler, beyin ve spinal kordun atrofisi sonucunda beyin ağırlığının azalması, plak ve nörofibriler yumak gelişimi, nöronlarda kayıplar, beyin kan akımı ve oksijenlenmesinde azalma ve

derin tendon reflekslerinde kayıplar görülmektedir (Savcı ve Bilik 2014, Karadakovan 2014). Bu değişikliklerin sonucunda, kısa süreli hafıza, kelime haznesi, öğrenme, kavrama, bilgiyi depolama ve hatırlama gibi mental fonksiyonlarda azalmaya neden olabilir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Keskin vd., 2016). Vasküler değişiklikler beyin kan akımını azaltırken inme riskini de arttırmaktadır (Akdeniz vd., 2019). Yaşlılarda sinir sisteminde oluşan bu değişimlerle beraber, öğrenme, kavrama ve hatırlama güçlüğü, kas gücü kaybı, kaza, düşme ve yanma riskinde artış, uyku sorunları, refleks tepkilerde azalma, sen kop, hipotermi, hipertermi, dezoryantasyon, deliryum, demans/Alzheimer, depresyon ve Parkinson gelişebilmektedir (Savcı ve Bilik 2014, Tezel 2017).

Kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler:

Kas iskelet sisteminde yaşlılığa bağlı gelişen sorunlar, yaşlıların yaşam kalitelerini ve bağımsızlık düzeylerini etkileyebileceği için dikkat edilmesi gereken önemli sorunlardandır (Akdeniz vd., 2019). Yaşlılarda görülen kas iskelet sorunları, yaşamı tehdit edici olmamakla beraber yaşlı kişilerde kronik hareket aksaklığının, ilaç kullanımının ve hastane yatışlarının öncelikli sebepleri arasında bulunmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle beraber kalsiyum eksikliği nedeniyle kemikler güçsüz ve kırılgan hale gelir. Büyüme ve testosteron hormonlarının miktarında meydana gelen azalmalar sebebiyle kaslarda incelmeler ve atrofiler oluşur (Tezel 2017). Kas iskelet sistemindeki kayıplar sebebiyle; boyun kısalması, diş kayıpları, kemik kırılmaları, kamburlaşma, bacaklarda eğrilikler, kas koordinasyonunda, kas gücünde azalmalar, düşme riskinde artma ve bağımsızlıkta kısıtlılıklar oluşabilmektedir (Yıldırım vd., 2012; Yerli, 2017; Akdeniz vd., 2019).

2.1.2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Sosyal Değişiklikler

Yaşlılık döneminde sosyalleşme önemlidir. Sosyal ilişki kapsamının genişliği yaşlıların yaşamına anlam katmaktadır. Bu kapsamı ise aile, akrabalar, arkadaşlar ve komşular ile olan ilişkileri oluşturmaktadır. Yaşlı bireyin bu kişilerle olan ilişkisinde bir sorun yaşaması, hastalık, boşanma, kayıp gibi yaşamda bulunan değişiklikler ve bunların yanı sıra sahip olduğu rollerdeki farklılıklar birçok sosyal sorunu da getirebilmektedir (Demirbaş, 2018). Yaşlılık döneminin sosyal özelliği, gençlik ve yetişkinlik dönemlerindeki güç, sosyal statü ve sosyal rollerin kaybedilmesidir. Yaşlılık döneminde sosyal ayrımcılık, aktif iş hayatının sona ermesi yani emeklilik ve sosyal çevrenin değişmesi gibi nedenlerle yaşlılar

kendilerini dışlanmış hissedebilmektedir. Aynı zamanda kuşak çatışması nedeniyle aile içi iletişim sorunları, bedensel yıpranmalar nedeniyle kişisel bağımlılığın artması, kendini yük olarak görme, çevresine bir fayda sağlayamamak tam tersi ihtiyacı olmak ve en önemlisi arkadaşlarının olmaması yaşlılık döneminin sosyal özelliklerindendir (Yerli, 2017; Üçok, 2018).

2.1.3. Yaşlılıkta Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Yaşlılığın biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak üç yönü bulunmaktadır. Algılama da ve problem çözme becerisinde azalma, kişilik özellikleri açısından herhangi bir duruma uyum sağlayabilme yeteneğindeki değişim, duygu ve davranışlarındaki değişimler yaşlılığın psikolojik yönünü oluşturmaktadır (Korkmaz ve Korkmaz, 2022).

Yaşın ilerlemesiyle beraber yaşlılıkta gelişen değişimler sebebiyle yaşlı bireyler stres altında kalabilmektedirler. Yaşlı bireylerde oluşan bir stres bağımsızlık sistemlerini baskılayıcı etkisi ile pek çok ruhsal ve bedensel hastalıkların gelişmesine ortam oluşturabilmektedir (Demirbaş, 2018). Yaşlılık döneminde eş ya da akran kaybı, emeklilik ve ortaya çıkan yeni sağlık sorunları gibi çeşitli faktörler bireyleri olumsuz etkilemektedir. Yaşlılık döneminde geçmişten ayrılamama, hatıralarda yaşama, geçmiş yaşantıya özlem, yeni oluşan olaylara uyum sağlayamama ve yeniliklerden korkma gibi durumlar görülebilmektedir (Dziechciarz ve Pili, 2014; Biçer, 2017). Geleceğe güvenmemek, başkalarına bağımlı olma düşüncesinden kaynaklanan korku, endişe ve üzüntü gibi duygular yaşlı bireylerde psikolojik sorunlar yaratabilmektedir (Demirbaş, 2018; Biçer, 2017). Yaşlılarda ölüm korkusu, yalnızlık, beden imgesinde bozulma, depresyon, algılama noksanlığı, umutsuzluk, anksiyete, alınganlık ve dezoryantasyon gibi sorunlar gözlenebilmektedir (Petretto ve Pili, 2020). Yaşlı bireyin herhangi bir sebeple uzun süre evde kalması, süregelen rutinin bozulması ve başları ile olan sosyal ve fiziksel aktivitenin azalması umutsuzluğa, korkuların oluşmasına, cesaretinin baskılanmasına, fobik bozuklukların ortaya çıkmasına, bunalım, stres ve hayal kırıklığına sebep olabilmektedir (Girdhar vd., 2020; Petretto ve Pili, 2020; (Pavon vd., 2020).

Sağlık sorunu ya da bu herhangi bir sebeple evde kalma durumu sürdüğünde, post-travmatik stres bozukluğu, depresif bozukluklar, nörolojik farklılıklar, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk görülebilmektedir

(Pavon vd., 2020). Yaşlılık döneminde gelişen başka bir psikolojik değişiklikte “ben- merkezci (egosantrik)” davranışın gelişmesidir. Yaşlının bu tutumu, zaman içinde aile arasında ona saygı duyan ve sevenlere zulüm ve eziyet olarak yansır. Yaşlı birey herkesin ona hizmet etmekle yükümlü olduğunu düşünür (Koç, 2002; Arslan S., 2019).

Maddi gelirin olmaması veya az olması, kendini fazlalık olarak görmesi, ailesine ve yakınlarına kendini yük olarak düşünmesi ve yakınlarının ölmesi yaşlı bireyleri psikolojik olarak çok etkilemektedir. Endüstrileşme ve sanayileşme ile beraber toplumdaki aile yapısının değişerek küçülmesi ve çekirdek aile yapısının oluşması, üretkenliğin ve etkinliğin eskiye oranla azalması, tükenmişlik duygularının artması gibi değişiklikler yaşlılar da depresyon, deliryum, demans, ölüm korkusu ve çeşitli psikiyatrik hastalıklara neden olabilmektedir (Arslan, 2019).

2.2. Yalnızlık

Her bireyin yaşam sürecinde gerçekleşmesini umduğu duygusal ve sosyal beklentileri bulunmaktadır. Kişiler beklentilerinin gerçekleşmemesi ve sosyal etkileşimlerinin yetersiz olmasından kaynaklı yalnızlığı deneyimleyebilmektedirler. Yalnızlık, sosyal etkileşimlerin olmama durumu ya da yetersizliği sonucunda meydana gelen kişinin mutlu hissetmediği psikolojik durumdur. Yalnızlık bireyin sahip olduğu sosyal etkileşimler ile olmasını istediği sosyal etkileşim arasındaki uyumsuz olarak da ifade edilebilir (Öz, 2004; Demirli, 2007).

2.2.1. Yaşlılık ve yalnızlık

Bireyler yaşam süreçlerinde yalnızlığı en çok yaşlılık döneminde deneyimlemektedir. Yaş ile birlikte ortaya çıkan duyu kayıpları, emekli olma, işini kaybetme, toplumsal rol ve statüde değişim ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik nedeniyle bakıma ihtiyaç duyma yaşlılık döneminde yalnızlığın sık görülme nedenleri arasındadır (Şimşek 2018; Köse, 2019). Yaşlı bireyler zamanla yaşadığı fiziksel aksaklıklar nedeniyle umutsuzluk ve mutsuzluk hissederek, ruhsal çöküntüler yaşayabilmektedir. Gelecek yaşamın belirsizliği, ölüm korkusu ve sevilen kişilerin kaybı; duygu durum değişikliklerine, yalnızlığa, kendilerini toplumdan ve aileden izole etmeye neden olabilmektedir. Değişen dünyaya karşı yaşlıların ayak uyduramaması genç kuşak arasında kopukluğun

yaşanmasına ve genç nesil hakkında olumsuz ahlaki kalıp yargılamalara sahip olmaları, çevresine karşı kontrol gücünü kaybettiğini hissetmesi, benmerkezci tutum sergilemeleri nedeniyle yaşlılar kendi içlerine kapanabilmektedirler (Şimşek, 2018; Köse, 2019; Asi Karakaş ve Ayaz 2022).

Yaşlanma süreci ilerledikçe kişinin eşini veya çevresindeki bir atnıdığını kaybetmesi yaşlı bireyi sosyal çekilmeye, yalnızlığa itebilmektedir. Yaşlı birey çevresindekilerinin kaybı ile hiçlik duygusu ile karşı karşıya kalarak ölüm anksiyetesini daha da artırmaktadır. Aynı zamanda yaşlı birey yaşının getirmiş olduğu dönemde iş hayatından ayrılarak üretkenlik yeteneğini bırakmasıyla kendisini değersiz hissetmesi, eşi ve sevdiklerinin kaybı ile kendisinin yalnız kaldığını düşünmesi, değişen dünyaya ayak uyduramama konusunda zorluklar yaşamaktadır (Şimşek 2018; Köse, 2019; Asi Karakaş ve Ayaz 2022).

