T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

YAŞLI HASTALARDA SOSYAL DIŞLANMA VE İLAÇ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kerim Yetiş BAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2025

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

YAŞLI HASTALARDA SOSYAL DIŞLANMA VE İLAÇ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selma PEKGÖR

Doç. Dr. Muhammet Cemal KIZILARSLANOĞLU

Dr. Kerim Yetiş BAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi, birikim ve deneyimlerini bizlere aktaran, tez hazırlama sürecimde emeği ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Selma Pekgör'e teşekkür ederim.

Aile hekimliğinde bilgi ve tecrübelerinden her zaman faydalandığım, değerli hocam Doç. Dr. Funda Gökgöz Durmaz'a teşekkür ederim.

Tezimin bir fikir olarak başlayıp, uzunca bir süreçten geçerek tamamlanmasında engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, sayın hocam Doç. Dr. Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu'na saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık dönemimde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tüm hocalarıma, bölümümüzün uzman doktorlarına, asistan arkadaşlarıma ve birlikte çalıştığımız tüm hemşire ve sekreterlere teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman tüm sevgisiyle yanımda olup desteklerini esirgemeyen eşim Dr. Arife Baş'a ve bizleri yetiştiren ailelerimize teşekkürlerimi iletmek isterim.

Dr. Kerim Yetiş Baş

2025/Konya

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iii
TABLOLAR DİZİNİ iv
ÖZET vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 10
2. GENEL BİLGİLER 11
2.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK 11
2.2. SOSYAL DIŞLANMA 22
2.3. YAŞLILIK VE İLAÇ KULLANIMI 26
2.4. YAŞLILARDA SOSYAL DIŞLANMA VE İLAÇ UYUMU 30
3. GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1. ETİK KURUL İZNİ 31
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ 31
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 31
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN TOPLANMASI 32
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 33
4. BULGULAR 34
5. TARTIŞMA 73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 79
7. KAYNAKLAR 81
8. EKLER 88

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATM: Automated Teller Machine

DEXA: Dual-Energy X-Ray Absorptiometry

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YAŞAM: Sağlıklı Yaş Alma Merkezi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı 35
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı 37
Tablo 3. Katılımcıların Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeğine verdikleri yanıtlar 39
Tablo 4. Katılımcıların Morisky İlaç Uyum Ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar 41
Tablo 5. Katılımcıların ölçekler ve altboyutlarından aldıkları skorların analizi 42
Tablo 6. Katılımcıların başvurulan polikliniğe göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 43
Tablo 7. Katılımcıların başvurulan polikliniğe göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 45
Tablo 8. Katılımcıların başvurulan polikliniğe göre Morisky İlaç Uyumu Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması 47
Tablo 9. Katılımcıların başvurdukları polikliniğe göre ölçekler ve altboyutlarından aldıkları skorların karşılaştırılması 48
Tablo 10. Katılımcıların cinsiyete göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden alınan puanların analizi 49
Tablo 11. Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden alınan skorların analizi 51
Tablo 12. Katılımcıların fiziksel bağımlılık durumlarına göre bazı sosyodemografik özelliklerin ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi 54
Tablo 13. Katılımcıların beraber yaşadığı kimselere göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi 57
Tablo 14. Katılımcıların arkadaş sahibi olup olmamasına göre bazı sosyodemografik faktörlerin ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi 59
Tablo 15. Katılımcıların ilaçlarını alma şekline göre bazı sosyodemografik faktörlerin ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi 61
Tablo 16. Katılımcıların düzenli kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi 63
Tablo 17. Bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden elde edilen skorların korelasyon analizi 66
Tablo 18. Ölçekler ve altboyutlarının Cronbach’s Alpha değerleri 67

Tablo 19. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 1) 68
Tablo 20. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 2) 69
Tablo 21. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 3) 69
Tablo 22. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Morisky İlaç Uyumu toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 1) 70
Tablo 23. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Morisky İlaç Uyumu toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 2) 71
Tablo 24. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Morisky İlaç Uyumu toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 3) 72

ÖZET

YAŞLI HASTALARDA SOSYAL DIŞLANMA VE İLAÇ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmada **y**aşlı bireylerde sosyal dışlanma ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu iki kavram üzerinde etkili olan önemli unsurları belirlemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01.06.2024 ve 31.10.2024 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Sağlık YAŞAM (Sağlıklı Yaş Alma Merkezi) Polikliniği ve Geriatri Polikliniği hastalarından çalışmaya katılmaya gönüllü olan 80 yaş ve üstü 214 bireyle yüz yüze görüşülerek yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik anketin yanı sıra 22 soruluk Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği ve 6 soruluk Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği uygulandı. Veri girişi ve istatistiksel analiz SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 26.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortancası 84 (80-98) yıl olarak bulundu. Yaşlı bireylerde sosyal dışlanma düzeyi arttıkça ilaç uyumunun azaldığı görüldü (r=-0,318 **p<0,001)**. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %36'sı (n=77) düşük ilaç uyumu bilgi düzeyine, %55,1'i (n=118) düşük ilaç uyumu motivasyon düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Sosyal dışlanma; yaşı daha ileri olanlarda, kadınlarda, okuryazar olmayanlarda, tam-yarı bağımlılarda, çocukları veya akrabalarıyla birlikte yaşayanlarda, ilaçlarını yardımlı şekilde alanlarda, arkadaşı olmayanlarda daha yüksek bulundu (r=0,242 **p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001**). Sosyal dışlanma ile düzenli kullanılan ilaç sayısı arasında ilişki tespit edilmedi (p>0,05). İlaç uyumu arkadaşı olmayanlarda, tam-yarı bağımlılarda, okuryazar olmayanlarda daha yüksek saptandı (**p=0,022, p=0,002, p=0,003**). İlaç uyumu birlikte yaşanılan kimseyle, ilaçlarını yardımlı-yardımsız almasıyla, cinsiyetle, yaşla ve düzenli kullandığı ilaç sayısıyla ilişkisiz olduğu saptandı (p>0,05). Çalışmada kullanılan ölçeklerden YSDÖ ile MİUÖ için yapılan analizlerde güvenirlilikleri (iç tutarlılıkları) yeterli bulundu.

Sonuç: Yaşlı bireylerde sosyal dışlanma düzeyi arttıkça ilaç uyumu azalmaktadır. Hem sosyal dışlanma hem de ilaç uyumu bireyin sosyodemografik özelliklerinden etkilenen bir durumdur.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, sosyal dışlanma, ilaç uyumu

ABSTRACT

EVALUATION OF SOCIAL EXCLUSION AND MEDICATION ADHERENCE IN ELDERLY PATIENTS

Aim: This study aimed to investigate the relationship between social exclusion and medication adherence in elderly individuals and to identify key factors influencing these two concepts.

Materials and Methods: The study was conducted between 01.06.2024 and 31.10.2024 by face-to-face interviews with 214 individuals aged 80 years and older who volunteered to participate in the study among the patients of Konya City Hospital Sağlıklı YAŞAM (healty aging center) Polyclinic and Geriatrics Polyclinic. In addition to the sociodemographic questionnaire, the 22-question Social Exclusion Scale in the Elderly and the 6-question Modified Morisky Medication Adherence Scale were administered to the participants. Data entry and statistical analysis were performed using SPSS (Statistical Packet for the Social Science) 26.0 package program.

Results: The median age of the participants was 84 (80-98) years. As the level of social exclusion increased, medication compliance decreased (r=-0.318 **p<0,001**). Among the individuals included in the study, 36% (n=77) had low medication adherence knowledge level and 55,1% (n=118) had low medication adherence motivation level. Social exclusion was found to be higher in those who were older, female, illiterate, fully or partially dependent, living with children or relatives, taking medication with assistance, and having no friends (r=0,242 **p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001**). There was no relationship between social exclusion and the number of medications used regularly (p>0,05). Medication adherence was found to be higher in those with no friends, full-semi-addicts and illiterates (**p=0,022, p=0,002, p=0,003**). Medication adherence was found to be unrelated with cohabitants, taking medications with or without assistance, gender, age and the number of medications used regularly (p>0,05). Reliability (internal

consistency) of the scales used in the study, the CEQ and the MIQ, were found to be adequate in the analyses.

Conclusion: As the level of social exclusion increases, medication adherence decreases in elderly individuals. Both social exclusion and medication adherence are influenced by the individual's sociodemographic characteristics.

Keywords: Elderly, social exclusion, medication adherence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, bireyin hayatının ileri safhalarında karşılaştığı biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri kapsayan karmaşık bir dönemdir (1). Toplumun demografik yapısının yaşlı nüfus lehine dönüşmesi, yaşlı bireylerin sosyal ve sağlıkla ilgili sorunlarının daha belirgin hale gelmesine yol açmaktadır (2). Bu sorunlar arasında sosyal dışlanma ve buna bağlı olarak gelişen ilaç kullanma sorunları önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal dışlanma, bireyin toplumsal bağlardan ve sosyal etkileşimlerden uzaklaşmasını ifade ederken; ilaç kullanma uyumu ise bireyin doktor tarafından tavsiye edilen tedavi planına uygun bir şekilde uyması anlamına gelmektedir (3,4). Yaşlı bireylerde sosyal dışlanma, ruh sağlığı problemlerinin ve kronik hastalıkların artışına sebep olabilirken, ilaç kullanımındaki uyumsuzluk hastalık yükünü daha da artırabilmektedir (5,6).

Modern toplumlarda yaşlı bireylerin sosyal yaşamdan uzaklaşması, sosyal, ekonomik ve kültürel birçok faktörle ilişkilidir (3). Bu durum, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlıklarını olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır. Sosyal dışlanma ile sağlık arasındaki etkileşim, yaşlı bireylerin tedaviye yaklaşımlarını ve tedaviye uyum düzeylerini önemli oranda etkilemektedir (7).

Bu araştırmanın amacı, yaşlı bireylerde sosyal dışlanma ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu iki kavram üzerinde etkili olan önemli unsurları belirlemektir. Araştırma sürecinde, sosyal dışlanmanın yaşlıların ilaç kullanım alışkanlıkları üzerindeki etkileri derinlemesine ele alınacak; elde edilen veriler doğrultusunda, yaşlı bireylerin sosyal katılımlarını artırmaya ve tedaviye uyumlarını geliştirmeye yönelik stratejiler önerilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK

Yaşlanma; kişinin sosyal, fizyolojik ve ruhsal yönden gerilemesine neden olan ömür boyu devam eden olaylar bütünüdür (8). Yaşlanma genetik bir altyapıyla planlanmış olup kişiyi dış etmenlerin de vasıtasıyla yapısal ve fonksiyonel değişikliklerle ölüme götüren tüm süreci kapsar. Yaşlılık her ne kadar sözlük anlamı olarak yaşlı olma ve ileri yaşın etkilerinin bulunması durumu olarak tanımlansa da canlılarda üreme döneminin bitiminden sonra başlayıp ölüme kadarki değişim dönüşüm dönemini ifade eder. Yaşlanma ve yaşlılık kavramlarının anlamları tam olarak aynı değildir. Yaşlanma insan hayatının herhangi bir döneminde geçen zamanı kapsayabilmekte ve altı yaşını bitirip yedi yaşına gelen bir çocuk da bir miktar 'yaşlanmış' fakat yaşlılık dönemine girmemiştir (1).

2.1.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre nüfusun yaşlanması, insanlığın hem en büyük zaferlerinden biri hem de en büyük zorluklarından biridir. Günümüzde doğum oranları düşmekte, yaşam standartları yükselmekte ve insanlar daha uzun yaşamaktadır. DSÖ, 2025 yılında 60 yaş ve üzeri insan sayısının 1,2 milyarı aşacağını ve 2050 yılında bu sayının 2 milyara çıkacağını öngörmektedir (9).

Ülkemizde, yaşlı nüfus olarak kabul gören 65 yaş ve üstü yaştaki kişi sayısı 2018 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 7 milyon 186 bin 204 kişiden oluşmaktayken bu sayı 2023 yılına geldiğimizde %21,4 artarak 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Mevcut verilere göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (2).

2.1.2. Yaşlanma Sınıflandırması

2.1.2.1. Kronolojik yaşlanma: Kişinin doğumundan itibaren geçen süreyi ifade eder. Takvim yaşı daha büyük olan kişiler kronolojik olarak daha yaşlı sayılırlar. Fakat kronolojik yaşlanma, her zaman kişilerin fiziki sağlık durumları, mental düzeyleri ve sosyal statüleri hakkında bilgi vermez (10). DSÖ, yaşlılık döneminin 65 yaş itibarıyla başladığını kabul etmekte ve bu dönemi genç yaşlı (65-74 yaş), yaşlı (75-84 yaş) ve ileri yaşlı (85 yaş ve üstü) olarak üç kategoriye ayırmaktadır (11).

2.1.2.2. Biyolojik yaşlanma: Genel olarak olgunluk sonrası anlaşılan, kişinin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişikliklerdir. Yaşlanma azalmış homeostazis ve artmış hassasiyet anlamına gelmektedir. Gelişen bu süreçte bazı aşamalı doğal değişiklikler gelişmektedir. Biyolojik yaşlanmayla birlikte artmış mortalite, dokuların biyokimyasında bazı değişiklikler, yaşla beraber azalmış fizyolojik değişiklikler, hastalıklara karşı artmış hassasiyet meydana gelmektedir (12).

2.1.2.3. Patolojik Yaşlanma: Patolojik yaşlanma, biyolojik süreçlerle etkileşen olaylar ve hastalıklar sonucunda meydana gelen bir durumdur (10).

2.1.2.4. Psikolojik yaşlanma: Kişilerin yaşlılık çağında gerçekleşen; bireyin karakter yapısında, algısında, duygu durumunda, tepki gösterme yeteneğinde ve sosyal yetkinliklerinde ortaya çıkan değişikliklerdir (12).

2.1.2.5. Sosyal yaşlanma: Kişilerin, toplumsal yapı içindeki rollerinin, statülerinin ve sosyal ilişkilerinin yaşlanma süreciyle birlikte farklılaşmasıdır. Sosyal yaşlanmada, bireyin toplumsal yaşamında, iş ve sosyal faaliyetlerdeki etkinliğinin ve kabiliyetinin zamanla azalıp yok olması beklenmektedir **(12)**. On yıllar boyunca sosyal yaşlanma çalışmalarına hakim olan teorilerde, insanların yaşlandıkça duygusal olarak toplumdan uzaklaştıkları ve ölüme sembolik bir hazırlık olarak sevdiklerinden koptukları ileri sürülmüştür **(13)**.

2.1.2.6. Ekonomik Yaşlanma: Emeklilik süreciyle birlikte yaşlılık döneminde gelir düzeyinin azalması sonucu, kişinin yaşam tarzı ve şartlarında ortaya çıkan değişikliklerdir **(10)**. Yaşlı kişiler, iş hayatında genç çalışanlara göre esnek ve yeterli görülmediği için, işverenler tarafından ya kabul görmemekte ya da düşük ücretlerle çalıştırılmaktadırlar **(14)**.

2.1.3. Türk Toplumunda Yaşlılık

Dünya genelinde tüm insan toplulukları, yaşlıların sosyal ilişkilerdeki rolünü kabul etmektedir; ancak yaşlı algısı, kültür değişimi dalgasına maruz kalmanın dışında, tüm insan kültürlerinde tam olarak aynı şey değildir. Araştırmalar, yaşlı ayrımcılığının tek bir toplumla sınırlı olmadığını ve stereotipin ulusal ve kültürel sınırları aştığını göstermektedir. Yaşlı ayrımcılığı pan kültüreldir. Yaşlılığın açık fikirlilik ve hoşgörü ile ifade edildiği Hong Kong'da olumlu tutumlar görülebilirken, diğer bazı toplumlarda da yaşlılar deneyim, anı, otorite ve bilgelik deposu olarak kabul edilmektedir. Başka toplumlarda ise yaşlıların hasta, muhafazakâr, kuşkucu ve ketum olmakla ilişkilendirildiği veya bu önyargıların yaşlı bireyin ekonomik durumuna bağlı olarak değiştiği gösterilmiştir (15).

Türk kültüründe ebeveynlere, aile büyüklerine saygı göstermek geleneksel bir tutumdur. Öte yandan, günümüzde bizim gibi geleneksel toplumlarda da yaşlıların bakımı, aileden ziyade Batılı toplumlarda olduğu gibi devletin sorumluluğuna bırakılmaya başlanmıştır (16).

2.1.4. Yaşla Beraber Ortaya Çıkan Sorunlar

Yaşlanma sürecinin insan vücudunda yol açtığı değişiklikler; fiziksel, kimyasal, psikolojik ve bilişsel olarak farklı yönlere sahiptir. Normal yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkan fiziksel, bilişsel ve psikolojik değişiklikler, bireyin genetik yapısına ve çevresel koşullarına bağlı olarak farklı şiddetlerde kendini gösterebilmektedir (17). Bu sorunlar; kişinin temel duyularında azalma, motor koordinasyon zayıflığı gibi sağlık problemleri dışında bakım sorunları, psikolojik sorunlar, sosyal ayrımcılık sorunları, beslenme sorunları, ekonomik sorunlar, ihmal ve istismar gibi çeşitlendirilebilmektedir (10).

2.1.4.1. Sağlık sorunları: Yaşla beraber ortaya çıkan sorunların başında sağlık sorunları gelmektedir. Yaşlanma sürecinde vücudun her bir hücre, organ ve sisteminde çeşitli seviyelerde değişiklikler oluşmaktadır **(18)**.

Yaşlanmayla birlikte akciğerlerin elastikiyeti azalıp, göğüs duvarı sertleşmekte, solunum kasları zayıflamaktadır. Bu durum akciğer fonksiyonlarının ve solunum kaslarının gücünün azalmasına yol açmaktadır. Yaşlı kişiler, immün sisteminde yaşlanmanın getirdiği fizyolojik değişiklikler nedeniyle solunum yolu enfeksiyonlarına daha açık hale gelmektedirler. Ayrıca yaş ilerledikçe maksimum oksijen alımı düşmekte ve bu durum egzersiz kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır (19).

Kardiyak miyositler, bireyin yaşı arttıkça büyümektedir. Miyositlerin büyümesiyle sol ventrikül kalınlığında ve sol atriyum boyutunda artış görülmektedir. Ayrıca miyositler yaşlanmaya beraber rejenerasyon özelliklerini kaybetmektedirler. Tüm bu değişiklikler kalpte diyastolik disfonksiyona sebep olmaktadır. Yaşlandıkça büyük arterler esnekliklerini ve genişleme yeteneklerini kaybetmektedirler. Arterlerin sertleşmesi ve sistolik kan basıncının yükselmesi ile birlikte nabız basıncı artmaktadır. Yükselmiş sistolik kan basıncı, kalp krizi, felç, kalp yetmezliği ve böbrek fonksiyon bozukluğu gibi durumların temel nedenidir ve bu nedenle yaşlandıkça görülme sıklığı artar. Ayrıca yaş ilerledikçe kardiyak debi ve atım hacmi azalmakta, postural hipotansiyon riski artmaktadır (20). Perikardiyumun yapısında yaşlanmayla oluşan temel değişiklik, yağ dokusunun ve testosteronu östrojene çeviren aromataz enziminin artışıdır. Bu değişiklikler, kardiyak aritmilerin başlıca nedeni olarak kabul edilir. Yaşlandıkça kalp kapaklarında kollajen birikimiyle kalınlık artışı, kapak ve çevresinde ise lipit birikmesi meydana geldiği gösterilmiştir (21).

Gastrointestinal sistemde de yaşlanmayla beraber bazı değişiklikler oluşmaktadır. Yaşlanma sürecinde tükürük sekresyonu ve tat tomurcukları azalmaktadır. Bunun sonucunda yutma zorlukları ve tat alma duyusunda azalma ortaya çıkmaktadır (22). İlerleyen yaşlarda, özefagusta peristaltizmin ve alt sfinkter basıncının azalması sebebiyle mide içeriğinin özefagusa reflüsü daha sık meydana gelmektedir. Mide dokusunun elastikliğinde azalma, motilitede azalma, gastrik dokuda atrofi ve sekretuar yüzeyde azalma, gastrik salgılarda azalma, mide boşalma

hızında azalma yaşla beraber ortaya çıkması muhtemel değişikliklerdir. Bunların sonucu olarak da emilim ve sindirim azalmaktadır (23). İnce ve kalın bağırsaklarda sindirim enzimlerinin salgılanmasında azalma, rektum duvar elastikiyetinde ve anal sfinkter tonusunda azalma, mukus salgısında azalma meydana gelmektedir. Ayrıca emilimi sağlayan villuslarda ve epitel hücrelerinde azalma nedeniyle lipitlerin ve vitaminlerin de emilimi bozulmaktadır. Tüm bunlar yaşlılarda en sık görülen rektal inkontinans, yetersiz boşalım ve kabızlık sorunlarına neden olmaktadır. Karaciğerde ise ilerleyen yaşla hepatosit sayısı, kan akımı, hormon metabolizması ve rejenerasyon yeteneği azalmaktadır. Böylece karaciğer ilaç toksisitesine daha duyarlı hale gelmektedir. Gastrointestinal sistemin malignitelerinin neredeyse tamamı yaşla birlikte artış göstermektedir (24).

Yaşlanan beyne yapısal, işlevsel ve metabolik bozukluklar eşlik etmektedir. Beyin, 40 yaşından sonra her on yılda %5 kütle ve hacim kaybetmektedir. İnsanlarda 4-5. dekattan sonra epizodik hafıza denilen "bilginin nerede, ne zaman ve nasıl alındığına dair zihinsel etiketlerle saklandığı bir hafıza" da azalma olmaktadır (25). Dopamin seviyelerinin de yaşla beraber azalmasıyla motor ve bilişsel performansta düşüş olmaktadır. Yaşlı bireylerde kan-beyin bariyeri geçirgenliği artmasıyla beyinde inflamatuar yanıt miktarı artmakta ve yapısal hasarlarla birlikte nöronal aktivitelerde değişikliklere neden olmaktadır. Yaşla birlikte 5. dekattan sonra beyni besleyen kılcal damarlar azalmakta ve mikrovasküler olaylar sıklaşmaktadır (26).

Yaşla birlikte, endokrin fonksiyonun doku yanıtında azalma ve periferik bezlerden hormon salgılanmasında azalmayı da içeren bir sürece girilmektedir. Yaş ayrıca, sirkadiyen hormonal ve hormonal olmayan ritimlerin azalmasına neden olmaktadır (27). 80 yaşın üzerindeki bireylerin %50'sinden fazlasında bozulmuş glukoz toleransı gelişmektedir. Beta hücrelerinin insülin üretiminde azalma, yetersiz beslenmeye bağlı insülin direncinde artış, karın yağ kütlesinde artış ve yağsız vücut kütlesinde azalma görülmektedir. Bunların hepsi glikoz metabolizmasının bozulmasına katkıda bulunmakta ve yaşlı hastaları kötü glisemik kontrol riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Ayrıca yaşlandıkça tiroid bezinde fibrozis gibi bazı değişiklikler görülmekte ve hem tiroid hormonları konsantrasyonu hem de etkileri azalmaktadır. İnsanlar yaşlandıkça, erkeklerde testosteron ve kadınlarda östrojen seviyeleri önemli ölçüde düşmektedir (27).

