

Belgin AKIN¹
Oya N. EMİROĞLU²



ARAŞTIRMA

EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SOSYAL DESTEK YAPISI, SAĞLIK DURUMU VE YETİYİTİMİ İLİŞKİSİ

Öz

Giriş ve Amaç: Sosyal destek kaybının sağlıklı güçlü bir bağlantısı vardır. Sosyal destek yapısının sıklık ve kalitesinde değişim yaşlılarda diğer yaş gruplarına göre daha fazla yaşanır. Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı yaşlıların sağlık ve yetiyitimi ile ilişkili olarak sosyal destek yapısını incelemektir.

Yöntem ve Gereç: Rastgele seçilmiş, 65 yaş ve üzeri 245 yaşlı çalışmada yer almıştır. Sosyal destek yapısını ve yetiyitimi durumunu değerlendirmek için Sosyal Atom Ölçeği (SA-Ö), Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) ve Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) kullanılmıştır. Sosyal destek yapısı ile sağlık ve yetiyitimi durumunun ilişkisinin incelenmesinde Kruskal Wallis varyans analizi, t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadın olma ve dul olma sosyal destek yapısı ile ilişkili iken yaş, eğitim, yalnız yaşama, sosyal güvencesi olma ilişkili değildir. Bunun yanında kendi sağlığını algılama, kronik sağlık sorunu olma ve mobilitede yetiyitimi düşük sosyal destek yapısı puanı ile ilişkili iken fiziksel sosyal yetiyitimi ve hastaneye yatma ilişkili değildir.

Sonuç: Sonuç olarak hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının yaşlılarda sosyal destek yapısının sağlık üzerine etkileri konusunda daha dikkatli olmaları önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılar, Sosyal destek yapısı, Sağlık durumu, Yetiyitimi.



RESEARCH

THE ASSOCIATION OF SOCIAL SUPPORT STRUCTURE, HEALTH STATUS, AND DISABILITY IN THE ELDERLY LIVING HOME

ABSTRACT

Background and Aim: Loss of social support is strongly associated with health. Changing in frequency and quality of social support structure occurs in the elderly much more than other age groups. This descriptive study examines the social support structure in relation to health and disability status in the elderly:

Materials and methods: The study group is a probability sample of 245 community-dwelling elders aged 65 and over. Social Atom Scale (SAS), Rivermead Mobility Index (RMI) and Brief Disability Questionnaire (BDQ) were used to assess social support structure and disability. Kruskal Wallis test, student t test and Mann Whitney U test were used for the associations between social support structure and health and disability.

Results: Being women, and widowed were associated with social support structure, whilst age, education, living alone, having social security were not. In addition, self-rated health, having chronic conditions and mobility disability were statistically significant in predicting low social support structure score, whilst physical-social disability and being in hospital bed were not.

Conclusion: In conclusion, it is suggested that nurses and other health professionals should pay more attention to the social support system on health impact among elderly do well to focus attention on health impact of social support structure in elderly.

Key words: Elders, Social support structure, Health status, Disability.

İletişim (Correspondance)

Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN
Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü KONYA
Tlf: 0332 223 35 34 Fax: 0332 241 61 11
e-mail: belak1@hotmail.com

Geliş Tarihi: 07/07/2006
(Received)

Kabul Tarihi: 25/08/2006
(Accepted)

¹ Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü KONYA
² Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ANKARA



GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde de yaşlı nüfusun toplam içindeki pay giderek artmaya ve aile destek sistemleri giderek azalmaya devam ettiğinden yaşlılarda sosyal destek konusu giderek önem kazanmaktadır (1,2). Başkaları ile etkileşime girme sağlıklı yaşam tarzının bir parçasıdır. Özellikle yakın ilişkileri sürdürme sağlıklı olmak adına önemlidir (3). Aile, diğer kişiler, ev ya da gelir gibi sosyal kaynakların varlığı ve kalitesi yaşlının fonksiyonel kapasitesini önemli oranda etkileyebilecek anahtar unsurlardır (4). Yaşlılar eşleri ya da yakın arkadaşlarının kaybı ve sağlık durumlarındaki değişiklik nedeniyle sosyal etkileşimlerinde sıklık ve kalite yönünden önemli değişim yaşayabilmektedirler (3-6). Çok sayıda çalışmada sosyal desteğin özellikle yaşlıların sağlık ve iyilik hali için önemli olduğudur (7-12). Madrid'de yapılan ikinci dünya yaşlılık assembly raporunda da sosyal çevrenin yaşlının sağlığı, bağımsızlığı ve üretkenliği için anahtar bir faktör olduğu ve sosyal çevredeki yetersizliklerin yetiyitimi ve erken ölüm riskini artırdığı vurgulanmaktadır (13). Yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığı ve sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (14). Sosyal destek alan yaşlılarda, yaşlının benlik saygısında önemli gelişme sağlandığı (15) ve miyokard infarktüsü (MI) geçiren yaşlılarda MI komplikasyonlarında azalma olduğu araştırmalar sonucunda gösterilmiştir (16).