Yalnızlık, ruhsal ve fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen, duygusal sıkıntılara yol açan ve sağlıksız yaşam tarzının benimsenmesine neden olan halk sağlığı sorunudur. Hem yaşlılık hem de yalnızlık ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Yalnızlık yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyeteye yol açmaktadır (Yang,Zhang ve Wang, 2018; Aslan ve Kant, 2022). Kırsalda yaşayan yaşlı bireylerin devletin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerine ve sosyal imkanlara erişim düzeyleri kentte yaşayan yaşlılara oranla oldukça düşüktür. Bu nedenle kırsal yaşayan yaşlılarda yalnızlık düzeyi kentlerde yaşayanlara göre daha yüksektir. (Seifert, 2020).

2.3. İlaç Uyum

Uyum, hastalığı olan bireyin davranışının ilaç alma, diyet takip etme ve yaşam şekli değişimleri meydana getirme, bir sağlık profesyonelinin tavsiyelerini ne ölçüde karşıladığıdır (Vatansever ve Ünsar, 2014; Nicholas ve Blyth, 2016). İlaça uyumun üç bileşeni bulunmaktadır. Bu bileşenler; ilaç kullanımını başlatmak, uygulamak ve sonlandırmaktır. Hasta bireyin reçete edilen ilacın ilk dozunu alması “başlatma”, ilk dozun alınmasından son dozun alınmasına kadar olan kullanım “uygulama” ve sonraki dozun atlanması ya da son dozun alınması sonrası ilacın kullanılmaması “sonlandırma” bileşeni olarak ifade edilmektedir (Vrijens vd., 2012).

2.3.1. Yaşlılık ve ilaç uyumu

Yaşlı nüfusun hızla arttığı ülkemizde, nüfusun %9,7'si 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır (TUİK, 2022). Yaşlılarda görülen önemli sağlık sorunlarından biri ilaç uyumudur (Yap vd., 2016). Yaşın ilerlemesiyle beraber kronik hastalıklar artış göstermekte ve bu artış yaşlıların ilaç kullanımını artırmakta, yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımına sebep olmaktadır (Schmader, 2014; Öztaş ve Aslan, 2019). Öztaş ve Aslan'ın (2019) kronik hastalığa sahip olan yaşlılar ile yaptıkları çalışmalarında yaşlı bireylerin %6'sı bir, %11,8'i iki, %16,8'i üç ve %65,4'ü dört ve üzerinde ilaç kullandığı saptanmıştır. Jin vd. (2016), yürüttükleri araştırmalarında ise yaşlı bireylerin %43,8'i bir, %21,9'u 2 ve %18,1'i üç ve üzerinde ilaç kullandığı belirlenmiştir. Çoklu ilaç kullanımları yaşlılarda ilaç uyumsuzluğuna yol açmaktadır (Schmader, 2014; Öztaş ve Aslan, 2019). Yılmaz ve Çolak'ın (2018) yürüttükleri araştırmalarında yaşlıların büyük çoğunluğunun tedaviye uyum sağlamadığı belirlenmiştir.

Yılmaz ve Çolak (2018) yürüttükleri araştırmalarında, yaşlı bireylerin çoğunluğunun ilaç kullanmaya uyum sağlayamadığını bulmuşlardır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı seviyesinin, kullanılan ilaçlar ile ilgili bilgili olma durumunun, medeni halin, çalışılan işin, reçetesiz ilaç kullanmanın, ilaçların gerekliliğine inanmanın ve ilaçların çok miktarda tüketildiği inancına sahip olmanın ilaç uyumunu etki eden faktörlerden olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Çolak, 2018).

Yaşlıların ilaç kullanımındaki olumsuz davranışları ilaç uyumsuzluğuna yol açmaktadır (Schmitt Júnior vd., 2013). Öztaş ve Aslan (2019) ın çalışmalarında yaşlı bireylerin reçeteli ilaçlarını kullanmama, ilaçlarını içmeyi unutma ve ilaçları zamanında almama durumlarının ilaç uyumsuzluğuna neden olduğu saptanmıştır. İlaç uyumsuzluğu olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bunlar; sağlığın bozulması, ölüm riski ve sağlık harcamalarının artmasıdır (Gosmanova ve Kovesdy, 2015).

Evli olan yaşlı bireyler bekar olanlara göre, erkekler kadınlara göre ve eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlar ortaokul altı olanlara göre ilaca uyumları daha yüksek düzeydedir (Turhan vd., 2014). Yaşlılarda ilaç uyumsuzluğunun sebepleri arasında öncelikli olarak ilaçları zamanında kullanmayı unutma ve sonrasında kendilerini iyi hissettiği durumlarda ilaçlarını kullanmaya son verme, ilacın etkili olmadığını düşünerek ilacı kullanmama, ilacın yan etkilerinden korkma,

çoklu ilaç kullandığından yanlış ilaç kullanma ve ilaç kullanım saatini hatırlatan bireyin hatırlamaması bulunmaktadır (Turhan vd., 2014).

2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı

2.4.1. Yaşam kalitesi kavramı

Yaşam kalitesi, bireyleri yaşamlarından duydukları hoşnutluk ve mutluluk durumu şeklinde tanımlanabilir. Aynı zamanda kişilerin değer ve kültür sisteminde, kendi durumunu algılayış tarzı olarak da tanımlanabilir. Kişilerin fiziksel işlevleri, ruhsal durumları, ailedeki ve aile dışındaki sosyal etkileşimleri, çevreyle etkileşimleri ve inançları yaşam kalitesi kapsamında yer almaktadır (Kemer vd., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesi sınıflandırmasında altı alan oluşturmuştur. Bunlar; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren altı alandır (Gülgün, 2014).

Fiziksel sağlık kategorisinde, ağrı, halsizlik, rahatsızlık, uyku, yorgunluk, dinlenme gibi günlük yaşam aktivitelerini ve iş yapmasını engelleyecek durumlara yer vermiştir. Psikolojik durumlar kategorisinde, olumlu ya da olumsuz düşünceler, beden imajı, konsantrasyon, hafıza ve kendine güvenme öğeleri yer almaktadır. Sosyal ilişkiler kategorisinde, sosyal aktivite, kişiler arası ilişkiler ve seksüel ilişkiler yer almaktadır. Çevresel özellikler içerisinde, bireyin ev ortamı, fiziksel çevre kalitesi, güvenliği, finansal kaynakları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik değerlendirilmektedir. Bağımlılık-bağımsızlık düzeyleri kapsamında bireylerin kendi kendilerine iş yapabilme, hareketlilik, çalışma kapasitesi, ilaç ya da tedaviye uyum düzeyleri ele alınmaktadır. Maneviyata ilişkin inançlar ise bireyin inancını hür biçimde yaşaması olarak ele alınmaktadır (Gülgün, 2014).

Yaşam kalitesine etki eden faktörler

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler mevcuttur. Bu faktörler kişilere göre değişiklik göstermektedir. Yaşam kalitesine etki eden faktörler; kişisel ve demografik, çevresel, iş ile ilgili ve toplumsal faktörler olarak söylenebilir. Yaşam kalitesi tanımında da belirtildiği üzere, kişinin yaşamı bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bunun sonucunda yaşam kalitesi kavramına dahil olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında, bireyin yaşadığı ülkedeki özgürlük ve

demokrasi ortamı, toplumsal bağlar, politik koşullar ve gelişmeler, fiziksel ve ruhsal sağlık, sosyal statü, medeni durum, öz ve inisiyatif sahibi olmak, açık görüşlü ve sosyal faaliyetlere vakit ayırabilir olmak, maddi imkanlar ve manevi değerlere sahip olmak yer almaktadır (Turgut, 2010).

Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşam kalitesi göstergeleri, toplumun yaşam durumunu yansıtır ve analiz etmeye yarar ve sorunlara çözüm bulunmasında güvenli veri kaynağı oluştururlar (Erkiral, 2014).

Bu göstergeler;

- Ekonomik göstergeler
- Sosyal göstergeler
- Psikolojik göstergeler
- Sağlık ile ilgili göstergeler olarak bildirilmiştir (Erkiral, 2014).

Yaşam Kalitesi Kriterleri

Bireylerin sağlıklı olmasını, yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz etkileyen ruhsal, bedensel, sosyal etkenler vardır. Birey ve toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde bazı kriterler mevcuttur. Bunlar kriterler arasında;

- Hareketli yaşam
- Beslenme
- Düzenli yaşam ve uyku
- Zaman yönetimi
- Stres ile başa çıkma
- İş (çalışma) ortamı yer almaktadır (Kemer vd.,2016).

Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte çoğu hastalığın tedavi edilebilmesi ile yaşam süresi uzamakta fakat bireyler uzun yıllar boyunca kronik hastalıklarıyla beraber yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Hasta kişilerin tedavi ve

bakımında konfor kavramının ön plana çıkması ile bireylerin yaşam kalitesi gittikçe daha önemli hale gelmektedir (Kemer vd., 2016).

Tedavi planlanırken kronik hastalıkların bireylere etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesinin altı çizilmekte ve hastalığın tedavisinin yaşam kalitesini artırmasına yönelik girişimleri de kapsamı önerilmektedir (Ucan ve Ovayolu, 2010).

Kronik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesi, hastalığın beraberinde getirdiği semptom ve komplikasyonlar neticesinde bozulabilmektedir. Bu evrede, kronik hastalık tedavi ekibi içindeki sağlık profesyonellerinin rolü, en kısa sürede bireyin kendi bakımını gerçekleştirmesini sağlamak ve bu aşamada yaşam kalitesini koruyarak en üst seviyeye çıkarmaktır (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Kronik hastalık tedavisinin temel amaçları arasında, bireyin yaşam kalitesini artırmak yer almaktadır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Bu amaç doğrultusunda girişimler planlanırken, bireyin yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen tıbbi ve bireysel risk faktörleri belirlenmelidir. Bunların sonucunda kronik hastalık tanısı almış kişilerin hastalıklarına uyumları artacak, hastalık ve tedavinin negatif etkileri ile baş etmeleri kolay hale gelecek ve yaşam kalitesi yükselecektir (Kumsar ve Yılmaz, 2014).

2.4.2. Yaşlılarda yaşam kalitesi

Yaşlılarda meydana gelen fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel değişiklikler yaşlılarda mobilite seviyesini azaltmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (İlhan vd., 2016). Yaşlıların sağlık bakım hizmetlerine erişimi ve sağlık bakım hizmetlerini kullanım olanaklarının varlığı, sosyoekonomik faktörler, kişinin aile yaşamı, çalışma yaşamında var olma durumu yaşam kalitesini etkileyen unsurlardır (Altay vd., 2016).

