



# TÜRK DÜNYASI UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ HALK SAĞLIĞI DERGİSİ

## YAŞLILARDA YALNIZLIK ve YAŞAM KALİTESİ

Cüneyt Çam<sup>1</sup>, Emrah Atay<sup>1</sup>, Burhanettin Işıklı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>-Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

*Nasıl atıf yaparım;*

*Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşam Kalitesi. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(2):50-67.*



## YAŞLILARDA YALNIZLIK ve YAŞAM KALİTESİ

Cüneyt Çam<sup>1</sup>, Emrah Atay<sup>1</sup>, Burhanettin Işıklı<sup>1</sup>

1-Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

### Özet:

Yaşlanma yaşam evresinin sonuna yaklaştıkça her bireyin karşı karşıya kaldığı bedenin fonksiyonel kapasitesinde azalma ve işlevlerde azalmayla karakterize durdurulması mümkün olmayan ve fiziksel, psikolojik, sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Dünyada 65 yaş ve üzeri nüfus, 2010 yılında 524 milyon (%8) olup, 2050 yılında 1.5 milyar (%16) olması beklenmektedir. Türkiye’de ise 2012’de 5,7 milyon (%7.5) olan yaşlı nüfusun 2023’te 8,6 milyon (%10.2), 2050’de ise 19,5 milyon (%20.8) olacağı tahmin edilmektedir. Gerek dünya gerekse ülkemizdeki yaşlı nüfusta meydana gelen artış “yaşlı sağlığı” ve bunun önemli bir bileşeni olan “yaşlılarda yaşam kalitesi” kavramını oldukça önemli bir noktaya taşımaktadır. Bu durum birçok disiplinin yaşlılık konusuna olan ilgisini arttırmakla birlikte yaşlı sağlığını daha sık gündeme getirmektedir. Tüm dünyada giderek önem kazanan, yaşlı bireylerin sağlıklı ve başarılı yaşlanmaları, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, toplumla bütünleşmeleri ve toplumla uyumlu olarak yaşamaları konusundaki girişimler giderek artmaktadır. Başarılı bir yaşlanma modeli için üç özellik olarak hastalık ve sakatlıktan kaçınma, yüksek fiziksel ve bilişsel işlevsel kapasitenin sürdürülmesi ve hayata aktif katılımın gerekli ön şartlar olduğu ileri sürülmüştür. Yaşlılıkta yaşam kalitesi sorularına sağlıklı ilgili konular ve sorunlar egemen olmuştur. Bu sebeple, yaşlanan nüfusun maliyeti ve yaşlı bireylerin hizmetlere bağımlı olmadan kendi kendilerine nasıl bir hayat süreceğine dair endişelerde bedensel sağlık sorunları öncelikli olmuştur. Halbuki özellikle yaşlılarda ruhsal sağlık sorunları ayrı bir öneme sahiptir. Bunlardan biri olan yalnızlık duygusu günümüzde nispeten üzerinde daha az durulan konulardan birisi olup yaşlılarda sık görülmekte doğrudan ya da dolaylı sağlık çıktıklarına neden olmaktadır. Bu bakımdan, kişinin sosyal ilişki ağının, arzu ettiğinden daha dar ya da daha az doyumlu algılamasına bağlı yaşanan bir duygu olarak ifade edilen yalnızlık da yakından incelenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlılık, Yalnızlık, Yaşam kalitesi, Sağlıklı yaşlanma

## LONELINESS and QUALITY of LIFE in ELDERLY

### **Abstract:**

Aging is defined as a unstoppable process that in which an individual with a decrease in the functional capacity of the body, a reduction in functionalities and it has to be discussed with its physical, psychological and social dimensions. The population of 65 years and older people in the world is expected to be 524 million (8%) in 2010 and 1.5 billion (16%) in 2050. The elderly population in Turkey in 2023 is suggested to increase from 5.7 million to 8.6 million, while in 2050 is estimated to be 19.5 million. The increase in the elderly population in the world and our country highlights the "elderly health", "quality of life in old age". The initiatives like the healthy and successful aging of older people, the upgrading of their quality of life, their integration into society and their lives in harmony with society gains importance all over the world. Three prerequisites for a successful aging model are the avoidance of illness and disability, the maintenance of high physical and cognitive functional capacity, and active participation in life. Health-related problems especially physical problems dominate concerns about quality of life in old age. For this reason, the cost of the aging population and the anxieties about how an old person would live without being dependent on services have always been priorities. But there is a missing point that the mental health is also important when we talk about older people. Loneliness, which is a feeling that is felt due to the perceived lack of satisfaction of the social network is one of the important psychological problem and causes direct or indirect physical or other mental health outcomes. At present, the loneliness is a subject that not given importance enough and has to be evaluated carefully for elderly health.

**Key words:** Elderly, Loneliness, Quality of Life, Healthy ageing

**Yazışma Adresi:** Arş. Gör. Dr. Cüneyt Çam, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

**e-posta:** cnytcm@gmail.com

**Geliş tarihi:** 12.04.2018, **Kabul tarihi:** 18.05.2018

## Yaşlılık

**Y**aşlanma yaşam evresinin sonuna yaklaştıkça her bireyin karşı karşıya kaldığı bedenin fonksiyonel kapasitesinde azalma ve işlevlerde azalmayla karakterize durdurulması mümkün olmayan ve fiziksel, psikolojik, sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreç olarak tanımlanmaktadır (1, 2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini, gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerini kabul etse de bazı bölgelerde (örneğin Afrika Kıtası) buna uyum sağlanamadığını belirtmektedir (3). DSÖ, 2015 yılında yayınlamış olduğu “Aging and Health” isimli Dünya Raporu’nda ise yaşlı nüfus atıflarını 60 yaş ve üstü olarak yapmaktadır (4). Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) yaşlılık konusundaki istatistik çalışmalarında ve sayısal verilerinde 65 yaş ve üstünü referans almaktadır (5). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) nüfus ve yaşlı nüfus oranlarında 65 yaş ve üstünü değerlendirmeye alırken, ileri yaşlı nüfusuna ilişkin verileri 85 yaş ve üzeri olarak değerlendirmektedir. Gerontolojistler yaşlılığı 65-74 yaş arasını “genç yaşlı”, 75-84 yaş arasını “orta yaşlı”, 85 yaş ve üzerini “ileri yaşlı” olacak şekilde sınıflandırmışlardır (2).

Dünyada 65 yaş ve üzeri nüfus, 2010 yılında 524 milyon (%8) olup, 2050 yılında 1.5 milyar (%16) olması beklenmektedir (6). Türkiye’de ise 2012’de 5,7 milyon (%7.5) olan yaşlı nüfusun 2023’te 8,6 milyon (%10.2), 2050’de ise 19,5 milyon (%20.8) olacağı tahmin edilmektedir (7). Günümüzde tıp ve halk sağlığı alanındaki gelişmeler ve ülkelerin gelişmişlik düzeyinin artmasına bağlı olarak yaşam standartlarının iyileşmesi, sağlıkla ilgili eğitimlerin toplumun daha geniş kesimini kapsamına alması, temel ve tıbbi ihtiyaçların daha rahat karşılanabilmesi, sağlık hizmetlerinden daha etkin faydalanma gibi faktörler ölüm oranlarında büyük düşüslere katkıda

bulunmuş, aynı zamanda beklenen yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur (8).

