

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKÂMİL VE
ŞAHİNBEY MERKEZ İLÇELERİNDE YAŞAYAN
65 YAŞ ÜSTÜ POPULASYONDA YAŞAM
KALİTESİ DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Semiha AYDIN
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU

MALATYA- 2009

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKÂMİL VE
ŞAHİNBEY MERKEZ İLÇELERİNDE YAŞAYAN
65 YAŞ ÜSTÜ POPULASYONDA YAŞAM
KALİTESİ DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Semiha AYDIN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU

MALATYA- 2009

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. M. Fikret GENÇ

İmza



Danışman

Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU



Üye

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2009 tarih ve 2009/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali OTLU
Enstitü Müdürü

ÖZET

GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKÂMİL VE ŞAHİNBEY MERKEZ İLÇELERİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ ÜSTÜ POPULASYONDA YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Giriş ve Amaç

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir. Çalışmanın amacı Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlılar oluşturmaktadır. Nüfusa dayalı orantılı küme örnekleme yöntemiyle seçilen altmış kümede, her kümeden ortalama on olmak üzere toplam 632 yaşlı birey ile Aralık 2007–Mayıs 2008 tarihleri arasında yüzyüze görüşülmüştür. Veri toplamada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği, altı alandan oluşan Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi yaşlı modülü (WHOQOL-OLD) Türkçe sürümüdür. Toplam puan yüz üzerinden, alan puanları on altı üzerinden hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına giren 632 yaşlıdan cevap verebilecek yeterlilikte olan 592 yaşlıya WHOQOL-OLD modülü anket soruları uygulanmıştır. Veri analizi SPSS-9.0 programıyla yapılmıştır. Analizlerde ki-kare, Mann-Whiney U, Kruskall Wallis, ANOVA ve lojistik regresyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %45.9'u erkek, %54.1'i kadındır. Yaşlıların %63.9'u 65-74 yaş, %29.7'si 75-84 yaş, %6.4'ü 85 ve üzeri yaş grubundadır. Yaşlıların %58.1'i okur yazar değil, %11.2'si ilkokul mezunudur. Yaşlıların çoğunluğu eş veya çocuklarıyla, %12.9'u yalnız yaşamaktadır. Yaşam kalitesi ortalama puanı 55.8 ± 0.5 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi alanları olan duyuşsal yetiler, otonomi, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri, sosyal katılım,

ölüm ve ölmek ile yakınlık ortalama puanları sırasıyla, 11.5 ± 0.1 , 9.0 ± 0.1 , 8.1 ± 0.1 , 5.9 ± 0.1 , 11.9 ± 0.1 ve 9.4 ± 0.1 ' dir. Yaşam kalitesi erkeklerde (59.0 ± 0.7), 65-74 yaş grubunda (57.4 ± 0.6), orta ve üzeri okul mezunlarında (68.5 ± 1.7), kentsel alanda yaşayanlarda (56.1 ± 0.5), gelir düzeyini iyi olarak değerlendirenlerde (62.4 ± 0.8), kendine ait tapulu malı olanlarda (57.6 ± 0.5), eşiyile yaşayanlarda (59.1 ± 0.7) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Lojistik regresyon analiz sonucuna göre yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenler 65-74 yaş grubunda olma (OR=2.2), ilkokul ve üzerinde eğitilmiş olma (OR=7.9), aylık gelire sahip olma (OR=2.3), halen çalışıyor olma (OR=6.6) ve herhangi bir kronik hastalığının olmaması (OR=4.0)'dır.

Sonuç

Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ortalama puanı yüz üzerinden 55'dir. Yaşam kalitesi gelişmiş ülkelere göre düşük düzeydedir, Türkiye'de bildirilen değerlerle uyumludur.

Anahtar Sözcükler:

Yaşlılık,

Yaşam kalitesi,

Sağlık belirleyicileri,

Sağlık düzeyi

ABSTRACT

THE QUALITY OF LIFE WITH THE INFLUENCING FACTORS AMONG THE POPULATION OVER 65 AGE DWELLING IN ŞEHİTKÂMİL AND ŞAHİNBEY CENTRAL DISTRICTS IN GAZİANTEP PROVINCE

Background and Objectives

Quality of life, being happy and being pleased with the life itself are concepts used to explain “being well” in general. The objective of the study is to define the quality of life and factors influencing dwelling in Gaziantep provincial center.

Materials and Method

This study is a sectional type research. The research universe consists of the individuals over 65 dwelling in the districts of Şehitkamil and Şahinbey, in Gaziantep province. . The group sampling method leaning against the population has been used in the sampling choice. Sixty groups and ten individuals from each group, in total 632 old individuals were interviewed face to face between the dates of December 2007 and May 2008. The quality of life scale used in collecting data is the quality of life old age module (WHOQOL-OLD) of the World Health Organization consisting of six areas in Turkish version. The total point was figured at 100, range points were figured at 16. 592 of 632 old people falling within the research were applied the WHOQOL-OLD module survey questions. Analysis of data was carried out by the program of SPSS- 9.0. The chi-square, Mann-Whiney U, Kruskall Wallis, ANOVA, and logistic regresion tests were used in the analysis.

Results

The old people in the extent of the research are 45.9% men and 54.1% women. 63.9% of the old people are between 65-74 ages, 29.7% are between 75-84 ages, and 6.4% are 85 and over ages groups. 58.1% of them are uneducated and %11.2 graduated from primary school. Most of the old people live with their spouses or children and 12.9% live alone. Quality of life average point has been defined as 55.8 ± 0.5 . The quality of life ranges that are sensory abilities, autonomy, past, present and future activities, social participation, death and die and intimacy are in order:

11.5±0.1, 9.0±0.1, 8.1±0.1, 5.9±0.1, 11.9 ±0.1 ve 9.4±0.1. Quality of life is for men (59.0±0.7), 65-74 age group (57.4±0.6), for the graduated from secondary and over education (68.5±1.7), for those dwelling in urban (56.1±0.5), for those having well earning levels (62.4±0.8), for those owning registered estate (57.6±0.5), living with their spouses (59.1±0.7) found significant ($p<0.05$). According to the results of logistics regression, the variables influencing old people's quality of life are being in the group of 65-74 age (OR=2.2), being graduated from primary or over education (OR=7.9), having monthly income (OR=2.3), working still (OR=6.6) and not having a chronic illness (OR=4.0).

Conclusion

The average point of the old people's quality of life dwelling in Gaziantep provincial centre is 55 over 100. The quality of life is lower than the developed countries, coherent with the assets defined in Turkey.

Keywords:

Old age,

Quality of life,

Health determinants,

Health level

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince her konuda ilgi ve desteklerini gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Erkan PEHLİVAN'a, Doç.Dr. Leyla KARAOĞLU'na, Prof.Dr. Metin GENÇ'e, Prof.Dr. GülsenGÜNEŞ'e ve Doç.Dr Saim YOLOĞLU'na

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde destek olan ve tezin tüm aşamalarında değerli önerileri ile bana yön veren hocam sayın Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU'na,

Bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma süresince de desteklerini esirgemeyen aileme,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince gösterdikleri sabır ve anlayış için çalışma arkadaşlarıma,

ArkadaşımYılmaz KORKMAZ' a

Teşekkürlerimi sunarım.

Hem. Semiha AYDIN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık- tanım ve sınıflandırma.....	4
2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması	5
2.1.2. Gerontoloji - Geriatri.....	6
2.2. Yaşlı Nüfus Demografisi.....	6
2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus Demografisi	6
2.2.2. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Demografisi	8
2.3. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	9
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem	10
2.3.2. Solunum Sistemi	10
2.3.3. Gastrointestinal Sistem	11
2.3.4. Kas İskelet Sistemi	13
2.3.5. Endokrin Sistem	14
2.3.6. Sinir sistemi	14
2.3.7. Derideki Değişiklikler	15
2.3.8. İşitme Problemleri	15
2.3.9. Görme Problemleri	16
2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik Ve Sosyal Değişiklikler	16

2.4.1. Psikiyatrik Sorunlar	16
2.4.2. Ölüm Anksiyetesi	17
2.5.Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler	17
2.5.1 Dünya’da Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler.....	17
2.5.2 Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler.....	20
2.6. Yaşam Kalitesi	24
2.6.1 Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalite.....	25
2.6.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	25
2.6.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçlarının Sınıflandırılması.....	26
2.6.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği	28
2.7. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	30
2.8. Aktif Yaşlanma	33
2.9.Sağlıklı yaşlanma (DSÖ Avrupa Bölgesi için Sağlık 21).....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1.Bölge Hakkında Genel Bilgiler	38
3.2. Araştırma Modeli	40
3.3.3.2.1.Araştırmanın Evreni ve Örneklem	40
3.2.2.Araştırmanın Değişkenleri.....	42
3.3.Verilerin Toplanması ve Analizi.....	43
3.4.1. Anket Formunun Düzenlenmesi	43
3.3.2Anket Formunun Uygulanması.....	43
3.3.3.Verilerin Analizi	43
3.4.Araştırmanın Süresi ve Maliyeti.....	46
3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
4.BULGULAR	47
4.1.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulgular.....	47
4.2.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulgular.....	55
4.3.Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulgular.....	65
4.4.Araştırma kapsamına giren yaşlıların	

yaşam kalitesine ilişkin bulgular.....	74
5.TARTIŞMA.....	97
5.1.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması.....	97
5.2.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulguların tartışması.....	100
5.3.Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulguların tartışması.....	103
5.4.Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması.....	106
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	113
KAYNAKLAR.....	118
EKLER.....	127
EK. 1: Anket Formu.....	127
ÖZGEÇMİŞ	138
İZİN FORMU.....	139

TABLOLAR DİZİNİ

TABLO NO	SAYFA NO
2.1. Dünyada 2000 yılı toplam nüfusları ve yaşlı nüfus oranları.....	7
2.2. Dünyada Doğuştta Beklenen Yaşam Süresi.....	7
2.3. Türkiye’deki resmi ve özel huzurevleri sayısı ve kapasiteleri.....	22
3.1. Araştırma kapsamına giren 60 kümenin dağılımı.....	41
3.2. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve temel alan maddeleri.....	44
3.3. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve 24 temel alan madde soru sayısı.....	45
3.4. Araştırmanın zaman tablosu	46
1: Araştırma kapsamına giren yaşlıların cinsiyete ve sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	48
2: Araştırma kapsamına giren yaşlıların cinsiyet ve ekonomik durumlarının dağılımı.....	50
3: Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli aylık gelir özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı.....	51
4: Araştırma kapsamına giren yaşlıların gelire ilişkin düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı.....	52
5: Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli aylık gelire sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı.....	53
6: Araştırma kapsamına giren yaşlıların tapulu mala sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı.....	53
7: Araştırma kapsamına giren yaşlıların eve giren toplam gelir konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı.....	54
8: Araştırma kapsamına giren yaşlıların geliri konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı.....	55
9: Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte kaldıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı.....	56
10: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşamında güvendikleri kişiye sahip olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı.....	56

11: Araştırma kapsamına giren yaşlıların güvendikleri kişilerin cinsiyete göre dağılımı.....	57
12: Araştırma kapsamına giren yaşlıların komşuluk ilişkilerinin cinsiyete göre dağılımı.....	58
13: Araştırma kapsamına giren yaşlıların toplumsal hizmetlere ulaşmaya ilişkin düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı.....	59
14: Araştırma kapsamına giren yaşlıların toplumsal hizmetlere ulaşmaya ilişkin düşüncelerinin yerleşim yerine göre dağılımı.....	60
15: Araştırma kapsamına giren yaşlıların alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı	61
16: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı.....	62
17: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kamu hizmetlerine ulaşım konusunda eğitim düzeyine göre düşüncelerinin dağılımı.....	63
18: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşlılık algısının cinsiyete göre dağılımı.....	64
19: Araştırma kapsamına giren yaşlıların, yaşlıların yaşamasına uygun buldukları yerlerin cinsiyete göre dağılımı	65
20: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık durumlarının cinsiyete göre dağılımı.....	66
21: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalık durumunun yaş gruplarına göre dağılımı	67
22: Araştırma kapsamına giren yaşlıların ilaç kullanma durumunun yaş gruplarına göre dağılımı.....	67
23: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalıklarının dağılımı.....	68
24: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sigara kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	69
25: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık düzeyi algılarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	70
26: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yardımcı cihaz kullanım	

durumunun cinsiyete göre dağılımı	71
27: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kullandığı yardımcı cihazların dağılımı.....	71
28: Araştırma kapsamına giren yaşlıların fiziksel engeli olma durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	72
29: Araştırma kapsamına giren yaşlıların var olan fiziksel engellerinin dağılımı.....	72
30: Günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlılar cinsiyete göre dağılımı.....	73
31: Yaşlıların günlük yaşamlarında en çok yardım aldığı kişilerin cinsiyete göre dağılımı.....	74
32: Yaşam kalitesi 6 temel alan ve 24 alt alan puan ortalamaları dağılımı.....	75
33: Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	77
34: Yaşlıların Çocuk Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Alan Ortalamalarının Puan Dağılımı.....	79
35: Yaşlıların birlikte yaşadıkları kişiye göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı	80
36: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının ekonomik özelliklere göre dağılımı.....	81
37: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının gelir kaynağına göre dağılımı	83
38: Yaşlıların Sosyal Destek Konusundaki Düşüncelerin ve Yaşam Kalitesi Alan Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	84
39: Yaşlıların Kamusal Çevreye İlişkin Düşünceleri ve Yaşam Kalitesi Alan Ortalamalarının Puan Dağılımı.....	86
40: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının yaşlılık algılarına göre dağılımı.....	88
41: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının sağlık durumuna göre dağılımı.....	90
42: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı.....	92

43: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının günlük işlerinde yardıma ihtiyaç duyma durumu durumuna göre dağılımı.....	92
44: Lojistik regresyon analizine göre yaşlılarda “yüksek” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler.....	93
45: Lojistik regresyon analizine göre yaşlılarda “düşük” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler.....	94
46: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı erkeklerde “yüksek” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler.....	95
47: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı kadınlarda “yüksek” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler.....	96

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL NO	SAYFA NO
2.1.Yaş grupları yüzde dağılımı, Türkiye 1935-2050.....	8
2.2 Dünyada farklı bölgelerdeki 80 yaş ve üzeri bireylerin yıllara göre yüzde dağılımı.....	9
3.1.Gaziantep il haritası	38
4.1. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi toplam puanının normal dağılım grafiği.....	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇS-AP	Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EQ 5-D	EuroQol Instrument
G.B.G. aktiviteleri	Geçmiş, Bugün, Gelecek aktiviteleri
HUI	Sağlık Yararlanma İndeksi Health Utilities Index
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
NHP	Nottingham Sağlık Profili Nottingham Health Profile,
QALY	Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları
SF-36	Short Form-36,
SIP	Hastalık Etki Profili Sickness Impact Profile,
SYK	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality Of Life Old

BÖLÜM I

GİRİŞ

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda iyi olmayı tanımlayan bir terimdir (1). Daha ayrıntılı bir ifade ile kaliteli yaşam kişinin düşüncelerini geliştirebilmek, paylaşabilmek, savunabilmek, kendi hayatını yönetebilmek, kendi iradesiyle, kendi seçimiyle, kendi yönlendirmesiyle yaşamı sürdürmektir (2). Dünya sağlık örgütünün tanımına göre, yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, özgürlük seviyesi, sosyal ilişkileri ve yaşadığı çevrenin başlıca özellikleriyle etkileşimleri gibi çok sayıdaki etkenle ilişki içerisinde şekillenen karmaşık ve geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesinin ekonomik ve sosyal refahla birebir ilişkisi vardır (3).

Yaklaşık yarım yüzyıl önce, sağlık düzeyi, ya bireysel, ya hastane bazında ya da toplumsal düzeydeki geleneksel mortalite ve morbidite ölçümleri ile belirlenmekteydi. 1980'lerden sonra sağlık hizmet sunumu ve sağlık hizmet harcamaları arttığı halde sağlık düzeyinin yükselmemesi ek ölçüm ve göstergelere ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur. Bu ihtiyaç öncelikle klinik tıpta ortaya çıkmıştır. Bir sağlık girişiminin, tıbbi tedavinin başarısı ya da başarısızlığı o hastada yol açtığı ağrı, halsizlik, yeti yitimi gibi fiziksel ve ruhsal sağlığına etkisi yanında yaşam kalitesine yaptığı olumlu ya da olumsuz etkilerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Daha sonra ise kişinin sosyal ve fiziksel çevresi (konut olanakları ya da şehir planlaması gibi), kişisel ve toplumsal refah düzeyinin de yaşam kalitesinde etkili olduğu anlaşılmış ve yaşam kalitesi kavramı yalnızca klinik tıpta tedavinin değerlendirilmesi alanında değil halk sağlığında sağlığın geliştirilmesinin bir göstergesi olarak da kullanılmaya başlanmıştır (1,2).

Yaşlanma vücuttaki bir dizi değişikliğin olduğu doğal fizyolojik bir süreçtir. Birçok yaşlı insan yaşamlarının sonuna yakın zamanlara kadar aktif ve tamamen bağımsız kalırlar. Ancak yaşlılığın hareketsizlikle birlikte olduğu, sosyal rollerin az olduğu ve bu durumun da çok önemsenmediği bölgeler ve toplumlar mevcuttur. Yaşlıların kaliteli bir yaşam sürmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemli bir hedeftir. Amaç, toplumdaki yaşlı insan imgesinin ya da durumunun, bakım

isteyen, başkalarına bağımlı ya da statü kaybına uğramış pasif insan görüntüsünden ya da durumundan kurtarılarak, topluma kendi becerileri ölçüsünde katılım gösteren, deneyimlerinden yararlanılacak insan durumuna kavuşturulmasıdır. (4).

Günümüzde, nüfus artış hızı azalmakta, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamakta ve dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmektedir (5). 2007 Birleşmiş Milletler verilerine göre dünya nüfusu 6.6 milyarı geçmiştir. Bu nüfusun 650 milyonu 65 yaş ve üstündedir. 2000 yılında %6.9 olan 65 yaş ve üstü nüfusun, 2025 yılında %10.4, 2050 yılında ise %16.4'e çıkması beklenmektedir. Yaşlı nüfusun büyük kısmı Çin, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya ve Japonya'da yaşamaktadır. Dünyadaki en fazla yaşlı nüfusa sahip 20 ülkeden 18'i DSÖ'nün Avrupa bölgesindedir. Bu ülkelerde nüfusun %13.2-17.9'u 65 yaşın üstündedir(6,7,8,9).

Türkiye' de 65 yaş ve üstü nüfus, 2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre %6.9, 2007 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre %7.1'dir. Yaşlı nüfusun 2020 yılında %7.7'ye ulaşması beklenmektedir (10,11).

Toplumların yaşlanması, yaşlı nüfusun artması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmak gerekmektedir. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranış sergilemelerinde, topluma aktif olarak katılmalarında ve mutlu olmalarında önem taşımaktadır (1). Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşlı insanların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bozan faktörlerdir. Sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği ile birlikte, ev ve aile ile ilgili konular, çalışma durumu, sosyal ve kamusal hizmetlerin varlığı, ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği gibi sosyal, ekonomik ve fiziksel faktörler yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdir (12).

Lizbon'da belirlenen sağlık 21 çerçevesinde sağlıklı yaşlanma 5. Hedef olarak belirlenmiştir. Bu hedefte 2020 yılına kadar, 65 yaş ve üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinden hoşnut olma ve aktif sosyal rol oynama olanağına sahip olmalıdır. Özellikle, otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen seksenli yaşlarda nüfus arttırılmalıdır (13).

Bu çalışmanın amacı, yukarıdaki bilgiler ışığında Gaziantep ili şahinbey ve şehitkamil merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde yaşam kalitesi düzeyini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.YAŞLILIK-TANIM VE SINIFLANDIRMA

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süreğen ve evrensel bir süreçtir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (14). Yaşlanma ile ilgili çeşitli tanımlar aşağıdadır:

Normal yaşlanma terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmasızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır.

Biyolojik yaşlanma insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerdir.

Sosyal yaşlanma kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen "yaşlılık" tanımıdır. Kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemin adıdır.

Psikolojik yaşlılık; kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki değişimleri kapsamaktadır.

Ekonomik yaşlılık; parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesidir. Yaşlı bazen işten ayrılan yani emekli olan kişi olarak da tanımlanabilir.

Kronolojik yaşlanma geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı "yaş" tır.

Patolojik yaşlanma normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır.

Fonksiyonel yaşlanma aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonlarını devam ettirememesidir (15,16).

Toplum yaşlanması 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir. Toplumlar yaşlı bireylerin oluşturduğu gruplar açısından 4 gruba ayrılmıştır:

1-Genç Toplumlar; 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4'den az olduğu toplumlar

2-Erişkin Toplumlar; 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4-7 arasında olan toplumlar (Çin ve Türkiye gibi Batı Asya, Güney Amerika bölge ülkeleri)

3-Yaşlı Toplumlar; 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %7-10 arasında olduğu toplumlar (Kanada, Avustralya, Japonya gibi),

4-Çok Yaşlı Toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %10'un üzerinde olan toplumlar. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır ya da genç nüfus göç etmiştir. Gelişmiş Avrupa Ülkeleri genellikle bu gruptadır (Norveç, İsveç gibi) (9,17).