Yaşlı bireylerde immün sistemde zayıflama olmaktadır. Hücresel immüniteden sorumlu T lenfositler sayısı azalmakta ve işlevlerini kaybetmektedirler. Enfeksiyonlara yatkınlık artmakta ve alerjik reaksiyonlar azalmaktadır. Aşılama ve enfeksiyonlardan sakınma için gerekli tedbirlerin alınması önemlidir. Yaşlı kişilerde pnömoni, influenza, gastrointestinal sistem enfeksiyonları, nedeni açıklanamayan ateş ve septik artrit daha sık görülmektedir (28).

Yaşlandıkça böbreklerde hücre sayısı azalmakta, böbrek küçülmekte ve daha az kanı filtre edebilmektedir. Böbreklerden su ıtrahı artması nedeniyle dehidratasyona yatkınlık artmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde mesane hacmi de azalmakta ve üriner inkontinans sık görülmektedir. Böbreğin kreatinin klirensi ve glomerüler filtrasyon hızı azalmaktadır. Böbrekteki elektrolit emilimi ve atılımında bozulmalar olmakta ve idrar konsantrasyon-dilüsyon yeteneği azalmaktadır (29).

Yaşlı kadınlarda, fonksiyonel üretral uzunluktaki ve maksimum üretral sfinkter basıncındaki önemli azalma, onları idrar kaçırma ve ardından idrar yolu enfeksiyonu açısından artan bir riskle karşı karşıya bırakmaktadır. Aksine, yaşlı erkeklerde prostat hacminin arttığı, bunun da iyi huylu prostat hipertrofisi, idrar yolu tıkanıklığı ve idrar yolu enfeksiyonu riskini arttırmaktadır. Kadın üreme sisteminde menopozdan sonra hipotalamik-hipofiz-over aksta değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişiklikler uterus, over, fallopi tüpü ve vajinanın atrofisine, servikal ve vajinal sekresyonun azalmasına neden olmaktadır (30). Tüm bu değişiklikler yaşlılarda atrofik vajinit riskini artırmaktadır. Öte yandan, yaşlanan erkek üreme sistemi hipotalamik-hipofiz-gonadal aksta da değişiklikler olmaktadır. Ancak sperm motilitesi, kalitesi ve miktarında minimal değişiklik dışında, işlevleri yaşlı erkeklerde doğurganlığın sürdürülmesi için yeterlidir niteliktedir (31).

İskelet kası, yaşlanma sürecinden en çok etkilenenlerden biridir. Kas ve kemik kütlesi kaybı, yaşam kalitesinin düşmesine ve hareket kabiliyetinin bozulmasına neden olmaktadır. Çok faktörlü olmasına rağmen, işlevsellik ve vücut hareketi kaybı, kas ve kemik kütlesi kaybına neden olan önemli bir faktördür. Kemik yoğunluğu testi (DEXA), hem sarkopeniyi hem de osteopeni ölçmek için etkili bir yöntemdir. DEXA'nın bir teşhis yöntemi olarak kullanılmasına ek olarak, yeterli beslenmenin

vurgulanması ve fiziksel aktivitelerin teşvik edilmesi, yaşlılarda kas ve kemik kütlesi kaybının azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (32).

Yaşlı bireylerde en sık görülen yakınmalardan biri kaşıntıdır. Deri yaşlanmayla birlikte daha kaşıntılı ve kuru olmaktadır. Epidermisin su tutma kapasitesinin azalması, sık ve sıcak banyo yapma ve düşük çevre sıcaklıkları derinin kurumasına yol açmaktadır. Yaşlı insanlarda cilt hastalıkları, deri tümörleri, yaraların geç iyileşmesi, enfeksiyonlar ve ayak ülserleri sıkça rastlanan durumlardır (33).

Yaşlanmayla birlikte duyu organlarında da birtakım değişiklikler olur. En fazla görme ve işitme etkilenmektedir. Yaş ilerledikçe kulaktaki değişiklikler işitmenin azalmasına ve dengeyi sağlamanın zorlaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde lensin elastikliği azalmakta, görme keskinliği bozulmaktadır. Görme ve işitmenin bozulması kişiyi sosyal izolasyona itmektedir (18).

Yaşlı bireylerde tat tomurcuklarındaki sayısal ve niteliksel düşüşle birlikte tat alma duyusu azalmaktadır. Beraberinde tükürük bezlerinin salgısının azalması ve koku alma yetisinin de zayıflamasıyla, yaşlı kişiler tükettiği yiyeceklerin lezzetini tam olarak alamamaktadır (34).

2.1.4.2. Bakım sorunları: Ülkemizin sanayileşmesindeki gecikmeler, uzun yıllar tarım toplumu olarak kalmamıza ve nüfusun kırsal kesimde yaşamasına neden olmuştur. Teknolojik gelişmeler, sanayinin büyümesi, tarım arazilerinin miras yoluyla paylaşılması ve verimsizleşmesi gibi nedenlerle kırsal kesimden kentlere göçler uzun yıllar önce başlamıştır. Göçlerin etkisiyle toplumda ve aile yapısında bazı değişiklikler olmuştur. Geniş aileler yerini çekirdek ailelere bırakmış ve bu durum çocuklarından ayrı yaşayan yaşlılar için bakım sorunlarına neden olmaktadır. Bundan dolayı, yaşlıların hastalıkları ve yetersizlikleri nedeniyle başkalarına bağımlı olmasına yol açmakta ve bu da fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak hayatın her yönünü etkileyerek hayat kalitesini azaltmaktadır **(35)**.

Ülkemizde yaşlı bakımı genellikle aile üyeleri, özellikle de kadınlar ve eşler tarafından üstlenilmektedir. Bakım verme süreci genellikle uzun ve zorlu bir yolculuk olup, sürecin uzaması ve bakım veren kişinin karakteri, bu kişinin fiziksel, psikolojik

ve sosyal durumunu etkileyebilmektedir. Fiziksel sorunlar olarak yorgunluk ve bitkinlik başta olmak üzere, depresyon ve anksiyete de artış gösterebilmektedir (36).

Son dönemlerde ülkemizde aile ve toplum yapısında yaşanan değişiklikler, yaşlı bireylerin geleneksel aile ve akraba ilişkilerinden bağımsız olarak devlet desteğine ve profesyonel hizmetlere olan ihtiyacını arttırmaktadır. Huzurevleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı dayanışma merkezleri, yaşlı rehabilitasyon merkezleri, yaşlı kulüpleri ve danışma merkezleri ülkemizde yaşlılarla ilgilenen ve faaliyet gösteren kurumlardır (37).

2.1.4.3. Psikolojik sorunlar: Yaşla birlikte birçok psikolojik değişiklik de ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda düşünme yeteneği azalmasıyla, düşüncelerinin hızında yavaşlama olabilmekte ve dikkatlerini toplamak için daha fazla zamana ihtiyaç duyabilmektedirler (38).

Yaşlılık dönemine dair yaygın kalıplar ve yaşlanma ile birlikte gelen biyolojik, sosyal ve psikolojik değişimler, psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. İleri yaşlarda yaygın olarak görülen psikolojik problemlerden biri depresyondur. Yaşlı insanlarda, depresyonun ana belirtileri olan hayattan keyif alamama ve aktivitelere karşı ilgi kaybı yerine, fiziksel belirtiler daha belirgin olabilmektedir. Yaşlılarda depresyonun nedenleri, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler olarak üç ana kategoriye ayrılarak incelenmektedir. Depresyon normal yaşlanmanın bir parçası değil, düşük yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte zorluk ile beraber ortaya çıkmaktadır (39).

Deliryum yaşlı kişilerde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Dikkat ve bilişsel yetilerin ani kaybı olarak tanımlanan deliryum, yaşlı bireylerde sık görülen bir sendromdur. Ani başlangıçlı olup dalgalı seyir etmektedir ve altta yatan patolojik durumdan kaynaklanmaktadır. Yaşlılarda, daha fazla ek hastalık olması ve hastanede daha uzun yatış öyküleri olması nedeniyle daha sık görülmektedir (40).

Demans, halk sağlığı açısından büyük bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bu hastalık, bireylerin olaylara karşı daha duygusal olmalarına, bakımsız ve davranışsal sorunlara eğilimli hale gelmesine ve fiziksel sağlıklarının zayıflamasına neden olan ilerleyici bir süreçtir. Demansta kişinin bilişsel yetenekleri, algılama, öğrenme,

problem çözme, soyut düşünme, hafıza, yargılama ve dikkat gibi alanlarda bozulmakta ve zamanla davranışlarında değişiklikler meydana gelmektedir. Bilişsel yetersizlikler arttıkça, hastalığın belirtileri daha şiddetli hale gelmekte ve bu durum hastanede kalış süresinin ve ölüm oranlarının artmasına neden olmaktadır (41).

2.1.4.4. İstismar ve ihmal: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre istismar; yaşlı bireye zarar veren veya onu strese sokan tek seferlik ya da tekrar eden uygunsuz davranışların, güven temelli herhangi bir ilişkide gerçekleşmesidir. Yaşlı istismar ve ihmali, hastaya fiziksel şiddet uygulamaktan kişisel bakımını ihmal etmeye veya kasıtlı olarak ruhsal zarar vermeye kadar geniş bir yelpazede ele alınmalı ve değerlendirilmelidir (42).

Yaşlı bireye, bakan veya güven duyulan bir kişi tarafınca yaşlı bireye kasıtlı olarak ağrı veya acı veren her türlü fiziksel müdahale, fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir. Fiziksel istismar; kişiye tokat atma, yakma, bağlama, yanlış ilaç verme gibi örneklendirilebilir (43).

Kişiye ruhen zarar verilmesi, duygusal ihtiyaçlarının yok sayılarak kişiye bağırılması, hakaret edilmesi, küçümsenmesi, lüzum hali oluşmamasına rağmen huzurevine gönderilmek ile tehdit edilmesi gibi durumlar da yaşlının psikolojik istismarı sayılmaktadır. Psikolojik istismara uğrayan birey; gereksiz bir endişe içinde olup, iletişim kurmaz, cevap vermez ve sosyal ilişkileri zayıftır (44).

Cinsel istismar, yaşlı bireyin rızası olmadan, her türlü cinsel eylemi kapsamaktadır. Genital bölgede travma izi, anksiyete, depresyon, hassasiyet, üzüntü cinsel istismarı akla getirmektedir (45).

Yaşlı bireye ait, para veya malların, kişinin rızası ve bilgisi olmadan, illegal olarak kullanılması, ele geçirilmesi yaşlı bireyin ekonomik istismarıdır. Bu tür istismarı yapanlar, yaşlı bireyin eşi, çocuğu, akrabası, komşusu veya bakıcısı da olabilmektedir (45).

Yaşlı ihmali ise sorumlu kişi veya kişilerin, yaşlının günlük ihtiyaçlarını karşılamaması veya fiziksel zayıflık, zihinsel hastalık veya yetersizlik gibi hallerde yaşlının ihtiyaç duyduğu hizmet ve bakımın sağlanmaması ya da yetersiz şekilde sağlanması durumudur (46). Yaşlı bireye kasıtlı veya kasıtsız olarak yapılan bu

davranışlar; kişinin giyecek, ısınma, beslenme, ilaç, gözlük, işitme cihazı vb. gibi ihtiyaçlarının, bakım veren kişi tarafından gönülsüz davranılarak veya reddedilerek, yaşlı bireyin psikolojik ve fiziksel sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır. Yaşlı kişinin; kıyafetlerindeki veya bedensel hijyenindeki eksiklikler, ihtiyaç duyduğu tıbbi tedavileri alamaması, sağlık ve güvenlik açısından korunup kollanmaması, yatak yaraları, kilo kaybı gibi durumlarının olması yaşlı ihmali varlığını göstermektedir (47).

Yaşlı bireylerde, istismar ve ihmali arttıran bazı risk faktörleri olabilmektedir. Kişinin sağlık veya ekonomik sebeplerle yüksek bağımlılık düzeyine sahip olması, dul veya boşanmış olması, yalnız ve izole yaşaması, mental açıdan yetersizlik, 70 yaş üzerinde olmak gibi risk faktörleri, yaşlılarda istismar ve ihmal riskini arttırmaktadır (48). Bakım veren kişilerde de istismar ve ihmal riskini arttıran durumlar mevcuttur. Kişinin bakım verme işini mecburiyetten ötürü yapması ve sahiplenmemesi, bakım verdiği kişiyle ters karaktere sahip olması, benlik sorunları, maddi sıkıntılar, madde bağımlılığı ve şiddeti çözüm olarak görmesi de istismar ve ihmal görülme sıklığını etkilemektedir (49).

2.1.4.5. Ayrımcılık ve sosyal sorunlar: Yaşlı ayrımcılığı, yaşlı insanlara yalnızca yaşlarından dolayı gösterilen ayrımcı davranışlar, önyargılar ve kurumsal politikaları ifade etmektedir. Özetle, insanları yalnızca yaşlı oldukları için sistematik bir ayrımcılığa maruz bırakma ve belirli kalıplara yerleştirme davranışıdır ve bunun temelinde önyargılar yatmaktadır **(50)**. Kültürel değerlerinden uzaklaşan toplumlar, yaşlıların yeteneksiz olduğunu düşünmekte ve dolayısıyla onları iş hayatından çıkarmaya çalışmaktadırlar. Oysa ki kültürel değerlerine sahip çıkan toplumlar ise yaşlılara saygı göstererek onların deneyimlerinden yararlanmaya çalışmakta ve onları saygın, bilge bireyler olarak görmektedirler (51).

Ülkemizde yaşlılar tarih boyunca saygı ve özenle yaklaşılması gereken bilge kişiler olarak görülmüş ve yaşlılara özel ayrıcalıklar tanınmıştır. Ancak küreselleşme, hızlı şehirleşme ve toplu iletişim araçlarının çoğalmasıyla beraber toplumun yapısında meydana gelen değişiklikler, yaşlı bireylere yönelik bakış açısını da kötü yönde etkilemiştir (52).

Yaşlılara yönelik ayrımcılığın olumsuz etkilerinden biri, yetişkin bireylerde yaşlanma korkusuna yol açmasıdır. İnsanlar, yaşlılığın getirdiği sorunlardan dolayı hem kendi yaşlanmalarından hem de yaşlı aile üyelerine bakım sağlama sürecinde ortaya çıkabilecek zorluklardan korkmaktadır. Yaşlılara yönelik ayrımcılık sağlık hizmetlerinde de olumsuz etkilere yol açabilmektedir; bu, sağlık sorunlarının göz ardı edilmesi veya sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama gibi durumları içerebilmektedir. Zaman zaman hastalık, yaşlanmanın doğal bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Yaşlı bireyin kısa vadede ölüm beklentisi nedeniyle tıbbi müdahalelerin gereksiz olduğu düşünülme eğilimi ortaya çıkabilmektedir (53).

2.1.4.6. Beslenme sorunları: Dengeli ve yeterli beslenme, bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemli bir rol oynayarak daha kaliteli bir yaşam sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır (54). Beslenme yaşlanmayla ilişkili hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde, bireyin sağlık ve refah durumunun belirlenmesinde çok kritik bir öneme sahiptir. Ülkemizde yaşlıların büyük bir kısmı, yetersiz ve uygun olmayan beslenme nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunlarıyla karşı karşıyadır. Yaşlı bireylerde obezite, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, osteoporoz, serebrovasküler hastalık ile iskelet ve kas sistemi sorunlarının görülmesinde dengesiz beslenme önemli bir risk faktörüdür. Yaşlılarda daha iyi beslenme, fiziksel performansı artırarak yorgunluğu azaltmaktadır **(55)**.

Yaşlılarda beslenmeyi etkileyebilecek birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan kişinin ek hastalıkları, kullandığı ilaçlar, maddi durumu, yaşlılığın kişide meydana getirdiği değişiklikler, kişinin psikolojik ve sosyal durumu en sık karşılaşılan faktörlerdir. Yaşlı bireyin beslenmesinin değerlendirilmesi, mortalite ve morbidite riski yüksek olan kişilerin belirlenmesi ve takibi açısından önem arz etmektedir (56). Yaşlılarda beslenme durumunun tespitinde malnütrisyon riski taraması amaçlı birkaç testin haricinde antropometrik ölçümler ve laboratuvar parametreleri de kullanılmaktadır (54).

2.1.4.7. Ekonomik sorunlar: Yoksulluk, yaşanılan çevre ve zamana bağlı olarak farklı şekillerde tanımlanan, göreceli bir kavramdır. Yoksulluk, genel olarak, kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılayacak maddi kaynaklardan yoksun olması ve minimum yaşam standartlarını sürdürememesi durumunu ifade etmektedir. Yaşlı bireylerin iş bulma zorluğu, yoksulluk, güvencesizlik ve toplumdan dışlanma gibi sorunlarla karşılaşma olasılıkları, diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla olabilmektedir. Yaşlılar, gelir sağlayan iş imkanlarından yoksun kalmaları ve sağlık sorunlarının çalışmayı zorlaştırması nedeniyle yoksulluk riskine en fazla maruz kalan grup olarak öne çıkmaktadır. Yoksulluk, bu zorlukları yaşayan bireyler üzerinde hem bir baskı oluşturur hem de onları çeşitli şekillerde sınırlandıran bir durumdur. Yaşlılık, kişilerin yoksullaşmasına ya da mevcut yoksulluklarını daha da derinleştirmesine neden olabilir, bu da yoksulluk riskini artırabilmektedir. Yoksulluk, yaşlıların toplumsal yaşama katılımını da sınırlayan engeller yaratmaktadır **(57)**.

Yoksulluğun yaşlılar üzerindeki etkisi çeşitli yönlerden kendini göstermektedir. Yoksulluk, yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlayabilir ve bu konuda yetersizlik yaşatabilmektedir. Yaşlılık döneminde yaşanan sağlık sorunları nedeniyle oluşan ek mali yükler, yaşlıların yoksullaşmasına katkıda bulunabilmektedir. Yoksulluk, bireyleri sağlıksız yaşam koşullarında yaşamak zorunda bırakabilmektedir. Kötü ve sağlıksız yaşam koşulları, yaşlı bireylerin belirli hastalıklara yakalanma riskini artırabilmektedir (57).

Ülkemizde yaşlılar çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Düşük gelirle başa çıkmak, yaşlılar için psikolojik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır. Pek çok yaşlı, geçimlerini devlet destekleri ile sürdürmektedir. Bazı yaşlı bireylerin ise hiçbir geliri bulunmamaktadır. Bu bireyler, çocukları, akrabaları ve komşuları tarafından bakım ve destek almaktadır (58).

2.2. SOSYAL DIŞLANMA

Sosyal dışlanma kavramı ilk olarak 1970'li yıllarda Fransa'da sosyal sigortası olmayan kişileri tanımlamak için kullanılmıştır. Aynı dönemde Avrupa'da ise sosyal dışlanma terimi işsiz ve sosyal güvencesi olmayan bireyleri tanımlamak için kullanılmıştır (59).

Yaşlıların toplumsal hayattan kopması ve yalnızlık yaşaması, sosyal dışlanma ile ilişkilendirilmektedir. Günümüzde sosyal dışlanma, bireylerin sivil, politik, ekonomik ve sosyal haklardan yoksun kalması durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık döneminin etkin bir şekilde sürdürülmesi, yaşlıların sosyal etkinliklere dahil olmaya devam etmeleri ve sosyal yaşamda aktif kalmaları, sosyal dışlanma riskini azaltarak hayatlarının son dönemlerini daha huzurlu geçirmelerine yardımcı olmaktadır. Sosyal dışlanma; maddi, bireysel, sosyal, kurumsal ve yaşla beraber ortaya çıkan fizyolojik sebepler nedeniyle meydana gelmektedir (3).

2.2.1. Sosyal Dışlanma Alanları

2.2.1.1. Kültürel faaliyetler: Yaşlılar tiyatro, konser, opera, müze, sinema gibi kültürel etkinliklere pek katılamamakta ve aile yaşantısıyla sınırlı kalmaktadırlar. Özellikle ekonomik ve entelektüel açıdan zayıf olan yaşlılar kendilerini daha dışlanmış hissetmektedirler. Yaşlıların sosyal etkileşimi artıran ve güçlendiren bu faaliyetlere katılamamaları sosyal izolasyon riskini artırmaktadır **(3)**.

Spor tesislerine, otellere, turlara, kulüplere ve kültürel olanaklara uzaklık yaşlıların sosyal hizmetlere erişimini zorlaştırmaktadır. Yaşlılar evlerinden alınıp hizmetlere götürülmezlerse sosyal dışlanmayla karşı karşıya kalmaları kaçınılmazdır (60).

2.2.1.2. Toplumsal ilişkiler: Sosyal ilişkiler boyutu, aile ve arkadaşlarla olan etkileşimleri ve bu ilişkilerin gücünü ifade etmektedir. Yaşlıların eşi ve çocuklarıyla olan ilişkilerinin niteliği, bu konunun ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Ailede ve çevrede iletişim önemlidir. Yüz yüze iletişim olmadan da insanlarla ilişki kurmak mümkündür. Bir kişi bu eylemleri gerçekleştirmezse toplumda dışlanmış biri olarak kabul edilmektedir **(61)**.

Yaşlıların evlerini ve mahallelerini değiştirmeyi zor bulmalarının temel nedenlerinden biri de yaşadıkları çevreye ve komşularına olan bağımlılıklarıdır. Yakın çevresini değiştirmek zorunda kalan yaşlı yetişkinler yeni ortama uyum sağlamakta zorluk çekerler ve yakın çevrelerinden uzaklaştırılırlar. Kişinin çevresi ne kadar geniş olursa, dışlanma duygusu da o kadar az olmaktadır. Bu sebeple yalnız yaşayan yaşlı insanlar kendilerini sosyal olarak daha dışlanmış hissedebilmektedirler (3).

2.2.1.3. Toplumsal faaliyetler: Yaşlıların toplumsal faaliyetlerden dışlanması, bir siyasi partiye veya derneğe katılamamayı, bir sosyal gruba üye olamamayı veya dini organizasyonlara dahil olamamayı kapsamaktadır. Ülkemizde yaşlı meclislerinin bulunması ve siyasi yaşamda aktif olan yaşlı nüfusun örnekleri, yaşlı bireylerin diğer alanlara göre toplumsal faaliyetlerden daha az dışlandığını göstermektedir **(3)**.

2.2.1.4. Temel hizmetlere erişim: Yaşlı bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayan hizmetlerden mahrum kalması, onlar için olumsuz bir durum yaratmaktadır. Ayrıca bu temel hizmetler, yaşlıların yaşam kalitesini artırmada büyük bir öneme sahiptir. Yaşlıların ulaşım ağında karşılaştıkları zorluklar veya yaşlılıkla birlikte gelen biyolojik ve fiziksel kısıtlılıklar, bu hizmetlere erişimlerini sınırlamakta ve engel olmaktadır. Hastane, banka, postane, market gibi yerlere gidemeyen yaşlılar, toplumla etkileşim kuramadığı için kendini başkalarına bağımlı hissetmekte ve sosyal izolasyon riskiyle karşı karşıya kalmaktadır **(61)**.

2.2.1.5. Finansal ürünler: Yaşlı insanlar için finansal kaynaklara erişim ve kontrol eksikliği, borca, temel ihtiyaçların satın alınamamasına veya bireylerin önemli fayda ve değerlerden dışlanmasına yol açabilmektedir. Türkiye'de emekliler, banka veya ATM'lerden işlem yaparken karşılaştıkları zorluklar nedeniyle finansal ürünlere erişimde zorluk yaşayabilmektedirler **(62)**.