Yaşlı bireylerin sosyal yaşama dahil olmaları ve yaşam kalitelerinin artması için yaşam alanlarının yaşlı kullanımına uygun yerlerin olması gerekmektedir (Tutal, 2015). Yaşlı bireyin fiziksel olarak dinlenmesi, kendini anlayabilme becerisinin olması, yaşlının çevresinin koşullarını içeren boş zaman etkinliklerine katılımı ve bundan duyulan boş zaman tatmini ile yaşam doyumunun artması yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır (Sevil, 2015).

Yaşlılık nedeniyle meydana gelen fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik değişimler, sağlığın bozulması ve uygulanan tedaviler yaşlı bireylerin beslenmesini

etkilemektedir. Tükürük salgısının üretilmesindeki azalma yutma güçlüğüne, dişlerde kayıp, protez diş kullanma, besinleri çiğnemediye güçlük yaşama yaşlıların beslenmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Beslenme örüntüsü bozulan yaşlılarda yaşam kalitesi düşmektedir (Saraç ve Yılmaz, 2015; Aslan ve Çakıroğlu, 2019).

Yaşlılık ile birlikte bireylerin fiziksel hareket yetenekleri kısıtlanmakta, düşme ve sakatlanma riskleri artmaktadır (Çunkuş vd., 2019). Fiziksel aktivite seviyeleri azalan yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememektedirler. Bu durum yetersizlik duygusuna, sosyal ortamdan uzaklaşmaya, yalnızlık hissi duymaya, hayattan memnun olmamaya ve kişilerin yaşam kalitesi seviyesinde azalmaya yol açmaktadır (Canlı, 2019). Yaşlı bireylerde fiziksel aktivite yeteneği azaldıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal problemler koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ile önlenabilir, ilerlemesi yavaşlatılabilir ve tedavi ile iyileşebilir. Böylelikle yaşlı bireylerin yaşam kalitesi düzeyi artırılabilir (Onunkwor vd., 2016; Canlı, 2019). Yaşlı bireylerde yalnızlık düzeyinin azaltılması da yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktadır (Ay vd., 2019).

2.5. Kırsalda Yaşayan Yaşlıların İlaç Uyumluları ve Yaşam Kalitelerinin Arttırılması ve Yalnızlık Düzeylerinin Azaltılmasında Hemşirelerin Rolü

Kırsalda görev yapan hemşirelerin rol sorumlulukları; hizmet verdiği bölgedeki bireylere koruyucu sağlık hizmetleri sunmak ve gezici sağlık hizmeti çalışmalarına destek vermek, ihtiyaç duyulacak malzemeleri ve cihazları hizmet vermeye hazır şekilde bulundurmak, bireylerin sağlıklarına yönelik kayıtlar tutmak, bölgede gerçekleşen nüfus hareketlerini toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek, sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve problemleri ve öncelikli durumları belirlemek, evde sağlık hizmetine gereksinimi olan kişileri tespit ederek bağlı olduğu aile hekimine bildirmek, kronik hastaların takiplerini yapmak, toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak, obezite danışmalığı hizmetlerinde görev almak, gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak ve basit suture atmak, veremli hastalara doğrudan gözetimli tedavi uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermektir (Resmi gazete,2017).

Yaşlı bireylerin ilaç uyumunu arttırmak için hemşirelik girişimleri planlanırken, yaşlı bireyin sağlığı ile bilişsel fonksiyonları, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumları ve depresyon durumları beraber düşünülmelidir (Jeon, 2020).

Hemşireler yaşlı birey ile ilk görüşmesinde, fiziksel değerlendirme yapmalıdır. Yaşlı bireyin yaşını, kilosunu, Beden Kitle İndeksi (BKİ), geçmiş hastalık ve sağlık öyküsünü, uyguladığı bir diyet varsa diyetini, besin ve ilaç alerjisi durumlarını ve günlük yaşam faaliyetlerini (kişisel bakım ve hijyen, beslenme, boşaltım, vb.) yerine getirebilme becerilerini tanımalıdır. Ayrıca daha önceden kullandığı ve halen kullanmakta olduğu reçeteli ve reçetesiz ilaçları polifarmasi durumunu soruşturmalıdır (Kutsal, 2006; Frandsen ve Pennington, 2014). Yaşlılardan bilgi alınamayan durumlarda ise aile üyelerinden ya da yaşlı bireyin bakım vericisinden ilaçları ile ilgili bilgi toplanmalıdır (Kutsal, 2006).

Hemşireler yaşlıların reçete edilmiş olan ilaçlarını kullanıp kullanmadıklarını değerlendirmelidir ve yaşlıya gerekli durumlarda ise ailesi veya bakım vericisine eğitim vermelidir (Öztaş ve Aslan, 2019). Hemşireler yaşlı bireylerin kendi başlarına ilaçlarını içebilme durumunu değerlendirmelidir. Hemşireler yaşlı bireyin ilaçlarının doktorun reçete ettiği doz ile uyumluluğunu kontrol etmelidir (Öztaş ve Aslan, 2019).

Hemşireler yaşlı birey ve ailesinin ya da bakım vericilerinin ilaçların zamanında kullanılması gerektiği ile ilişkin bilgilerini sorgulamalıdır. Ayrıca bu konu ile ilgili bilgilendirmeye ya da yardım almaya gereksinimleri olup olmadığını tespit etmelidir. Hemşireler yaşlıların ilaç kullanmaya ne sebeple son verdikleri ile ilgili (kendilerini iyi ya da kötü hissettikleri durumlarda bırakma gibi) ayrıntılı değerlendirmeler yapmalıdırlar (Öztaş ve Aslan, 2019).

İlaçlarını kullanım zamanı veya hangi ilaçların ne zaman kullanılacağı ile ilgili hatırlamada sorunlar yaşayan yaşlılar için hatırlatıcı çalar saatler, hatırlatıcı notlar ve sesli iletiler gibi yöntemlerin kullanılabileceği önerilir. Polifarmasi durumlarında ilaç karışıklıklarını önlemek için ilaç kartları ya da ilaçlar arası bölmeler oluşturulmalıdır (Güneş, 2017).

Yutma güçlüğü yaşayan ve büyük tablet ilaçları yutmakta zorlanan yaşlı bireyler için tablet ilaçlar yerine ilaçların sıvı veya toz formlarını kullanmasına

yardımcı olunmalıdır. Ayrıca tablet ilacın ezilerek veya sıvı besinler ile karıştırılıp kullanıldığında ilaç etkililiğinde bir değişim olup olmadığı sorgulanmalıdır (Karadakovan, 2014).

İlaç kullanmayı hatırlamama ve bireyin kendini iyi hissettiği zamanlarda doktora gitmeden ilaç kullanmaya son verme gibi ilaç uyumunu olumsuz etkileyen davranışlar sağlık okur yazarlığı düzeyi ile ilgilidir. Bu nedenle hemşireler yaşlıların sağlık okur yazarlığı düzeyini değerlendirerek eğitim planlamalıdır (Öztaş ve Aslan, 2019).

Özvurmaz (2018) yapmış olduğu çalışmasında engel hali olan ve kendini yalnız hisseden yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek düşük ve yalnızlık seviyelerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Aynı zamanda yüksek sosyal desteği olan yaşlı bireylerin, yalnızlık seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Özvurmaz, 2018).

Yaşlı bireylerin, yalnızlık sorunuyla baş edebilmelerinde ve iyi sağlık çıktıklarına erişmelerinde sosyal desteğin bulunması önemli bir etkidir. Hemşireler, yaşlı bireylerin ailelerini/yakınlarını yaşlı bireyler için sosyal desteğin önemi ve sosyal desteğin artırılması hakkında bilgilendirmelidir (Özvurmaz, 2018).

Yaşlı bireyin, yaşam kalitesinin korunması ve aktif bir hayatın sağlanması yaşlı bireylere hizmet veren sağlık profesyonellerinin başlıca görevi olmalıdır (Orem, 2001). Hemşire yaşlı bireylerin gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmamış olma durumunu tespit eder, problemi tanımlar ve çözümünü sağlamaya çalışır. Yaptığı uygulamaların sonuçlarını takip eder ve değerlendirme yapar (Orem, 2001).

Yaşlı bireylere hemşirelik bakımı verirken yaşlılar duygusal ve zihinsel olarak desteklemeli, ev içerisinde gerçekleştirdiği günlük yaşam aktivitelerinde yaşlı birey güçlendirilmeli, evde yeteri kadar ve sağlıklı beslenmesi ve hijyen kurallarına uyması sağlanmalıdır (Orem,2001; Aylaz, 2020).

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırma Türü

Bu araştırma ilişki arayan tanımlayıcı araştırma türünde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 05 Ocak 2022 -15 Şubat 2023 tarihleri arasında kırsal bir bölge olan Samsun ili Kavak ilçesine bağlı köylerde yaşayan yaşlı bireylerle yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini 65 yaş üzeri kırsalda yaşayan kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Çalışma grubunun belirlenmesinde gelişmiş örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünde yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeğinin (CASP-19) (Rai ve Abdulla, 2022) puan ortalamaları referans olarak alınmıştır. Puan ortalamaları bilinen grupta 20.71 ± 5.14 ortalama ile %5 hata, %80 örnek gücü, %95 güven aralığında, örnek büyüklüğü G Power Clinic Calc programı ile yapılan güç analizine göre 396 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmalar sonucunda araştırmaya katılmak üzere toplam 396 kişiye olasılıksız olarak ulaşılmıştır. Yaşlılarda yaşam kalitesi değişkenine göre Posthoc güç analizinde örnek gücü %85 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 65 yaş ve üzeri olmak
- Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak
- Sürekli kullandığı bir ilacı olmak
- Zihinsel, görme veya işitme engeli bulunmamak
- Türkçe okur- yazar olmak
- Kırsalda yaşıyor olmak

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri bu araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, sahip olunan hastalıklar, birlikte yaşanan kişiler, sürekli ilaç kullanma durumu, kullanılan ilaç sayısı, ilaç uyumu ve yalnızlık düzeyleri bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmanın verileri yüz yüze toplanmıştır. Araştırmada tanıtıcı özellikler bilgi formu (EK-1), İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) (EK-2), Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (CASP-19) (EK-3) ve Yalnızlık Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı özellikler bilgi formu

Tanıtıcı özellikler bilgi formu, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, hastalıklarını, ilaç kullanım alışkanlıklarını ve sağlıklarına ilişkin durumlarını içeren araştırmacılar tarafından oluşturulan 16 soruluk bir formdur. İlk sekiz soru yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu ve birlikte yaşanan kişi, 9-12. sorular sahip olunan kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma durumu, ilaç kullanıma alışkanlığında değişim olma durumu; 13- 16. sorular son bir yıl içinde kronik hastalığınızdan dolayı doktora başvurma ve kronik hastalığınızdan dolayı herhangi bir hastanenin acil servisine başvurma durumu sorgulamaktadır (Iecovich et al., 2016; Korkmaz ve Ümmet, 2021; Değer ve Ordu, 2022).