2.1.1 Yaşlılığın Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise;

65-74 yaş arası dönem => genç yaşlılık dönemi: 65 ile 74 yaş grubunu kapsayan bu dönem sıklıkla emekliliği takip eden bir dönemdir. Fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların gözlenmediği ve beklenmediği bir dönemdir. Hatta bazen genç yaşlılık olarak da anılır.

75-84 yaş arası dönem => orta yaşlılık dönemi: Bu dönemde sıklıkla fonksiyonel kayıplar gözlenir. Yinede kişi genellikle belli bir oranda başkalarına bağlı olmadan yaşamını sürdürebilecek durumdadır.

85 yaş ve üzeri dönem=> ileri yaşlılık dönemi: Bakım ihtiyacının ortaya çıkması nedeniyle ayrı bir grup olarak değerlendirilmektedir (14,17,18,19).

2.1.2 Gerontoloji ve Geriatri

Gerontoloji; fizyolojik olarak yaşlanmanın sosyo-ekonomik, biyolojik ve sosyolojik yönlerini bilimsel yöntemlerle inceleyen bir disiplindir. Akademik bir disiplin olarak özellikle 1960'lı yıllardan günümüze kadar yavaş da olsa gelişim göstermiştir. Gerontoloji; psikoloji, biyoloji, sosyoloji ve kent planlaması ile yakından ilişkili ve kişinin yaşamına yıllar eklemekten ileri bir görüşle, kişinin yıllarına yaşam ekleme amacını güden bir bilimdir.

Geriatri; 20. yüzyılın getirdiği artan yaşlı nüfusun, tek bir bilim dalının çözmekte çoğu zaman zorlandığı sağlık ihtiyaçları doğrultusunda gelişip şekillenen bir bilim dalıdır. Klinik yönüyle; tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri olan bütünlükçü bir yaklaşımı ve nöroloji, psikiyatri, rehabilitasyon, sosyal hizmetler gibi bir çok disiplinle işbirliği gerektiren bir ekip hizmetini içerir (20). Basit anlamda yaşlı tıbbi anlamına gelen Geriatri'nin başlıca hedefinin yaşlı insanları eski sağlığına kavuşturmak değildir. Daha ziyade yaşlılık safhasında yer alan insanları mümkün olabilen en üst düzeyde yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilecek ve yaşamlarıyla ilgili kararlarını tek başlarına alabilecek duruma getirmek veya bu durumu korumaktır. Gerontoloji disiplinler arası bir bilim kolu olarak, yaşlanmanın sebep ve koşullarını araştırarak Geriatri'nin işlevselliğini etkinleştirmektedir (19,21).

2.2. YAŞLI NÜFUS DEMOGRAFİSİ

2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus Demografisi

Yaşlanma, tüm dünya ülkeleri açısından önemi her geçen gün artan evrensel bir gerçekliktir. Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi ve ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi genel nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasına yol açmakta ve dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmektedir (5).

Birleşmiş Milletler 2007 verilerine göre dünya nüfusu 6.6 milyarı geçmiştir. Bu nüfusun 650 milyonu 65 yaş ve üstündedir. 2000 yılında %6.9 olan 65 yaş ve üstü bireylerin oranının 2025 yılında %10.4, 2050 yılında %16.4'e çıkması beklenmektedir. 80 yaş üstü bireylerin oranı ise 2000 yılında %1.1, 2025'te %1.9, 2050 yılında %4.2 olması bekleniyor. Yaşlı nüfusun büyük kısmı Çin, Hindistan, Amerika Birleşik

Devletleri, Rusya ve Japonya'da yaşamaktadır. Yaşlı nüfus gelişmiş ülkelerde yılda %2, gelişmekte olan ülkelerde ise yılda %3 dolayında artmaktadır. Dünya nüfusu her yıl %1,3 artarken, 65 yaş ve üzeri nüfus yıllık artış hızı %2,3'dür. İleri yaş nüfus (80 yaş ve üzeri) artış hızı her yıl %3,5 artmaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık %20'si 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus tarafından oluşturulacaktır. Bu nüfusun üçte ikisini kadınlar oluşturacak ve çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacaktır. Dünya genelinde her geçen ay yaklaşık 800.000 kişi yaşlılığa adım atmaktadır. Önümüzdeki 25 yılda, 65 yaş ve üzeri nüfus %88 artarken çalışan nüfustaki artış %45 olacaktır. Bu durum giderek azalan sayıdaki çalışan nüfusun artan bir kesime bakması anlamına gelecektir (5,6,7,8,22).

Tablo 2.1 Dünyada 2000 yılı toplam nüfusları ve yaşlı nüfus oranları (6.7)

Ülkeler	%	2000 nüfusu (milyon)
İtalya	18.1	57.7
Japonya	17.2	126.9
İngiltere	15.8	59.7
Norveç	15.4	40.5
Çin	6.9	1262.5
Hindistan	5.0	1150.9
Türkiye	5.8	65.3
Somali	2.4	8.8

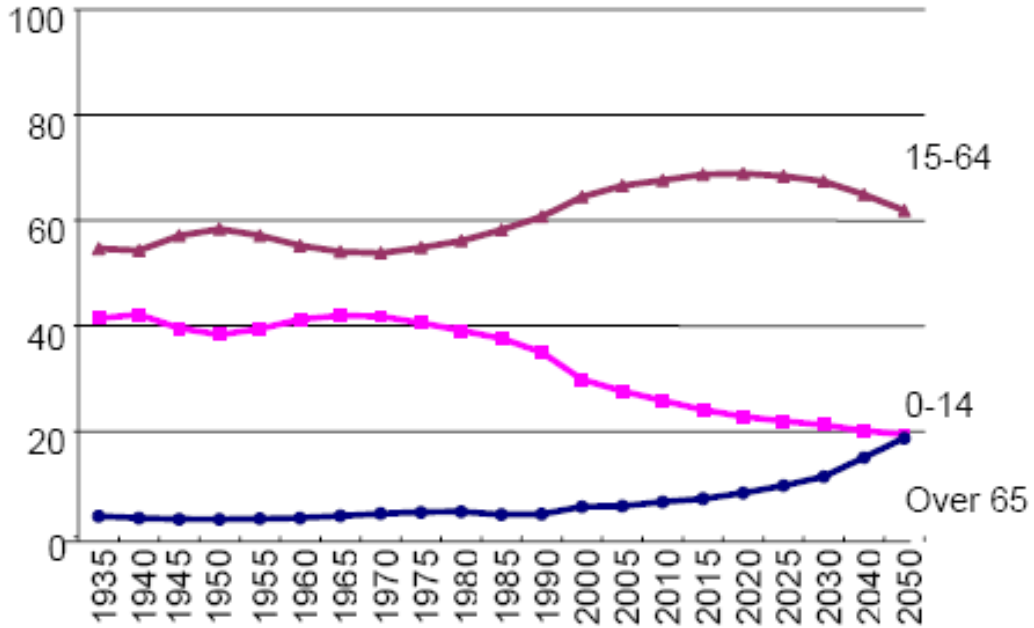
Tablo 2.2 Dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi (9,23)

Yıllar	1975	1997	2025
Dünyada	46.5	65.2	68.1
Afrika ülkeleri	46	53	65
Amerika ülkeleri	67	73	77
Orta doğu ülkeleri	52	64	72
Avrupa ülkeleri	70	72	77
Güney doğu Asya	52	63	72
Batı pasifik ülkeleri	64	70	75

2.2.2. Türkiye’de yaşlı nüfus demografisi

Ülkemizde 1990’lara kadar %5’in altında kalan yaşlı nüfus oranı son on beş yılda ciddi bir artış eğilimi içerisine girmiştir. 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonucunda 65 yaş ve üzeri nüfusunun ülke nüfusuna oranı %4.3, toplam sayısı ise 2.419.200 olarak tespit edilmiştir, 1997’de bu sayı 3.021.000’e, 2000’de 3.621.000’e ulaşmıştır. 2003 TNSA bulgularına göre yaşlı nüfusun, tüm nüfusa oranı %6.9, toplam sayısı beş milyon civarındadır. Türkiye nüfusu 2007 TÜİK verilerine göre 70,586,256 kişidir. 65 yaş üstü nüfus 5,011,624 kişi ile tüm nüfusa oranı %7.1’e ulaşmıştır. Bu oranın 2020 yılında %7.7’ye ulaşması beklenmektedir. Buna göre ülkemizdeki yaşlı nüfus dünyadaki birçok ülkenin toplam nüfusundan bile fazladır (5,10,24).

Şekil 2.1 Yaş gruplarının Yüzde Dağılımı, Türkiye 1935-2050 (25)

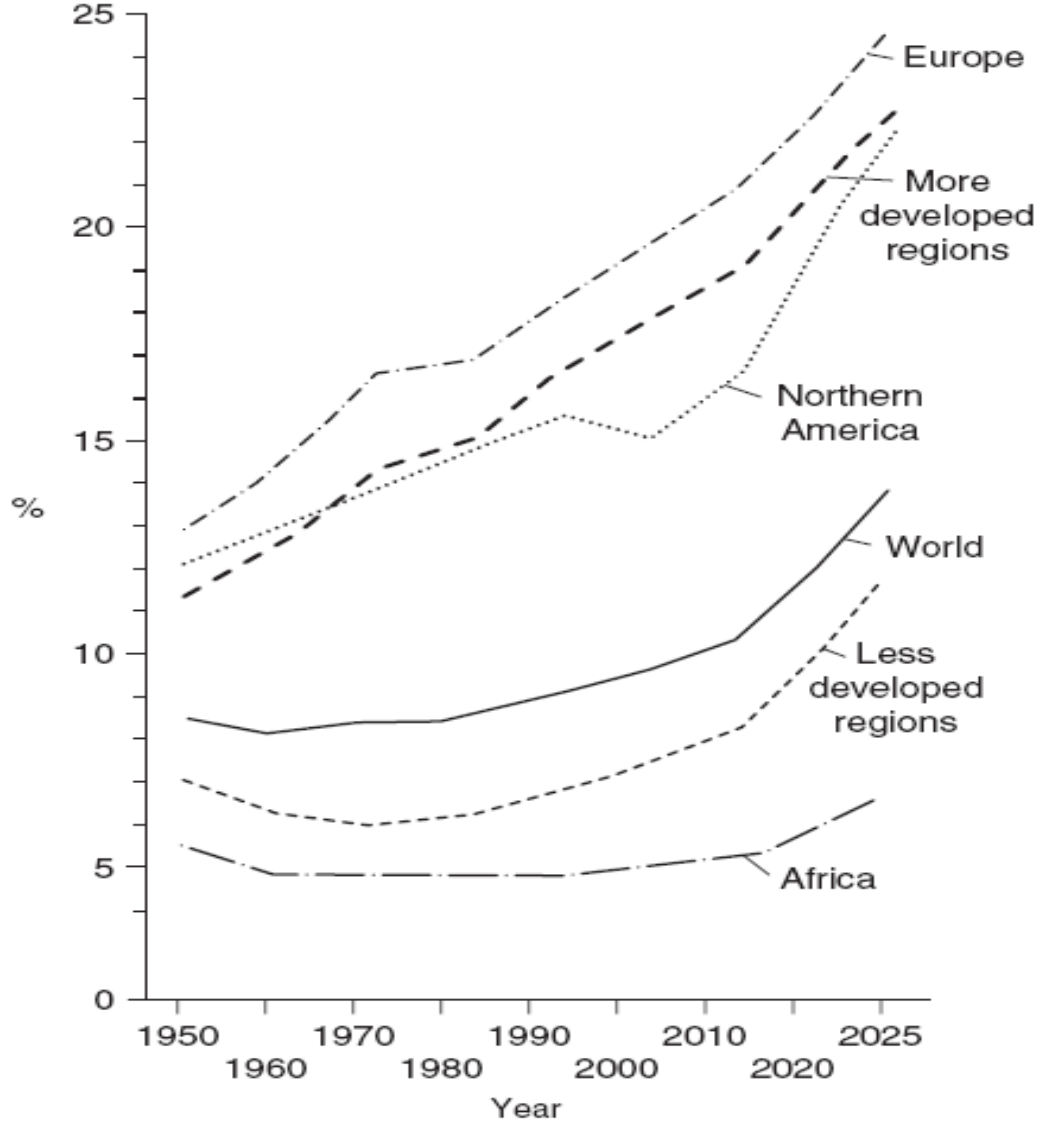


Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi 1990’da 66 yıl, 2000 yılında 70.4 yıl, 2006 yılında 71.5 yıl iken 2020 yılında 73.9 yıl olacağı tahmin edilmektedir (5,12). 2006 yılında kadınlar için doğuştan beklenen yaşam süresi 74.0 yıl, erkekler için 69,1 yıl olarak tespit edilmiştir (26).

Çok önemli başka bir olgu ise 85 ve üzeri yaş grubunun oranının gittikçe yoğunluk kazanmasıdır. A.B.D.’de 1900 yılından 1987 yılına kadar 65-74 yaş grubu yaşlılar 8 kat, 75-84 yaş grubu yaşlılar 12 kat, 85 ve üstü yaş grubu yaşlılar ise 23 kat artmıştır.

Japonya' da ise 75 yaş üstü yaşlıların oranı 2025 yılına kadar 65 yaş üstü yaşlıların % 50' si olacağı tahmin edilmektedir (14).

Şekil 2.2 Dünyada farklı bölgelerdeki 80 yaş ve üzeri bireylerin yıllara göre yüzde dağılımı (27)



2.3. YAŞLILIK DÖNEMİNDE MEYDANA GELEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmaz bir olgudur. İlerleyen yaşla birlikte insan organizmasında meydana gelen değişiklikler, yaşlının yaşam kalitesini etkiler.

Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta oluşan değişimler, menopoz ve andropoz dönemleri fizyolojiktir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan pato-fizyolojik değişiklikler arasında en çok dikkati çekenler kalp damar sistemi ve solunum sistemi hastalıklarıdır (9).

2.3.1. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemde önemli değişiklikler olur ve kardiyak rezerv azalır. Kollajen ve diğer yapısal elemanların yaşlanması arteriel sistemde elastisite kaybına ve periferel rezistansta artmaya yol açar. Yaşlanmanın etkisiyle myokardial relaksasyon bozulur ve kalbin diastolik fonksiyonu engellenir. Sinoatrial düğüm iletimi yavaşlar, ventriküler kontraksiyon azalır. Yaşla sistolik kan basıncındaki progressif artmanın temel mekanizması büyük arterlerdeki elastisite ve distensibilite kaybıdır. Damar sertliğinin artmasıyla hacimdeki küçük miktarlardaki artmalar yaşlılarda daha fazla basınç artımına neden olur. Yaşla birlikte sistolik kan basıncı artarken, diastolik basınç değişmeyebilir; hafif yükselebilir veya hafif düşebilir. Diastolik kan basıncının azalması koroner damarların perfüzyonunu azaltarak zaten hipertrofiye uğramış ve duvar gerilimi artmış ventrikül kasının iskemisine neden olur (28,29).

65 yaş üstündeki kişilerde hipertansiyona sık olarak rastlanmakta ve bu yaş grubu için en önemli kardiyovasküler risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde 2003 yılında yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasında geriatrik popülasyonda (65≥ yaş) hipertansiyon prevalansı % 75.1 (erkeklerde % 67.2, kadınlarda % 81.7) saptanmıştır (30).

2.3.2. SOLUNUM SİSTEMİ

Yaşlanmanın solunum sisteminde yol açtığı belli başlı işlevsel değişiklikler, göğüs kafesinin kompliyansında, solunum kaslarının kuvvetinde, difüzyon alanının ve kanın oksijenlenmesinde azalma, rezidüel hacim de ise artma şeklindedir.

Kosta kırıkdağındaki kalsifikasyonlar ve spinal kolondaki dejeneratif eklem hastalıkları, vertebral arası disk alanlarının daralması yaşlı kişilerde göğüs kafesini sertleştirir.

Alveoller arası septumların hasar görmesi, akciğerlerin gaz alışverişinde kullandığı yüzey alanının azalmasına neden olur. Sigara alışkanlığı bu azalmayı hızlandırır. Yüzey alanının azalması difüzyon kapasitesini azalttığı için, alveol havasındaki oksijen düzeyi değişmediği halde, arterlerdeki parsiyel oksijen basıncı düşer. Gaz alışverişi incelendiğinde yaşlanmanın oksijen difüzyonunu karbondioksit difüzyonundan daha çok etkilediği görülür. İlerleyen yaşla birlikte dinlenme sırasındaki solunum dakika hacmi artar. Yine ilerleyen yaşla birlikte siliyer hareketler azalır. Vücudun immün sistemi zayıflar. Bu iki değişiklik yaşlılarda akciğer enfeksiyonu riskinin artmasına yol açar. Toplam akciğer kapasitesindeki azalma 25 ile 65 yaşları arasında yaklaşık % 4-6 dır. Hava yolları, solunum kasları vb. deki bütün bu olumsuz değişikliklere rağmen yaşlılıkta akciğerlerin fonksiyonel kapasitesi orta şiddetteki bir egzersizi rahatlıkla kaldırabilecek düzeydedir (14,31).

Solunum sistemi hastalıklarında dünyada mortalite sıralamasında 4. sırada yer alan KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı) tüm yaş gruplarındaki prevalansı DSÖ 2000 verilerine göre erkeklerde binde 9.34, kadınlarda ise binde 7.33'tür. Yaş ilerledikçe KOAH prevalansı artmaktadır (32). Ayrıca solunum sistemi hastalıklarından olan astım dünyada yaşlılar arasında önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Yaşlı hastalar arasında astım prevalansı yaklaşık %6.5 ve %17 arasında değişmektedir (33).

2.3.3 GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

Yaşlanmanın gastrointestinal sistemdeki genel etkisi hareket, salgı ve emilim kapasitelerinde ki azalmadır. Ancak, organların yedek kapasiteleri yeterince büyük olduğu için, fizyolojik parametrelerdeki bu değişiklikler gerçek işlev bozukluklarına neden olmaz.

Ağız: Yaşlıların %40'ı ağız kuruluşundan yakınıdır. Bununla birlikte tat ve koku duyarlılığı azalır. Yaşlılar, ağızlarını daha dar açarlar ve yiyecekleri daha az kuvvetle çiğnerler. Bu nedenle yaşla paralel çiğneme kasları kitlesi azalır. Yaşlılarda diş eksikliği ve diş yokluğu önemli bir problem teşkil eder. Tükürük yapımı da yaşla birlikte azalır (34).

Özefagus: Yutma zorluğu yaşlılarda sık karşılaşılan bir şikayettir. Hem özefagus kasılmaları 70 yaşından sonra azalır hem de yutkunma sırasında genel bir organizasyon bozukluğu söz konusudur (31).

Mide: Rastlanma sıklığı yaş ile giderek artan atrofik gastrite bağlı olan parietal hücre kaybı, hem bazal hem de uyarılmış mide asidi salgısında azalmaya neden olur. Asit salgısındaki azalmaya rağmen ulkus sıklığı artar. Bu artış, mukozanın korunma mekanizmalarının giderek yok olmasına bağlıdır: yaşlanma sonucunda koruyucu mukus salgılayan hücrelerin sayısı ve asidi nötralize eden bikarbonatın salgısı azalır. Yaşlanma aynı zamanda mide mukozasının yenilenme ve iyileşme kapasitesini de azaltır. Asit salgısındaki kadar büyük bir düşüş olmamakla beraber pepsinojen ve intrinsik faktör salgısında da hafif bir azalma gözlenir. Özellikle sıvıların veya sıvı katı karışımlarının mideden boşalması yavaşlar. Bu durum fundus hareketlerinin etkilenmesine bağlıdır. Katıların mideden boşalmasına yardımcı olan antrum hareketleri ise etkilenmez (31).

İnce Barsak: Altmış yaşını geçen kişilerin hemen hepsinde ince barsak mukozası villus boyunda kısalma olur. Kalsiyum ve demir gibi bazı maddelerin emilimindeki azalmanın buna bağlı olduğu düşünülmektedir. Yağların ve karbonhidratların emilimi azalır, protein emiliminde bir değişiklik olmaz (31).

Kolon ve Rektum: Yaşla birlikte hem fekal inkontinans prevalansı artışın, hem de gaita boşaltımındaki problemlerin en önemli nedeni rektumdaki mekanik değişikliklerdir. Rektal duvar elastisitesindeki azalma, eksternal sfinkterin tonik aktivitesinin çok küçük volümlerde kaybolması ile sonuçlanır. Rektal dolunun başlangıçtaki algılanmasını sağlayan, rektal basınç sınırında yaşla ilgili artış saptanmıştır. İnternal anal sfinkterde yapısal değişiklikler oluşur. Yaşlıların %50 kadarında fekal inkontinans olduğu bildirilmektedir (35).