2.2.1.6. Yaygın tüketim ürünleri: Yaşlı bireylerin günlük yiyecek ihtiyaçlarını karşılamak için markete gittiklerinde satın aldıkları ürünlerin az ve düşük maddi değerde olması nedeniyle satıcının diğer müşterilere öncelik vermesi ya da yaşlı kişinin yavaş hareketleri yüzünden çevresindekilerin olumsuz tepkileriyle karşılaşması, yaşlı bireyin toplumsal dışlanması ve ihmaline bir örnek olabilir **(63)**.

2.2.1.7. Sağlık hizmetleri: Sağlık çalışanlarının yaşlı kişilere yönelik ön yargıları, tutumları, inançları ve uygulamalarının onların dışlanmasına neden olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmeti sunulan kuruluşlarda, yaşlıların hastalıkları ve sağlık problemlerinin yaşları gereği olağan bir durum olarak değerlendirildiği ve bu nedenle genellikle yeterince dikkate alınmadığı ifade edilmektedir. Yaşlı kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde ulaşım ve ekonomik gibi engellerin genellikle göz ardı edildiği belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinden en yoğun şekilde faydalanan ve sağlık kurumlarına en sık başvuran kişilerin yaşlı bireyler olduğu ve sağlık çalışanlarının, yaşlı bireylerin kronik sağlık problemleriyle ilgilenmektense, genç hastaların ani sağlık problemleriyle meşgul olmayı tercih ettikleri ifade edilmektedir **(62)**.

2.2.2. Sosyal Dışlanmanın Yaşlılıkla İlişkisi

Dünya nüfusu yaşlandıkça sosyal dışlanma ve yaşlanma sorunları giderek daha ön plana çıkmaktadır. Bu dönem, yönetimi dünyanın geri kalanına dağıtmayı amaçlayan neoliberal politikaların başlangıcına denk gelmiştir. Tüm bunlar, sağlık ve kamu sağlık hizmetlerinin azaltılmasına, emeklilik reformuna ve sağlık sigortası sistemlerinin özelleştirilmesine yol açarak gelir dağılımını, eşitsizliği ve istihdam artışını olumsuz yönde etkilemiştir. Bu durumdan en çok etkilenen gruplardan biri olan yaşlı bireyler daha savunmasız ve sosyal dışlanma riskinin en fazla olduğu sınıf haline gelmiştir. Yaşlıların sosyal dışlanmasında; kaynakların, hakların, mal ve hizmetlerin yokluğu veya sınırlılığı, normal ilişki ve faaliyetlere katılamama ile ilgili karmaşık bir süreç olarak görülebilmektedir. Ayrıca yaşlanmaya bağlı riskler de sosyal dışlanmayı arttırabilmektedir. İnsanlar yaşlandıkça fiziksel ve zihinsel olarak gerileme yaşayabilmekte, bazı hastalıklara yakalanma riski artabilmektedir. Emeklilikte maddi kayıplar yaşanabilmekte, yıllar içinde biriken sermaye hayat boyu yok olabilmekte veya sevilen birini kaybedip yalnızlığa yol açabilmektedir (59).

2.2.3. Sosyal Dışlanmanın Yaşlılar Üzerindeki Etkileri

Sosyal dışlanmaya maruz kalan yaşlı kişiler, topluma ait olma duygusunu kaybedip toplumdan uzaklaşabilmektedir. Sosyal olarak dışlanan yaşlılarda psikolojik sorunlar gelişebilmekte ve sosyal dışlanma yaşlı bireylerin hayat kalitelerini, fiziksel sağlıklarını ve ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (5).

Temel ihtiyaçların sürekli olarak karşılanamaması yaşlının toplumla ilişkisinin bozulmasının yanı sıra stres, anksiyete ve bireyin kendine duyduğu saygının azalması gibi durumlara da sebep olabilmektedir. Benlik saygısı azalan yaşlı bireyler, çevresindeki insanlara, sosyal kurum ve kuruluşlara olan güven ve inançlarında azalma olabilmektedir. Yaşlıların yeterli tıbbi hizmet desteği alamaması ve temel ihtiyaçlarını karşılayamaması durumunda fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşaması kaçınılmaz bir hal almaktadır. Sosyal dışlanma, stres, utanma duygusu, mutsuzluk ve zayıf hissetme gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Tüm bunlar sosyal ilişkilerin zayıflamasına neden olarak suç oranlarının yükselmesine ve sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (59).

2.2.4. Sosyal Dışlanmanın Yaşlılarda Değerlendirilmesi

Sosyal dışlanma ile yaşlanma arasındaki etkileşimin varlığı, bu konuda daha fazla araştırma ve ölçüm yapılması gerektiğini göstermektedir. Yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen sosyal dışlanma mekanizmasının anlaşılması, değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması bu açıdan büyük önem taşımaktadır. Sosyal dışlanma, yaşlılar özelinde literatürde araştırılmış olsa da ülkemizde bu konu üzerine yeterince çalışma yapılmadığı söylenebilir. Ülkemizde de 2020 yılında sosyal dışlanmanın yaşlılarda ölçümüyle ilgili ölçek oluşturma çalışması yapılmıştır. "Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği" olarak isimlendirilen ölçekle, sosyal dışlanmanın yaşlılarda değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu ölçekte 4 farklı alt boyutta yaşlı bireylerin sosyal dışlanması değerlendirilmektedir. Bunlar çevre dışlanması, enformel sosyal destekten yoksunluk, maddi yoksunluk ve ulaşım ile finansal hizmetlerde dışlanmanın değerlendirmesini içermektedir (64).

2.3. YAŞLILIK VE İLAÇ KULLANIMI

Yaşlanmayla birlikte organların rezerv kapasitelerinde düşüş ve çoğu organda fizyolojik olarak işlevsel bir azalma meydana gelmesiyle kronik hastalık görülme sıklığı artmaktadır (1). Tüm bunlar yaşlı bireylerin ilaç kullanımını kaçınılmaz kılmaktadır. Yaşlı kişilerin, zaman içinde vücutlarındaki değişimlerden dolayı ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik işleyişi değişmektedir. Ayrıca yaşlılarda çoklu ilaç

kullanımının sık olmasından dolayı ilaç-ilaç etkileşimi riski ve tedaviye uyumdaki olumsuzluklar daha fazla görülmektedir (65).

2.3.1. Yaşlıda İlaç Kullanımını Arttıran Faktörler

Yaşlı bireylerde yaygın ilaç kullanımının başlıca sebepleri, yaşlanma sürecinde hastalıkların ve kronik rahatsızlıkların artması ile geriatrik sendromların gelişmesidir. Ayrıca hastaların çeşitli doktorlardan birçok reçete alması, reçetelerde sıkça fazla ilaç bulunması, doktorların çok sayıda ilaç yazma eğilimleri, hastaların fazla ilaç talep etmeleri, yaşlılarda semptomlara yönelik ilaç kullanımının tercih edilmesi, doktorların eski ilaçları kesip yenilerini reçete etme eğilimleri, hastaların ya da doktorların eski ilaçların otomatik olarak tekrar yazılmasına onay vermesi, reçetesiz ilaçların yaygın satışı ve yaşlıların aile bireylerinden veya çevrelerinden ilaç temin ederek kullanma eğilimleri de yaşlı bireylerin ilaç kullanımını arttırmaktadır (66).

2.3.2. İlaç Uyumu

İlaç uyumu terimi, bir kişinin davranışlarının sağlık hizmeti sağlayıcısının kararlaştırdığı ilaç rejimine ne ölçüde uygun olduğu olarak tanımlanmaktadır. İlaçlara uyum hastalar arasında her zaman bir sorun olmuştur. Yaşlılar birden fazla komorbiditeye yatkın olduklarından, polifarmasi riski daha yüksektir ve bu nedenle genç nüfusa kıyasla ilaçlara uyumsuzluk riski daha yüksek olabilmektedir (4).

2.3.3. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

Yaşlı bireylerde ilaç uyumunu etkileyen faktörler hasta, hastalık, ilaç, sağlık hizmeti sağlayıcısı, sağlık hizmeti sistemi ve sosyoekonomik faktörler olarak sınıflandırılmaktadır (67).

Hastanın yaş, zeka seviyesi, eğitim durumu ve talimatları anlama kapasitesi uyum davranışını önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca, umursamazlık, unutkanlık, çekingenlik (soru sorma konusunda tereddüt) ve yaşamsal zorluklar gibi faktörler ile düşük gelir seviyesi uyum sağlama sürecini zorlaştırabilmektedir. Hastanın birden fazla sağlık sorunu yaşaması, hastalığın şiddeti ve hastalığın neden olduğu engeller uyum süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (67).

Karmaşık ve uygulanması zor bir tedavi planı, uzun süreli tedavi süreçleri ve tedavinin yan etkileri uyum sağlamayı zorlaştırabilmektedir. Ayrıca, tedavinin etkisi gecikirse ya da koruyucu ilaç tedavilerinde olduğu gibi etkisi hemen hissedilmiyorsa, hasta uyumsuzluk gösterebilmektedir (4).

Sağlık ekibindeki bireylerin, uyumsuzluk olasılığını önceden kabul etmeleri gerekmektedir. Bu bilincin ardından etkili iletişim becerileri gelmektedir. Hasta-hekim ilişkilerinde iletişimin önemi büyüktür. Hastalarına saygılı, güler yüzlü, göz teması kuran, dinlemeyi bilen, soru sorma cesareti veren ve yargılamayan hekimler, tedavi uyumunu artırma konusunda olumlu bir etki yaratmaktadır (4).

Randevu alma kolaylığı, hekimin erişilebilir bir mesafede bulunması, sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerine erişim, muayene ve ilaç maliyetlerinin karşılanması gibi faktörler, sağlık hizmetlerine erişimi ve tedavi uyumunu artırabilmektedir (67).

Bir kişinin tedaviye yaklaşımını ve uygulama şeklini inançları ve gelenekler etkileyebilmektedir. Ayrıca, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal destek, maddi kaynaklar ve sağlık hizmetlerine erişim gibi unsurlar uyumu artırabilmekte ya da azaltabilmektedir. Hastalık veya tedavi hakkında bilgi kirliliği de hekimin yeterince bilgilendirmemesi durumunda uyum açısından bir engel teşkil edebilmektedir (67).

2.3.4. İlaç Uyumunun Önemi

İlaçlara uyum hastalar arasında her zaman bir sorun olmuştur. Yaşlılar birden fazla komorbiditeye yatkın olduğundan, çoklu ilaç kullanımı riski daha yüksektir ve bu nedenle genç nüfusla karşılaştırıldığında ilaçlara uyumsuzluk riski daha yüksek olabilmektedir. Bu durum hastanın terapötik faydalarının azalmasına, tıbbi durumlarının kötüleşmesi nedeniyle sık hastane ve doktor ziyaretlerine, sağlık harcamalarının artmasına ve hatta bazen aşırı tedaviye neden olmaktadır (4).

2.3.5. Yaşlılarda İlaç Uyumsuzluğunun Sonuçları

İlaç uyumsuzluğunun en yaygın sonuçları arasında düşmeler, postüral hipotansiyon, kalp yetmezliği ve deliryum yer almaktadır. Yaşlı bireylerde ilaç uyumsuzluğu, hastaneye yatış sayısını artırarak ve tekrar hastaneye yatışları tetikleyerek maliyetlerin

artmasına yol açmaktadır. Ayrıca, bu uyumsuzluk hastalığın ilerlemesine de neden olabilmektedir. Uyumsuzluğun sonuçlarının ciddiyeti, uyumsuzluğun derecesi ile orantılıdır. Bulaşıcı hastalık tedavisinde yaşanan bir uyumsuzluk ise tüm toplumun sağlığını etkileyebilecektir (6).

2.3.6. İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi

İlaç uyumunu ölçmek hem araştırmacılar hem de klinisyenler için önemlidir. İlaç uyumunun yanlış tespit edilmesi, her iki ortamda da potansiyel olarak maliyetli ve tehlikeli olan çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Etkili tedavilerin etkisiz olduğu yargısına varılabilir, pahalı teşhis prosedürleri istenebilir ve tedavi gereksiz olabilir ve tehlikeli derecede yoğunlaştırılabilmektedir. Ayrıca, klinik araştırmaların sonuçları, tedaviye uyum bilgisi olmadan gerçekçi bir şekilde yorumlanamaz. Hastaların tedaviye uyumunun zayıf olduğu çalışmalarda tedavi etkinliği ve doz-yanıt ilişkileri yanlış hesaplanmaktadır. İlaç uyumuna ilişkin doğru tahminler, sonuçlar, belirleyiciler/risk faktörleri ve ilaca uyumu iyileştirme stratejileri hakkında daha iyi kanıtlar sağlayacaktır (68).

İlaca uyumun ölçümü oldukça zor olabilmektedir. Çünkü kabul edilebilir uyum parametrelerinin dikkatli bir şekilde tanımlanması ve bireysel durumlara uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Subjektif ölçümler, sağlayıcının veya hastanın ilaç alma davranışına ilişkin değerlendirmesini gerektiren ölçümleri içermektedir. Kişisel bildirim ve sağlık uzmanı değerlendirmeleri ilaca uyumu değerlendirmek için kullanılan en yaygın araçlardır. En yaygın dezavantaj, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının onaylamamasını önlemek için uyumsuzluğu eksik bildirme eğiliminde olmalarıdır. Objektif ölçümler arasında hap sayımları, elektronik izleme, ikincil veri tabanı analizi ve biyokimyasal ölçümler yer alır. Uyum sonuçlarına ilişkin bir meta-analiz, çok öznellikli ölçüm yaklaşımının tek bir nesnel ölçüm kullanmaya göre daha yüksek duyarlılığa sahip olabileceğini, ancak doğruluğa sahip olamayacağını belirtmektedir. Özetle, subjektif ve objektif ölçümlerin hem avantajları hem de dezavantajları vardır ve birlikte kullanılmalıdır (68).

İlaç uyumunu objektif şekilde ölçmek için birçok anket mevcuttur (68). En hızlı olanı 4 maddeli Morisky İlaç Uyumu Ölçeği'dir. Bu anket, uygulanması ve puanlanması en

hızlı olanıdır ve yalnızca uzunluğu nedeniyle uyum engellerini belirleyebilmektedir. "Evet deme" yanlılığı olan kapalı soru formatı, uyumsuzluğun ifşa edilmesine olanak tanımaktadır. En geniş hastalık yelpazesinde ve düşük okuryazarlığa sahip hastalarda doğrulandığı için, araştırma için en yaygın kullanılan ölçektir (69). Ülkemizde 2012 yılında yapılan bir çalışmada ise 4 maddeli ölçeğin, uzun süreli kronik hastalık tedavisi değerlendirmede eksiklikleri olduğu ve Türkçe çevirisi tam net anlaşılamadığı gerekçesiyle 6 maddeli "Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği" oluşturulmuştur (70).

2.4. YAŞLILARDA SOSYAL DIŞLANMA VE İLAÇ UYUMU

Sosyal dışlanma, küçük sosyal ağ boyutu veya seyrek sosyal etkileşimler gibi ölçülebilir özelliklerle ortaya çıkan, nesnel bir sosyal temas eksikliği durumunu ifade etmektedir. Yaşlı bireylerde, kronik hastalıkların tedavisi uzun süreli olarak birden fazla ilacın alınmasını gerektirmektedir. Sosyal dışlanmanın ilaca uyum üzerinde sosyal destek ve yalnızlığın aracılık ettiği bir dizi negatif dolaylı etkisi vardır. Araştırmalarda, sosyal desteğin, yaşlı bireylerin hem kasıtlı hem de kasıtsız uyumsuzluk durumunda ilaç tedavisine uyumunda etkili bir koruyucu faktör olabileceği bulunmuştur. Bununla birlikte, yaşlılar genellikle yaşam akışı geçişleri nedeniyle sosyal dışlanmadan muzdariptir. Sosyal dışlanmanın, yaşlıların ilaca uyum davranışları açısından en yaygın risk faktörlerinden biri olduğu kanıtlanmıştır (7).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.03.2024 tarihinde 2024/4 sayılı toplantıda, 4/11 sayılı kararla, 24/232 kayıt numarası ile izin alınmıştır. Araştırma için Konya Şehir Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan 01.02.2024 tarihinde 03-28 No'lu karar ile izin alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın verileri; Konya Şehir Hastanesi geriatri polikliniklerine ve Sağlıklı Yaş Alma Merkezi (YAŞAM) polikliniklerine herhangi bir şikayetle başvuru yapan 80 yaş üstü bireylerle görüşülerek toplanmıştır.

Sağlıklı YAŞAM poliklinikleri, yaşlı bireylerin herhangi bir talepleri olmaksızın, bireyleri evlerinde doktor ve gerontolog eşliğinde ziyaret ederek gerekli fizik muayeneleri, geriatrik sendrom açısından gerekli tarama ve sorgulamaları yapan, gereği halinde de bu bireyleri ilgili branşlara yönlendiren randevulu bir poliklinik hizmetidir. Konya Şehir Hastanesi bünyesinde bulunan Sağlıklı YAŞAM polikliniğimiz Konya'nın Karatay ilçesinde ikamet eden 80 yaş ve üzeri bireyleri evlerinde ziyaret ederek hizmet vermektedir. Bu kapsamda hem geriatri hem de Sağlıklı YAŞAM polikliniklerinden 80 yaş ve üzeri bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Görüşme ve anket uygulaması; başvurulan poliklinik şartlarında araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Konya Şehir Hastanesi geriatri polikliniklerine ve Sağlıklı YAŞAM polikliniklerine belirtilen tarih aralığında (01.06.2024 – 31.10.2024) başvuran tüm hastalar hedeflenmiştir.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil etme kriterleri şunlardır;

1. Hastaneye geriatri polikliniğine muayene için başvurmuş olmak
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
3. 80 yaşını doldurmuş olmak

4. Sağlıklı Yaş Alma Merkezi projesi kapsamında ziyaret edilen veya polikliniğe davet edilen yaşlı olmak

Çalışmanın hariç tutma kriterleri şunlardır;

1. Türkçe anlamamak ve iletişim kuramamak
2. Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği olmamak
3. Formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğa (zihinsel engellilik, psikotik bozukluk) sahip olmak
4. Daha önce geriatri polikliniğine başvurmuş Sağlıklı YAŞAM polikliniği hastası veya daha önce Sağlıklı YAŞAM polikliniğinde değerlendirilmiş geriatri polikliniği hastası olmak

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılanlara veri toplama amacıyla sosyodemografik form ve 2 adet ölçek uygulanmıştır. Ölçek olarak "Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği" ve "Morisky Tedavi Uyum Ölçeği" kullanılmıştır. Uygulanması toplam yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik formda; sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yaş, cinsiyet, medeni durumu, gelir düzeyi, eğitim durumu, çalışma durumu, sıklıkla sağlık hizmeti aldığı kurum, kronik rahatsızlık durumu, sürekli kullandığı ilaçlar ve yardımcı cihaz kullanımı sorgulanmıştır. Bireylerin fiziksel bağımlılık durumlarını değerlendirirken "Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği" dikkate alınmıştır (71).

3.4.2. Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği

Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği Türkçe literatürdeki, yaşlılarda uygulanabilir tek sosyal dışlanma ölçeğidir. 22 soru içermektedir. Bu sorulardan 9 tanesi (1, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 16 numaralı sorular) maddi yoksunluk, 5 tanesi (2, 8, 15, 17, 19 numaralı sorular) enformel sosyal destek, 4 tanesi (6, 13, 20, 21 numaralı sorular) ulaşım ve finansal hizmetler, 4 tanesi (3, 10, 18, 22 numaralı sorular) çevre dışlanması alt boyutlarını sorgulamaktadır (64).

3.4.3. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği

Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ise 6 sorudan oluşmaktadır. Sorular Evet/Hayır olarak cevaplanmaktadır. 2 ve 5. sorularda "evet" 1 puan; "hayır" ise 0 puandır. Diğer sorularda "evet" 0 puan; "hayır" ise 1 puandır. 1, 2 ve 6 numaralı sorularla hastanın motivasyonu; 3, 4 ve 5 numaralı sorularla hastanın bilgi düzeyi ölçülmesi amaçlanmıştır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (70).