Sosyal destekle ilgili pek çok çalışma olmakla birlikte tanımlama ve ölçümü konusunda ortak bir görüş yoktur. Sosyal desteğin ölçülmesi destek yapısının büyüklüğü, kimleri içerdiği, sosyal etkileşimlerin sıklığı, kalitesi ve kişi yönünden algılanan yeterliliğinin değerlendirilmesini içerebilir (6). Moreno "sosyal atom" kavramını sosyal ilişkiler örüntüsünün en küçük birimini tanımlamak için kullanmıştır. Bir kişinin sosyal atomunun merkezinde kendisinin bulunduğu çevresine ise yakınlıklarına göre kendisi için önemli kişilerin yerleştiği düşünülür (17,18). Kişilerin sosyal atomlarının dinamik olduğu yeni isimler eklenebileceği gibi bazen de eksilmeler olabileceği söylenir. Bir sosyal atomdaki isimlerin eksilmesi o sosyal atomun hacmini küçültür ve atomu fakirleştirir. Atomların fakirleşmesi her yaşta görülebilirse de bu durum yaşlılarda daha belirgin biçimde ortaya çıkar. Yaşlılar sosyal atomlarındaki kayıpları gençlere göre daha zor telafi ederler ya da hiç edemezler. Bu durum yaşlıların sosyal desteklerinin azaldığı anlamına gelecektir. Sosyal desteğin azalması da yaşlıların kendilerini yalnız hissetmelerine ve sonuçta bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilir (18). Nitekim yapılan çalışmalarda sosyal destek sistemleri zayıf olan yaşlıların sağlık sorunlarının ve ölüm hızlarının arttığı bildirilmektedir (6-11).

Yaşlıların sosyal atomları onların çevrelerinde kendilerine önemli kişilerin sayısı, yakınlıkları ve bu kişilerin akrabalık

durumları konusunda bilgi verir ve onların sağlık durumlarının önemli bir göstergesi olabilir (17,18). Yaşlıların sosyal atomlarının değerlendirilmesi sosyal destek yapısının nasıl olduğunu ve bu durumun onların çeşitli sağlık sorunları ile ilişkisinin olup olmadığının incelenmesinde yararlı olacaktır. Özellikle yaşlılar gibi sosyal yapılarında değişiklik yaşayabilen kişilerin sosyal durumunun ve bunun sağlık ve yetiyitimi durumu ile ilişkisinin tanınması bu kişilere yönelik sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinin planlanmasına önemli katkılar sağlayabilir. Bu bilgi yaşlıları sosyal durumlarını dikkate alan hemşirelik girişimleri ve diğer hizmetlerin dolayısıyla ve yaşlı sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