Bu durum birçok disiplinin yaşlılık konusuna olan ilgisini arttırmakla birlikte yaşlı sağlığını daha sık gündeme getirmektedir (2). Tüm dünyada giderek önem kazanan, yaşlı bireylerin sağlıklı ve başarılı yaşlanmaları, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, toplumla bütünleşmeleri ve toplumla uyumlu olarak yaşamaları konusundaki girişimler giderek artmaktadır (9). Bu bağlamda, sağlıklı ya da başarılı yaşlanmayı neyin oluşturduğunu anlamak ve tanımlamak, fiziksel hastalık ve engelliliğin ötesinde yaşlanmaya ilişkin araştırmaların odağını genişletmek için daha fazla çaba harcanmaktadır (10). Sağlıklı ya da başarılı yaşlanma kavramı, gerontoloji kültüründe değerli ve güçlü bir paradigma haline gelmiş ve yaşlanma ile ilişkili fonksiyonel kayıpları tanımlamak, önlemek ve tersine çevirmek için tasarlanmış çok sayıda müdahale çalışmasına da yol açmıştır (11).

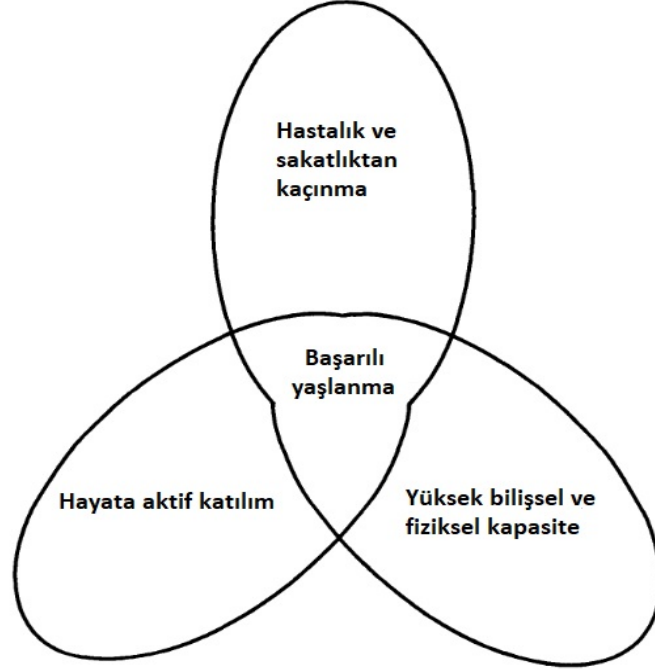
Günümüzde yaşlı sağlığının en önemli konularından biri haline gelen sağlıklı ya da başarılı yaşlanma kavramı, yaşlılıkta en doğru sağlık yaklaşımını göstermesi açısından oldukça anlamlıdır. Yaşlı sağlığı için en temel unsurun yaşlıların yaşam haklarının korunması ve iyi yönde geliştirilmesi olduğu vurgulanmaktadır (2). Başarılı bir yaşlanma modeli için üç özellik olarak hastalık ve sakatlıktan kaçınma, yüksek fiziksel ve bilişsel işlevsel kapasitenin sürdürülmesi ve hayata aktif katılımın gerekli ön şartlar olduğu ileri sürülmüştür (12). Bu bakımdan başarılı yaşlanmayı sağlayan durum, sadece hastalıkların yok olmasından ibaret değildir (13).

Yaşlı bireylerin bu modern yaklaşımla değerlendirilmesi, yaşlı popülasyondaki sağlık ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi ile yapılabilir. Bu modern yaklaşımın temelinde, fonksiyonel ve performansa dayalı değerlendirme bulunmaktadır. Bu

değerlendirmede amaç; fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal etkenlerin gözden geçirilmesidir. Sonuçta, fonksiyonel kapasite ve performansa dayalı tam bir iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi

yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttıracaktır (14).

Şekil 1’de başarılı yaşlanma modeli için gerekli ön şartlar olarak ileri sürülen üç özellik gösterilmiştir (10).



**Şekil 1:** Başarılı yaşlanma modeli için gerekli ön şartlar olarak ileri sürülen üç özellik (10).

## Başarılı Yaşlanma Modeli

Bireyin, toplumun bir parçası olarak yaşamını sürdürmesinde, sağlık anahtar role sahiptir. Sağlık aynı zamanda bireyin toplumdaki rolüne de yansır. Her birey toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına sahip olmalıdır (15).

Yaşlı bireyler için yaşam kalitesini düşüren en önemli sağlık sorunu bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bu bakımdan, yaşlılarda fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesi, beslenme durumu, görme ve işitmenin değerlendirilmesi, üriner inkontinans, denge kaybı ve düşmeler, ağrı, osteoporoz, çoklu ilaç kullanımı, kardiyovasküler sorunlar, uyku bozuklukları, demans ve depresyon gibi psikolojik durumlar daha dikkatli ele alınmalıdır (16).

Aynı zamanda ulusal politika ve kararlar da birey sağlığını etkilemektedir. Bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı,

fiziksel ve bilişsel sınırlılık ile ekonomik yetersizliğin getirdiği beslenme bozuklukları, duyu ve fiziksel yetilerde azalmaya bağlı ulaşım zorlukları, eşin ölümü, aile bireylerinin evden ayrılmasına bağlı olarak yalnızlık gibi pek çok sosyal etmen de sağlığı etkileyerek yaşam kalitesini etkilemektedir (17).

Yaşlı bireylerde başarılı yaşlanmayı neyin oluşturduğunu anlamak, başarılı yaşlanmanın gelecekteki tanımlarını ve daha sonra bakım, müdahale ve politika reformu modellerinin gelişimini yönlendirmeye yardımcı olabilir (10).

### Hastalık, sakatlık ve risk faktörlerinin yokluğu

Hastalık yokluğu temel olarak kalp hastalığı, inme, bronşit, diyabet, kanser, osteoporoz, amfizem veya astımın gibi kronik hastalıkların olmadığı durumu

kapsamaktadır . Engelliliğin olmaması ise, günlük yaşam aktivitelerini (banyo yapabilme, giyinme, yemek yeme, tuvaleti kullanma, yataktan koltuğa geçebilme veya bir odadan diğerine yürüyebilme) gerçekleştirmeyi içerir. Risk faktörlerinin yokluğu ise sigara içilmesinin, hipertansiyonun ve obezitenin (vücut kitle indeksinin 30 ve üzerinde olan durumların) yokluğu olarak tanımlanmıştır (12, 18, 19).

### **Fiziksel ve zihinsel işlevlerin sürdürülmesi**

Fiziksel ve zihinsel işlevlerin sürdürülmesi, ortalama ½ km kadar yürüyebilme, dinlenmeksizin birkaç basamak merdiven çıkabilme, baş dönmesi veya bayılacakmış gibi hissetmeden ayakta

### **Yaşlılarda Yaşam Kalitesi**

Yaşam Kalitesi terimi ilk olarak Priestley'in 1943 yılındaki "Cumartesi Işıkları (Daylight on Saturday)" adlı oyununda kullanılmasına rağmen, tıp literatüründe yaşam kalitesi kavramı ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmektedir (20,21). Doksanlı yıllarda ise moda haline gelmiş bir şekilde televizyon, dergi reklamları, gazete manşetleri ve bunun gibi bir dizi medyada ve politik söylemlerde adı sıkça geçmekte ve o dönemde yaşam kalitesi sadece gündelik konuşmalarda değil aynı zamanda, araştırma bağlamında da sosyoloji, psikoloji, tıp ve hemşirelik bilimi, ekonomi, felsefe, tarih ve coğrafya gibi çeşitli uzmanlık alanları içinde de kendine önemli bir yer edinmektedir (22).