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler Statistical Packet for The Social Science (SPSS) 26.0 bilgisayar programında yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden frekans (n), yüzde (%), ortalama ± standart hata, min (minimum) – maks (maksimum) kullanılmıştır. Verilerin normalliği Kolmogorov-Smirnov normallik testi, histogram ve çarpıklık basıklık ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılıklar için; niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare (X2) testi, verilerin sürekli değişkenlere göre karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İkiden fazla grubun karşılaştırılması için post-hoc analiz yapılmıştır. Etkileyen faktörleri tahmin etmek için ise lineer regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığında yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p<0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma 01.06.2024 ve 31.10.2024 tarihleri arasında, Konya Şehir Hastanesi Sağlıklı YAŞAM Polikliniği kapsamında evinde ziyaret edilen 115 kişi ve Konya Şehir Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran 99 kişiyle birlikte toplam 214 kişiye ulaşılarak tamamlandı. Katılımcıların yaş ortancası 84 (80-98) olarak hesaplandı. Cinsiyete göre bakıldığında hastaların %37,4'ü (n=80) erkek, %62,6'sı (n=134) kadındı. Evli bireyler tüm katılımcıların %43,9'unu (n=94), bekar bireyler ise %56,1'ini (n=120) oluşturmaktaydı. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %39,3'ü (n=84) okuryazar değil, %54,7'si (n=117) ilkokul mezunu, %2,8'i (n=6) ortaokul mezunu, %0,9'u (n=2) lise mezunu ve %2,3'ü (n=5) üniversite mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların %20,6'sı (n=44) yalnız, %43,0'ü (n=92) eşiyle beraber, %35,0'i (n=75) çocuklarıyla birlikte, %1,4'ü (n=3) akrabasıyla birlikte yaşadığı belirlendi. Ailesine ait düzenli geliri bulunan bireyler tüm katılımcıların %98,2'si (n=210) olarak tespit edildi. Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin %78,5'i (n=168) kendine ait düzenli geliri olduğunu bildirdi. Kendine ait düzenli geliri olduğunu belirten yaşlıların ise %50,6'sı (n=85) parasını kendi kullandığını belirtirken, %44,0'ü (n=74) çocukları tarafından, %8'i (n=8) eşi tarafından, %0,6'sı (n=1) ise bakıcısı tarafından kullanıldığı görüldü. Yaşlıların %90,2'si (n=193) evinde kalorifer ile ısınırken %9,8'i (n=21) soba ile ısındığı tespit edildi. Katılımcıların %9,8'i (n=22) kendisine ait ulaşım aracı olduğunu bildirdi. Çalışmamızdaki bireylerin %100'ü (n=214) borcunun olmadığını belirtti. Katılımcıların %47,2'si (n=101) arkadaşlarının var olduğunu öğrenildi. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %94,4'ünün ihtiyaçlarına (n=202) çocukları, %3,3'ün (n=7) ihtiyaçlarına akrabaları, %1,9'unun (n=4) ihtiyaçlarına komşuları, %0,5'inin (n=1) ihtiyaçlarına ise arkadaşları yardımcı olduğu bulundu. Hastaların %97,7'si (n=209) sıkıntı ve üzüntülerini paylaşabileceği birilerinin olduğunu bildirdi **(Tablo 1)**.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı

Parametre (n=214)			% (n)
Yaş (yıl)	Ortanca (min-maks)		84 (80-98)
Cinsiyet		Erkek	37,4 (80)
		Kadın	62,6 (134)
Medeni durum		Evli	43,9 (94)
		Bekar	56,1 (120)
Eğitim durumu		Okuryazar değil	39,3 (84)
		İlkokul	54,7 (117)
		Ortaokul	2,8 (6)
		Lise	0,9 (2)
		Üniversite	2,3 (5)
Kiminle yaşıyorsunuz?		Yalnız	20,6 (44)
		Eşi	43,0 (92)
		Çocukları	35,0 (75)
		Akraba	1,4 (3)
		Bakımevi	0,0 (0)
Ailenizin düzenli geliri var mı?		Var	98,1 (210)
		Yok	1,9 (4)
Size ait düzenli gelir var mı?		Var	78,5 (168)
		Yok	21,5 (46)
Yukarıdaki soru evet ise paranızı kim kullanıyor? (n=168)		Kendisi	50,6 (85)
		Eşi	4,8 (8)
		Çocukları	44,0 (74)
		Akraba	0,0 (0)
		Bakımevi	0,0 (0)
		Bakıcı	0,6 (1)
Oturduğunuz evin ısınma tipi nedir?		Soba	9,8 (21)
		Kalorifer	90,2 (193)
Ulaşım aracınız var mı?		Var	10,3 (22)
		Yok	89,7 (192)
Borcunuz var mı?		Var	0,0 (0)

	Yok	100,0 (214)
Arkadaşınız var mı?	Var	47,2 (101)
	Yok	52,8 (113)
İhtiyaçlarınıza yardımcı olan biri var mı?	Komşu	1,9 (4)
	Çocuklar	94,4 (202)
	Akraba	3,3 (7)
	Arkadaş	0,5 (1)
	Yok	0,0 (0)
Sıkıntılarınızı, üzüntülerinizi paylaşabileceğiniz kimse var mı?	Var	97,7 (209)
	Yok	2,3 (5)

%: Frekans, Min:minimum, Maks:maksimum

Katılımcıların %47,7'si (n=102) tam bağımsız, %46,3'sı (n=99) yarı bağımlı ve %6,1'i (n=13) tam bağımlı olarak bulundu. Bireylerin yardımcı cihaz kullanımları incelendiğinde %59,3'ü (n=127) baston, %22'si (n=47) işitme cihazı, %14,5'i (n=31) yürüteç, %1,4'ü (n=3) ise koltuk değneği kullandığı belirlendi. Hastaların %25,7'sinde (n=55) ruhsal hastalık, %43,0'ünde (n=92) ise uyku probleminin mevcut olduğu görüldü. Çalışmaya dahil edilen bireylerin düzenli kullandığı ilaç sayısı ortancası 5 (0-13) olarak bulundu. Katılımcıların %75,7'sinde (n=162) hipertansiyon öyküsü, %29,0'unda (n=62) diabetes mellitus öyküsü, %36,0'ında (n=77) koroner arter hastalığı öyküsü, %7,5'inde (n=16) malignite öyküsü, %18,2'sinde (n=38) akciğer hastalığı öyküsü, %10,7'sinde (n=23) tiroid hastalığı öyküsü, %4,7'sinde (n=10) böbrek hastalığı öyküsü, %27,6'sında (n=59) nörolojik hastalığı öyküsü, %38,8'inde (n=31) prostat hastalığı öyküsü, %11,7'sinde (n=25) hiperlipidemi öyküsü, %28,5'inde (n=61) diğer kronik hastalıkların mevcut olduğu bulundu. Çalışmamızda yer alan bireylerin %65,9'u (n=141) ilaçlarını kendisi alırken, %24,8'inin (n=53) ilaçları ailesi tarafından, %7,9'unun (n=17) ilaçları eşi tarafından, %0,9'unun (n=2) ilaçları bakıcı tarafından, %0,5'inin (n=1) ilaçları ise akrabaları tarafından verildiği belirlendi. Katılımcıların sağlık kurumlarına başvuru sıklığı sorgulandığında %74,3'ünün (n=159) yılda birkaç kez, %25,2'sinin (n=54) ayda birkaç kez, %0,5'inin (n=1) ise haftada birkaç kez başvurduğu tespit edildi. Yaşlı bireylerin en sık başvurduğu sağlık kurumu tipinin %68,7 (n=147) ile aile sağlığı merkezleri olduğu

görüldü. En sık hastane polikliniklerine başvurduğunu belirten katılımcıların oranı %22,4 (n=48) iken en sık acil servislere başvurduğunu ifade edenlerin oranı ise %8,9 (n=19) olarak belirlendi **(Tablo 2).**

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı

Parametre (n=214)		**% (n)**
Fiziksel bağımlılık düzeyi	Tam Bağımlı	6,1 (13)
	Yarı Bağımlı	46,3 (99)
	Tam Bağımsız	47,7 (102)
Yardımcı cihaz kullanımı		
o Baston		59,3 (127)
o Koltuk değneği		1,4 (3)
o Yürüteç		14,5 (31)
o İşitme cihazı		22,0 (47)
Ruhsal hastalık varlığı		25,7 (55)
Uyku problemi varlığı		43,0 (92)
Düzenli kullanılan ilaç sayısı Ortanca (min-maks)		5 (0-13)
Kronik hastalık öyküsü		
o Hipertansiyon		75,7 (162)
o Diabetes mellitus		29,0 (62)
o Koroner arter hastalığı		36,0 (77)
o Malignite		7,5 (16)
o Akciğer hastalığı		18,2 (39)
o Tiroid hastalığı		10,7 (23)
o Böbrek hastalığı		4,7 (10)
o Nörolojik hastalık		27,6 (59)
o Prostat hastalık		38,8 (31)
o Hiperlipidemi		11,7 (25)
o Diğer kronik hastalıklar		28,5 (61)
İlaçları alma şekli	Kendim	65,9 (141)
	Eşim	7,9 (17)
	Ailem	24,8 (53)

	Bakıcı	0,9 (2)
	Bakımevi personeli	0,0 (0)
	Akraba	0,5 (1)
Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı	Haftada birkaç kez	0,5 (1)
	Ayda birkaç kez	25,2 (54)
	Yılda birkaç kez	74,3 (159)
En sık başvurulan kurum tipi	Acil servis	8,9 (19)
	Aile sağlığı merkezi	68,7 (147)
	Hastane poliklinikleri	22, 4 (48)

%: Frekans, Min:minimum, Maks:maksimum

Çalışmaya katılan bireylerin Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeğine verdiği yanıtlar incelendi. Bireylerin %40,7'si (n=87) "Maddi durumum hakkında endişelenirim." ifadesine "Nadiren" yanıtını verdi. "Herhangi bir sorunum olduğunda yakın akrabalarım yardımıma koşmazlar." ifadesine ise %49,5 (n=106) oranında "Nadiren" cevabını işaretledi. Katılımcıların %92,1'i (n=197) "Yaşadığım muhitte/mahallede olaylar çıkar." sorusuna "Hiçbir zaman" yanıtını verdi. Anket sorularından "Aniden ortaya çıkan masraflarla baş etmek zordur." sorusuna %37,9 (n=81) oranıyla ile en çok "Nadiren" yanıtı verildi. Hastaların %40,7'si (n=87) "Ay sonunu getirmekte zorlanıyoruz." sorusunu "Hiçbir zaman" olarak yanıtladı. Çalışmaya katılan bireylerin %52,8'i (n=113) "İstediğim yere rahatlıkla tek başıma ulaşım sağlamakta zorluk çekiyorum." sorusunu "Her zaman" olarak cevapladı. "Eve et, balık, tavuk gibi gıda maddelerini almak zordur." sorusuna ise en çok verilen yanıt %55,1 (n=118) ile "Nadiren" yanıtı oldu. Hastaların "Herhangi bir sorunum olduğunda arkadaşlarım yardımıma koşmazlar." sorusuna %42,1'i (n=90) "Nadiren" cevabını verdi. "Özel sağlık hizmeti (özel hastane) masraflarını ödemek benim için zordur." sorusuna ise en sık verilen yanıt %35,5 (n=76) ile "Nadiren" oldu. "Yaşadığım çevrede/muhitte kendimi güvende hissetmem." sorusuna yaşlı bireylerin %90,2'si (n=193) "Hiçbir zaman" cevabını verdi. "Borçlarımı ödemek benim için zordur." sorusuna bireylerin %92,1'i (n=197) "Hiçbir zaman" diye yanıtlarken, "Borç para bulmakta zorluk çekerim." sorusuna ise bireylerin %91,6'sı (n=196) "Hiçbir zaman" olarak yanıtladı. Çalışmaya katılan yaşlıların %80,4'ü (n=172) "Bankada hesap veya

birikim ile ilgili işlemler yapmak benim için zordur.” sorusuna “Her zaman” yanıtını verdi. Katılımcıların %30,8’i (n=66) “Buzdolabı, TV, çamaşır makinesi eskiyince kolayca yenisini alırım.” sorusuna “Nadiren” şeklinde cevapladı. “Sırlarımı paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.” sorusuna hastalar %38,3 (n=82) ile en fazla “Nadiren” yanıtını verdi. Çalışmaya dahil edilen bireyler “Evin yeterince ısınması ile ilgili sorun yaşarım.” sorusuna %88,3 (n=189) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını verdi. Katılımcıların “İhtiyacım olduğunda çevredeki/muhitteki insanlar yardımıma gelmezler.” sorusuna %55,6’sı (n=119) “Nadiren” şeklinde yanıtladı. “Yaşadığım çevrede/muhitte gürültü vardır.” sorusuna, katılımcıların %85,0’i (n=182) “Hiçbir zaman” yanıtını verdi. Çalışmada yer alan bireylerin %68,2’si (n=146) “Hastalandığımda ziyaretime kimse gelmez.” sorusuna “Hiçbir zaman” yanıtını verdi. Katılımcıların %36,4’ü (n=78) “Gece sokakta tek başıma rahatça yürüyemem.” sorusuna “Her zaman” yanıtını verdi. Çalışmaya dahil edilen kişilerin %83,6’sı (n=179) “ATM’den (Bankamatik) veya postaneden para çekmek benim için zordur.” sorusuna “Her zaman” cevabını verdi. Katılımcıların %89,3’ü (n=191) “Yaşadığım çevre/muhit kirlidir.” sorusuna “Hiçbir zaman” yanıtını verdi **(Tablo 3).**

Tablo 3. Katılımcıların Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeğine verdikleri yanıtlar

Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği	**% (n)**				
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
Maddi durumum hakkında endişelenirim.	38,8 (83)	40,7 (87)	17,8 (38)	1,9 (4)	0,9 (2)
Herhangi bir sorunum olduğunda yakın akrabalarım yardımıma koşmazlar.	43,5 (93)	49,5 (106)	3,7 (8)	2,8 (6)	0,5 (1)
Yaşadığım muhitte/mahallede olaylar çıkar.	92,1 (197)	4,7 (10)	2,3 (5)	0,9 (2)	0,0 (0)
Aniden ortaya çıkan masraflarla baş etmek zordur.	15,0 (32)	37,9 (81)	32,7 (70)	14,0 (30)	0,5 (1)
Ay sonunu getirmekte zorlanıyoruz.	40,7 (87)	36,9 (79)	21,0 (45)	1,4 (3)	0,0 (0)
İstediğim yere rahatlıkla tek başıma ulaşım sağlamakta zorluk çekiyorum.	3,7 (8)	11,7 (25)	11,2 (24)	20,6 (44)	52,8 (113)

Eve et, balık, tavuk gibi gıda maddelerini almak zordur.	16,8 (36)	55,1 (118)	25,7 (55)	2,3 (5)	0,0 (0)
Herhangi bir sorunum olduğunda arkadaşlarım yardımıma koşmazlar.	9,3 (20)	42,1 (90)	10,3 (22)	25,7 (55)	12,6 (27)
Özel sağlık hizmeti (özel hastane) masraflarını ödemek benim için zordur.	14,0 (30)	35,5 (76)	34,1 (73)	15,4 (33)	0,9 (2)
Yaşadığım çevrede/muhitte kendimi güvende hissetmem.	90,2 (193)	6,5 (14)	1,9 (4)	1,4 (3)	0,0 (0)
Borçlarımı ödemek benim için zordur.	92,1 (197)	6,5 (14)	1,4 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)
Borç para bulmakta zorluk çekerim.	91,6 (196)	6,1 (13)	2,3 (5)	0,0 (0)	0,0 (0)
Bankada hesap veya birikim ile ilgili işlemler yapmak benim için zordur.	2,8 (6)	7,0 (15)	4,2 (9)	5,6 (12)	80,4 (172)
Buzdolabı, TV, çamaşır makinesi eskiyince kolayca yenisini alırım. (R)	13,1 (28)	30,8 (66)	29,9 (64)	15,0 (32)	11,2 (24)
Sırlarımı paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.	9,8 (21)	38,3 (82)	4,2 (9)	26,2 (56)	21,5 (46)
Evin yeterince ısınması ile ilgili sorun yaşarım.	88,3 (189)	10,3 (22)	1,4 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)
İhtiyacım olduğunda çevredeki/muhitteki insanlar yardımıma gelmezler.	34,1 (73)	55,6 (119)	7,0 (15)	2,3 (5)	0,9 (2)
Yaşadığım çevrede/muhitte gürültü vardır.	85,0 (182)	7,5 (16)	4,2 (9)	2,3 (5)	0,9 (2)
Hastalandığımda ziyaretime kimse gelmez.	68,2 (146)	27,1 (58)	2,3 (5)	1,9 (4)	0,5 (1)
Gece sokakta tek başıma rahatça yürüyemem.	7,9 (17)	17,3 (37)	20,6 (44)	17,8 (38)	36,4 (78)
ATM'den (Bankamatik) veya postaneden para çekmek benim için zordur.	3,3 (7)	4,7 (10)	3,3 (7)	5,1 (11)	83,6 (179)
Yaşadığım çevre/muhit kirlidir.	89,3 (191)	5,6 (12)	2,8 (6)	2,3 (5)	0,0 (0)

%: Frekans

Çalışmayan dahil edilen bireylerin "İlacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?" sorusuna %71,5'i (n=153) "Evet" cevabını verdi. Katılımcıların %66,4'ü (n=142) "İlacınızı zamanın almaya dikkat eder misiniz?" sorusunu "Evet" şeklinde yanıtladı. Yaşlı bireylerin %70,6'sı (n=151) "Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı

bıraktığınız oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtını verdi. Katılımcıların %68,7'si (n=147) "Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?" sorusuna "Hayır" cevabını verdi. Hastaların %75,7'si (n=162) "İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?" sorusuna "Hayır" yanıtını verdi. Çalışmaya katılan bireylerin %57,9 u (n=124) "Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?" sorusunu "Evet" şeklinde cevapladı **(Tablo 4).**

Tablo 4. Katılımcıların Morisky İlaç Uyum Ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar

Morisky İlaç Uyumu Ölçeği Soruları	Evet	Hayır
	% (n)	% (n)
İlacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	71,5 (153)	28,5 (61)
İlacınızı zamanın almaya dikkat eder misiniz?	66,4 (142)	33,6 (72)
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	29,4 (63)	70,6 (151)
Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	31,3 (67)	68,7 (147)
İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	24,3 (52)	75,7 (162)
Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	57,9 (124)	42,1 (90)

%: Frekans

Çalışmaya dahil edilen bireylerin, Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği'nden aldığı toplam puanların ortancası 50 (24-88) iken; Maddi Yoksunluk altboyutundan aldığı puanların ortancası 17 (9-34), Ulaşım-Finansal Hizmetler altboyutundan aldığı puanların ortancası 18 (4-20), Çevre Dışlanması altboyutundan aldığı puanların ortancası 4 (4-16), Enformel Sosyal Destekten Yoksunluk altboyutundan aldığı puanların ortancası 10 (5-23) olarak bulundu **(Tablo 5).**

Katılımcıların Morisky İlaç Uyumu Ölçeği'nden aldığı toplam puanların ortancası 3 (0-6) olarak bulunurken; İlaç Uyum Motivasyonu altboyutundan aldıkları puanların ortancası 1 (0-3) ve İlaç Uyum Bilgi Düzeyi altboyutundan aldıkları puanların ortancası 2 (0-3) olarak hesaplandı **(Tablo 5).**

Tablo 5. Katılımcıların ölçekler ve altboyutlarından aldıkları skorların analizi

Parametreler	Ortanca (min-maks)
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği	
o Maddi Yoksunluk	17 (9-34)
o Ulaşım-Finansal	18 (4-20)
o Çevre Dışlanması	4 (4-16)
o Enformel Sosyal	10 (5-23)
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor	50 (24-88)
Morisky İlaç Uyumu Ölçeği	
o İlaç Uyum Motivasyonu	1 (0-3)
o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)
Morisky İlaç Uyumu Toplam Skor	3 (0-6)

Min:minimum, Maks:maksimum

Katılımcıların başvurdukları polikliniklere göre yaş ortancaları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kiminle birlikte yaşadıkları, ailelerinin düzenli gelir varlığı, kendisine ait düzenli gelir varlığı, kendine ait düzenli geliri olanların bu parayı nasıl harcadığı, ulaşım aracı varlığı, arkadaş varlığı ve ihtiyaçlarına yardımcı olan birinin varlığı açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olmadığı gözlendi ($p>0,05$) **(Tablo 6)**.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin başvurdukları polikliniklere göre oturduğu evin ısınma tipi incelendiğinde, geriatri polikliniğine başvuran bireylerde "soba ile ısınma" anlamlı olarak daha yüksek bulundu (**p=0,004**) **(Tablo 6)**.

Tablo 6. Katılımcıların başvurulan polikliniğe göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Parametreler		Sağlıklı YAŞAM Polikliniği n=115	Geriatri Polikliniği n=99	p değeri
		% (n)		
Yaş (yıl)	Ortanca (min-maks)	84 (80-96)	84 (80-98)	0,778*
Cinsiyet				
o Erkek		41,7 (48)	32,3 (32)	0.156**
o Kadın		58,3 (67)	67,7 (67)	
Medeni Durum				
o Evli		47,0 (54)	40,4 (40)	0,336**
o Bekar		53,0 (61)	59,6 (59)	
Eğitim Durumu				
o Okuryazar değil		37,4 (43)	41,4 (41)	0,548**
o Okuryazar		62,6 (72)	58,6 (58)	
Kiminle yaşıyorsunuz?				
o Yalnız veya eşiyle		68,7 (79)	57,6 (57)	0,092**
o Diğer		31,3 (36)	42,4 (42)	
Ailenizi düzenli geliri var mı?				
o Var		97,4 (112)	99,0 (98)	0,626***
o Yok		2,6 (3)	1,0 (1)	
Size ait düzenli gelir var mı?				
o Var		77,4 (89)	79,8 (79)	0,669**
o Yok		22,6 (26)	20,2 (20)	
Yukarıdaki soruya yanıtınız evet ise paranızı kim kullanıyor? Sağlıklı YAŞAM Poliklinik (n=89), Geriatri Poliklinik (n=79)				
o Kendisi		58,4 (52)	41,8 (33)	0,068**
o Eşi		5,6 (5)	3,8 (3)	
o Çocukları		34,8 (31)	54,4 (43)	
o Bakımevi		0,0 (0)	0,0 (0)	
o Bakıcı		1,1 (1)	0,0 (0)	

Oturduğunuz evin ısınma tipi nedir?			
○ Soba	4,3 (5)[a]	16,2 (16)[b]	**0,004****
○ Kalorifer	95,7 (110)[a]	83,8 (83)[b]	
Ulaşım aracı varlığı			
○ Var	9,6 (11)	11,1 (11)	0,710**
○ Yok	90,4 (104)	88,9 (88)	
Borç durumu			
○ Var	0,0 (0)	0,0 (0)	
○ Yok	100,0 (115)	100,0 (99)	
Arkadaş varlığı			
○ Var	44,3 (51)	50,5 (50)	0,368**
○ Yok	55,7 (64)	49,5 (49)	
İhtiyaçlarınıza yardımcı olan biri var mı?			
○ Çocuklar	93,0 (107)	96,0 (95)	0,355**
○ Diğer	7,0 (8)	4,0 (4)	

*Mann-Whitney test, **Ki-kare testi, ***Fisher's Exact testi, Min:minimum, Maks:maksimum, %:Frekans, Sağlıklı YAŞAM: Sağlıklı Yaş Alma Merkezi,
(a, b, c …) şeklinde harflendirme, post-hoc analiziyle yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen yaşlıların başvurdukları polikliniklere göre fiziksel bağımlılık düzeyi, yardımcı cihaz kullanımı, ruhsal hastalık varlığı, uyku problemi varlığı karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Yaşlıların düzenli kullandığı ilaç sayıları incelendiğinde başvurdukları polikliniğe göre anlamlı fark gözlenmedi (p>0,05) **(Tablo 7)**.

Katılımcıların başvurdukları polikliniklere göre kronik hastalık özgeçmişleri ele alındığında hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, malignite, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, nörolojik hastalık, hiperlipidemi ve diğer kronik hastalıklar açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (p<0,05). Prostat hastalığı öyküsü ise geriatri polikliniğe başvuran kişilerde, Sağlıklı YAŞAM polikliniğine başvuran kişilere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulundu (**p=0,002**) **(Tablo 7)**.

Her iki polikliniğe başvuran hastalar karşılaştırıldığında Sağlıklı YAŞAM polikliniğine başvuran hastaların ilaçlarını kendileri alma oranı anlamlı seviyede

yüksek bulundu (**p=0,001**). Çalışmaya katılan bireylerin sağlık kurumlarına başvuru sıklıkları karşılaştırıldığında, geriatri polikliniğine başvuran hastaların anlamlı seviyede daha sık sağlık kurumlarına başvurdukları gözlendi (**p=<0,001**). Her iki polikliniğe başvuran bireylerin en sık başvurdukları sağlık kurumlarına bakıldığında anlamlı fark bulundu (**p=<0,001**) **(Tablo 7)**.