Karaciğer: Yaşla beraber karaciğer rengi koyu kahverengiye dönüşür. Yaşlanmayla karaciğerin metabolizma hızında, kan akış hızında, serum albumin düzeyinde, galaktoz kullanımında bir miktar azalma görülür. Karaciğer kolesterol sentezinin artmasına karşın, safra asidi sentezinin azalması, safra taşı oluşumunu etkiler. (35).

2.3.4. KAS İSKELET SİSTEMİ

İskelet Sistemi

Yaşlanma ile birlikte kemiklerde kalsiyum ve diğer minerallerin kaybıyla beraber kemik kütlesinde azalma olur. Omurgada omurlar arasındaki diskler zamanla su kaybeder ve incelik, boy kısalmır. Omurlar osteoporozla bağılı olarak incelik, çöker ve çökme kırıkları oluşur. Buna bağılı olarak sırtta kamburluk gelişir. Kol ve bacaklardaki uzun kemikler yaşla beraber daha kırılğan hale gelir. Eklemler sertleşir ve esnekliklerini kaybeder. Kalça ve diz gibi yük taşıyan eklemlerde dejeneratif değışiklikler gelişir. Kaslarda belirgin zayıflama olur.

Bu değışikliklerin etkileri ise; kemikler daha kırılğan hale gelir ve kolaylıkla kırılırlar. Boy kısalmır. Hareketler yavaşlar ve kısıtlanırlar. Yürüyüş yavaşlar ve adımlar kısalmır. Yürüyüş şekli değışir ve kişi daha çabuk yorulmaya başlar. Eklemler deforme olur. Kişi giderek çevresindekilere daha bağımlı bir hale gelir ve üretken bir yaşamdan uzaklaşır (36).

Kas Sistemi

30 ile 75 yaş arasında ortalama yağsız vücut kitlesi azalmır. Bunun en büyük nedeni iskelet kas kitlesinin kaybıdır. Bu duruma sarkopeni denir. Sarkopeninin oluşumunda yaşa bağılı fiziksel aktivitede azalma, santral ve periferik sinir sistemindeki değışiklikler ile iskelet kası protein sentez hızındaki azalma önemli yer tutar. Sağlıklı bir insanın vücut ağırlığının %30'u adale, %20'i yağ dokusu, %10'u kemiktir. 75 yaş üzerinde ise vücut ağırlığının %15'i kas dokusu, %40'ı yağ, %8'i kemiktir (37). Yaşın ilerlemesiyle iskelet kas kitlesinde görülen azalmanın yanında kas kuvvetinde de bir azalma görülür. İzomerik tetanik kasılma kuvvetindeki azalma, 80 yaşına gelindiğinde %40 oranına ulaşabilir. Kas kuvvetindeki azalma sadece kas küçülmesiyle açıklanmıyor ayrıca yaşlanmayla iskelet kası içindeki bağ dokusunda bir artış olması ve yine yaşlanmaya bağılı olarak kasları uyaran sinirlerde, kasların temas halinde olduğu nöromusküler kavşaktaki sinaptik bağlantılarda bozulmanın oluşu kas kuvvetindeki azalmanın sebebi olduğu açıklanıyor (37).

Yaşlıların, yaşlarına uygun egzersiz ve yürüyüş yapmaları, kas aktivitelerini sağlayarak, kasların küçülmesinin önlenmesi ve kas kasılma kuvvetlerinin korunması açısından yararlı davranışlardır (37).

2.3.5. ENDOKRİN SİSTEM

Endokrin ve metabolik sistemlerdeki bozukluklar yaşlanmaya bağlı düşkünlüğün en önemli nedenlerin ilk sıralarında bulunmaktadır. Yaşlılıkta sadece organların fonksiyonlarında değil bu organların fonksiyonları arasındaki uyumda da zayıflamalar görülür. Sinir ve hormonal sistem arasındaki kontrolün uyumunda gözlenen zayıflama vücudun karşılaştığı iç ve dış kaynaklı streslere uyum sağlama yeteneğini de zayıflatır. Çünkü enerji sağlama, vücut ısısını ve kan şekerini düzenleme, kaslar için gerekli proteinin yapımı, cinsiyet özelliklerinin korunması ve gelişimi, kalp atım hızı, tansiyon, barsak hareketlerinin düzenlenmesi gibi birçok vücut fonksiyonunun düzenlenmesinde vücuttan salgılanan hormonlar sorumlu ve etkindir. Kan şekerinin düzenlenmesi gençlerle karşılaştırıldığında 70 yaşlarındaki erkeklerde % 20, bayanlardaysa % 30'luk bir zayıflama gözlenir. Bu azalma enerji metabolizması, ısı düzenlenmesi gibi birçok vücut fonksiyonlarında etkili olan tiroid hormonu için 20 ile 80 yaşları arasında % 50'dir. Protein yapımı, kas kitle artışı gibi birçok vücut fonksiyonunda etken olan cinsiyet hormonları, büyüme hormonu gibi birçok hormonun salgılanmasındaki azalmaysa yaşlılıkta gözlenen kas kitle ve kuvvet kayıplarından sorumlu tutulabilecek en önemli faktörlerdendir (9).

2.3.6. SİNİR SİSTEMİ

Yaşam süreci içerisinde en fazla gerileme görülen sistemdir. Yaklaşık 65 yaşından itibaren öğrenme ve bellek yeteneklerinde azalma kendini göstermeye başlar. Öğrenme ve bellek yeteneğinin gerileme süreci, yaşlının çevresel etmenlerden faydalanma durumu (beslenme, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu hayat standardı gibi) ve psikolojik yapısıyla yakından ilişkilidir. Çevresel etkenlerin olumlu olması ve yaşlının moral durumunun yüksek oluşu, bellek ve öğrenme kapasitesini yavaşlatıp geciktirebilir. Yaşlanmayla sinir sisteminin temel yapısını oluşturan nöronların işlevinde yavaşlama başlar. Yaşlanma sürecinde nöronların bazıları görevlerini yapamaz hale gelerek devre dışı kalırlar. Bu nedenle genç yetişkinlere göre, 70

yaşlarında beyin ağırlığında %10 azalma meydana gelir. 80 yaşında bu azalma %17'lere ulaşır. Bu yaştan sonra bu oran artarak devam eder.

Yaşlıda motor aktivitelerinin, hız ve kalitesinin azalması sonucu reaksiyon sürecinin uzamasına bağlı olarak, beceri ve titizlik gerektiren hareketlerin yapılmasında güçlük çekilir. Kolların omuza, bacakların kalçaya bağlandığı kaslarda daha fazla olmak üzere tüm kaslarda güç azalması meydana gelir. Soyutlama, verileri değerlendirip işlem yapmada, yeni fikir ve proje üretmede, olayları yorumlamada daha fazla olmak üzere anlama, sözlü anlatım, hatırlama, hatırdan tutma yeteneklerinde gerileme vardır (37).

2.3.7. DERİDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlanmayla deri ve eklerinde (sinir, bezler, saç, tırnak) önemli değişiklikler yapmaktadır. Bu değişimler direk yaşlanma neticesi olarak ve derinin ultraviyole ışınları gibi çevresel nedenlerle olan değişimler olarak iki nedenle olmaktadır. Yaşlılığa bağlı gelişen deri değişimleri; kuruluk, kabarıklık ve pürüzlülük, sertlik, kırışiklık, gevşeklik şeklinde olurken aynı zamanda malign ve selim deri tümörlerinde artış olmaktadır. Derinin hücre yenilenmesi, bariyer fonksiyonu, yara iyileşmesi, immün fonksiyonu ve termoregülasyon yeteneği yaşla azalmaktadır. Ter bezlerinde atrofi, yağ dokusunda azalma, kıllarda azalma ve beyazlaşma gözlenir. Yaşlanmayla oluşan deri değişimleri yaşlılığın simgelerindendir (35)

2.3.8. İŞİTME PROBLEMLERİ

İşitme kaybı yaşlılıkta çok sık karşılaşılan problemlerdendir. 65 yaşın üzerinde genel prevalans %23-48'dir. İşitme bozukluğunun en sık nedeni yüksek frekanslı seslere karşı, progresif, bilateral işitme kaybıdır. Diğer nedenleri ise orta kulak kemikçiklerinde dejeneratif değişiklikler, östaki tüpü obstrüksiyonunda artış, dış kulak yolunda atrofi ve işitsel nöron kaybıdır. İşitme bozuklukları kişinin öz saygısını azaltır, duygusal incinmeler, irritabilite, sosyal izolasyon, depresyon ve kognitif bozukluklara yol açar. (35,38)

2.3.9. GÖRME PROBLEMLERİ

Görme bozuklukları yaşlılarda sakatlık, düşmeler ve sonunda fonksiyonel bozukluğa yola açan ve sık rastlanan sorunlardandır. Görme keskinliğinin azalması, aydınlanma düzeyi ve parlak ışıklardan etkilenme, karanlığa uyum sağlama gibi fonksiyonlardaki bozulma yaşla artar. Yaşlıların %90'ından fazlası gözlük kullanır, 85 yaş üzerindeki grubun beşte biride gözlükle görmekte güçlük çekmektedir. En sık rastlanan sorunlar presbiyopi, katarakt, glokom, diyabetik retinopati ve maküler dejenerasyondur. Genel olarak 65 yaşından sonra düzenli görme muayenelerinin yapılması önemlidir (38)

2.4. YAŞLILIK DÖNEMİNDE MEYDANA GELEN PSİKOLOJİK VE SOSYAL DEĞİŞİKLİKLER

2.4.1. PSİKIYATRİK SORUNLAR

Yaşlanma ile birlikte psikiyatrik belirtilerden bazılarında artma görülmektedir. En sık rastlanan psikiyatrik hastalıklar arasında ilk sırayı depresyon almaktadır. Bunu demans, deliryum, psikotik hastalıklar takip etmektedir. Fonksiyon kaybı, fiziksel hastalığın varlığı, sosyal destek azlığı, kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi ve kognitif bozukluklar gibi koşullar depresyon için kolaylaştırıcı faktörlerdir. Yaşlılarda görülen psikotik semptomlar demans ve depresyonla birlikte olabildiği gibi geç başlangıçlı şizofreniyi de gösteriyor olabilir. Anksiyete bozuklukları genellikle depresyonla birlikte görülürken, demanslı hastalarda daha az rastlanır. Anksiyete ile baş etmek için alkol ve ilaç kötüye kullanımı da yaşlılarda gençlere göre daha sık olmaktadır. Yaşlanmaya bağlı organik problemler arttığından somatik yakınmaları olan hastalarda somatoform bozuklukları tanımlamak da güçleşebilir. Diğer önemli konulardan biri de yaşlanma ile uyku fizyolojisinde olan değişiklikler ve bunların psikiyatrik hastalıkların belirtisi olup olmadığıdır. Fizyolojik değişimlere bağlı olarak psikotrop ilaçların yaşlılarda kullanımı da değişmektedir (39) .

2.4.2. ÖLÜM ANKSİYETESİ

Ölüme ilişkin olumsuz bakış açılarını ifade etmek için literatürde birçok terim kullanılmaktadır: Ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu, ölüm endişesi gibi. Ölüm korkusu daha özgül ve bir dış tehdite yönelikken, ölüm anksiyetesi daha genel ve farkına varılması daha güç bir durumu tanımlamak için kullanılır. Genel olarak ölüm anksiyetesinin evrensel olduğu kabul edilmektedir. Burada ölüm anksiyetesi terimi, kişinin yaşamına yönelik acil bir tehditin söz konusu olduğu durumlarda hissedilen anksiyeteyi değil, “günlük hayatta” yaşantılanan anksiyeteyi ifade etmektedir.

Anksiyete, belirsizlik ve bu belirsizliğin farkına varılması ile yakından ilişkilidir. Bu açıdan ölüm, anksiyeteye neden olabilecek en az dört temel niteliği kendinde barındırmaktadır: Ölme işi (acı, hastalık, yalnızlık...vb.), kayıp (başta kendi bedeni olmak üzere nesnelere dünyasına ait her şeyin kaybı), öngörülemez oluşu (zamanı, oluş şekli), bilinmez oluşu (ölüm deneyimine ve sonrasına ait bilinmezlik) (40)

Yaşlılıkta kişilik değişiminin belirleyicilerinden olan ölüm korkusu üç şekilde açığa çıkmaktadır:

- 1.Dinsel inançlara aşırı bağlılık,
- 2.Gerçekleştirilmek istenen amaçlara ulaşamayacağı endişesi ile yaşamın kısırlığından şikâyetlerin artması,
- 3.Hastalıkların ciddiyetini önemsememeye bağlı olarak sağlıkla ilgili yasaklara uymama ve önerileri dinlememe davranışlarının görülmesi (14).

2.5. YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER

2.5.1. Dünyada Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler; barınmaya ilişkin hizmetler, gündüz bakım ve destek hizmetleri, boş zamanları değerlendirmeye yönelik faaliyetler, çalışma yaşamı ve ekonomik sorunlara yönelik hizmetlerdir.

Bu sınıflamanın yanı sıra yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri, eğitim ve çalışma hizmetleri diye iki ayrı kategoride ele alınmıştır. Şüphesiz ki, yaşlılar için sağlık en

önemli konudur. Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde hastanelerde geriatri üniteleri, geriatri hastaneleri, yaşlılara hizmet veren yerel sağlık kuruluşları ve şifa yurtları bulunmaktadır. Bu konuda oldukça iyi bir örnek sayılabilecek İngiltere'deki uygulamalarda, bir geriatri doktoru ve hemşiresinin ev ziyaretleri yaparak, gerektiğinde yaşlının poliklinik ve gündüz hastanesi hizmeti verilerek hastaneye yatırılması, ya da uzun süreli hastane bakım hizmeti planlamaktadırlar (41).

Diğer bir sosyal hizmet türü olan *yaşlı eğitimi*, yaşlıların topluma yeniden katılım ve bütünleşmeleri açısından önemlidir. Gelişmiş ülkelerin pek çoğu okul çağından başlayarak kişilere, yaşlanma ve yaşlı bakımı konusunda eğitimler vermektedir. Burada yaşlılara verilecek eğitim yanında yaşlıların eğitim ve deneyimlerinden de yararlanma önemlidir. 2002 yılında Madrid'de düzenlenen Dünya Yaşlılık Asemblası'nde, kabul edilen eylem planınının 4. maddesinde 'Bilgi ve Eğitime Erişim' yer almaktadır. Yaşlıların sürekli eğitimden yararlanmalarını kolaylaştıracak politikaların yaşama geçirilmesi karara bağlanırken, yaşla birlikte artan deneyimi de dikkate alarak bu deneyimi tam kullanımını sağlamak hedeflenmiştir (41,42,43).

Barınmaya ilişkin hizmetler; yaşlının sağlığı bozulup, eskisi kadar rahat yaşam sürdüremediğinde daha uygun ortamlara ihtiyaç duyar. Sosyal hizmet uzmanları evlerinde yalnız yaşayan yaşlıların ev yaşamlarını kolaylaştıracak düzenlemelerle ilgilenirler; örneğin, evin banyo bölümünde kaymayı önleyici döşemeler, tutamakların yapılması konusunda önerilerde bulunabilirler.

Evlerinde tek başına yaşayamayan yaşlılar için, özel mekanlara ihtiyaç vardır. Korumalı meskenler denilen bu konutların batı ülkelerinde yaşlıların tek ya da çift olarak kaldıkları bağımsız kat veya küçük evlerdir. Bu evlerin yönetim ve denetimi sosyal hizmet örgütüne sağlanır (41).

Gelişmiş ülkelerde yaşlılara evde bakım, ev işlerinde yardım, eve yemek servisi, uğraş terapisi, ücretsiz ulaşım hizmetleri, bilgi verme ve danışma servisi, gündüz hastaneleri, koruyucu büyükannelik ve büyükbabalık programları, fizyoterapi gibi çeşitli hizmetler sunulmaktadır.

Çok sayıda yaşlının bir arada kaldığı huzurevlerinde yaşlıların tek tek kişisel ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması amacına yönelik bireysel bakım planları geliştirmek oldukça güçtür. Bireysel otonomi ve kontrol oldukça düşüktür. Bu nedenle

gelişmiş ülkelerde 20. yüzyılın ortalarından itibaren toplu bakım esasına dayalı huzurevi yapımı azalmış, İsveç, İsviçre ve diğer İskandinav ülkeleri ile İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde bu tarihten sonra evde bakım ve gündüzlü hizmetler gelişmeye başlamıştır (44).

Evde bakım hizmetleri, ilk olarak 19. yüzyılda Amerika’da başlayan evde bakım hizmetleri giderek organize bir görünüm kazanmış ve 1908 yılına gelindiğinde ilk Ev Hizmetleri Organizasyonu (The Home Service Organization) Amerika’da kurulmuştur. Yine Amerika’da 1935’de devlet desteğiyle sağlık müdürlüklerinin evde bakım hizmetleri başlamış, 1960 yılında ise yaşlılar için devlet destekli ücretsiz evde bakım hizmetlerine geçilmiştir. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği (National Association for Home Care)’nin 2000 yılı verilerine göre; Amerika’da 7.2 milyon bireyin evde bakım ve destek hizmetleri aldığı bunun %69’unu 65 yaş ve üstü bireylerin oluşturduğu belirtilmektedir (45) .

Bugün Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi birçok ülkede evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (44).

Evde bakım modeli; Evde bakım, özürlü, yaşlı, süreğen hastalığı olan veya nekahet dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal uyumlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir.

Evde bakım hizmetleri ise evde bakım modeli içerisinde yer alan ve başvuranlara götürülen hizmetlerdir. Bu hizmetler, genellikle kendi evlerinde kalan ve temel günlük bakım aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken bireylere, yardım vermek amacıyla merkezi yönetim ve belediyelerin sosyal hizmet birimleri tarafından yürütülür. Evde bakım hizmetleri içerisinde; evde yardım (home help), evde takip hizmetleri (home attendant care), ev sağlık hizmetleri (home health services), süreli bakım (respite care), evlere yemek servisi (meals-on wheels), telefonla yardım servisi

(tele care service) ve evlere bakım-onarım hizmeti (handyman service) gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu hizmetler için “home care services”ın eş anlamlısı olan “domiciliary care services” kavramı da kullanılmaktadır. Evde bakımın yaşlılıkta; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur. Ayrıca aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine, alışık olduğu hobi ve sosyal etkinlikleri sürdürebilmesine imkan tanımaktadır (44).

Gündüzlü hizmetler; gündüzlü hizmetler; yaşlının kendisine olan saygısını arttırarak güçlenmesini, bağımsız yaşamasına yardım ederek iyilik halinin yükseltilmesini amaçlar. Yaşlıların toplumla bağlarını koparmadan sosyal, eğitsel, mesleki ve serbest zaman değerlendirme faaliyetleri aracılığıyla gelişmelerine destek olur. Bu hizmetlerin verildiği kurumlardan birisi gündüz merkezleri (day centre)’dir. Bu merkezler değişik amaçlara yönelik olduğu gibi, tek bir amaca (örneğin; serbest zaman değerlendirme gibi) yönelik olarak da hizmetlerini planlayabilmektedirler. Temel amaçları, sağlık, spor, beslenme, rehabilitasyon, diyet, kişisel bakım, hukuksal ve mali sorunlara yardım, serbest zamanların değerlendirilmesi, tatil ve gezilerin düzenlenmesine yönelik hizmet ve programları sunmaktır. Gündüzlü merkezler, gelişmiş ülkelerde yaygın bir hizmet olup kendi evlerinde tek başlarına ya da çocuklarıyla yaşayan ve gündüz kendisine bakacak kimsesi olmayan yaşlılara, gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik gündüz saatleri içerisinde bakım ve destek hizmetleri sunmaktadır. Bu merkezlerde yaşlıların kişisel temizlikleri ve tıbbi takipleri yapılmakta, öğle yemekleri verilmekte, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal aktivite ve gezi imkanları sunulmakta, ayrıca psiko-sosyal destek de verilmektedir. Genellikle “day centre”, “day care centre”, “senior centre” ve “day hospital” adıyla hizmet veren bu merkezler, İngiltere ve Galler’de yaşlı bakımı alanında oldukça yaygın ve işlevseldir (44,46).

2.5.2. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Türkiye’de, evde bakım ve gündüzlü hizmetler; Türkiye’de evde bakım ile ilgili ilk proje 1993 yılı sonunda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. Evlerinde yalnız yaşayan yaşlılara yardımcı olmak ve evde bakım hizmetinde yer alacak

ara personelin yetiştirilmesi hedefi ile başlatılan bu proje, pilot uygulamalardan etkin sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir.