Bu kavramın tanımını ise DSÖ "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve

durabilme, herhangi bir yere koyduğu bir cismin nerede olduğunu zorlanmadan hatırlayabilme, birisiyle bir şey hakkında konuşurken doğru kelimeleri bulup söyleyebilme olarak tanımlanmaktadır (12, 18, 19).

### **Hayata aktif katılım**

Hayata aktif katılım genel olarak iletişim bağlamında üç veya daha fazla yakın arkadaşla veya akrabalarla diyalog halinde olabilmeyi, üretkenlik bağlamında bir işle uğraşı, çocuk veya torunun bakımı, her hangi bir konuda da gönüllülük davranışında bulunabilme gibi durumlardan birini içermektedir (12, 18, 19).

değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından yaşamdaki pozisyonlarını algılaması" olarak yapmıştır (23).

Gerek dünya gerekse ülkemizdeki yaşlı nüfusta meydana gelen artış "yaşlı sağlığı" ve bunun önemli bir bileşeni olan "yaşlılarda yaşam kalitesi" kavramını oldukça önemli bir noktaya taşımaktadır (15). Sağlık alanında, teknolojik gelişmeye paralel önemli ilerlemelerin kaydedilmesi ve etkili ilaçların piyasaya sürülmesiyle yaşam süresi artmış böylelikle, kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Yaşam kalitesi ve buna bağlı olarak, hastanın tedavi sırasındaki konforu da bu bağlamda dikkate alınması gereken konular haline gelmiştir.

## Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Literatür bilgisi, yaşam kalitesinin hem insanlar üzerindeki makro-toplumsal ve sosyo-demografik etkileri hem de bireylerin kişisel özellikleri ve kaygılarını yansıttığını göstermektedir. Ayrıca toplumlarda var olan değerlerin ortak bir çekirdeği olduğu ve onların varlığının veya yokluğunun genel yaşam kalitesini etkilediği savunulmaktadır. Fakat yaşam kalitesi kavramı öznel olduğu için, bireyin yorumlarına ve algılarına da eşit olarak bağlıdır. Bu nedenle, yaşam kalitesinin tanımlanması ve ölçülmesi ampirik görüşlere dayanmalı ve kavramdaki bireysel öznelliği ve değişimi yansıtmalı ve aynı zamanda daha geniş sosyal koşulları da hesaba katmalıdır (24).

Yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumundan öte, iyilik halini de içine alır. Yaşam kalitesi temel olarak bireyin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalıkların tedavisi ve seyri sırasında günlük yaşam üzerindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal etkilerine verdiği bireysel

yanıtları temsil eder; bu yalnızca fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir. Böyle tanımlanıyorsa da kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi içerir(25, 26).

Yaşam kalitesinin çok yönlü yapısı ölçüm için belirli zorluklar doğurmuştur. Yaşlanma ile birlikte artan kırılabilirlik ve zayıflığın yaşamın birçok alanına etkisi olabilirken, yaşam kalitesinin çok az ölçüsü gerçek anlamda çok boyutlu olabilmektedir. Yaşam kalitesi büyük ölçüde öznel bir kavram olduğu için, onu ölçmek için tasarlanan herhangi bir enstrümandaki görüşlerin yansıtılması esastır. Mevcut haliyle yaşam kalitesi ölçümlerinin çoğu, insan gereksinimi, yaşam doyumu, sağlık gibi daha geniş teorik kavramlara dayanmaktadır (27).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçekler Tablo 1’de gösterilmiştir (28).

**Tablo 1:** Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler (28).

<i>Ölçekler</i>	<i>Hastalık ya da Yapı Değerlendirmesi</i>	<i>Format</i>
<b>Yaşam Kalitesi Görüşmesi (QOLI)a</b>	<i>Şiddetli ve sürekli mental hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi</i>	<i>Yapılandırılmış görüşme; tam versiyon, 158 madde (uygulama için ± 45 dakika); kısa versiyon, 78 madde (uygulama için ± 16 dakika)</i>
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği (QLS)a</b>	<i>Şizofreni hastalarının yaşam kalitesi</i>	<i>Yarı yapılandırılmış görüşme; 21 madde (uygulama için ± 45 dakika)</i>
<b>Wisconsin Yaşam Kalitesi İndeksi (W-QLI)a</b>	<i>Şiddetli ve sürekli mental hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi</i>	<i>Kendi kendine tatbik; 42 maddelik hasta versiyonu (uygulama için ± 25 dakika), 68 maddelik sağlıklı versiyonu (uygulama için ± 15 dakika) ve aile üyeleri için 28 maddelik versiyon (uygulama için ± 10 dakika)</i>



Tıbbi Çıktılar Çalışması Kısa Formu – 36 madde (SF-36) <i>b</i>	Fiziksel işlevsellik, bedensel ağrı, fiziksel sağlık sorunlarından kaynaklanan rol kısıtlamaları, kişisel veya duygusal sorunlardan kaynaklanan rol kısıtlamaları, genel ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, enerji / yorgunluk ve genel sağlık algıları	Kendi kendine veya klinisyen tarafından uygulanan 36 madde (uygulama için ± 20 dakika)
Yaşam Kalitesi Memnuniyet Anketi (Q-LES-Q) <i>a</i>	Günlük yaşamın çeşitli alanlarında hoşlanma ve memnuniyet derecesi	Kendi kendine uygulanan; 60 maddelik uzun form (ilave 33 opsiyonel madde ile) (uygulama için ± 15 dakika); 16 maddelik kısa form (uygulama için ± 5 dakika)
Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) <i>a</i>	Belirli yaşam alanları ve bu alanlara konumlandırılan bireysel öneme dayalı yaşam kalitesi memnuniyeti	Öz bildirim veya yapılandırılmış görüşme; 35 madde (bunu tamamlamak için gereken ortalama süre rapor edilmemiştir)
Yaşam Kalitesi Envanteri (QOLI) <i>a</i>	Yaşam memnuniyeti belirli alanlarda önemli sayılan memnuniyetin toplamıdır	Kendi kendine uygulanan anket; 16 madde (uygulamak için 5-10 dakika)
Yaşam Kalitesi Depresyon Ölçeği (QLDS) <i>c</i>	Yaşam, kalitesini bireyin ihtiyaçlarının karşılanması için sahip olduğu yetenek ve kapasiteden kazanır.	Kendi kendine uygulanan anket; 34 madde (uygulamak için 5-10 dakika), transkültürel olarak geçerliliği yapılmış
Hastalık Psikososyal Uyum Ölçeği, Görüşme ve Özbildirim Sürümü (PAIS-SR) <i>a</i>	Hastaların mevcut veya geçmişteki tıbbi bozukluğa psikososyal uyum kalitesi	Görüşme ya da öz bildirim; 46 madde
Spitzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spitzer QL-Index) <i>a</i>	Kronik hastalığa sahip hastalarda, doktorların tedaviyi değerlendirmesine yardımcı olan yaşam kalitesi	Klinisyen puanlı ölçek; 5 madde (uygulama için 22 dakika)
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Enstürmanı (WHOQOL) <i>d</i>	Beş geniş alanın (psikolojik, fiziksel sağlık, çevre, manevi ve sosyal ilişkiler) değerlendirilmesi yoluyla hasta ve sağlıklı nüfusun yaşam kalitesi	Kendi kendine uygulanan anket; 100 maddelik uzun versiyon (WHOQOL-100) (uygulama için ± 25 dakika); 26-maddeden oluşan kısa versiyon (WHOQOL-BREF) (uygulama için ± 5 dakika), transkültürel olarak geçerliliği yapılmış