Tablo 7. Katılımcıların başvurulan polikliniğe göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Parametreler	Sağlıklı YAŞAM Polikliniği n=115	Geriatri Polikliniği n=99	p değeri
	% (n)		
Fiziksel bağımlılık düzeyi			
o Tam-yarı bağımlı	47,8 (55)	57,6 (57)	0,154**
o Tam bağımsız	52,2 (60)	42,4 (42)	
Yardımcı cihaz kullanımı			
o En az 1 cihaz	80,0 (92)	70,7 (70)	0,114**
o Hiç	20,0 (23)	29,3 (29)	
Ruhsal hastalık varlığı			
o Evet	22,6 (26)	29,3 (29)	0,265**
o Hayır	77,4 (89)	70,7 (70)	
Uyku problemi			
o Evet	38,3 (44)	48,5 (48)	0,132**
o Hayır	61,7 (71)	51,5 (51)	
Düzenli kullanılan ilaç sayısı Ortanca (min-maks)	5 (0-13)	5 (1-12)	0,272*
Kronik hastalık öyküsü			
o Hipertansiyon	76,5 (88)	74,7 (74)	0,763**
o Diabetes mellitus	26,1 (30)	32,3 (32)	0,316**
o Koroner arter hastalığı	47,0 (54)	36,4 (36)	0,118**
o Malignite	6,1 (7)	9,1 (9)	0,405**
o Akciğer hastalığı	20,0 (23)	16,2 (16)	0,468**
o Tiroid hastalığı	8,7 (10)	13,1 (13)	0,296**
o Böbrek hastalığı	4,3 (5)	5,1 (5)	1,000***
o Nörolojik hastalık	28,7 (33)	26,3 (26)	0,691**

o Prostat hastalığı	25,0 (12)	59,4 (19)	**0,002****
o Hiperlipidemi	12,2 (14)	11,1 (11)	0,809**
o Diğer kronik hastalıklar	24,3 (28)	33,3 (33)	0,147**
İlaçlarınızı nasıl alırsınız?			
o Kendim	75,7 (87)	54,5 (54)	**0,001****
o Yardımlı	24,3 (28)	45,5 (45)	
Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı			
o Hafta-ayda birkaç kez	5,2 (6)	49,5 (49)	**<0,001****
o Yılda birkaç kez	94,8 (109)	50,5 (50)	
En sık başvurulan kurum tipi			
o Acil servis	0,9 (1)[a]	18,2 (18)[b]	**<0,001****
o Aile sağlığı merkezi	89,6 (103)[a]	44,4 (44)[b]	
o Hastane poliklinikleri	9,6 (11)[a]	37,4 (37)[b]	

*Mann-Whitney test, **Ki-kare testi, ***Fisher's Exact testi, Min:minimum, Maks:maksimum, %:Frekans, Sağlıklı YAŞAM: Sağlıklı Yaş Alma Merkezi,
(a, b, c …) şeklinde harflendirme, post-hoc analiziyle yapılmıştır.

Katılımcıların başvurdukları polikliniklere göre Morisky İlaç Uyum Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar analiz edildiğinde; "İlacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?", "İlacınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?", "Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?", "Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?" ve "Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?" sorularında benzer bulundu (p>0,05). Çalışmaya dahil edilen bireylerin "İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelenince Sağlıklı YAŞAM polikliniği hastalarının "Hayır" yanıtını verme oranı anlamlı olarak daha yüksek saptandı **(p<0,001) (Tablo 8).**

Tablo 8. Katılımcıların başvurulan polikliniğe göre Morisky İlaç Uyumu Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılması

Morisky İlaç Uyumu Ölçeği Soruları	Sağlıklı YAŞAM Polikliniği (n=115)		Geriatri Polikliniği (n=99)		p
	% (n)		% (n)		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
İlacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	69,6 (80)	30,4 (35)	73,7 (73)	26,3 (26)	0,500*
İlacınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	67,8 (78)	32,2 (37)	64,6 (64)	35,4 (35)	0,624*
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	33,9 (39)	66,1 (76)	24,2 (24)	75,8 (75)	0,122*
Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	33,9 (39)	66,1 (76)	28,3 (28)	71,7 (71)	0,376*
İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	8,7 (10)	91,3 (105)	42,4 (42)	57,6 (57)	**<0,001***
Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırpmayı unuttuğunuz oluyor mu?	62,6 (72)	37,4 (43)	52,5 (52)	47,5 (47)	0,136*

*Ki-kare testi, **Fisher's Exact test, %: Frekans, Sağlıklı YAŞAM: Sağlıklı Yaş Alma Merkezi

Çalışmaya dahil edilen bireylerin başvurdukları polikliniklere göre ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldı. Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği'nin altboyutlarından "Çevre Dışlanması" altboyutunda geriatri polikliğı hastalarında anlamlı daha yüksek bulundu **(p<0,001).** Maddi Yoksunluk, Ulaşım-Finansal Yoksunluk, Enformel Sosyal Yoksunluk ve ölçeğin toplamı olan Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skoru incelendiğinde her iki poliklinik arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 9)**.

Yaşlı bireylerin Morisky İlaç Uyum Ölçeği altboyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları skorlar, Sağlık YAŞAM polikliniği ve geriatri polikliniğine göre karşılaştırıldığında "İlaç Uyum Motivasyon" altboyutunda anlamlı fark saptanmazken (p>0,05), "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutu ve Morisky İlaç Uyum toplam puanı geriatri polikliniği hastalarında anlamlı yüksek saptandı **(p<0,001 ve p=0,036) (Tablo 9).**

Tablo 9. Katılımcıların başvurdukları polikliniğe göre ölçekler ve altboyutlarından aldıkları skorların karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Sağlıklı YAŞAM Polikliniği		Geriatri Poliklinik		p*
	Ortanca (min-maks)		Ortanca (min-maks)		
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği					
o Maddi Yoksunluk	17 (9-34)		17 (9-29)		0,216
o Ulaşım-Finansal	18 (4-20)		18 (5-20)		0,495
o Çevre Dışlanması	4 (4-12)		4 (4-16)		**<0,001**
o Enformel Sosyal	11 (5-23)		10 (5-20)		0,062
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor	51 (30-88)		50 (24-74)		0,559
	Ortanca (min-maks)	Ortalama ± SH	Ortanca (min-maks)	Ortalama ± SH	
Morisky İlaç Uyum Ölçeği					
o İlaç Uyum Motivasyonu	1 (0-3)		1 (0-3)		0,858
o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	1,41±0,085	2 (0-3)	1,64 ± 0,069	**<0,001**
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor	3 (0-6)	2,77±0,150	3 (0-6)	3,00±0,122	**0,036**

p*: Mann-Whitney Test, Min:minimum, Maks:maksimum, SH:standart hata, Sağlıklı YAŞAM: Sağlıklı Yaş Alma Merkezi

Katılımcıların cinsiyete göre fiziksel bağımlılık düzeyleri incelendiğinde, kadınların bağımlılık düzeyi anlamlı yüksek bulundu **(p=0,026).** Tüm katılımcılarda kronik hastalıklar özgeçmişlerine bakınca hipertansiyon kadınlarda anlamlı yüksek, böbrek hastalığı öyküsü erkeklerde anlamlı yüksek tespit edildi **(p=0,002 ve p=0,042).** Kadın ve erkeklerde; diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, malignite öyküsü, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, nörolojik hastalık, hiperlipidemi ve diğer kronik hastalıklar açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Çalışmaya dahil edilen kadın ve erkek bireylerde uyku problemi ve ruhsal hastalık varlığı açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 10)**.

Kadın ve erkek bireylerin ölçekler ve altboyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği'nin "Çevre Dışlanması" ve "Enformel Sosyal" altboyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Cinsiyete göre "Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skoru" ile altboyutlardan "Maddi Yoksunluk" ve "Ulaşım-Finansal" altboyutları ise kadınlarda anlamlı yüksek saptandı **(p<0,001, p=0,009 ve p<0,001) (Tablo 10).**

Çalışmada yer alan yaşlıların cinsiyete göre Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nden aldıkları puanlar analiz edildiğinde hem "İlaç Uyum Motivasyon" ve "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" hem de "Morisky İlaç Uyum Toplam Skor"larında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 10)**.

Tablo 10. Katılımcıların cinsiyete göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden alınan puanların analizi

Parametre (n=214)	**Erkek**	**Kadın**	**p**
	% (n)		
Fiziksel bağımlılık düzeyi			
o Tam-Yarı Bağımlı	42,5 (34)	58,2 (78)	**0,026***
o Tam Bağımsız	57,5 (46)	41,8 (56)	
Kronik hastalık öyküsü			
o Hipertansiyon öyküsü	63,7 (51)	82,8 (111)	**0,002***
o Diabetes mellitus öyküsü	23,8 (19)	32,1 (43)	0,193*
o Koroner arter hastalığı öyküsü	48,8 (39)	38,1 (51)	0,125*
o Malignite öyküsü	11,3 (9)	5,2 (7)	0,105*
o Akciğer hastalığı öyküsü	17,5 (14)	18,7 (25)	0,832*
o Tiroid hastalığı öyküsü	6,3 (5)	13,4 (18)	0,101*
o Böbrek hastalığı öyküsü	8,8 (7)	2,2 (3)	**0,042****
o Nörolojik hastalık öyküsü	31,3 (25)	25,4 (34)	0,352*
o Hiperlipidemi varlığı	10,0 (8)	12,7 (17)	0,554*
o Diğer kronik hastalıklar	23,8 (19)	31,3 (42)	0,234
Ruhsal hastalık varlığı	21,3 (17)	28,4 (38)	0,250*
Uyku problemi öyküsü	41,3 (33)	44,0 (59)	0,691*
	Ortanca (min-maks)		

YSDÖ Altboyutları	o Maddi Yoksunluk	16 (9-32)	18 (9-34)	**0,009*** **
	o Ulaşım-Finansal	16 (4-20)	18 (5-20)	**<0,001*** **
	o Çevre Dışlanması	4 (4-14)	4 (4-16)	0,919***
	o Enformel Sosyal	10 (5-21)	11 (5-23)	0,581***
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		47 (29-84)	51 (24-88)	**<0,001*** **
MİUÖ Altboyutları	o İlaç Uyum Motivasyonu	1 (0-3)	1 (0-3)	0,304***
	o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	0,719***
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	3 (0-6)	0,426***

*Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whıtney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği
(a, b, c …) şeklinde harflendirme post-hoc analiz ile yapılmıştır.

Okuryazar olan ve olmayan bireylerin; fiziksel bağımlılık düzeyi, ilaç alım şekilleri, sağlık kurumlarına başvuru sıklığı ve en sık başvurdukları sağlık kurumu karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların kronik hastalık öyküleri incelendiğinde koroner arter hastalığı okuryazar olanlarda; prostat hastalığı ise okuryazar olmayan bireylerde anlamlı yüksek saptandı **(p=0,018 ve p=0,050)**. Çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin; okuryazar olup olmamalarına göre hipertansiyon, diabetes mellitus, malignite, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, nörolojik hastalık, hiperlipidemi ve diğer kronik hastalıkların varlığı açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 11)**.

Bireylerin ruhsal sağlığı incelendiğinde, ruhsal hastalık öyüsü okuryazar bireylerde anlamlı düşük bulundu **(p=0,003)**. Hastaların eğitim durumuyla uyku problemi yaşamaları arasında ise anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 11)**.

Katılımcıların, Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği "Maddi Yoksunluk" ve "Ulaşım-Finansal" altboyutları ve ölçek genelinde aldığı toplam puanlarda, okuryazar olmayan bireylerin puanları anlamlı düşük saptandı **(p=0,006, p=0,001 ve p<0,001).** Ölçeğin "Çevre Dışlanması" ve "Enformel Sosyal" altboyutlarında ise eğitim düzeylerine göre kıyaslama yapıldığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 11)**.

Okuryazar olan ve olmayan katılımcıların Morisky İlaç Uyum Ölçeği "İlaç Uyum Motivasyonu" ve "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutlarından aldığı puanlar ve

toplam puanları karşılaştırıldığında, okuryazar olanlarınki anlamlı yüksek bulundu **(p=0,011, p=0,004 ve p=0,003) (Tablo 11)**.

Tablo 11. Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden alınan skorların analizi

Parametre (n=214)	Okuryazar değil	Okuryazar	p
	% (n)		
Fiziksel bağımlılık düzeyi			
o Tam-Yarı Bağımlı	57,1 (48)	49,2 (64)	0,258*
o Tam Bağımsız	42,9 (36)	50,8 (66)	
İlaçlarınızı nasıl alırsınız?			
o Kendim	61,9 (52)	68,5 (89)	0,323*
o Yardımlı	38,1 (32)	31,5 (41)	
Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı			
o Hafta-ayda birkaç kez	23,8 (20)	26,9 (35)	0,621*
o Yılda birkaç kez	76,2 (64)	73,1 (95)	
En sık başvurulan sağlık kurumu			
o Acil servis	11,9 (10)	6,9 (9)	0,199*
o Aile sağlığı merkezi	61,9 (52)	73,1 (95)	
o Hastane poliklinikleri	26,2 (22)	20,0 (26)	
Kronik hastalık öyküsü			
o Hipertansiyon	82,1 (69)	71,5 (93)	0,077*
o Diabetes mellitus	23,8 (20)	32,3 (42)	0,181*
o Koroner arter hastalığı	32,1 (27)	48,5 (63)	**0,018***
o Malignite	6,0 (5)	8,5 (11)	0,496*
o Akciğer hastalığı	23,8 (20)	14,6 (19)	0,089*
o Tiroid hastalığı	11,9 (10)	10,0 (13)	0,660*
o Böbrek hastalığı	3,6 (3)	5,4 (7)	0,743**
o Nörolojik hastalık	25,0 (21)	29,2 (38)	0,499*
o Prostat hastalığı	75,0 (6)	34,7 (25)	**0,050****
o Hiperlipidemi	14,3 (12)	10,0 (13)	0,341*
o Diğer kronik hastalıklar	31,0 (26)	26,9 (35)	0,524*

Ruhsal hastalık varlığı		36,9 (31)	18,5 (24)	**0,003***
Uyku problemi öyküsü		38,1 (32)	46,2 (60)	0,245*
		Ortanca (min-maks)	**Ortanca (min-maks)**	
YSDÖ Altboyutları	Maddi Yoksunluk	18 (10-34)	17 (9-29)	**0,006*** **
	Ulaşım-Finansal	18 (12-20)	18 (4-20)	**0,001*** **
	Çevre Dışlanması	4 (4-16)	4 (4-14)	0,269***
	Enformel Sosyal	11 (5-23)	10 (5-21)	0,294***
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		52 (38-88)	49 (24-74)	**<0,001*** **
MİUÖ Altboyutları	İlaç Uyum Motivasyonu	1 (0-3)	2 (0-3)	**0,011*** **
	İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	**0,004*** **
	Ortalama±SH	1,39 ± 0,110	1,79 ± 0,086	
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	3 (0-6)	**0,003*** **
	Ortalama±SH	2,52 ± 0,189)	3,32 ± 0,153	

%: Frekans, *Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whıtney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği

Katılımcılar fiziksel bağımlılık durumlarına göre karşılaştırıldığında, kadınların bağımlılık düzeyi anlamlı yüksek saptandı **(p=0,026)**. Tam-yarı bağımlı ve tam bağımsız bireyler incelendiğinde fiziksel bağımlılık düzeylerine göre eğitim durumları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Bireylerin fiziksel bağımlılık düzeylerine göre kıyaslama yapıldığında tam-yarı bağımlıların yardımcı cihaz kullanma oranları anlamlı yüksek saptandı **(p=0,001)**. Yaşlı bireylerin ruhsal hastalık ve uyku problemi varlığı fiziksel bağımlılık durumları göz önüne alınarak incelendiğinde anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların arkadaş sahibi olup olmamaları, fiziksel bağımlılık durumlarına göre değerlendirildiğinde tam bağımsız kişilerde anlamlı yüksek bulundu **(p=0,005) (Tablo 12)**.

Çalışmaya katılan yaşlı kişilerin düzenli kullandığı ilaç sayısı, fiziksel bağımlılık düzeylerine göre değerlendirildiğinde benzer bulundu (p>0,05). Katılımcıların kişilerin fiziksel bağımlılıklarına göre karşılaştırıldığında tam bağımsız bireylerde ilaçlarını kendi alanlar, tam-yarı bağımsızlarda ise yardımlı alan anlamlı

yüksek bulundu **(p=0,001)**. Ayrıca kişilerin sağlık kurumlarına başvuru sıklığı, tam-yarı bağımlı ve tam bağımsız bireyler olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05) **(Tablo 12)**.

Kronik hastalıklardan hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, malignite, akciğer hastalığı, prostat hastalığı, hiperlipidemi ve diğer kronik hastalık varlığı incelendiğinde fiziksel bağımlılık düzeylerine göre anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Nörolojik hastalık öyküsü varlığı ise tam-yarı bağımlı bireylerde anlamlı yüksek saptandı **(p=0,005) (Tablo 12)**.

Çalışmaya dahil olan kişilerin Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği'nden aldığı toplam puan, "Maddi Yoksunluk", "Ulaşım-Finansal" ve "Enformel Sosyal" altboyutlarından aldığı puanlar, kişilerin fiziksel bağımlılık durumlarıyla karşılaştırıldığında tam-yarı bağımlı bireylerde anlamlı yüksek bulundu **(p<0,001, p=0,001, p=<0,001 ve p=0,006)**. "Çevre Dışlanması" altboyutundan bireylerin elde ettiği puanlar ile fiziksel bağımlılık durumları karşılaştırıldığında ise anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 12)**.

Katılımcıların Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nden aldığı puanlardan, "İlaç Uyum Motivasyon" altboyutu puanları ve toplam puanları, bireylerin fiziksel bağımlılık durumlarına göre karşılaştırıldığında tam bağımsız bireylerde anlamlı yüksek bulundu **(p<0,001 ve p=0,002)**. "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutundan elde edilen puanlar ise tam-yarı bağımlı ve tam bağımsız bireyler için kıyaslandığında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 12)**.

Tablo 12. Katılımcıların fiziksel bağımlılık durumlarına göre bazı sosyodemografik özelliklerin ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi

Parametre (n=214)	Tam-Yarı Bağımlı	Tam Bağımsız	p
	% (n)		
Cinsiyet			
o Erkek	30,4 (34)	45,1 (46)	**0,026***
o Kadın	69,6 (78)	54,9 (56)	
Eğitim durumu			
o Okuryazar değil	42,9 (48)	35,3 (36)	0,258*
o Okuryazar	57,1 (64)	64,7 (66)	
Yardımcı cihaz kullanımı			
o En az 1	84,8 (95)	65,7 (67)	**0,001***
o Hiç	15,2 (17)	34,3 (35)	
Ruhsal hastalık varlığı	30,4 (34)	20,6 (21)	0,102*
Uyku problemi varlığı	49,1 (55)	36,3 (37)	0,058*
Arkadaş mevcudiyeti	39,3 (44)	55,9 (57)	**0,015***
Düzenli kullandığı ilaç sayısı			
o ≤5 adet ilaç	58,9 (66)	67,6 (69)	0,187*
o >5 adet ilaç	41,1 (46)	32,4 (33)	
İlaçlarını nasıl aldığı			
o Kendisi	46,4 (52)	87,3 (89)	**<0,001***
o Yardımlı	53,6 (60)	12,7 (13)	
Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı			
o Hafta-ayda birkaç kez	27,7 (31)	23,5 (24)	0,488*
o Yılda birkaç kez	72,3 (81)	76,5 (78)	
Kronik hastalık öyküsü			
o Hipertansiyon	75,9 (85)	75,5 (77)	0,948*
o Diabetes mellitus	30,4 (34)	27,5 (28)	0,640*
o Koroner arter hastalığı	45,5 (51)	38,2 (39)	0,280*
o Malignite	4,5 (5)	10,8 (11)	0,079*
o Akciğer hastalığı	15,2 (17)	21,6 (22)	0,227*

	o Tiroid hastalığı	9,8 (11)	11,8 (12)	0,647*
	o Böbrek hastalığı	5,4 (6)	3,9 (4)	0,751**
	o Nörolojik hastalık	35,7 (40)	18,6 (19)	**0,005***
	o Prostat hastalığı	47,1 (16)	32,6 (15)	0,190*
	o Hiperlipidemi	8,9 (10)	14,7 (15)	0,189*
	o Diğer kronik hastalıklar	25 (28)	32,4 (33)	0,234*
		Ortanca (min-maks)		
YSDÖ Altboyutları	o Maddi Yoksunluk	18 (10-32)	16 (9-34)	**0,001*** **
	o Ulaşım-Finansal	20 (5-20)	16 (4-20)	**<0,001*** **
	o Çevre Dışlanması	4 (4-16)	4 (4-14)	0,842***
	o Enformel Sosyal	12 (5-22)	10 (5-23)	**0,006*** **
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		53 (32-84)	46 (24-88)	**<0,001*** **
MİUÖ Altboyutları	o İlaç Uyum Motivasyonu	1 (0-3)	2 (0-3)	**<0,001*** **
	o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	0,399***
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	3 (0-6)	**0,002*** **
	Ortalama (SH)	2,65 (0,160)	3,39 (0,177)	

*Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whıtney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği
(a, b, c …) şeklinde harflendirme post-hoc analiz ile yapılmıştır.

Çalışmaya katılanlarda beraber yaşadıkları kişilere göre kıyaslama yapınca, çocukları veya akrabasıyla birlikte yaşamak, kadınlarda anlamlı yüksek bulundu (**p<0,001**). Okuryazarlık, yalnız veya eşiyle birlikte yaşayan bireylerde anlamlı yüksek bulundu **(p<0,001)**. Çalışma dahilindeki yaşlı kişilerde; birlikte yaşadıkları kimseler göz önüne alındığında yardımcı cihaz kullanımı konusunda anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Yalnız veya eşiyle birlikte yaşayanlar bireylerde, çalışmadaki diğer bireylerle kıyaslandığında ruhsal hastalık varlığı anlamlı düşük iken, uyku problemi varlığı açısından anlamlı fark bulunmadı (**p=0,004** ve p>0,05). Yalnız veya eşiyle birlikte yaşayanlarda ilaçlarını kendisi alan bireyler anlamlı yüksek bulundu. **(p<0,001)**. Çalışmada yer alan bireyler birlikte yaşama durumlarına göre sağlık kurumlarına başvuru sıklığı kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 13)**.

Prostat hastalığı öyküsü her iki grupta benzer bulunurken, yalnız veya eşiyle birlikte yaşayanlarda nörolojik hastalık öyküsü anlamlı yüksek saptandı **(**p>0,05 **ve p=0,017)**. Katılımcılarda hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, malignite, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, hiperlipidemi ve diğer kronik hastalıkların varlığı ise bireylerin beraber yaşadığı kimselere göre incelendiğinde anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 13)**.

Bireylerin YSDÖ'den ve altboyutlarından aldıkları puanlardan; "Maddi Yoksunluk", "Ulaşım-Finansal" altboyutları ve YSDÖ toplam puanı, çalışmaya dahil olan kişilerin birlikte yaşadığı kimselere göre karşılaştırılınca yalnız veya eşiyle birlikte yaşayanlarda anlamlı düşük saptandı **(p<0,001, p<0,001 ve p<0,001)**. "Çevre Dışlanması" ve "Enformel Sosyal" altboyutlarından alınan puanlar ise bireylerin beraber yaşadığı kimseye göre kıyaslanınca anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 13)**.

Çalışmaya katılan kişilerin MİUÖ'den ve altboyutlarından aldıkları puanlardan; "İlaç Uyum Motivasyonu" puanı, çalışmaya dahil olan kişilerin birlikte yaşadığı kimselere göre karşılaştırılınca yalnız veya eşiyle birlikte yaşayanlarda anlamlı yüksek saptandı **(p=0,005)**. "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyut ve MİUÖ toplam puanı, çalışmaya dahil olan kişilerin birlikte yaşadığı kimselere göre karşılaştırılınca anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 13)**.