YÖNTEM VE GEREÇ

Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısının yaşlıların sağlık ve yetiyitimi durumları arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı türdedir. Araştırma Konya merkez Selçuklu ilçesi 1 No'lu Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Sağlık Ocağı kayıtlarından 65 yaş ve üzeri nüfus saptanabildiğinden örneklem büyüklüğünü belirlemede $n = N \cdot t\Ç \cdot p \cdot q / d\Ç \cdot (N - 1) + t\Ç \cdot p \cdot q$ formülünden yararlanılmıştır. Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF 2000 yılı) 65 yaş ve üzeri yaşlıların listesi araştırmacı tarafından çıkarılmış ve yaşlı sayısı 3452 olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın evreni olarak bu sayı kabul edilerek hesaplama yapılmıştır. Yapılan hesaplamada; $n = 244.9$ bulunmuş ve örneklem büyüklüğü 245 yaşlı olarak saptanmıştır. Örnekleme alınacak yaşlıların seçiminde ise yaşlıların listesinden Sistematik Örnekleme Yöntemi (SÖY) kullanılarak yaşlılar seçilmiştir. Örnekleme alınan yaşlıların 65 yaş ve üzerinde olmalarının yanı sıra, araştırma verilerin toplanmasını engelleyebilecek iletişim sorunu (ağır işitme bozukluğu ya da mental bozukluk) olmamasına dikkat edilmiştir. Bu niteliklere sahip yaşlılara, araştırmanın amacı açıklandığında çalışmaya katılmayı kabul eden 245 yaşlı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Yaşlılar evlerinde ziyaret edilerek, yüz yüze görüşme ile veriler toplanmıştır. Yaşlıların sosyodemografik, sosyoekonomik ve sağlıkla ilgili verilerini toplamak için hazırlanan bir bilgi formu kullanılmıştır. Yaşlıların mobiliteye bağlı yetiyitimi değerlendirme amacı ile Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) (19), fiziksel-sosyal yetiyitimi değerlendirme için Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) (20) ve sosyal destek yapılarını incelemek üzere Sosyal Atom Ölçeği (SAÖ) (17) kullanılmıştır. RMI Colten ve diğerleri (21) tarafından fizyoterapi girişimlerinin sonuçlarını değerlendirme amacına yönelik olarak geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir ($r:0.93$). Hastane, poliklinik ve ev ortamında uzmanlık gerektirmeden kullanılabilmesi belirtilmektedir (22). Türkiye için uyarlaması Akın ve Emiroğlu (19) tarafından yapılan bu ölçeğin ülkemizde kulla-



nının uygun olduğu bildirilmiştir (geçerlilik: bilinen grupla karşılaştırma $p < 0.05$, güvenilirlik: test tekrar test, $r: 0.98$). RMI 14 maddeden oluşan ve toplam puanı 14 olan bir ölçektir. RMI'dan 14 puan ve daha düşük puan alanlar mobilitede yetiyitimi var olarak kabul edilmiştir. KYA Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve ülkemiz için uyarlaması Kaplan (20) tarafından yapılmış ve geçerli ve güvenilirliği incelenmiştir. ($r: 0.91$). KYA 11 maddeden ve ilave iki sorudan oluşan ve toplam puanı 22 olan bir ölçektir. KYA'ndan 5 puan ve daha yukarı alanlar fiziksel sosyal yetiyitimi var olarak kabul edilmektedir. SAÖ Dökmen (17) tarafından geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir ($r: 0.91$). SAÖ'den yaşlıların sosyal etkileşimde bulunduğu kişilerin sayısı ve yakınlıklarını değerlendirmede Sosyal Atom Hacmi (SAH) ve yaşlıların sosyal atomlarındaki kişilerin akrabalık dışı ilişkiler yönünden çeşitliliğini incelemek üzere Sosyal Atom Zenginliği (SAZ) hesaplamalarından yararlanılmıştır (18). Yaşlılarda kronik hastalık/durum varlığı yaşlı ve yakınlarının öz bildirimine dayalıdır ancak tanının bir hekim tarafından doğrulanma durumu göz önünde bulundurulmuştur.

Veriler Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümü mezunu 6 eğitilmiş hemşire ve araştırmacı tarafından 15 Haziran 10 Temmuz 2001 tarihleri arasında ev ziyaretleri ile, yaşlılarla tek tek görüşülerek toplanmıştır.

Araştırmada yaşlıların sosyal destek yapısı olarak SAH ve SAZ incelenmiştir. Yaşlıların SAH ve SAZ durumları ile ilişkili olarak bazı değişkenler incelenmiştir. Yaşlıların sosyodemografik durumları ile ilgili olan yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, aylık gelir, sağlık güvencesi ve yalnız yaşama durumu sosyal destek yapısı ile ilgili bağımsız değişkenler olarak incelenmiştir. Yaşlıların sağlık durumu ile ilgili olan algılanan sağlık, hastaneye yatma ve kronik sağlık sorunu olma ve ayrıca mobilitede yetiyitimi ve fiziksel sosyal yetiyitimi ise sosyal destek yapısı ile ilişkili bağımlı değişkenler olarak incelenmiştir.