3.6.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Horne ve Hankins (2020) tarafından kişilerin ilaca uyumlarını belirlemek için geliştirdikleri bir ölçüm aracıdır. Ölçek hastalığın çeşidine göre özelleştirilebilmektedir. Ölçüm aracı 5: Asla, 4: Nadiren, 3: Bazen, 2: Sık sık ve 1: Her zaman olmak üzere 5’li likert tipinde değerlendirilmektedir. Ölçek 5 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden elde edilen puanlar toplanarak toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten en düşük alınabilecek puan 5 iken en yüksek puan 25’dir. Ölçekten alınan toplam puanın artması uyumluluğu, azalması ise uyumsuzluğu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.85’dir. Ölçüm aracının Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) 0.78 bulunmuştur (Şen vd., 2019). Ölçeğin bu çalışmada Cronbach alfa kat sayısı 0.84 bulunmuştur.

3.6.3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (CASP-19)

Yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirmek için Hyde ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (Hyde vd., 2003). Ölçeğin Cronbach's alfa değerleri 0.77'dir. Ölçüm aracının Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Türkoğlu ve Adıbelli tarafından 2013 yılında yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) 0.91 bulunmuştur (Türkoğlu ve Adıbelli, 2013). Ölçeğin bu çalışmada Cronbach alfa kat sayısı 0.71 bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe şekli olan CASP-13, özerklik ve memnuniyet algısı ve engel algısı alt boyutu olmak üzere 2 alt boyuttan ve 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçüm aracı 0: Hiçbir zaman, 1: Ara sıra, 2: Bazen ve 3: Her zaman olmak üzere 4'li likert tipinde değerlendirilmektedir. Toplam puanın yükselmesi yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

3.7. Revize Edilmiş UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Versiyon

Ölçek bireylerin yalnızlık düzeylerini değerlendirmek için Hughes ve arkadaşları (2004) tarafından Revize Edilmiş UCLA yalnızlık ölçeğinin (R-UCLA) üç maddelik kısa formu olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach's alfa değerleri 0.78'dir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çavuşoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Çavuşoğlu vd., 2022). Ölçek üç maddeden oluşur ve ters madde bulunmamaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde “neredeyse hiç” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) olarak derecelendirilir. Ölçek puanı; her bir maddeye verilen puanların toplamından elde edilir. Ölçekten alınabilecek puanlar minimum= 3, maksimum= 9 aralığındadır. Ölçekten alınan puanın artması daha fazla yalnızlığı göstermektedir. Ölçeğin bu çalışmada Cronbach alfa kat sayısı 0.79 bulunmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrov-Smirnov normallik testi ile kontrol edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler, t testi, Anova ve Tukey testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma yapılırken Ki-Kare (X^2) testi kullanılmıştır. Güvenirlik analizi Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Analizi, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

3.9. Etik İlkeler

Araştırmanın Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.08.2021 tarihli ve 2021-640 numaralı kararı ile etik onayı alınmıştır (EK-6). Araştırmada kullanmak üzere ölçekleri geliştiren ve Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan yazarlardan e-posta aracılığıyla ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllü olanların çalışmaya dahil edilmeleri sağlanarak yazılı onam formu okutulmuş ve izinleri alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde 396 katılımcıdan elde edilen verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Tablo 4.1’de bireylerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=396)

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	(min-max)
Yaş	70.4 $\pm$ 6.2	(65-98)
Çocuk sayısı	3.9 $\pm$ 1.8	1-10
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	244	61.6
Erkek	152	38.4
Medeni durum		
Bekâr	83	21.0
Evli	313	79.0
Eğitim durumu		
Okur-yazar	255	64.4
İlkokul	101	25.5
Ortaokul ve üstü	40	10.1
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	112	28.3
Gelir gidere denk	259	65.4
Gelir giderden az	25	6.3
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	356	89.9
Yok	40	10.1
Birlikte yaşanılan kişiler		
Eş ile	243	61.4
Diğer (Akraba, arkadaş...)	53	13.3
Yalnız	51	12.9
Çocuklar ile	49	12.4
Sahip olunan hastalıklar *		
Hipertansiyon	219	26.9
Solunum hastalıkları	147	18.0
Diyabet	131	16.1
Kalp hastalıkları	107	13.1
Diğer	93	11.4
Kas ve eklem hastalıkları	78	9.5
Böbrek hastalıkları	32	3.9
Serebrovasküler hastalıklar	8	1.0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Bu göre araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yaş ortalaması 70.4±6.2 olup %61.6’sı kadın, %79.0’ı evlidir. Katılımcıların %64.4’ü okur-yazar, %65.4’ünün geliri gidere denktir. Ayrıca %89.9’unun çocuğu varken, %61.4’ü sadece eşi ile yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %26.9’unda hipertansiyon, %18’inde solunum hastalıkları ve % 16.1’inde diyabet hastalığı mevcuttur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Katılımcıların ilaç kullanımına ve kronik hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=396)

Özellikler	n	%
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Kullanan	374	94.4
Kullanmayan	22	5.6
Kullanılan ilaç sayısı		
1-2 tane	189	50.5
3-4 tane	144	38.5
5 ve üzeri	41	11.0
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Yaptıran	103	26.0
Yaptırmayan	293	74.0
Son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurma durumu		
Başvuran	257	64.9
Başvurmayan	139	35.1
Hastaneye başvurma sayısı		
1-2 kez	168	42.4
3-4 kez	72	18.2
5 ve üzeri	21	5.3
Son bir yılda kronik hastalığından dolayı acil servise başvurma durumu		
Başvuran	129	32.6
Başvurmayan	267	67.4

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2’de katılımcıların ilaç kullanımına ve kronik hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Bu göre araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireylerin %94.4’ü sürekli ilaç kullanmakta ve %50.5’i günde 1-3 adet ilaç kullanmaktadır. Yaşlı bireylerin %26’sı düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını, %64.9’u son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurduğunu, başvuranların %42.4’ünün 1-3 kez başvurduğunu ve %32.6’sı son bir yılda kronik hastalığından dolayı acil servise başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 Katılımcıların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının dağılımı (n=396)

	Ortalama± SS	Min	Max	Cronbach alfa	Orjinal Ölçek Cronbach alfaları
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	20.2±4.6	7	25	0.84	0.85
Yalnızlık Ölçeği	5.7±1.9	3	9	0.79	0.78
Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	18.1±6.2	0	30	0.71	0.91
Özerklik ve Memnuniyet Algısı alt boyutu	15.1±5.8	0	28	0.76	0.93
Engel Algısı alt boyutu	3.0±2.0	0	9	0.70	0.75

Tablo 4.3'te katılımcıların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının dağılımı verilmiştir. Bu göre katılımcıların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeğinden aldıkları en düşük puan 7, en yüksek puan 25 puandır. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeğinden alınan puan ortalaması 20.2±4.6 (min=7, max=25) olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin ilaca uyumlarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin Yalnızlık ölçeğinden aldıkları en düşük puan 3, en yüksek puan 9 puandır. Yalnızlık Ölçeğinden alınan puan ortalaması 5.7±1.9 (min=3, max=9) olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin orta seviyede olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, ölçek toplam puanının en düşük değeri 0, en yüksek değer 30 puan olarak bulunmuştur. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 18.1±6.2 (min=0, max=30) olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Katılımcıların Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Özerklik ve Memnuniyet Algısı alt boyutu en düşük puanı 0, en yüksek puan ise 28 puan olarak bulunmuştur. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Özerklik ve Memnuniyet Algısı alt boyutu puan ortalaması 15.1±5.8 (min=0, max=28) olarak bulunmuştur. Katılımcıların özerklik ve memnuniyet algılarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Yaşlı bireylerin Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Özerklik ve Engel Algısı alt boyutu en düşük puanı 0, en yüksek puan ise 9 puan olarak bulunmuştur. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Engel Algısı alt boyutu puan ortalaması 3.0 ± 2.0 (min=0, max=9) olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin engel algılarının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ilaç uyumları ile karşılaştırılması (n=396)

Sosyodemografik Özellikler	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	
	$\bar{x} \pm SS$	istatistik
Cinsiyet		
Kadın	19.7±4.7	t=-2.762 p=0.006
Erkek	21.0±4.3	
Medeni durum		
Bekâr	19.5±4.5	t=1.638 p=0.102
Evli	20.4±4.6	
Eğitim durumu		
Okur-yazar	19.4±4.6	F=8.044 p=0.000
İlkokul	21.6±4.5	
Ortaokul ve üstü	22.6±1.9	
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	18.8±4.5	F=8.133 p=0.000
Gelir gidere denk	20.9±4.5	
Gelir giderden az	20.0±4.0	
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	20.1±4.6	t=0.119 p=0.906
Yok	20.2±4.5	
Birlikte yaşanan kişiler		
Eş ile	20.4±4.5	F=1.091 p=0.353
Diğer (Akraba, arkadaş...)	19.3±5.0	
Yalnız	20.5±5.1	
Çocuklar ile	19.8±4.0	

Tablo 4.4'te katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ilaç uyumları ile karşılaştırılması verilmiştir. Bu göre cinsiyet değişkeninde, kadın ve erkek grupları karşılaştırıldığında, ilaç uyumunda erkekler kadınlara göre daha yüksek puana sahiptir ($p<0.001$). Gelir durumu değişkeninde, ilaç uyumunda geliri giderden fazla olanların, geliri gidere denk ve geliri giderden az olanlara göre daha düşük puana sahiptir ($p<0.001$). Yaşlıların ilaç uyumu gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık geliri fazla yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır ($F=8.133$).