Tablo 13. Katılımcıların beraber yaşadığı kimselere göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi

Parametre (n=214)	Yalnız veya Eşiyle Birlikte Yaşayanlar	Diğer	p
	% (n)		
Cinsiyet			
o Erkek	48,5 (66)	17,9 (14)	**<0,001***
o Kadın	51,5 (70)	82,1 (64)	
Eğitim durumu			
o Okuryazar değil	29,4 (40)	56,4 (44)	**<0,001***
o Okuryazar	70,6 (96)	43,6 (34)	
Yardımcı cihaz kullanımı			
o En az 1	74,3 (101)	78,2 (61)	0,518*
o Hiç	25,7 (35)	21,8 (17)	
Ruhsal hastalık varlığı	19,1 (26)	37,2 (29)	**0,004***
Uyku problemi varlığı	41,2 (56)	46,2 (36)	0,479*
Arkadaş mevcudiyeti	51,5 (70)	39,7 (31)	0,098*
İlaçlarını nasıl aldığı			
o Kendisi	77,2 (105)	46,2 (36)	**<0,001***
o Yardımlı	22,8 (31)	53,8 (42)	
Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı			
o Hafta-ayda birkaç kez	27,2 (37)	23,1 (18)	0,506*
o Yılda birkaç kez	72,8 (99)	76,9 (60)	
Kronik hastalık öyküsü			
o Hipertansiyon	76,5 (104)	74,4 (58)	0,729*
o Diabetes mellitus	28,7 (39)	29,5 (23)	0,900*
o Koroner arter hastalığı	44,9 (61)	37,2 (29)	0,274*
o Malignite	9,6 (13)	3,8 (3)	0,126*
o Akciğer hastalığı	17,6 (24)	19,2 (15)	0,773*
o Tiroid hastalığı	8,8 (12)	14,1 (11)	0,230*
o Böbrek hastalığı	5,1 (7)	3,8 (3)	0,750**

	o Nörolojik hastalık	22,1 (30)	37,2 (29)	**0,017***
	o Prostat hastalığı	37,9 (25)	42,9 (6)	0,728*
	o Hiperlipidemi	11,8 (16)	11,5 (9)	0,960*
	o Diğer kronik hastalıklar	29,4 (40)	26,9 (21)	0,698*
		Ortanca (min-maks)		
YSDÖ Altboyutları	o Maddi Yoksunluk	16 (9-34)	18,5 (11-29)	**<0,001*** **
	o Ulaşım-Finansal	17 (4-20)	20 (12-20)	**<0,001*** **
	o Çevre Dışlanması	4 (4-14)	4 (4-16)	0,944***
	o Enformel Sosyal	10 (5-23)	11 (5-16)	0,196***
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		48 (24-88)	53 (39-72)	**<0,001*** **
MİUÖ Altboyutları	o İlaç Uyum Motivasyonu	2 (0-3)	1 (0-3)	**0,005*** **
	o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	0,424***
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	3 (0-6)	0,187***

*Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whıtney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği

Çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin, arkadaşı olanlar ve olmayanlar kıyaslandığında; arkadaşı olmayan bireylerde tam-yarı bağımlılık oranı anlamlı yüksek saptandı **(p=0,015)**. Bireylerin; bireysel gelir varlığı, sıkıntı-üzüntülerini paylaşabilme durumları, ruhsal hastalık ve uyku problemi varlığı ise arkadaşı olanlar ve olmayanlar arasında kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 14)**.

Katılımcıların YSDÖ'nün "Çevre Dışlanması" altboyutundan aldığı puanlar, bireylerin arkadaş sahibi olup olmamalarına göre kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). YSDÖ'nün "Maddi Yoksunluk", "Ulaşım-Finansal", "Enformel Sosyal" altboyutları ve ölçek toplam skorları, katılımcıların arkadaş varlığına göre karşılaştırıldığında arkadaşı olmayaların anlamlı yüksek olarak saptandı **(p=0,005, p=0,001, p<0,001 ve p<0,001) (Tablo 14).**

Çalışmaya dahil edilen yaşlıların MİUÖ'nün "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutundan aldığı puanlar, kişilerin arkadaş sahibi olup olmamalarına göre kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). MİUÖ'nün "İlaç Uyum Motivasyonu" altboyutu ve ölçek toplam puanları, katılımcıların arkadaş varlığına

göre karşılaştırıldığında arkadaşı olanların anlamlı yüksek saptandı **(p=0,003 ve p=0,022) (Tablo 14).**

Tablo 14. Katılımcıların arkadaş sahibi olup olmamasına göre bazı sosyodemografik faktörlerin ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi

Parametre (n=214)		Arkadaşı olanlar	Arkadaşı olmayanlar	p
		% (n)		
Fiziksel bağımlılık düzeyi				
o Tam-Yarı Bağımlı		43,6 (44)	60,2 (68)	**0,015***
o Tam Bağımsız		56,4 (57)	39,8 (45)	
Size ait düzenli gelir var mı?		82,2 (83)	75,2 (85)	0,216*
Sıkıntılarınızı, üzüntülerinizi paylaşabileceğiniz kimse var mı?		98,0 (99)	97,3 (110)	1,000**
Ruhsal hastalık varlığı		23,8 (24)	27,4 (31)	0,540*
Uyku problemi öyküsü		38,6 (39)	46,9 (53)	0,221*
		Ortanca (min-maks)		
YSDÖ Altboyutları	o Maddi Yoksunluk	17 (9-26)	18 (9-34)	**0,005*****
	o Ulaşım-Finansal	18 (5-20)	19 (4-20)	**0,001*****
	o Çevre Dışlanması	4 (4-16)	4 (4-16)	0,238***
	o Enformel Sosyal	8 (5-13)	13 (8-23)	**<0,001*****
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		46 (24-72)	54 (30-88)	**<0,001*****
MİUÖ Altboyutları	o İlaç Uyum Motivasyonu	2 (0-3)	1 (0-3)	**0,003*****
	o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	0,499***
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	3 (0-6)	**0,022*****
	Ortalama (SH)	3,30 (0,178)	2,74 (1,63)	

*Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whıtney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği
(a, b, c …) şeklinde harflendirme post-hoc analiz ile yapılmıştır.

Katılımcılar ilaç alma şekillerine göre karşılaştırıldığında hem cinsiyet hem de eğitim durumlarına göre anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Bireylerin arkadaş sahibi olma durumları, bireylerin ilaç alım şekillerine değerlendirildiğinde ilaçlarını kendi alanların arkadaş sahibi olma oranı anlamlı yüksek olarak tespit edildi **(p=0,015)**.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin fiziksel bağımlılık durumları, ilaçlarını kendisi veya yardımlı almalarına göre analiz edilince anlamlı fark bulundu **(p<0,001)**. Bireylerin yardımcı cihaz kullanımları, ilaç alma şekillerine göre kıyaslanınca anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 15)**.

Çalışmadaki yaşlı kişilerin hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, malignite, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, prostat hastalığı hiperlipidemi ve diğer kronik hastalıkların varlığı açısından, ilaç alım şekillerine göre karşılaştırınca anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Nörolojik hastalık öyküsü, ilaçlarını yardımlı şekilde alanlarda anlamlı yüksek bulundu **(p<0,001) (Tablo 15)**.

Katılımcıların YSDÖ'nün "Çevre Dışlanması" ve "Enformel Sosyal" altboyutlarından aldığı puanlar, bireylerin ilaç alım şekillerine göre kıyaslandığında benzer bulundu (p>0,05). YSDÖ'nün "Maddi Yoksunluk", "Ulaşım-Finansal" altboyutları ve ölçek toplam skorları, ilaçlarını başkalarının yardımıyla alan bireylerde anlamlı yüksek saptandı **(p=0,001, p<0,001 ve p<0,001) (Tablo 15).**

Çalışmaya dahil edilen yaşlıların MİUÖ'nün "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutundan aldığı puanlar, kişilerin ilaç alım şekline göre kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). MİUÖ'nün "İlaç Uyum Motivasyonu" altboyutu ve ölçek toplam skorları, katılımcıların ilaçlarını yardımlı veya yardımsız alımına göre karşılaştırıldığında ilaçlarını kendisi alanlarda anlamlı yüksek olarak saptandı **(p<0,001 ve p<0,001) (Tablo 15).**

Tablo 15. Katılımcıların ilaçlarını alma şekline göre bazı sosyodemografik faktörlerin ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi

Parametre (n=214)		Kendisi	Yardımlı	p
		% (n)		
Cinsiyet				
	o Erkek	37,6 (53)	37,0 (27)	0,931*
	o Kadın	62,4 (88)	63,0 (46)	
Eğitim durumu				
	o Okuryazar değil	36,9 (52)	43,8 (32)	0,323*
	o Okuryazar	63,1 (89)	56,2 (41)	
Arkadaş mevcudiyeti		53,2 (75)	35,6 (26)	**0,015***
Fiziksel bağımlılık düzeyi				
	o Tam-Yarı Bağımlı	36,9 (52)	82,2 (60)	**<0,001***
	o Tam Bağımsız	63,1 (89)	17,8 (13)	
Yardımcı cihaz kullanımı				
	o En az 1 cihaz	77,3 (109)	72,6 (53)	0,447*
	o Hiç	22,7 (32)	27,4 (20)	
Kronik hastalık öyküsü				
	o Hipertansiyon	75,9 (107)	75,3 (55)	0,930*
	o Diabetes mellitus	28,4 (40)	30,1 (22)	0,787*
	o Koroner arter hastalığı	39,7 (56)	46,6 (34)	0,335*
	o Malignite	8,5 (12)	5,5 (4)	0,424*
	o Akciğer hastalığı	19,1 (27)	16,4 (12)	0,626*
	o Tiroid hastalığı	13,5 (19)	5,5 (4)	0,073*
	o Böbrek hastalığı	3,5 (5)	6,8 (5)	0,315**
	o Nörolojik hastalık	17 (24)	47,9 (35)	**<0,001***
	o Prostat hastalığı	32,1 (17)	51,9 (14)	0,086*
	o Hiperlipidemi	12,8 (18)	9,6 (7)	0,493*
	o Diğer kronik hastalıklar	32,6 (46)	20,5 (15)	0,064*
		Ortanca (min-maks)		
YSDÖ	o Maddi Yoksunluk	16 (9-34)	19 (10-32)	**0,001*****

Altboyutları	○ Ulaşım-Finansal	17 (4-20)	20 (8-20)	**<0,001*** **
	○ Çevre Dışlanması	4 (4-16)	4 (4-16)	0,691***
	○ Enformel Sosyal	10 (5-23)	12 (5-21)	0,087***
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		48 (24-88)	54 (29-84)	**<0,001*** **
MİUÖ Altboyutları	○ İlaç Uyum Motivasyonu	2 (0-3)	0 (0-3)	**<0,001*** **
	○ İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	0,162***
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	2 (0-6)	**<0,001*** **

*Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whıtney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği
(a, b, c …) şeklinde harflendirme post-hoc analiz ile yapılmıştır.

Düzenli kullandığı ilaç sayısı ≤5 ve >5 olan katılımcılar karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, bireyin kimle yaşadığı ve eğitim durumuna göre anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Katılımcılardan düzenli kullandığı ilaç sayısı ≤5 ve >5 olanlar kıyaslandığında; yardımcı cihaz kullanımı ve ruhsal hastalık varlığı >5 ilaç kullananlarda, arkadaş sahibi olma durumu ise ≤5 ilaç kullananlarda anlamlı yüksek bulundu **(p=0,041, p=0,013 ve p=0,008).** Bireylerin düzenli kullandığı ilaç sayıları incelendiğinde; uyku problemi varlığı, ilaçlarını nasıl aldığı ve sağlık kurumlarına başvuru sıklığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 16)**.

Katılımcılarda; hipertansiyon, koroner arter hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, nörolojik hastalık varlığı, prostat hastalığı >5 ilaç kullanan bireylerde anlamlı yüksek bulundu **(p=0,001, p<0,001, p=0,039, p=0,041, p=0,049 ve p=0,038).** Düzenli kullandığı ilaç sayısı ≤5 ve >5 olan bireyler kıyaslanınca diabetes mellitus, malignite, akciğer hastalığı, hiperlipidemi ve diğer kronik hastalık yönünden anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) **(Tablo 16)**.

Katılımcıların YSDÖ'nün "Maddi Yoksunluk", "Ulaşım-Finansal" ve "Enformel Sosyal" altboyutlarından ve ölçek toplamından elde ettiği skorlar, bireylerin düzenli kullandığı ilaç sayılarına göre kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). YSDÖ'nün "Çevre Dışlanması" altboyutundan alınan puanlar, katılımcıların düzenli kullandığı ilaç sayısına göre karşılaştırıldığında ≤5 ilaç kullananlarda anlamlı yüksek saptandı **(p=0,022) (Tablo 16).**

Çalışmaya dahil edilen yaşlıların MİUÖ'nün altboyutlarından ve ölçek toplamından aldığı puanlar, kişilerin düzenli kullandığı ilaç sayısına göre kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) **(Tablo 16)**.

Tablo 16. Katılımcıların düzenli kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden aldıkları puanların analizi

Parametre (n=214)	≤5 Adet İlaç	>5 Adet İlaç	p
	% (n)		
Cinsiyet			
o Erkek	37,0 (50)	38,0 (30)	0,891*
o Kadın	63,0 (85)	62,0 (49)	
Medeni durum			
o Evli	43,7 (59)	44,3 (35)	0,932*
o Bekar	56,3 (76)	55,7 (44)	
Kimle yaşıyor			
o Yalnız veya eşiyle	61,5 (83)	67,1 (53)	0,411*
o Diğer	38,5 (52)	32,9 (26)	
Eğitim durumu			
o Okuryazar değil	39,3 (53)	39,2 (31)	0,998*
o Okuryazar	60,7 (82)	60,8 (48)	
Yardımcı cihaz kullanımı			
o En az 1	48,9 (66)	58,2 (46)	**0,041***
o Hiç	51,1 (69)	41,8 (33)	
Ruhsal hastalık varlığı	20 (27)	35,4 (28)	**0,013***
Uyku problemi varlığı	41,5 (56)	45,6 (36)	0,560*
Arkadaş mevcudiyeti	54,1 (73)	35,4 (28)	**0,008***
İlaçlarını nasıl aldığı			
o Kendisi	69,6 (94)	59,5 (47)	0,131*
o Yardımlı	30,4 (41)	40,5 (32)	
Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı			0,284*
o Hafta-ayda birkaç kez	28,1 (38)	21,5 (17)	

	o Yılda birkaç kez	71,9 (97)	78,5 (62)	
Kronik hastalık öyküsü				
	o Hipertansiyon	68,1 (92)	88,6 (70)	**0,001***
	o Diabetes mellitus	25,2 (34)	35,4 (28)	0,110*
	o Koroner arter hastalığı	32,6 (44)	58,2 (46)	**<0,001***
	o Malignite	8,1 (11)	6,3 (5)	0,625*
	o Akciğer hastalığı	14,8 (20)	24,1 (19)	0,091*
	o Tiroid hastalığı	7,4 (10)	16,5 (13)	**0,039***
	o Böbrek hastalığı	2,2 (3)	8,9 (7)	**0,041****
	o Nörolojik hastalık	23 (31)	35,4 (28)	**0,049***
	o Prostat hastalığı	32,1 (17)	51,9 (14)	**0,038***
	o Hiperlipidemi	11,1 (15)	12,7 (10)	0,734*
	o Diğer kronik hastalıklar	31,1 (42)	24,1 (19)	0,270*
		Ortanca (min-maks)		
YSDÖ Altboyutları	o Maddi Yoksunluk	17 (9-34)	17 (9-25)	0,934***
	o Ulaşım-Finansal	18 (5-20)	18 (4-20)	0,122***
	o Çevre Dışlanması	4 (4-16)	4 (4-12)	**0,022*****
	o Enformel Sosyal	10 (5-23)	12 (5-22)	0,069***
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor		50 (24-88)	51 (29-71)	0,261***
MİUÖ Altboyutları	o İlaç Uyum Motivasyonu	1 (0-3)	1 (0-3)	0,393***
	o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	2 (0-3)	2 (0-3)	0,116***
Morisky İlaç Uyum Toplam Skor		3 (0-6)	3 (0-6)	0,164***

*Ki-kare testi, **Fischer's Exact test, ***Mann-Whitney U test, YSDÖ: Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği, MİUÖ: Morisky İlaç Uyumu Ölçeği
(a, b, c …) şeklinde harflendirme post-hoc analiz ile yapılmıştır.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ve ölçeklerden elde ettikleri skorların korelasyon analizi yapıldı. Buna göre yaş ile YSDÖ "Maddi Yoksunluk", "Ulaşım ve Finansal Hizmetler" altboyutları ve toplam skor arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulundu (r=0,182 **p=0,008**; r=0,210 **p=0,002**; r=0,242 **p<0,001**). Bireylerin düzenli kullandığı ilaç sayısı ve YSDÖ "Çevre Dışlanması" altboyutu arasında zayıf seviyede negatif korelasyon saptandı (r=-0,203 **p=0,003**) **(Tablo 17)**.

"Maddi Yoksunluk" altboyutu; "Ulaşım ve Finansal Hizmetler" altboyutuyla zayıf pozitif korele iken, "Enformel Sosyal Destekten Yoksunluk" altboyutuyla orta derecede pozitif korele, YSDÖ toplam skoruyla ise çok güçlü derecede pozitif korele bulundu (r=0,251 **p<0,001**; r=0,337 **p<0,001;** r=0,775 **p<0,001**). "Maddi Yoksunluk" altboyutu; MİUÖ "İlaç Uyum Motivasyon", "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutları ve ölçek toplam skoruyla zayıf seviyede negatif korele tespit edildi (r=-0,277 **p<0,001**; r=-0,155 **p=0,023**; r=-0,243 **p<0,001**). "Ulaşım ve Finansal Hizmetler" altboyutu; "Enformel Sosyal Destekten Yoksunluk" altboyutu ve YSDÖ toplam skoru ile sırasıyla zayıf ve güçlü derecede pozitif korele bulundu (r=0,221 **p=0,001** ve r=0,586 **p<0,001**). "Ulaşım ve Finansal Hizmetler" altboyutu; MİUÖ "İlaç Uyum Motivasyon", "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutları ve MİUÖ toplam skoruyla sırasıyla orta, zayıf ve orta derecede negatif korele saptandı (r=-0,355 **p<0,001**; r=-0,193 **p=0,005**; r=-0,317 **p<0,001**). "Çevre Dışlanması" altboyutu ile "Enformel Sosyal Destekten Yoksunluk" altboyutu ve YSDÖ toplam skoru arasında sırasıyla zayıf ve güçlü derecede pozitif korelasyon bulundu (r=0,164 **p=0,016**; r=0,246 **p<0,001**). "Enformel Sosyal Destekten Yoksunluk" altboyutu ile YSDÖ toplam skoru arasında güçlü pozitif korelasyon tespit edildi (r=0,669 **p<0,001**). YSDÖ toplam skoru ile MİUÖ "İlaç Uyum Motivasyon", "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutları ve MİUÖ toplam skoruyla sırasıyla orta, zayıf ve orta derecede negatif korele bulundu (r=-0,396 **p<0,001**; r=-0,142 **p=0,038**; r=-0,318 **p<0,001**) **(Tablo 17)**.

MİUÖ "İlaç Uyum Motivasyon" altboyutuyla "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutu ve MİUÖ toplam puanı arasında sırasıyla orta ve çok güçlü seviyede pozitif korelasyon bulundu (r=0,430 **p<0,001** ve r=0,866 **p<0,001**). MİUÖ "İlaç Uyum Bilgi Düzeyi" altboyutuyla MİUÖ toplam puanı arasında çok güçlü derecede pozitif korelasyon saptandı (r=0,815 **p<0,001**) (**Tablo 17**).

Tablo 17. Bazı sosyodemografik özellikler ve ölçeklerden elde edilen skorların korelasyon analizi

n=214			Yaş	İlaç sayısı	Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Altboyutları				Yaşlılarda sosyal dışlanma toplam skor	İlaç Uyumu Altboyutları		Morisky İlaç Uyumu toplam skor
					Maddi yoksunluk	Ulaşım ve finansal hizmetler	Çevre dışlanması	Enformel sosyal destekten yoksunluk		İlaç uyum motivasyon	İlaç uyum bilgi	
Yaş		r	1									
		p	.									
İlaç sayısı		r	-0,081	1								
		p	0,239	.								
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Altboyutları	Maddi yoksunluk	r	0,182	-0,011	1							
		p	**0,008**	0,875	.							
	Ulaşım ve finansal hizmetler	r	0,210	0,091	0,251	1						
		p	**0,002**	0,187	**<0,001**	.						
	Çevre dışlanması	r	0,110	-0,203	0,119	-0,088	1					
		p	0,108	**0,003**	0,083	0,201	.					
	Enformel sosyal destekten yoksunluk	r	0,024	0,049	0,337	0,221	0,164	1				
		p	0,732	0,472	**<0,001**	**0,001**	**0,016**	.				
Yaşlılarda sosyal dışlanma toplam skor		r	0,242	0,032	0,775	0,586	0,246	0,669	1			
		p	**<0,001**	0,645	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	.			
İlaç Uyumu Altboyutları	İlaç uyum motivasyon	r	-0,098	-0,026	-0,277	-0,355	0,021	-0,290	-0,396	1		
		p	0,152	0,701	**<0,001**	**<0,001**	0,765	**<0,001**	**<0,001**	.		
	İlaç uyum bilgi düzeyi	r	-0,007	-0,114	-0,155	-0,193	0,069	-0,110	-0,142	0,430	1	
		p	0,915	0,097	**0,023**	**0,005**	0,313	0,109	**0,038**	**<0,001**	.	
Morisky İlaç Uyumu toplam skor		r	-0,060	-0,073	-0,243	-0,317	0,045	-0,245	-0,318	0,866	0,815	1
		p	0,382	0,287	**<0,001**	**<0,001**	0,514	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	.

p*:Spearman Korelasyon Testi, r:Spearman Korelasyon katsayısı

Çalışmada kullanılan ölçekler için Cronbach's Alpha katsayıları analiz edildiğinde YSDÖ'nün tamamı için 0,833 olarak hesaplanırken altboyutları için ise en düşük 0,686, en yüksek 0,900 bulundu. MİUÖ'nün tamamı için Cronbach's Alpha katsayısı 0,713 ve altboyutları için 0,591 ile 0,671 şeklinde saptandı **(Tablo 18)**.

Tablo 18. Ölçekler ve altboyutlarının Cronbach's Alpha değerleri

Ölçek	Cronbach's Alpha Katsayısı	Soru numarası
Yaşlılarda Sosyal Dışlanma (Toplam)	0,833	
o Maddi Yoksunluk	0,824	1, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 16
o Ulaşım-Finansal	0,754	6, 13, 21, 22
o Çevre Dışlanması	0,900	3, 10, 18, 22
o Enformel Sosyal	0,686	2, 8, 15, 17, 19
Morisky İlaç Uyumu (Toplam)	0,713	
o İlaç Uyum Motivasyonu	0,671	1, 2, 6
o İlaç Uyum Bilgi Düzeyi	0,597	3, 4, 5

Univariate analizlerde Sosyal Dışlanma Toplam Skoruyla korelasyonu $p<0,05$ olan parametreler, multiple analiz için eklendi. Backward metodu kullanıldı. 10 step görüldü. 10. stepte $p<0,05$ olan parametreler tabloda sunuldu **(Tablo 19)**. Bireyin arkadaşının olması, sosyal dışlanma puanını 7,689 birim azaltmaktadır. Bireyin eğitim durumundaki her kademe artışı, sosyal dışlanma puanın 3,301 birim azaltmaktadır. Fiziksel bağımlılık düzeyindeki; tam bağımlı bireylerden tam bağımsız bireylere doğru gidildikçe her seviyede, sosyal dışlanma puanı 3,364 birim azalmaktadır. Katılımcıların ilaç uyum toplam skorunun bir birim artışı, sosyal dışlanma toplam puanını 0,744 birim azaltmaktadır.

