



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KENDİ EV ORTAMINDA YAŞAYAN 65 YAŞ
ÜSTÜ BİREYLERİN YALNIZLIK DÜZEYİ,
ÖLÜM KAYGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

İlayda BİRŞEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10/07/2025

İlayda BİRŞEN

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, beni yetiştirmek için hiçbir fedakarlıktan çekinmeyen, her zaman yanımda olan ve beni her şeyi yapabileceğime inandıran başta annem olmak üzere değerli aileme, tezimi yazarken desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşime ve kanser nedeniyle aramızdan ayrılan canım arkadaşım Yusuf AÇICI'ya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca benden sabır, özveri, bilgilerini, deneyimlerini ve desteğini esirgemeyen kıymetli danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Lisansüstü eğitimime katkıları büyük olan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Seçil Gülhan GÜNER'e

Yüksek lisans tezimin istatistiksel analizlerinde katkıları nedeni ile Osman Oğulcan TÜRKMEN'E,

Yüksek lisans sürecimin tüm anında desteklerini benden eksik etmeyen canım arkadaşlarım İlayda BEKTAŞ'a ve Melek CİHAN'a,

Veri toplama aşamasında sabır gösteren hastalara ve bana yardımcı olan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

İlayda BİRŞEN

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

ix

ÖZET

x

ABSTRACT

xi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Yaşlılık

4

2.1.1. Yaşlı, Yaşlanma ve Yaşlılık

4

2.1.2. Yaşlılık Sınıflandırması

4

2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

7

2.1.4. Toplumun Yaşlıya Bakış Açısı

8

2.1.5. Yalnızlık

9

2.1.6. Yaşlılıkta Yalnızlık

10

2.2. Ölüm

11

2.2.1. Ölüm Kaygısı

12

2.2.2. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı

14

2.3. Toplumda Yaşayan Yaşlıya Yönelik Hemşirelik Bakımı

16

2.4. Evde Bakım Hizmeti

17

2.5. Evde Yaşlı Sağlığının Sürdürülmesi

18

3. GEREÇ ve YÖNTEM

20

3.1. Araştırmanın Tipi

20

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

20

3.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

20

3.5. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

20

3.6. Veri Toplama Araçları

21

3.6.1. Hasta Bilgi Formu	21
3.6.2. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	21
3.6.3. Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği	21
3.6.4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	22
3.6.5. Charlson Komorbidite İndeksi	22
3.7. Veri Toplama Yöntemi	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	35
6. KAYNAKLAR	48
EKLER	61
EK 1. Hasta Bilgi Formu	62
EK 2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	63
EK 3. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	64
EK 4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	65
EK 5. Charlson Komorbidite İndeksi	66
EK 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	67
EK 7. Etik Kurul Onayı	68
EK 8. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Kullanım İzni	71
EK 9. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni	72
EK 10. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği Kullanım İzni	73
ÖZGEÇMİŞ	74

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Yaşlıların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı (N=276)	24
Tablo 2. Yaşlıların Katz GYA indeksi, Templer ÖKÖ, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ'nden aldıkları puanların dağılımı (N=276)	26
Tablo 3. Katz GYA indeksi'nden alınan puanların bağımlılık düzeyine göre dağılımı (N=276)	26
Tablo 4. Templer ÖKÖ'nden alınan puanların düzeylere göre dağılımı (N=276)	27
Tablo 5. Yaşlıların tanıtıcı bilgilerine göre Katz GKA indeksi, Templer ÖKÖ, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ'nden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı(N=276)	28
Tablo 6. Yaşlıların Katz GKA indeksi, Templer ÖKÖ, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (N=276)	33
Tablo 7. Yaşlıların gün içinde vakit geçirilen etkinlik, yürümeye yardımcı araç kullanma durumu, Katz GKA indeksi ve CKİ puanlarının yaşlılar için yalnızlık ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları (N=276)	34
Tablo 8. Yaşlıların Katz GKA indeksi, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ , Templer ÖKÖ puanlarını yordamasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları (N=276)	34

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
BM	Birleşmiş Milletler
CKİ	Charlson Komorbidite İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HRQL	Öz Şefkat ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SVO	Serebrovasküler Hastalıklar
ÖKÖ	Ölüm Kaygı Ölçeği
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Simgeler

n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
SS	Standart Sapma
α	Alfa
%	Yüzde
t	t-testi
F	Anova testi
β	Beta
<	Küçüktür
>	Büyüktür
SH	Standart Hata
VIF	Variance Inflation Factor (Varyans Şişirme Faktörü)

ÖZET

Kendi Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Bu araştırma, 65 yaş üstü bireylerin artan yaşla gelişen yalnızlık düzeyi ve ölüm kaygısı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Örneklemi, Rize ilinin Çamlıhemşin ilçesinde ikamet eden 164’ü kadın, 112’si erkek olan 276 birey oluşturdu. Veriler Mayıs-Haziran 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Bilgi Formu”, “Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği”, “Charlson Komorbidite İndeksi”, “Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği” ve “Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, Games-Howell testi, korelasyon, ANOVA ve çoklu regresyon testleri kullanıldı. Araştırmada, yaşlı bireylerin büyük kısmının kısmen bağımlı olduğu, önemli bir kısmının orta veya ağır düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı; eğitim, sağlık durumu, günlük aktiviteler ve bakım alma durumunun bağımsızlık ve komorbidite ile anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri arttıkça yalnızlık azalırken, komorbidite arttıkça bağımsızlığın azaldığı; ancak bu değişkenlerin ölüm kaygısını anlamlı düzeyde yordamadığı bulunmuştur. Sonuç olarak, yaşlı bireylerin bağımsızlık düzeyini artırmaya, yalnızlık ve ölüm kaygısını azaltmaya yönelik sosyal destek sistemleri ve evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Geriatri, Hemşirelik, Ölüm kaygısı, Psikolojik faktörler, Yalnızlık düzeyi, Yaşlı bakım hizmetleri.

ABSTRACT

Determination of Loneliness Level, Death Anxiety and Related Factors of Individuals Over 65 Living in Their Own Home Environment

This study was designed as a prospective and descriptive model to identify factors associated with the level of loneliness and death anxiety increasing with age in individuals aged 65 and over. The sample consisted of 276 individuals residing in the Çamlıhemşin district of Rize, with 164 women and 112 men. Data were collected between May and June 2024 through face-to-face interviews using the Patient Information Form, Katz Index of Activities of Daily Living, Charlson Comorbidity Index, Loneliness Scale for the Elderly, and Death Anxiety Scale. The findings revealed that a significant proportion of elderly individuals were partially dependent and experienced moderate to severe levels of death anxiety. Education, health status, daily activities, and receiving home care services were significantly associated with independence and comorbidity. While increased daily activity was related to reduced loneliness, higher comorbidity was linked to lower independence; however, these variables did not significantly predict death anxiety. Based on the results, it is recommended to expand social support systems and home care services to enhance independence and reduce loneliness and death anxiety among older adults.

Key Words: Death anxiety, Elderly care services, Geriatrics, Level of loneliness, Nurse, Psychological factor.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaş terimi, bireylerin bulunduğu anı ifade eder. Yaşlı, yaşlanma ve yaşlılık terimleri genellikle benzer anlamlar taşısa da farklı şekillerde kullanılırlar. “Yaşlı,” genellikle bir nitelik belirtme sıfatı veya bir kavram olarak kullanılırken, “yaşlanma” zamanın sürecini kapsar ve “yaşlılık”, belirli bir yaş eşiğini geçtikten sonra başladığı kabul edilen bir yaşam dönemini anlatır (1). Yaşlanma, bir canlının doğumdan ölüme doğru ilerleyen sürecini ve yaşlılığı gösteren belirtileri tanımlar.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) yayımladığı verilere göre, 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşan yaşlı nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken, son beş yılda %21,4 oranında bir artış göstererek 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişiye ulaşmıştır. (2). İnsanlar daha uzun yaşadıkça kurumsal bakım hizmetlerine olan gereksinimleri ve beraberinde topluma ekonomik yükü de artar. Değişen toplumsal yapı geniş aileden çekirdek aileye doğru değiştikçe dünyada aile içi ilişkilerde ve iletişimde farklılaşma, teknolojik değişimlere ayak uyduramama gibi değişiklikler meydana gelmektedir (3).

Büyükler insanları hayata bağlayan yeni roller kazanırken, sağlığını, eşini veya işini kaybeden yaşlılar ise uygunsuz bir kayıp duygusu yaşayabilmektedir (4). Sosyal yaşamın değişmesiyle birlikte insanın çevresindeki insan sayısı azalmakta ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde en önemli rolü aile üstlenmektedir. Akrabalarıyla birlikte yaşayan yaşlılar, yaşlılık döneminde diğer yaşlılara göre kendilerini daha mutlu hissedebilmektedirler. Günümüzde insanlar özellikle gelişmiş ülkelerde toplumda yalnız ve izole bir şekilde yaşlanmaktadır. Giderek başkalarıyla ilişkilerinin kaybı ya da yokluğu ve özellikle ilişkinin niceliğinden çok niteliğindeki eksiklikler bu durumu daha da belirginleştirmektedir (4, 5).

Toplumların modernleşmesiyle birlikte geniş aileden çekirdek aileye geçiş, ailenin bakım sağlamadaki rolünü azaltmış ve yaşlıları kendi ev ortamlarında yalnız ya da bir kurumda yaşamaya doğru yöneltmiştir. Yalnızlık duygusu kişinin arzuladığı arkadaşlık ve duygusal desteğin düzeyiyle ilgilidir. Yetersiz sosyal etkileşimle yaşayan yaşlı yetişkinlerin, gerekli sosyal destek, duygusal bağlantılar ve sosyal bağlantılar olmadığında yalnızlık duygusu yaşama olasılıkları daha yüksektir (5) ve yaş ilerledikçe aile içindeki ilişkilere duyulan gereksinim artmaktadır. Yaşlılıkla birlikte varolan hastalıklar, yalnız kalma korkusu ile umutsuzluk hissi, ölüm korkusu, depresyonla birlikte yaşlı kişileri bir dizi psikososyal sorunlara sürüklemektedir (6). Hayatın son evresinde yalnız olma,

yalnızken ölme korkusu toplumsal inançlarla ilişkilidir. Pek çok insan yalnızken ölmekten korkar. Bizi seven destekleyen insanların yokluğunda ölmek korkusu yalnızlığı daha derinleştirir (7).

Ölüm açıklaması zor olan bir kavramdır. Ölüm karşısında insan ona bazı anlamlar yüklemiştir. Ölüme yüklenen anlama göre ölümün tanımı değişmektedir. Ölüm kimilerine göre yok olmak anlamına gelirken, kimilerine göre de ölümsüzlük ve sonsuz bir hayatın başlangıcıdır (7, 8). Doğumla birlikte aslında ölüm süreci de başlamış olur. Fizyolojik olarak ölüm; dolaşım, solunum ve beyin işlevlerinin kesin ve geri dönüşümsüz bir şekilde durmasıdır (9). Doğal sebeplerden ölmek, yaşlılık nedeniyle ölmek ve saygınlığını yitirmeden ölmek, çoğu yaşlı için “iyi ölüm” diye isimlendirilir. Ölümün algılanması ve anlamlandırılması konusunda toplumsal ve kültürel farklılıklar vardır (9, 10). Ölüm algısı ve ölüme bakış açıları bireysel olarak büyük farklılıklar olduğu bilinmektedir. Ölüm kaygısı, insanların artık var olmadıkları bir durumu önceden tahmin ederek yaşadıkları kaygı durumudur. Kişinin ölümle ilgili kaygısını ve korkusunu anlatır ve ölümle ilgili tehdit, huzursuzluk ve rahatsızlık olarak ortaya çıkar. Düşük sosyal destek algısı yaşlı yetişkinler arasında karamsarlık ve yalnızlık ve yüksek ölüm kaygısıyla ilişkilendirilmiştir (10). Kişinin ölüme bakış açısı dengesiz ve ölçüsüz olduğunda korkusu artar, kendisiyle ve çevresiyle uyumunun bozulmasına neden olur (11). Ölüm kaygısı kişilerin yaşamını farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Bu kaygıya neden olan veya kaygıyı belirleyen pek çok etken bulunmaktadır. Kişinin stres ve kaygı düzeyi, aşırı duygusallık, kendini suçlama eğilimi, saldırgan davranış eğilimi, zaman baskısı altında hissetme, sahip olunan değerler ve benlik saygısı, hayatın anlamını kavrama durumu, psikososyal olgunluk ve inanç düzeyi bu etkenler arasında gösterilebilir (11, 12).

Ölüm kaygısı üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, ölüm kaygısıyla yaygın olarak ilişkilendirilen birçok etkenin olduğu görülmektedir. Bireyin yaşı, toplumsal cinsiyeti, karakter özellikleri, sosyokültürel çevresi, gelişimsel evreleri, dini değerleri yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip olup olmaması, aile dinamikleri ve yaşam tarzı gibi değişkenlerin, ilgili olguyla anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu bilimsel çalışmalarda vurgulanmaktadır (13). Bireylerin kendi ölümlerini ve sevdiklerinin ölümlerini muhakeme etmesi korkunun ve kaygının temel nedeni olabilmektedir. Yaşamın sonuna yaklaşan veya ölmek üzere olan insanlar, kendi ölümlerini deneyimledikleri zaman, ruhsal dünyalarında da yoğun değişkenlikler oluşmakta, etrafindakilere de bazı duygular yaşatmaktadır. Yaşlı yetişkinlerde

ölüm kaygısını biçimlendiren etkenler, toplumun genelinde gözlemlenen belirleyicilerle büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (13, 14). Her ne kadar hayatın erken evresinde baş edilebilecek bir durum olsa da yaşlılıkta kaybedilen herhangi bir aşk unsurunun, yeri doldurulamaz boşluk hissi yarattığına ve bireyin toplumsal bağlarının kopmasına neden olduğu düşünülmektedir. Toplumsal desteğin olmadığı yaşlı bireylerde ölüm riskinin arttığı, sosyal desteği yeterli olanlarda ise sağlıklı yaşam tarzı davranışlarında ve iyilik halinde iyileşme olduğu vurgulanmaktadır (14). Yaşlı bir kişi çeşitli nedenlerle (çevresindeki sevdiklerini kaybetmek gibi) kompulsif veya bilinçsiz olarak kendisini sosyal ilişkilerden soyutlayabilir. Başkalarından izole olmak ve yalnız kalmak yaşlılara hiçliği hatırlatır, hiçlik ölümü simgelemektedir, bunun bilinmesi sürekli ölüm kaygısına neden olur (15).

Her insan, yaşam ile ölüm hakkında bireysel inanışlara sahip olmaktadır. Bu dini inanışlar, sosyokültürel özellikler, ölüm olgusu ve yitim tecrübeleri, yakınları içindeki etkileşim ve başa çıkma tarzları gibi faktörler yaşlı bireylerin ve ailelerinin ölüme karşı nasıl tepki vereceklerini etkileyebilir (15, 16). Yaşlanmayla birlikte her bireyde farklı ihtiyaçlar ortaya çıkar. Bu ihtiyaçların sağlık profesyonelleri tarafından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin yapılması yaşlının hayat standartlarını iyileştirmesinde çok önemlidir ve bu yönde bakımı güçlendirir. Ayrıca, yaşlı bireylerin özerkliklerini güçlendirmek, duygusal ihtiyaçlarını karşılamak ve depresyon, kaygı, yalnızlık gibi sorunlara uygun destekleyici müdahalelerde bulunmak hemşirelerin temel sorumluluklarındandır (16). Bu çalışma ile artan yaşla gelişen yalnızlık düzeyi ve ölüm kaygısı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı. Önceki çalışmalar daha çok kurumlarda yaşayan yaşlılarla ilişkilidir (17). Yaşlı popülasyonla ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmalara rağmen yaşlılıkla bağlantılı faktörler yeterince anlaşılamamıştır. Bu gerekçeden hareketle, çalışmada toplumda kendi ev ortamında yaşayan 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yalnızlık ve ölüm kaygısının araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmada Rize ili Çamlıhemşin bölgesindeki yaşlı nüfusa yönelik bilgi edinilecektir. Yine yaşlı bireylerde yalnızlık ölüm kaygısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler incelenecektir. Bu çerçevede bu çalışmada aşağıda belirtilen araştırma soruları sorulmuştur:

Araştırma sorusu 1: Ev ortamında yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeyi nedir?

Araştırma sorusu 2: Ev ortamında yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyi nedir?

Araştırma sorusu 3: Ev ortamında yaşayan yaşlıların yalnızlık ve ölüm kaygısını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

2.1.1. Yaşlı, Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaş terimi, bireylerin bulunduğu anı ve sayısal olarak geçirilen yılları tanımlar. Yaşlı, yaşlanma ve yaşlılık terimleri genellikle benzer anlamlar taşısa da farklı şekillerde kullanılırlar. “Yaşlı”, genellikle bir nitelik belirtme sıfatı veya bir kavram olarak kullanılırken, “yaşlanma” zamanın sürecini kapsar ve “yaşlılık”, belirli bir yaş eşiğini geçtikten sonra başladığı kabul edilen bir yaşam dönemini ifade eder (1). Yaşlanma, bireyin biyolojik olarak yaşının ilerlemesini açıklarken, “yaşlılık” terimi genellikle sosyal bir olguya işaret eder (18). Yaşlılık; yaşam içinde mecburi ve doğal bir zaman dilimidir. DSÖ’ne göre “bireyin çevresel ve dış faktörlerle uyum içinde olma yeteneğinin giderek azalması” olarak tanımlamıştır (19).

Yaşlanma, organizmada hücrelerden dokulara ve sistemlere kadar uzanan, işlevsel ve yapısal değişimlerin meydana geldiği geri dönüşsüz bir süreçtir (21). Doğumla başlayan bu süreç, her bireyin yaşamı boyunca farklı biçimlerde ilerlemekte ve ölümle son bulmaktadır. Yaşlanma, bireyin yaşına bağlı olarak psikolojik, biyolojik ve toplumsal açıdan değişmesi anlamına gelir. Bu süreç, kişinin bireysel deneyimlerini ve yaşlanmanın toplumsal etkilerini içeren biyolojik, psikolojik ve toplumsal bir zaman dilimini içerir (20, 22). Bireylerin bu süreci başarılı biçimde sürdürebilmesi ve doğru bir olgunlaşma süreci içinde olmaları, aile ve sosyal çevresiyle iletişimlerini sürdürmelerıyla ilgilidir (23).

Yaşlanma sürecinde, organizmanın iç ve dış uyaranlara uyum gösterme kapasinde değişim meydana gelmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte uyum problemi biraz daha fazla artmakta, yaşamın anlamı ise farklılaşmaktadır. Yaşlanma zamanı tüm bireylerde benzer değildir. Bu duruma genetik, çevre, hastalık durumu ve duygular gibi faktörler sebep olmaktadır (24).

2.1.2. Yaşlılık Sınıflandırması

Yaşlı olma zamanını daha iyi anlayabilmek için sınıflandırma şeklinde açıklamanın faydalı olacağı düşünülmektedir. Yaşlılık, biyolojik, kronolojik, psikolojik, ekonomik ile sosyolojik yaşlanma şeklinde sınıflandırılmaktadırlar (25).

Biyolojik yaşlanma, bireyin genetik özellikleri, çevresel koşulları ve yaşam biçimi gibi unsurların etkisiyle kronolojik yaşından farklılık gösterebilen fizyolojik ve biyolojik

durumunu tanımlamaktadır (26). Bireyin vücut gelişimi sürecinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelir. Bu durum, zamanla birlikte farklı hücresel ve moleküler hasar birikimlerinin etkisiyle oluşur. Sonuç olarak, bu süreç, kişinin fiziksel ve zihinsel yeteneklerinde bir azalmanın yanı sıra hastalık riskinin artmasına da yol açar. Bu olayların ilerlemesi durumunda ise ölüm riski ortaya çıkabilir (27). Temel olarak anne karnında döllenme ile başlayan, zaman içinde hızlanan ve orta yaşın son evrelerinede dış görünüşte farklılaşmalar “saçların beyazlaması, deri kırışması, kas gücünün azalması, görme ve işitme gibi bazı duylarda azalmalar” şeklinde oluşan dış görünüşteki olumsuz değişimlerdir. Unutkanlık, kavgacılık gibi kişilik farklılıkları, kronik hastalıkların artışıyla kendini gösterir. Biyolojik yaşlanmanın belirtileri, genel yaşlanma süreçlerinin bir parçasını oluşturur. Bunlar çoğu zaman belirgin olarak ortaya çıkan ve ağır şekilde artan psikolojik ve sosyal becerilerdeki farklılıklardan pek daha önce görülebilir (28). Biyolojik yaşlanmanın oluşumunda genetik faktörlerin yanı sıra yaşam alışkanlıkları ve çevresel etmenler de önemli rol oynamaktadır. Bu unsurlar arasında genetik faktörlerin biyolojik yaş üzerindeki etkisinin yaklaşık %20 oranında olduğu belirtilmektedir (29). Ayrıca vücut hareketliliği, beslenme biçimi ve sigara alışkanlığı benzeri hayat tarzına ilişkin faktörlerin de hücresel yaşlanma üzerinde belirleyici olduğu ifade edilmektedir. Aynı şekilde, 2018 yılında Horvath ve Raj tarafından yürütülen çalışmada, beslenme alışkanlıklarının epigenetik yaşlanma üzerinde yavaşlatıcı bir rol üstlendiği belirlenmiştir (30).