Eğitim durumu değişkeninde, ilaç uyumunda okur yazar olan yaşlı bireylerin, ilkokul, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine göre daha düşük puana sahip, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Yaşlıların ilaç uyumu,

eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık okur yazar eğitim düzeyime sahip yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır ($F=8.044$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yalnızlık düzeyleri ile karşılaştırılması (n=396)

Sosyodemografik Özellikler	Yalnızlık Ölçeği	
	$\bar{x} \pm SS$	istatistik
Cinsiyet		
Kadın	5.8±1.9	t=2.206 p=0.028
Erkek	5.4±1.9	
Medeni durum		
Bekâr	6.3±1.9	t=-3.563 p=0.001
Evli	5.5±1.9	
Eğitim durumu		
Okur-yazar	5.7±1.9	F=2.570 p=0.054
İlkokul	5.7±1.9	
Ortaokul ve üstü	6.5±1.2	
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	5.9±2.1	F=4.660 p=0.010
Gelir gidere denk	5.4±1.8	
Gelir giderden az	6.4±1.2	
Çocuk sahibi olma durumu		
Sahip	5.5±1.9	t=-3.347 p=0.001
Sahip değil	6.6±2.2	
Birlikte yaşamılan kişiler		
Eş ile	5.3±2.0	F=11.053 p=0.001
Diğer (Akraba, arkadaş...)	6.9±1.9	
Yalnız	5.7±1.6	
Çocuklar ile	6.0±1.5	

Tablo 4.5'te katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yalnızlık düzeyleri ile karşılaştırılması verilmiştir. Bu göre cinsiyet değişkeninde, kadın ve erkek grupları karşılaştırıldığında, yalnızlık düzeyi kadınların erkeklere oranla daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı puana sahip oldukları bulunmuştur ($p=0,028$). Medeni durum değişkeninde, bekar ve evli grupları karşılaştırıldığında, yaşlılarda yalnızlık düzeyinde bekarlar evlilere oranla daha yüksek istatistiksel olarak anlamlı puana sahip oldukları bulunmuştur ($p=0,001$). Çocuk sahibi olma değişkeninde, çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan grupları karşılaştırıldığında, yalnızlık düzeyinde çocuk sahibi olmayanlar çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek puana sahiptir ($p=0,001$).

Gelir durumu değişkeninde, yalnızlık düzeyinde geliri giderden fazla olanların puanları geliri gidere denk ve geliri giderden az olanlara göre daha yüksek

olup, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,010). Yaşlıların yalnızlık düzeyi, gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık geliri giderine denk yaşlı bireylerden kaynaklamaktadır (F=4.660).

Birlikte yaşanan kişiler değişkeninde, yalnızlık düzeyinde başka birileri (diğer) ile yaşayan yaşlı bireylerin puanları yalnız, eş ile ve çocukları ile yaşayanlara göre daha yüksek olup, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,000). Yaşlıların yalnızlık düzeyi birlikte yaşanan kişi göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık başka birileri (diğer) ile yaşayan yaşlı bireylerden kaynaklamaktadır (F=11.053) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kaliteleri ile karşılaştırılması (n=396)

Sosyodemografik Özellikler	Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği	
	$\bar{x} \pm SS$	istatistik
Cinsiyet		
Kadın	17.8±5.9	t=-1.168 p=0.244
Erkek	18.6±6.5	
Medeni durum		
Bekâr	16.2±7.3	t=3.213 p=0.001
Evli	18.6±5.7	
Eğitim durumu		
Okur-yazar	17.5±5.8	F=3.163 p=0.025
İlkokul	19.3±7.0	
Ortaokul ve üstü	22.1±3.6	
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	15.5±6.7	F=14.631 p=0.000
Gelir gidere denk	19.2±5.7	
Gelir giderden az	18.6±5.1	
Çocuk sahibi olma durumu		
Sahip	18.2±6.0	t=1.109 p=0.268
Sahip değil	17.1±7.7	
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız	17.4±6.4	F=14.719 p=0.000
Eş ile	19.4±5.3	
Çocuklar ile	17.1±4.9	
Diğer (Akraba, arkadaş...)	13.7±8.2	

Tablo 4.7’da katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kaliteleri ile karşılaştırılması verilmiştir. Bu göre medeni durum değişkeninde, bekar ve evli grupları karşılaştırıldığında, yaşlılarda yaşam kalitesinde evliler bekarlara göre daha

yüksek puana sahiptir ve istatistiksel olarak anlamlı puana sahip oldukları bulunmuştur (p=0.001).

Eğitim durumu değişkeninde, yaşlılarda yaşam kalitesinde okuryazar olan yaşlı bireylerin, ilkokul, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine göre daha düşük puana sahip, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.025). Aynı zamanda yaşlıların yaşam kalitesi eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık ise ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır (F=3.163).

Gelir durumu değişkeninde, yaşlılarda yaşam kalitesinde geliri giderden fazla olanların, geliri gidere denk ve geliri giderden az olanlara göre daha düşük puana sahiptir ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.000). Yaşlıların yaşam kalitesi, gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık geliri fazla yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır (F=14.631).

Birlikte yaşanan kişiler değişkeninde, yaşlılarda yaşam kalitesinde başka birileri (diğer) ile yaşayan yaşlı bireylerin, yalnız, eş ile ve çocukları ile yaşayanlara göre daha düşük puana sahiptir ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,000). Yaşlıların yaşam kalitesi, birlikte yaşanan kişi göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık eşi ile yaşayan yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır (F=14.719) (Tablo 4.6).

Tablo 4.8 Katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının ilaç uyumları ile karşılaştırılması (n=396)

Yaşlı bireylerin ağırlıklarına ilişkin durumlar	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	
	$\bar{x} \pm SS$	istatistik
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Yaptıran	21.5±3.5	t=3.289 p=0.001
Yaptırmayan	19.8±4.8	
Son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurma durumu		
Başvuran	20.6±4.1	t=2.257 p=0.011
Başvurmayan	19.4±5.3	
Covid-19 sürecinin günlük hayatı etkileme durumu		
Etkiledi	20.6±4.5	F=5.173 p=0.006
Etkilemedi	18.7±5.3	
Kısmen	20.5±3.5	

Tablo 4.9’de katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının ilaç uyumları ile karşılaştırılması verilmiştir. Bu göre düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu

değişkeninde, düzenli sağlık kontrolü yaptıran ve düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan grupları karşılaştırıldığında, ilaç uyumunda düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlı bireylerin düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur ($p=0.001$).

Son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurma durumu değişkeninde, başvuran ve başvurmayan grupları karşılaştırıldığında, ilaç uyumunda başvuranlar başvurmayanlara göre daha yüksek istatistiksel olarak anlamlı puana sahip oldukları bulunmuştur ($p=0.011$).

Covid-19 sürecinin günlük hayatı etkileme durumu değişkeninde, ilaç uyumunda günlük hayatı etkilenen yaşlı bireylerin, etkilenmeyenlere göre daha yüksek puana sahip, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.006$). Yaşlıların ilaç uyumu Covid-19 sürecinin günlük hayatlarını etkileme durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık günlük hayatı etkilenmeyen yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır ($F=5.173$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.10 Katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının yalnızlık düzeyleri ile karşılaştırılması ($n=396$)

Sağlıklarına ilişkin durumlar	Yalnızlık Ölçeği	
	$\bar{x} \pm SS$	istatistik
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Yaptıran	6.5±1.8	t=-5.226 p=0.001
Yaptırmayan	5.4±1.9	
Son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurma durumu		
Başvuran	5.6±2.0	t=-.326 p=0.745
Başvurmayan	5.7±1.7	
Covid-19 sürecinin günlük hayatı etkileme durumu		
Etkiledi	5.7±1.9	F=0.141 p=0.868
Etkilemedi	5.6±2.0	
Kısmen	5.7±2.0	

Tablo 4.11’de katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının yalnızlık düzeyleri ile karşılaştırılması verilmiştir. Bu göre düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu değişkeninde, düzenli sağlık kontrolü yaptıran ve düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan grupları karşılaştırıldığında, yalnızlık düzeyinde düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlı bireylerin düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur ($p=0.000$).

Tablo 4.12 Katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının yaşam kaliteleri ile karşılaştırılması (n=396)

Sağlıklarına ilişkin durumlar	Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği	
	$\bar{x} \pm SS$	istatistik
Düzenli sağlık kontrolü yaptıırma durumu		
Yaptıran	17.5±6.4	t=-1.244 p=0.226
Yaptırmayan	18.3±6.1	
Son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurma durumu		
Başvuran	17.0±6.0	t=-5.148 p=0.001
Başvurmayan	20.2±6.0	
Covid-19 sürecinin günlük hayatı etkileme durumu		
Etkiledi	19.0±6.1	F=10.304 p=0.001
Etkilemedi	15.6±5.6	
Kısmen	17.1±6.5	

Tablo 4.13’da katılımcıların sağlıklarına ilişkin durumlarının yaşam kaliteleri ile karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre son bir yılda kronik hastalığından dolayı hastaneye başvurma durumu değişkeninde, başvuran ve başvurmayan grupları karşılaştırıldığında, yaşlılarda yaşam kalitesinde başvurmamayanların başvuranlara oranla daha yüksek istatistiksel olarak anlamlı puana sahip oldukları bulunmuştur (p=0.001).

Covid-19 sürecinin günlük hayatı etkileme durumu değişkeninde, yaşlılarda yaşam kalitesinde günlük hayatı etkilenen yaşlı bireylerin, etkilenmeyenlere göre daha yüksek puana sahip, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,000). Yaşlıların yaşam kalitesi Covid-19 sürecinin günlük hayatı etkileme durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık günlük hayatı etkilenen yaşlı bireylerden kaynaklanmaktadır (F=10.304) (Tablo 4.9).

Tablo 4.14 Yaş, ilaç uyumunu bildirim ölçeği ve yalnızlık ölçeği ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların analizi

	Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği	
	r	p
Yaş	-0.138	0.006
İlaç Uyum	0.233	0.000
Yalnızlık	-0.187	0.000

Pearson korelasyon analizi

Tablo 4.10’da yaş, ilaç uyumunu bildirim ölçeği ve yalnızlık ölçeği ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların analizi verilmiştir. Buna göre yaş ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Yaş ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği arasında

düşük derecede negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0.138$; $p=0.006$). Bu sonuç çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaşları arttığında yaşam kaliteleri azalmakta olduğunu göstermektedir.

Yaşlılarda ilaç uyumunu bildirim ölçeği puanı ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. İlaç uyumunu bildirim ölçeği ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği arasında düşük derecede pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.233$; $p=0.001$). Yaşlı bireylerin ilaca uyum düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri artmaktadır.