*a* Rabkin J, Wagner G, Griffin KW. Quality of life measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al (eds.). Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2000, pp. 135-150. 'dan uyarlanmış

*b* Brazier JE, Harper R, Jones NM et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305:160-4. 'dan uyarlanmış

*c* McKenna SP, Doward LC, Kohlmann T et al. International development of the Quality of Life in Depression Scale (QLDS). J Affect Dis 2001; 63:189-99. 'dan uyarlanmış

*d* The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46:1569- 1585. 'dan uyarlanmıştır



Yaşlı insanlarla kullanım için mevcut ölçüm araçlarındaki bu boşluğu gidermeye yönelik son girişimler arasında CASP-19 (Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve WHOQOL-OLD'nin (Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü) gelişimi yer almaktadır. CASP-19 ölçeği Hyde ve arkadaşları tarafından yaşlıların yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla 2003 yılında geliştirilmiş, 19 maddeden ve “Kontrol”, “Otonomi”, “Zevk” ve “Kendini gerçekleştirme” olmak üzere dört alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her bir maddesi “hiç zaman” (0 puan) ile “her zaman” (3 puan) arasında değişen 4'lü Likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. 1, 2, 4, 6, 8, 9 no'lu maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçek maddeleri 0-3 puan arasında puanlanmaktadır. Toplam puanın yükselmesi yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (29). WHOQOL-OLD yaşlı topluma yönelik epidemiyolojik araştırmalar ile klinik müdahale çalışmalarında, WHOQOL'a ek olarak kullanılmak üzere geliştirilmiştir. WHOQOL-OLD modülü, altı boyut “Duyusal İşlevler”, “Özerklik”, “Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık” olmak üzere cevapların 5'li Likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Olası boyut puanları 4-20 aralığında ve her bir tekil puan değerleri toplandığında toplam puan hesaplanmakta ve puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (30).

Genel olarak yaşam kalitesinin ölçülmesi, sağlık düzeyi ile ilgili

## Yalnızlık

Yalnızlık, kişinin sosyal ilişki ağının, arzu ettiğinden daha dar ya da daha az doyumlu algılamasına bağlı yaşanan bir duygu olarak ifade edilmektedir. Kişinin bu alanda arzu ettiği emosyonel tatmin düzeyi ile tecrübe ettiği emosyonel tatmin düzeyi arasında fark nedeniyle eksiklik hissetmesidir (35-37). Günümüzde

ölçütlerden daha geniş kapsamlı olarak tanımlanır. Yaşam kalitesi, kronik hastalıkları olan hastaların klinik çalışmalarındaki sonuçları değerlendirmek için giderek artan bir sonuç ölçüsüdür. Sağlık ve sosyal çıktılarla ilişkilendirildiği için yaşam kalitesini ele almak önemlidir. Yaşam kalitesi, fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliği kapsayan çok boyutlu bir bakış açısıyla öznel bir kavramı temsil eder. Tıp literatüründe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQOL) ve genel yaşam kalitesi (sağlık sektörü ile ilgili faktörleri değil, aynı zamanda istihdam, aile ilişkileri ve maneviyat gibi pek çok durumu da kapsamaktadır) arasında çok az fark vardır (31). Sağlık ve yaşam kalitesi alanları birbirini tamamlar ve iç içedir, örneğin genel yaşam kalitesini belirleyen aile, iş, barınma, güvenlik, gelir düzeyi ve çevre koşulları gibi özellikler, bireyin sağlığını etkileyen önemli faktörlerdir. Bundan dolayı pratikte, terimler sıklıkla birbirinin yerine kullanılır.

Genel kabule göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşam kalitesi boyutları içinde doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımları içerir. Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi'ne atfedilen önem insandan insana farklılık gösterir; sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri önemli olurken, süregen hastalığı olan bir birey için fiziksel durum ve işlevsel yeti, psikolojik sağlık durumu gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenleri daha ön plandadır (26, 32-34).

yalnızlık pek çok kesim tarafından bireylerin yaşamları boyunca karşılaştığı ve değişik derecelerde tecrübe ettiği, hayatın bir gerçeği olarak belirtilmektedir (37).

Yalnızlık çok boyutlu bir yapıya sahiptir; örneğin bireyin bir yakını kaybetmesiyle oluşan yalnızlık ile çevresiyle yaşadığı kopukluktan

kaynaklanan yalnızlık bir tutulamaz. Bu noktada Weiss, yalnızlığı, duygusal ve sosyal olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Sosyal yalnızlık, algılanan sosyal etkileşimdeki yetersizlik ve kişinin çevresiyle ortak ilgiye dayalı etkinlikleri paylaşmada kendisini grubun, durumun ya da etkinliğin bir parçası olarak hissetmemesi olarak tanımlanabilir. Duygusal yalnızlık ise, özellikle bireysel bazda başka bir kişiye karşı kendini uzak görmesi yakınlık bağlarını eksik olarak algılaması ve kabul edilmediğini

hissetmedir (37, 38). Her ne kadar Weiss sosyal ve emosyonel yalnızlığın birbiriyle korele olduğunu ifade etse de bunun doğru olmadığını vurgulayan yazarlar da bulunmaktadır.

Örneğin DiTommaso ve Spinner anksiyetenin emosyonel anksiyeteden ziyade sosyal anksiyeteye daha güçlü bir bağı olduğunu vurgulamaktadır ve farklılıklarına rağmen genel olarak insanların sosyal ve emosyonel yalnızlığı birbirinden ayırabildikleri belirtilmektedir (37, 39).

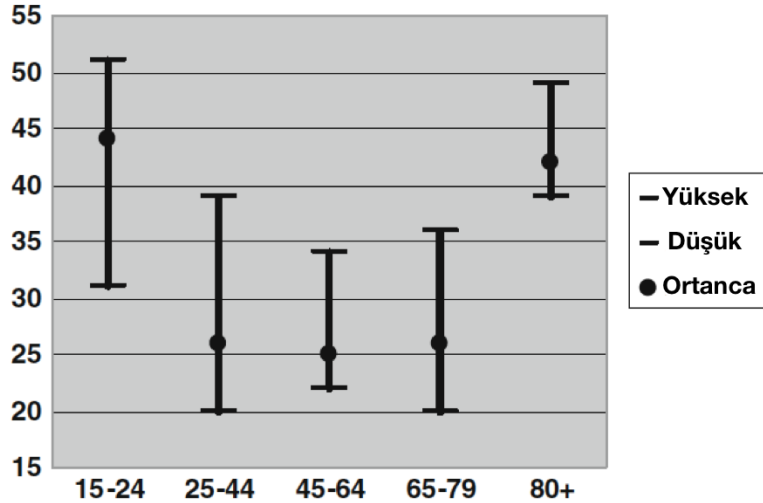
## Yalnızlığın Epidemiyolojisi

### Yaş

Yalnızlığın yaş ile ilişkisi üzerinde farklı görüşler mevcut olup bu konuda bir karar birliğine varılamamıştır. Örneğin yalnızlık kişilerin kendi algılarına göre değerlendirildiğinden özellikle çalkantılı bir dönem olan ergenlikte yalnızlığın daha yüksek olduğu sonraki belirli yaş gruplarında azalma gösterdiği, yaşlılık döneminde ise tekrar artış gösterdiği diğer

bir ifadeyle U şeklinde bir görünüm sergilediği ifade edilmektedir (35, 40-45).