Kronolojik yaşlanma, kişinin doğduğu tarihe göre içinde olduğu yaştır (31). Takvim yaşına bakılan bu yaşlanma sınıfı kişinin kontrolü olmadan oluşur. Kendine dikkat etmek, sağlığını korumak, psikolojik olarak sağlam olmak, sosyal hayatında etkin olmak gibi pozitif ya da negatif faktörlerden etkilenmez (32). Kronolojik yaşlanma, genetik yapıya bağlı olarak bireyler arasında farklı etkiler gösterebilmektedir ve temelinde kolajen ile elastinde meydana gelen biyokimyasal değişimler yer almaktadır (33). Bu süreç yalnızca deriyi değil, deri eklerini, sinirleri ve deri fonksiyonlarını da etkileyebilmektedir. Klinik açıdan bakıldığında cilt kuru, soluk, gevşek ve pürüzlü bir yapıya sahip olmakta, pigmentasyon ise düzenli bir dağılım sergilemektedir. Ayrıca cildin incilmesi ve atrofiye uğraması sonucunda benign tümör oluşumlarının görülme sıklığında artış meydana gelmektedir (33, 34).

Psikolojik yaşlanma, bireyin yaşını nasıl hissettiğiyle doğrudan ilişkilidir ve bu algı; bilişsel işlevler, duygulanım, hareket kabiliyeti ve içsel motivasyon gibi unsurlar

tarafından belirlenebilir (35). Psikolojik yaşlanma, bireylerin yaşamlarının çeşitli evrelerinde farklı seviyelerde değişiklik gösterebilir ve kişiler arasında önemli farklılıklar ortaya çıkabilir (36). Gelişim psikolojisi alanında yapılan araştırmalar, psikolojik yaştan bilişsel gelişimle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Kendisini daha yaşlı hisseden kişilerin, kendisini daha genç algılayan kişilere kıyasla daha düşük bilişsel işlev seviyelerine sahip oldukları bildirilmiştir (37). Yaşlı bireyler; yaşadıkları ruh halini sıhhatle betimlemiyorlarsa dışardan bakıldığında ruhi çöküntü içinde gözükürler. Yaşlı bireyler kendilerini korumak, korku ve endişelerini yok etmek için farklı davranış şekilleri olarak alınganlık, şüphcilik, istifcilik, farklılıklara direnmek ve fazla evhamlılık vb davranışlar sergileyebilirler (38).

Ekonomik yaşlanma, kişinin yaşlanmasına bağlı olarak çalışamaması sonucu ekonomik girdi oluşturmaması, yaş aldıkça edindiği paranın azalması, fazla olan enflasyon ile gelirin azalmasının elinde olmaması, emeklilikten elde ettiği paranın yetmemesi, geçmiş senelere göre daha çok hastalandığından gelirinden ve biriktirdiklerinden hastalıkları için fazla harcamak zorunda kalması sonucu oluşabilmektedir (32). Yaşlının ekonomik zorlukları onu başka yönlerden de etkiler. Örneğin ekonomik sıkıntı çeken bir yaşlı, sosyal çevresi ile etkileşime girmekten kaçınabilir. Başka bir deyişle ekonomik yaşlanma, gelir değişimlerinin etkisiyle yaşlı bireyin hayat biçiminin değiştiği ve çoğunlukla emeklilikle başlayan evreyi ifade eder (39).

Sosyolojik yaşlanma, bireyin içinde bulunduğu toplum ile kurmuş olduğu iletişim ve etkileşim sürecinde ortaya çıkmaktadır. Bireylerin görev, rol ve sorumlulukları içerisinde bulundukları toplumun değerlerine, yaşına, cinsiyetine ve sosyal konumuna göre tanımlanmaktadır (39, 40). Tüm toplumlarda belirli bir yaşa uygun roller ve sorumlulukları belirleme eğilimi vardır. Örneğin, toplum tarafından büyükannelik, büyükbabalık durumlarına uygun davranış kalıpları belirlenir ve yaşlıların bu kalıplara uyması beklenir. Bu tarz beklentiler yaşlılığın sosyal tanımı içinde değerlendirilmektedir (40). Kısaca sosyolojik yaşlanma; toplumun belirlediği yaşa uygun davranışlar gösterme olarak tanımlanabilir. Toplumsal yaşlanmanın belirleyici unsurlarından biri, kişinin yaşını nasıl algıladığını ifade eden yaş kimliğidir. Yaş kimliği; biyolojik ve bilişsel süreçler gibi içsel faktörlerin yanı sıra, sosyal normlar ve kültürel kabuller gibi dışsal etkenlerle de oluşmaktadır (41). Ayrıca, pozitif yaş kimliği geliştiren yaşlı bireylerin, negatif yaş kimliği

geliştirenlerle kıyasla daha fazla bilişsel ve bedensel iyilik seviyelerine bulundurdıkları ileri sürülmektedir (42).

2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Birleşmiş Milletler’in 2023 yılına yönelik küresel demografik tahminlerine göre, dünya genelindeki toplam nüfusun 8 milyar 45 milyon 311 bin 448 kişi olduğu, yaşlı birey sayısının ise 807 milyon 790 bin 294 olduğu öngörülmektedir. Bu verilere göre, yaşlılar dünya nüfusunun yaklaşık %10’unu oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30.1 ile İtalya ve %23.6 Japonya, %24.5 ile Finlandiya olarak belirlenmiştir. Türkiye ise, 184 ülke içinde yaşlı nüfus oranına göre 67. sırada yer almıştır (2).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) yayımladığı verilere göre, 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşan yaşlı nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken, son beş yılda %21.4 oranında bir artış göstererek 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişiye ulaşmıştır. Bu yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı, 2018’de %8.8 iken 2023’te %10.2 seviyesine çıkmıştır. 2023 yılı itibarıyla yaşlı nüfusun %44.5’ini erkekler, %55.5’ini ise kadınlar oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerin genel nüfus içindeki oranının %10 eşikini aşması, toplumda yaşlanma sürecinin ilerlediğine işaret etmektedir. Ayrıca yaşlı nüfus artış hızının, diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir (2).

Demografik dönüşüm olarak tanımlanan küresel yaşlanma süreci kapsamında yer alan Türkiye’de, doğurganlık ve ölüm oranlarındaki düşüşün yanı sıra sağlık hizmetlerindeki ilerlemeler; yaşam kalitesinin, refah düzeyinin ve doğumda beklenen yaşam süresinin artmasına katkı sağlamış ve bu durum, nüfusun yaş dağılımında önemli değişikliklere yol açmıştır. Bu dönüşümle birlikte çocuk ve genç nüfusun toplam içindeki payı azalırken, yaşlı bireylerin oranında belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Türkiye her ne kadar yaşlı nüfus oranı açısından hâlen görece genç ülkeler arasında bulunsada yaşlı bireylerin mutlak sayısı dikkate alındığında bu grubun önemli bir büyüklüğe ulaştığı görülmektedir (2).

İleri yaş grubu, kendi içinde farklı yaş gruplarına ayrılmaktadır. Bu gruplandırmaya göre, 65-74 yaş aralığı “genç yaşlı”, 75-84 yaş aralığı “ileri yaşlı” ve 85 yaş ve 85 yaş üstündeki ise “çok ileri yaşlı” diye tanımlanmaktadır. Yaşlanma süreci tekdüze ilerleyen bir durum olmadığından, bu süreç farklı evrelere ayrılmaktadır. Örneğin, genç yaşlı bireyler çoğunlukla orta yaşlılarla benzer yaşam koşullarına sahipken, çok ileri yaş

sınıftaki kişiler, farklı yaş sınıflarına oranla daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır (43). Düşük doğurganlık oranları ve yetişkin ölümlerinin azalması, dünya genelinde nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır. Geçmiş yüzyılda gelişmiş ülkelerde gözlemlenen bu demografik dönüşümün, günümüzde gelişmekte olan ülkelerde de yaşanmaya başladığı dikkat çekmektedir (44).

2.1.4. Toplumun Yaşlıya Bakış Açısı

Yaşlı olarak tanımlanan kişilere bakış açısı toplumlara göre değişiklikler göstermektedir. Geleneksel karaktere sahip gelişmekte olan veya gelişmemiş toplumlarda yaşlı, kültürün devamı ve korunmasında, genç neslin yetiştirilmesinde önemli rolleri olduğuna inanılan, deneyimli, zor zamanlarda danışılan bir birey özelliğindedir. Gelişmiş ve modern toplumlarda yaşlı, parçalanmış bir aile modeli içinde üretken olmayan, üretenlere yük olan, enerjisi tükenmiş ve ölmesi gerektiği düşünülen bir canlı olarak görülebilmektedir (45).

Toplumumuzdaki yaşlılara bakış açısını incelediğimizde iki farklı bakış açısı tespit edebiliriz. Olumlu yaşlanma algısı ve olumsuz yaşlanma algısı. Bu yaşlılık algısının yaşlılarımızın yaşama ve yaşlanmaya bakış açısını etkilediği düşünülmektedir. Bulgular, yaşlılığa ilişkin olumlu algının toplumumuzdaki aktif, sağlıklı, olgun, kendi kendine yetebilen ve bağımsız yaşlı nüfusun şekillendiğine işaret etmektedir (45, 46). Olumsuz yaşlılık algısının, ileri yaşlarında, özellikle 85 yaş ve üzerinde olan, bağımsız olarak kendi bakımını yapamayan yaşlı bireylerle ilişkili olduğu yaygın kanıyı işaret etmektedir. Genel olarak bir birey, özellikle de yaşlı bir kişi, kendisini gerçek yaşından daha genç hissetme eğilimindedir ve bu, yaşlanmayla ilişkili olumsuz tutumlardan ve önyargılardan kaçmak açısından özellikle yararlı olabilir (46).

Halkımızda köylerde yaşayan yaşlı bireyler sürekli olarak aktif ve meşguldürler. Güçlerinin el verdiği kadar tarımsal olarak aktif olmaya çalışır. Eğer bir şey yapamıyorsa hiç olmazsa evi bekler, evde çocuk varsa çocuğa bakar tavukları yemler, tarlada çalışanlara yemek hazırlamak gibi işlevleri yürüterek aile içindeki yerini korur (46, 47). Kırsal bölgelerde ailelerin birkaç kuşak birlikte yaşaması yaşlı kişilere saygı ve bakımın korunmasına katkıda bulunur. Günümüzde kentlerdeki yaşlılar, şehir hayatına uyum sağlamakta sorun yaşamakta, kendilerini aileleri tarafından yalnız bırakılmış hissetmekte ve ekonomik olarak şehir hayatında güçlük yaşamaktadır (47).

Yaşlı bireye karşı olumsuz algının oluşması sadece insanlar tarafından değil farklı medya ve kültürel içerikler aracılığıyla da buna yol açabilmektedir. Genç bireylerin okuduğu gördüğü karikatürlerde ya da kitaplarda yaşlı bireylerin olumsuz bir imaja hâkim olması yaşlılık ile ilgili negatif algı ve düşünceleri pekiştirmektedir (48). Aileler, arkadaşlar ile toplumda farklı bireyler tarafından ötekileştirilen yaşlıların yaşlı olma konusundaki fikirleri sağlıklı olma durumuyla ilgili farklılık gösterebilmektedir. Hasta, bağımlı olan kişiler olumsuz yaşlı olma bakış açısına sahipken sağlık durumu iyi olan kişiler daha çok olumlu bakış açısını ifade etmektedirler (49). Bireylerin sağlık, eğitim, ekonomik ve medeni olma durumları içinde bulunduğu toplumun yaşlı bakış açısının şekillenmesinde önemli bir faktördür (50).

Yaşlılık, kültürel bağlamda değerlendirilmesi gereken bir olgu niteliğindedir (51). Bratt ve Fagerström tarafından yapılan çalışmada, yaşlanmaya karşı olumsuz tutumların toplumda yaygın olduğunu ancak yaşlı yetişkinlerin bu tutumları nasıl algıladığını araştıran çalışmaların sınırlı olduğunu belirtmektedir (51, 52). İsveç'te yapılan bir çalışmada, 66-102 yaş arasındaki 698 yaşlı yetişkinin yaşlı nüfusa yönelik algılarını ve bu algıların yaşam memnuniyeti, öz şefkat ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlar, katılımcıların %25.7'sinin olumsuz tutumlar sergilediğini ve bunun daha düşük yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Öz şefkat ise daha yüksek yaşam memnuniyeti ve daha iyi zihinsel yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (52). Algılanan tutumlar, yaşam kalitesi, öz şefkat ve yaş, katılımcıların yaşam memnuniyetinin %44'ünü açıklamaktadır. Araştırma, yaşlı yetişkinlerin yaşam memnuniyetini etkileyen faktörlerin sağlık kayıplarının yaşam kalitesine etkisini anlamının önemli olduğunu vurgulamaktadır (52, 53).

2.1.5. Yalnızlık

Günümüzde yalnızlık kavramı birçok toplum tarafından kişilerin hayatları boyunca karşılaştığı ve farklı kademelerde tecrübe ettiği, yaşamın bir gerçeği olarak açıklanmaktadır (53). Literatüre bakıldığında yalnızlık kavramının çeşitli anlamları görülmektedir. Sullivan yalnızlık kavramını, bireylerin arasındaki ilişkilerden oluşan sorunlar nedeniyle bireyde huzursuzluk hissi yaratan istenilmeyen bir olay olarak tanımlamıştır (54). Kozaklı'ya göre yalnızlık, "kişiye acı ve sıkıntı veren, kişinin psikolojik, fiziksel ve sosyal bütünlüğüne karşı oluşan bir tehlikedir" (55). Yalnızlık, yüzlerce yıl boyunca dünyanın her yerindeki tüm kültürlerde, edebiyatta, şiirde ve şarkılarda işlenmiş olan bir temadır. Evrensel hayat

deneyimi yani bireyler açısından tanınan en yaygın deneyimlerden biri olmasına rağmen tanımlamak çok zordur. Ölçülmesi imkansızdır ve pek çok zaman kişilerin başka birisine yalnızlığını açıklaması ızdırıp veren bir durumdur (56). Weiss, yalnızlık kavramını duygusal yalnızlık ile sosyal yalnızlık diye iki şekilde tanımlamıştır. Sosyal yalnızlık, bireyin çevresiyle etkileşimde yetersizlik hissi yaşaması ve ortak ilgi alanlarına dayalı aktiviteleri paylaşırken kendisini bu etkinliklerin ya da grubun bir parçası olarak hissetmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Duygusal yalnızlık ise, bireyin başkalarına karşı kişisel bir mesafe hissetmesi, yakınlık bağlarını zayıf algılaması ve kabul görmediğini hissetmesiyle açıklanmaktadır (57). Yalnızlık duygu olarak insanlarda sevgi, şevkat gibi temel duygusal gereksinimlerin karşılık görememesi sonucunda ve karşılıklı güven eksikliği durumlarında ortaya çıkan sosyal ilişkilerin oluşamaması durumunda ortaya çıkmaktadır (58). Hayat doyumunu negatif şekilde etkileyen temel sebeplerden yalnızlık kavramı, kişilerin sosyal ilişkilerinde eksiklik hissetmesidir (59). Yalnızlık üzerine yapılan araştırmalarda, bireyin fiziki kayıp yaşaması, artan engelliliği, bireyin eş dost ortak gibi yakınlarını kaybetmesi, kişisel ve sosyal kaynaklarını kaybetmesi, refah düzeyini düşürerek yalnızlık yaşamasına neden olmaktadır (60).

2.1.6. Yaşlılıkta Yalnızlık

Yalnızlık yaşlı kişilerin fiziksel sağlığının ve ruhsal sağlığını olumsuz şekilde etkilediği için özellikle yaşlılık sürecinde yalnızlık duygusunun incelenmesi önemlidir (61). Yaşlılık ile beraberinde ortaya çıkan fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişimler, yaşlı kişilerin kendi içine dönmesine, halktan ve etrafındakilerden uzak kalmasıyla birlikte yalnızlık duygusunu en derinden hissetmelerine neden olmaktadır (62).

Yaşlılık, yaşam sürecinde yalnızlığın en fazla yaşandığı dönemdir (63). Yalnızlık üzerine yapılan araştırmalarda, bireyin fiziki kayıp yaşaması, artan engelliliği, bireyin eş dost ortak gibi yakınlarını kaybetmesi, kişisel ve sosyal kaynaklarını kaybetmesi, refah düzeyini düşürerek yalnızlık yaşamasına sebep olmaktadır (60). Yaşlılık süresi boyunca kişinin değerli aile üyelerinin ve arkadaşlarının kaybedilmesiyle birlikte yalnız duygusunun acı hissiyatına sahip olma olasılıkları da artmıştır (64). Yaşlı bireyler arasında yalnızlığın oldukça yaygın olduğu ve bu grupta yalnızlık oranının %40 civarında seyrettiği belirtilmektedir (65).

Yalnızlık kavramı yaşlı bireylerde birçok fiziksel, sosyal ve duygusal farklılaşmaya neden olmaktadır. Yalnızlık hissi depresyon, psikosomatik sorunlar, solunum sistemi

sorunları, mide rahatsızlıkları ve hatta ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir (65, 66). Bu duygu ile bağlantılı sağlık problemleri, bireyin medeni durumu, yalnız ya da birlikte yaşamını sürdürme durumu, ekonomik faktörler, sosyal etkileşim düzeyi ve yaşam memnuniyeti gibi çeşitli faktörlere göre değişiklik gösterebilir (66).

Çekirdek aile içinde eskisine benzer ekonomik ve manevi yaşam yükünü paylaşamayan yaşlı bireyler, en içten duygularının kaybolması, saygının zayıflaması ile yeni yaşam modelinde kendini tek başına hissetmekte ve daha fazla mutsuz olabilmektedir (67). Bu dönemde var olan sağlık sorunları, görsel ve işitsel sistem yetersizlikleri de yaşlı bireylerin gündelik hayatını takip etmesini zorlaştırır ve toplum içinde yalnız kalmasını güçlendirir (68).

“Sosyal bağlantılardaki yoksunluk ile yetersizliğin neden olduğu, bireyleri pek memnun etmeyen, psikolojik bir durum” diye açıklanan yalnızlık kavramı, bedensel ve psikolojik sağlık problemlerinin ana kaynağı olabilmektedir (69). Kişinin psikolojik olarak iyi olma hissini tehlikeye atan uzun bir süreç olan yalnızlık kavramı depresyon ve intihara neden olabilmektedir (70, 72). Psikososyal farklılıklar, yetersiz destek, giderek artan iletişimde bozulma yaşlıda izole olma duygusunu geliştirir ve kaygı sorunlarına neden olabilir (69, 73). De Beurs ve arkadaşları kaygı durumunun yaşlı insanlar üzerinde kayda değer bir etkisinin olduğunu ileri sürmektedirler. Bu kesimde, kaygı belirtileri ve rahatsızlıkları; fiziksel hareketliliğin azalması, sağlıkla ilgili olumsuz kişisel algılar, yaşamdan duyulan tatminin düşmesi ve yalnızlık hissini artması gibi durumlarla bağlantılı bulmuşlardır (74).