Yalnızlık ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Yalnızlık ile yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği arasında düşük derecede negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.187$; $p=0.001$). Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyi arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Tablo 4.11 İlaç uyumu ve Yalnızlığın Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Yordama Düzeyi

Değişkenler	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yord. Hatası	Std. t	p
İlaç Uyumu	0.292	0.084	0.800	5.9819	4.072	0.001*
Yalnızlık					- 3.595	

Çoklu regresyon analizi

Tablo 4.11’de ilaç uyumu ve yalnızlığın yaşlılarda yaşam kalitesini yordama düzeyi verilmiştir. Doğrusal çoklu regresyon uygulanarak yaşlılarda yaşam kalitesini ilaç uyumu ve yalnızlık değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $R=0.292$, $R^2=0.084$ olarak bulunmuş, yaşlılarda yaşam kalitesindeki toplam varyansın %8,4’ ünün bu değişkenlerce açıklandığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, kırsalda yaşayan yaşlı bireylerin ilaç uyumları ve yalnızlık düzeylerinin yaşam kalitelerine etkisi incelenerek elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmada yaşlıların yarısının (%50.5) günde en az 3, yarıya yakının da 5 adet ilaç kullandığı ve yaşlıların ilaç uyum düzeylerinin iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Benzer şekilde Çıbık (2016) çalışmasında yaşlıların günlük ortalama 5 ilaç kullandığını ve yaşlıların ilaca uyumlarının iyi seviye olduğunu bulmuştur (Çıbık, 2016). Turhan vd. (2014) çalışmalarında, Çıbık (2016) çalışmasında erkeklerin kadınlara oranla ilaca uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Turhan vd. (2014), çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların ilaca uyumlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada da erkek yaşlıların kadın yaşlara göre ilaca uyumları iyi düzeyde olduğu, eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların ilaca uyumlarının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2). Erkek yaşlıların kadınlardan daha az ilaç kullanmalarının ve eğitim düzeyi arttıkça kullanılan ilaç farkındalığının artmasının bu duruma neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada yaşlıların yaşam kalitesi orta düzeyde olduğu ve kadın yaşlılarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3 ve Tablo 4.6). Çıbık (2016) ve Ay, Akkaya ve Başbüyük (2019) çalışmalarında da benzer şekilde yaşlıların yaşam kalitesi orta düzeyde ve kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulmuşlardır (Çıbık, 2016; Ay, Akkaya ve Başbüyük, 2019). Şahin ve Emiroğlu (2014), çalışmalarında yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Şahin ve Emiroğlu, 2014). Değer ve Ordu (2022) yaptıkları çalışmalarında kırsalda yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu ve erkek yaşlıların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (Değer ve Ordu, 2022).

Yalnızlık düzeyi yaşlı bireylerin ruh sağlığı, mortalitesi ve fiziksel sağlığını kapsayan genel iyilik halini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bu çalışmada kırsalda yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Benzer sonuçları Gallardo-Peralta vd. (2023) Şili'nin bir kırsal bölgesinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarında yaşlıların yalnızlık düzeylerinin orta düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Kronik hastalıkların varlığı, aile

ile birlikte yaşama durumu, sağlık sorunları ve aile ilişkilerinin yaşlıların yalnızlık düzeyini etkilediğini bulmuşlardır (Gallardo-Peralta vd., 2023).

Bu çalışmada kırsalda yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu, kadın, bekar, geliri giderden az ve çocuğu olmayan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Tablo 4.3 ve Tablo 4.5). Benzer şekilde Erol vd. (2016) yaptıkları çalışmalarında kırsalda yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin orta seviyede olduğunu, çocuğu olmayan yaşlıların çocuğu olan yaşlılardan yalnız düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Erol vd., 2016). Pan ve Chen (2021) çalışmalarında kırsalda yaşayan eşi ölmüş (bekar) yaşlıların eşi ile yaşayan yaşlılara göre kendilerini daha fazla yalnız hissettiklerini bulmuşlardır (Pan ve Chen, 2021). Burholt ve Scharf (2014) çalışmalarında kırsal alanda yaşamının yalnızlığı arttırdığını tespit etmişlerdir. Kırsalda yaşamının getirmiş olduğu sosyal hizmetlere ve olanaklara yeteri kadar erişememenin bu duruma neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi iyi olan yaşlıların yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6). Değer ve Ordu (2022), Korkmaz ve Ümmet (2021) ve Ay, Akkaya ve Başbüyük (2019), yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça yaşlılarda yaşam kalitesinin arttığını bulmuşlardır (Ay, Akkaya ve Başbüyük, 2019; Korkmaz ve Ümmet, 2021; Değer ve Ordu, 2022). Eğitim düzeyinin artması ile yaşlı bireylerin sağlık farkındalığı artmasının bu duruma yol açtığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlıların ilaca uyum düzeylerinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Arslan ve Akça (2020) yaptıkları çalışmalarında düzenli sağlık kontrolü yaptıran, kırsalda yaşayan yaşlı hipertansiyon hastalarının ilaca uyumlarının daha iyi düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Arslan ve Akça, 2020). Düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlı bireyler sağlık durumlarını takip etmekte ve gelişebilecek sağlık sorunlarına yönelik erken dönemde girişimlerde bulunabilmektedir. Bu yaşlı bireylerin kendi sağlıklarını yönetmede etkin rol aldıkları söylenebilir. Düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlıların sağlıklarını yönetmede etkin olmalarının ilaca uyum düzeylerinin yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu yaş arttıkça yaşlılarda yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (Tablo 4.10). Literatürde yapılan çalışmalar bu sonucu desteklemektedir (Vuletić ve Stapić, 2013;

Ay, Akkaya ve Başıbüyük, 2019; Değer ve Ordu, 2022). Yaşlılarda yaş ile birlikte meydana gelen yardımcı araç kullanımına yol açan fiziksel değişiklikler ve depresyon, yalnızlık gibi psikolojik değişikliklerin yaşlılarda yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kırsalda yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, yalnızlık düzeyinin artmasının yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.10). Ay, Akkaya ve Başıbüyük (2019) çalışmalarında yaşlıların yalnızlık düzeylerinin artmasının yaşam kalitesini düşürdüğünü bulmuşlardır (Ay, Akkaya ve Başıbüyük, 2019). Yalnızlık düzeyi yüksek olan bireylerin sosyal etkileşimlerinin düşük olması yaşam kalitelerinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kırsalda yaşayan yaşlıların ilaca uyum düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, ilaca uyumun artmasının yaşlıların yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (Tablo 4.10). İngiltere’de Harlow vd., (2017) tarafından 84 yaşlı ile yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada yaşlılara Eczacı Temelli İlaç Yönetimi Programı uygulanmış ve araştırma sonucunda ilaca uyumu artan yaşlıların yaşam kalitelerinin arttığını bulmuşlardır. Elde edilen bulgular bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Yaşlı bireylerin ilaca uyumları sağlıklarına önem verdiklerini göstermektedir. Bu durumun yaşlıların yaşam kalitesinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlıların ilaç uyumu ve yalnızlık düzeyleri düşük derecede negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.11). Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyi arttıkça ilaca uyumları azalmaktadır. Benzer sonuçlar Lu ve diğerleri (2020) sosyal izolasyon ve yalnızlığın Çin’de yaşayan yaşlı bireylerin ilaç uyumları üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında yaşlı bireylerin ilaca uyumlarının orta düzeyde olduğunu, yaşlıların yaklaşık yarısının sosyal izolasyonda olduğunu bulmuşlardır. Aynı zamanda yalnızlık düzeyinin yüksek olan ve sosyal izolasyonda olan yaşlıların ilaç uyumlarının düşük olduğunu bulmuşlardır. Yalnız yaşamamanın ve sosyal izolasyon olmanın bireyde meydana getirdiği durumların bu sonucun ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Kırsalda yaşayan yaşlıların ilaç uyumları ve yalnızlık düzeylerinin yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışma da aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Yaşlı bireylerin ilaç uyumlarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Kırsalda yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Özerklik ve memnuniyet algılarının orta düzeyde, engel algılarının düşük olduğu bulunmuştur.
- Yaşlı erkeklerin yaşlı kadınlara oranla daha yüksek ilaç uyumuna sahip olduğu, kadınların yalnızlık düzeyinin ise erkeklere oranla daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlı bireylerin ilaç uyumları ve yalnızlık düzeylerinin, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir.
- Son bir yıl da kronik hastalığından dolayı hastaneye başvuranların ilaç uyumu daha yüksek puana sahipken, hastaneye başvurmayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek puana sahip olduğu istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Bu çalışma sonucunda yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyi arttıkça ilaca uyumları ve yaşam kaliteleri azalmaktadır.
- Yaşlı bireylerin ilaca uyum düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri artmaktadır.
- Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve ilaca uyumları yaşam kalitelerini etkilemektedir. Yalnızlık yaşam kalitesini negatif yönlü etkilerken ilaca uyum pozitif yönde etkilemektedir.

7. ÖNERİLER

- Yaşlılar arasında akılcı ilaç kullanımı farkındalığı artırılmalıdır.
- Yaşlıların yalnızlık düzeyini azaltmak için yaşlılara uygun sosyal etkinlikler planlanmalıdır.
- Kırsalda yaşayan yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırıcı uygulamalar planlanmalıdır.
- Yaşlı bireylerin ilaç kullanımlarının takibi düzenli aralıklarla yapılmalı ve bu takibin alanında uzman sağlık profesyonelleri tarafından yapılması önerilmektedir.
- Kırsalda yaşayan yaşlılara yaşam kalitelerini arttırıcı aktiviteler ve eğitimler düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

- Açıl, A. F., ve Demirci R. (1984). *Agricultural Economics Courses*, Publication No: 880, A.Ü. Faculty of Agriculture, Ankara.
- Adesiyan, O. I. (2014). Technical efficiency of poultry production in Afijio Local Government Area of Oyo State, Nigeria. *Developing Country Studies*. 4.
- Aigner, D., Lovell, C. K., and Schmidt, P. (1977). Formulation and estimation of stochastic frontier production function models. *Journal of econometrics*. 6(1). 21-37.
- Akbay, C., and Azeez, J. A. (2016). Factors affecting on mortality rate in the broiler chicken production farms in Erbil, Iraq. *Pakistan Journal of Food Sciences*. 26(3). 119-128.
- Al Khraisat, A. and A. Ahmad. (2013). Economic Analysis of Poultry (Broiler) Production in Amman and Irbid District in Jordan. *International Journal of Life Sciences Research (IJLSR)*. 1(1). 24-30.
- Alavi, S., Mazumdar, S. D., ve Taylor, J. R. (2019). Modern convenient sorghum and millet food, beverage and animal feed products, and their technologies. In *Sorghum and Millets*. (s. 293-329). AACC International Press.
- Alders, R., Costa, R., Gallardo, R. A., Sparks, N., and Zhou, H. (2018). Smallholder poultry: Leveraging for sustainable food and nutrition security. In *Encyclopedia of Food Security and Sustainability* (s. 340-346). Elsevier.
- Alexandratos, N. and Bruinsma, J. (2012). World agriculture towards 2030/2050: the 2012 revision.12-03. 4. Rome, FAO: ESA Working paper.
- Ali, M. S., and Hossain, M. M. (2010). Factors influencing the performance of farmers in broiler production of Faridpur District in Bangladesh. *World's Poultry Science Journal*. 66(1). 123-131.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F. ve Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF preventive medicine bulletin*. 15(3). 181-189.
- Asi Karakaş, S. ve Ü. Ayvaz (2022). “Yaşlılık ve Ruh Sağlığı”. Yıldız K. M. (ed). *Geriatrik Psikiyatri*. (s. 45-63). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Aslan N. ve F.P. Çakıroğlu (2019). “Yaşlılık döneminde beslenme”. Akdemir N., (ed). *Geriatri ve Gerontolojiye Disiplinler arası Yaklaşım*. (s. 39-47). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Ay, F., Akkaya, D. ve Başbüyük, G.Ö. (2019) Yaşam kalitesinin yalnızlık üzerindeki etkisi: antalya 60+ tazelenme üniversitesi örneği. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 43(2). 193-210.
- Aylaz, R. (2020). “Salgın döneminde yaşlı ve bakımı”. Aylaz R. Ve Yıldız E. (eds). *Yeni koronavirüs hastalığının toplum üzerine etkileri ve hemşirelik yaklaşımları*. Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınevi.
- Bilir, N. ve Erbaydar N.P. (2015). “Yaşlılık sorunları”. Ç. Güler ve Akın L. (Ed). *Halk Sağlığı- Temel Bilgiler*. (s. 1528-1541). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınevi.
- Burholt, V. and Scharf, T. (2014). Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 69(2). 311-324.
- Canlı, S. (2019) Yaşlılıkta mobilitateye bağlı yetiyitimi ve halk sağlığı hemşiresinin sorumlulukları. *HSP*. 6(2). 390-397.