Şekil 2’de De Jong Gierveld (1998), Perlman ve Peplau (1984), Pinquart ve Sörensen’in çalışmalarından elde edilen veriler doğrultusunda yaşa göre yalnızlık düzeyi (%) görülmektedir (*Older adult loneliness: myths and realities, Pearl A. Dykstra*) (45).



**Şekil 2:** De Jong Gierveld (1998), Perlman ve Peplau (1984), Pinquart ve Sörensen’in çalışmalarından elde edilen veriler doğrultusunda yaşa göre yalnızlık düzeyi (%). (*Older adult loneliness: myths and realities, Pearl A. Dykstra*) (45).

## Cinsiyet

Literatürde yalnızlığın kadınlarda daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunduğu gibi cinsiyetler arası fark bulunmadığını bildirenler de vardır. Dul kalma ve depresyon olasılığı gibi yalnızlık ile ilişkili faktörlerin kadınlarda daha sık görülüyor olması yalnızlığın kadınlarda daha sık olmasını destekler niteliktedir. Bununla birlikte erkeklerin duygu durumlarını dışa vurmakta daha çekingen olmaları da yanıltıcı olarak yalnızlığın kadınlarda daha yüksek çıkmasına sebep olabilir (40).

Bununla birlikte kimi toplumlarda kadınlar hem sosyal açıdan hem de günlük hayattaki yük ve sorumluluklar açısından birtakım dezavantajlara sahiptirler. Kadınların eğitimine gerekli önemin verilmemesi ve meslek sahibi olma oranlarının düşük olması kadının statüsünün düşüklüğü, beklentilerinin karşılanamaması bunlardan başlıcalarıdır (40, 46). Yaşanılan tüm bu olumsuzluklar kadınların duygudurumlarını daha labil bir hale getirerek kendilerini yalnız hissetmelerine veya yalnızlık düzeylerinin şiddetlenmesine yol açıyor olabilir.

## Medeni Durum

İnsan hayatında oldukça önemli bir dönüm noktası olan evlilik, bireye aile içi dayanışma, sosyal açıdan aktif olma, daha geniş sosyal ağlara sahip olma gibi avantajlar sunmaktadır (46). Bu açıdan evli olup olmama hem emosyonel, hem de sosyal yalnızlığın varlığını veya şiddetini etkileyebilecek önemli bir faktördür. Anderson'un yaptığı bir çalışmada katılımcılar arasında yalnızlık düzeyi en yüksek grup evli olmayan erkekler olup bunu sırasıyla evli olmayan kadınlar, evli kadınlar ve evli erkekler izlemektedir (40, 46).

## Genetik/Kişisel Faktörler

Yalnızlığın, genetik ve kişisel faktörlere bağlı olabileceğine dair birtakım kanıtlar bulunmaktadır. Boomsma ve

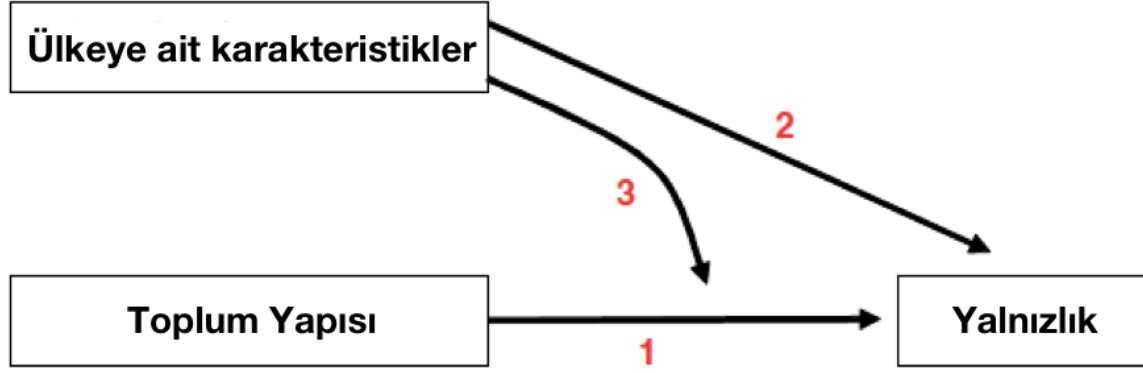
arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada yetişkinlerdeki yalnızlığın varyasyonlarına kalıtsal katkının %48 dolaylarında olduğu ifade edilmektedir (47). Cacioppo ve arkadaşlarının yaptığı ve kişilik tipinin yalnızlık üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise yalnızlık düzeyinin dışa dönük kişilerde daha az, nevroitik kişilerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir (48).

Yalnızlık açısından diğer risk grupları ise tek ebeveyne sahip olanlar, hastabakıcı ile yaşayanlar, işsizler, öğrenim düzeyi düşük olanlar, görme ve işitme fonksiyonu zayıflamış olanlar şeklinde sıralanabilir (40, 43, 49).

## Kültürel ve Bölgesel Farklılıklar

Yalnızlığın ele alınmasında kişilerin yaşadığı ülke ve toplum yapısının önemi büyüktür. Yalnızlık düzeyinin ülkeler/bölgeler arası gösterdiği farklılıklar 3 model ile açıklanmaktadır: Bunlardan 1.'si içinde yaşanılan toplumun yapısı/kompozisyonu, 2.'si ülkeye ait karakteristikler, 3.'sü ise bunlar arası etkileşimdir.

Van Tilburg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Toskana'da (İtalya) yaşayan yaşlılarda ve Hollanda'da yaşayanlara nazaran yalnızlık düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (50). Bu farkın sebebi olarak Toskana'daki yaşlılarda her ne kadar tek başına yaşama oranı daha az ve çocuklarıyla yaşama yaygın olsa da, bu kişilerin sosyal aktivitelere daha az katıldıkları, gönüllülük esasına dayalı projelerde daha az yer aldıkları, komşularıyla ilişkilerinin daha kopuk ve arkadaş sayılarının daha az olduğu gözlenmiş ve sonuç itibarıyla bu kişilerde sosyal yalnızlık tabanlı olarak yalnızlık düzeylerinin daha yüksek görüldüğü kanaatine varılmıştır (45, 50). Şekil 3'de kültürel ve bölgesel özelliklerin yalnızlık ile etkileşim modeli görülmektedir (*Older adult loneliness: myths and realities, Pearl A. Dykstra*) (45).



Şekil 3: Kültürel ve bölgesel özelliklerin yalnızlık ile etkileşim modeli görülmektedir (*Older adult loneliness: myths and realities, Pearl A. Dykstra*) (45).

İnsanların herhangi bir konudaki minimal beklentilerinin şekillenmesinde içinde yaşadıkları toplumun belirleyici olduğu iki önemli özelliği vardır. Bunlar o toplumdaki kültürel değer sistemi ve toplum tarafından normal olarak kabul edilen sosyal ilişki derecesidir.

Kollektivist toplumlarda individualist toplumlara göre yalnız bireysel yaşama oranı daha düşüktür (45).