2.2. Ölüm

Yaşam ve ölüm, birbirinden oldukça ayrı kavramlar gibi algılanmakla birlikte bazı yaklaşımlara göre bu ikisi bir bütünlük oluşturmaktadır, ölüm yaşamı tamamlayıcı bir unsur olarak görülmektedir (75). İnsanlar için doğum anının başından var olan tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temeli olarak görülmekte ve var olmama tehdidini de içinde barındırmaktadır. Ölüm, tüm yaşayan canlılar için geçerli olan, fiziksel ve psikolojik varoluşun, geri döndürülemez bir biçimde sona ermesine işaret eden bir olgudur. Biyolojik olarak tüm faaliyetlerin durmasıyla beraber hücresel düzeyde bir tür yok oluş başlamaktadır (75, 76). Ölüm, hayatın kesin olarak sona ermesi anlamına gelir ve canlı organizmanın kendini yenileyememesiyle, hayati organların işlevini yitirmesi sonucu meydana gelir. İnsanlar yaşamları boyunca ölüm gerçeğinin farkında olarak yaşarlar ve bu

farkındalık, hayatın anlamını şekillendirir. Ölüm algısı gelişimsel yaşa, toplumsal normlara, din ve kültüre göre farklılık gösterir. Bireyler, çevrelerinde yaşanan ölümlerden edindikleri deneyimlerle, ölüme karşı tutumlarını oluştururlar. Ölüme karşı geliştirilen tutumlar toplumsal normlara, dine, kültüre göre değişkenlik göstermektedir (77-81).

2.2.1. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı, doğduğumuz andan itibaren varolan, hayatımız boyunca süre gelen, tüm korkuların zemininde yatan, kişinin karakter yapısının oluşumunda önem arz eden, kişinin olmayacağını, bedenini ve var olduğu hayatı kaybedeceğinin, yok olacağını farkındalığıyla gelişen bir histir (82). Çalışmalarda bireyin ölüm veya ölmeye ilişkili kaygı, endişe ve korku tecrübelerini; kişinin var olma durumunu riske atan doğru veya hayali algılar tarafından oluşan tedirgin edici duygular; var olmamanın yaygın korkusu ve bu durumu deneyimleme kaygısı gibi kavramlarla çeşitlendirilmiştir. Ayrıca bilinçdışında yerleşmiş olan ölüm korkusu, belirli bir kavramsallaştırma aşamasına gelmeden önce hayatın erken dönemlerinde şekillenen bu korku, dilin ve hayal gücünün ötesinde karmaşık ve tamamlanmamış bir his olarak da ele alınmaktadır (82, 83).

Ölüm kaygısının nedeni her birey için aynı değildir. Örneğin; bazı kişiler sevdiklerinden mahrum kalacağı düşüncesiyle, bazıları öldükten sonra böcekler tarafından yeneceği düşüncesiyle bazıları da sosyal hayatlarındaki mevkilerinden ayrılacakları düşüncesiyle ölüm kaygısı yaşarlar. Toplumdan uzaklaşmak, ölüm anında yalnız kalacağı düşüncesi, yalnız yaşamak kaygısına neden olabilir (83). Ölüm kaygısıyla yaş kavramı birlikte düşünülerek yazılan yazınlardaki araştırmalarda farklı sonuçlar görülmektedir. Bazı araştırmalar kişinin kendi ölümüne yaklaşmasının ölüm kaygısını arttırdığını öne sürerken diğerleri ise yaşlı bireylerin ölümü daha fazla kabullendiklerini çünkü bu duruma kendilerini hazırladıklarını fakat ölüm zamanında neler olacağıyla ilgili endişeler taşıdıklarını belirtmektedirler (84). Analitik psikolojinin önemli temsilcisi ve kurucusu olan Jung, ölüm kaygısının yaş ile bir şekilde arttığını ve bu durumun yaşlı bireylerin kendilerini ölüme hazırlama süreçlerini etkilediğini vurgulamıştır (75).

Yalom'a göre, ölüm kaygısı, insan varoluşunun temel kaygılarından biri olup, erken yaşlarda başlayarak yaşam boyunca kaygı üretmeye devam etmekte ve bu kaygı her zaman açık ve bilinçli bir biçimde deneyimlenmez; bazı bireylerde ölüm korkusu doğrudan hissedilirken, bazılarında ise bu kaygı, yaygın bir rahatsızlık veya psikolojik disfonksiyon şeklinde ortaya çıkabilmektedir (85). Ölüm kaygısı hem doğrudan hem de

dolaylı yollardan psikolojik bozukluklara zemin hazırlayabilmesine rağmen, aynı zamanda bireyin kişisel gelişimi için de yönlendirici bir rol üstlenmektedir. Kontrollü düzeyde var olan kaygı, bireyin farkındalığını artırarak yaşam enerjisinin canlı kalmasına katkıda bulunur. Bununla birlikte, ölüm kaygısı, bireyin yaşam doyumu ile de yakından ilişkilidir; hayatta belirlenen hedeflere ulaşamayan bireylerde bu kaygı daha yoğun yaşanmaktadır (85, 86). Psikolojik sağlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen kapsamlı araştırmalar, bu iki değişken arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir; yani ölüm kaygısındaki artış, psikolojik iyi oluş düzeyinde azalmaya neden olmaktadır (86, 87).

Ölüm kaygısı terimini açıklamak amacıyla; yaşamın sona ermesine dair tedirginlik, derin bir huzursuzluk duygusu ve sonsuzlukla ilgili endişe gibi kavramlara yer verilmiştir. Bu ifadeler çoğu zaman birbirinin yerine kullanılsa da “ölüm kaygısı” ve “ölüm korkusu” kavramları farklı anlam düzeylerinde ele alınmakta ve ayrı şekilde tanımlanmaktadır (88). Çeşitli faktörlerin, özellikle yaşı, cinsiyeti, karakteristik özellikleri, kültürel etkenleri, evrimsel süreçler, dini inanışlar ve ölüme neden olabilecek hastalıklar gibi olayların ölüm kaygısıyla alakalı olduğu tespit edilmiştir (88,89). Yapılan çalışmalar da insanın yaşam sonuna dair duyduğu kaygının çok yönlü ve derin bir olgu olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırmalarda öne çıkan temel boyutlar; belirsizlik ve yalnız kalma endişesi, sevdiklerini yitirme korkusu, bireysel kimliğin yok olacağına dair düşünceler, ölüm sonrası cezalandırılma ihtimali, geride kalan yakınları için duyulan kaygı, kontrolü kaybetme korkusu, ölüm anı ve sonrasına ilişkin acı çekme düşüncesi, bedenden ayrılma ve varlığın tamamen sona ermesiyle ilgili duyulan tedirginliktir (89, 93). Bu çerçevede öne çıkan boyutlar aşağıda özetlenmiştir.

Belirsizlik korkusu: Belirsiz durumlar kişilerde kaygıya neden olmaktadır. Ölüm ve ölüm sonrasındaki belirsizlik, ne olacağının bilinmemesi kişi için korkunun ve kaygının kaynağını oluşturabilmektedir (89).

Bedeni kaybetme ve yok olma korkusu: Vücudun bir bölümünün farklı bir nedenle kaybedilmesi, bireyde utanma, küçüklük hissi ve yetersizlik gibi pek çok negatif düşüncenin ortaya çıkmasına, ayrıca benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır. Bireyin ölümle birlikte bedensel varlığının tamamen sona ereceğine inanması, ölüm olgusunu yoğun bir korku ve endişe kaynağına dönüştürebilir (89).

Acı duyma korkusu: Kanser, AIDS, uzun süreli ve ilerleyici hastalıkların ölüme neden olması, bireylerde hastalık ile ölüm arasındaki güçlü bağlantıya dair bir farkındalık oluşturur. Bu hastalıkların seyrinde yaşanan fiziksel acılar, ölümün de benzer şekilde sancılı bir süreç olabileceğine dair düşünceleri tetikleyebilmektedir (91).

Yalnızlık korkusu: Birey yakınlarından uzak kalmak zorunda olduğu ölümcül hastalıklar ve hastane koşullarında tedavi edilmesi gereken durumlarda kendisini izole ve yalnız hissetme durumu yaşayabilir. Bu hâl, sıklıkla çevresindekilerin kendisine uzak mesafe koymasıyla daha derinleşir. Bu şekilde birey hem ölüm ile yüzleşmenin hem de insanlardan terk edilme korkusunun getirdiği yoğun kaygıyı birlikte tecrübe edebilir (92).

Yakınlarını kaybetme korkusu: Birey açısından, yakın aile üyelerinin ya da yakın bir çevresindeki bir dostunun vefatı büyük bir hüznün nedenidir. Birey, akrabalarını kaybetme endişesi taşır ve onların yokluğunda hayatta olmaktan kaygı duyar (93).

Denetimi kaybetme korkusu: Hastalık durumunda ya da ölüme neden olan bir hastalığın son süreçlerinde, bireyin vücut kontrolünün yavaşlaması, benlik açısından bir tehlike olarak algılanmakta ve bu durum dolayısıyla bireyde kaygı ve korku yaratmaktadır (93).

Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Bireylerde hasta olma ve ölümlle, yakın çevresinden ayrılma korkusunun ortaya çıkması muhtemeldir. Akrabalarını ve arkadaşlarını kaybetme, bu kişilerle kurulan ilişkilerden mahrum kalma durumu, bireyin kimlik duygusunu sarsma potansiyeline sahiptir. Bu süreçte, bireyin özsaygısını yitirmesi, ümitsizlik hissine kapılması ve değersiz olma düşüncelerinin gelişmesi söz konusu olabilmektedir (89).

Gerileme korkusu: Ölümün yaklaşmakta olduğunu düşünen insan oğlu, bu durumun etkisiyle gerileme sürecine girdiğini düşünebilir ve korku hissi yaşayabilir (89).

Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu: Farklı inançlarda, bireyin yaşamını yitirmesinin ardından cezalandırılma ve ruhsal ya da metafiziksel acılar gibi olaylara maruz kalacağı inanışları mevcuttur. Aynı zamanda, ölüm olayının derin bir acı ve üzüntü taşıdığına inanılır (90).

2.2.2. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı

Yaşlanma sürecinde zamanın daha hızlı geçtiği hissi artar. Yaşlılık dönemindeki değişiklikler, kronik hastalıklar ve yetersiz fizik gücü ile kendini daha fazla hissettiren

ölüm düşüncesini, bazı yaşlıların kabullendiği görülürken bazı yaşlıların kabullenmeyerek yerini kaygıya bıraktığı görülmektedir (17). En temel kaygılardan olan ölüm kaygısı, her bireyde farklı şekilde şiddetine gösterirken, fiziksel engeller ve problemler, kronik durumlar, bağımlılık, önemli kayıplar, emeklilik ve yalnızlık durumları bireyin hissettiği ölüm kaygısının artmasına katkıda bulunur (94).

Yaşlı bireyler, kendilerini ölüm olgusuna fazla yakın olduklarını hissederler. Birey, her geçen gün ve saat içerisinde ölüm gerçeğine bir adım daha yaklaştığını fark eder (94, 95). Fiziksel kapasitesindeki azalma çeşitli sağlık problemleriyle karşı karşıya kalma, azalan üretkenlik kişiyi, genellikle derin bir güçsüzlük hissiyle karşı karşıya bırakabilir. Bu durumda, yaşlı bireye psikolojik ve duygusal açıdan en fazla desteği ailesinden alır (95).

Doğal nedenlerle ani biçimde yaşamını yitirmek, yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak hayatını kaybetmek ve toplumsal saygınlığını yitirmeden vefat etmek, pek çok birey tarafından “iyi ölüm” olarak nitelendirilmektedir. Yaşamını verimli ve anlamlı bir şekilde geçirmiş yaşlı bireyler, ölümü uzun ve dolu dolu geçen bir hayatın doğal bir tamamlayıcısı olarak görebilirler (95, 96). Bu bireyler, yaşamdan duydukları genel memnuniyet doğrultusunda ölüm olgusunu daha kolay kabullenebilirler. Buna karşın, yaşamları boyunca tatmin edici bir deneyimden yoksun kalmış kişiler, geçmişe duyulan pişmanlıklar ve yeniden yaşama arzusu ölüm korkusunu açığa çıkarır. Yaşam süresinin sınırlanması bireylerde umutsuzluk duygusunu pekiştirir; dolayısıyla ölüm, kaçınılması gereken bir gerçeklik olarak algılanır ve mümkün olduğunca ertelenmesi arzulanır (94, 96).

Sosyal çevrede meydana gelen kayıplardan kaynaklanan sosyal ölüm, yaşlanma sürecini hızlandırmakta ve biyolojik ölüm sürecini kolaylaştırıcı bir etki yaratmaktadır. Toplumsal bağların zayıflaması ve yalnızlık duygusu, yaşlı bireyde varoluşsal bir boşluk hissini tetikler. Bu boşluk, sembolik anlamda ölümle özdeşleştirilmekte ve bu farkındalık, bireyin sürekli bir ölüm kaygısı içerisinde yaşamasına neden olabilmektedir (81).

Yaşlı bireylerde ölüm korkusu çeşitli araştırmalarla incelenmiştir. Örneğin Missler ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma, destekli yaşam birimlerindeki yaşlı katılımcılar (N = 49; yaş aralığı: 60-96 yıl) arasında bilinmeyene duyulan korkudan daha yüksek seviyelerde başkalarına ve ölüm sürecine dair korkuların olduğunu göstermektedir. Araştırmada, kadınlar, sevdiklerinin ölümü ve kendi ölümünün sevdikleri üzerindeki etkileri konusunda erkeklerden daha fazla korku göstermiştir (97). Mohammadpour ve arkadaşları tarafından yaş ortalaması 73.97 ± 7.68 yıl olan katılımcılarla yapılan

araştırmada, ölüm kaygısı puanının, yaşa ve yaşlanma algısına bağlı olarak, sonuçlar ve olumsuz kontrol boyutu hariç tüm boyutlarla ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Yaş ve yaşlanma algısı, ölüm kaygısının güçlü birer öngörücüsüdür (98). Swathi tarafından gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda, huzurevinde ya da huzurevi dışında yaşam süren yaşlıların %47'sinin hafif düzeyde ölüm kaygısı taşıdığı, %52'sinin ise orta düzeyde ölüm kaygısı deneyimlediği belirlenmektedir (99). Depoula ve arkadaşları tarafından cinsiyet, yaş ve dindarlık ile ölüm kaygısı arasındaki bağlantının incelendiği bir araştırmada, kadınların, yaşlı bireylerin ve dindarlık seviyesi düşük olan kişilerin daha yoğun ölüm kaygısı yaşadığı tespit edilmiştir. Bu grupların aynı zamanda yaşamın geçiciliği, ölümle gelen tam yalnızlık, yok olma korkusu ve ölüm sonrası bedenin bozulması gibi ölümün çeşitli yönleriyle ilgili daha fazla endişe duyduğu gözlemlenmektedir (100).

2.3. Toplumda Yaşayan Yaşlıya Yönelik Hemşirelik Bakımı

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, yaşlılara özgü ihtiyaçlar yükselmekte ve çeşitli zorluklarla yüzleşmek kaçınılmaz bir hal almaktadır. Yaş ilerledikçe ortaya çıkan anatomik ile fizyolojik değişimler, çevreye uyum sağlama yeteneğinde azalma, sosyal bağlarda zayıflama, fiziksel engeller ve zihinsel gerilemeler gibi pek çok sağlık ve toplumsal sorun baş göstermektedir; bu da sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmaktadır (101). Yaşlı kişilerin sağlıklarının korunma altına alınması ve iyileştirilmesiyle toplumda pozitif yaşlılık anlayışının oluşturulmasına destek olmak, hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır (102). Yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarının iyileştirilmesiyle birlikte hastalıkların engellenmesi, hastalıklara ve tedavi süreçlerine uyumlarının kolaylaştırılması, sağlıklı ve güvenli yaşam alanlarının oluşturulması, kazalardan korunmalarının sağlanması, bağışıklama çalışmalarının yürütülmesi ve hijyen ihtiyaçlarının karşılanması büyük önem taşımaktadır. Yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi, duygusal ihtiyaçlarının karşılanması, kendi yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarının desteklenmesi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının artırılması gibi konularda hemşirelerin sorumluluğu oldukça büyüktür. (102, 103).

Toplum temelli yaşlı bireylerin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik hizmetleri temel bir rol üstlenmektedir. Yaşlı bireylerin fizyolojik durumlarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi, kronik ya da akut hastalıkların erken tanınarak uygun müdahalelerin planlanması, hemşirelik bakımının öncelikli sorumluluk alanları arasında yer almaktadır (103). Özellikle hipertansiyon, diyabet ve osteoartrit gibi ileri yaş grubunda

sık rastlanan sağlık sorunlarının yönetimi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve bağımsızlık düzeyini sürdürebilmeleri açısından kritik önem taşımaktadır. Bu çerçevede, hemşirelerin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdeki etkin rolleri, yaşlı sağlığının desteklenmesinde belirleyici unsurlardan biridir. Hemşireler, bu hastalıkların seyrini izler, tedaviye uyumlarını denetler ve bireylerin tedavi süreçlerini destekler. Yaşlı bireylerde psikolojik sağlık, fiziksel sağlık kadar önemlidir. Toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon, kaygı ve yalnızlık gibi psikolojik sorunlar sıklıkla görülür. Hemşireler, yaşlı bireylerin duygusal ihtiyaçlarını anlamalı ve bu ihtiyaçlara uygun destekleyici müdahalelerde bulunmalıdırlar (103, 104). Psiko-sosyal destek, hemşirelerin sağladığı bakımın önemli bir parçası olup, yaşlı bireylerin sosyal katılımını teşvik etmek ve yalnızlıklarını azaltmak için çeşitli topluluk merkezleri ve sosyal etkinliklerle bağlantı kurmalarına yardımcı olurlar. Yaşlılara yönelik hemşirelik bakımı, multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Yaşlı bireylerin bakımında yalnızca hemşireler değil, aynı zamanda doktorlar, fizyoterapistler, diyetisyenler ve sosyal hizmet uzmanları da yer almalıdır. Bu ekip, yaşlıların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini bütünsel bir şekilde ele alarak, onların sağlıklı ve bağımsız bir yaşam sürmelerine yardımcı olur. Hemşireler, bu ekip içinde koordinatör rolü üstlenerek, tedavi sürecinde yönlendirici bir işlev görürler (105, 106).

2.4. Evde Bakım Hizmeti

Evde bakım hizmeti, bireylerin kendi evlerinde sağlık ile bakım hizmetleri almasını sağlayan önemli bir sağlık hizmeti modelidir. Bu model, özellikle yaşlı bireyler, kronik hastalığı olanlar ve engelli bireyler için oldukça faydalıdır. Evde bakım, hastaneye yatışları engellemeye yardımcı olur, bireylerin bağımsızlıklarını koruyarak yaşam kalitelerini iyileştirir. Bu hizmetin etkili bir şekilde sunulabilmesi, sağlık profesyonellerinin, özellikle hemşirelerin, doğru eğitilmelere sahip olmalarını gerektirir. Evde bakım hizmeti, sağlık sisteminde önemli bir yer tutar ve toplumsal ihtiyaçlarla paralel olarak daha fazla talep görmektedir (106). Evde bakım, ev hastanesi, ev hospitalizasyonu, tıbbi evde bakım ya da duvarsız hastane şeklinde adlandırılan ve hastaya kendi evinde tıbbi hizmetlerin sunulduğu bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (108). Evde bakım, bir uzmanın hasta kişiye ve yakınlarına, hastanın evinde destek sağlaması şeklinde bir girişim olarak gerçekleştirilmektedir. Schulmerich ve arkadaşlarına göre, evde sağlık bakımı, toplumsal bakım, eve yapılan ziyaretleri ve hemşire ziyaretleri gibi kavramların tamamı, ev içinde yapılan profesyonel bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri, tarihsel

süreçte pek çok değişime uğramış olsa da bazı hasta grupları için evde sunulan bakımın hastane hizmetlerinden daha uygun olduğu gerçeği hiçbir zaman değişmeden kalmaktadır (109).