İstatistiksel analizler SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Yaşlıların SAH ve SAZ durumlarının yaş, eğitim, yalnız yaşama, algılanan sağlık, fizik aktivite durumu ile ilişkisinin incelenmesinde Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Yaşlıların SAH ve SAZ durumlarının cinsiyet, medeni durum, aylık gelir, sağlık güvencesi, kronik sağlık sorunu olma, hastaneye yatma, mobilitede yetiyitimi ve fiziksel sosyal yetiyitimi olma ile ilişkisinin incelenmesinde t testi ya da Mann Whitney U testi ve son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı gün sayısı, son bir ay içinde yatakta geçirilen gün sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır İstatistiksel analizler sonucu elde edilen sonuçların önem kontrolünde çift yönlü p değeri kullanılmış ve p değeri 0.05'in altında ise anlamlı kabul edilmiştir.

Kronik hastalık varlığı konusunda elde edilen bilgiler yaşlı ve yakınlarının öz bildirimine dayalı bilgilerle sınırlı subjektif değerlendirmeye dayalı olup bu verilerin geçerliliğini artırmak için belirtilen tanının bir hekim tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı sorulmuş olması araştırmanın bir sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sağlık Ocağı bölgesinde evinde yaşayan toplam 245 yaşlının ele alındığı bu çalışmada; yaşlıların %35.9'u 65-69 yaş arasında ve çoğunluğu (%64.1) 70 yaşın üzerinde yer almaktadır, %51.0'i erkektir, %43.3'ü ilk okul mezunudur ve %33.5'i okuryazar değildir, %73.1'i evlidir, yalnızca %10.2'si yalnız ve %51.0'i eşi ile yaşamaktadır, %93.5'inin sürekli bir aylık geliri ve %91.4'ünün sağlık güvencesi vardır.

Bunun yanında yaşlıların %3.3'ü fiziksel sağlığını çok iyi, %26.5'i iyi, %47.8'i orta derecede, %18.8'i kötü ve %3.6'sı ise çok kötü olarak algılamakta %4.1'i zihinsel duyuşsal sağlığının çok iyi, %25.7'si iyi, %46.1'i orta derecede, %19.2'si kötü ve %4.9'u ise çok kötü olarak algılamaktadır. %78.8'i son bir yıl içinde hastaneye yatmamıştır ve %92.7'sinin en az bir kronik sağlık sorunu vardır. Yaşlıların %68.6'sında mobilitede yetiyitimi, %70.2'sinde fiziksel sosyal yetiyitimi bulunmaktadır ve son bir ay içinde günlük işlerini ortalama 5.8 ± 9.7 gün aksatmışlar ve ortalama 2.3 ± 5.7 günlerini hastalık ya da yaralanma nedeni ile yatakta geçirmişlerdir. Çalışma grubunun tanımlayıcı özellikleri ile ilgili ayrıntılı bilgiler araştırmanın daha önce yayınlanmış olan ilk bölümünden elde edilebilir (23). Yaşlıların sosyal destek yapısı ile ilgili olarak incelenen SAH puan ortalaması 439.5 ± 522.9 ve SAZ puan ortalaması ise 8.2 ± 10.7 olarak saptanmıştır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi fiziksel ve bunun yanında zihinsel ve duyuşsal sağlığını orta derecede algılayanların SAH ve SAZ puan ortalamaları daha düşüktür ve yapılan istatistiksel incelemede sağlığını algılamaya göre grupların SAH ve SAZ puan ortalamalarının farklı olduğu saptanmıştır ($p < 0.0001$).

Tablo 3'de mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların SAH ve SAZ puan ortalamalarının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan istatistiksel incelemede mobilitede yetiyitimi ve SAH ve SAZ puanlarının ilişkili olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

Tablo 1'de görüldüğü gibi 75 yaşın üzerinde olanların SAH ve SAZ puan ortalamaları daha düşüktür ancak yapılan istatistiksel incelemede yaş gruplarının SAH ve SAZ puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgumuz yaş ilerledikçe sosyal desteğin azaldığı yönündeki literatür bilgisi ile çelişmektedir (3-6). Bu çelişen durumun ülke-



Tablo 1— Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin SAH Ve SAZ Puanları İle İlişkisi