Türkiye’ de, Ankara ve İstanbul Büyükşehir Belediyeleri yaşlılara hizmet merkezinin yaşlı bireylere yönelik evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık Anonim Şirketi’nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile özel sektörde yavaş yavaş gelişen ücretli tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin dışında evde bakım sunulmamaktadır. İstanbul Sağlık Anonim Şirketi evde sağlık hizmetlerini doktor, bakım hemşiresi, hasta takip hemşiresi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve bakım destek personeline oluşan profesyonel bir bakım ekibi aracılığıyla yürütmektedir. İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde sağlık hizmetleri kapsamında 2001 yılından bugüne kadar bir buçuk milyonu aşkın hanede yüz binin üzerinde kişiye evde sağlık hizmeti sunmuştur. Eve yönelik sağlık hizmetleri doktor muayenesi, laboratuvar hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, psikoterapi, fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Bebekten yaşlıya, gebelik ve loğusa takibinden özürlü, yatalak ve kronik hastalık durumlarına, geçirilen bir kaza ya da bir ameliyat sonrası gereken bakım, rehabilitasyon ve psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede sunulan evde sağlık hizmetleri yaşlı hastalıkları ve bakımı konusunda ailelere yönelik bilgilendirme çalışmalarını da içermektedir.

Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde 1994 yılında kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi “Evde Bakım Projesi”, Türkiye’de konuyla ilgili önemli projelerden birisidir. Merkeze üye olan yaşlılara her türlü ev tamirati, elektrik, su tesisati, marangozluk işleri, boya, badana ve temizlik hizmetleri sağlanmaktadır. Buna ek olarak, yaşlıların, telefon, su, elektrik faturaları ile emlak ve çevre temizlik vergileri yatırımlarında, banka işlemleri takip edilmektedir. Ayrıca merkeze başvuran yaşlılara Ankara Su ve Kanalizasyon İşletmesi, Elektrik Gaz Otobüs gibi belediye birimlerinde sıra beklemeksizin işlerini kolaylıkla yapabilmeleri için “öncelikli hizmet kartı” çıkarılmaktadır. Bu projede öncelik, altmış yaşın üzerinde, yalnız veya eşiyile birlikte yaşayan, bakıma gereksinim duyan ve dar gelirli yaşlılara tanınmaktadır. Bununla birlikte orta ve üst gelir grubuna mensup yaşlılar da evde bakım hizmetinden yararlanabilmektedir. Merkezin sunduğu tüm hizmetler ücretsizdir, fakat sadece

temizlik ve sağlık hizmeti sunumunda asgari ücretin üzerinde geliri olan yaşlılardan, temizlik için on beş milyon, sağlık hizmetleri için ise beş milyon ücret alınmaktadır.

Türkiye’de evde bakım ve gündüzlü hizmetlerinin gelişmemiş olması, resmi sosyal hizmetler sisteminin genel olarak korunmaya muhtaçlık bağlamında kurum bakımı olarak adlandırılan bir örgütlenme içerisinde bulunmasından kaynaklanmaktadır (44).

Türkiye’de de hızlı kentleşme ve toplumsal değişme süreci sonucunda küçülen aile yapısı, kadınların çalışma yaşamında yer alması, konutların küçülerek apartman dairesine dönüşmesi, değerlerdeki hızlı değişim ataerkil aile yapısını dolayısıyla yaşlının ‘otoriter’ yapısını sarsmış ve bu bağlamda yaşlının evde bakımı zorlaşmıştır (41).

Türkiye’de barınma konusundaki örnekler, daha çok huzurevi ve bakımevi şeklinde düzenlenmiştir. Huzurevi, yemek ve barınma gibi iki temel ihtiyacı tam gün karşılayan hizmettir. Gelişmiş huzurevi bakımı, yaşlıya gerekli tüm sağlık, sosyal yaşam ve tedavi hizmetlerini sunar.

Türkiye’de huzurevleri ve yaşlı bakım yurtlarında kalanların sayısı az olmakla birlikte her gün sayıları artmaktadır (37).

Tablo 2.3. Türkiye’deki resmi ve özel huzurevleri sayısı ve kapasiteleri (26.11.2008 tarihi itibariyle) (47).

Huzurevi	Huzurevi Sayısı	Kapasitesi
SHÇEK’ e ait	79	7978
Dernek ve vakıflara ait	35	2691
Azınlıklara ait	7	991
Özel	113	4745
Toplam	244	16405

Kızılay (1868) ve Darülaceze (1895), cumhuriyet döneminden önce açılmış ve günümüze dek gelmiş kurumlardır. Cumhuriyet döneminden sonra ise 5434 sayılı Emekli Sandığı Yasası, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası, 1971 yılında yürürlüğe giren Bağ Kur yasası, 2828 sayılı SHÇEK Yasası, 1976 yılında kabul edilen

2022 Sayılı Yasa ve 1985 yılında 3235 sayılı ek yasa ile Sağlık Sigortasını da kapsayacak biçimde genişleten Bağ-Kur Yasası ile emeklilere, yaşlılara değişik sosyal haklar sağlanmıştır. (47)

Yaşlılara verilecek hizmetlerin biçimi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanununun 9. Maddesi (b) bendi ile belirlenmiştir. Bu yasanın amacı; “Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak” olarak belirlenmiştir. Bu yasaya bağlı olarak 24.11.1984 tarihinde 18585 sayılı resmi gazete de yayınlanarak yürürlüğe giren ‘Huzurevi Yönetmeliği’ ülkemizde huzurevlerinin kuruluş ve görevlerinin açıklamaktadır. Bu yönetmeliğe göre Huzurevleri, ‘Desteksiz yaşamı sıkıntısız olarak sürdürmeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık mutluluklarını sağlamak; onların fiziksel, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için kurulmuştur (24,43,47).

Gündüz bakım ve destek veren kuruluşlar, evinde bakılabilecek yaşlıların boş zamanlarını değerlendirerek, kendilerine değer verme duygusu içerisinde, işlevselliklerini arttırarak, bağımsız yaşayabilmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktır.

Yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak ve onların izole edilmelerini engellemek amacıyla Yaşlı Dayanışma Merkezleri (YDM) açılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. 2828 sayılı Kanunun 9. maddesinin “j” fıkrası gereği açılan yaşlı dayanışma merkezleri yaşamını evde yalnız veya ailesi ile birlikte sürdüren yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmelerine yardımcı olmak, yaşam koşullarını iyileştirmek, günlük yaşamla ilgili etkinliklerine yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi olanakları ile karşılamakta güçlük çektikleri konularda destek hizmetleri vermek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini arttırmak amacını taşımaktadır. Türkiye genelinde Ankara’da 2, İzmir ve Çanakkale’de birer olmak üzere toplam 4 Yaşlı Dayanışma Merkezi bulunmaktadır (47) .

Ülkemizde güçsüzler veya düşkünler yurdu adıyla anılan yatılı kuruluşlar da vardır. En tanınmış İstanbul’daki Darülaceze’dir. Darülaceze’ye çalışma gücünü kaybetmiş bakıma ve korunmaya muhtaç kimsesiz fakir olanlarla, geçinebilecek kadar

mala sahip olup çalışamayacak durumda olan ve kanunen bakımıyla mükellef kimsesi olmayan 18 yaşını doldurmuş sakat, güçsüz ve yaşlılar kabul edilir (41,48).

2.6. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi, özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır (1,2).

Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uymada kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu, yalnızca fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir. (1)

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, yaşam kalitesi bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır; bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir; yaşam kalitesi çok geniş bir kavram olup, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresindeki önemli özelliklerden etkilenir. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, sübjektif olarak yaşantılanan bir niteliktir. Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır (3,49).

Yaşam kalitesi kavramının genel olarak içerdiği boyutlar şunlardır:

Psikolojik / Emosyonel Durum: Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normallığı ve mutluluk gibi duygulardır.

Fiziksel Durum: Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, zindelik / güçlülük, yorgunluk, sağlık - hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucudur.

Sosyal ve Bireysel Durum: Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır.

Finansal ve Maddi Durum: Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir (14).

Yaşam kalitesi iki sınıfa ayrılır. Bunlar; sağlıkla doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesidir.

2.6.1. Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalitesi

Sağlıkla doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi 4 ana alanda (boyutta) ortaya çıkar. Bunlar:

- 1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
- 2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb)
- 3- Dışsal Doğal Çevre Alanı (hava, su kalitesi vb)
- 4- Dışsal Toplumsal Çevre Alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) (50).

2.6.2 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Kişinin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır. (50,51)

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi daha geniş, çok boyutlu bir kavram olup fiziksel, fonksiyonel, emosyonel/mental ve sosyal boyutları mevcuttur. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir

kavram olarak kabul edilmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde, hastanın sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansımaları olan istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlamalar ve hastanın bu kısıtlamalar karşısındaki tepkisi ve duygusal durumu rol oynamaktadır (4).

2.6.3 Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Ölçüm Araçlarının Sınıflandırılması

Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Ölçümü için yöntemler geliştirilmiştir.

Sağlıkta Yaşam Kalitesinin ölçüm araçları, şekil ve görünüm açısından

- 1- Genel amaçlı (generic) ve
- 2- Özel amaçlı (specific) olmak üzere iki sınıfa ayrılır.

1-Genel amaçlı ölçütler: genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Genel amaçlı ölçekler de kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

- 1- Tercihe dayalı olmayan (profiller) ölçekler,
- 2- Tercihe dayalı (preference / utility based) ölçekler,

Tercihe dayalı olmayan ölçekler: SYK 'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan Sf-36, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği WHOQOL, Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluştururlar.

Tercihe dayalı ölçekler: sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet yararlanım analizlerinde (cost utility) kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları'nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçekleridir. SYK 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları [(Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI)] dir.

2-Özel Amaçlı (specific) Ölçütler, belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel, belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar.

Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (KINDLE) özel ölçekler örnek verilebilir. DLQI genel dermoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bunun yanında hemen her hastalığa (ör: epilepsi, diyabet, romatoid artrit), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır.

Hastalığa ve duruma özel ölçeklerin temel avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri, dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları ve farklı durumlar ve programlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır (1).

Yaşam kalitesi ölçüm araçlarından bazıları şunlardır:

1-Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36): Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir. Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur. SF-36'nın son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren akut versiyonu da mevcuttur. SF-36'ya daha kısa birer alternatif olarak 12 sorudan oluşan SF-12 ve her alt skalanın birer soru ile temsil edildiği 8 sorudan oluşan SF-8 formları da bulunmaktadır (52,53).

2-Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP):

Kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçmeyi amaçlayan yaşam kalitesi ölçeğidir. İki kısımdan oluşmaktadır. Esas sık kullanılan ölçek birinci kısım olup, 6 alanda (uyku durumu, enerji düzeyi, emosyonel durum, sosyal izolasyon durumu, fiziksel mobilite ve ağrı) yaşam kalitesini değerlendiren 38 maddeyi içermektedir. İkinci kısım ise ücretli çalışma, ev ile ilgili

işler, sosyal yaşam, evdeki yaşam, hobiler ve ilgi alanları, tatil yaşantısı gibi daha detaylı alanları değerlendirir (4).

3-Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP):

Hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı ölçümünü sağlar. On iki alanda 136 soru içerir. Bu alanlar; fiziksel boyut (3 alan), psikososyal boyut (4 alan) ve diğer 5 tanesi de bağımsız alanlardır. Total skor ve alan skorları ayrı ayrı hesaplanır. Yüksek skor sağlık durumu üzerine daha fazla hastalık etkisini gösterir. Ankette, o gün sorgulanmaktadır. Değişime duyarlılığı sınırlı olmakla birlikte SIP geçerli ve güvenilirdir (52)

4-Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI):

Sağlık yararlanma indeksi, sağlık durumunu ölçmek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek ve yararlanma skorları oluşturmak amaçlı sağlık profilidir. Tedavi edilen hastaların tecrübelerini, hastalık ve tedavi ile ilgili uzun dönem sonuçları, sağlık girişimlerinin etkinlik ve geçerliliğini ve genel popülasyonun sağlık durumunu tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. HUI2 ve HUI3 olmak üzere iki sistemden oluşur. HUI2'de duyu, mobilite, kendine bakım, emosyon, bilişsel durum, ağrı ve fertilitate alanları, HUI3'de ise görme, işitme, konuşma, ambulasyon, hüner, emosyon ve bilişsel durum alanları bulunmaktadır. Bu iki sistem birbirinden bağımsız, fakat birbirini tamamlayıcıdır (52).

5-EuroQol Instrument (EQ 5-D):

Beş alanda değerlendirme yapmaktadır: Mobilite, kendine bakım, sosyal fonksiyon, ağrı, anksiyete/depresyon. Her alan 3 kategoride cevaplandırılmakta; ayrıca hasta kendi sağlık durumunu, görsel analog skala ile 0-100 arasında puanlamaktadır. (4)

2.6.4. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) çalışması 1992 yılında o güne dek geliştirilen genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin batı kaynaklı olması ve ancak batılı kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanımaları gerekçesi ile dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla başlatılmıştır. Halen 40'dan fazla dil ve kültürde geçerli olan

WHOQOL ölçeği geliştirme projesine Türkiye ekibi 1995 yılında katılmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde WHOQOL Türkiye Grubu tarafından başlatılan çalışmanın başlıca gerekçeleri aşağıda sıralanmıştır:

1- Türk dilinin ve kültürünün, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini uluslararası düzeyde standardize edecek olan bu değerlendirme aracının içinde yer alabilmesi ve ülkemizdeki sağlık girişimlerinin doğuracağı yaşam kalitesi ile ilgili sonuçların diğer ülkelerle karşılaştırılabilir kılınması,

2- Türkiye'deki klinik tıp uygulamalarında, hekimlerin, hastalarının, hastalıktan en çok etkilendikleri konular hakkında karar vererek tedaviyi yönlendirebilmeleri ve gerektiğinde tedavi protokolünde değişiklikler yapabilmelerine yardımcı olacak bir araca gereksinim olduğu düşüncesi,

3- Hekimlerin uyguladıkları girişimlerin, hastalarının yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğini görmelerine olanak tanıyacak bu araç yoluyla hasta-hekim ilişkilerine yeni bir yaklaşım fırsatı sağlamak,

4- Yeni politikaların planlanmasına yol açacak bir değerlendirme aracını hekimlerin kullanımına sunmak. Batıda sağlık alanındaki gelişim süreçlerinin temelinde başından beri ekonomik kaygılar yatmaktadır. Hastalık maliyetleri açısından beklenen katkı, doğrudan ve dolaylı maliyetlerin düşürülmesidir. Uygun girişimlerin seçilmesi ile hastanede yatış sürelerinin ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi doğrudan maliyetlerin, hastaların ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılması, iş gücüne kazandırılması ise dolaylı maliyetlerin azaltılması anlamına gelir.

WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-Bref (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur:

WHOQOL-100 orjinal ölçeği 100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 alan (domain) ve her bir alanda farklı sayılarda olmak üzere biri genel bölüm olmak üzere 25 bölümden (facet) oluşmaktadır. Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Sorular 5'li likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi

yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR) ayrı bir “Sosyal Baskı” fasetini oluşturan Türkiye’ye özgü 3 ek soru daha vardır.

WHOQOL-Bref, orjinal ölçekteki (whoqol-100) genel fasetten iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Bref, uzun ölçeğin aksine 4 alandan oluşmuştur, Ayrı ayrı fasetleri yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır (54).

WHOQOL-OLD modülü 24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar duyusal yetenekler, otonomi, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık başlığıyla yer almaktadır.

Duyusal yetenekler; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,

Otonomi; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,

Geçmiş, Bugün ve Gelecek Aktiviteleri (G.B.G Aktivite); geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler sorgulanmaktadır.

Sosyal Katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu,

Yakınlık; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği,

Ölüm ve ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırmaktadır (55).

2.7. YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

Yaşlanma doğal bir süreçtir, ancak yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürülük oranları artmaktadır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal

sorunların daha fazla gözlemlendiği, bağımlılığın arttığı bir dönemdir. Yaş ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki söz konusudur (56).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör yaşlılığa etki eden kronik hastalıklardır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi incelemesinde yaşam kalitesini en fazla etkileyen durumlar anjinal ağrı, üriner inkontinans, lokomotor problemler, görme yetersizlikleri ve mental problemler olarak bulunmuştur(56).

Yaşlılarda hareket yeteneği ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Yaşlılarda sarkopeni önemli bir morbidite faktörüdür ve yaşam kalitesini azaltır. Yaşlanma ile birlikte sakatlıklarda bir artış meydana gelmekte ve bu durum yaşlıların yaklaşık yarısını etkileyebilmektedir. Hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme sorunlarının, hatta düşme korkusunun dahi yaşam kalitesi üzerinde direkt ve olumsuz etkisinin bulunduğu belirtilmektedir. Yaşlılarda sakatlıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, bu durumun kadınlarda daha belirgin olduğu ortaya konulmuştur. Sakatlıklar bireyin yaşamını farklı alanlarda etkiler, ancak en çok etkilenen alan öz bakımdır (56).

Yaşlılarda görme sorunları fonksiyonel yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir. Duyma kayıpları da yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen bir diğer problemdir. Uyku problemleri yaşlılarda sık görülür ve konsantrasyon güçlüklerine neden olarak yaşam kalitesini azaltır (56).

Yaşlılarda beslenme yetersizlikleri sık rastlanan ve yaşam kalitesini etkileyen bir durumdur (56).

Yaşam kalitesi kavramı kişinin fiziksel sağlık, ruhsal durum, bağımlılık düzeyi, sosyal ilişkiler, kişisel inanışlar ve çevrenin göze çarpan özelliklerini içine alan genel bir kavramdır. Genel olarak bireylerin yaşamlarında önemli olan subjektif deneyimlerin toplamını gösterir. Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. (55)

Yaşlılarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen durumlardan biri bilişsel problemlerdir. İleri yaşta ve kadınlarda daha fazla görülen depresyon, anksiyete, bilişsel

bozukluklar gibi sorunların görülme sıklığı; günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve yalnızlık ile ilişkili olarak artmaktadır (56).

Sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Sosyal destek sistemleri arttıkça fiziksel ve mental hastalık riski ve mortalite azalmaktadır (56).

Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunun hiçbir zaman düşünülmemesidir. Bu düşünceden kurtulmanın en iyi yolu, mutluluk veren işlerle uğraşmak ve üretken olmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görülmekte, çalışan ve üreten yaşlıların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Sorunun çözümünde yaşlıların aktif hale getirilmesi önem taşımaktadır. Yaşlıların aktif hale getirilmesi yaşlının fonksiyonel durumunun, denge problemleri ve düşme riskinin, bilişsel fonksiyonlarının, beslenme durumunun, ağrının, üriner inkontinansın ve sosyal fonksiyonlarının dolayısıyla yaşam kalitesinin kapsamlı değerlendirilmesiyle başlamalıdır (53).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, topluma kazandırılmalarında ve mutlu olmalarında önem taşımaktadır. Yaşlılar için yaşamın uzunluğundan çok kalitesinin önemli olduğu unutulmamalıdır (56).

Yaşlılarda yaşam kalitesini politik, sosyal ve ekonomik faktörler etkiler

Politik Faktörler

Ulusal politika ve kararlar yaşlı sağlığını etkilemektedir. Yaşam kalitesinde azalma, duygusal problemler, sosyal ve fiziksel fonksiyon sınırlılıkları tedavi planlarını belirlemede etkindir.

Sosyal Faktörler

Yaşlıların yaşam kalitesini birçok sosyal faktör etkilemektedir. Yaşlı bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, fiziksel ve bilişsel sınırlılık ve ekonomik yetersizliğin getirdiği beslenme bozuklukları, duygusal ve fiziksel yetilerde azalmaya bağlı ulaşım zorlulukları, eşin ölümü ve aile bireylerin evden ayrılmasına bağlı

yalnızlık, öz bakım gücünde azalma ve izolasyon nedeniyle sosyal ağda daralma ve kişiler arası ilişkilerde bozulma da yaşam kalitesini etkilemektedir. Bunlara ek olarak yaşlı bireyin duygusal, fiziksel ve ekonomik istismarı da yaşlıyı etkileyen diğer bir sosyal faktördür.

Ekonomik Faktörler

Yaşlılar emekli olduklarında gelirleri %55 gibi düşmektedir. Cinsiyet, ırk, evlilik durumu, yaş farklılıkları ekonomik olarak yaşam kalitesini etkilemektedir

Bireyin ileri yaşlarda da fiziksel ve zihinsel yönden bağımsızlığının devamını sağlamak için, yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılmasına çalışılmalıdır (57).

2.8. AKTİF YAŞLANMA

Aktif yaşlanma süreci yaşlıların günlük yaşamlarında sosyal, ekonomik, kültürel aktivitelere katılımlarını esas alır. Bu dönemin istenilen yönde olmasını toplumdaki ekonomik, sosyal, çevresel, bireysel, davranışsal, sosyal koşullar belirlemektedir. Yaşlı bireyler herhangi bir engellilik durumları olması halinde bile toplumda yürütülen faaliyetlere katılabilirler. Bu süreç yaşlıların ailelerine, akranlarına, daha başka bir ifadeyle yaşadıkları toplumlarına katkılarını artırabilirler.