Evde bakım, yaşlıların uzun süre hastaneye yatmadan tedavi ve bakım almalarını sağlayarak, onların ev ortamında daha rahat bir yaşam sürmelerini mümkün kılar. Yaşlılıkla birlikte gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bireylerin bağımsızlıklarını kaybetmelerine ve dolayısıyla profesyonel bakıma ihtiyaç duymalarına neden olabilir. Ancak, yaşlıların büyük çoğunluğu evde kalmayı tercih eder ve bu durumu, evde bakım hizmetleri ile daha sürdürülebilir kılmak mümkündür (110). Evde bakım, yaşlı bireylerin ailesine de bir yük getirmeden bu bakımı profesyonel ellerle almasını sağlar. Evde bakım hizmetleri, genellikle hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler ve sosyal hizmet uzmanları tarafından sunulur. Hemşirelerin evde bakımda önemli bir rolü vardır; çünkü bireylerin sağlık durumlarını izlemek, tedavi ve bakım planlarını uygulamak, ilaç takibi yapmak, yaraları tedavi etmek gibi pek çok görev üstlenirler. Hemşireler, yaşlı bireylerin ve hastaların fiziksel sağlık durumlarını değerlendirip, tedavi sürecinde doktorlarla koordineli çalışarak gerektiğinde müdahalede bulunurlar (111). Ayrıca, yaşlı bireylerin psikolojik ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak, onlara sosyal ve duygusal destek sağlamak hemşirelerin görevleri arasındadır.

2.5. Evde Yaşlı Sağlığının Sürdürülmesi

Evde sağlıklı yaşlanmanın sürdürülmesi, yaşlı nüfusun hızla artmasıyla birlikte giderek daha önemli bir hale gelmektedir. Kronik hastalıklar, fiziksel sınırlamalar ve sosyal izolasyon gibi etkenler, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebeple, evde alınacak sağlık destekleyici önlemler, yaşlıların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için kritik bir rol oynamaktadır (20). Yaşlı bireylerin birincil koruma düzeyindeki bakım ihtiyaçlarına yönelik girişimler, henüz sağlık problemi yaşamamış ancak risk taşıyan yaşlıları öz bakım faaliyetlerinde destekleme, yaşam boyu öğrenme isteği uyandırma, sağlık bilgisi sunma, olumlu bir çevre oluşturma, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlama, kazalardan korunma önlemleri alma ve aile eğitimleri yoluyla yaşlının daha fazla kayıp yaşamasının önüne geçmeye yönelik çabalar şeklinde uygulanmaktadır (17). Bu bağlamda özellikle, yaşlı bireylerin fiziksel aktivitelerini sürdürebilmeleri, sağlıklı bir yaşlanma sürecinin temelini oluşturur. Düzenli fiziksel egzersiz, kas gücünü artırmanın yanı sıra dengeyi güçlendirir ve genel hareket kabiliyetini

iyileştirir. Basit aktiviteler, örneğin yürüyüşler veya hafif yoga ve direnç egzersizleri hem düşme riskini azaltır hem de kardiyovasküler sağlığı destekler (112).

Evde uygulanabilecek egzersiz programları, yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını koruyabilmelerine olanak tanır. Bununla birlikte, yaşlılıkta karşılaşılan beslenme yetersizlikleri ve sıvı kaybı, sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Protein, kalsiyum, D vitamini ve lif açısından zengin bir diyet, kemik sağlığını desteklerken sindirim sisteminin düzgün çalışmasına da yardımcı olur. Ayrıca, yeterli su alımı böbrek fonksiyonlarını korur ve bilişsel gerilemenin hızını yavaşlatabilir (113). Bu nedenle, dengeli ve besleyici bir diyetin yaşlılık döneminde büyük bir önemi vardır. Yaşlı bireylerde Alzheimer ve demans gibi nörodejeneratif hastalıkların varlığı, bilişsel işlevlerin bozulmasına neden olabilmektedir. Bu hastalıklarla mücadele ederken, evde yapılabilecek zihinsel aktiviteler büyük bir rol oynamaktadır (113,114). Bulmaca çözme, kitap okuma ve yeni beceriler öğrenme gibi zihinsel egzersizler, beyin sağlığını destekleyen önemli faaliyetlerdendir. Bunun yanı sıra, düzenli sosyal etkileşimler ve destekleyici ilişkiler, yaşlı bireylerin bilişsel sağlıklarını korumada etkili olabilir. Yaşlılarda düşmeler, ciddi yaralanmalara neden olabilmektedir. Ev ortamında güvenliği artırmaya yönelik basit düzenlemeler, kazaların önlenmesinde önemli bir fark oluşturur (114). Kaygan zeminlerin düzeltilmesi, tutunma barlarının eklenmesi ve iyi aydınlatma gibi önlemler, düşme riskini azaltan etkili düzenlemelerdir. Bu tür basit ev içi düzenlemeler, yaşlıların güvenliğini ve sağlığını korumada kritik bir öneme sahiptir. Evde yaşlı sağlığının sürdürülmesi, yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı kalmamalıdır (114). Yaşlı bireylerin zihinsel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması da büyük önem taşır. Doğru beslenme, düzenli egzersiz, bilişsel uyarım ve sosyal destek, yaşlıların yaşam kalitesini artıran başlıca faktörlerdir. Bu unsurların dengeli bir şekilde sağlanması, bağımsız ve sağlıklı bir yaşlanma süreci için gerekli zemin hazırlar (113). Evde bakım, yaşlıların bu unsurları bir arada deneyimlemeleri için uygun bir ortam sunar. Yaşlı bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halleri arasında güçlü bir ilişki vardır (112). Bunları dengelemek, yaşlıların sadece fiziksel değil, aynı zamanda ruhsal sağlıklarını da koruyabilmelerine olanak sağlar. Evde sağlıklı yaşlanma için bütünsel bir yaklaşım benimsemek, yalnızca sağlıkla ilgili değil, aynı zamanda yaşam memnuniyetinin de artmasına yardımcı olabilir. Yaşlıların bu süreçte bağımsızlıklarını koruyabilmesi, onların hayat kalitesini pozitif şekilde etkileyen önemli bir faktördür (112, 114).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kendi ev ortamında yaşayan 65 yaş üstü bireylerin yalnızlık düzeyi, ölüm kaygısı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Rize ilinin Çamlıhemşin ilçesinde yaşlı kişilerin ev ortamlarında yürütüldü. Bu çalışmanın verileri Mayıs-Haziran 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze anket formuyla toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Rize ilinin Çamlıhemşin ilçesinde ikamet eden 65 yaş üzeri bireyler oluşturdu. TÜİK'ten 2023 yılında aldığımız verilere göre Çamlıhemşin ilçesinde 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin 934'ü kadın, 637'si erkektir ve toplamda 1571 kişidir. Örneklem sayısının belirlenmesinde G*Power 3.1.9 programı kullanıldı. Hesaplama yapılırken testin türüne göre belirtilen parametreler için etki büyüklüğü Tel ve arkadaşlarının (21) çalışması baz alınarak 0.25, hata payı 0.05 ve güç değeri 0.95 olarak alındı. Hesaplama sonucunda minimum katılımcı sayısı 276 olarak bulundu. Buna göre cinsiyete göre tabakalandırma yapılarak 164 kadın, 112'i erkek olmak üzere toplamda örneklem sayısı 276 olarak hesaplandı.

3.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar aşağıda belirtilen ölçütlere göre belirlendi.

- Altmış beş yaş ve üzeri olan,
- Konuşma ve anlama engeli bulunmayan,
- Aynı haneyi paylaşan iki yaşlıdan biri,
- Rize ili Çamlıhemşin nüfusuna kayıtlı olan bireyler dahil edildi.

3.5. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Altmış beş yaş altında olan,
- Herhangi bir kurumda yaşayan bireyler dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan “Hasta Bilgi Formu (Ek 1)”, “Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek 3)”, “Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği (Ek 4)”, “KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Ek 2)” ve “Charlson Komorbidite İndeksi (Ek 5)” ile toplandı.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (2, 49, 50) oluşturulan formda yaşlı bireyin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence, sigara/alkol kullanımı, kronik hastalık durumu) toplam 13 soru yer aldı (Ek 1).

3.6.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

Templer tarafından 1970 yılında geliştirilen ve 15 madde içeren ölçek bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkuları değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması ilk olarak Şenol tarafından yapılmıştır (115). Yaşlılarda ölüme ilişkin korku ve kaygıların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Türkçeye tercüme edilerek görünüm geçerliği ve test – tekrar test yöntemleriyle ölçeğin geçerlik ve güvenirliği ortaya konmuştur. Ölçek maddeleri evet- hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekteki ilk dokuz maddeye verilen her bir “evet” yanıtı için 1, “hayır” yanıtı için 0 puan, diğer altı maddeye verilen her bir “hayır” yanıtı için 1, “evet” yanıtı için ise 0 puandır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 15’tir. Ölçekten elde edilen 0-4 puan “hafif düzeyde”, 5-9 puan “orta düzeyde”, 10-14 puan “ağır düzeyde”, 15 puan “panik düzeyde” ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değerinin 0.95 olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kullanılan Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri ise 0.70 olarak bulunmuştur (Ek 3).

3.6.3. Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği

Jong Gierveld ve Kamphuis tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik araştırması 2015 yılında Akgül ve Yeşilyaprak tarafından yapılmıştır (116). Yalnızlık duygusunu ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek, 11 adet üç Likert tipi maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek, kişilerin yaşamlarından memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmış olup, 7’li Likert tipi beş maddeden oluşmaktadır (kesinlikle katılmıyorum = 1 puan, kesinlikle katılıyorum = 7 puan). Yaşam memnuniyeti ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 35’tir. Bu

ölçekten alınan düşük puan, yaşam doyumunun düşük olduğunu gösterir. Türkçe ölçeğin Cronbach alfası ise $\alpha=.85$ 'tir. Ölçeğin test-tekrar test sonucu ise $r= 0.93$ dür. Bu araştırmada kullanılan Yaşlılar Yalnızlık ölçeğinin Cronbach alfa değeri ise 0.43 olarak bulunmuştur (Ek 4).

3.6.4. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA)

Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, ilk olarak 1970 yılında Katz arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması ile ilgili geçerlik ve güvenirlik çalışması ise 2001 yılında Diker ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (117). Bu ölçek, bireylerin temel günlük yaşam işlevlerini—banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama, hareket transferi, idrar/gaita kontrolü ve beslenme—yerine getirme düzeylerini değerlendirerek, bağımlılık derecelerini belirlemeye yönelik olarak kullanılmaktadır. Değerlendirme üç seviyede yapılmakta; bireyler “bağımlı”, “kısmen bağımlı” veya “bağımsız” olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puana göre; 0–6 arası puan alanlar bağımlı, 7–12 puan arası kısmen bağımlı, 13–18 puan arası ise bağımsız kabul edilmektedir. Türkiye’de yaşlı bireyler üzerinde yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.73 olarak tespit edilmiştir; bu da ölçeğin yeterli düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada kullanılan Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği’nin Cronbach alfa değeri ise 0.93 olarak bulunmuştur (Ek 2).

3.6.5. Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ)

Charlson Komorbidite İndeksi, ilk olarak 1987 yılında Mary Charlson ve arkadaşları tarafından, birden fazla kronik hastalığı bulunan bireylerde bir yıl içinde yaşam kaybı riskini öngörebilmek amacıyla tasarlanmıştır (118). Bu indeks, günümüzde özellikle kronik hastalıklarla yaşayan popülasyonlarda yaygın olarak kullanılan güvenilir bir değerlendirme aracıdır. Toplam 19 farklı sağlık durumunu içeren bu skarlama sistemi, yalnızca onkolojik rahatsızlıkları değil, diğer kronik hastalıkları da kapsamaktadır. İlgili sağlık sorunlarına ait puanlar bir araya getirilerek komorbidite skoru hesaplanmakta, ayrıca 40 yaşın üzerindeki bireyler için her 10 yıllık yaş aralığına ek 1 puan ilave edilmektedir. Söz konusu puanlama sistemi, hastalığın ciddiyetine ve ölüm riskiyle olan ilişkisine göre 1 ile 6 puan arasında değişen değerler atamaktadır. Skarlamada elde edilebilecek en düşük değer 0, en yüksek değer ise 37’dir. Yaşa göre düzenlenmiş bu yapı kapsamında; 50–59 yaş grubu için 1 puan, 60–69 yaş için 2 puan, 70–79 yaş için 3 puan, 80–89 yaş için 4 puan ve 90–99 yaş için 5

puan eklenmektedir. Bu sayede, bireyin hem yaşına hem de eşlik eden sağlık durumlarına dayalı olarak genel risk düzeyini ifade eden bileşik bir skor oluşturulmaktadır (Ek 5).

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Rize'nin Çamlıhemşin ilçesinde ikamet eden yaşlı bireyler evlerinde ziyaret edilerek, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler araştırmacı tarafından toplandı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılığı anket formunda ölüm temalı ifadelerle yoğun biçimde yer verilmiş olması katılımcıların gerçek düşünce ve duygularını yansıtmak yerine, daha temkinli ya da abartılı yanıtlar vermelerine sebebiyet vermiş olabilir. Araştırma sonuçları, yalnızca çalışmanın uygulandığı örneklem grubuyla sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için önce yaşlılardan gönüllü olur formu ile onam alınmıştır (Ek.6). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan uygunluk alınarak etik kurul onayı 22.02.2024 tarihli 484074 sayılı izin ile temin edilmiştir (Ek 7).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen verilerin analizinde International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences 27 yazılımı kullanılmıştır (119). Sürekli değişkenler; minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ($\pm$) değerleriyle tanımlanırken, kategorik veriler frekans ve yüzde (%) dağılımlarıyla özetlenmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Evde yaşayan yaşlı bireylerin ölçeklerden elde ettikleri puanların çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içerisinde olması, normal dağılım varsayımının sağlandığına işaret etmektedir. Bu doğrultuda, analizlerde parametrik testlerin kullanılması uygun bulunmuştur. Tanıtıcı özelliklere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış; anlamlı fark saptanan gruplar arasında, varyansların homojen olmaması nedeniyle Games-Howell çoklu karşılaştırma testi tercih edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, yordayıcı değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla ise çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir .

4. BULGULAR

Kendi ev ortamında yaşayan 65 yaş üstü bireylerin yalnızlık düzeyi, ölüm kaygısı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla 276 yaşlıdan elde edilen veriler ve analizleri bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 1. Yaşlıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=276)

Tanıtıcı Bilgiler		N	%
Cinsiyet	Kadın	164	59.4
	Erkek	112	40.6
Medeni Durumu	Eşi vefat etmiş/Bekar	170	61.6
	Evli	106	38.4
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	187	67.8
	İlköğretim	69	25.0
	Ortaöğretim ve Üzeri	20	7.2
Birlikte Yaşadığı Kişi	Çocuklarıyla	138	50.0
	Eşiyle	98	35.5
	Yalnız	38	13.8
	Bakıcısıyla	2	0.7
Çocuk Varlığı	Var	261	94.6
	Yok	15	5.4
Bakımda Yardımcı Olan Kişi	Çocukları	199	72.1
	Kendisi	41	14.9
	Eşi	35	12.7
	Bakıcısı	1	0.4
Ekonomik Kaynak	Çocukları Destek Oluyor	131	47.5
	Emeklilik Parası	81	29.3
	Kendi Parası	64	23.2
Evde Bakım Hizmeti Alma	Evet	110	39.9
	Hayır	166	60.1
Kronik Hastalık Durumu	Var	194	70.3
	Yok	82	29.7
Gün İçinde Vakit Geçirilen Etkinlik	Uyuma	65	23.6
	Bağ Bahçe İşleri	54	19.6
	El İş	49	17.8
	Ev Halkıyla Sohbet Etme	48	17.4
	Tv İzleme	28	10.1
	Komşularla Vakit Geçirme	26	9.4
	Okuma	6	2.2
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Var	188	68.1
	Yok	88	31.9

Tablo 1. (Devam)

Sağlık Güvencesi	Var	202	73.2	
	Yok	74	26.8	
Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu	Var	171	62.0	
	Yok	105	38.0	
Zamanının Büyük Kısmını Sıkılarak Geçirme	Hayır	186	67.4	
	Evet	90	32.6	
Hayatından Memnun Olma Durumu	Evet	149	54.0	
	Hayır	82	29.7	
	Bilmiyor	45	16.3	
Ziyaretine Gelen Kişiler	Komşular	94	34.1	
	Akrabalar	90	32.6	
	Çocukları	88	31.9	
	Hiçkimse	4	1.4	
Ziyaret Edilme Sıklığı	Haftada 1-2 Defa	106	38.4	
	Ayda Birkaç Defa	85	30.8	
	Her Gün	79	28.6	
	Ayda Bir Defa/Nadiren	6	2.2	
	Min.	Maks.	$\bar{x}$	SS
Yaş(yıl)	65	93	76.40	7.00

Tablo 1 incelendiğinde evde yaşayan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 76.40 ± 7.00 'dir. Yaşlıların %59.4'ü kadın ve %40.6'sı erkek, %38.4'ü evli ve %61.6'sı eşi vefat etmiş/bekardır. Yaşlıların yarıdan fazlası okur yazar (%67.8) değildir. Yaşlıların %35.5'i eşi ile %50'si çocukları ile yaşamaktadır ve %94.6'sı çocuk sahibidir. Yaşlıların yaklaşık dörtte üçünün bakımına (%72.1) çocukları yardımcı olmaktadır ve %47.5'inin çocukları para desteğinde bulunmaktadır. Yaşlıların %39.9'u evde bakım hizmeti almakta, %70.3'ünün kronik bir hastalığı bulunmakta, %19.6'sı bağ bahçe işleriyle uğraşmaktadır, Yaşlıların %68.1'i sürekli ilaç kullanmakta, %73.2'i sağlık güvencesi vardır, %62'si yürürken yardımcı araç kullanmakta %67.4'ü zamanını sıkılmadan geçirebilmekte ve %54'ü yaşadığı hayattan memnun olduğunu belirtmektedir. Yaşlılar sırasıyla en fazla komşu, akraba ve çocukları (%34.1; %32.6; %31.9) tarafından (%28.6) her gün ziyaret edildiğini belirtmiştir.

Tablo 2. Yaşlıların Katz GYA indeksi, Templer ÖKÖ, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ’nden aldıkları puanların dağılımı (N=276)

Ölçekler	Ölçekten Alınabilecek Puan		Yaşlıların Aldığı Puan		$\bar{x}$	SS
	Min.	Maks.	Min.	Maks.		
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	0.00	7.00	0.00	7.00	5.88	2.15
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	0.00	15.00	6.00	14.00	8.89	1.42
Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği	0.00	22.00	2.00	18.00	10.53	3.00
Charlson Komorbidite İndeksi	0.00	37.00	2.00	15.00	5.48	2.64

Araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Yaşlıların Katz GYA İndeksi’nden aldıkları puanların ortalaması 5.88 ± 2.15 olup alınabilecek ortalama puanın ($\bar{x}=3.50$) üzerindedir. Templer ÖKÖ’nden aldıkları puanların ortalaması 8.89 ± 1.42 olup alınabilecek ortalama puanın ($\bar{x}=7.50$) üzerindedir. Yaşlıların Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puanların ortalaması 10.53 ± 3.00 ’dir ve alınabilecek ortalama puana ($\bar{x}=11.00$) yakındır. CKİ’nden aldıkları puanların ortalaması 5.48 ± 2.64 ’dir ve alınabilecek ortalama puanın ($\bar{x}=18.50$) altındadır.