Tablo 19. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 1)

Parametreler	Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor – Model 1				
	β	(%95 CI)		t	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Yaş	0,230	-0,028	0,488	1,763	0,080
Cinsiyet	2,051	-0,179	4,281	1,816	0,071
Arkadaşınız var mı?	7,689	5,606	9,772	7,289	**<0,001**
Eğitim durumu	-3,301	-4,730	-1,872	-4,561	**<0,001**
Fiziksel bağımlılık düzeyi	-3,364	-5,151	-1,577	-3,717	**<0,001**
İlaç Uyumu Toplam Skoru	-0,744	-1,318	-0,170	-2,560	**0,011**

p: Lineer regresyon analizi, β: Regresyon katsayısı, CI: Güvenirlik aralığı, t: Serbestlik derecesi

"Yaş" ve "İlaç Uyumu Toplam Skoru" parametreleri arasında korelasyon düzeyi yüksek olduğundan, "Yaş" parametresi modelden çıkarılarak analiz yeniden yapıldı. 11 step görüldü. 11. stepte p<0,05 olan parametreler tabloda sunuldu **(Tablo 20)**. Bireyin arkadaşının olması, sosyal dışlanma puanını 7,307 birim azaltmaktadır. . Bireyin eğitim durumundaki her kademe artışı, sosyal dışlanma puanın 3,987 birim azaltmaktadır. Fiziksel bağımlılık düzeyindeki; tam bağımlı bireylerden tam bağımsız bireylere doğru gidildikçe her seviyede, sosyal dışlanma puanı 3,792 birim azalmaktadır. Katılımcıların ilaç uyum toplam skorunun bir birim artışı, sosyal dışlanma toplam puanını 0,696 birim azaltmaktadır.

Tablo 20. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 2)

Parametreler	Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor – Model 2				
	β	(%95 CI)		t	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Arkadaşınız var mı?	7,307	5,224	9,391	6,925	**<0,001**
Eğitim durumu	-3,987	-5,301	-2,674	-5,993	**<0,001**
Fiziksel bağımlılık düzeyi	-3,792	-5,565	-2,019	-4,223	**<0,001**
İlaç Uyumu Toplam Skoru	-0,696	-1,275	-0,117	-2,373	**0,019**

p: Lineer regresyon analizi, β: Regresyon katsayısı, CI: Güvenirlik aralığı, t: Serbestlik derecesi

2. modelde yüksek korelasyon düzeyi nedeniyle çıkarılan "Yaş" parametresi modelde yerine geri koyulup, "İlaç Uyumu Toplam Skoru" modelden çıkarılarak analiz yeniden yapıldı. 12 step görüldü. 12. stepte p<0,05 olan parametreler tabloda sunuldu **(Tablo 21)**. Bireyin arkadaşının olması, sosyal dışlanma puanını 7,632 birim azaltmaktadır. . Bireyin eğitim durumundaki her kademe artışı, sosyal dışlanma puanın 4,311 birim azaltmaktadır. Fiziksel bağımlılık düzeyindeki; tam bağımlı bireylerden tam bağımsız bireylere doğru gidildikçe her seviyede, sosyal dışlanma puanı 4,066 birim azalmaktadır.

Tablo 21. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 3)

Parametreler	Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Toplam Skor – Model 3				
	β	(%95 CI)		t	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Arkadaşınız var mı?	7,632	5,537	9,727	7,193	**<0,001**
Eğitim durumu	-4,311	-5,615	-3,008	-6,530	**<0,001**
Fiziksel bağımlılık düzeyi	-4,066	-5,849	-2,283	-4,503	**<0,001**

p: Lineer regresyon analizi, β: Regresyon katsayısı, CI: Güvenirlik aralığı, t: Serbestlik derecesi

Univariate analizlerde İlaç Uyumu Toplam Skoruyla korelasyonu p<0,05 olan parametreler, multiple analiz için eklendi. Backward metodu kullanıldı. 6 step görüldü. 6. stepte p<0,05 olan parametreler tabloda sunuldu **(Tablo 22)**. Koltuk değneği kullanımı, ilaç uyum skorunu 2,426 birim arttırmaktadır. Akciğer hastalığı öyküsü olması, ilaç uyum puanını 0,574 birim azaltmaktadır. Bireylerin ilaçlarını kendisi, eşinin yardımı, ailesinin yardımı, bakıcısının yardımı ve akrabasının yardımı ile alması olarak sınıflandırıldığında; kendisi almasından akrabasının yardımıyla almasına doğru ilerledikçe, her aşamada ilaç uyum puanı 0,474 birim azalmaktadır. Katılımcıların sosyal dışlanma puanlarında bir birim artış, ilaç uyum puanlarını 0,049 birim azaltmaktadır.

Tablo 22. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Morisky İlaç Uyumu toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 1)

Parametreler	Morisky İlaç Uyumu Toplam Skor – Model 1				
	β	(%95 CI)		t	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Koltuk değneği kullanıyor musunuz?	2,426	0,600	4,252	2,619	**0,009**
Akciğer Hastalığı Öyküsü	0,574	0,017	1,132	2,030	**0,044**
İlaçlarınızı nasıl alırsınız?	-0,474	-0,713	-0,234	-3,901	**<0,001**
Sosyal Dışlanma Toplam Skoru	-0,049	-0,074	-0,024	-3,886	**<0,001**

p: Lineer regresyon analizi, β: Regresyon katsayısı, CI: Güvenirlik aralığı, t: Serbestlik derecesi

"Akciğer Hastalığı Öyküsü" ve "Arkadaşınız var mı?" sorusu parametreleri arasında korelasyon düzeyi yüksek olduğundan, "Akciğer Hastalığı Öyküsü" parametresi modelden çıkarılarak analiz yeniden yapıldı. 6 step görüldü. 6. stepte p<0,05 olan parametreler tabloda sunuldu **(Tablo 23)**. Koltuk değneği kullanımı, ilaç uyum skorunu 2,310 birim arttırmaktadır. Bireylerin ilaçlarını kendisi, eşinin yardımı, ailesinin yardımı, bakıcısının yardımı ve akrabasının yardımı ile alması olarak sınıflandırıldığında; kendisi almasından akrabasının yardımıyla almasına doğru ilerledikçe, her aşamada ilaç uyum puanı 0,472 birim azalmaktadır. Katılımcıların

sosyal dışlanma puanlarında bir birim artış, ilaç uyum puanlarını 0,051 birim azaltmaktadır.

Tablo 23. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Morisky İlaç Uyumu toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 2)

Parametreler	Morisky İlaç Uyumu Toplam Skor – Model 2				
	β	(%95 CI)		t	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Koltuk değneği kullanıyor musunuz?	2,310	0,474	4,146	2,480	**0,014**
İlaçlarınızı nasıl alırsınız?	-0,472	-0,713	-0,231	-3,860	**<0,001**
Sosyal Dışlanma Toplam Skoru	-0,051	-0,076	-0,026	-4,066	**<0,001**

p: Lineer regresyon analizi, β: Regresyon katsayısı, CI: Güvenirlik aralığı, t: Serbestlik derecesi

2. modelde yüksek korelasyon düzeyi nedeniyle çıkarılan "Akciğer Hastalığı Öyküsü" parametresi modelde yerine geri koyulup, "Arkadaşınız var mı?" modelden çıkarılarak analiz yeniden yapıldı. 5 step görüldü. 5. stepte p<0,05 olan parametreler tabloda sunuldu **(Tablo 24)**. Koltuk değneği kullanımı, ilaç uyum skorunu 2,426 birim arttırmaktadır. Bireylerin ilaçlarını kendisi, eşinin yardımı, ailesinin yardımı, bakıcısının yardımı ve akrabasının yardımı ile alması olarak sınıflandırıldığında; kendisi almasından akrabasının yardımıyla almasına doğru ilerledikçe, her aşamada ilaç uyum puanı 0,474 birim azalmaktadır. Katılımcıların sosyal dışlanma puanlarında bir birim artış, ilaç uyum puanlarını 0,049 birim azaltmaktadır. Akciğer hastalığı varlığı, ilaç uyumu puanını 0,574 birim azalmaktadır.

Tablo 24. Sosyodemografik ve diğer faktörlerle Morisky İlaç Uyumu toplam skorunun lineer regresyon analizi (Model 3)

Parametreler	Morisky İlaç Uyumu Toplam Skor – Model 3				
	β	(%95 CI)		t	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Koltuk değneği kullanıyor musunuz?	2,426	0,600	4,252	2,619	**0,009**
İlaçlarınızı nasıl alırsınız?	-0,474	-0,713	-0,234	-3,901	**<0,001**
Sosyal Dışlanma Toplam Skoru	-0,049	-0,074	-0,024	-3,886	**<0,001**
Akciğer Hastalığı Öyküsü	0,574	0,017	1,132	2,030	**0,044**

p: Lineer regresyon analizi, β: Regresyon katsayısı, CI: Güvenirlik aralığı, t: Serbestlik derecesi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada yaşlı bireylerin sosyal dışlanma ve ilaç uyum düzeylerinin tespiti, birbiriyle ilişkisi ve değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışma kapsamında bireylerin başvurdukları poliklinikler de göz önünde bulundurularak; cinsiyet, eğitim durumu, arkadaş sahibi olma durumları, ilaçlarını yardımlı alıp almadığı, fiziksel bağımlılık düzeyi, kiminle beraber yaşadığı gibi sosyodemografik özelliklere göre YSDÖ ve MİUÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar kıyaslandı.

Yapmış olduğumuz çalışmada, yaşlıların sosyal dışlanma düzeyi arttıkça ilaç uyumlarının azaldığı tespit edildi. 2024 yılında Çin'de 797 yaşlıyla yapılan bir çalışmada sosyal destek eksikliği ve yalnızlığın ilaç uyumuna etkisi incelenmiş ve ilaç uyumunu negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (72). Lu ve arkadaşlarının özellikle kronik hastalığı olan 2270 yaşlıda yaptığı araştırmada da yine bizim sonuçlarımıza benzer şekilde sosyal dışlanmanın ilaç uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir (7). Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan 397 hasta ile yapılan yalnızlık ve sosyal dışlanmayla ilaç uyumunu değerlendiren çalışmada, sosyal destek arttıkça yalnızlıkları azaldığı ve ilaca uyumunu arttığı bulunmuştur (73).

Çalışmamızda bireylerin yaşı arttıkça sosyal dışlanma düzeyinin arttığı saptandı. Benzer şekilde Karakaya ve Işıkhan da yaptıkları araştırmada yaşla beraber sosyal dışlanmanın arttığını ortaya koymuştur (74). Kazakistan'da 2024 yılında yapılan bir çalışmada ise bireylerin yaşlandıkça sosyal dışlanma eğilimlerinin arttığını bulmuştur (75). Bu durum, bireylerin yaşlandıkça iş hayatından emekli olup uzaklaşmaları, ekonomik imkanlarının azalması, çocuklarının büyüyüp kendi hayatlarını kendileri idame ettirmeleri, fiziksel durumlarının sosyal hayata karışmalarını engellemesi, ek kronik hastalıkların ortaya çıkması, eş kaybı yaşanması gibi olaylarla açıklanabilir.

Mevcut çalışmamızda kadınların sosyal dışlanma düzeyi daha yüksek bulundu. Hacıhasanoğlu Aşılar ve arkadaşlarının 5 aile sağlığı merkezinde yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre yalnızlık algısının ve sosyal dışlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (73). 2022 yılında Hindistan'da yapılan bir çalışmada kadınların sosyal dışlanmaya daha açık oldukları bulunmuştur (76). Karakaya ve Işıkhan'ın

Zonguldak'ta yaptığı çalışmada, bizim de kullandığımız YSDÖ kullanılmış ve kadınlarda erkeklere göre sosyal dışlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur (74). Feng ve arkadaşlarının 8038 katılımcıyla yaptığı çalışmada ise kadın ve erkek cinsiyette sosyal dışlanma düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır (61). Bu farklılık; Feng ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki bireylerin sadece %10'unun 80 yaş ve üstü olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamız Sağlıklı YAŞAM Polikliniği ve Geriatri Polikliniği üzerinden ulaştığımız yaşlı bireylerle yürütüldü. Sağlıklı YAŞAM polikliniği randevu usulüyle, bireylerin talepleri olmaksızın evinde ziyaret şeklinde gerçekleşirken; Geriatri Polikliniği ise iç hastalıklarının bir yandalı olarak hastalar tarafından alınmış randevularla gerçekleşti. Bu iki polikliniğin hastaları, ölçeklerden aldıkları puanlar açısından kıyaslanınca sosyal dışlanmaları benzer bulundu. Fakat ilaç uyumu açısından değerlendirince, Geriatri Polikliniğine başvuran hastaların ilaç uyumu daha yüksek bulundu. Literatürde benzer çalışma olmamakla birlikte; bu sonuç Geriatri Polikliniğine başvuran hastaların daha yüksek sağlık okuryazarlığı olması ve tedavileri konusunda daha bilinçli olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada okuryazar olmayanların, okuryazar olanlara göre sosyal dışlanma düzeyi daha yüksek tespit edildi. 2023 yılında Karakaya ve Işıkhan yaptığı araştırmada eğitim düzeyi arttıkça sosyal dışlanmanın azaldığını bulmuştur (74). Hossain ve arkadaşları yaptığı araştırmada örgün eğitim alanlarda, eğitim almayanlara göre sosyal dışlanma düzeyi daha düşük olduğunu tespit etmiştir (76). Bingöl'de kırsal bölgede yapılan bir başka çalışmada okuryazar olmayanların okula gitmiş olanlara göre daha yüksek seviyede sosyal dışlanma yaşadıkları saptanmıştır (77). Tüm bunlar, eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sosyal yaşamdaki etkinliklerinin artmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda tam ve yarı bağımlı bireylerin, tam bağımsız bireylere göre sosyal dışlanma seviyesi daha yüksek saptandı. Karakaya ve Işıkhan araştırmasında tam bağımlı bireyleri çalışma dışında bırakmış ve sağlık durumlarını iyi, orta ve kötü olarak sınıflamış, sağlık durumu kötüleştikçe sosyal dışlanmanın arttığını bulmuştur (74). 2023 yılında Almanya'da yayınlanan bir çalışmada bireyler yürüme problemi yaşayıp yaşamamalarına göre değerlendirilmiş ve yürüme problemi yaşayan bireylerin

daha yüksek sosyal dışlanma düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir (78). Tüm bunlar, tam-yarı bağımlı bireylerin istedikleri yerlere tek başlarına ulaşımlarının zor olması, sosyal ortamlardan uzaklaşmaları, kendi işlerini kendileri halledememeleri gibi sebeplerden kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut çalışmada yalnız veya eşiyle birlikte yaşayanların; çocukları veya akrabalarıyla yaşayanlara göre sosyal dışlanma düzeyi daha düşük bulundu. Hindistan'da 30336 kişide yapılan bir araştırmada, yalnız yaşayanlarda depresif belirtilerin ve sosyal dışlanmanın daha fazla görüldüğünü bulmuştur (76). Karakaya ve Işıkhan'ın yaptığı araştırmada eşiyle yaşayanların sosyal dışlanma düzeyi; yalnız yaşayan, akrabalarıyla veya çocuklarıyla birlikte yaşayanlara daha düşük tespit etmiştir (74). Bu durum yalnız veya eşiyle yaşayan bireylerin, çocukları veya akrabalarıyla yaşayan bireylere göre daha az sosyal-ekonomik desteğe ihtiyaç duymaları ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda arkadaşı olan bireylerin, arkadaşı olmayanlara göre sosyal dışlanma seviyeleri daha düşük olduğu tespit edildi. 2018 yılında Almanya'da 615 yaşlı bireyle yapılan bir araştırmada arkadaşları veya komşularıyla iletişim içinde olan kişilerin daha az depresif semptomlara ve daha az sosyal izolasyona maruz kaldığını bulmuştur (79). Moormann ve arkadaşları yaptığı çalışmada; yaş ortalaması 86 olan bir toplulukta yaş arttıkça sosyal ağın boyutunun küçüldüğünü ve arkadaşları olan bireylerin sosyal dışlanma düzeylerini daha düşük saptamıştır (78). Tüm bunlar; arkadaş sahibi olmanın beraberinde getirdiği sosyal ortam sayesinde, sosyal dışlanmanın daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada ilaçlarını kendisi alan kişilerin, ilaçlarını bir başkasının yardımıyla alan kişilere göre sosyal dışlanma düzeyi daha düşük bulundu. Literatürde bireylerin ilaçlarını yardımlı ya da yardımsız almalarına göre sosyal dışlanma düzeyini inceleyen başka bir çalışma bulunamadı. Bu sonuç, ilaçlarını yardımsız şekilde alabilen bireylerin fiziksel bağımlılık düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kadın ve erkekler arasında ilaç uyumunda herhangi bir fark saptanmadı. 2016 yılında Kore'de yapılan bir araştırmada cinsiyete göre ilaç uyumu düzeyinde anlamlı fark bulunmamıştır (80). Suudi Arabistan' da yapılan bir çalışmada

kadın ve erkeklerin ilaç uyum düzeyleri aynı bulunmuştur (81). 2018 yılında 20071 hipertansiyon hastası üzerinde yapılan bir araştırmada, kadın ve erkeklerin ilaç uyum seviyelerinde fark saptanmamıştır (82). Tüm bunlar cinsiyetin, ilaç uyumuna direkt olarak etki eden bir faktör olmadığını düşündürmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada okuryazar olmayanların, okuryazar olanlara kıyasla ilaç uyumu daha düşük bulundu. 2024 yılında Albadrani ve arkadaşları, 421 hasta üzerinde yaptığı araştırmada eğitim düzeyi ile ilaç uyumu arasında ilişki olmadığını saptamıştır (81). Bu fark, Albadrani'nin çalışmasındaki bireylerin %49,2'sinin üniversite mezunu ve tamamı eğitimli kişilerden oluşması olabilir. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte sağlık okuryazarlığının artması ve insanların sağlığını koruma ve geliştirme konusunda daha fazla özen göstermesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda tam bağımsız bireylerin, tam ve yarı bağımlı bireylere kıyasla ilaç uyumunun daha yüksek olduğu bulundu. Albadrani ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yaptığı araştırmada hareket etmede sorun yaşayan bireylerin ilaç uyumunun daha az olduğunu bulmuştur (81). 2019 yılında İspanya'da 299 kişiyle yapılan bir çalışmada fiziksel bağımlılık durumuyla bireylerin ilaç uyumu arasında ilişki bulunmamıştır (83). İspanya'da yapılan çalışmada farklı sonuç elde edilmesi, bu çalışmaya dahil edilen bireyler arasında tam bağımlı bireyleri yer almamasından kaynaklanıyor olabilir. Fizik bağımlılık düzeyi arttıkça ilaç uyumunun azalması; bireylerin ilaçlara ulaşımının zor olması, ilaçlarına erişimde başkalarına muhtaç olması, bireye bakım verenlerin hep aynı kişi olmaması ile açıklanabilir.

Mevcut çalışmada bireylerin beraber yaşadığı kimselere göre ilaç uyum düzeylerinde farklılık saptanmadı. 2024 yılında yaş ortalaması 60,4 olan 421 hasta ile yapılan bir araştırmada, yalnız yaşayan bireylerin ilaç uyum düzeyi, bakımevinde veya birilerinin gözetimi altında bireylere göre daha düşük bulunmuştur (81). İç Anadolu'da bir eğitim araştırma hastanesinde yaş ortalaması 66,98 olan toplulukta yapılan çalışmada, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların ilaç uyumu, yalnız yaşayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (84). Bizim çalışmamızla literatürdeki bu çalışmaların farklı sonuçlar elde etmesinin nedeni, bizim çalışmamızın yaş ortalama-ortancasının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda arkadaşı olan bireylerin, arkadaşı olmayanlara göre ilaç uyumu daha yüksek bulundu. 2012 yılında Scheurer ve arkadaşları yaptığı çalışmada, arkadaş sahibi olan ve bu sosyal ortam içinde olan bireylerin ilaç uyumunu daha yüksek bulmuştur (85). İlaç uyumu, hastanın sürekli duygusal ve pratik destek sunabilen yakın arkadaşlar gibi bir destek ağına sahip olması ile yakından ilişkilidir.

Mevcut çalışmada bireylerin düzenli kullandığı ilaç sayısı ile ilaç uyum seviyesi arasında ilişki saptanmadı. İspanya'da 65 yaş üstü bireylerin katıldığı bir çalışmada düzenli kullanılan ilaç sayısı ile ilaç uyumu arasında bağlantı bulunmamıştır (86). Kore'de evde yalnız yaşayan 4755 yaşlı bireyde yapılan bir çalışmada, bireylerin kullandığı ilaç sayısı arttıkça ilaç uyumunun azaldığı gösterilmiştir (87). Elimizdeki veriler her ne kadar ilaç sayısı ve ilaç uyumunu ilişkisiz gösterse de, bireylerin düzenli kullandığı ilaç sayısı arttıkça; ilaç kullanımından bıkılması ve ilaçların birbiriyle karıştırılması gibi sebeplerle ilaç uyumunun azalması beklenebilecek bir sonuçtur.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; çalışmanın tek merkezli olması ve analiz edilen bilgilerin hasta beyanlarına bağlı olmasıdır. Çalışmamız katılımcıların tamamının 80 yaş ve üzerinde olmasıyla diğer çalışmalara kıyasla geriatrik araştırmaların daha az yapıldığı bir popülasyonu kapsamasıyla ön plana çıkmaktadır. Anket sorularının, araştırmacı tarafından bireylere sözel olarak tek tek okunarak ve açıklanarak yanıtlanması; yaşı ileri olan bireylerde hatalı veya eksik sonuçların önüne geçmiştir. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçekler geçerlilik güvenirlilik çalışması yapılmış ve altboyutları da olan ölçeklerdir. Çalışmamız, hem geriatri polikliniğine başvuran hastaları hem de Sağlıklı YAŞAM polikliniği kapsamında evinde ziyaret edilen hastaları kapsamaktadır.