Aktif yaşlanma programı içinde öncelenen konular yaşamın ileri dönemlerinde de beklenmeyen ve erken ölümlerin önlenmesi, kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, bireylerin ileri yaşlarında da yaşamlarından zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik aktivitelerine katılabilmeleri, sağlık harcamalarının daha az maliyetli olması ve bu giderler için devletin sorumluluğunun sağlanmasıdır.

Kişilerin bireysel olarak mutlu bireyler olabilmeleri için sağlıklı olmaları çok önemlidir. Sağlık, fiziksel açıdan olduğu kadar sosyal ve ruhsal açıdan da iyi hissetme hali olarak tanımlanmaktadır. Bu hedefe ulaşmak için ise aşağıdaki temel yaklaşımlar çok önemlidir:

1. Yeterli ve dengeli beslenme

- a. Bir gün boyunca en az üç öğün yemek yenmeli, öğün atlanmamalıdır. Üç ana, üç de ara öğün yenilmesi önerilmektedir.

- b. Her öğünde dört ana besin grubu olan süt ve süt ürünleri, et- yumurta ve kuru baklagiller, sebze ve meyve, ekmek ve tahıl grubu besinler bir denge içinde tüketilmelidir.
- c. Gıdaları doğru saklamak önemlidir. Aksi takdirde gıda zehirlenmeleri meydana gelebilir.
- d. Taze sebze ve meyve tüketimi çok önemlidir. Dışarıdan alınacak vitamin ve mineral takviyeleri (vitamin hapları, vb) vücut için zararlı olabileceğinden mutlaka bir doktora danışılarak kullanılması önerilmektedir.
- e. Doymuş yağ içeren maddelerden uzak durmak gerekir. Margarinler, kuyruk yağı ve tereyağı doymuş yağları fazla miktarlarda içermektedir. Yaşlı bireylerde günlük alınan enerjinin en fazla %30'u yağlardan sağlanmalıdır.
- f. Su tüketiminin yeterli olmasına özen göstermek gerekir. Bol su ve sıvı tüketimi sağlık için çok önemlidir. Yaşlı bireyin günde iki litre sıvı tüketmesi önerilmektedir. Bu gereksinim için günde 8-10 bardak sıvı tüketilmesi önerilir.
- g. Posalı yiyeceklerin tüketilmesi de sağlık açısından önemlidir.

2.Fiziksel egzersiz

Yaşlılık döneminde bedensel etkinlik önemlidir. Bu etkinlikler temel olarak dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri şeklinde olması önerilmektedir. Her iki başlıkta da programlar başlamadan önce mutlaka doktor kontrolünden geçilmeli, hareketlerin türü, miktarı, süresi ve sıklığı doktorun yönlendirmesine göre yapılmalıdır.

3. Sigaradan uzak bir yaşam

Her yaş grubunda olduğu gibi sigara yaşlılık döneminde de çok zararlı bir alışkanlıktır. Hiç başlamamak en önemli yaklaşımdır, ancak yaşlı bireylerin "bu yaşta bırakılsa da işe yaramaz" şeklindeki yaklaşımları son derece yanlıştır. Sigaranın bırakılmasının her yaş için yarar sağladığına ilişkin pek çok çalışma vardır.

4. Boş zamanları üretken bir biçimde değerlendirebilmek

Aktif yaşlanmanın bir gerekliliği kişinin üretime katkıda bulunmasıdır.

5. Yeterli ve düzenli uyku

Sağlık için her gün düzenli bir şekilde uyku gerekir.

6. Kazalardan korunabilme

Yaşlılık döneminde kazalar sık görülen sorunlar arasındadır. Bu kapsamda özellikle ev içi ortam koşullarının uygun hale getirilmesi önemlidir

Bütün bu yaklaşımlar kişilerin daha sağlıklı ve üretken oldukları bir yaşlılık dönemi için kolaylaştırıcı ve geliştirici önerilerdir (15,58,59,60,61,62).

2.9. SAĞLIKLI YAŞLANMA (DSÖ AVRUPA BÖLGESİ İÇİN SAĞLIK 21)

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977 yılında yapılan asamblede dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenler '2000 Yılında Herkes İçin Sağlık' adı verilen bir bildirgede yayınlamıştır. Son hali 1991 yılında Lizbon'da toplanan Dünya Sağlık Örgütü bölge komitesi bu hedefleri gözden geçirerek güncellenmiştir.

2000 Yılında Herkes İçin Sağlık adlı bildirgede belirlenen 21 Hedef içinde yer alan 5. hedef yaşlıların sağlığına değinmektedir. Hedef 5 ve önerilen stratejiler şöyledir.

Hedef 5: 2020 yılına kadar, 65 yaş ve üzerindeki insanlar kendi sağlık potansiyellerinden hoşnut olma ve aktif bir sosyal rol oynama olanaklarına sahip olmalıdırlar. Özellikle:

1. 65 yaşında beklenen yaşam süresi ve sakatlık olmaksızın yaşanan yaşam süresinden en az yüzde 20 artış sağlanmalıdır.

2. 80 yaşında toplumdaki yerlerini, otonomilerini ve özgüvenlerini sürdürmelerini sağlayan bir ev çevresinde ve sağlık düzeylerinden hoşnut olarak yaşayan insanların oranı en az yüzde 50 artmalıdır.

Bu hedefe ancak şu koşullarda ulaşılabilir:

Kişilerin otonomi ve sosyal üretkenliğini etkileyen barınma, gelir ve diğer konularda yaşlıları gözetten ve gereksinimlerini karşılayacak toplumsal politikalar uygulanırsa,

Daha erken yaşlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle, yaşlılıkta sağlıklı olmaya hazırlayacak sağlık politikaları uygulanırsa,

Toplum seviyesindeki sağlık ve sosyal servisler yaşlıları günlük yaşamlarında gereksinin ve görüşleri yönünde destekleyici, kendi hayatlarını sürdürebilecek ve daha aktif olmalarına yardımcı olacak çalışmalar yürütülürse,

Her toplum yaşlılar için yeterli kaynaklara sahip servisleri koordine ederek izler ve değerlendirici programlar geliştirirse,

Yaşlıların kendi potansiyelleri ile uygun tıbbi bakım, sosyal destek ve bakım ile poliklinik hizmetlerine ulaşabilmelerini sağlayacak politikalar geliştirilirse bu hedefe ulaşılır (13).

Türkiye’de ‘‘Herkes Sağlık Stratejileri’’ alışmaları, 1997’de İstanbul’da yapılan DSÖ 47. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı ile hız kazanmıştır. Belirlenen hedefler üzerinde Türkiye’nin görüşleri belirtilmiş, bir yıl sonra Kopenhag’da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısında ise 21 hedef, ‘‘Sağlık 21’’ başlığı altında resmen kabul edilmiştir. Ülkelerin 21. yüzyılda bu hedeflere ulaşabilmeleri için kendi önceliklerini saptayarak eylem planlarını yapmalarının önemi vurgulanmıştır. 21 Hedef içinde yer alan Hedef 7: Ergen, Yaşlı ve zrllerin Sağlığının Geliştirilmesi’ne değerilmektedir. Hedef 7 ve yaşlılar için önerilen stratejiler şoyledir.

HEDEF 7: 2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve zrllerin daha sağlıklı ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

2020 yılına kadar, kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 li yaşlardaki bireylerin oranını en az % 50 arttırmak.

Genel stratejiler;

Ergen, yaşlı ve zrllere yönelik rehberlik, sosyal hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri sunan merkezlerin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması.

Eğitim ve hizmet veren birimlerde çalışan personelin, özel gruplar ve sorunları ile bu gruplara yaklaşım konularında eğitilmesi.

Medya mensuplarının başta ergen, yaşlı ve zrller olmak üzere özel grupların sorunları hakkında eğitilmesi ve medya aracılığı ile topluma olumlu mesajlar iletilmesinin sağlanması.

Ergen, yaşlı ve özürllüere yönelik hizmetlerde görev almak üzere yeterli sayıda ve uygun nitelikte personel yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi.

Sağlık personelinin ergen, yaşlı ve özürllülerin sağlık sorunları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının geliştirilmesi.

Ergen, yaşlı ve özürllülerin sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinliklere katılım yönünden desteklenmesi, bu amaçla “toplum merkezleri”, spor tesisleri gibi merkezlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması.

Ergen, özürllü ve yaşlılara hizmet sunumunda sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi.

Ergen, özürllü ve yaşlılara hizmet sunan kurum ve kuruluşların çalışmalarının topluma tanıtılması,

Özel stratejiler;

Yaşlı ve özürllülerin sağlık ocaklarının rutin izleme programları kapsamına alınması.

Yaşlıların ve özürllülerin uzun süre bakım görebilecekleri sağlık ve sosyal tesislerin kurulması, yaşlıların hastanelerden kolay hizmet almasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması.

Yaşlılar ve özürllüler için ulaşım, çevre ve trafik ile ilgili özel düzenlemeler yapılması.

Yaşlı ve özürllülerin ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması

Yaşlıların sağlıklı beslenme, kronik hastalıklar ve akılcı ilaç kullanımı konularında bilgilendirilmesi (61).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Bölge Hakkında Genel Bilgiler:

Araştırma Gaziantep il merkezinde yapılmıştır. Gaziantep, Akdeniz ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin birleştiği noktada yer alır. Suriye'ye komşu bir sınır ili olan Gaziantep'in büyük bir bölümü Akdeniz Bölgesinin doğu kesiminde, bir bölümü de Güney Doğu Anadolu bölgesinin batısında yer alır. Gaziantep'in doğusunda Şanlıurfa, batısında Osmaniye ve Hatay, kuzeyinde Kahramanmaraş, güneyinde Suriye, kuzeydoğusunda Adıyaman ve güneybatısında Kilis illeri bulunmaktadır. Gaziantep GAP bölgesinde yer almaktadır.

Şekil 3.1. Gaziantep il haritası



Gaziantep İl Haritası

3.1.1.Coğrafi Durumu:

38 derece 28 dakika doğu boylamlarıyla, 36 derece 38 dakika kuzey enlemlerinin belirlediği bir noktada bulunan Gaziantep, Akdeniz Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi arasında geçişi sağlayan bir konum üzerindedir.

Yüzölçümü 6222 km²'lik alanıyla Türkiye topraklarının yaklaşık olarak %1'lik bölümünü kapsamaktadır. Güneyde Hatay ve Osmaniye sınırını oluşturan Amanos (Nur) Dağları en yüksek rakıma sahip tepeler 1527 m'ye kadar yükselmektedir. Gaziantep ilinin denizden yüksekliği 850 metredir.

Gaziantep iklimi Akdeniz ve Doğu Anadolu iklimleri arasında bir geçiş özelliğini taşır. Akdeniz iklimi ağır basar. Yazları sıcak ve kuraktır. Kışlar çok soğuk olmaz. Haziran ayının son haftası ile Temmuz ve Ağustos ayları oldukça kurak geçer. Kuraklık Eylül ayının son haftasına kadar devam eder.

Gaziantep, Güneydoğu'nun en büyük Türkiye'nin ise 6. büyük kentidir. Güneydoğu Anadolu'yu batıya bağlayan kara ve demiryollarının merkezidir ve uluslararası havaalanı ile tüm dünyaya açılmıştır.

3.1.2.Nüfus:

9 ilçesi 17 beldesi ve 616 köyü mevcut olan Gaziantep ilinin 2007 yılında yapılan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre nüfusu, 1 514 885'tir. Şahinbey ilçesinin nüfusu 700 604, Şehitkamil ilçesinin nüfusu 525 571'dir.

3.1.3.Eğitim:

Gaziantep Milli Eğitim il Müdürlüğü verilerine göre, 2007-2008 öğretim yılında Gaziantep ilinde okul öncesi eğitim yapan 20 okul, 617 ilköğretim, 64 lise, 27 mesleki ve teknik orta öğretim olmak üzere toplam 728 okul ve 12934 öğretmen mevcuttur.

3.1.4.Sağlık:

2007 Gaziantep Sağlık il Müdürlüğü'nün verilerine göre, Gaziantep'te halen faal durumda olan 10 yataklı tedavi kurumu, 93 sağlık ocağı, 95 sağlık evi, 4 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması (AÇS-AP) merkezi, 4 verem savaş merkezi, 1 gençlik danışma

ve tedavi merkezi, 1 talasemi merkezi bulunmaktadır. Gaziantep ili Şehitkamil ilçesinde sağlık ocağı sayısı 27, köy sağlık evi sayısı 6'dır. Şahinbey ilçesinde ise sağlık ocağı sayısı 28, köy sağlık evi sayısı 14'tür. 2006 TÜİK verilerine göre 650 uzman hekim, 872 pratisyen hekim, 420 eczacı, 173 diş hekimi, 617 sağlık memuru, 1155 hemşire, 535 ebe bulunmaktadır.

3.2.Araştırma Modeli:

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üzeri popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler analiz edilmiştir.

3.2.1.Araştırma Evreni ve Örneklem:

Bu araştırmanın evreni Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üzeri bireylerdir. Örneklem seçiminde nüfusa dayalı orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde araştırmada kullanılacak minimum birey sayısını bulmak için aşağıdaki formül kullanılır. Örnek büyüklüğü %5 yanılma düzeyinde desen etkisi 1,5 iken 576 birey, desen etkisi 2 iken 768 birey olur.

Formül 3.1: Araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplama formülü

$$N_{\min} = DE^2 \cdot \frac{z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

N: Örneklem büyüklüğü

DE: Desen etkisi (sabit=1,5-2)

z: 1.96'nın karesi

p: Olayın görülme sıklığı (0.50)

d: Güven aralığı

Bu araştırmada 632 birey ile çalışılarak en büyük örneklem büyüklüğünün %82'sine ulaşılmıştır.

Çalışılacak kümeleri seçmek için öncelikle Sağlık Müdürlüğünden Şehitkâmil ve Şahinbey ilçelerindeki tüm sağlık ocaklarının, sağlık evi bölge nüfusları ve bölgenin

coğrafi sınırları (mahalle, sokak, köy olarak) temin edildi. Küme birimi olarak sağlık ocaklarına bağlı sağlık evleri (SE) belirlendi. Sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinin kümülatif toplamları alındıktan sonra örneğe çıkacak 60 küme, sistematik örnekleme yöntemiyle seçildi. Her kümeden ortalama 10 bireyle görüşüldü. Görüşmelerde hanede bulunan 65 yaş ve üzeri her birey araştırmaya dâhil edildi.

Araştırma kapsamına giren 60 küme Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Araştırma kapsamına giren 60 kümenin dağılımı

Şahinbey İlçesi	Şehitkamil İlçesi
1. Küme: Kavaklık Mahallesi SE	31.Küme: Hasırcıoğlu Mahallesi SE
2. Küme: Hoşgör Mahallesi SE	32.Küme: Fevzipaşa Mahallesi SE
3. Küme: Beyazlar Mahallesi SE	33.Küme: Çıksorut Mahallesi SE
4. Küme: Ünalı Mahallesi 1 SE	34. Küme: Yenimahalle Mahallesi SE
5. Küme: Barış Mahallesi SE	35. Küme: Emek Mahallesi SE
6. Küme: Beydilli Mahallesi SE	36.Küme: Sarıgüllük Mahallesi SE
7. Küme: Üçoklar Mahallesi SE	37. Küme: Göllüce Mahallesi SE
8. Küme: Ulaş Mahallesi SE	38.Küme: Gazikent Mahallesi SE
9. Küme: Fidanlık Mahallesi SE	39. Küme: Eyüp Sultan Mahallesi SE
10. Küme: Konak Mahallesi SE	40. Küme: Karacaoğlan Mahallesi SE
11. Küme: Onur Mahallesi SE	41.Küme: Merveşehir Mahallesi SE
12. Küme: Narlıtepe Mahallesi SE	42.Küme: Kayaönü Mahallesi SE
13. Küme: Perilikaya Mahallesi SE	43.Küme: Zeytinlik Mahallesi SE
14. Küme: Bayramlı Köyü SE	44.Küme: Boyno Mahallesi SE
15. Küme: Düztepe Mahallesi SE	45.Küme: Özgürlük Mahallesi SE
16. Küme: Kahvelipınar Mahallesi SE	46. Küme: Budak Mahallesi SE
17. Küme: Şenyurt Mahallesi SE	47.Küme: Değirmiş Mahallesi SE
18. Küme: Yukarıbayır Mahallesi SE	48.Küme: Yukarıbeylerbeyi Köyü SE
19. Küme: Çamlıca Mahallesi SE	49.Küme: Şirinevler Mahallesi SE
20. Küme: Güneykent Mahallesi SE	50. Küme: Osmangazi Mahallesi SE
21. Küme: Karataş Mahallesi SE	51. Küme: Onat Kutlar Mahallesi SE
22. Küme: Yeşilevler Mahallesi SE	52. Küme: Göztepe Mahallesi SE
23. Küme: Cumhuriyet Mahallesi SE	53. Küme: Yeşilova Mahallesi SE

24. Küme: 25 Aralık Mahallesi SE	54. Küme: Hürriyet MahallesiSE
25. Küme: Güzel Vadi Mahallesi SE	55. Küme: Aydıntepe MahallesiSE
26. Küme: Cengiz Topel Mahallesi	56.Küme: Nurtepe Mahallesi SE
27.Küme. Vatan Mahallesi SE	57. Küme: Batıkent Mahallesi SE
28.Küme: Bostancık Köyü SE	58.Küme: Aktoprak Beldesi SE
29.Küme: Şahinbey Köyü SE	59. Küme: Sinan Köyü SE
30.Küme: Hacıköprü Köyü SE	60. Küme: Sam Köyü SE

3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri:

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri:

1. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi duyuşal yetenek puanı
2. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi otonomi puanı
3. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi geçmiş, bugün, gelecek aktivite puanı
4. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi sosyal katılım puanı
5. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ölüm ve ölmek tutum puanı
6. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi yakınlık (dostluk) puanı
7. 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi toplam puanı

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise:

- 1.Yaş
- 2.Cinsiyet
- 3.Eğitim durumu
- 4.Yerleşim yeri
- 5.Meslek
- 6.Sosyal güvence
- 7.Mevcut hastalık durumu
- 8.Genel sağlık düzeyi algısı
- 9.Çocuk sayısı
- 10.Yaşlıların kaldığı kişiler
- 11.Sigara içme
- 12.Yardımcı cihaz kullanım durumu
- 13.Fiziksel engellilik durumu

3.3. Verilerin Toplanması Ve Analizi:

Verilerin toplanması ve analizi üç basamakta gerçekleştirilmiştir. Bunlar sırasıyla; anket formunun düzenlenmesi, anket formunun uygulanması ve verilerin değerlendirilmesidir.

3.3.1. Anket Formunun Düzenlenmesi:

Anket formu sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi sorularını içeren 65 sorudan oluşmuştur. Yaşam kalitesi soruları Dünya Sağlık Örgütü'nün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde oluşturulmuş ve WHOQOL Türkiye Grubu tarafından geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmakta olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı (WHOQOL-OLD) modülündeki sorulardır (bkz. Ek1). Soruların işlevliliğini kontrol üzere araştırma öncesinde Malatya'da rastgele evlere gidilerek 15 bireye ön deneme anketi uygulanmıştır. Ön deneme uygulamasından sonra ankete verilen yanıtlar gözden geçirilerek işlemeyen sorular değiştirilmiş ve anket formuna son hali verilmiştir.

3.3.2. Anket Formunun Uygulanması:

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından evlere gidilerek Ek 1'de sunulan anketteki sorular 65 yaş ve üstü bireylere yüz yüze sorularak toplanmıştır. Görüşmeye uygun olmayan yaşlıların yakınları ile görüşülmüştür. Araştırma kapsamına giren 632 yaşlıdan cevap verebilecek yeterlilikte olan 592 yaşlıya WHOQOL-OLD modülü anket soruları uygulanmıştır. Sorulara verilen yanıtlar beşli likert ölçeği şeklindedir.

3.3.3. Verilerin Analizi:

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS for Windows 9.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare, Independent Sample t test, One Way ANOVA, Man Whitney U, Kruskall Wallis test, Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Ki-Kare testinden sonra farklılık yaratan gruplar GW BASIC programıyla hesaplandı. ANOVA testinden sonra LSD ve Tukey testleri kullanılarak, Kruskal Wallis testinden sonra Mann Whitney U testiyle ve p değeri, yapılan karşılaştırma sayısına bölünerek elde edilen yanılma düzeyine göre farkı yaratan gruplar tespit edildi. Ölçümle belirlenen değişkenler ± 1 standart sapma arasında toplam alanın

%68.26'sını kapsar. Lojistik regresyon analizi uygulanırken, ortalama±1 standart sapmaya göre yaşam kalitesi “yüksek” ve “düşük” olarak dikotom değişken oluşturulmuştur. Buna göre yaşam kalitesi puanı 67 ve üzerinde olanlar yaşam kalitesi “yüksek”, yaşam kalitesi puanı 44.6 ve altında olanlar yaşam kalitesi “düşük” olarak değerlendirilmiştir.

Yaşam kalitesi puanlamasında Dünya Sağlık Örgütü'nün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönergedeki puanlama prosedürü uygulanmıştır. Yaşam kalitesi yaşlı modülü 6 alanda toplam 20 maddelik sorulardan oluşmaktadır.