Tablo 3. Katz GYA indeksi’nden alınan puanların bağımlılık durumuna göre dağılımı (N=276)

Bağımlılık Durumu	n	%
Bağımlı (0-6 Puan)	73	26.4
Kısmen Bağımlı (7-12 Puan)	203	73.6
Bağımsız (13-18 Puan)	0	0.0

Tablo 3’te Katz GYA İndeksi’nden alınan puanların bağımlılık durumuna göre dağılımı verilmiştir. Yaşlıların %73.6’sının “kısmen bağımlı”, %26.4’ünün “tam bağımlı” olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Templer ÖKÖ’nden alınan puanların düzeylere göre dağılımı (N=276)

Düzy	n	%
Hafif (0-4 Puan)	0	0.0
Orta (5-9 Puan)	188	68.1
Ağır (10-14 Puan)	88	31.9
Panik (15 Puan)	0	0.0

Tablo 4’te Templer ÖKÖ’nden alınan puanların düzeylere göre dağılımı verilmiştir. Yaşlıların Templer ÖKÖ’nden aldıkları puanlar incelendiğinde, %68.1’inin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı, %31.9’unun ise ağır düzeyde kaygıya sahip olduğu görülmektedir. Hafif ve panik düzeyinde ölüm kaygısı bildiren katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo 5. Yaşlıların tanıtıcı bilgilerine göre Katz GYA indeksi, Templer ÖKÖ, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ'nden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=276)

Tanıtıcı Bilgiler		n	Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi		Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği		Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği		Charlson Komorbidite İndeksi	
			$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
Cinsiyet	Kadın	164	6.02	2.06	8.88	1.45	10.56	2.91	5.58	2.77
	Erkek	112	5.68	2.28	8.92	1.39	10.49	3.15	5.33	2.43
Wilks' $\lambda^*=0.986$, $F=0.962$, $sd=4$, $p=0.429$, $\eta^2=0.014$		Anlamlılık	$F=1.663$, $p=0.198$		$F=0.057$, $p=0.812$		$F=0.036$, $p=0.850$		$F=0.593$, $p=0.442$	
Medeni Durum	Evli	106	6.23	1.80	8.84	1.39	10.49	3.15	5.23	2.63
	Dul ya da Bekar	170	5.66	2.33	8.93	1.45	10.56	2.92	5.64	2.64
Pillai's Trace**=0.018, $F=1.247$, $sd=4$, $p=0.291$, $\eta^2=0.018$		Anlamlılık	$F=4.507$, $p=0.035$		$F=0.260$, $p=0.611$		$F=0.034$, $p=0.855$		$F=1.574$, $p=0.211$	
Eğitim Düzeyi	1.Okur-Yazar Değil	187	5.61	2.38	8.91	1.42	10.70	2.96	6.07	2.79
	2.İlköğretim	69	6.36	1.54	8.86	1.46	10.46	2.83	4.33	1.65
	3.Orta Öğretim ve Üzeri	20	6.75	0.91	8.90	1.41	9.20	3.78	3.90	2.00
Pillai's Trace**=0.123, $F=4.428$, $sd=8$, $p<0.001$, $\eta^2=0.061$		Anlamlılık	$F=4.986$, $p=0.007$		$F=0.036$, $p=0.964$		$F=2.301$, $p=0.102$		$F=16.461$, $p<0.001$	
Anlamlı Fark			1-2, 1-3		-		-		1-2, 1-3	
Birlikte Yaşadığı Kişi	Eşiyle	98	6.16	1.85	8.82	1.40	10.53	3.20	5.38	2.65
	Çocuklarıyla	138	5.55	2.37	8.98	1.36	10.30	2.83	5.57	2.64
	Yalnız ya da Bakıcısıyla	40	6.32	1.87	8.80	1.68	11.35	3.03	5.43	2.63
Pillai's Trace**=0.048, $F=1.670$, $sd=8$, $p=0.103$, $\eta^2=0.024$		Anlamlılık	$F=3.378$, $p=0.036$		$F=0.474$, $p=0.623$		$F=1.918$, $p=0.149$		$F=0.154$, $p=0.858$	
Çocuk Varlığı	Evet	261	5.82	2.20	8.90	1.43	10.56	3.02	5.51	2.67
	Hayır	15	6.93	0.26	8.73	1.33	10.07	2.66	4.93	2.05
Pillai's Trace**=0.015, $F=1.030$, $sd=4$, $p=0.392$, $\eta^2=0.015$		Anlamlılık	$F=3.838$, $p=0.051$		$F=.204$, $p=0.652$		$F=0.381$, $p=0.538$		$F=0.677$, $p=0.411$	
Bakımda Yardımcı Olan Kişi	Eşi	35	6.06	1.76	8.46	1.44	10.03	3.19	5.49	2.79
	Çocukları	199	5.73	2.28	8.97	1.38	10.64	2.97	5.53	2.66
	Kendisi	41	6.61	1.39	8.88	1.60	10.37	3.06	5.17	2.43
Wilks' $\lambda^*=0.959$, $F=1.409$, $sd=8$, $p=0.189$, $\eta^2=0.021$		Anlamlılık	$F=3.073$, $p=0.048$		$F=1.983$, $p=0.140$		$F=0.687$, $p=0.504$		$F=0.311$, $p=0.733$	

Tablo 5. (Devam)

Ekonomik Kaynak	Emeklilik Parası	81	5.57	2.32	8.78	1.36	10.52	3.13	5.95	2.37
	Çocukları Destek Oluyor	131	5.78	2.26	9.00	1.53	10.77	2.87	5.61	2.89
	Kendi Parası	64	6.48	1.51	8.83	1.27	10.06	3.10	4.61	2.21
Pillai's Trace**=0.055, F=1.909, sd=8, p=0.056, $\eta^2=0.027$		Anlamlılık	F=3.589, p=0.029		F=0.702, p=0.497		F=1.199, p=0.303		F=5.090, p=0.007	
Evde Bakım Hizmeti Alma	Evet	110	4.65	2.74	8.82	1.29	10.89	2.61	6.93	2.80
	Hayır	166	6.69	1.04	8.95	1.50	10.30	3.23	4.52	2.02
Pillai's Trace**=0.296, F=28.462, sd=4, p<0.001, $\eta^2=0.296$		Anlamlılık	F=75.444, p<0.001		F=0.532, p=0.466		F=2.618, p=0.107		F=68.911, p<0.001	
Kronik Hastalık Durumu	Var	194	5.76	2.17	8.94	1.42	10.54	2.92	6.23	2.65
	Yok	82	6.17	2.08	8.78	1.42	10.51	3.21	3.71	1.53
Pillai's Trace**=0.209, F=17.886, sd=4, p<0.001, $\eta^2=0.209$		Anlamlılık	F=2.132, p=0.145		F=0.755, p=0.386		F=0.005, p=0.942		F=64.886, p<0.001	
Diyabet	Var	53	5.38	2.52	8.79	1.28	10.87	3.06	6.89	2.78
	Yok	223	6.00	2.04	8.92	1.46	10.45	2.99	5.14	2.49
Pillai's Trace**=0.069, F=5.037, sd=4, p=0.001, $\eta^2=0.069$		Anlamlılık	F=3.620, p=0.058		F=0.340, p=0.560		F=0.817, p=0.367		F=20.025, p<0.001	
Hipertansiyon	Var	157	5.62	2.23	8.89	1.43	10.63	2.91	6.48	2.64
	Yok	119	6.22	2.00	8.91	1.42	10.40	3.13	4.16	1.98
Pillai's Trace**=0.193, F=16.194, sd=4, p<0.001, $\eta^2=0.193$		Anlamlılık	F=5.244, p=0.023		F=0.016, p=0.898		F=0.387, p=0.535		F=64.417, p<0.001	
Malign Hastalık	Var	41	4.78	2.91	8.78	1.44	10.12	2.77	9.71	2.92
	Yok	235	6.07	1.93	8.91	1.42	10.60	3.04	4.74	1.74
Pillai's Trace**=0.470, F=60.166, sd=44, p<0.001, $\eta^2=0.470$		Anlamlılık	F=13.141, p<0.001		F=0.311, p=0.577		F=0.900, p=0.344		F=224.81, p<0.001	
Kronik Akciğer Hastalık	Var	36	5.36	2.63	8.94	1.47	10.75	2.75	7.19	2.90
	Yok	240	5.96	2.07	8.89	1.42	10.50	3.04	5.22	2.50
Wilks' $\lambda^*=0.935$, F=4.692, sd=4, p=0.001, $\eta^2=0.065$		Anlamlılık	F=2.424, p=0.121		F=0.050, p=0.823		F=0.216, p=0.642		F=18.676, p<0.001	
Kronik Böbrek Yetmezliği	Var	16	3.94	2.79	9.00	1.32	10.69	1.85	8.56	3.05
	Yok	260	6.00	2.05	8.89	1.43	10.52	3.06	5.29	2.49
Wilks' $\lambda^*=0.900$, F=7.526, sd=4, p<0.001, $\eta^2=0.100$		Anlamlılık	F=14.532, p<0.001		F=0.092, p=0.761		F=0.045, p=0.832		F=25.307, p<0.001	
Kardiyovasküler Hastalık	Var	61	4.93	2.49	8.92	1.53	10.82	3.00	7.20	2.83
	Yok	215	6.15	1.97	8.89	1.39	10.45	3.01	4.99	2.37
Wilks' $\lambda^*=0.868$, F=10.284, sd=4, p<0.001, $\eta^2=0.132$		Anlamlılık	F=15.962, p<0.001		F=0.021, p=0.886		F=0.715, p=0.399		F=37.724, p<0.001	

Kronik Hastalıklar

Tablo 5. (Devam)

Gün İçinde Etkinlik	Vakit Geçirilen	1.TV İzleme	28	6.21	1.91	9.07	1.33	11.57	3.36	5.82	2.09
		2.Ev Halkıyla Sohbet Etme	48	6.35	1.74	8.71	1.34	9.48	2.94	5.19	2.22
		3.Okuma	6	7.00	0.00	8.83	0.75	8.00	2.53	2.83	0.75
		4.El İşi	49	6.73	1.15	8.73	1.41	10.80	2.83	5.31	2.43
		5.Bağ Bahçe İşi	54	6.63	1.25	9.13	1.55	9.87	3.04	3.80	1.78
		6.Komşularla Vakit Geçirme	26	6.27	1.43	9.23	1.58	10.31	3.56	6.12	2.60
		7.Uyuma	65	3.86	2.73	8.75	1.39	11.54	2.27	7.06	2.96
Pillai's Trace**=0.462, F=5.855, sd=24, p<0.001, η^2 =0.116			Anlamlılık	F=17.428, p<0.001	F=0.907, p=0.490	F=4.279, p<0.001	F=11.021, p<0.001				
Anlamlı Fark			1-7, 2-7, 3-7, 4-7, 5-7, 6-7			-	2-7, 5-7	1-3, 1-5, 2-3, 2-5, 2-7, 3-4, 3-6, 3-7, 4-5, 5-6, 5-7			
Sürekli Kullanılan İlaç	Var	188	5.74	2.19	8.97	1.41	10.53	2.88	6.20	2.70	
	Yok	88	6.17	2.05	8.74	1.45	10.53	3.28	3.94	1.68	
Pillai's Trace**=0.176, F=14.521, sd=4, p<0.001, η^2 =0.176			Anlamlılık	F=2.359, p=0.126	F=1.564, p=0.212	F=0.000, p=0.996	F=51.926, p<0.001				
Sağlık Güvencesi	Var	202	5.68	2.30	8.87	1.44	10.64	3.10	5.64	2.64	
	Yok	74	6.43	1.58	8.97	1.37	10.23	2.71	5.04	2.59	
Pillai's Trace**=0.028, F=1.933, sd=4, p=0.105, η^2 =0.028			Anlamlılık	F=6.795, p=0.010	F=0.304, p=0.582	F=1.028, p=0.311	F=2.806, p=0.095				
Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu	Var	171	5.29	2.48	8.87	1.35	10.99	2.81	6.10	2.76	
	Yok	105	6.84	0.83	8.94	1.53	9.79	3.17	4.47	2.07	
Pillai's Trace**=0.169, F=13.753, sd=4, p<0.001, η^2 =0.169			Anlamlılık	F=38.105, p<0.001	F=0.192, p=0.662	F=10.713, p=0.001	F=27.350, p<0.001				
Zamanının Sıkılarak Geçirme	Büyük Kısmını	Evet	90	5.87	2.18	8.72	1.47	10.70	3.00	5.30	2.56
		Hayır	186	5.89	2.14	8.98	1.39	10.45	3.01	5.56	2.67
Wilks'' λ *=0.988, F=0.830, sd=4, p=0.507, η^2 =0.012			Anlamlılık	F=0.005, p=0.941	F=1.977, p=0.161	F=0.414, p=0.521	F=0.610, p=0.436				
Hayatından Memnun Olma Durumu		Evet	149	5.81	2.31	8.99	1.41	10.54	2.85	5.37	2.68
		Hayır	82	5.93	1.96	8.83	1.51	10.40	3.24	5.76	2.81
		Bilmiyor	45	6.02	1.97	8.71	1.27	10.73	3.11	5.33	2.13
Wilks'' λ *=0.985, F=0.515, sd=8, p=0.845, η^2 =0.008			Anlamlılık	F=0.191, p=0.826	F=0.772, p=0.463	F=0.177, p=0.838	F=0.650, p=0.523				

Tablo 5. (Devam)

Ziyaretine Gelen Kişi	Çocukları	88	6.07	1.93	9.09	1.52	10.64	3.11	5.49	2.74
	Akrabalar	90	5.51	2.41	8.92	1.33	10.66	2.80	5.39	2.48
	Komşular	94	6.01	2.09	8.62	1.37	10.38	3.08	5.61	2.73
Wilks' $\lambda^*=0.959$, $F=1.400$, $sd=8$, $p=0.193$, $\eta^2=0.021$		Anlamlılık	$F=1.817$, $p=0.165$		$F=2.669$, $p=0.071$		$F=0.237$, $p=0.789$		$F=0.155$, $p=0.856$	
Ziyaret Edilme Sıklığı	Her Gün	79	5.63	2.35	8.85	1.62	10.81	2.84	5.33	2.48
	Haftada 1-2 Defa	106	5.79	2.24	8.94	1.47	10.85	3.05	5.61	2.66
	Ayda Birkaç Defa	85	6.19	1.84	8.91	1.15	10.05	2.98	5.60	2.78
Wilks' $\lambda^*=0.968$, $F=1.079$, $sd=8$, $p=0.376$, $\eta^2=0.016$		Anlamlılık	$F=1.468$, $p=0.232$		$F=0.102$, $p=0.903$		$F=2.043$, $p=0.132$		$F=0.309$, $p=0.735$	

*Gruplar arası kovaryans eşitliği sağlandığından dolayı MANOVA testi istatistiği için Wilks' λ kullanılmıştır, **Gruplar arası kovaryans eşitliği sağlanmadığından dolayı MANOVA testi istatistiği için Pillai's Trace kullanılmıştır *Not:* Bağımlı değişkenleri gruplara göre karşılaştırırken 4 bağımlı değişken olduğu için gruplar arası karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak (0.05/4) p değeri 0.013 olarak alınmıştır.

Evde yaşayan yaşlıların Katz GYA İndeksi, Templer ÖKÖ, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ'nden aldıkları puan ortalamalarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Tanıtıcı bilgilerin Katz GYA İndeksi, Templer ÖKÖ, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ puanları üzerinde ortak bir etkisinin bulunup bulunmadığını değerlendirmek nedeniye uygulanan tek yönlü MANOVA testi sonucunda eğitim durumu, evde bakım hizmeti alma, kronik hastalık durumu, diyabet, hipertansiyon, malign hastalık, kronik akciğer hastalık, kronik böbrek yetmezliği, kardiyovasküler hastalık, gün içinde vakit geçirilen etkinlik, sürekli kullanılan ilaç ve yürümeye yardımcı aracın Katz GYA İndeksi, Templer ÖKÖ, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ puanları üzerinde ortak etkisi anlamlıdır ($p<0.001$, $p<0.01$).

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve CKİ puan ortalamalarının eğitim durumuna göre fark anlamlıdır ($p<0.001$, $p<0.01$). İlköğretim, ortaöğretim ya da üniversite mezunlarının Katz GYA İndeksi puan ortalamaları okur-yazar olmayanlardan daha yüksekken; CKİ puan ortalamaları daha düşüktür. Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamalarının evde bakım hizmeti almaya göre farkın anlamlı olduğu ($p<0.001$), buna karşın evde bakım hizmeti almayanların Katz GYA İndeksi puan ortalaması evde bakım hizmeti alanlardan daha yüksek olduğu; CKİ puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur.

Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamalarının kronik hastalık durumu, diyabet, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığına göre fark anlamlıdır ($p<0.001$), kronik hastalığı, diyabeti, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığı olanların CKİ puan ortalamaları olmayanlardan daha yüksektir. Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamalarının malign hastalık, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalığına göre fark anlamlıdır ($p<0.001$). Malign hastalık, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalığı olmayanların Katz GYA İndeksi puan ortalamaları olanlardan daha yüksek, CKİ puan ortalamaları daha düşüktür.

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği CKİ puan ortalamalarının gün içinde vakit geçirilen etkinliğe göre fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Uyuyanların Katz GYA İndeksi puan ortalaması diğer etkinlik yapanlardan daha düşük ve uyuyanların Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması ev halkıyla sohbet edenler ve bağ bahçe işi yapanlardan daha yüksektir. Uyuyanların CKİ puan ortalaması ev halkıyla sohbet edenler, okuma yapanlar ve bağ bahçe işi yapanlardan ve TV izleyenler, ev halkıyla sohbet edenler, el işi yapanlar ve komşularla vakit geçirenlerin CKİ

puan ortalamaları okuma yapanlar ve bağ bahçe işi yapanlardan daha yüksektir. CKİ puan ortalamalarının sürekli kullanılan ilaca göre farkın anlamlı olduğu ($p<0.001$) ve sürekli ilaç kullananların CKİ puan ortalaması kullanmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katz GYA İndeksi, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ puan ortalamalarının yürümeye yardımcı araca göre farkın anlamlı olduğu bulunmuş ($p<0.001$, $p<0.01$). Yürümeye yardımcı aracı olmayanların Katz GYA İndeksi puan ortalaması olanlardan daha yüksek, yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ puan ortalamaları daha düşüktür.

Tablo 6. Yaşlıların Katz GYA indeksi, Templer ÖKÖ, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	1	2	3	4
1.Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	-			
2.Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	$r=0.010$, $p=0.867$	-		
3.Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği	$r=-0.169^{**}$, $p=0.005$	$r=-0.035$, $p=0.558$	-	
4.Charlson Komorbidite İndeksi	$r=-0.412^{***}$, $p<0.001$	$r=-0.058$, $p=0.334$	$r=0.108$, $p=0.074$	-

$^{**}p<0.01$, $^{***}p<0.001$

Evde yaşayan yaşlıların Katz GYA İndeksi, Templer ÖKÖ, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİpuanları arasındaki ilişkinin sonuçları Tablo 6’da verilmiştir. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanları ile Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ($r=-0.169$, $p<0.01$) puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü ve CKİ ($r=-0.412$, $p<0.001$) puanları arasında ise orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 7. Yaşlıların gün içinde vakit geçirilen etkinlik, yürümeye yardımcı araç kullanma durumu, Katz GYA indeksi ve CKİ puanlarının yaşlılar için yalnızlık ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Model	B	SH	β	t	p	VIF
Sabit	11.634	0.923	-	12.603	<0.001	-
Gün İçinde Vakit Geçirilen Etkinlik						0.956
Uyuma (RK)						
TV İzleme	0.428	0.695	0.143	0.616	0.538	
Ev Halkıyla Sohbet Etme	-1.568	0.617	-0.522	-2.541	0.012	
Okuma Yapma	-2.964	1.302	-0.987	-2.277	0.024	
El İşi	-0.288	0.618	-0.096	-0.465	0.642	
Bağ Bahçe İşi	-1.114	0.640	-0.371	-1.741	0.083	
Komşularla Vakit Geçirme	-0.874	0.711	-0.291	-1.230	0.220	
Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu						0.883
Yok (RK)						
Var	0.626	0.407	0.209	1.541	0.125	
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	-0.112	0.102	-0.080	-1.100	0.272	0.799
Charlson Komorbidite İndeksi	-0.034	0.078	-0.030	-0.444	0.658	0.853
R=0.319, R ² =0.071, F ₍₉₋₂₆₆₎ =3.35, p<0.001						

RK: Referans Kategori

Tablo 7 incelendiğinde oluşturulan regresyon modelinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (R=0.319, F₍₉₋₂₆₆₎=3.35, p<0.001). Bağımsız değişkenler, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği puanlarına ilişkin varyansın %7.1'ini açıklamaktadır (R²=0.071). Buna göre uyumadan ev halkıyla sohbet etme (β =-0.522, t=-2.541, p<0.05) ve okuma yapmaya (β =-0.987, t=-2.277, p<0.05) doğru gidildiğinde Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği puanlarına etkisi negatiftir.