Özellikler	Sosyal Atom Durumu	
	SAH puanı ortalaması Ortalama (±SS)	SAZ puanı ortalaması Ortalama (±SS)
Yaş		
65-69	411.5 (533.5)	7.6 (10.9)
70-74	527.5 (619.6)	10.0 (12.7)
75 +	393.5 (360.5)	5.3 (7.5)
Önemlilik değerleri	KW= 0.123, p=0.902	KW= 0.107, p= 0.915
Cinsiyet		
Kadın	346.8 (384.3)	6.3 (7.9)
Erkek	527.7 (615.8)	10.0 (12.6)
Önemlilik değerleri	t= 2.737, p= 0.007*	t= 2.753, p=0.006*
Eğitim		
OYD	318.6 (320.0)	5.7 (6.6)
OY Okula gitmemiş	560.0 (652.3)	10.7 (13.4)
İlk okul	416.3 (461.5)	7.7 (9.5)
Ortaokul ve +	736.7 (836.6)	14.4 (17.2)
Önemlilik değerleri	KW= 6.198, p= 0.102	KW= 6.709, p=0.082
Medeni Durum		
Evlü	492.0 (574.5)	9.3 (11.8)
Dul/Boşanmış	294.9 (302.2)	5.2 (6.2)
Önemlilik değerleri	Z= 2.126, p=0.034**	Z= 2.009, p=0.045**
Kimlikle Yaşadığı		
Yalnız	251.3 (295.2)	4.3 (6.1)
Eşi ile	512.8 (607.6)	9.7 (12.5)
Çocukları ile	393.1 (428.8)	7.2 (8.8)
Akraba/Arkadaş ile	370.7 (381.4)	6.6 (7.9)
Önemlilik değerleri	KW= 5.540, p=0.136	KW= 5.106, p=0.164
Sürekli Aylık Geliri		
Var	453.9 (536.7)	8.5 (11.0)
Yok	243.3 (209.7)	4.1 (4.3)
Önemlilik değerleri	t= 1.559, p=0.120	t= 1.566, p= 0.119
Sağlık Güvencesi		
Var	459.7 (539.3)	8.6 (11.1)
Yok	224.9 (201.8)	3.8 (4.2)
Önemlilik değerleri	Z= 1.780, p=0.075	Z= 1.703, p=0.089

* p<0.01, ** p<0.05

mizdeki sosyal destek yapısının batılı ülkelerden farklı özellikler taşımasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sosyal atom puanları cinsiyete göre incelendiğinde kadınların SAH ve SAZ puan ortalamalarının erkeklerden daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan incelemede kadın ve erkeklerin puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır (p<0.01). Çalışmamızın bu bulgusu Litwin'in (9) bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Başka bir çalışmanın

Tablo 2— Yaşlıların Sağlığı Algılama Biçimleri ve Sağlık Durumlarının SAH ve SAZ Puanları İle İlişkisi

Özellikler	Sosyal Atom Durumu	
	SAH puanı ortalaması Ortalama (±SS)	SAZ puanı ortalaması Ortalama (±SS)
Algılanan Fiziksel Sağlık		
Çok iyi/ İyi	634.1 (671.4)	12.2 (13.8)
Orta	315.4 (403.8)	5.6 (8.3)
Kötü/Çok kötü	446.3 (444.8)	8.3 (9.1)
Önemlilik değerleri	KW= 26.527, p=0.000*	KW= 26.086, p=0.000*
Algılanan Zihinsel/Duygusal Sağlık		
Çok iyi/ İyi	679.9 (678.1)	13.2 (13.9)
Orta	282.0 (368.4)	5.0 (7.6)
Kötü/Çok kötü	443.9 (441.5)	8.2 (9.1)
Önemlilik değerleri	KW=30.583, p=0.000*	KW=30.730, p=0.000*
Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatma		
Yatan	359.3 (314.4)	6.6 (6.5)
Yatmayan	463.0 (564.6)	8.7 (11.6)
Önemlilik değerleri	Z= 0.263, p=0.792	Z= 0.200, p=0.842
Kronik Sağlık Sorunu		
Yok	740.3 (847.9)	14.4 (17.4)
Var	415.5 (482.9)	7.9 (9.9)
Önemlilik değerleri	t= 2.565, p=0.011**	t= 2.553, p=0.011**