Tablo 3.2. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve temel alan maddeleri

<i>Bölüm</i>	<i>Soru</i>	<i>Alan maddeleri</i>	<i>Ort (Min, Max)</i>
Duyusal Yetenekler	4	1* + 2* + 10* + 20	16 (4, 20)
Otonomi	4	3 + 4 + 5 + 11	16 (4, 20)
Geçmiş, Bugün, Gelecek	4	12 + 13 + 15 + 19	16 (4, 20)
Sosyal Katılım	4	14 + 16 + 17 + 18	16 (4, 20)
Ölüm ve Ölmek	4	6* + 7* + 8* + 9*	16 (4, 20)
Yakınlık	4	21 + 22 + 23 + 24	16 (4, 20)

*dönüştürme işlemi uygulanan maddeler

Tablo3.3 WHOQOL-OLD 6 temel alan ve 24 temel alan madde soru sayısı

Alan/Bölüm	Soru sayısı	Alan/bölüm	Soru sayısı
Duyusal Yetenekler		Sosyal Katılım	
Günlük yaşamı etkileme	1	Zamanı kullanmadan hoşnutluk	1
Günlük faaliyetlere katılma	1	Yapılan faaliyet miktarından hoşnutluk	1
Duyularla ilgili işlevleri algılama	1	Toplumsal faaliyetlere katılabilme	1
Başkalarıyla ilişki kurma		Her gün yapacak işi olması	1
Otonomi	1	Ölüm ve Ölmek	
Kendi kararlarını verebilme	1	Ölümden korkma	1
Geleceğini kontrol edebilme	1	Ölüm şeklinden kaygı duyma	1
Saygı görebilme	1	Ölümü kontrol edememe korkusu	1
Yapmak istediklerini yapabilme	1	Ölmeden önce acı çekmekten korkma	1
Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri		Yakınlık	
Gelecekte umutlu olma ve beklenti	1	Dostluk ve arkadaşlık duygusunu yaşama	1
Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarından memnuniyet	1	Sevgiyi yaşama ve hissetme	1
Saygınlığı elde etme	1	İnsanları sevebilme imkanı	1
Başarılarından hoşnutluk	1	İnsanlar tarafından sevilme imkanı	1

Yaşam kalitesi ortalama puanını bulmak için;

1-İlk adımda duysal yeteneklerdeki 1., 2., 10.uncu ve ölüm ölmek alanındaki 6., 7., 8., 9.uncu maddelere dönüştürme işlemi yapıldı. 1 olumsuz, 5 olumlu olacak şekilde yeniden puanlandırıldı. Dönüştürme işleminden sonra her bir maddeye verilen 1-5 arasındaki değerler toplanarak ham puanlar hesaplandı

2-Her bir yaşam kalitesi alan puanı 4 ile 20 arasında değişmektedir. Her bir alanda 4-20 arasındaki ham puanlar hesaplandıktan sonra her bir alan puanından 4 çıkarılarak alan puanı 0 ile 16 arasında değişecek şekilde standartlaştırıldı.

3-Yaşam kalitesi toplam puanını bulmak için ise ham puandan 4 çıkarılarak elde edilen puan 6.25 sabit sayısı ile çarpılarak 100 üzerinden toplam yaşam kalitesi puanı elde edildi.

Formül 3.2 yaşam kalitesi toplam puanını hesaplama formülü

$$\text{Toplam Yaşam Kalitesi Puanı}=6.25*(\text{ham puan}-4)$$

3.1.Araştırmanın Süresi ve Maliyeti:

Tablo 3.4. Araştırmanın zaman tablosu

Yıl	2007										2008						2009					
Ay	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	
Planlama																						
İzin ve anket formunun hazırlanması																						
Ön deneme																						
Veri toplama																						
Veri analizi																						
Sunum																						

Araştırmanın ulaşım ve kırtasiye giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırma Gaziantep Şahinbey ve Şehitkâmil merkez ilçeleri ve bu ilçelere bağlı köylerde 60 küme örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Bu durum bulguların yalnız Gaziantep il merkezine genellenebilir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Gaziantep merkez ilçeleri Şehitkâmil ve Şahinbey belediye sınırları içinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan araştırmanın bulguları dört başlık altında incelenmiştir:

4.1.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulgular,

4.3.Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulgular,

4.4.Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulgular.

4.1.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulgular:

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur

Tablo 1: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	Cinsiyet				Toplam		İstatistik
	Erkek Sayı	%	Kadın Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu							
65-74	179	61.7	225	65.8	404	63.9	p=0.273
75-84	95	32.8	93	27.2	188	29.7	X ² =2.598
85 ve üzeri	16	5.5	24	7.0	40	6.4	SD=2
Eğitim Durumu*							
Okuryazar değil	81	27.9	286	83.6	367	58.1	p=0.001
Okuryazar	136	46.9	29	8.5	165	26.1	X ² =2.023
İlkokul mezunu	51	17.6	20	5.8	71	11.2	SD=3
Orta ve üzeri okul mezunu	22	7.6	7	2.0	29	4.6	
Yerleşim Yeri							
Kent	257	88.6	295	86.3	552	87.3	p=0.402
Kır	33	11.4	47	13.7	80	12.7	X ² =0.793
Sağlık Güvence							
Yok	35	12.1	44	12.9	79	12.5	p=0.858
Var	201	69.3	230	67.3	431	68.2	X ² =0.307
Yeşil Kart	54	18.6	68	19.9	122	19.3	SD=2
Medeni Durum*							
Evli, Nikâhsız Eş	234	80.7	186	54.4	420	66.5	p=0.001
Bekâr	2	0.7	7	2.0	9	1.4	X ² =48.773
Eşi Ölmüş	54	18.6	149	43.6	203	32.1	SD=2
Çocuk sayısı							
Hiç çocuğu yok*	2	0.7	15	4.4	17	2.7	p=0.025
1-2 çocuk	7	2.4	12	3.5	19	3.0	X ² =9.343
3-4 çocuk	68	23.4	83	24.3	232	67.8	SD=3
5 ve üzeri çocuk	213	73.4	232	67.8	445	70.4	
Çalışma durumu							
Evet, çalışıyor	34	11.7	1	0.3	35	5.5	p=0.001
Hayır, çalışmıyor	256	88.3	341	94.5	597	94.5	X ² =37.049
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0	SD=1

*farklılık saptanan gruplar

¹satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %45.9'u erkek, %54.1'i kadındır. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaş ortalaması 73.5±0.2 yıldır (mode:70, median:72, minimum:65, maximum.:105). Yaşlıların %63.9' u 65-74 yaş grubunda, %29.7'si 75-84 yaş grubunda, %6.4'sinin 85 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı benzerlik göstermektedir (p>0.05).

Yaşlıların %58.1'i okur yazar değil, %26.1'i okur yazar, %11.2'si ilkokul mezunu, %4.6' sı orta ve üzeri okul mezunudur. Erkeklerin %27.9'u, kadınların %83.6'sı okur yazar değildir. Erkeklerin %46.9'u, kadınların %8.5'i okur yazardır. Erkeklerin %17.6'sı, kadınların%5.8'i ilkokul mezunudur. Erkeklerin %7.6'sı, kadınların %2.0'ı orta ve üzeri okul mezunudur. Eğitim düzeyinin cinsiyetler arasında her düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadınların eğitim düzeyi daha düşüktür.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %87.3'ü kentte, %12.7'si kırsal kesimde yaşamaktadır. Yerleşim yerine göre cinsiyet dağılımı benzerlik göstermektedir (p>0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %12.5'inin sağlık güvencesi yok, %68.2'sinin sağlık güvencesi var, %19.3'ü yeşil kart'lıdır. Sağlıkta sosyal güvenceye sahip olma durumu iki cins arasında benzer dağılımı göstermektedir (p>0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %66.5'i evli, %1.4'ü hiç evlenmemiş, %32.1'inin ise eşinin ölmüştür. Hiç evlenmemiş (%2.0) ve eşi ölmüş (%43.6) olan yaşlılar kadınlar arasında daha sıktır. Erkeklerin %80.7'si, kadınların ise %54.4'ü halen evlidir. Medeni durumun cinsiyetler arasında her düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Araştırma kapsamına giren ve hiç çocuğu olmayan yaşlıların sıklığı %2.7, 1-2 çocuğu olan yaşlıların sıklığı %3.0, 3-4 çocuğu olan yaşlıların oranı %67.8, 5 ve üzeri çocuğu olan yaşlıların sıklığı ise %70.4'dür. Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayılarının cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farklılığı yaratan grup hiç çocuğu olmayan gruptur. Hiç çocuğu olmayan yaşlı kadınlar erkeklerden fazladır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %5.5'i halen gelir getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir. Halen çalışma durumu erkeklerde daha fazladır, yalnız bir kadın çalışmaktadır ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların ekonomik durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Araştırma kapsamına giren yaşlıların ekonomik durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Ekonomik özellikler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Düzenli aylık gelir¹						
Var	238	82.1	198	57.9	436	69.0
Yok	52	17.9	144	42.1	196	31.0
Kendine ait tapulu mal²						
Var	234	80.7	230	67.3	464	73.4
Yok	56	19.3	112	32.7	168	26.6
Toplam	290	45.9*	342	54.1*	632	100.0

1 $p=0.001$ $X^2=42.865$ $SD=1$

2 $p=0.001$ $X^2=14.521$ $SD=1$

*sattır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %69.0'nın düzenli bir aylık gelir aldıkları tespit edilmiştir. Düzenli aylık gelir sahibi olmanın cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Düzenli aylık gelir alma durumu erkeklerde daha fazladır. Erkeklerin %82.1'i, kadınların %57.9'u düzenli aylık gelire sahiptir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %73.4'ü kendilerine ait taşınmaz mal, ev, arazi, dükkan gibi tapulu malı olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların kendilerine ait tapulu mala sahip olma durumunun cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tapulu mala sahip olma durumu erkeklerde daha fazladır. Erkeklerin %80.7'si, kadınların %67.3'ü en az bir tapulu mala sahiptir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların gelir özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3: Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli aylık gelir özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Düzenli aylık gelir	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kendi emekli maaşı*	184	77.3	29	14.7	213	49.0
Eşinin maaşı*	3	1.3	103	52.3	106	24.4
Yaşlılık maaşı*	51	21.4	65	33.0	116	26.6
Toplam	238	54.7 ¹	197	54.3 ¹	435	100.0

p=0.001 X²=2.068 SD=2

*farklılığı yaratan gruplar

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlılardan düzenli aylık geliri olanların %49.0’ı kendi emekli maaşı olduğunu, %24.4’ü eşinin maaşını aldığını, %26.6’sı ise devletten 3 aylık yaşlılık maaşı aldığını belirtmiştir. Yaşlıların düzenli aldıkları maaşlarının kaynağı cinsiyetler arasında farklıdır (p<0.05). Erkeklerin %77.3’ü, kendi emekli maaşlarını alırken kadınların %14.7’si kendi emekli maaşlarını almaktadır. Kadınların %52.3’ü eşlerinin maaşını alırken erkeklerin yalnız %1.3’ü eşlerinin maaşını almaktadır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların gelire ilişkin düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4: Araştırma kapsamına giren yaşlıların gelire ilişkin düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Düşünce	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Eve giren toplam gelir¹						
Çok iyi *	118	40.7	97	28.4	215	34.0
Orta *	107	36.9	141	41.2	248	39.3
Çok kötü*	65	22.4	104	30.4	169	26.7
Gelirle ilgili endişe²						
Hiç Endişesi Yok	90	31.0	77	22.5	167	26.4
Orta Endişeli *	136	46.9	165	48.2	301	47.6
Endişeli	64	22.1	100	29.2	164	26.0
Toplam	290	45.9 ^x	342	54.1 ^x	632	100.0

1p=0.003 X²=11.512 SD=2

2p=0.024 X²=7.481 SD=2

*farklılığı yaratan gruplar

^xsatır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %34.0'ı eve giren toplam geliri çok iyi, %39.3'ü orta, %26.7 çok kötü olarak değerlendirmiştir. Erkeklerin %40.7'si kadınların %28.4'ü eve giren gelirin çok iyi olduğunu düşünmektedir. Erkeklerin %22.4'ü kadınların %30.4'ü eve giren toplam gelirin çok kötü olduğunu düşünmektedir. Eve giren toplam gelire ilişkin düşüncelerin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır. (p<0.05). Eve giren geliri “çok iyi” olarak değerlendirenler erkekler arasında, “çok kötü” olarak değerlendirenler kadınlar arasında daha fazladır (Tablo 4).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların gelir düzeyi konusunda düşünceleri sorulduğunda %26.4'ü hiç endişesi olmadığını, %47.6'sı orta düzeyde endişeli olduğunu, %26.0'ı endişeli olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların gelir düzeyi konusundaki düşüncelerinin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Gelirle ilgili endişesi olan kadınların sıklığı erkeklerden fazladır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli aylık gelire sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur

Tablo 5: Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli aylık gelire sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Durumu	Düzenli Aldığı Aylık Gelir				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Okuryazar değil	223	60.8	144	39.2	367	58.1
Okuryazar	125	75.8	40	24.2	165	26.1
İlkokul mezunu	60	84.5	11	15.5	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	28	96.4	1	3.4	29	4.6
Toplam	436	69.0	196	31.0	632	100.0

p=0.001 $X^2=33.430$ SD=3

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %69.0'u düzenli aylık gelire sahiptir. Aylık gelire sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Aylık düzenli gelire sahip olma durumu ilkokul ve üzeri okul mezunu yaşlılarda daha yüksektir. Okur yazar olmayanların %60.8'i düzenli aylık gelire sahipken orta okul ve üzerinde eğitimi olan yaşlıların %96.4'dü düzenli aylık gelire sahiptir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların tapulu mala sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur

Tablo 6: Araştırma kapsamına giren yaşlıların tapulu mala sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	Kendine Ait Tapulu Malı				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Okuryazar değil	239	65.1	128	34.9	367	58.1
Okuryazar	131	79.4	34	20.6	165	26.1
İlkokul mezunu	65	91.5	6	8.5	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	29	100.0	0	0.0	29	4.6
Toplam	464	73.4	168	26.6	632	100.0

p=0.001 $X^2=38.419$ SD=3

*sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi

Yaşlıların kendilerine ait tapulu mala sahip olma durumunun eğitim düzeyine göre farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tapulu mala sahip olma durumu ilkökul ve üzerinde eğitime sahip yaşlılarda daha yüksektir. Orta ve üzeri okul mezunu yaşlıların ise tamamının kendilerine ait tapulu malı vardır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların eve giren toplam gelir konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur

Tablo 7: Araştırma kapsamına giren yaşlıların eve giren toplam gelir konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Durumu	Eve giren Toplam Gelir						Toplam	
	Çok İyi		Orta		Çok Kötü		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar değil	75	20.4	163	44.4	129	35.1	367	58.1
Okuryazar	65	39.4	64	40.0	34	20.6	165	26.1
İlkokul mezunu	49	69.0	16	22.5	6	8.5	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	26	89.7	3	10.3	0	0.0	29	4.6
Toplam	215	34.1	248	39.2	169	26.7	632	100.0

$p=0.001$ $X^2=115.663$ $SD=6$

*sütün yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi

Yaşlıların eve giren toplam geliri değerlendirmelerinin eğitim düzeyine göre farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça eve giren toplam gelirin arttığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların geliri konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur

Tablo 8: Araştırma kapsamına giren yaşlıların geliri konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	Gelir Konusunda Düşüncesi						Toplam	
	Hiç Endişesi Yok		Orta Endişeli		Endişeli		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar değil	53	14.4	187	51.0	127	34.6	367	58.1
Okuryazar	49	29.7	85	51.5	31	18.8	165	26.1
İlkokul mezunu	41	57.7	24	33.8	6	8.5	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	24	82.8	5	17.2	0	0.0	29	4.6
Toplam	167	26.5	301	47.6	164	25.9	632	100.0

p=0.001 $X^2=121.410$ SD=6

*sütün yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi

Yaşlıların gelir düzeyi konusundaki düşünceleri eğitim düzeyine göre farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Orta ve üzeri okul mezunu yaşlıların %82.8’inin gelir düzeyi konusunda hiç endişesi yokken, okuryazar olmayanların %14.4’ünün hiç endişesi yoktur.

4.2.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte kaldıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 9’da sunulmuştur

Tablo 9: Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte kaldıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı

Kiminle kalıyor	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Çocukları*	44	15.2	103	30.0	147	23.3
Eşi	122	42.1	98	28.7	220	34.8
Yalnız*	21	7.2	59	17.3	80	12.7
Eşi ve çocukları	97	33.4	72	21.1	169	26.7
Diğer*	6	2.1	10	2.9	16	2.5
Toplam	290	45.9 ^x	342	54.1 ^x	632	100.0

p=0.001 $X^2=47.420$ SD=4

^xsatır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesi

*farklılık yaratan gruplar

Araştırma kapsamına giren yaşlıların şu anda kiminle yaşadığı sorulduğunda %34.8'i eşiyle, %26.7'si eşi ve çocuklarıyla, %23.3'ü çocuklarıyla, %12.7'si yalnız, %2.5'i kardeşiyle ve bakıcıyla yaşadığını belirtmiştir. Yaşlıların şu an yaşadığı kişilerin dağılımı cinsiyetler arasında dağılımı farklıdır (p<0.05). Yalnız yaşayan ve çocuklarıyla yaşayan yaşlı kadınların sıklığı erkeklerden fazladır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşamında güvendikleri kişiye sahip olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur

Tablo 10: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşamında güvendikleri kişiye sahip olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Yaşamında Tam Olarak Güvendiği Kişi				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	243	83.8	47	16.2	290	45.9
Kadın	242	70.8	100	29.2	342	54.1
Toplam	485	76.7	147	23.3	632	100.0

p=0.001 $X^2=14.934$ SD=1

*Satır yüzdesi diğerleri satır yüzdesidir

Yaşlıların %76.7'si yaşamında tam olarak güvendikleri bir kişi olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların yaşamında güvendiği kişiye sahip olma durumu iki cins arasında farklıdır ($p<0.05$). Erkeklerin %83.8'inin, kadınların ise %70.8'inin güvendiği kişi vardır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların güvendikleri kişilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Araştırma kapsamına giren yaşlıların güvendikleri kişilerin cinsiyete göre dağılımı

Güvendiği kişi	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eşine*	210	86.4	168	69.4	378	77.9
Çocuklarına*	32	13.2	66	27.3	98	20.2
Kardeşine*	1	0.4	8	3.3	9	1.9
Toplam	243	50.1 ¹	242	49.9 ¹	485	100.0

$p=0.001$ $X^2=21.905$ $SD=2$

*farklılığı yaratan gruplar

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Yaşamlarında tam olarak güvendiği biri olduğunu belirten yaşlıların %77.9'u eşine güvendiğini, %20.2'si çocuklarına güvendiğini, %1.9'u kardeşlerine güvendiğini belirtmiştir. Yaşlıların yaşamında en çok güvendiği kişinin kim olduğu konusundaki düşüncelerinin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Her iki cinste en çok eşlerine güvenmektedir. Erkekler eşlerine kadınlardan daha fazla güvenmektedir. Kadınlar ise çocuklarına ve kardeşlerine erkeklerden daha fazla güvenmektedir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların komşuluk ilişkilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 12'de sunulmuştur

Tablo 12: Araştırma kapsamına giren yaşlıların komşuluk ilişkilerinin cinsiyete göre dağılımı

Komşuluk ilişkileri	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Memnun	223	76.9	249	72.8	472	74.7
Orta	42	14.5	46	13.5	88	13.9
Memnun Değil	25	8.6	47	13.7	72	11.4
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0

p=0.130 X²=4.085 SD=2

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlılara komşuların yakınlığı konusundaki düşünceleri sorulmuştur. Yaşlıların %74.7' si komşuluk ilişkilerinden memnundur Yaşlıların komşuluk ilişkileri konusunda düşünceleri her iki cins arasında dağılımı benzerdir (p>0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların toplumsal hizmetlere ilişkin düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 13'de sunulmuştur

Tablo 13: Araştırma kapsamına giren yaşlıların toplumsal hizmetlere ulaşmaya ilişkin düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Toplumsal hizmetler	Cinsiyet				Toplam		İstatistik
	Erkek		Kadın		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığı							
Memnun*	125	43.1	88	25.7	213	33.7	p=0.001 X ² =22.906 SD=2
Orta*	87	30.0	117	34.2	204	32.3	
Memnun değil*	78	26.9	137	40.1	215	34.0	
Sağlık hizmetlerine Ulaşım							
Hiç endişesi yok	133	45.9	117	34.2	250	39.6	p=0.005 X ² =10.535 SD=2
Orta endişeli*	81	27.9	101	29.5	182	28.8	
Endişeli	76	26.2	124	36.3	200	31.6	
Kamu hizmetlerine Ulaşım							
Hiç endişesi yok	122	42.1	92	26.9	214	33.9	p=0.001 X ² =23.898 SD=2
Orta endişeli	86	29.7	93	27.2	179	28.3	
Endişeli *	82	28.3	157	45.9	239	37.8	
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0	

*farklılığı yaratan gruplar

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Yaşlıların %34.0'ı alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olmadığını belirtmiştir. Yaşlıların alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusundaki düşüncelerinin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Erkekler kadınlardan daha memnundur.

Sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşlıların %39.6'sı hiç endişeli olmadığını, %28.8'i orta düzeyde endişeli olduğunu, %31.6'sı endişeli olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki düşüncelerinin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşmada daha endişelidir.

Kamu hizmetlerine ulaşmada yaşlıların %33.9'unun hiç endişeli olmadığı, %28.3'ünün orta düzeyde endişeli olduğu, %37.8'inin endişeli olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların kamu hizmetlerine ulaşım konusundaki düşüncelerinin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kamu hizmetlerine ulaşmada kadınların %45.9'u endişeli iken, erkeklerin %28.3'ü endişelidir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların toplumsal hizmetlere ulaşmaya ilişkin düşüncelerinin yerleşim yerine göre dağılımı Tablo14'de sunulmuştur

Tablo 14: Araştırma kapsamına giren yaşlıların toplumsal hizmetlere ulaşmaya ilişkin düşüncelerinin yerleşim yerine göre dağılımı.

Toplumsal hizmetler	Yerleşim Yeri				Toplam		İstatistik
	Kent		Kır		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı							
Memnun	207	37.5	6	7.5	213	33.7	p=0.001 X ² =91.269 SD=2
Orta	195	35.3	9	11.2	204	32.3	
Memnun değil*	150	27.2	65	81.2	215	34.0	
Sağlık hizmetlerine ulaşım							
Hiç endişesi yok	234	42.4	16	20.0	250	39.6	p=0.001 X ² =58.498 SD=2
Orta endişeli	173	31.3	9	11.2	182	28.8	
Endişeli*	145	26.3	55	68.8	200	31.6	
Kamu hizmetlerine ulaşım							
Hiç endişesi yok	208	37.7	6	7.5	214	33.9	p=0.001 X ² =78.014 SD=2
Orta endişeli	171	31.0	8	10.0	179	28.3	
Endişeli*	173	31.3	66	82.5	239	37.8	
Toplam	552	87.3 ¹	80	12.7 ¹	632	100.0	

*farklılık yaratan gruplar

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnuniyet yerleşim yerine göre incelendiğinde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kırsal alanda yaşayan yaşlıların

%81.2'si memnun değilken kentsel alanda yaşayan yaşlıların %27.2'si memnun değildir.

Sağlık hizmetlerine ulaşma konusundaki düşüncelerin yerleşim yerine göre farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kırsal alanda yaşayan yaşlıların %68.8'i, kentsel alanda yaşayan yaşlıların %26.3'ü sağlık hizmetlerine ulaşmada endişeli olduğunu belirtmiştir.

Kamu hizmetlerine ulaşma konusundaki düşünce yerleşim yerine göre farklıdır ($p<0.05$). Kırsal alanda yaşayan yaşlıların %82.5'i kamu hizmetlerine ulaşma konusunda endişeliyken kentsel alanda yaşayan yaşlıların %31.3'ü endişelidir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların alış verişi yapılacak yerlerin yakınlığı konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15: Araştırma kapsamına giren yaşlıların alış verişi yapılacak yerlerin yakınlığı konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	Alış verişi yapılacak yerlerin yakınlığı						Toplam	
	Memnun		Orta		Memnun değil		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar değil	89	24.3	129	35.1	149	40.6	367	58.1
Okuryazar	64	38.8	51	30.9	50	30.3	165	26.1
İlkokul mezunu	49	69.0	11	15.5	11	15.5	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	11	37.9	13	44.8	5	17.2	29	4.6
Toplam	213	33.7	204	32.3	215	34.0	632	100.0

$p=0.001$ $X^2=60.966$ $SD=6$

* satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların alış verişi yapılacak yerlerin yakınlığı konusunda memnuniyetleri eğitim düzeyine göre incelendiğinde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Okuryazar olmayan yaşlıların %40.6' sını alış verişi yapılacak yerlerin yakınlığından memnun değilken ortaokul ve üzerinde eğitim gören yaşlıların %17.2'si memnun değildir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sağlık hizmetlerine ulaşma						Toplam	
	Hiç endişesi yok		Orta endişeli		Endişeli		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar değil	118	32.2	113	30.8	136	37.1	367	58.1
Okuryazar	76	46.1	45	27.3	44	26.7	165	26.1
İlkokul mezunu	41	57.7	16	22.5	14	19.7	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	15	51.7	8	27.6	6	20.6	29	4.6
Toplam	250	39.6	182	28.8	200	31.6	632	100.0

p=0.001 $X^2=24.476$ SD=6

*sattır yüzdesi, diğlerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişeleri eğitim düzeyine göre incelendiğinde farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). Okuryazar olmayan yaşlıların %37.1’i, ortaokul ve üzerinde eğitim görmüş olan yaşlıların %20.6’sı memnun değildir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların kamu hizmetlerine ulaşım konusunda düşüncelerinin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kamu hizmetlerine ulaşım konusunda eğitim düzeyine göre düşüncelerinin dağılımı

Eğitim Düzeyi	Kamu hizmetlerine ulaşma						Toplam	
	Hiç endişesi yok		Orta endişeli		Endişeli		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar değil	92	25.1	105	28.6	170	46.3	367	58.1
Okuryazar	65	39.4	51	30.9	49	29.7	165	26.1
İlkokul mezunu	45	63.4	11	15.5	15	21.1	71	11.2
Orta ve üzeri okul mezunu	12	41.4	12	41.4	5	17.2	29	4.6
Toplam	214	33.9	179	28.3	239	37.8	632	100.0

p=0.001 $X^2=53.272$ SD=6

*sıra yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların kamu hizmetlerine ulaşım konusunda endişeleri eğitim düzeyine göre incelendiğinde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Okuryazar olmayan yaşlıların %46.3’ü, ortaokul ve üzerinde eğitim gören yaşlıların %17.2’si kamu hizmetlerine ulaşım konusunda endişelidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşlılık algısının cinsiyete göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşlılık algısının cinsiyete göre dağılımı.

Yaşlılık Algısı	Cinsiyet				Toplam		İstatistik
	Erkek		Kadın		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Yaşını nasıl Değerlendiriyor							
Çok yaşlı	85	29.3	112	32.7	197	31.2	p=0.637
Yaşlı	167	57.6	189	55.3	356	56.3	X ² =0.902
Kendini yaşlı bulmuyor	38	13.1	41	12.0	79	12.5	SD=2
Yaşlılığı nasıl Değerlendiriyor							
Kötü bir durum	96	33.1	130	38.0	226	35.8	p=0.230
İşe yaramazlık	111	38.3	133	38.9	244	38.6	X ² =2.939
Güzel bir durum	83	28.6	79	23.1	162	25.6	SD=2
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0	

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlılara yaşını nasıl değerlendirdiği sorulduğunda %31.2'si kendisini çok yaşlı hissettiğini, %56.3'ü yaşlı hissettiğini, %12.5'i kendini yaşlı bulmadığını belirtmiştir. Yaşlıların yaşlarını algılama durumları cinsiyetler arasında benzer dağılım göstermektedir (p>0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşlılığı nasıl değerlendirdiğine ilişkin düşünceleri irdelendiğinde yaşlıların %35.8'i yaşlılığı kötü bir durum olarak, %38.6'sı işe yaramazlık olarak, %25.6'sı yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendirmiştir. Yaşlıların yaşlılık konusundaki düşünceleri her iki cins arasında benzerdir (p>0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların, yaşlıların yaşamasına uygun buldukları yerlerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: Araştırma kapsamına giren yaşlıların, yaşlıların yaşamasına uygun buldukları yerlerin cinsiyete göre dağılımı

Yaşlı Nerde Yaşamalı	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Evde tek başına	25	8.6	40	11.7	65	10.3
Evde çocuklarıyla	170	58.6	241	70.5	411	65.0
Evde eşiyile*	95	32.8	57	16.7	152	24.1
Huzurevinde*	0	0.0	4	1.2	4	0.6
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0

p=0.001 $X^2=25.118$ SD=3

*farklılığı yaratan gruplar

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlılara yaşlı nerde yaşamalı diye sorulduğunda %65.0'ı evde çocuklarıyla, %24.1'i evde eşiyile, %10.3'ü evde tek başına, %0.6'sı huzurevinde yaşamalıdır diye belirtmişlerdir. Yaşlının yaşaması gereken yer konusundaki düşüncelerin cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Erkeklerin %32.8'i evde eşiyile, kadınların ise %70.5'i evde çocuklarıyla yaşamalarının uygun olduğunu belirtmiştir.

4.3.Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 20 verilmiştir.

Tablo 20: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık durumlarının cinsiyete göre dağılımı.

Mevcut sağlık durumu	Cinsiyet				Toplam		İstatistik
	Erkek		Kadın		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kronik hastalık							p=0.001
Var	250	86.2	338	98.8	588	93.0	X ² =38.607
Yok	40	13.8	4	1.2	44	7.0	SD=1
İlaç kullanımı							p=0.001
Var	227	78.3	323	94.4	550	87.0	X ² =36.33
Yok	63	21.7	19	5.6	82	13.0	SD=1
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0	

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %93.0'ı en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin %86.2'sinin, kadınların %98.8'inin en az bir kronik hastalığı vardır (p<0.05). Kronik hastalık varlığı kadınlarda daha fazladır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %87.0'ı en az bir ilacı düzenli olarak kullanmaktadır. Yaşlılarda sürekli ilaç kullanma durumu cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadınlarda (%94.4) ilaç kullanma daha fazladır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların tanı aldığı kronik hastalık durumunun yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalık durumunun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Tanı aldığı kronik hastalığı				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
65-74 yaş	369	91.3	35	8.7	404	63.9
75-84 yaş	181	96.3	7	3.7	188	29.7
85 ve üzeri yaş	38	95.0	2	5.0	40	6.4
Toplam	558	87.0	82	13.0	632	100.0

p=0.079 $X^2=5.087$ SD=2

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların mevcut kronik hastalık durumu yaş grubuna göre incelenmiştir. Yaşlıların tanı aldığı kronik hastalık varlığı yaş grupları arasında benzer dağılım göstermektedir ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların ilaç kullanma durumunun yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 22 verilmiştir.

Tablo 22: Araştırma kapsamına giren yaşlıların ilaç kullanma durumunun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Sürekli kullandığı ilaç				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
65-74 yaş	346	85.6	58	14.4	404	63.9
75-84 yaş	171	91.0	17	9.0	188	29.7
85 ve üzeri yaş	33	82.5	7	17.5	40	6.4
Toplam	550	87.0	82	13.0	632	100.0

p=0.136 $X^2=3.983$ SD=2

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir

Yaşlıların düzenli ilaç kullanma durumunun yaş grupları arasında dağılımı benzerlik göstermektedir ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 23 sunulmuştur.

Tablo 23: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalıklarının dağılımı^X

Kronik hastalıklar	Sayı	%
Hipertansiyon	361	61.4
Hiperkolesterolemi	175	29.8
Diyabet	146	24.8
Miyokart infarktüsü	30	5.1
Anjina pektoris	18	3.1
Kalp hastalığı	195	33.2
Romatizma, Artrit	341	58.0
Kronik bronşit	169	28.7
Gastrit, ülser	203	34.5
Anksiyete, depresyon	310	52.7
Osteoporoz	332	56.3
Diğer hastalıklar	42	7.1
Prostat	19	3.0

*Kronik hastalığı olan 588 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

^XSoruya birden çok yanıt verilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda en çok belirtilen kronik hastalıklar hipertansiyon (%61.4), romatizma/artrit (%58.0), osteoporoz (%56.3), anksiyete/depresyon (%52.7), gastrit/ülser (%34.5), kalp hastalığı (%33.2), hiperkolesterolemi (%29.8), kronik bronşit (%28.7), diyabet (%24.8), miyokart infarktüsü (%5.1), anjina pektoris (%3.1), prostat (%3.0), bel fıtığı, SVO, KBY, böbrek taşı, demans, parkinson gibi diğer hastalıklar (%7.1)'dir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sigara kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 24’te sunulmuştur.

Tablo 24: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sigara kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Sigara kullanım durumu				Toplam	
	Evet, her gün		Hayır		Sayı	% ¹
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	54	18.6	236	81.4	290	45.9
Kadın	2	0.6	340	99.4	342	54.1
Toplam	56	8.9	576	91.1	632	100.0

p=0.001 $X^2=63.213$ SD=1

*farklılığı yaratan grup

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %91.1’i hiç sigara içmediğini ve sigara içmeyi bıraktığını, %8.9’u her gün sigara içtiğini belirtmiştir. Yaşlıların sigara kullanım durumunun cinsiyetler arasında dağılımının farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Erkeklerin %18.6’sı sigara içerken, kadınların %0.6’sı sigara içmektedir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine ve sağlık algısına göre dağılımı Tablo 25’da sunulmuştur.

Tablo 25: Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık düzeyi algılarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyodemo- grafik Özellikler	Sağlık algısı								İstatistik
	İyi*		Orta		Kötü		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	% ¹	
Cinsiyet									p=0.003
Erkek	101	34.8	98	33.8	91	31.4	290	45.9	X ² =11.551
Kadın	79	23.1	124	36.3	139	40.6	342	54.1	SD=2
Yaş Grupları									
65-74	135	33.4	153	37.9	116	28.7	404	63.9	p=0.001 X ² =37.612 SD=4
75-84	36	19.1	64	34.0	88	46.8	188	29.7	
85 ve üzeri*	9	22.5	5	12.5	26	65.0	40	6.4	
Toplam	180	28.5	222	35.1	230	36.4	632	100	

*farklılığı yaratan grup

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %28.5'i sağlık düzeylerini iyi, %35.1'i orta, %36.4'ü kötü olarak değerlendirmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sağlık düzeyi algısının iki cins arasında farklı olduğu görülmüştür (p<0.05). Erkeklerin %34.8'i sağlıklarının iyi, %31.4'ü kötü olduğunu belirtirken, kadınların %23.1'i sağlıklarının iyi, %40.6'sı kötü olduğunu belirtmiştir.

Sağlık düzeyi algısı yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir (p<0.05). Genç yaşlıların %28.7'si sağlıklarının kötü olduğunu, orta yaşlıların %46.8'i sağlıklarının kötü olduğunu, ileri yaşlıların ise %65.0'ı sağlıklarının kötü olduğunu belirtmişlerdir. Sağlıklarının kötü olduğunu düşünen yaşlıların sıklığı yaşla birlikte artmaktadır

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yardımcı cihaz kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yardımcı cihaz kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Yardımcı cihaz kullanım durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	184	63.4	106	36.6	290	45.9
Kadın	169	49.4	173	50.6	342	54.1
Toplam	353	55.9	279	44.1	632	100.0

p=0.001 $X^2=12.533$ SD=1

* sütun yüzdesi diğerleri satır yüzdesidir

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %55.9'u yardımcı cihaz kullandığını belirtmiştir. Yaşlıların yardımcı cihaz kullanım durumunun cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Erkekler (%63.4), kadınlara (%49.4) göre daha fazla yardımcı cihaz kullanmaktadırlar

Araştırma kapsamına giren yaşlıların kullandığı yardımcı cihazların dağılımı Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27: Araştırma kapsamına giren yaşlıların kullandığı yardımcı cihazların dağılımı.

Kullanılan yardımcı cihazlar	Sayı	%*
Baston, koltuk değneği	225	63.7
Tekerlekli sandalye	17	4.8
İşitme cihazı	13	3.7
Kalça protezi	7	2.0
Gözlük	91	25.8
Toplam	353	100.0

*Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplanmıştır.

Yardımcı cihaz kullanan yaşlıların %63.7'si baston ya da koltuk değneği, %25.4'ü gözlük %4.8'i tekerlekli sandalye, %3.7'si kulaklık, %2.0'ı kalça protezi kullanmaktadır.

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda fiziksel engeli olma durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28: Araştırma kapsamına giren yaşlıların fiziksel engeli olma durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Mevcut fiziksel engel durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	36	12.4	254	87.6	290	45.9
Kadın	28	8.2	314	91.8	342	54.1
Toplam	64	10.1	568	89.9	632	100.0

p=0.079

$X^2=3.080$

SD=1

* sütun yüzdesi diğerleri satır yüzdesi

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %10.1'inin fiziksel engeli bulunmaktadır. Fiziksel engel varlığı cinsiyetler arasında benzer dağılım göstermektedir (p>0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların var olan fiziksel engellerinin dağılımı Tablo 29'da sunulmuştur

Tablo 29: Araştırma kapsamına giren yaşlıların var olan fiziksel engellerinin dağılımı.

Fiziksel engel	Sayı	%
Görme engeli	11	17.2
Felç	32	50.0
İşitme engeli	15	23.4
Yatağa bağımlılık	6	9.4
Toplam	64	100.0

*Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplanmıştır

Fiziksel engeli olduğunu belirten yaşlıların %50.0'ı felçli, %17.2'si görme engelli, %23.4'ü işitme engelli, %9.4'ü yatağa bağımlıdır.

Günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlılar cinsiyete göre dağılımı Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30: Günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlılar cinsiyete göre dağılımı.

Günlük İşlerinde Yardıma İhtiyaç Duyma Durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Hiç yardıma ihtiyaç duymayan	101	34.8	127	37.1	228	36.1
Bazen yardıma ihtiyaç duyan	89	30.7	140	40.9	229	36.2
Her gün yardıma ihtiyaç duyan*	100	34.5	75	21.9	175	27.7
Toplam	290	45.9 ¹	342	54.1 ¹	632	100.0

p=0.001

X²=13.709

SD=2

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

*farklılık yaratan gruplar

Yaşlıların %27.7'si günlük yaşamlarında (yemek yapma, giyinme, banyo, temizlik) yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Yardıma ihtiyaç duyma durumunun cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Erkeklerin %34.5'i, kadınların %21.9'u her gün yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Yaşlıların günlük yaşamlarında en çok yardım aldığı kişilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31: Yaşlıların günlük yaşamlarında en çok yardım aldığı kişilerin cinsiyete göre dağılımı

En Çok Yardım Eden Kişiler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Çocuklar*	70	37.0	176	82.2	246	61.0
Eş*	108	57.1	6	2.8	114	28.3
Diğer akraba ve komşular*	5	2.6	30	14.0	35	8.7
Özel bakıcı*	6	3.2	2	0.9	8	2.0
Toplam	189	46.9 ¹	214	53.1 ¹	403	100.0

p=0.001 X²=1.558 SD=3

¹satır yüzdesi diğerleri sütun yüzdesidir

*farklılığı yaratan gruplar

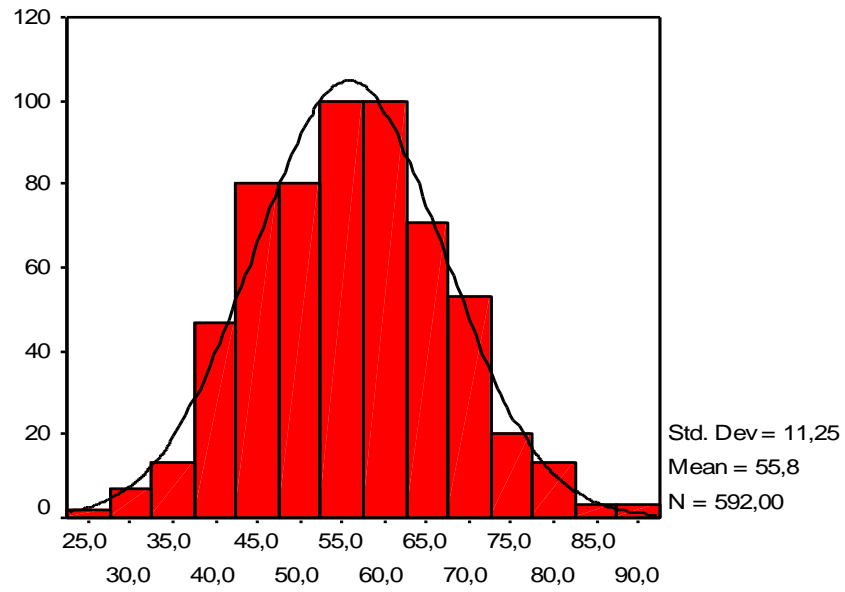
Günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlıların yardım aldığı kişiler sırasıyla çocukları (%61.0), eşi (%28.3), akraba ve komşuları (%8.7), özel bakıcı (%2.0)'dır. Yaşlılara günlük yaşamlarında en çok yardım eden kişilerin cinsiyete göre dağılımı farklılık göstermektedir (p<0.05). Erkekler en çok eşlerinden (%57.1), kadınlar en çok çocuklarından (%82.2) yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

4.4.Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulgular

Araştırma kapsamına giren 632 bireyden cevap verebilecek yeterlilikte olan 592 bireye Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü anket soruları uygulanmıştır.