Tablo 8. Yaşlıların Katz GYA indeksi, yaşlılar için yalnızlık ölçeği ve CKİ, Templer ÖKÖ puanlarını yordamasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Model	B	SH	β	t	p	VIF
Sabit	9.328	0.515	-	18.097	<0.001	-
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	-0.014	0.044	-0.022	-0.322	0.748	1.228
Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği	-0.015	0.029	-0.032	-0.524	0.601	1.031
Charlson Komorbidite İndeksi	-0.034	0.036	-0.064	-0.960	0.338	1.207

R=0.068, R²=0.005, F₍₃₋₂₇₅₎=0.423, p=0.737

Tablo 8 incelendiğinde oluşturulan regresyon modelinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (R=0.068, F₍₃₋₂₇₅₎=0.423, p>0.05).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kendi ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yalnızlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin ve bu ilişkiyi etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu bölümde literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, evde yaşayan yaşlıların %26.4'ü bağımlı ve %73.6'sı kısmen bağımlıdır. Bu bulguya göre yaşlıların dörtte üçü kısmen, diğerleri ise tamamen bağımlıdır. Göçer ve Günay tarafından yapılan araştırmada, yaş ortalaması 77.2 olan yaşlıların %4.8'inin günlük yaşam aktiviteleri bakımından bağımlı olduğu, %95.2'sinin ise bağımsız olduğu bulunmuştur. Yine Çetin ve arkadaşlarının çalışmasında ise, yaş ortalaması 71.4 olan evde yaşayan yaşlıların %92'sinin bağımsız, %8'inin ise yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalardaki yaşlılarda bağımsızlık oranı, bizim bulgumuzla karşılaştırıldığında daha yüksek, bağımlı oranı ise daha düşük olduğu görülmektedir (120, 121). Bozkurt ve arkadaşları ise 65-93 yaş arası yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri incelendiği çalışmasında, %58.3'ünün tamamen bağımlı olduğunu, %21,9'unun bağımsız ve %19,8'inin ise yarı bağımlı olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma, bizim bulgumuzla daha fazla örtüşmektedir (122). Artan yaşla birlikte bireyin sağlık durumunu yaşadığı çevre, sosyokültürel özellikler, beslenme şekli, sağlığa ulaşım, günlük fiziksel aktivite düzeyi vb birçok faktörden etkilenmektedir. TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üstü grupta yaşlı bağımlılık oranı %15.5 olarak belirtilmektedir (2). Bu çalışmadan elde edilen verilere göre yaşlıların tam bağımlılık oranı Türkiye oranlarından daha yüksek olarak saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, evde yaşayan yaşlıların %68.1'inde orta düzeyde, %31.9'unda ise ağır düzeyde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Bu bulgu, yaşlı bireylerin önemli bir kısmının ölüm kaygısıyla karşı karşıya olduklarını ve bu kaygının yaşamlarını etkileyebilecek kadar yüksek düzeylere ulaşabileceğini göstermektedir. Ölüm kaygısı, yaşlılık dönemi ile ilişkili yaygın bir duygusal durumdur ve bu bulgu, yaşlıların ölümle ilgili duygu ve düşüncelerinin onların yaşam kalitesini etkileyebileceğine işaret etmektedir. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, Missler ve arkadaşları, yaşlı katılımcılar (yaş aralığı: 60-96 yıl) arasında ölüm süreci ve başkalarına dair korkuların, bilinmeyenlere duyulan korkudan daha yüksek seviyelerde olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışma, yaşlı bireylerin ölüm kaygısının daha yoğun bir şekilde varlık gösterdiğini ve buna dair duydukları korkuların

psikolojik durumlarını etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (97). Swath tarafından yapılan bir araştırmada ise huzurevinde veya huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %47'sinin hafif, %52'sinin ise orta düzeyde ölüm kaygısı taşıdığı tespit edilmiştir (99). Bu sonuç, evde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı düzeylerinin diğer yaşam koşullarındaki yaşlılarla benzer olduğunu göstermektedir. Tel, Koç ve Aydın tarafından yapılan başka bir çalışmada da, evde yaşayan yaşlılar arasında orta düzeyde ölüm kaygısının yaygın olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma, araştırmamızla paralellik göstermektedir (17). Kendi ev ortamında yaşayan yaşlılar arasında ölüm kaygısının yaygın bir durum olduğunu söyleyebiliriz

Araştırma sonuçlarına göre, Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. İleri düzeyde eğitim almış bireylerin, okur-yazar olmayanlara kıyasla daha yüksek Katz GYA İndeksi puanına sahip olduğu, yani daha bağımsız bir yaşam sürdükleri; aynı zamanda CKİ puanlarının ise daha düşük olduğu, dolayısıyla daha az sağlık sorunu yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin yaşlı bireylerin sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla tutarlıdır. Bozkurt ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, düşük eğitim düzeyine sahip yaşlıların Katz GYA İndeksi puanlarının daha düşük olduğu ve bu kişilerin günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı hale geldikleri bildirilmiştir (122). Benzer şekilde, Rasheedy ve Abou-Hashem, Nunes ve arkadaşları ve Silva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da düşük eğitim seviyesinin, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bağımlılık yaşamasına neden olduğu vurgulanmıştır (123-125). Bu çalışmalar, eğitim düzeyinin yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlıklarını önemli ölçüde etkilediğini desteklemektedir. CKİ açısından bakıldığında, Esenkaya tarafından yapılan araştırma da eğitim durumuyla komorbidite yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (126). Bu çalışmanın bulguları da bu sonucu desteklemektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe, bireylerin komorbidite puanlarının düştüğü görülmüştür. Bu bulgular, eğitim düzeyinin yaşlı bireylerin sağlık durumlarını ve bağımsızlıklarını etkileyen temel bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın bulgularına dayalı olarak, eğitim düzeyinin sağlıkla ilişkili bu farkları açıklamak için birkaç olasılık öne sürülebilir. Eğitimli bireyler, sağlık bilgisi ve farkındalık konusunda daha avantajlı olabilirler, bu da onların sağlık sorunlarını daha erken tespit etmelerini ve daha etkili bir şekilde yönetmelerini sağlar. Eğitim düzeyinin yüksek olması, bireylerin sağlıklarını koruma ve

iyileştirme konusunda daha bilinçli bir yaklaşım benimsemelerini sağlayabilir. Ayrıca, eğitilmiş bireyler genellikle daha iyi bir ekonomik duruma sahip olabilirler, bu da onların sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlamalarına ve daha sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemelerine yardımcı olabilir. Öte yandan, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, sağlıklarını yönetme konusunda daha az bilgiye sahip olmaları, sağlık sorunlarını göz ardı etmelerine ve sonuç olarak daha fazla sağlık problemi yaşamalarına yol açabilir. Bu durum, onların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı hale gelmelerine ve sağlık indekslerinin daha yüksek olmasına neden olabilir.

Bu çalışmada yaşlıların, Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamalarının evde bakım hizmeti alıp almamaya göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı gözlemlenmiştir. Evde bakım hizmeti almayan bireylerin Katz GYA İndeksi puan ortalaması, evde bakım hizmeti alanlardan daha yüksek, yani daha bağımsız oldukları; aynı zamanda CKİ puanları da daha düşük, yani daha az sağlık sorunu yaşadıkları bulunmuştur. Bu bulgu, evde bakım hizmeti alan bireylerin genellikle daha bağımlı ve daha fazla sağlık sorunu yaşayan bireyler olduğunu göstermektedir. Literatürde de bu bulgulara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Selçuk ve Avcı tarafından yapılan çalışmada, evde bakım hizmeti alan yaşlıların genellikle ciddi fonksiyonel kayıplar yaşayan bireyler olduğu ve bu kişilere bakım hizmetlerinin sunulduğu vurgulanmıştır (127). Ayrıca Işık ve arkadaşlarının çalışmasında, evde bakım hizmeti alan yaşlıların %40,2'sinin bağımlı, %21'inin ise yarı bağımlı olduğu tespit edilmiştir (128). Bu oranlar, evde bakım hizmeti alan bireylerin çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduklarını göstermektedir. Selçuk ve Avcı tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, Katz GYA İndeksi'ne göre yaşlıların %21,9'unun tamamen bağımlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, evde bakım hizmeti alan yaşlıların Katz GYA puanlarının daha düşük olmasının beklendiğini, çünkü bu hizmetlerin genellikle yüksek bağımlılık düzeyine sahip bireylere verildiğini doğrulamaktadır. Komorbidite açısından bakıldığında, Kayhan Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlı bireylerde yüksek komorbidite yükünün olduğu ve bunun evde bakım ihtiyacını artırdığı ifade edilmiştir (129). Bu da evde bakım hizmeti alan bireylerin sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ve daha fazla sağlık sorunu yaşadıklarını desteklemektedir. Elde ettiğimiz bulguların temel nedeni, evde bakım hizmetlerinin seçici bir şekilde, ciddi fonksiyonel kaybı ve yüksek komorbidite yükü olan bireylere sunulmasıdır. Sağlık sistemlerinde evde bakım hizmetleri genellikle belirli kriterlere göre (fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, komorbidite sayısı vb.) dağıtılmaktadır. Bu nedenle bu hizmeti alan bireylerin doğal olarak

daha fazla bağımlılık gösterdiği ve daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Buna karşılık, evde bakım hizmeti almayan grup, genellikle daha iyi fonksiyonel kapasiteye ve daha az komorbidite yüküne sahip bireylerden oluşmaktadır. Bu bireyler günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde sürdürebildikleri için resmi bakım desteğine ihtiyaç duymamaktadırlar. Bu da onların Katz GYA puanlarını yükseltirken, sağlık sorunlarını da daha az yaşamalarına neden olmaktadır.

Çalışmada yaşlıların, CKİ puan ortalamalarının kronik hastalık durumu, diyabet, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığına göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu bulgulara göre, kronik hastalık, diyabet, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığı olan bireylerin Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları, bu hastalıklar bulunmayan bireylerden daha yüksektir. Bu durum, kronik hastalıkların ve belirli sağlık sorunlarının, bireylerin genel sağlık durumları üzerinde önemli bir etki yarattığını ve komorbidite yükünü artırdığını göstermektedir. Önceki araştırmalar da evde bakım hizmeti alan yaşlılarda kronik hastalık prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin Özçelik tarafından yapılan bir araştırmada, evde bakım hizmeti alan yaşlıların %69.9'unun kronik hastalıklara sahip olduğu ifade edilmiştir (130). Ayrıca Güdük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, evde bakım hizmeti alan yaşlılar arasında hipertansiyon, Alzheimer/demens, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve serebrovasküler olayların (SVO) sık görüldüğü vurgulanmıştır. Bu bulgular, evde bakım hizmeti alan bireylerin sağlık sorunlarının daha karmaşık ve çoklu olduğunu, bu bireylerin komorbidite yükünün genellikle yüksek olduğunu göstermektedir (131). Yine Güdük, Güdük ve Sertbaş tarafından yapılan bir başka çalışmada, evde bakım hizmeti alan yaşlıların %43'ünün depresyon/anksiyete nedeniyle ilaç kullandığı belirtilmiştir (131). Ayrıca, Oğlak çalışmasında, evde bakım alan yaşlıların astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi sağlık sorunlarına sahip oldukları ve bu hastalık gruplarının evde sağlık hizmeti alabilen bireyler arasında yer aldığı ifade edilmiştir (132). Bulgularımız, kronik hastalıkların ve komorbiditenin, bireylerin sağlık durumları üzerindeki etkilerini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Kronik hastalıklara sahip bireylerin, genellikle daha fazla sağlık sorunu yaşadıkları ve bu durumun CKİ puanlarını artırdığı görülmektedir. Bu durum, evde bakım hizmeti alan bireylerin daha yüksek komorbidite yüküne sahip olmalarını da açıklamaktadır. Evde bakım hizmeti, özellikle bu tür sağlık sorunları yaşayan bireyler için tasarlanmış ve sağlanan hizmetlerin, hastalıklarının yönetilmesine yardımcı olmayı amaçlayan bir destek sistemidir. Elde ettiğimiz bulguların temel nedeni, CKİ'nin doğası gereği kronik hastalıkların varlığını ve

şiddetini yansıtmaktadır. İndeks, diyabet, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalıkları gibi durumları ağırlıklı olarak dikkate almaktadır. Bu nedenle, bu hastalıklara sahip bireylerin doğal olarak daha yüksek CKİ puanlarına sahip olması beklenen bir sonuçtur. Özellikle yaşlı popülasyonda kronik hastalıkların sıklıkla bir arada görülmesi (multimorbidite), komorbidite yükünü daha da artırmaktadır. Bu nedenle, evde bakım hizmeti alan bireylerin sağlık durumu daha karmaşık olup, bu da CKİ'nin yükselmesine neden olmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgular, Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamalarının malign hastalık, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalığına göre anlamlı olarak farklılaştığını ortaya koymaktadır. Bulgulara göre, malign hastalık, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalığı olmayan bireylerin Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puan ortalamaları daha yüksek; Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları ise daha düşüktür. Bu bulgu, literatürdeki çalışmalarla da uyum göstermektedir. Demir ve Ünsar'ın yaptığı çalışmada, kalp yetersizliği şiddetinin artmasının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini de arttırdığı belirtilmiştir. Benzer şekilde, Doğan ve Ünsar'ın hastanede tedavi gören 65 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmada kardiyovasküler hastalığı olanların, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (133). Ayrıca Karaca ve Mert'in kalp yetersizliği olan hastaları incelediği çalışmada, bu bireylerin günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının düşük, Komorbidite İndeksi puan ortalamasının ise yüksek olduğu saptanmıştır (134). Turgay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Diabetes Mellitus, hipertansiyon, glomerüler hastalıklar ve istik böbrek rahatsızlığına sahip bireylerde, işlevsel kapasitenin azaldığı ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir (135). Araştırmada elde edilen bulguların bu şekilde ortaya çıkmasının temel nedeni, malign hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalıkların doğası gereği hem fiziksel kapasiteyi azaltıcı hem de komorbidite yükünü artırıcı etkileridir. Malign hastalık, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalıklar, bireylerin fiziksel kapasitelerinde azalmalara ve genel sağlık durumlarında bozulmalara neden olarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı artırabilir. Bu hastalıklar, bireylerin enerji düzeyini düşürerek hareket kabiliyetlerini kısıtlayabilir ve bilişsel fonksiyonların gerilemesine de neden olabilir. Ayrıca kronik hastalıklar nedeniyle sürekli tıbbi izleme, ilaç kullanımı ve tedavi gerekliliği, bu bireylerin günlük aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini artıran faktörler arasında yer almaktadır.

Araştırmada, Katz GYA İndeksi puan ortalamalarının gün içinde gerçekleştirilen etkinliklere göre anlamlı şekilde farklılaştığı ve gününün büyük bölümünü uyuyarak geçiren bireylerin Katz GYA İndeksi puan ortalamasının diğer etkinliklerde bulunan bireylere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, yaşlı bireylerde gündüz uykululuk halinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Gündüz saatlerinde uzun süreli uyuma eğilimi, bireylerin fiziksel ve sosyal aktivitelere katılımını kısıtlayarak günlük işlevselliklerinde azalmaya neden olabilir. Nitekim Parpucu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da gündüz uykululuk halinin yaşlı yetişkinlerde sağlık sorunlarına, düşük fiziksel aktivite seviyelerine ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmalara yol açtığı tespit edilmiştir (136). Aynı çalışmada, gündüz yaşanan uyku halinin artması yaşlı bireylerin Katz GYA İndeksi puanlarının diğer bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Polat ve Karasu'nun yürüttüğü araştırmada da benzer bulgulara ulaşılmış; yaşlı bireylerde gündüz yaşanan uyuklama halinin, günlük yaşam aktivitelerinde özerklik düzeyini düşüren kayda değer bir risk etmeni olduğu vurgulanmıştır (137). Bu durum, araştırmamızdaki bulguyu desteklemekte ve uyku düzenindeki bozulmaların yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitelerinde kısıtlanmalara yol açabileceğini ortaya koymaktadır. Araştırmamızda ulaşılan bu sonucun, yaşlı bireylerin yaşlanma sürecine bağlı olarak daha sık karşılaştığı kronik hastalıklar, fiziksel yorgunluk, kas-iskelet sistemi sorunları veya ilaç kullanımı gibi faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde enerji seviyesindeki azalma ve hareket kısıtlılığı gibi durumlar, gündüz saatlerinde daha fazla uyuma ihtiyacını artırabilir ve bu durum bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerinin düşmesine yol açabilir. Ayrıca, sosyal etkileşimlerin azalması ve fiziksel aktiviteye katılımın sınırlı olması da bu durumu pekiştiren unsurlar arasında yer alabilir.

Bu çalışmada, Katz GYA İndeksi puanlarının gün içinde yapılan etkinlik türüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Özellikle günün büyük bölümünü uyuyarak geçiren yaşlı bireylerin Katz GYA puan ortalamalarının, diğer etkinliklerle (sosyal faaliyetler, fiziksel aktiviteler vb.) zaman geçirenlere kıyasla belirgin şekilde düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, yaşlı bireylerde sosyal etkileşimlerin ve aktif yaşamın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Günlük yaşamda yalnızca uykuya yönelmek, bireylerin sosyal çevreleriyle etkileşim kurma ve fiziksel aktivitelerde bulunma fırsatlarını sınırlandırarak işlevsellik düzeylerini olumsuz

etkileyebilir. Çevik ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde, arkadaşlarıyla ayda bir kez veya hiç görüşmeyen bireylerin yalnızlık puanlarının, haftada bir veya daha sık görüşen bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (138). Bu bulgu, sosyal etkileşim sıklığının bireylerin yalnızlık düzeyleri ve dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Benzer şekilde Nyqvist ve arkadaşlarının araştırmasında da yaşlı bireylerin yeterli duygusal desteğe sahip olmaması ve arkadaşlık ilişkilerinin sınırlı olması yalnızlık düzeylerini artıran önemli faktörler arasında gösterilmiştir (139). Bu durum, yalnızlığın bireylerin psikolojik iyi oluşunu olumsuz etkileyebileceği gibi, günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya da yol açabileceğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, araştırmamızda ulaşılan sonucun, yaşlı bireylerin sosyal çevreleriyle olan etkileşimlerinin azalması ve duygusal destek eksikliği gibi faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle sosyal çevreden kopuk yaşayan bireylerin, zamanlarını daha pasif aktivitelerle (örneğin uzun süreli uyuma) geçirme eğiliminde oldukları ve bunun sonucunda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerinin düştüğü söylenebilir. Ayrıca, yaşlı bireylerde enerji seviyesindeki azalma, fiziksel zayıflık ve kronik hastalıklar gibi unsurlar da gündüz uykululuk halini artırarak günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanmasına katkıda bulunabilir.

Araştırmada, uyuyan yaşlı bireylerin CKİ puan ortalamasının ev halkıyla sohbet edenler, okuma yapanlar ve bağ bahçe işi yapanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, televizyon izleyenlerin, ev halkıyla sohbet edenlerin, el işi yapanların ve komşularla vakit geçirenlerin CKİ puanlarının, okuma yapanlar ve bağ bahçe işiyle uğraşanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, bireylerin yaşam tarzı ve günlük aktivitelerinin komorbidite riskine etkisini göstermektedir. Daha hareketsiz ve pasif etkinliklerde (örneğin uzun süre uyumak veya televizyon izlemek) bulunan bireylerin, fiziksel ve sosyal olarak daha aktif olan bireylere kıyasla daha yüksek komorbidite puanlarına sahip olması dikkat çekicidir. Gürsoy'un çalışmasında da benzer şekilde, uyku bozukluklarının ve hareketsizliğin yaşlı bireylerde komorbidite riskini artırabileceği tespit edilmiştir (140). Ayrıca, yaşam kalitesinin düşük olması ve sosyal etkileşim eksikliği de komorbiditeyi olumsuz etkileyen faktörler arasında gösterilmiştir. Benzer biçimde Canaslan'ın çalışmasında da sosyal etkileşim ve fiziksel aktivite eksikliğinin komorbidite üzerinde olumsuz etkisi olduğu vurgulanmıştır (141). Bu bulgu, araştırmamızdaki sonuçlarla örtüşmekte ve yaşlı bireylerde sosyal izolasyonun ve pasif yaşam biçimlerinin sağlık risklerini artırabileceğini desteklemektedir. Ayrıca Akkoyun ve Özer'in

araştırmasında, televizyon izlemek gibi sedanter aktivitelerin fiziksel aktiviteyi azaltarak obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer sağlık sorunları riskini artırabileceği ifade edilmiştir (142). Araştırmamızda televizyon izleyen bireylerin komorbidite puanlarının okuma yapan veya bağ bahçe işiyle uğraşanlardan daha yüksek olması bu durumla örtüşmektedir. Araştırmamızda elde edilen bu bulgunun, pasif aktivitelerde (örneğin uzun süre uyumak veya televizyon izlemek) bulunan bireylerin fiziksel hareketlerinin sınırlandırılması, sosyal etkileşimlerinin azalması ve dolayısıyla sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesiyle açıklanabileceği düşünülmektedir. Yaşlı bireylerde hareketsizlik, kas kütlesinde azalma, eklem sertliği ve kardiyovasküler kapasitede düşüş gibi durumlara yol açarak komorbiditeyi artırabilir. Ayrıca, sosyal etkileşim eksikliği bireylerin psikolojik iyi oluşunu da olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine ve buna bağlı olarak sağlık sorunlarının artmasına katkıda bulunabilir.