*p<0.0001, **p<0.05

(6) kadınların sosyal ve diğer kaynaklar yönünden daha olumsuz özelliklere sahip olduğu yönündeki bulgusu da çalışmamızın bu bulgusunu desteklemektedir. Yalnız yaşayan yaşlılarla ilgili bir çalışmada (12) kadınların sosyal destek durumunun daha olumsuz olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızın bulgusundaki farklılık çalışma grubunda yer alan yaşlıların çok azının (%10.2) yalnız yaşıyor olması ile açıklanabilir. Yaşlıların eğitim düzeyine göre SAH ve SAZ puan ortalamalarına bakıldığında okur yazar olmayanların puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmekle birlikte istatistiksel incelemede eğitim düzeyine göre grupların puan ortalamalarının farklı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bir çalışmada (9) yüksek eğitimin özellikle arkadaşlardan oluşan sosyal ilişkilerde önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda bu bulgu ile çelişen bir bulgu elde edilmesi araştırma kapsamına alınan yaşlıların eğitim düzeyinin yüksek öğrenimi içermemesini ve ülkemizdeki sosyal yardım ağının batılı toplumlardan farklı özellikler gösterebileceğini düşündürülebilir. Bunun yanında dul olanların SAH ve SAZ puan ortalamaları daha düşük olarak bulunmuş ve istatistiksel inceleme de evli ve dul olanların puan ortalamalarının farklı olduğunu göstermiştir (p<0.05). Çalışma grubumuz-



Tablo 3— Yaşlıların Mobilitede Yetiyitimi ve Fiziksel-Sosyal Yetiyitimi Durumları İle SAH Ve SAZ Puanları İlişkisi

Özellikler	Sosyal Atom Durumu	
	SAH puanı ortalaması Ortalama (SS)	SAZ puanı ortalaması Ortalama (SS)
Mobilitede Yetiyitimi		
Var	366.6 (418.0)	6.7 (8.6)
Yok	597.7 (674.9)	11.5 (13.8)
Önemlilik değerleri	Z= 2.350, p=0.019*	Z= 2.351, p=0.019*
Fiziksel-Sosyal Yetiyitimi		
Var	407.9 (437.3)	7.5 (9.0)
Yok	513.5 (680.7)	9.7 (10.0)
Önemlilik değerleri	Z=0.693, p=0.488	Z=0.630, p=0.589

*p<0.01

da dul olanların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu bulgu kadın olma ve dul olma faktörlerinin karşılıklı ilişkisinin böyle bir sonuçta etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca yalnız yaşayan, sürekli bir aylık geliri ve sağlık güvencesi olmayanların da SAH ve SAZ puan ortalamaları daha düşük olmakla birlikte puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$). Yalnız yaşama ve düşük sosyo-ekonomik durumun bireyin sosyal kaynakları elde etmesinde önemli olabileceği ve bu nedenle sosyal destek yapısının büyüklüğü ve çeşitliliğini de etkileyeceği düşünülerek incelenmiş ancak bu özelliklerin istatistiksel olarak sosyal destek yapısı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu bulgulara dayanarak kadınların ve dul olanların sosyal destek yapısında yetersizlik ve dolayısıyla buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlar yönünden daha fazla risk altında olabileceğini söyleyebiliriz

Tablo 4— Yaşlıların Günlük İşlerini Aksatma Ve Yatakta Kaldıkları Gün Sayıları İle SAH Ve SAZ Puanlarının Korelasyonu

Yetiyitimi İle Geçirilen Gün Sayıları	Sosyal Atom Durumu	
	SAH puanı Korelasyon Katsayısı (r) (Pearsons')	SAZ puanı Korelasyon Katsayısı (r) (Pearsons')
Son Bir Ay İçinde Günlük İşlerin Aksatıldığı Gün Sayısı	r= 0.009 p=0.889	r= 0.009 p=0.887
Son Bir Ay İçinde Yatakta Geçirilen Gün Sayısı	r= 0.064 p=0.316	r= 0.063 p=0.326