Yapılan çalışmada yaşlı bireylerin sosyal dışlanma düzeyleri arttıkça ilaç uyumunun azaldığı tespit edildi. Kişilerin fiziksel bağımlık düzeyi arttıkça sosyal dışlanma seviyesi artarken, ilaç uyumlarının azaldığı saptandı. Kadınlarda sosyal dışlanma daha yüksek seviyede görülürken, ilaç uyumu erkeklerle benzer bulundu. Yapılan çalışmada arkadaşı olan bireylerin sosyal dışlanma düzeyi daha düşük, ilaç uyum seviyesi daha yüksek tespit edildi. Eğitim düzeylerine göre incelendiğinde; okuryazar olan bireylerin sosyal dışlanma seviyeleri daha düşük, ilaç uyum seviyeleri ise daha yüksek bulundu. Düzenli kullanılan ilaç sayısı ile ilaç uyum seviyesi arasında

ilişki bulunmadı. Yalnız veya eşiyle birlikte yaşayan bireylerin sosyal dışlanması daha az seviyede bulunurken, ilaç uyum seviyelerinde birlikte yaşanan kimseye göre bir farklılık tespit edilmedi. Sağlıklı YAŞAM polikliniği'ne ve geriatri Polikliniği'ne başvuran hastaların sosyal dışlanmaları benzer bulundu. Fakat geriatri Polikliniği'ne başvuran hastaların ilaç uyum düzeyi daha yüksek tespit edildi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma 01.06.2024 ve 31.10.2024 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Sağlık YAŞAM Polikliniği ve Geriatri Polikliniği hastalarından çalışmaya katılmaya gönüllü olan 80 yaş ve üstü 214 bireyle yüz yüze görüşülerek yapıldı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği ve Morisky İlaç Uyum Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar incelenerek aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1. Çalışmaya katılanların yaş ortancası 84 (80-98) yıl olarak bulundu.
2. Yaşlı bireylerde sosyal dışlanma düzeyi arttıkça ilaç uyumunun azaldığı görüldü.
3. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %36'sı (n=77) düşük ilaç uyumu bilgi düzeyine, %55,1'i (n=118) düşük ilaç uyumu motivasyon düzeyine sahip olduğu tespit edildi.
4. Sosyal dışlanma; yaşı daha ileri olanlarda, kadınlarda, okuryazar olmayanlarda, tam-yarı bağımlılarda, çocukları veya akrabalarıyla birlikte yaşayanlarda, ilaçlarını yardımlı şekilde alanlarda, arkadaşı olmayanlarda daha yüksek bulundu. Sosyal dışlanma ile düzenli kullanılan ilaç sayısı arasında ilişki tespit edilmedi.
5. İlaç uyumu arkadaşı olmayanlarda, tam-yarı bağımlılarda, okuryazar olmayanlarda daha yüksek saptanırken; birlikte yaşanılan kimseyle, ilaçlarını yardımlı-yardımsız almasıyla, cinsiyetle, yaşla ve düzenli kullandığı ilaç sayısıyla ilişkisiz olduğu saptandı.
6. Çalışmada kullanılan ölçeklerden YSDÖ ile MİUÖ için yapılan analizlerde güvenirlilikleri (iç tutarlılıkları) yeterli bulundu.

Aile hekimleri sadece Aile Sağlığı Merkezleri'nde değil, Evde Sağlık Hizmetleri ve Sağlıklı YAŞAM Poliklinikleri'nde de görev yapmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfusun hızla artması ve aile hekimlerinin bahsi geçen polikliniklerde aktif olarak çalışması, bizlerin yaşlı bireylerle sık karşılaşmasına zemin hazırlamaktadır. Yaşlı bireylerin sosyal dışlanma ve ilaç uyumlarının ön değerlendirmesinin yapılması ve gerekli tedbirler alınması amacıyla yönlendirilmesi önemlidir. Aile hekimleri,

toplumun her kesiminden yaşlıların, ilaç reçete ettirmek, muayene olmak, tıbbi konularda danışmanlık almak ve kronik hastalıkların takibi için sık başvurduğu bireylerdir. Dolayısıyla yaşlılarda ilaç uyumu ve sosyal dışlanmayı en erken fark edebilecek hekimler aile hekimleridir. Aile hekimlerinin erken tanı ve müdahalesi sayesinde bu yaşlı bireyler topluma kazandırılarak ruhsal sağlıkları korunur, ilaç uyumu arttırılarak beklenen yaşam süresi ve kalitesi arttırılmış olur.

7. KAYNAKLAR

1. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012; 25(3).

2. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2023. [Online]. [Ziyaret Tarihi: 2024 Temmuz 15. Web Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710.

3. Genç Y, Dalkılıç P. Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu Ve Toplumsal Beklentileri. International Journal of Social Science. 2013; 6(4) : 461-482.

4. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics. 2016; 7(2) : 64-67.

5. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Quality of Life Research. 2011; 20(1) : 57-67.

6. Hughes CM. Medication Non-Adherence in the Elderly. Drugs Aging. 2004; 21(12) : 793-811.

7. Lu J, Zhang N, Mao D, Wang Y, Wang X. How social isolation and loneliness effect medication adherence amongelderly with chronic diseases: An integrated theory and validated cross-sectional study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2020; 90(104154).

8. Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, Ercan D, Erdal AI, et al. Yaşlılarda İlaç Uyumu: Üniversite Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma. Nobel Medicus. 2014; 10(2) : 31-38.

9. Organization WH. Active ageing: A policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8. 2002;.

10. Bölüktaş RP. Yaşlanma Teorileri ve Geriatrik Değerlendirme: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi; 2019.

11. Kuzu A, Aydın C, Yıldız M, Erik HE, Keskinkılıç HG, Aslan D, et al. Dünya sağlık örgütü Avrupa Bölgesi'nde yaşlanma ile ilgili seçilmiş bazı ölçütlerin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2019; 28(1) : 17-27.

12. Çubukcu AT, Çiçek A. Yaş Altmış İş Bitmemiş: Yaşlılık. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2023; 7(2) : 491-503.

13. Charles ST, Carstensen LL. Social and Emotional Aging. Annual Review of Psychology. 2010; 61(1) : 383-409.

14. Özütürker M. Yaşlı Ayrımcılığı. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021; : 3043-3056.

15. Okoye UO, Obikeze DS. Stereotypes and Perceptions of the Elderly by the Youth in Nigeria: Implications for Social Policy. The Journal of Applied Gerontology. 2005; 24(5) : 439-452.

16. Mandıracıoğlu A, Lüleci NE, Özvurmaz S. Türkiye ve Türk Cumhuriyetleri'nde Toplumun Yaşlılara Yönelik Görüşleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017; 10(2) : 76-86.

17. Komşu UC. Yaşlılık, Yaşlı Nüfusun Sorunları ve Yetişkin Eğitimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2014;(1) : p. 370389.

18. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012; 2(2) : 19-23.

19. Lee SH, Yim SJ, Kim HC. Aging of The Respiratory System. Kosin Medical Journal. 2016; 31(1) : 11-18.

20. Karadüz EG, Yurdalan SU. Geriatrik Popülasyonda Kardiyak Fizyoloji de Yaş Alır mı? Geriatrik Bilimler Dergisi. 2021; 4(3) : 93-102.

21. Obas V, Vasan RS. The Aging Heart. Clinical Science. 2018; 132(13) : 1367–1382.

22. Hall KE, Proctor DD, Fisher L, Rose S. American Gastroenterological Association Future Trends Committee Report: Effects of Aging of the Population on Gastroenterology Practice, Education, and Research. American Gastroenterological Association. 2005; 129(4) : 1305–1338.

23. Wiley JW. Aging and neural control of the GI tract: III. Senescent enteric nervous system: lessons from extraintestinal sites and nonmammalian species. American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology. 2002; 283(5) : G1020–G1026.

24. Üçbilek E, Oğuz D, Sezgin O. Yaşlıda Gastrointestinal Sorunlar. Güncel Gastroenteroloji. 2015; 19(1) : 11-19.

25. Alvis BD, Hughes CG. Physiology Considerations in Geriatric Patients. Anesthesiol Clin. 2015; 33(3) : 447-456.

26. Farrall AJ, Wardlaw JM. Blood–brain barrier: Ageing and microvascular disease – systematic review and meta-analysis. Neurobiology of Aging. 2009; 30(3) : 337–352.

27. Chahal H, Drake W. The Endocrine System and Ageing. Journal of Pathology. 2007; 211(2) : 173–180.

28. Pinti M, Appay V, Campisi J, Frasca D, Fülöp T, Sauce D, et al. Aging of the immune system: Focus on inflammation. European Journal of Immunology. 2016; 46(10) : 2286-2301.

29. Denic A, Glassock RJ, Rule AD. Structural and Functional Changes with The Aging Kidney. Adv Chronic Kidney Dis. 2016; 23(1) : 19-28.

30. Suraseranivong R. Physiologic Changes in The Elderl. Greater Mekong Subregion Medical Journal. 2022; 2(2) : 129-140.

31. Hermann M, Untergasser G, Rumpold H, Berger P. Aging of The Male Reproductive System. Experimental Gerontology. 2000; 35(9-10) : 1267-1279.

32. Colón CJP, Molina-Vicenty IL, Frontera-Rodríguez M, García-Ferré A, Rivera BP, al. e. Muscle and Bone Mass Loss in the Elderly Population: Advances in diagnosis and treatment. Journal of Biomedical Science. 2018; 3 : 40-49.

33. Baş Y, Kalkan G, Seçkin HY, Takcı Z, Şahin Ş, Demir AK. Geriatrik Hastalarda Dermatolojik Sorunların Analizi. The Turkish Journal of Dermatology. 2014; 2 : 95-100.

34. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; 10(52) : 1307-9581.

35. Nazlıer Keser EN. Yaşlı Bakım Uygulamalarındaki Etik Sorunlar Üzerine Bir Değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2020; 31(1) : 303-333.

36. Soydan AM, Elkin N, Barut AY. Bakım Yükünün Yaşlı Bakıma Etkileri. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 20 : 703-713.

37. Gürer A, Küdür Çırpan F, Atalan Özlen N. Yaşlı Bakım Hizmetleri. Journal of Health Services and Education. 2019; 3(1) : 1-6.

38. Aslan AE, Ergün N, Duman B, Bozdağ F, Karataş S, Fakirullahoğlu AMM. Yaşlılarda Eş Kaybı, Kayıp Sonrasıbaşa Çıkma Stratejileri Ve Gelecek Beklentileri Üzerine Nitel Bir Araştırma. International Journal of Human Sciences. 2018; 15(1) : 340-358.

39. Ağar A. Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2020; 3(2) : 75-80.

40. Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013; 29(2) : 70-74.

41. Taşar PT. Demanstan korunma. Ege Tıp Dergisi. 2015; 54(Ek sayı) : 51-56.

42. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalın A, Bilen A. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013; 22(3) : 393-407.

43. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008; 15(1) : 67-75.

44. Turhan S, Güncan F, Ercan M, Erkoyuncu G. Yaşlıların Değerlendirmesi İle Yaşlı İhmali Ve İstismarı. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2019;(1) : 28-43.

45. Akkaya B, Çöl M. Halk Sağlığı Bakışıyla Yaşlı İstismarı ve İhmali. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022; 16(2) : 456-464.

46. Keskinoğlu P, Giray H, Metin Pıçakçıefe NB, Uçku R. Yaşlıda Fiziksel, Finansal Örselenme ve İhmal Sorunu. T¸rk Geriatri Dergisi. 2004; 7(2) : 57-61.

47. Arpacı F, Bakır B. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; 21(3) : 691-703.

48. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(4) : 357-364.

49. Yeşil P, Taşcı S, Öztunç G. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(2) : 128-134.

50. Yıldız R, Ömeroğlu G, Terim N. Yaşlı Penceresinden Yaşlı Ayrımcılığı: Bursa ve Yalova Örneği. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 3(2) : 313-329.

51. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7(4) : 225-230.

52. Esendemir Ş. Türkiye'de Yaşlılık Algısı: Yaşlı Ayrıcalığı ve Ayrımcılığı Üzerine Bir İnceleme. M-Uluslararası Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi. 2021; 4(2) : 74-86.

53. Tunçay GY. Ageism in Society. Eurasian Journal of Health Sciences. 2020; 3(1) : 1-5.

54. Keleş M, Van Giersbergen MY. Yaşlılarda Klinik Beslenme ve Sıvı Durumu: Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri. Necmettin Erbakan Üniversitesi Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 2(3) : 188-199.

55. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2019; 38(1) : 40-47.

56. Rubino M, Jennifer Jin LG. Nutritional Assessment in Adults. Kuipers EJ, editor.: Academic Press; 2020.

57. Ak M. Yaşlı Yoksulluğu. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 3(2) : 197-208.

58. Nazlıer Keser EN. Türkiye'de Yaşlı Yoksulluğu Sorununa Yönelik Bir Değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet. ; 30(2) : 739-764.

59. Korkmaz Yaylagül N, Barlın H, Kırışık H. Yaşlılıkta Sosyal Dışlanma Araştırmaları: Bir İçerik Analizi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2021;(17) : 197-213.

60. Sun Y, Phillips DR, Wong M. A study of housing typology and perceived age-friendliness in an established Hong Kong new town: A person-environment perspective. Geoforum. 2018; 88 : 17-27.

61. Feng Z, Jones K, Phillips DR. Social exclusion, self-rated health and depression among older people in China: Evidence from a national survey of older persons. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2019; 82 : 238-244.

62. Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G, Akbaş E. Yaşlılık ve Toplumsal Dışlanma. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2019; 2(2) : 58-67.

63. Görgün Baran A. Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın toplumsal boyutu. In Kalınkara V, editor. Yaşlılık: Disiplinlerarası Yaklaşımlar, Sorunlar, Çözümler. 2nd ed. Ankara: Nobel Kitabevi; 2016. p. 105-126.

64. Apak E, Apak H. Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Kadim Akademi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; 4(1) : 1-15.

65. Gülhan R. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013; 29(Ek sayı 2) : 99-105.

66. Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. Türk Geriatri Dergisi. 2006; 9(Özel sayı) : 37-44.

67. Kalogianni A. Factors affect in patient adherence to medication regimen. Health Science Journal. 2011; 5(3) : 157-158.

68. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. BioMed Research International. 2015; 2015(1).

69. Mott DA, Martin B, Breslow R, Michaels B, Kirchner J, Mahoney J, et al. The Development of a Community-Based, Pharmacist-Provided Falls Prevention MTM Intervention for Older Adults: Relationship Building, Methods, and Rationale. Inov Pharm. 2014; 5(1) : 140-160.

70. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012; 3(4) : 17-20.

71. Özkan Pehlivanoğlu EF, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. Ankara Med J. 2018; 18(2) : 219-223.

72. Yu Y, Huang Q, Ren Z. The Association Between Social Isolation and Medication Adherence Among Chinese Older Adults With Chronic Diseases: Serial Mediation of Social Support and Loneliness. Annals of Behavioral Medicine. 2024; 58(10) : 670–678.

73. Hacihasanoglu Asilar R, Yildirim A, Saglam R, Selcuk ED, Erduran Y, Sarihan O. The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. Journal of Vascular Nursing. 2020; 38(4) : 183-190.

74. Karakaya C, Işıkhan V. Yaşlı Bireylerin Sosyal Dışlanma Durumlarının ve Sosyal Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2023;(21) : 89-109.

75. Mirzakulova G. Socıal Isolatıon Of Elderly People In Urban Spaces. The Journal of Psychology & Sociology. 2024; 90(3) : 102-114.

76. Hossain B, Nagargoje VP, Sk IK, Das J. Social exclusion and mental health among older adults: cross-sectional evidence from a population-based survey in India. BMC Psikiyatri. 2022; 22(409).

77. Apak E, Apak H, Doğan B. Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılarda Sosyal Dışlanma: Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkiler. Akademik Matbuat. 2021; 5(2) : 143-164.

78. Moormann KI, Pabst A, Bleck F, Löbner M, Kaduszkiewicz H, et al.. Social İsolation İn The Oldest-Old: Determinants And The Diferential Role Of Family And Friends. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2024; 59 : 979–988.

79. Herbolsheimer F, Ungar N, Peter R. Why Is Social Isolation Among Older Adults Associated with Depressive Symptoms? The Mediating Role of Out-of-Home Physical Activity. International Journal of Behavioral Medicine. 2018; 25 : 649–657.

80. Jin H, Kim Y, Rhie SJ. Factors Affecting Medication Adherence in Elderly People. Patient Preference and Adherence. 2016; 10 : 2117–2125.

81. Albadrani MS, Aljeelani YO, Farsi SH, Aljohani MA, Qarh AA, Aljohani AS, et al. Effect Of Medication Adherence On Quality Of Life, Activation Measures, And Health İmagine İn The Elderly People: A Cross-Sectional Study. BMC Geriatrics. 2024; 24(631).

82. Cho MH, Shin DW, Chang SA, Lee JE, Jeong SM, Kim SH, et al. Association Between Cognitive İmpairment And Poor Antihypertensive Medication Adherence İn Elderly Hypertensive Patients Without Dementia. Scientific Reports. 2018; 8(11688).

83. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, et al.. Adherence To Treatment And Related Factors Among Patients With Chronic Conditions İn Primary Care: A Cross-Sectional Study. BMC Family Practice. 2019; 20(132).

84. Sayın Kasar K, Erzincanlı S. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. Turk J Cardiovasc Nurs. 2021; 12(28) : 94-99.

85. Scheurer D, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association Between Different Types Of Social Support And Medication Adherence. The American Journal of Managed Care. 2012; 18(12).

86. Lozano-Hernández CM, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A, Barrio-Cortes J, Gimeno-Feliu LA, et al. Social Support, Social Context And Nonadherence To Treatment İn Young Senior Patients With Multimorbidity And Polypharmacy Followed-Up İn Primary Care. PLOS ONE. 2020; 15(6).

87. Park HY, SAS, Yoo H, Lee K. Medication Adherence And Beliefs About Medication İn Elderly Patients Living Alone With Chronic Diseases. Patient Preference and Adherence. 2018; 12 : 175-181.

8. EKLER

EK-3. Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Konya Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen "Yaşlı Hastalarda Sosyal Dışlanma ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi" konulu ankete dayalı bir tez çalışmasıdır.

Bu çalışmada Konya Şehir Hastanesi'ne başvuran 80 yaş üstü bireylerin sosyal dışlanma düzeylerini ve ilaç uyumunu ölçmek hedeflenmiştir.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada size herhangi bir deneysel işlem ve tedavi yapılmayacaktır. Çalışma katılımcılar yönünden herhangi bir risk taşımamaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Anket uygumalası öncesi 24 soruluk sosyodemografik form doldurulacaktır. Anket uygulamamız "Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği" ve "Morisky Tedavi Uyum Ölçeği" içermektedir. Toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 15 dakikadır. Katılımcı sayısının en az 180 kişiden oluşması planlanmaktadır. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ya da paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz kayıt edilmeyecektir.

Eğer anlamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlere çekinmeden danışabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yardımcı Araştırmacı;
Asist. Dr. Kerim Yetiş BAŞ
İmza:
Tarih:

"Bilgilendirilmiş gönüllülük ve onay formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmaya kabul ediyorum."

Gönüllünün;
Adı-Soyadı:
İmza:
Tarih:

Ayrıntılı bilgi ve sorularınız için: Asist. Dr. Kerim Yetiş BAŞ

EK-4.Sosyodemografik Veri Formu

YAŞAM( ) GERİATRİ ( )

1. **Ad Soyad:** **Tarih:**
2. **a. Cinsiyet:** E ( ) K ( ) **b. Yaş:**
3. **Medeni durumunuz nedir?**
   -Evli ( ) -Bekar ( )
4. **Eğitim durumunuz nedir?**
   -Okuryazar değil ( ) -İlkokul ( ) -Ortaokul ( ) -Lise ( ) -Üniversite ( )
5. **Mesleğiniz nedir?**
   ……..
6. **Ailenizin düzenli geliri var mı?**
   -Var ( ) -Yok ( )
7. **Size ait düzenli geliriniz var mı?**
   -Evet, var ( ) -Hayır, yok ( )
8. **Yukarıdaki soru evet ise paranızı kim kullanıyor?**
   -Kendisi ( ) -Eşi ( ) -Çocukları ( ) -Akraba ( ) -Bakımevi ( ) -Bakıcı ( )
9. **Kiminle yaşıyorsunuz?**
   -Yalnız ( ) -Eşi ( ) -Çocukları ( ) -Akraba ( ) -Bakımevi ( )
10. **Oturduğunuz evin ısınma tipi nedir?**
    -Soba ( ) -Kalorifer ( )
11. **Fiziksel bağımlılık düzeyi?**
    -Tam bağımlı ( ) -Yarı bağımlı ( ) -Tam bağımsız ( )
12. **Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz?**
    -Baston ( ) -Koltuk değneği ( ) -Yürüteç ( ) -İşitme cihazı ( )
13. **Ruhsal hastalığınız var mı?**
    -Evet ( ) -Hayır ( )
14. **Uyku problemi yaşıyor musunuz?**
    -Evet ( ) -Hayır ( )
15. **Bilinen bir hastalığınız var mı?**
    -Evet ( )…….
    -Hayır ( )
16. **Sürekli kullandığınız ilaç var mı?**
    -Evet ( ) ……..
    -Hayır ( )

EK-4 Devamı

1. **İlaçlarınızı nasıl alırsınız?**

   -Kendim ( ) -Eşim ( ) -Ailem ( ) -Bakıcı ( ) -Bakımevi Personeli ( )

2. **Sağlık kurumuna en çok başvuru sebebiniz ya da gereksiniminiz nedir?**

   ……..……..

3. **Sağlık kurumlarına başvuru sıklığı ve başvurulan kurum tipi?**

   -Haftada birkaç kez ( ) -Acil servis ( )

   -Ayda birkaç kez ( ) -Aile sağlığı merkezi ( )

   -Yılda birkaç kez ( ) -Poliklinikler ( )

4. **Ulaşım aracınız var mı?**

   -Evet ( ) -Hayır ( )

5. **Borcunuz var mı?**

   -Evet ( ) -Hayır ( )

6. **Arkadaşınız var mı?**

   -Evet ( ) -Hayır ( )

7. **İhtiyaçlarınıza yardımcı olan biri var mı?**

   -Komşu ( ) -Çocuklar ( ) -Akraba ( ) -Arkadaş ( )

8. **Sıkıntılarınızı, üzüntülerinizi paylaşabileceğiniz kimse var mı?**

   -Evet ( ) -Hayır ( )

EK-5. Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin her birinin karşısına katılma derecenizi belirtiniz.		**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Genellikle**	**Her Zaman**
1	Maddi durumum hakkında endişelenirim.	1	2	3	4	5
2	Herhangi bir sorunum olduğunda yakın akrabalarım yardımıma koşmazlar.	1	2	3	4	5
3	Yaşadığım muhitte/mahallede olaylar çıkar.	1	2	3	4	5
4	Aniden ortaya çıkan masraflarla baş etmek zordur.	1	2	3	4	5
5	Ay sonunu getirmekte zorlanıyoruz.	1	2	3	4	5
6	İstediğim yere rahatlıkla tek başıma ulaşım sağlamakta zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
7	Eve et, balık, tavuk gibi gıda maddelerini almak zordur.	1	2	3	4	5
8	Herhangi bir sorunum olduğunda arkadaşlarım yardımıma koşmazlar.	1	2	3	4	5
9	Özel sağlık hizmeti (özel hastane) masraflarını ödemek benim için zordur.	1	2	3	4	5
10	Yaşadığım çevrede/muhitte kendimi güvende hissetmem.	1	2	3	4	5
11	Borçlarımı ödemek benim için zordur.	1	2	3	4	5
12	Borç para bulmakta zorluk çekerim.	1	2	3	4	5
13	Bankada hesap veya birikim ile ilgili işlemler yapmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
14	Buzdolabı, TV, çamaşır makinesi eskiyince kolayca yenisini alırım. (R)	1	2	3	4	5
15	Sırlarımı paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.	1	2	3	4	5
16	Evin yeterince ısınması ile ilgili sorun yaşarım.	1	2	3	4	5
17	İhtiyacım olduğunda çevredeki/muhitteki insanlar yardımıma gelmezler.	1	2	3	4	5
18	Yaşadığım çevrede/muhitte gürültü vardır.	1	2	3	4	5
19	Hastalandığımda ziyaretime kimse gelmez.	1	2	3	4	5
20	Gece sokakta tek başıma rahatça yürüyemem.	1	2	3	4	5
21	ATM'den (Bankamatik) veya postaneden para çekmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
22	Yaşadığım çevre/muhit kirlidir.	1	2	3	4	5

EK-6. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları

	Evet	Hayır
1- İlacınızı almayı unuttuğunuz olur mu ?		
2- İlacınızı zamanın almaya dikkat eder misiniz ?		
3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu ?		
4- Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu ?		
5- İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz ?		
6- Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu ?		