Bununla birlikte ülke bazında gelir durumu ve alım gücü, ülkenin genel politik yapısı, üçüncül sektörlerdeki istihdam durumu gibi unsurların kişilerin yaşam tatminlerini ve dolaylı olarak yalnızlık ile ilgili algılarını etkileyebildiği belirtilmektedir.

## Yalnızlığın Sebep Olduğu Sağlık Çıktıları

### Bedensel Sağlık Sorunları

Yalnızlık duygusunun neden olduğu depresyon ve diğer negatif psikiyatrik bozukluklar kişilerin beden sağlıklarını da olumsuz etkilemekte olup bu sürecin fizyolojik ve immünolojik mekanizmalar üzerinden beden sağlığını nasıl olumsuz etkilediği tam olarak aydınlatılamamıştır.

Peterson ve Venestra yalnızlığın kardiyovasküler hastalıklar açısından riski arttıran bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. (51). Tobo Medina ve Canaval Enzo koroner kalp hastaları ile yürüttükleri bir çalışmada yalnızlık duygusunun bu kişilerdeki en karakteristik 10 predominant özellikten biri olduğunu tespit etmişlerdir (52, 53).

Yine yapılan çalışmalarda yalnızlığın artmış inme prevalansı ve buna

bağlı mortaliteyle ilişkili olduğu, inme geçirmiş hastalarda sosyal izolasyonun daha yüksek saptandığı ve yine inme geçirenlerde inme sonrası depresyonun daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (54-57).

Yalnızlığın obezite üzerine etkisine bakıldığında her ne kadar detaylı olarak tanımlanmış olmasa da yalnızlığın neden olduğu uyku kalitesi ve süresindeki bozulmaların düşük fiziksel aktivite ve obezite gibi sağlık sorunlarıyla ilişkili olabileceği bildirilmektedir (40).

Yalnızlığın sağlık kuruluşuna tekrarlı başvuruları arttırdığı, hastanede yatış sürelerini uzattığı bildirilmektedir. İnme sonrası tedavi ve bakım merkezlerine yerleştirilenlerde yalnızlığın daha şiddetli görüldüğü de rapor edilmektedir (58-60).

Bir meta-analiz çalışmasında normal bireylerle kıyaslandığında ölüm oranındaki artış yalnızlık için yaklaşık %26, sosyal izolasyon için %29 ve tek başına yaşayanlar için %32 olarak rapor edilmiştir (61).

### **Mental ve Kognitif Sağlık Sorunları**

Yalnızlığın sağlık çıktılarının ele alındığı çalışmalarda, yalnızlığın, kişilik bozuklukları, psikozlar, intihar, kognitif fonksiyonlarda zayıflama, Alzheimer hastalığı riskinde artış, öz denetim ve depresyon ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (36).

Bunlar içerisinde özellikle yalnızlığın depresyon ile ilişkisi resiprokal bir nitelik taşımakta olup depresyonun yalnızlık sebebi olabildiği gibi yalnızlığın da kişiyi depresyona sürükleyebildiği bildirilmektedir (36, 40, 56). Ancak bu çift yönlü ilişki içerisinde yalnızlığın depresyondaki artışı kestirme gücünün, depresyonun yalnızlıktaki artışı kestirme

gücünden daha fazla olduğu belirtilmektedir (62).

Tüm bunların yanında yalnızlığın, algılanan stres düzeyi, hata yapma korkusu, anksiyete, sinirlilik, iyimserlik ve öz saygı gibi duygudurum ve yönelimleri de etkilediği ifade edilmektedir (36, 48).

Yalnızlığın ve özellikle de sosyal izolasyonun bir sonucu olarak ortaya çıkan yalnızlığın kognitif fonksiyonlarda gerileme ve demans ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (63).

Wilson ve arkadaşlarının demans hastalığı olmayan yaşlılarda yaptığı bir çalışmada yalnızlığın kognitif performansı negatif yönde etkilediği bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada Alzheimer hastalığı insidansı yaş, cinsiyet ve eğitim gibi faktörlerin etkisinden arındırıldıktan sonra temel yalnızlık derecesi ile tahmin edilmeye çalışılmış ve yalnızlık puanları açısından en yüksek %10'luk dilimde bulunanlarda en düşük %10'luk seviyedekilere göre Alzheimer'in gelişme olasılığının 2,1 kat daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (63).

### **Yalnızlığın Değerlendirilmesi**

Tartıştırmayı gerektiren önemli bir konu yalnızlığın değerlendirilmesidir. Yalnızlık, çoğunlukla tek boyutlu/küresel bir yalnızlık ölçütü olan UCLA yalnızlık ölçeği ile değerlendirilmektedir. Ancak, yalnızlık ve onun ölçümü ile ilgili yeni çalışmalar, yalnızlığın gerçekten çok boyutlu bir fenomen olduğunu ve çeşitli yalnızlık biçimleri arasındaki karmaşık ve farklı ilişkilerin aydınlatılmasına olanak

vermediğinden, yalnızlığın tek boyutlu değerlendirmelerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (37).

Tablo 2'de yalnızlığın ölçümünde kullanılan bazı ölçekler ve özellikleri verilmiştir. (*Loneliness and the health of older people, Conor O Luanaigh, Brian A. Lawlor*) (37).

**Tablo 2:** Yalnızlık ölçekleri ve özellikleri (*Loneliness and the health of older people* Conor O Luanaigh, Brian A. Lawlor) (37).

Ölçek adı	Yazar adı	Kısa açıklama	Psikometrik özellikler
de Jong-Gierveld ölçeği	de Jong-Gierveld (1987)	Ölçek 11 maddeden oluşmakta; 6 madde duygusal yalnızlığı, diğer 5 madde sosyal yalnızlığı değerlendirmektedir.	İç tutarlılık katsayısı 6 madde için 0.70 ve 0.76 arasındadır. 6 madde ile 11 madde arasındaki korelasyon çok yüksek olup 0.93 ile 0.95 arasındadır.
UCLA yalnızlık ölçeği	Russell (1996)	Ölçek 20 maddeden oluşmakta; her madde 1 (hiç) ile 4 (sık sık) olarak derecelendirilmiştir	Yüksek iç tutarlılık $\alpha=0.92$ , Test güvenilirliği ( $r=0.73$ ; 12 ay sonra)
Yetişkinler için sosyal ve duygusal yalnızlık ölçeği	DiTommaso ve Spinner (1993, 1997)	Otuz yedi maddelik 7'li likert ölçeği. Duygusal, ailesel ve sosyal yalnızlığı ölçen alt ölçeklere ayrılmıştır.	İç tutarlılık 0.89, alt ölçekler arası korelasyon orta düzeydedir.
Yalnızlık derecelendirme ölçeği	Scalise ve ark.. (1984)	Niteleyici 40 maddelik likert ölçeği - dört boyutu 10'ar madde ile değerlendirir. Bu alt boyutlar ajitasyon, üzüntü, tükenme ve izolasyon.	4 alt boyut için yüksek iç tutarlılık ( $0.82 < \alpha < 0.89$ )
Wittenberg duygusal ve sosyal yalnızlık ölçeği	Wittenberg (1986; Shaver and Brennan, 1991)	Sosyal ve duygusal yalnızlığı değerlendiren beş maddelik Likert ölçeği	Her iki alt ölçek için de iyi iç tutarlılıklar (sırasıyla, 0.78 ve 0.76). İki ölçek orta derecede koreledir ( $r = 0.44$ ).
Russell duygusal ve sosyal yalnızlık ölçeği	Russell ve ark. (1984)	Her biri yalnızlığı 2 cümle ile tanımlayan (sosyal ve emosyonel) ve 9 puan üzerinden puanlanan tekli sorular	Madde özgüllüğü noktasında iç tutarlılık bildirilmemiştir. Madde Skorları arasında anlamlılık yoktur.
Ayrımsal yalnızlık ölçeği	Schmidt ve Sermat (1983)	Altmış maddelik ölçek (doğru-yanlış)-duygusal, arkadaşlık, ailevi ve toplumsal nitelikte yalnızlık	Yüksek iç tutarlılık $\alpha > 0.89$ alt boyutlar 0.70'in üzerindedir.