- Çibik, B. (2016). "Yaşlılarda polifarmasi yaygınlığı, ilaç etkileşimi, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Çunkuş N., Taşdemir Yiğitoğlu G. ve Akbaş E. (2019) Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*. 2(2). 58-67.
- Çavuşoğlu, F., Çal, A., Avci, İ. A., Özbaş, A. (2022, Aralık). "Evli yaşlı çiftlerde yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak sosyal izolasyon, yalnızlık ve alaycı düşmanlığın incelenmesi". III. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Değer, T. B. ve Ordu, Y. (2022). Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler: Bir Taşra Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(2). 574-585.
- Demir, Y. P. (2017). Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 16(1). 19-28.
- Demirli, A. (2007). Cinsiyetin, bağlanma tipinin ve aile yapısının üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi üzerindeki rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- DSÖ (2022). World Population Ageing. Erişim: 11 Nisan 2022, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M.V., Rico-Urbe, L.A., Ayuso-Mateos, J.L., Mundó, J. and Haro, J.M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 52. 381–390.
- Arslan, D.E. ve Akça, N.K. (2020). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumluları. *Bozok Tıp Dergisi*. 10(1). 55-62.
- Erci, B., Elibol, M. ve Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26(2). 79-92.
- Erkral, C. (2014). Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Erkoc, Y. ve Yardım, N. (2011). Policies For Tackling Non-Communicable Diseases And Risk Factors İn Turkey. (s.15-18). Ankara: Anıl.
- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F.N. ve Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *GÜSBİD*. 5 (3). 60-9.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. *Sağlıkta Birlik Dergisi*. 5. 1-5.
- Ferdinand, K.C., Vo, T.N. ve Echols, M.R. (2020). State-of-the-art review: Hypertension practice guidelines in the era of COVID-19. *Am J Prev Cardiol*.2.
- Frandsen, G. and Pennington, S.S. (2014). "Abrams'ın Klinik İlaç Tedavisi Hemşireler İçin Akılcı İlaç Uygulamaları". E. İyigün ve Taştan S, (Ed). Ankara: Akademisyen Tıp Kitap Evi.
- Gallardo-Peralta, L.P., Gálvez-Nieto, J.L., Fernández-Dávila, P. and Veloso-Besio, C. (2023). Loneliness and Psychosocial Resources among Indigenous and Afro-Descendant Older People in Rural Areas of Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(3):2138.

- Gülgün, F.E. (2014). Hemşire ve ebelerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güneş, D. ve Kıyak E. (2017). Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 26(2). 66-74.
- Güven, S. ve Şener A. (2010). Factors Affecting Life Satisfaction in Old Age. *Turkish Journal of Geriatrics*. 14(2). 179-186.
- Hawkley, L.C., Thisted, R.A. and Cacioppo, J.T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychol*. 28. 354–363.
- Hawkley, L.C., Thisted, R.A., Masi, C.M. and Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 25(1). 132–41.
- Honorato Dos Santos De Carvalho, V.C., Rossato, S.L., Fuchs, F.D., Harzheim, E. and Fuchs, S.C. (2013). Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 13. 605.
- Horne, R., and Hankins, M. (2020). The medication adherence report scale: a measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British journal of clinical pharmacology*. 86(7). 1281-1288.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., and Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*. 26(6). 655-672.
- Hyde, M, Wiggins, R. D, Higgs, P, and Blane, D. B. (2003). A Measure of Quality of Life in Early Old Age: The Theory, Development and Properties of a Needs Satisfaction Model (CASP-19). *Aging and Mental Health*. 7. 186-194.
- Iecovich, E., Jacobs, J.M. and Stessman, J. (2011). Loneliness, social networks, and mortality: 18 years of follow-up. *Int J Aging Hum Dev*. 72. 243–263.
- Jeon, H.O. (2020). Correlation of physical, psychological, and functional factors with independent medication adherence in Korean older adults with chronic illness: Using the 2017 national survey of older Koreans. *archives of gerontology and geriatrics*. 90. 104130.
- Jin, H., Kim, Y. and Rhie, S.J. (2016). Factors affecting medication adherence in elderly people. *Patient preference and adherence*. 10. 2117–2125.
- Karadakovan, A. (2014). “Yaşlıda İlaç Kullanımı”. A. Karadakovan (Ed). *Yaşlı sağlığı ve bakım*. (s. 188-208). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Karakuş, E. (2017). Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılım: kırsal ve kent farklılıkları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kemer, A.S. vd. (2016). “Sağlığı koruma ve geliştirme yaşam kalitesine etkisi”. B.C. Demirbağ (ed). *Sağlığı koruma ve geliştirme*. (s. 149-176). Ankara: Göktaş.
- Kılıç D. (2015). “Yaşlı sağlığı”. B. Erci (Ed). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. (s.176-196). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevi.
- Korkmaz, M. ve Korkmaz D. (2022). “Yaşlı Bireylerin Ruh Sağlığının Geliştirilmesi”. M. Kabataş Yıldız (Ed). *Geriatrik Psikiyatri*. (s.403-418). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Korkmaz, T. ve Ümmet, D. (2021). “Huzurevinde Bulunan Yaşlıların Yalnızlık Algısının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 10 (1). 463-475.
- Köse E. (2019). Sanatla Terapi Uygulamalarının Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Ve Psikolojik İyi Oluş Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Kutsal, Y.G. (2006). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 37-44.
- Lu, J., Zhang, N., Mao, D., Wang, Y. and Wang, X. (2020). How social isolation and loneliness effect medication adherence among elderly with chronic diseases: An integrated theory and validated cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 90. 104154.
- Nicholas, M. K., and Blyth, F. M. (2016). Are self-management strategies effective in chronic pain treatment?. *Pain management*. 6(1). 75-88.
- Ong, A. D. Uchino, B.N. and Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*. 62. 443-449.
- Onunkwor O.F., Al-Dubai S.A.R., George P.P., Arokiasamy J., Yadav H., Barua A. and Shuaibu H.O. (2016). A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-govern mental organizations’ elderly homes in Kuala Lumpur. *Health Qual Life Out comes*. 14:6.
- Orem D.E. (2001). Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications. USA: *Dennis CM Mosby-Year Book Inc*. 7. 99-135.
- Öz, F. (2004). ‘Yalnızlık’. Öz, F. (ed). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. (s.180-202). Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.
- Öztaş, Ö. ve Aslan, G.K. (2019). Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *HUHEMFAD-JOHUFON*. 6(3). 132-140.
- Özvurmaz, S. (2018). Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Düzeyleri ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2(3). 118-125.
- Pan, H., and Chen, Z. (2021). Cultural capital and mediatory role of meaning-making in post-bereavement depression among older adults in rural China. *Current Psychology*. 1-9.
- Prince, M.J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L.M., O'Donnell, M., Sullivan, R. and Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 385. 549–562.
- Rai, G. S., and Abdulla, A. (2022). Quality of life and ageing. *In The Biology of Ageing*. (pp. 270-284). CRC Press.
- Resmi Gazete Sayı: 29258. Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5>. Erişim Tarihi:15.06.2022.
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C.L., Schmid, M., Barth, J. and Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS One*. 12(7).
- Saltan, A., Küçük, K. M. ve Boğa, M. S. (2018). Yaşlı bireylerde yaşanan yer ile yalnızlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2 (4). 191-198.

- Saraç, F.Z., ve Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi*. 54: Ek Sayı / Supplement. 1-11.
- Schmader, K.E. (2014). Drug prescribing for older adults [article online]. Retrieved April 12, 2021, from <http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?topicKey=PC%2F3013&elapsedTimeMs=4&view=print&displayedView=full>.
- Sevil, T. (2015). Terapatik Rekreasyonel Aktivitelere Katılımın Yaşlıların Algıladıkları Boş Zaman Tatmini, Yaşam Tatmini ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Üniversitesi, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Söylemez, F. (2020). Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler 'İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Malatya
- Şahin, N. E. ve Emiroğlu, O. N. (2014). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1. 57-66.
- Şen, E. T., Berk, Ö.S. ve Sindel, D. (2019). İlaç uyumunu bildirim ölçeği'nin Türkiye uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of istanbul faculty of medicine*. 82(1). 52-61.
- Şimşek, N., Öztürk, G.K. ve Kaçmaz, H.Y. (2018), Yaşlılık ve yalnızlık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 11(58). 496-499.
- TUİK (2021a). İstatistiklerle yaşlılar. Erişim: 11 Nisan 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227>
- TUİK (2021b). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları. Erişim: 11 Nisan 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuc-lari-2020-37210>.
- Turgut, E.M. (2010). İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi ve İstanbul'daki Devlet Üniversite Hastanelerinde Çalışan Ameliyathane Hemşirelerine Yönelik Bir Araştırma, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul. s. 41.
- Ömer Turhan,¹ Evren Kibar,¹ Erhan Ekren,² Onur Engin,² Duygu Ercan,² Ayhan I ık Erdal,² Ecem Zeliha Ergün,² Pelin Ertop,² Barı Esen,² Dilan Ece Geylan,² Sarp Üner¹, Nazmi Bilir¹
- Turhan, Ö., Kibar, E., Ekren, E., Engin, O., Ercan, D., Erdal, A.I. vd., (2014). Yaşlılarda ilaç uyumu: Üniversite hastanesi tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. *Nobel Medicus Journal*. 10. 31-38.
- Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş (realage). *Turkish Journal of Geriatrics*. 9(3):195.
- Türkoğlu, N. ve Adıbelli, D. (2014). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (CASP-19) Türk Toplumuna Adaptasyonu. *Akad Geriatri*. 6. 98-105.
- Ucan, Ö. ve Ovayolu N. (2010). Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and healthrelated quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*. 19(17-18). 2511-2519.
- Vuletić, G. and Stapić, M. (2013). Quality Of Life And Loneliness Among Elderly People. *Klinička psihologija*. 6(1-2). 45-61.
- Yang, F., Zhang, J., and Wang, J. (2018). Correlates of loneliness in older adults in Shanghai, China: does age matter?. *BMC geriatrics*. 18(1). 300.
- Yap, A.F., Thirumoorthy, Thiru. And Kwan, Y.H. (2016). Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 7(2). 64-67.

- Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(2). 61-68.
- Zengin, N., Yıldız, H. ve Akıncı, A. Ç. (2012). Öğrenci Hemşirelerin Kronik Hastalıkların Bakımı Konusunda Düşünceleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 105-108.



EKLER

Ek 1.

KIRSALDA YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()
3. Eğitim durumunuz: 1. Okur yazar değil () 2. okur yazar () 3. İlkokul () 4. Lise () 5. Üniversite ()
4. Gelir durumunuz: 1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden çok ()
5. Medeni durumunuz: 1. Evli () 2. Bekar ()
6. Çocuğunuz var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()
7. Eğer cevabınız evetse çocuk sayısı:.....
8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? 1. Yalnız () 2. Eşimle () 3. Çocuklarımla () 4. Diğer ()
9. Hangi kronik hastalığınız/hastalıklarınız var?
 1. Şeker hastalığı (..)
 2. Kalp ve damar hastalığı (..)
 3. Kalp yetmezliği(..)
 4. Yüksek Tansiyon (..)
 5. Serebro-vasküler hastalık (..)
 6. Osteoartrit (..)
 7. Romatoid artrit (..)
 8. Osteoporoz (..)
 9. Akciğer Hastalığı (..)
 10. Böbrek hastalığı (..)
 11. Diğer (..)
10. Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı? 1.Evet (..) 2. Hayır (..)
11. Günde kaç ilaç alıyorsunuz? 1. 1-3 tane () 2. 3-5 tane () 3. 5'ten fazla ()
12. Son bir yıl içinde ilaç kullanıma alışkanlığınızda değişim oldu mu? 1.Evet 2.Hayır 3.Emin değilim
13. Düzenli sağlık kontrollerinizi yaptırıyor musunuz? 1.Evet () 2. Hayır ()
14. Son bir yıl içinde kronik hastalığınızdan dolayı doktora başvurduğunuz mu? 1.Evet () 2. Hayır ()
15. Eğer cevabınız evet ise kaç defa başvurduğunuz? 1. 1-3 tane () 2. 3-5 tane () 3. 5'ten fazla ()
16. Covid-19 sürecinde günlük hayatınız etkilendi mi? 1.Evet () 2. Hayır () Kısmen ()

Ek 2.

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)

Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var. Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz.						
	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla
1)	Almayı unuturum.					
2)	Dozunu değiştiririm.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4)	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5)	Söylenenden daha az alırım.					

Ek 3.**Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (Casp-19)**

Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği:	Hiçbir Zaman	Ara sıra	Bazen	Her zaman
1. Yaşım yapmak istediğim şeyleri yapmama engel oluyor.				
2. Bana olan şeylerin kontrolüm dışında olduklarını hissediyorum.				
3. Gelecek için plan yapmada kendimi özgür hissediyorum.				
4. Sağlığım yapmak istediğim şeyleri yapmama engel oluyor.				
5. Her günü dört gözle bekliyorum.				
6. Hayatımın bir anlamı olduğunu hissediyorum.				
7. Yaptığı şeylerden zevk alıyorum.				
8. Başkalarının gruplarına katılmaktan zevk alıyorum.				
9. Geride kalan hayatıma mutlulukla bakıyorum.				
10. Bugünlerde kendimi enerji dolu hissediyorum.				
11. Hayatımın gidiş hattının beni mutlu ettiğini hissediyorum.				
12. Hayatımın fırsatlarla dolu olduğunu hissediyorum.				
13. Geleceğin benim açımdan iyi olacağını hissediyorum.				

Ek 4.

Yalnızlık Ölçeği Kısa Versiyon

	Yalnızlık Ölçeği Kısa Versiyon	Nerdeyse Hiç	Bazen	Sık sık
1.	Arkadaşlık eksikliğini ne sıklıkla hissediyorsunuz?			
2.	Ne sıklıkla kendinizi unutulmuş hissediyorsunuz?			
3.	Ne sıklıkla kendinizi başkalarından izole olmuş hissediyorsunuz?			

Ek 5.

Etik Kurul



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
27.08.2021	08	2021/640

KARAR NO: 2021-640
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Derya KORKMAZ 'ın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ danışmanlığında " Kırsalda Yaşayan Yaşlıların Covid-19 Sürecinde İlaç Uyumları ve Yalnızlık Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve ölçek çalışmalarını içeren 22345 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Derya KORKMAZ 'ın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ danışmanlığında " Kırsalda Yaşayan Yaşlıların Covid-19 Sürecinde İlaç Uyumları ve Yalnızlık Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve ölçek çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 6.

Ölçek izni

Ölçek İzni Hakkında

Esin Temeloğlu [Redacted]
Alıcı: Derya Korkmaz [Redacted]

6 Mayıs 2021 13:56

Merhaba Derya hanım,

Ekte ölçekle ilgili bilgileri ve soruları gönderiyorum. Süreç içerisinde aklınıza herhangi bir şey takılırsa ya da ölçekle alakalı danışmak istediğiniz bir konu olursa her zaman yazabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim

Sevgilerimle

Dr. Esin Temeloğlu Şen

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi

Kimden: Derya Korkmaz
Gönderilme: 6 Mayıs 2021 Perşembe 12:15
Kime: [Redacted]
Konu: Ölçek İzni Hakkında

Esin hocam merhaba,

Nasılsınız? Umarım iyisinizdir. Hocam yapmayı planladığım yüksek lisans tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz " İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Eğer izin verirsiniz ölçeğin soru formu halini, puanlama detaylarını ve ölçeğin güvenilirliğine ilişkin bulguları paylaşabilir misiniz. Ölçeğin kullanılması planlanan çalışmamda şu kaynağa " Temeloğlu Şen, E , Sertel Berk, Ö , Sindel, D . (2019). İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI . Journal of Istanbul Faculty of Medicine , 82 (1) , 52-61 . DOI: 10.26650/IUITFD.413637 " atıf yapacağım.

Saygılarımla hocam.

2 eklenti

 **İUBÖdeğerlendirme.doc**
28K [HTML olarak görüntüle](#) [Tara ve indir](#)

 **İUBÖsoru.doc**
40K [HTML olarak görüntüle](#) [Tara ve indir](#)

Ek 7.

Ölçek izni

Ölçek izni hakkında

nihan türkoğlu <[redacted]>
Alıcı: Derya Korkmaz <[redacted]>

11 Mart 2021 13:54

Merhabalar Derya, ölçeği ve analiz yöntemini ekte gönderiyorum. Çalışmalarında kolaylıklar dilerim. İyi günler....

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi

Kimden: Derya Korkmaz
Gönderilme: 9 Mart 2021 Salı 02:56
Kime: [redacted]
Konu: Ölçek izni hakkında

Nihan hocam merhaba,

Nasılsınız? Umarım iyisinizdir. Hocam yapmayı planladığım yüksek lisans tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (CASP-19)"ni kullanmak istiyorum. Eğer izin verirsiniz ölçeğin soru formu halini ve puanlama detaylarını paylaşabilir misiniz. Ölçeğin kullanılması planlanan çalışmamda şu kaynağa "Türkoğlu N, Adıbelli D. (2014). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (CASP-19) Türk Toplumuna Adaptasyonu. Akad Geriatri. (s. 98-105). 6" atıf yapacağım.

Saygılarımla hocam.

 **casp.docx**
18K [HTML](#) olarak görüntüle İndir

Ek 8.

Ölçek izni

Ölçek izni

Ayşe Çal

Alıcı: Derya Korkmaz

22 Aralık 2022 11:18

Merhaba Derya,

Çalışmanızda "Yalnızlık Ölçeği Kısa Versiyon" kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin kullanım yönergesiyer almaktadır.

İyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. Ayşe ÇAL



Gönderen: Derya Korkmaz

Gönderildi: 22 Aralık Perşembe 09:53

Kime:

Konu: Ölçek izni

Ayşe hocam merhaba,

Nasılsınız? Umarım iyisinizdir. Hocam yüksek lisans tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Yalnızlık ölçeğini" kullanmak istiyorum. Eğer izin verirsiniz ölçeğin soru formu halini, puanlama detaylarını ve ölçeğin güvenilirliğine ilişkin bulguları paylaşabilir misiniz. Ölçeğin kullanılması planlanan çalışmamda şu kaynağa "Evli Yaşlı Çiftlerde Yaşam Kalitesinin Yordayıcısı Olarak Sosyal İzolasyon, Yalnızlık Ve Alaycı Düşmanlığın İncelenmesi" bildiriniz atf yapacağım.

Kaynak: https://lishemarsem.omu.edu.tr/?page_id=30

Saygılarımla hocam.



Yalnızlık Ölçeği Kullanım Yönergesi.docx

15K

ÖZ GEÇMİŞ

Derya Korkmaz, Samsun Çarşamba Yeşilırmak Lisesi'ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik bölümünden 01.06.2017 tarihinde mezun oldu. 2020 yılında OMÜ LEE Evde Hasta Bakımı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programına girdi. Mezuniyetinden bu yana yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmaktadır. Temel ilgi alanları, Yaşlı sağlığı, Yaşam kalitesi, Yalnızlık, Kırsal sağlık, İlaç uyumu (09.05.2023).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0001-6973-1061

Yayınlar:

1. Korkmaz D ve Aydın Avcı İ. (2021). Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların İlaça Uyumları Ve Yalnızlık Düzeyleri. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, Nisan 2022, II. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, 23-24 Aralık 2021. 155- 159.
2. Korkmaz, M. ve Korkmaz D. (2022). “Yaşlı Bireylerin Ruh Sağlığının Geliştirilmesi”. M. Kabataş Yıldız (Ed). Geriatrik Psikiyatri. (s.403-418). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
3. Korkmaz, M. ve Korkmaz, D. (2022). Ev Kazalarında ve Düşmelerde Yaşlı Bireylere Yönelik Hemşirelik Bakımı. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 7 (3), 629-636. DOI: 10.47115/jshs.1136360.

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

- 1.
- 2.