Araştırmada, yaşlıların CKİ puan ortalamalarının sürekli kullanılan ilaca göre anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Düzenli farmakolojik tedavi uygulanan bireylerin CKİ puanlarının, ilaç kullanmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sürekli ilaç kullanımının komorbiditeyle ilişkili olduğuna işaret etmektedir. CKİ puanlarının yüksek olması, bireylerin daha fazla kronik hastalığa sahip olduğunu ve dolayısıyla sağlık risklerinin arttığını göstermektedir. Sürekli ilaç kullanımı genellikle hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik rahatsızlıkların yönetiminde yaygındır. Dolayısıyla bu bireylerde CKİ skorlarının yüksek düzeyde olması, mevcut sağlık koşulları doğrultusunda beklenen bir bulgudur. Akın ve arkadaşlarının araştırmasında da sürekli ilaç kullanımının CKİ'yi artırdığı belirtilmiştir (143). Bu çalışma, sürekli ilaç kullanımının komorbidite yüküyle paralel seyrettiğini göstermesi açısından araştırmamızın bulgularını desteklemektedir. Benzer şekilde Okudur ve arkadaşlarının araştırmasında da demansı olan hastalarda komorbidite sayısı düşük olmasına rağmen CKİ puanlarının ve kullanılan ilaç sayısının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (144). Bu bulgu, ilaç kullanımının komorbidite yükünü yansıttığını ortaya koymakta ve araştırmamızın sonuçlarıyla örtüşmektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında, sürekli ilaç kullanımının genellikle çoklu kronik hastalıklara bağlı olarak gelişmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri, organ fonksiyonlarında bozulmalara ve dolayısıyla ek sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Ayrıca, sürekli ilaç kullanan bireylerde polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı) yaygın olarak

görüldüğünden, ilaçlar arası etkileşimlerin de sağlık durumunu olumsuz etkileyerek CKİ puanlarını yükseltebileceği değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada, Katz GYA İndeksi puanları ile Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, yaşlı bireylerin Katz GYA puanları arttıkça yalnızlık seviyelerinin azaldığını, dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerine katılımın yalnızlık duygusunu hafifletebileceğini göstermektedir. Bu sonuç, Masoudi ve arkadaşlarının İran'da gerçekleştirdiği çalışmayla örtüşmektedir. Söz konusu araştırmada, Günlük Yaşam Aktivitelerine katılımın yaşlı bireylerde günlük işleyişi iyileştirmenin yanı sıra yalnızlık duygularını azaltmada etkili bir strateji olduğu belirtilmiştir (145). Bu durum, araştırmamızdaki bulguların yalnızlığın azaltılması açısından Günlük Yaşam Aktivitelerinin önemini vurgulamasıyla paralellik göstermektedir. Benzer şekilde, Shamlou ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşlı bireylerin yalnızlık hissi ile Günlük Yaşam Aktivitelerine katılım yetenekleri arasında doğrudan bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (146). Araştırmada, yaşlı yetişkinlerin %70'inden fazlasının yalnızlık yaşadığı ve bu yalnızlığın, Günlük Yaşam Aktivitelerine katılım yetenekleriyle yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, araştırmamızdaki düşük düzeydeki negatif korelasyonun Katz GYA katılımın yalnızlık üzerinde kısmen koruyucu bir rol üstlenebileceğini destekler niteliktedir. Ayrıca, Tomioka ve arkadaşlarının çalışmasında da yalnız yaşayan yaşlı bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri düzeylerinde azalma yaşama olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (147). Bu sonuç, sosyal izolasyonun günlük yaşam aktivitelerine katılımı sınırlandırarak yalnızlık duygusunu artırabileceğine işaret etmektedir. Miri ve arkadaşlarının araştırmasında ise 60 yaş üstü bireylerde yalnızlık ve Günlük Yaşam Aktiviteleri puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (148). Bu çalışma, yalnızlık duygusunun yaşlı bireylerin günlük işlevselliği üzerinde etkili olduğunu ve Günlük Yaşam Aktivitelerine katılımın yalnızlık duygusunu hafifletmede önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir. Araştırmamızda saptanan bu sonucun, yaşlı bireylerin sosyal çevrelerinden uzaklaşmaları, fiziksel sağlık sorunları ve mobilite kısıtlılıkları nedeniyle Günlük Yaşam Aktivitelerine katılımı zorluk yaşamalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yaşlı bireylerde bağımsız yaşam becerilerinin azalması, sosyal etkileşim fırsatlarını sınırlandırarak yalnızlık hissinin artmasına yol açabilir. Aynı zamanda, fiziksel sağlık problemleri nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan zorlukların sosyal izolasyonu tetikleyebileceği ve bunun sonucunda yalnızlık duygusunun şiddetlenebileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmada, Katz GYA İndeksi puanları ile CKİ puanlar arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir bağlantı belirlenmiştir. Bu bulgu, yaşlı bireylerde eş zamanlı hastalıkların artışının, günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu sonuç, Peter ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmayla paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, 60 yaş üstü 7.200 katılımcıyla yapılan görüşmelerde, eş zamanlı hastalıkların yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sınırladığı belirlenmiştir (149). Bu bulgu, araştırmamızdaki negatif korelasyonun eş zamanlı hastalıkların yaşlı bireylerin günlük işlevselliklerini kısıtlayıcı etkisine işaret edebileceğini desteklemektedir. Benzer şekilde, Zeng ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, 60 yaş üstü 47.720 katılımcı arasında, eş zamanlı hastalığı bulunan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılım konusunda daha fazla engel yaşadığı saptanmıştır (150). Çalışmada, eş zamanlı hastalığı olan yaşlı bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine katılımında engellilik yaşama oranının, eş zamanlı hastalığı olmayan bireylere göre 1,330 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç, araştırmamızdaki bulgunun, kronik hastalıkların yaşlı bireylerin bağımsız hareket etme kapasitelerini sınırlandırması nedeniyle ortaya çıkmış olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmamızda bu sonucun ortaya çıkmasında, yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalığın varlığının fiziksel hareket kabiliyetini olumsuz etkilemesi önemli bir faktör olabilir. Eş zamanlı hastalıklar, kas gücünde azalma, eklem problemleri veya nefes darlığı gibi fiziksel zorluklara yol açarak bireylerin temel günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini güçleştirebilir. Bunun yanı sıra, eş zamanlı hastalığı olan bireylerin daha fazla tıbbi bakım ve dinlenme gereksinimi duyması, sosyal hayattan ve fiziksel aktivitelerden uzaklaşmalarına neden olabilir. Bu durum, yaşlı bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine katılımını kısıtlayarak bağımsız yaşam becerilerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Örnekleme dahil edilen, evde yaşayan yaşlı bireylerin Katz GYA İndeksi, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ puanlarının Templer ÖKÖ puanlarını anlamlı düzeyde yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış ve oluşturulan regresyon modelinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, incelenen değişkenlerin ölüm kaygısı üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, Top ve arkadaşlarının araştırmasında elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, yaşlı bireylerin depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve ölüm kaygısı ile günlük yaşam aktiviteleri ve

kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (151). Benzer şekilde, Buruntekin'in çalışmasında da günlük yaşam aktiviteleri ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu bulgular, araştırmamızdaki regresyon modelinin anlamlı çıkmamasının, günlük yaşam işlevlerinin ve kronik hastalıkların tek başına ölüm kaygısını belirlemede yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir (152). Öte yandan, Tel, Koç ve Aydın'ın evde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmesi, araştırmamızdaki bulgularla çelişmektedir (17). Bu farklılık, çalışmalarda kullanılan örneklemelerin demografik ve sosyal özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Özellikle yalnızlık hissinin bireylerin psikolojik iyi oluşlarını doğrudan etkileyerek ölüm kaygısını artırabileceği düşünülebilir. Araştırmamızda regresyon modelinin anlamlı çıkmaması, yaşlı bireylerin ölüm kaygısını etkileyen faktörlerin daha çok psikolojik ve duygusal unsurlarla ilişkili olabileceğine işaret edebilir. Günlük yaşam aktiviteleri ve kronik hastalıklar, fiziksel işlevselliği etkileyen unsurlar olmakla birlikte, ölüm kaygısının bireylerin düşünce yapıları, yaşam deneyimleri, sosyal çevreleri ve başa çıkma stratejileri gibi daha soyut faktörlerden etkilenmesi mümkündür. Ayrıca evde yaşayan yaşlı bireylerin sosyal destek sistemlerine daha kolay erişebilmesi, yalnızlık hissinin daha düşük seviyede yaşanmasını ve dolayısıyla ölüm kaygısının bu faktörlerden daha az etkilenmesini sağlayabilir.

Kendi evlerinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yalnızlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin ve bu ilişkiyi etkileyen unsurların saptanması amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaklaşık dörtte biri bağımlı, geri kalan büyük çoğunluğu ise kısmen bağımlı durumdadır.
- Yaşlı bireylerin üçte ikisinde orta düzeyde, kalan üçte birindeyse ağır düzeyde ölüm kaygısı mevcuttur.
- Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamaları, bireylerin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamaları, evde bakım hizmeti alıp almamaya göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.
- Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları, kronik hastalık durumu, diyabet, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

- Katz GYA İndeksi ve CKİ puan ortalamaları, malign hastalık, kronik böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalığa göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.
- Katz GYA İndeksi puan ortalamaları, gün içinde gerçekleştirilen etkinliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir; gününün büyük bölümünü uyuyarak geçiren bireylerin puan ortalaması diğer etkinliklerle zaman geçirenlere kıyasla daha düşüktür.
- Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması, gün içinde uyuyan bireylerde; ev halkıyla sohbet edenler, okuma yapanlar ve bağ-bahçe işiyle ilgilenenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları, sürekli kullanılan ilaç durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır; sürekli ilaç kullanan bireylerin puanları, ilaç kullanmayan bireylere kıyasla daha yüksektir.
- Katz GYA İndeksi ile Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı, düşük şiddette ve ters yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.
- Katz GYA İndeksi puanları ile CKİ puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Katz GYA İndeksi, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ve CKİ puanlarının Templer ÖKÖ puanlarını yordama düzeyinin incelendiği regresyon modeli anlamlı bulunmamıştır.

Araştırma bulguları ışığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Yaşlıların büyük bir kısmının kısmi bağımlı durumda olması, bağımsızlıklarını artırmak amacıyla evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına gereksinim duyulduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, evde bakım hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması, yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirebilir.
- Ayrıca, ağır düzeyde ölüm kaygısı yaşayan yaşlı bireylerin sayısının yüksekliği bu konuda psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektirmektedir.
- Ölüm kaygısı ve yalnızlık gibi psikososyal sorunlarla baş etmede hemşirelerin temel ruh sağlığı desteği sunabilecek yeterlilikte olmaları gereklidir. Bu nedenle hemşirelere yönelik psikososyal destek eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve yaşlı

bireylerle etkili iletişim kurmalarını sağlayacak becerilerin kazandırılması önerilmektedir.

- Özellikle eğitim düzeyi, sağlık durumu ve günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili bulgular, yaşlı bireylerin sağlık yönetiminin kişiselleştirilmiş yaklaşımlar gerektirdiğini vurgulamaktadır. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
- Yaşlılara yönelik bakım planlarının, bireysel sağlık durumlarına göre özelleştirilmesi ve eğitim düzeyleri dikkate alınarak daha etkin destek hizmetleri sunulması önemlidir.
- Kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı ile ilgili bulgular da yaşlıların sağlık takibinin daha titiz yapılmasını gerekli kılmaktadır. Özellikle, sürekli ilaç kullanan yaşlı bireylerin sağlık durumlarının daha dikkatle izlenmesi, komplikasyonların önlenmesi açısından kritik rol oynayacaktır.
- Günlük yaşam aktivitelerine katılımın artırılması için sosyal etkinliklerin teşvik edilmesi, yaşlı bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını destekleyecektir.
- Yalnızlık ve ölüm kaygısı gibi duygusal ihtiyaçların giderilmesi için sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi önerilmektedir.
- Bu çerçevede hemşirelik hizmetleri de yaşlı sağlığı açısından kilit bir rol üstlenmektedir. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerine göre bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planlarının oluşturulması gerekmektedir. Evde bakım hizmeti sunan hemşirelerin sayısının artırılması, bu hizmetlerin niteliğinin yükseltilmesi ve hemşirelerin yaşlı bakımına özel eğitimlerle desteklenmesi önem taşımaktadır.
- Tüm bu bulgular ışığında, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını iyileştirmeye yönelik multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Bu hem yaşam kalitesini artıracak hem de sağlık sorunlarının erken dönemde tespit edilmesine yardımcı olacaktır.
- Hemşirelik öğrencilerine ve mezun hemşirelere yönelik “yaşlı sağlığı” ve “geriatrik hemşirelik” alanında lisansüstü programlar ve sertifikasyonlar yaygınlaştırılmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Görgün Baran A, Kalınkara V, Aral N, Akın G, Baran G, Özkan Y (2005). Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması. Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (2023). İstatistiklerle yaşlılar 2020 [online]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>. [Erişim tarihi: 12 October 2023].
3. Arpacı F, Ersoy AF (2009). Evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşamaya ilişkin görüşleri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 18(18): 87-98.
4. Küçük U, Karadeniz H (2021). Yaşlanmaya bağlı bireylerde görülen fizyolojik, ruhsal, sosyal değişiklikler ve korunmaya yönelik önlemler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 14(2): 96-103.
5. Peplau LA, Perlman D (1982). Perspectives on Loneliness. In: Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy, ss. 1-20. Wiley-Interscience.
6. Baskak İ, Aslantürk H (2022). Türkiye’de 2002-2018 yılları arasındaki yaşlı intiharlarının incelenmesi. Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi 3(1): 114-128.
7. Kübler RE (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
8. Geçtan E (1990). Varoluş ve Psikiyatri. Remzi Kitapevi, İstanbul.
9. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. American Journal of Hospice & Palliative Care 18(3): 170-180.
10. Greenblatt-Kimron L, Kestler-Peleg M, Even-Zohar A, Lavenda O (2021). Death anxiety and loneliness among older adults: Role of parental self-efficacy. International Journal of Environmental Research and Public Health 18(18): 9857.
11. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 12(1): 37-43.
12. Jastrzebski J, Slaski S (2011). Death anxiety, locus of control, and Big Five personality traits in emerging adulthood in Poland. Psychology and Education 48(4): 1-15.

13. Pollak JM (1979). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *Omega - Journal of Death and Dying* 10(2): 97-121.
14. Polat Ü, Kahraman BB (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi* 18(4): 213-218.
15. Özbek A, Leutz G (1987). *Psikodrama: Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim*. Has-Soy Matbaası, İstanbul.
16. Hauger H, Melby L, Akerjordet K (2025). Nurses' perspectives on clinical competence to identify loneliness and depression in older people in home care: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing* 20(1): e12513. <https://doi.org/10.1111/opn.12513>
17. Tel H, Koç M, Aydın HT (2020). Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu ve ölüm kaygısının belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi özel sayı*: 1-10.
18. Tuna M (2017). *Türkiye’de ve Dünyada Yaşlanma*. Nobel Yayıncılık, Ankara.
19. Kutsal YG (2006). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. Erişebileceği adres: www.geriatri.org.tr. [Erişim tarihi: 24 March 2025].
20. World Health Organization (2021). World report on ageing and health [online]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf. [Accessed 24 March 2025].
21. Dodig S, Čepelak I, Pavić I (2019). Hallmarks of senescence and aging. *Biochemia Medica* 29(3): 483-497.
22. Ateşoğlu GK, Nükhet G (2018). *Yaşlılığı Kontrol Etme Sanatı*. Akademisyen Kitabevi, Ankara.
23. Akbayrak E, Aysan Ü (2022). Yaşlı perspektifiyle yerinde ve başarılı yaşlanma. *Sosyal Politikalar Çalışmaları Dergisi* 22(55): 399-427.
24. Aslan M, Hocaoglu Ç (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7(1): 53-62.
25. Hooyman NR, Kawamoto KY, Kiyak HA (2016). *Aging Matters: An Introduction to Social Gerontology*. Pearson Education, Boston.

26. Lü J, Fu W, Liu Y (2016). Physical activity and cognitive function among older adults in China: A systematic review. *Journal of Sport and Health Science* 5(3): 287-296.
27. Steves CJ, Spector TD, Jackson SHD (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing* 41(5): 581-586.
28. Arpacı F (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Eğitim ve Kültür Yayınları, İstanbul
29. Levine ME, Lu AT, Quach A, Chen BH, Assimes TL, Bandinelli S, et al (2018). An epigenetic biomarker of aging for lifespan and healthspan. *Aging* 10(4): 573-591.
30. Horvath S, Raj K (2018). DNA methylation-based biomarkers and the epigenetic clock theory of ageing. *Nature Reviews Genetics* 19(6): 371-384.
31. Akçay C (2011). Yaşlılık. Kriter Yayınevi, İstanbul.
32. Canatan A (2008). Sosyal Yönleriyle Yaşlılık. Palme Yayınları, Ankara.
33. Hadshiew IM, Eller MS, Gilchrest BA (2000). Skin aging and photoaging: The role of DNA damage and repair. *American Journal of Contact Dermatology* 11(1): 19-25.
34. Kosmadaki MG, Gilchrest BA (2004). The role of telomeres in skin aging/photoaging. *Micron* 35(3): 155-159.
35. Tekin Ç, Fatih K (2016). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi* 3(1): 219-229.
36. Freund AM, Baltes PB (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology* 82(4): 642-662.
37. Qiao H, Du X, Li S, Sun Y, Feng W, Wu Y (2021). Does older subjective age predict poorer cognitive function and higher risk of dementia in middle-aged and older adults? *Psychiatry Research* 298: 113807.
38. Ak B (1991). Yaşlılık psikolojisi. *Aile ve Toplum* 1(2): 1-5.
39. Kalkan M (2008). Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırması ve Genel Bilgiler, Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.

40. Kurtkapan H (2018). Kentte Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
41. Levy BR (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science* 18(6): 332-336.
42. Levy BR, Banaji MR (2002). Implicit ageism. In: *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older persons*. MIT Press, Cambridge.
43. Mackinlay E (2001). *The Spiritual Dimension of Ageing*. Jessica Kingsley Publishers, London.
44. United Nations (2007). World population ageing 2007 [online]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeingReport2007.pdf>. [Accessed 24 March 2025].
45. Altınparmak S (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 23(3): 159-164.
46. Müftüler HG (2018). İstanbul'da yaşlılık ve yaşlılığın yapısal değişimi. *Yıldız Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2(1): 58-80.
47. Tezcan M (2019). Toplumsal değişme ve yaşlılık. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 15(2): 169-177.
48. Tuncal T, Yücel D, Tepe NBB, Alıcı YH, Kırıcı S, Baştuğ G, Kızıl E TÖ (2017). Yaşlılara bakış açısının karikatürlerdeki izdüşümü konusunda uzman görüşleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 10(1): 43-50.
49. Yıldız R, Ömeroğlu G, Terim N (2017). Yaşlı penceresinden yaşlı ayrımcılığı: Bursa ve Yalova örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 3(2): 313-329.
50. Duvaran EK, Davran MK (2022). Kırsal alanda yaşayan yaşlıların yaşlılık algıları: Osmaniye ili Kadirli ilçesi örneği. *MAS Journal of Applied Sciences* 7(3): 710-721.
51. Sokolovsky J (1990). *Introduction: Culture, Aging and Context*. USF St. Petersburg Campus Faculty Publications.