## Yaşlılıkta Yalnızlık ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Yaşlılıkta yaşam kalitesi sorularına sağlıkla ilgili konular, sorunlar egemen olmuştur (64). Bu sebeple, yaşlanan nüfusun maliyeti ve yaşlı bireylerin hizmetlere bağımlı olmadan kendi kendilerine nasıl bir hayat süreceğine dair endişeler hep öncelikli olmuştur. Yalnızlık ve sosyal yerleşikliğın göstergeleri gibi zorlayıcı ve akla gelmeyen konular daha az dikkat çekmiştir. Kişisel ilişkilerin kalitesinin sağlık ve yaşam beklentisinin en iyi öngörücülerinden biri olarak göz önüne alındığında ilgi eksikliği talihsiz bir durumdur (65). Bu düşünceler yaşlı bireylerin yalnızlığa odaklanma nedenini oluşturmaktadır. Özellikle sadece kısmi destek bulabilen yaşlı insanlar için yalnızlık ciddi bir problemdir (45).

Yetersiz sosyal etkileşim içinde bir hayat süren yaşlılarda ihtiyaçları olan

sosyal desteğin, duygusal bağlılığın veya sosyal bağların sağlanamadığı durumlarda yalnızlık duygusu daha fazla yaşanmaktadır. Bunun bir neticesi olarak da bu bireylerde ruh sağlığı ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Örneğin depresyonun yalnızlıkla olan ilişkisi hem bir sebep hem de bir sonuç niteliğindedir. Diğer taraftan yalnızlık bilişsel davranışlarda gerileme ve demans ile de ilişkilendirilmiş olup yalnız olan bireylerde Alzheimer hastalığı gelişme olasılığının yalnız olmayanlara göre iki kat fazla olduğu gösterilmiştir (66). Bununla birlikte mental ve ruhsal olumsuzluklara karşı daha savunmasız olan yaşlı bireylerde, benlik saygısının azalması, intihar düşüncelerinin artması daha da önemlisi mortalite artışı gözlenmektedir (67).

## Sağlığın Geliştirilmesi Noktasında Yalnızlığa Yönelik Müdahaleler

Kişilerde bedensel ruhsal ve kognitif birtakım sorunlara yol açtığı bilinen yalnızlık sağlığın bozulmasına ve sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin düşmesine neden olan önemli bir husustur. Bununla birlikte yaşlılarda bu durumun daha sık görüldüğü ve yaşlıların bu soruna ek olarak maruz kaldıkları olumsuzlukların tabloyu daha da ağırlaştıracağı öngörüldüğünde, bu kavramın önemle üzerinde durulması ve çözüme yönelik müdahale çalışmalarının yapılması bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yalnızlığın ve yol açacağı olumsuzlukların giderilmesinde sosyal destekten psikoterapiye kadar giden oldukça geniş, çeşitli yaklaşımlar mevcut olup bunlar sosyal ihtiyaçların karşılanması, düşünsel süreçlerin düzeltilmesi yaklaşımı, etkileşimci yaklaşım ve yalnızlığın zamansal tabiatı yaklaşımı şeklinde modellenmiştir (37).

Sosyal ihtiyaçların karşılanması yaklaşımı yalnızlığı temelde kişinin sosyal

etkileşim kurmakta yaşadığı başarısızlıklar ve dolayısıyla ihtiyaç duyduğu sosyal desteğin karşılanamamasına bağlamaktadır. Bu durumun, bireyin kendine olan güveni ve sosyal bağlar kurmasının çocukluk döneminde yaşadıklarıyla yakından ilişkili olduğu, çocuğun ailesinden yeterli sıcaklığı, samimiyeti alamaması, mahremiyete saygı gibi konularda eksik kalmasının ileride anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik gibi çıktılara neden olabileceği ve sosyal ilişkilerinde başarısızlık yaşayacağını öne süren Bowlby'ın bağlanma teorisiyle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (37).

Yine bu yaklaşıma göre kişilerin sürekli yer değiştirmesi aşına oldukları çevrenin değişmesi, ölüm boşanma gibi olaylar da sosyal yalnızlığın tetikleyicisidir (37).

Düşünsel bozuklukların sebep olduğu yaklaşımda kişinin içinde bulunduğu çevreyle olan ilişkilerinde kendi düşünce yapısının, algısının merkezi rol

oynadığını belirtir. Bu yaklaşım kişideki gerçek dışı yada bozulmuş düşünsel süreçler/ düşünce yapısı, kendisi ve başkaları hakkındaki fikirlerini ve algılarını etkiler ve sosyal ilişkilerden duyduğu tatmini değiştirerek kendisini yalnız hissetmesine yol açar (37).

Etkileşimci yaklaşımda kişiye ait bir takım özellikler (utangaçlık, içe kapanıklılık, sosyal anksiyete, sosyaliyeti azlığı) kültürel ve durumsal özelliklerle etkileşime girerek kişinin sosyal iletişimine yön verir. Kültürel yapı kişilerin davranışları ve düşüncelerini şekillendiren oldukça önemli bir faktördür (37).

Yalnızlığın zamansal tabiatı da önemli bir yaklaşıma temel oluşturmaktadır. Pek çok yazar yalnızlığı anlık/durumsal ya da sürekli olarak ayırmışlardır. Benzer şekilde Young yalnızlığı geçici, durumsal ve kronik olarak 3 sınıfa ayırmıştır. Örneğin durumsal yalnızlık normalde tatmin edici ilişkileri olan farklı bir etkileşimde yaşadığı anlık tatminsizliği nitelerken kronik yalnızlık en az 2 yıl boyunca katlanılan süregelen yalnızlık olarak ifade edilmekte ve bu şekilde geçici yalnızlıktan ayrılmaktadır. Yalnızlığın zamansal karakteri sorunun ele alınması ve çözümlenmesinde önemli bir belirleyici ve yön verici olarak görülmektedir (37).

Yalnızlıkla ilgili bahsi geçen tüm bu yaklaşımlar bu kavramın en doğru şekilde anlaşılmasını sağlamakla birlikte sorunun çözümüne yönelik etkili stratejilerin geliştirilmesi açısından da ayrıca önem arz etmektedir. Doğru ve etkili bir strateji ile yola çıkarak gerçekleştirilen müdahaleler

sorunun çözümünde başarı şansını yükseltebilir. Örneğin 74 yaş ve üzeri yaştaki 235 kişide yapılmış bir çalışmada yalnızlığın çözümüne yönelik müdahalede bulunanların sosyal olarak daha aktif oldukları, araştırma periyodu içerisinde daha çok arkadaş edindikleri ve sosyal tatmin duygularının artmış olduğu rapor edilmiştir (71).

Yalnızlığa yapılacak müdahaleler başlıca grup terapileri, birebir görüşme ve destek, ev ziyaretleri, telefon ile problem çözme ve direkt destek şeklinde sıralanmaktadır (69).