İkili karşılaştırmalarda sağlığını orta derecede algılayan yaşlıların diğer iki gruptan istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Çalışmamızın bu bulgusu başka çalışmaların (6,8,10,11,24) sosyal destek yapısının yaşlının sağlık durumunda önemli bir belirleyici olduğu yönündeki bulguları ile benzerlik göstermektedir. Sağlığını kötü algılayanların SAH ve SAZ puan ortalamaları ise orta derecede algılayan gruba göre daha yüksektir. Bunun nedeni sağlık durumu çok kötü olanların zorunlu olarak sosyal desteği arttırmış olmaları olabilir. Sosyal destek yapılarında yetersizlik olan yaşlıların ise sağlık durumlarında başlangıçta orta derecede bozulmalar olduğu bu grubun sağlık durumunda daha ileri düzeyde bozulmalar için bir risk grubu olabileceği söylenebilir. Yine sağlık durumu ile ilgili önemli bir bulgu olarak incelenen kronik bir sağlık sorununa sahip olma durumuna bakıldığında kronik bir soruna sahip olanların da SAH ve SAZ puan ortalamaları daha düşüktür ve yapılan istatistiksel incelemede kronik bir sağlık sorununa sahip olma SAH ve SAZ puanı ile ilişkili bulunmuştur ($P<0.05$). Bu bulgumuz da yukarıda tartışıldığı gibi sosyal destek yapısı ve sağlık durumu arasındaki ilişkiyi destekleyici niteliktedir. Son bir yıl içinde hastaneye yatanların SAH ve SAZ puan ortalamaları da hastaneye yatmayanlara göre daha düşüktür ve ancak yapılan incelemede hastaneye yatan ve yatmayan grupların SAH ve SAZ puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgumuz hastaneye yatmayı gerektirecek düzeyde bir sağlık sorununa sahip olanlarda aile ve diğer destek sistemlerinin zorunlu yardımını gerektirdiği dolayısıyla önceden var olan yetersizliğin belki geçici bir süre giderildiğini düşündürmektedir. Sosyal destek yapısının çeşitli sağlık sorunları ve düzeylerinde farklı olup olmadığını inceleyen çalışmalar sorunun daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Sosyal destek yapısının yaşlının kendi sağlığını algılaması ve kronik sağlık sorununa sahip olması yönünden önemli bir gösterge olabileceğini düşünebiliriz.

Yaşlıların mobilitedeki yetiyitimi ve fiziksel-sosyal yetiyitimi ile ilgili bulguları yaşlılarda yetiyitimi ve sosyal destek durumunu inceleyen iki çalışmanın (7,9) bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yaşlının hareket etme yetisi ile ilişkili bir yetiyitimi alanı olan mobilitenin yaşlının daha ileri düzeyde yetiyitimi ve düşme gibi önemli durumlar yönünden önemli bir gösterge olduğunun bildirilmesi (23) bu bulgumuzun önemini arttıran bir durum olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında fiziksel-sosyal yetiyitimi olanların SAH ve SAZ puan ortalamaları da daha düşük olmakla birlikte fiziksel sosyal yetiyitimi ile SAH ve SAZ puanlarının ilişkili olmadığı saptanmıştır



($p>0.05$). Ayrıca Tablo 4’te görüldüğü gibi yetiyitimi ile ilgili olarak incelenen son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve son bir ay içinde yatakta geçirilen gün sayılarının SAH ve SAZ puanları ile korelasyonunun istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Yetiyitiminin özellikle mobilite boyutunun SAH ve SAZ puanları yönünden önemli olabileceği dikkat çekmektedir. Fiziksel sosyal yetiyitiminin de SAH ve SAZ puanları ile ilişkisi olması beklenirdi. Çünkü sonuçta sosyal destek yapısındaki olumsuz değişikliklerde sosyal alandaki bir yeti kaybı durumu söz konusudur. Bu bulgumuz SAÖ ve KYA’nın sosyal durumu farklı şekilde değerlendirmesine bağlanabilir. SAÖ’de yaşlının yaşamındaki kişilerin sayısı, yakınlığı ve akraba olan ve olmayanlar yönünden çeşitliliği incelenmektedir. Fiziksel sosyal yetiyitiminin incelendiği KYA’nda ise sosyal yaşam çeşitli yönleri ile incelenmekte ve arkadaşlarla ilişkilerde olumsuz yönde bir değişiklik olup olmadığı yaşlının kendi algılamasına göre değerlendirilmektedir. Yaşlıların sosyal durumlarında yaşadıkları değişimleri muhtemelen yaşlılığın doğal bir sonucu olarak algıladıkları ve bu nedenle de bir sorun olmadığını bildirmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