52. Bratt AS, Fagerström C (2023). Perceptions of general attitudes towards older adults in society: Is there a link between perceived life satisfaction, self-compassion, and health-related quality of life? *BMC Geriatrics* 23(1): 80.
53. Heinrich LM, Gullone E (2024). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review* 26: 695-718.
54. Öz F (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Mattek Matbaacılık, İstanbul.
55. Kozaklı H (2006). Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin.
56. Brage D, Meredith W (1994). A causal model of adolescent depression. *Journal of Psychology* 128(4): 455-468.
57. Gezer HK (2022). SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların Covid-19 pandemisi sonrası, kısıtlamaya maruz kalan 65 yaş üstü kişilerde yaşlılarda yalnızlık ölçeği ve yaşlılarda sosyal dışlanma ölçeği puanlarının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.
58. Kılavuz MA (2005). Batı kültüründe yaşlanma dönemi yalnızlık duygusunu azaltma ve arkadaş ilişkilerini geliştirme açısından dinî etkinliklerin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 14(2): 25-39.
59. Kapıkıran Ş (2016). Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 9(1): 13-25.
60. Aartsen M, Jylhä M (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28-year prospective study. *European Journal of Ageing* 8(1): 31-38.
61. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S (2006). Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Türk Geriatri Dergisi* 9(1): 34-40.
62. Wong A, Chau AKC, Fang Y, Woo J (2017). Illuminating the psychological experience of elderly loneliness from a societal perspective: A qualitative study of alienation between older people and society. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14(7): 824.

63. Ponizovsky A, Ritsner M (2004). Patterns of loneliness in an immigrant population. *Comprehensive Psychiatry* 45: 408-414.
64. Demir Erbil D (2022). Yaşlıların aktif yaşlanma düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile ve Tüketici Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.
65. Khademi MJ, Rashedi V, Sajadi S, Gheshlaghi SM (2015). Anxiety and loneliness in the Iranian older adults. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences* 5(2): 49-52.
66. Çevik Sökmen D (2008). Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevindeki yaşamlarına ilişkin algıları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Halk Eğitimi Bilim Dalı, İstanbul.
67. Doğan S, Başer M (2021). Yaşlılarda yalnızlık: Bir saha araştırması. *Journal of Health Science and Management* 1(1): 1-10.
68. Çevik R, Adıbelli D, Erdem N, Kırış N, Aktaş B, Karadakovan A (2018). Huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 21(1): 33-41.
69. Öz F (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj Yayıncılık, İstanbul.
70. Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ (2002). Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(4): 290-299.
71. Fessman N, Lester D (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *International Journal of Aging and Human Development* 51(2): 137-141.
72. Durak Batigün A (2005). Suicide probability: An assessment in terms of reasons for living, hopelessness, and loneliness. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16(1): 29-39.
73. Fioto B (2002). Social isolation: Important construct in community health. *Geriatric Nursing* 23(1): 53-55.
74. De Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W (1999). Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being, and use of health services. *Psychological Medicine* 29(3): 583-593.

75. Jung G. C. (1997). Ruh ve Ölüm. Payel Yayınevi, İstanbul.
76. Işık Abalı E (2008). Ölümüne karşı tutum ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir.
77. Fromm E (1947). Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics. Rinehart, New York.
78. May R (2019). Varoluşun Keşfi. 6. Baskı. Okuyan Us Yayıncılık, İstanbul.
79. Çobanlı C, Salt A (2001). Dharma Ansiklopedisi. Dharma Yayınları, İstanbul.
80. Townsend M (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramlar. 6. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara.
81. Kalaoğlu Öztürk Z (2010). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana.
82. Carpenito-Moyet LJ (2008). Handbook of Nursing Diagnosis. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
83. Korkmaz KA (2022). Cerrahi hemşirelerinin ölüm kaygısı ve yaşlı ayrımcılığı yapma düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, İstanbul.
84. Cicirelli VG (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. Journal of Gerontology: Psychological Sciences 57(4): 358-366.
85. Yalom ID (2018). Varoluşçu Psikoterapi. 1. Baskı. Pegasus Yayınları, İstanbul.
86. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 25(1): 2-13.
87. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S (2015). Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. Journal of Pain and Symptom Management 50(3): 335-342.e2.
88. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review 34(7): 580-593.

89. Öztürk Z (2010). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana.
90. Karaca F (2000). Ölüm Psikolojisi. Beyan Yayınları, İstanbul.
91. Gazali İ (1975). İhyau Ulumi'd-Din. Bedir Yayınevi, İstanbul.
92. Kübler RE (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
93. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 21(1): 42–79.
94. Zahedi Bidgol Z, Tagharrobi Z, Sooki Z, Sharifi K (2020). Death anxiety and its predictors among older adults. Journal of Holistic Nursing and Midwifery 30(2): 101-110.
95. Özen D (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
96. Aksu T, Okçay H (2010). Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 5(14): 113-126.
97. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, van der Houwen K (2012). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. Omega 64(4): 357-379.
98. Mohammadpour A, Sadeghmoghadam L, Shareinia H, Jahani S, Amiri F (2018). Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. Clinical Interventions in Aging 13: 405-410.
99. Swathi GS (2014). Death anxiety, death depression, geriatric depression and suicidal ideation among institutionalized and noninstitutionalized elders. International Journal of Scientific Research Publications 4(10): 356-364.
100. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. Death Studies 27(4): 335-354.
101. Tajvar M, Arab M, Montazeri A (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health 8(1): 323.

102. Canlı S, Karataş N (2018). Yaşlılar için bir halk sağlığı hemşireliği yaklaşımı: Fiziksel aktivite danışmanlığı. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 17(2): 36-45.
103. Kulakçı H, Emiroğlu ON (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 4: 25-33.
104. Yılmaz D, Bayraktar R (2023). Geriatrik bireylerde yaygın görülen kronik hastalıkların bakımına yönelik yapılan hemşirelik lisansüstü tezlerinin incelenmesi. *Medical Records Review* 5(2): 75-81.
105. Nicholl CG, Wilson KJ (2012). *Elderly Care Medicine*. John Wiley & Sons, Hoboken.
106. Floyd J, Buckle J (1987). Nursing care of the elderly: The DRG influence. *Journal of Gerontological Nursing* 13(2): 20-25.
107. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, et al. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research* 11: 207.
108. Bentur N (2001). Hospital at home: What is its place in the health system? *Health Policy* 55(1): 71-79.
109. Schulmerich SC, Riordan TJ, Davis ST (1996). *Home Health Care Administration*. Delmar, Albany.
110. Fikar C, Hirsch P (2017). Home health care routing and scheduling: A review. *Computers & Operations Research* 77: 86-95.
111. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Chenco C (2014). Staff-family relationships in residential aged care facilities: The views of residents' family members and care staff. *Journal of Applied Gerontology* 33(5): 564-585.
112. Chodzko-Zajko WJ (2014). Exercise and physical activity for older adults. *Kinesiology Review* 3(1): 101-106.
113. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 38(1): 10-47.

114. Cameron HA (2010). Adult neurogenesis and mental illness. *Neuropsychopharmacology* 40(1): 113–128.
115. Şenol, C. (1989). Ölüm kaygısı ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü). Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
116. Akgül, H., & Yeşilyaprak, B. (2015). De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği'nin Türk yaşlı bireyler örnekleminde geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(3), 675-699
117. Diker, B., Görgülü, R. S., & Gözümlü, S. (2001). Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 16–23.
118. Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
119. George D, Marley P (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update. 10. Baskı. Pearson, Boston.
120. Çetin SY, Kitiş A, Kara İG (2013). Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1(2): 121-122.
121. Göçer Ş, Günay O (2018). Kayseri'de bir huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve depresif belirti düzeyleri. *Eurasian Journal of Family Medicine* 7(3): 116- 124.
122. Bozkurt C, Cafer Karalar B, Hoşaf S, Karadakovan A (2022). Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile düşme riski arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 31(3): 219-229.
123. Rasheedy D, Abou-Hashem RM (2020). Overestimated functional dependency in older patients: Can we blame gender difference, unneeded assistance or assessment tools? *Archives of Gerontology and Geriatrics* 88: 104018.

124. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, et al. (2017). Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: Estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 26: 295-304.
125. Silva LMA, Tavares DMS, Rodrigues LR (2020). Transition and factors associated with the level of physical activity combined with sedentary behavior of the elderly: A longitudinal study. *Biomédica* 40(2): 322-335.
126. Esenkaya ME (2018). Kihon kontrol listesinin yaşlı Türk nüfusunda geçerlilik – güvenilirliğinin araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir.
127. Selçuk KT, Avcı D (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 7(1): 1-9.
128. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(2): 171-186.
129. Kayhan Koçak FÖ, Özçaylak S, Solmaz İ, Kilavuz A (2025). The effect of the home care nursing education program on ageism and attitude towards older adults in a developing country: One group pre-posttest design. *Namık Kemal Tıp Dergisi* 13(1): 24-29.
130. Özçelik N (2017). Evde bakım hizmeti alan yaşlılar ile huzurevinde kalan yaşlıların sosyal destek ve yalnızlık durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.
131. Güdük Ö, Güdük Ö, Sertbaş Y (2021). Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların karakteristik özellikleri ve hizmet talebinin incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(1): 78-83.
132. Oğlak S (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics* 10: 100-108.
133. Doğan MD, Ünsar S (2015). Hastanede tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktiviteleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(2): 204-214.

134. Karaca S, Mert H (2011). Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 14(3): 1- 7.
135. Turgay G, Tural E, Sezer S (2017). Hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, yeti yitimi, depresyon ve komorbidite yönünden değerlendirilmesi. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation* 26(3): 311-316.
136. İnce Parpucu T, Keskin T, Başkurt F, Başkurt Z (2023). The effect of sleep quality and sleepiness on fatigue, activities of daily living, and physical activity in the elderly. *Journal of Turkish Sleep Medicine* 10(2): 104-109.
137. Polat F, Karasu F (2022). Effect of sleep hygiene training given to elderly individuals on daytime sleepiness and fatigue: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care* 58(4): 2161-2169.
138. Çevik B, Kılıç G, Balanuye B, Doruk H, Gökçe Ö, Doğan N (2023). Yaşlı hastaların yalnızlık ve yaşamın anlamına ilişkin görüşleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 6(3): 523-532.
139. Nyqvist F, Cattan M, Andersson L, Forsman AK, Gustafson Y (2013). Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: A comparative study. *Journal of Aging and Health* 25(6): 1013-1035.
140. Gürsoy FG (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda kapsamlı geriyatrik değerlendirme ile uyku bozukluğu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara.*
141. Canaslan K (2020). 60 yaş üstü hastalarda komorbidite ölçeklerinin hastanede kalış süresi ve ayrıntılı geriyatrik değerlendirme parametrelerine etkisinin değerlendirilmesi. *Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.*
142. Akkoyun M, Özer Z (2021). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda egzersiz engellerinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 16(3): 102-114.
143. Akın S, Böyük B, Keskin Ö (2020). Overview of elderly patients and comorbidities in COVID-19 pandemic. *South Clinical Istanbul Eurasia* 31(0): 86-89.

144. Okudur SK, Dokuzlar Ö, Soysal P, Işık AT (2018). Demans ve komorbid hastalıklarla ilişkisi. *Geriatric Bilim Dergisi* 1(2): 32-39.
145. Masoudi N, Sarbazi E, Soleimanpour H, Abbasian M, Ghasemi M, Rostami Z (2024). Loneliness and its correlation with self-care and activities of daily living among older adults: A partial least squares model. *BMC Geriatrics* 24(1): 621.
146. Shamlou R, Nikpeyma N, Pashaeipour S, Sahebi L, Mehrgou Z (2021). Relationship of loneliness and social isolation with self-care ability among older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 59(1): 15-20.
147. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H (2016). Association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling older adults. *Journal of Epidemiology* 26(10): 553-561.
148. Miri K, Bahrami M, Vafainnya R, Gholamzadeh T (2017). Relationship between feeling of loneliness and activities of daily living among the elderly. *Journal of Research in Health* 7(3): 834-840.
149. Peter RM, Logaraj M, Ramraj B (2022). Association of comorbidities with activity of daily living (ADL) in a community-based sample of older adults in Tamil Nadu, India. *Clinical Epidemiology and Global Health* 15: 1-5.
150. Zeng H, Miao C, Wang R, Zhao W, Wang W, Liu Y, vd. (2024). Influence of comorbidity of chronic diseases on basic activities of daily living among older adults in China: A propensity score-matched study. *Frontiers in Public Health* 12: 1292289.
151. Top FÜ, Saraç A, Yaşar G (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 13: 14-22.
152. Buruntekin F (2022). Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.



EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3) Medeni Durumunuz

() Evli () Bekâr () Boşanmış/Eşi vefat etmiş

4) Eğitim Düzeyi:

() İlköğretim () Ortaöğretim () Üniversite ve Üzeri

5) Kiminle Yaşıyorsunuz?

() Eşimle () Çocuklarımla () Bakıcımla () Yalnız

6) Çocuğunuz Var mı?

() Evet () Hayır

7) Bakımınızda yardımcı olanlar kimdir?

() Eşi () Çocukları () Bakıcısı () Hiçkimse

8) Kronik Hastalıklarınız Var mı?

() DM () HT () KBY () KVSH () Kronik Akciğer Hastalığı () Malign Hastalık

9) Gün içinde zamanınızı nasıl geçirirsiniz

1. Televizyon izlerim ()

2. Çevredekilerle sohbet ederim ()

3. Gazete, kitap, dergi v.b. okurum ()

4. El becerisi gerektiren işlerle (resim, takı, el işi v.b.) uğraşırım ()

5. Diğer () (belirtiniz)..

Bahçe işleriyle uğraşırım ()

Komşu ziyaretlerine giderim ()

Yatarak dinlenirim ()

10) Sürekli İlaç Kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

11) Sağlık Güvenceniz:

() Var () Yok

12) Evde bakım hizmeti alma durumu ?

() Evet () Hayır

13) Yürümeye Yardımcı Araç Kullanıyor musunuz ?

() Evet () Hayır

14) Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

15) Hayatınızdan memnun musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

16) En çok kimler ziyaretinize gelir?

1. Hiç ziyaretçim yok () 2. Çocuklarım () 3. Akrabalarım () 4. Arkadaşlarım/Komşularım () 5. Diğer () (belirtiniz)

17) Ziyaret edilme sıklığınız nedir?

1. Her gün () 2. Haftada 1-2 defa () 3. Ayda 1 defa () 4. Ayda birkaç kez () 5. Nadiren ()

Ek 2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Aktivite	1 Puan	0 Puan
Bağımsızlık	Nezaret eşliği olmadan, yönlendirme olmadan ya da kişisel destek almadan	Nezaret eşliğinde, yönlendirme ile kişisel destek alarak, ya da tam himaye ile
Banyo Yapma	Kendi kendine banyo yapabilme ya da sadece sırt, genital bölge gibi vücudun bir bölümünü ya da engelli bir uzvunu yıkarken yardıma ihtiyaç duyma	Vücudun birden fazla bölgesini yıkarken yardıma ihtiyaç ya da duşa/küvette girerken veya çıkarken yardım alma, tüm banyo boyunca yardıma ihtiyaç duyma
Giyinme	Elbiselerini dolabından veya çekmecedan alabilme ve elbise ve diğer giysilerini tamamıyla ilikleyerek giyebilme (Ayakkabılarını bağlarken yardım alabilir)	Kendi kendine giyinirken yardıma ihtiyaç ya da tamamen başkası tarafından giydirilme ihtiyacı duyma
Tuvalet	Yardım almadan; tuvalete gidebilme, kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilme ve giysilerini düzenleyebilme ve genital bölgeyi temizleyebilme	Tuvalete giderken yardım ihtiyacı çekme, kıyafetlerini çıkarıp giyinirken yardım alma, sünger vb. malzemelere ihtiyaç duyma, genital bölge temizliğinde yardım alma
Hareket Yeteneği	Yataktan kalkabilme ya da sandalyeye yardım almadan oturabilme (Mekanik destek aletlerini kullanabilir)	Yataktan kalkarken ya da sandalyeye otururken tamamıyla destek alma
İdrar ve Gaita Kontrolü	İdrar ve gaita kontrolünü sağlama	Kısmen ya da tamamen bağırsak ve mesane fonksiyonlarına hakim olamama
Beslenme	Yemeği tabağından alıp ağzına götürebilme (Yemeğin hazırlanması başka insanlar tarafından yapılabilir)	Kısmen ya da tamamen beslenirken destek ihtiyacı duyma ya da parenteral olarak beslenme

Ek 3. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ)	Doğru	Yanlış
1. Ölmekten çok korkuyorum.		
2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir		
3. Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam.		
4. Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur.		
5. Ölmekten pek de korkmam.		
6. Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur.		
7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.		
8. Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder.		
9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum.		
10. Ölümden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır.		
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum.		
12. Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.		
13. Birilerinin Üçüncü Dünya Savaş hakkmda konuştuklarını duyarsam ürperirim.		
14. Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir.		
15. Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum.		

Ek 4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

	Evet	Olabilir	Hayır
1- Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	()	()	()
2- Gerçekten yakın bir arkadaşla sahip olmayı özledim.	()	()	()
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	()	()	()
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	()	()	()
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özledim.	()	()	()
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	()	()	()
7- Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	()	()	()
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	()	()	()
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özledim.	()	()	()
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	()	()	()
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	()	()	()

Ek 5. Charlson Komorbidite İndeksi

Charlson Komorbidite İndeksi

No	Hastalık	Var	Yok	Puan
1	Miyokard enfarktüsü	☐	☐	1
2	Konjestif kalp yetmezliği	☐	☐	1
3	Periferik vasküler hastalık	☐	☐	1
4	Serebrovasküler hastalık	☐	☐	1
5	Demans	☐	☐	1
6	Kronik Akciğer Hastalığı	☐	☐	1
7	Konnektif doku hastalığı	☐	☐	1
8	Peptik ülser hastalığı	☐	☐	1
9	Hafif düzeyde karaciğer hastalığı	☐	☐	1
10	Diyabet	☐	☐	1
11	Hemipleji	☐	☐	2
12	Orta-şiddetli böbrek hastalığı	☐	☐	2
13	Son organ hasarı yapan diyabet	☐	☐	2
14	Herhangi tümör varlığı	☐	☐	2
15	Lösemi	☐	☐	2
16	Lenfoma	☐	☐	2
17	Orta-şiddetli karaciğer hastalığı	☐	☐	3
18	Metastatik solid tümör	☐	☐	6
19	AIDS	☐	☐	6

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi

No	Hastalık	Var	Yok	Puan
1	Koroner arter hastalığı	☐	☐	1
2	Konjestif kalp yetmezliği	☐	☐	1
3	Periferik vasküler hastalık	☐	☐	1
4	Serebrovasküler hastalık	☐	☐	1
5	Demans	☐	☐	1
6	Kronik Akciğer Hastalığı	☐	☐	1
7	Konnektif doku hastalığı	☐	☐	1
8	Peptik ülser hastalığı	☐	☐	1
9	Hafif düzeyde karaciğer hastalığı	☐	☐	1
10	Diyabet	☐	☐	1
11	Hemipleji	☐	☐	2
12	Orta-şiddetli böbrek hastalığı	☐	☐	2
13	Son organ hasarı yapan diyabet	☐	☐	2
14	Herhangi tümör varlığı	☐	☐	2
15	Lösemi	☐	☐	2
16	Lenfoma	☐	☐	2
17	Orta-şiddetli karaciğer hastalığı	☐	☐	3
18	Metastatik solid tümör	☐	☐	6
19	AIDS	☐	☐	6
40 yaşından sonra her 10 yıl için ilave 1 puan eklenir.				

Ek.6. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu form, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Elemanı Prof. Dr. Nesrin NURAL tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Kendi Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi” olup, bu çalışma *Çamlıhemşin*’de toplumda kendi ev ortamında yaşayan 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yalnızlık ve ölüm kaygısının araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmada *Çamlıhemşin* bölgesindeki yaşlı nüfusa yönelik bilgi edinilecektir. Yine yaşlı bireylerde yalnızlık ölüm kaygısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler incelenecektir. Bu çalışma ile artan yaşla gelişen yalnızlık düzeyi ve ölüm kaygısı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi yapılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi bir saattir. Bu çalışma süresince sizlerden *sorulara doğru yanıtlar vermeniz* beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşılabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel no:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kendi Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/5
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nesrin NURAL
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	İlayda BİRŞEN
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : İlayda BİRŞEN
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2018
Lise	Gazi Anadolu Lisesi	2014

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Altunizade Acıbadem Hastanesi	2018-2019
2. Hemşire	Rize Çamlıhemşin İlçe Devlet Hastanesi	2019-2024
3. Hemşire	Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	2024- Halen

YABANCI DİL

İngilizce