Yalnızlığın çözümüne yönelik müdahalelerin sağlık ve sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkileri üzerinde önemle durulan bir husustur. Vander Weele ve arkadaşlarının bir çalışmasında yapılan müdahalelerle yalnızlık düzeyinin düşürülmesinin kişinin genel iyilik halini artıracak ve bunun kişideki olumlu etkisinin 2 yıl gibi bir süre devam edeceği ifade edilmektedir (70).

Yalnızlık düzeyinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin kişinin genel iyilik hali düzeyini, yaşam kalitesini ve sağ kalımını artırmak gibi bireysel bir yönü olduğu gibi sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımı ve sağlık harcamalarında düşüş, iş gücü kaybının önüne geçilmesi gibi sosyal ve daha büyük ölçekli etkileri de bulunmaktadır (36, 58, 70, 71). Bu nedenle bu alanda yapılacak başarılı müdahalelerin hem birey, hem de toplumun refahı açısından oldukça büyük bir önem arz ettiği söylenebilir.

## Kaynaklar

1. İlhan N, Arpacı S, Havaoğlu D, Kalyoncuoğlu H, Sarı P. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Clin Exp Health Sci* 2016; 6(2): 56-65.
2. Beğner T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*. 2012;25(3):1-3.
3. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project 2002 [Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>].
4. World Health Organization. *World report on ageing and health: World Health Organization*; 2015.
5. Population structure and ageing 2017 [Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing)].
6. World Health Organization. US National Institute on Aging. *Global health and aging*. 2011.
7. Kellner R. Hypochondriasis and somatization. *Jama*. 1987;258(19):2718-22.
8. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2144-62.
9. Güngör Ergen N. Yaşlılıkta Sosyal Uyum. Erişim: [www.yaslilikrehberi.org/media/13356/497\\_yaslilikta\\_sosyal\\_uyum\\_doc](http://www.yaslilikrehberi.org/media/13356/497_yaslilikta_sosyal_uyum_doc) Erişim Tarihi. 2013;13:12.
10. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
11. Reichstadt J, Sengupta G, Depp CA, Palinkas LA, Jeste DV. Older adults' perspectives on successful aging: Qualitative interviews. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(7):567-75.
12. Holstein MB, Minkler M. Self, society, and the "new gerontology". *The Gerontologist*. 2003;43(6):787-96.
13. Hendricks J. Creative aging: How we live, how we age. *The Gerontological Society of America*; 1998;38(5):633-635.
14. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*. 2011;83(1):48-56.
15. Arslan Ş, Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Geriatrici*. 1999;2(4):173-8.
16. Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Sarı O. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2014;5(3):70-5.
17. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006;9(1):30-3.
18. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*. 2002;42(6):727-33.
19. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2015;70(4):593-6.
20. Gerharz EW, Emberton M. Quality of life research in urology. *World journal of urology*. 1999;17(4):191-2.
21. Long PH. On the quantity and quality of life. *Medical times*. 1960;88:613.
22. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1439-46.
23. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>].
24. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*. 2004;24(5):675-91.
25. Group W, Group W, editors. *What quality of life*. World health forum; 1996.
26. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1(2):1-5.
27. Bowling A. *Measuring health: McGraw-Hill Education (UK)*; 2004.
28. Berlim MT, Fleck M. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003;25(4):249-52.
29. Türkoğlu N, Adıbelli D. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (CASP-19) Türk

Toplumuna Adaptasyonu. *Akad Geriatri* 2014; 6: 98-105.

30. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(1):37-48.

31. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of life Outcomes*. 2004;2(1):51.

32. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*. 2005;1:25-9.

33. Atasever A, Erdiñç E. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2003;51(4):446-55.

34. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*. 2003;13(3):3-8.

35. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982:1-20.

36. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010;40(2):218-27.

37. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*. 2006;26(6):695-718.

38. Weiss RS. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. 1973.

39. DiTommaso E, Spinner B. Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*. 1997;22(3):417-27.

40. Luanaigh CÖ, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.

41. Andersson L. Om ensamhetens innehåll och äldre upplevelser. *Tidskriften Aldrecentrum*. 1990;1:9-13.

42. de Jong Gierveld J. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*. 1998;8(1):73-80.

43. Perlman D, Peplau LA. Loneliness research: A survey of empirical findings. *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. 1984;13:46.

44. Pinquart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis.

*Basic and applied social psychology*. 2001;23(4):245-66.

45. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *European journal of ageing*. 2009;6(2):91.

46. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006;28(2):81-9.

47. Boomsma DI, Willemsen G, Dolan CV, Hawkley LC, Cacioppo JT. Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands Twin Register Study. *Behavior genetics*. 2005;35(6):745-52.

48. Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, Burleson M, Bertson GG, Nouriani B, et al. Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of research in personality*. 2006;40(6):1054-85.

49. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2005;41(3):223-33.

50. Van Tilburg T, de Jong Gierveld J, Lecchini L, Marsiglia D. Social integration and loneliness: A comparative study among older adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. *Journal of social and personal relationships*. 1998;15(6):740-54.

51. Patterson AC, Veenstra G. Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social science & medicine*. 2010;71(1):181-6.

52. Tobo-Medina N, Canaval-Erazo GE. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan*. 2010;10(1):19-33.

53. Petite T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *The open psychology journal*. 2015;8(Suppl 2):113.

54. Boden-Albala B, Litwak E, Elkind M, Rundek T, Sacco R. Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology*. 2005;64(11):1888-92.

55. Cheng J, Wang T, Li F, Xiao Y, Bi J, Chen J, et al. Self-rated health status and subjective health complaints associated with health-promoting lifestyles among urban Chinese women: A cross-sectional study. *PloS one*. 2015;10(2):e0117940.

56. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a



specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*. 2006;21(1):140.

57. Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Affective illness after stroke. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;151(1):52-6.

58. Löfvenmark C, Mattiasson A-C, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;8(4):251-8.

59. Theeke L, Horstman P, Mallow J, Lucke-Wold N, Culp S, Domico J, et al. Quality of life and loneliness in stroke survivors living in Appalachia. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2014;46(6):E3.

60. Jongenelis K, Pot A, Eisses A, Beekman A, Kluiters H, Ribbe M. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of affective disorders*. 2004;83(2):135-42.

61. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015;10(2):227-37.

62. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*. 2010;25(2):453.

63. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease.

*Archives of general psychiatry*. 2007;64(2):234-40.

64. Walker A, Mollenkopf H. International and multi-disciplinary perspectives on quality of life in old age: Conceptual issues. *Quality of life in old age: Springer*; 2007:3-13.

65. Dykstra PA. Aging and social support. *The Blackwell encyclopedia of sociology*. 2007.

66. Bernard SM. Loneliness and Social Isolation Among Older People in North Yorkshire: Executive summary. 2013.

67. Simon MA, Chang E-S, Zhang M, Ruan J, Dong X. The prevalence of loneliness among US Chinese older adults. *Journal of aging and health*. 2014;26(7):1172-88.

68. Saime E, Sezer A, Şişman Fn, Öztürk S. Yaşlılarda Yalnızlık Algısı Ve Yaşam Doyumu. 2016;5(3):60-69.

69. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*. 2005;25(1):41-67.

70. VanderWeele TJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. On the Reciprocal Association Between Loneliness and Subjective Well-being. *American Journal of Epidemiology*. 2012;176(9):777-84.

71. Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkala KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(2):297-305.