ÖNERİLER

Bu sonuçlara dayanarak yaşlı sağlığına yönelik hemşirelik girişimlerinde kadınların ve dul olanların sosyal destek yapılarında olumsuz değişiklik ve buna bağlı olarak gelişebilecek sorunlar yönünden risk altında olabileceklerinin göz önüne alınmasının, yaşlıların sosyal destek yapılarının yaşlıların sağlık durumu ve mobilitede yetiyitimi yönünden bir gösterge olarak dikkate alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca ülkemizdeki yaşlıların sosyal destek yapısının yeterliliği ve kalitesini ve sosyal destek yapısının diğer ülkelerle farklı özellikler gösterip göstermediğini ve bunun yanında sosyal destek yapısının yaşlının çeşitli sağlık sorunları ve düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini inceleyen araştırmalar yapılmasının yararlı bilgiler sağlayacağı söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. DPT. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. DPT: 2561ÖİK: 577, Ankara, 2001.
2. Willaerth D, Verhasselt Y. World Atlas of Ageing. WHO Centre for Development, WHO/WCK TECH. SER/98.1, Kobe, Japan, 1998.
3. Walker SN. Wellness for elders, Holistic Nursing Practice. 7(1), 3845, 1992. In (edit) Spradley BW and Allender JA. Readings in Community Health Nursing. 5th edition, Lippincott, Philadelphia, 1997.
4. Burke MM, Laramine LA. Health Assessment and Health Maintenance Screening in Primary Care of The Older Adult: A Multidisciplinary Approach. Mosby, St. Louis. 2000; 35-60.
5. Eliopoulos C. Solitude and Social Intertaction, in Gerontological Nursing, fourth edition, Lippincott, Philadelphia 1997; 176-182.
6. Siebert DC, Mutran EJ, Reitzeu DC. Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults. Social Work 1999; 44 (6): 522-533.
7. Litwin H. Social structure type and health status in a national sample of elderly Israelis. Social Science & Medicine 1998; 46 (45): 599-609.
8. Litwin H. Social structure type and morale in old age. Gerontologist 2001; 41 (4): 516-524.
9. Litwin H. The association of disability, sociodemographic background and social structure type in later life. J Ageing Health 2003; 15 (2): 391-408.
10. Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in relation between functional status and quality of life in older adults. Psychol Aging 1996; 11 (1): 34-44.
11. Baxter J, She’ Lerly SM, Eby C, Mason L, Cortese CF, Hamman RF. Social structure factors associated with perceived quality of life. The San Luis Valley Healthhand Aging Study. J Ageing Health 1998; 10 (3): 287-310.
12. Saito E, Sagawa Y, Kanagawa K. Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. Nursing and Health Science 2005; 7: 29-36.
13. UN. Second World Assembly on Ageing. Madrid, UN Department of Public Information, United Nations, Room S1040, New York, NY 10017, 2002.
14. Dhar HL. Gender, Aging, Health and Society. J Assoc Physicians India 2001; 49:1012-1020.
15. Krause N, Shaw BA. Giving social support to others, socioeconomic status and changes in self-esteem in later life. J Gerontol B Soc Sci. 2000; 55 (6):323-333.
16. Whittmore R, Rankin SH, Callahan CD, Leder MC, Caroll DL. The Peer Advisor Experience Providing Social Support. Qual Health Res 2000;10(2):260-276.
17. Dökmen Ü. Sosyal Atom Ölçeği: Geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliliği. Türk Psikoloji Dergisi 1993; 8 (30): 26.
18. Dökmen Ü. Sosyometri ve Psikodrama, ikinci baskı, Sistem Yayıncılık, İstanbul. 1995, 53-68.
19. Akın B, Emiroğlu ON. Rivermead Mobilite İndeksi’ nin (RMİ) Türkçe adaptasyonunun yaşlılarda geçerlilik güvenilirliği. I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı 2002; 165-166.
20. Kaplan İ. Yanı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1995; 6 (3), 169-179.
21. Collen FM, Wade DT, Robb GF and Bradshaw CM. The Rivermead Mobility Index: A further development of Rivermead Mo-



- tor Assesment. *International Disability Studies* 1991; 13: 50-54.
- 22.** Wade DT. Personal physical disability. In: *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Oxford University Press, Oxford 1992; 71-82.
- 23.** Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yetiyitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Turk J Geriatrics* 2003; 6 (2), 59-67.
- 24.** Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social relations and selfreported health: A prospective analysis of French Gazel cohort. *Social Science & Medicine* 2003; 56:1817-1830.