Şekil 4.1: Araştırma kapsamına giren yaşlıların

yaşam kalitesi toplam puanının normal dağılım grafiği



Yaşam kalitesi toplam puanı normal dağılım eğrisi

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi toplam puanı normal dağılım göstermektedir.

Tablo 32: Yaşam kalitesi 6 temel alan ve 24 alt alan puan ortalamaları dağılımı

Alanlar	Min	Max	Ortalama	SS	SH
<i>Duyusal Yetenekler (Toplam)</i>	0	16	11.5	0.1	3.4
Günlük yaşamı etkileme	1	5	3.9	0.0	0.9
Günlük faaliyetlere katılma	1	5	3.9	0.0	0.9
Başkalarıyla ilişki kurma	1	5	3.9	0.0	0.8
Duyularla ilgili işlevleri algılama	1	5	3.8	0.0	0.9
<i>Otonomi (Toplam)</i>	1	16	9.0	0.1	2.8
Kendi kararlarını verebilme	1	5	3.5	0.0	0.8
Geleceğini kontrol edebilme	1	5	3.0	0.0	0.8
Saygı görebilme	1	5	3.5	0.0	0.8
Yapmak istediklerini yapabilme	1	5	3.0	0.0	0.9
<i>Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri (Toplam)</i>	1	16	8.1	0.1	3.0
Başarılı bir hayat sürdürebilme	1	5	2.9	0.0	0.9
Saygınlığı elde etme	1	5	3.5	0.0	0.9
Başarılarından hoşnutluk	1	5	2.9	0.0	0.9
Gelecekte umutlu olma ve beklenti	1	5	2.8	0.0	0.8
<i>Sosyal Katılım (Toplam)</i>	0	16	5.9	0.1	3.0
Her gün yapacak işi olması	1	5	2.4	0.0	0.8
Zamanı kullanmadan hoşnutluk	1	5	2.4	0.0	0.8
Yapılan faaliyet miktarından	1	5	2.4	0.0	0.8
Toplumsal faaliyetlere katılabilme	1	5	2.7	0.0	0.8
<i>Ölüm ve Ölmek (Toplam)</i>	4	16	11.9	0.1	2.6
Ölüm şekline kaygı duyma	1	5	3.7	0.0	0.8
Ölümü kontrol edememe korkusu	2	5	3.9	0.0	0.8
Ölümden korkma	2	5	3.9	0.0	0.7
Ölmeden önce acı çekmekten korkma	1	5	3.9	0.0	0.8
<i>Yakınlık (Toplam)</i>	0	16	9.4	0.1	3.0
Dostluk ve arkadaşlık duygusu	1	5	3.3	0.0	0.8
Sevgiyi yaşama ve hissetme	1	5	3.4	0.0	0.8
İnsanları sevebilme imkanı	1	5	3.4	0.0	0.8
İnsanlar tarafından sevilme imkanı	1	5	3.4	0.0	0.8
<i>Yaşam Kalitesi Toplam</i>	26	90	55.8	0.5	11.2

Topla

Tablo 32 'de yaşam kalitesi temel alanları duyuşsal yetiler, otonomi, G.B.G. aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ortalama puanları sırasıyla 11.5±0.1, 9.0±0.1, 8.1±0.1, 5.9±0.1, 11.9±0.1 ve 9.4±0.1'dir

Sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi alan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 33'te sunulmuştur.

Tablo 33: Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-Demografik özellikler	Ortalama±SH							N
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivitele	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi	
Cinsiyet								
Erkek	11.3±0.2	10.2±0.2	9.1±0.2	6.1±0.2	11.6±0.1	10.5±0.2	59.0±0.7	270
Kadın	11.1±0.2	7.9±0.2	7.2±0.2	5.8±0.2	12.2±0.2	8.5±0.2	53.2±0.6	322
İstatistik*	0.281	0.001	0.001	0.066	0.001	0.001	0.001	
Yaş Grubu								
65-74 ¹	12.2±0.2	9.2±0.1	8.3±0.2	6.4±0.2	11.6±0.1	9.7±0.2	57.4±0.6	395
75-84	10.3±0.2	8.5±0.2	7.6±0.2	5.6±0.2	12.6±0.2	9.0±0.2	53.0±0.8	171
85 ve üzeri	8.7±0.7	8.7±0.6	6.9±0.5	4.1±0.7	12.8±0.6	8.9±0.6	50.1±2.3	26
İstatistik	0.001**	0.015**	0.002**	0.001**	0.001**	0.023**	0.001*	
Eğitim								
Okuryazardeğil ²	11.2±0.2	7.7±0.1	6.8±0.1	5.2±0.1	12.5±0.1	8.2±0.1	51.6±0.5	338
Okuryazar	11.4±0.2	9.8±0.2	8.8±0.2	6.0±0.2	11.2±0.2	10.1±0.2	57.2±0.7	157
İlkokul Mezunu	12.9±0.3	11.8±0.3	11.2±0.3	8.5±0.3	11.3±0.3	12.3±0.3	68.0±1.2	69
Orta ve üzeri ²	12.0±0.5	12.5±0.4	12.0±0.4	8.1±0.7	10.7±0.6	13.2±0.4	68.5±1.7	28
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001*	
Yerleşim Yeri								
Kent	11.6±0.1	9.1±0.1	8.1±0.1	6.1±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	56.1±0.5	514
Kır	10.5±0.5	8.5±0.3	7.6±0.3	5.2±0.5	11.6±0.2	9.4±0.3	53.7±1.1	78
İstatistik	0.016**	0.065**	0.143**	0.017**	0.020**	0.731**	0.009*	
Medeni Durum								
Evli, NikahsızEş	11.8±0.2	9.3±0.1	8.6±0.1	6.4±0.2	11.8±0.2	9.8±0.1	57.8±0.5	399
Bekâr	11.9±1.0	9.7±1.3	9.1±1.01	6.0±1.2	12.7±1.3	10.2±1.0	59.6±4.0	9
Eşi ölmüş boşanmış ³	10.7±0.3	8.2±0.2	6.9±0.2	5.0±0.2	12.1±0.2	8.5±0.2	51.4±0.8	184
İstatistik	0.002**	0.001**	0.001**	0.001**	0.154**	0.001**	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Man Whitney U

**Kruskal Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, (yanılma düzeyi) p=0.02

² Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, (yanılma düzeyi) p=0.008

³ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, (yanılma düzeyi) p=0.02

Sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi alan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 33'te sunulmuştur (Devam)

Tablo 33 Sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi alan ortalamalarının karşılaştırılması (Devam)

Sosyo-Demografik özellikler	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktiviteler	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi	
Sağlık Güvence								
Yok	11.1±0.4	8.1±0.3	6.4±0.2	5.1±0.3	12.4±0.3	8.5±0.3	51.7±0.9	70
Var ⁴	11.9±0.2	9.4±0.1	8.8±0.1	6.5±0.2	11.7±0.1	10.0±0.1	58.3±0.6	409
Yeşil Kart	10.3±0.3	7.8±0.2	7.8±0.2	4.4±0.2	12.4±0.2	7.9±0.2	49.2±0.9	113
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001	
Halen çalışma								
Çalışıyor	13.6±0.5	12.3±0.4	12.3±0.3	10.8±0.5	10.9±0.4	13.0±0.4	72.9±8.8	34
Çalışmıyor	11.4±0.1	8.8±0.1	7.8±0.1	5.6±0.1	12.0±0.1	9.2±0.1	54.8±0.4	558
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.022*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Man Whitney U

**Kruskal Wallis Test

⁴ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p=0.02

Duyusal yetenekler alan ortalaması 65-74 yaş grubu yaşlılarda (12.2±0.2), ilkokul mezunu yaşlılarda (12.9±0.3), hiç evlenmemiş yaşlılarda (11.9±1.0), halen çalışıyor olan yaşlılarda (13.6±0.5) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Otonomi alan ortalaması erkeklerde (10.2±0.2), ilkokul mezunu yaşlılarda (12.9±0.3), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (12.5±0.4) ve hiç evlenmemiş yaşlılarda (9.7±1.3), halen çalışıyor olan yaşlılarda (12.3±0.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

G.B.G. aktiviteleri alan ortalaması erkeklerde (9.1±0.2), 65-74 yaş grubu yaşlılarda (8.3±0.2), ilkokul mezunu yaşlılarda (11.2±0.3), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (12.0±0.4) ve hiç evlenmemiş yaşlılarda (9.1±0.1), halen çalışıyor olan yaşlılarda (12.3±0.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sosyal katılım alan ortalaması erkeklerde (6.1 ± 0.2), 65-74 yaş grubu yaşlılarda (6.4 ± 0.2), ilkokul mezunu yaşlılarda (8.5 ± 0.3), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (8.1 ± 0.7), halen evli olan yaşlılarda (6.4 ± 0.2), halen çalışıyor olan yaşlılarda (10.8 ± 0.5) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Ölüm ve ölmek alan ortalaması kadınlarda (12.2 ± 0.2), 85 ve üzeri yaş grubunda (12.8 ± 0.6), okur yazar olmayan yaşlılarda (12.5 ± 0.1), hiç evlenmemiş yaşlılarda (12.7 ± 1.3), halen çalışıyor olan yaşlılarda (10.9 ± 0.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Yakınlık alan ortalaması erkeklerde (10.5 ± 0.2), ilkokul mezunu yaşlılarda (12.3 ± 0.3), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (13.2 ± 0.4), hiç evlenmemiş yaşlılarda (10.2 ± 1.0), halen çalışıyor olan yaşlılarda (13.0 ± 0.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$)

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması erkeklerde (59.0 ± 0.7), 65-74 yaş grubu yaşlılarda (57.4 ± 0.6), ilkokul mezunu yaşlılarda (68.0 ± 1.2), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (68.5 ± 1.7), kentsel alanda yaşayanlarda (56.1 ± 0.5), evli olan yaşlılarda (57.8 ± 0.5) ve hiç evlenmemiş yaşlılarda (59.6 ± 4.0), halen çalışıyor olan yaşlılarda (72.9 ± 8.8) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$)

Yaşlıların çocuk sayısına göre yaşam kalitesi alan ortalamalarının puan dağılımı Tablo 34'de sunulmuştur

Tablo 34: Yaşlıların Çocuk Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Alan Ortalamalarının Puan Dağılımı

Çocuk	Ortalama \pm SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktiviteler	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Çocuğu yok	11.4 \pm 0.7	8.6 \pm 0.9	7.4 \pm 0.8	5.2 \pm 0.8	13.1 \pm 0.8	8.4 \pm 0.7	54.1 \pm 2.8	17
1-2 çocuk	12.0 \pm 0.7	9.1 \pm 0.5	8.0 \pm 0.7	5.9 \pm 0.5	11.5 \pm 0.6	9.7 \pm 0.6	56.1 \pm 1.7	19
3-4 çocuk ¹	11.6 \pm 0.3	10.0 \pm 0.2	9.1 \pm 0.2	6.8 \pm 0.3	11.7 \pm 0.2	10.5 \pm 0.2	59.7 \pm 0.9	140
5-üzeri	11.4 \pm 0.2	8.7 \pm 0.2	7.7 \pm 0.1	5.7 \pm 0.1	12.0 \pm 0.1	9.1 \pm 0.1	54.6 \pm 0.5	416
İstatistik	0.808*	0.001*	0.001*	0.003*	0.137*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5 \pm 0.1	9.0 \pm 0.1	8.1 \pm 0.1	5.9 \pm 0.1	11.9 \pm 0.1	9.4 \pm 0.1	55.8 \pm 0.5	592

*Kruskal Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, (yanılma düzeyi) $p=0.008$

Duyusal yetenekler ile ölüm ve ölmek alan ortalaması çocuk sayılarına göre incelendiğinde bütün gruplarda benzer bulunmuştur ($p>0.05$). 3-4 çocuk sahibi olan yaşlılarda otonomi, G.B.G. aktivite, sosyal katılım, yakınlık, yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla (10.0 ± 0.2), (9.1 ± 0.2), (6.8 ± 0.3), (10.5 ± 0.2), (59.7 ± 0.9) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. 3-4 çocuğu olan yaşlıların yaşam kalitesi ortalama puanı diğer grupların ortalama puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığı yaratan grubu 3-4 çocuğa sahip olan yaşlılar oluşturmaktadır.

Yaşlıların birlikte yaşadıkları kişiye göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı Tablo 35’de sunulmuştur

Tablo 35: Yaşlıların birlikte yaşadıkları kişiye göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Şuan kiminle Kalıyor	Ortalama \pm SH							Sayı
	Duyusal	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Çocukları	10.7 \pm 0.4	7.7 \pm 0.2	6.4 \pm 0.2	4.4 \pm 0.2	12.4 \pm 0.2	8.0 \pm 0.2	49.6 \pm 0.9	131
Eşi ¹	11.9 \pm 0.2	9.6 \pm 0.2	8.9 \pm 0.2	6.9 \pm 0.2	11.9 \pm 0.2	9.9 \pm 0.2	59.1 \pm 0.7	209
Yalnız	11.2 \pm 0.3	9.2 \pm 0.4	8.0 \pm 0.4	6.2 \pm 0.3	11.7 \pm 0.3	9.2 \pm 0.4	55.5 \pm 1.4	73
Eşi, çocuklar	11.8 \pm 0.2	9.3 \pm 0.2	8.5 \pm 0.2	5.9 \pm 0.2	11.7 \pm 0.2	10.0 \pm 0.2	57.2 \pm 0.9	164
Diğer	10.3 \pm 0.6	8.0 \pm 0.9	6.8 \pm 0.8	4.9 \pm 0.9	13.1 \pm 0.5	8.7 \pm 0.8	51.8 \pm 3.0	15
İstatistik	0.021*	0.001*	0.001*	0.001*	0.015*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5 \pm 0.1	9.0 \pm 0.1	8.1 \pm 0.1	5.9 \pm 0.1	11.9 \pm 0.1	9.4 \pm 0.1	55.8 \pm 0.5	592

*Kruskal Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, (yanılma düzeyi) $p=0.005$)

Eşi ile yaşayan yaşlılarda duyusal yetenekler, otonomi, G.B.G. aktivite, sosyal katılım, yakınlık alan ortalaması ve yaşam kalitesi toplam puanı sırasıyla (11.9 ± 0.2), (9.6 ± 0.2), (8.9 ± 0.2), (6.9 ± 0.2), (9.9 ± 0.2), (59.1 ± 0.7), anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ölüm ve ölmek alan ortalaması ise hiç çocuğu olmayanlarda (13.1 ± 0.8), kardeşi ve bakıcıyla kalan yaşlılarda (13.1 ± 0.5) daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının ekonomik özelliklere göre dağılımı Tablo 36’da sunulmuştur.

Tablo 36: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının ekonomik özelliklere göre dağılımı

Ekonomik özellikler	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktiviteler	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Aylık geliri								
Var	11.4±0.2	9.4±0.1	8.4±0.2	6.1±0.2	11.8±0.1	9.8±0.2	57.0±0.6	407
Yok	11.6±0.2	8.1±0.2	7.2±0.2	5.5±0.2	12.2±0.2	8.6±0.2	53.3±0.7	185
İstatistik	0.550*	0.001*	0.001*	0.011*	0.052*	0.001*	0.001	
Tapulu malı								
Var	11.6±0.2	9.5±0.1	8.6±0.1	6.2±0.1	11.7±0.1	10.0±0.1	57.6±0.5	442
Yok	11.1±0.3	7.6±0.2	6.5±0.2	5.1±0.2	12.6±0.2	7.6±0.2	50.5±0.7	150
İstatistik	0.193*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001	
Eve giren toplam gelir								
Çok iyi ¹	12.5±0.2	10.6±0.2	9.9±0.2	7.4±0.2	10.9±0.2	11.1±0.2	62.4±0.8	210
Orta	11.1±0.2	8.6±0.2	7.8±0.2	5.4±0.2	12.4±0.2	9.2±0.2	54.3±0.6	228
Çok kötü	10.7±0.0	7.4±0.2	6.0±0.2	4.7±0.2	12.7±0.2	7.5±0.2	49.0±0.7	154
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001	
Gelir düzeyi konusunda düşüncesi								
Hiç Endişesi Yok ¹	12.4±0.2	10.7±0.2	10.2±0.2	7.5±0.2	10.7±0.2	11.4±0.2	63.0±0.8	163
Orta Endişeli	11.4±0.2	8.8±0.2	7.9±0.1	5.6±0.2	12.2±0.1	9.2±0.2	55.2±0.6	278
Endişeli	10.8±0.3	7.5±0.2	6.0±0.2	4.8±0.2	12.7±0.2	7.5±0.2	49.3±0.7	151
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Man Whitney U

**Kruskal Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p=0.02

Tablo 36'da görüldüğü gibi, duyuşsal yetenekler alan ortalaması eve giren toplam geliri çok iyi değerlendiren yaşlılarda (12.5±0.2) ve gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (12.4±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Otonomi alan ortalaması düzenli aylık geliri olan yaşlılarda (9.4 ± 0.1), tapulu malı olan yaşlılarda (9.5 ± 0.1), eve giren toplam geliri çok iyi değerlendiren yaşlılarda (10.6 ± 0.2) ve gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (10.7 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri alan ortalaması düzenli aylık geliri olan yaşlılarda (8.4 ± 0.2), tapulu malı olan yaşlılarda (8.6 ± 0.1), eve giren toplam geliri çok iyi değerlendiren yaşlılarda (9.9 ± 0.2) ve gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (10.2 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sosyal katılım alan ortalaması düzenli aylık geliri olan yaşlılarda (6.1 ± 0.2), tapulu malı olan yaşlılarda (6.2 ± 0.1), eve giren toplam geliri çok iyi değerlendiren yaşlılarda (7.4 ± 0.2) ve gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (7.5 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ölüm ve ölmek alan ortalaması düzenli aylık geliri olmayan yaşlılarda (12.2 ± 0.2), tapulu malı olmayan yaşlılarda (12.6 ± 0.2), eve giren toplam geliri çok kötü değerlendiren yaşlılarda (12.7 ± 0.2) ve gelir düzeyi konusunda endişeli olan yaşlılarda (12.7 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yakınlık alan ortalaması düzenli aylık geliri olan yaşlılarda (9.8 ± 0.2), tapulu malı olan yaşlılarda (10.0 ± 0.1), eve giren toplam geliri çok iyi değerlendiren yaşlılarda (11.1 ± 0.2) ve gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (11.4 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşam kalitesi toplam ortalama puanı düzenli aylık geliri olan yaşlılarda (57.0 ± 0.6), tapulu malı olan yaşlılarda (57.6 ± 0.5), eve giren toplam geliri çok iyi olarak değerlendiren yaşlılarda (62.4 ± 0.8) ve gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (63.0 ± 0.8) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının gelir kaynağına göre dağılımı Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37: Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının gelir kaynağına göre dağılımı

Aylık gelir	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Kendi emekli maaşı ¹	11.8±0.2	10.9±0.2	10.2±0.2	7.0±0.2	11.3±0.2	11.3±0.2	62.5±0.8	200
Eşinin maaşı	11.7±0.3	7.8±0.3	7.1±0.3	6.2±0.3	12.0±0.3	8.6±0.3	53.4±1.1	101
Devlet yaşlılık maaşı	10.4±0.4	8.0±0.2	6.3±0.2	4.3±0.2	12.6±0.3	7.9±0.2	49.6±0.9	105
İstatistik	0.010*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	406

*Kruskall Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p=0.02

Düzenli aylık geliri olarak kendi emekli maaşı aldığını belirten yaşlıların duyuşsal yetenekler (11.8±0.2), otonomi (10.9±0.2), G.B.G aktiviteleri (10.2±0.2), sosyal katılım (7.0±0.2), ölüm ve ölmek (11.3±0.2), yakınlık (11.3±0.2) ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (62.5±0.8) anlamlı olarak farklı bulunmuştur (p<0.05).

Yaşlıların sosyal destek konusundaki düşünceleri ve yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı Tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38: Yaşlıların Sosyal Destek Konusundaki Düşüncelerin ve Yaşam Kalitesi Alan Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal destek konusundaki düşünceleri	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm, Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Yaşamında tam olarak güvendiği kişi								
Var	11.7±0.1	7.3±0.2	8.7±0.1	6.3±0.2	11.8±0.1	10.0±0.1	57.9±0.5	464
Yok	10.8±0.3	9.5±0.1	5.8±0.2	4.5±0.1	12.6±0.2	7.2±0.2	48.2±0.9	128
İstatistik	0.016*	0.001*	0.001*	0.001*	0.005*	0.001*	0.001	
Komşuluk İlişkileri								
Memnun ¹	11.7±0.2	9.3±0.1	8.4±0.1	6.1±0.1	11.9±0.1	9.8±0.1	57.2±0.1	452
Orta	11.0±0.4	8.4±0.3	7.3±0.3	5.9±0.4	12.2±0.2	8.8±0.4	53.4±0.4	82
Memnun değil	10.9±0.5	7.2±0.4	6.4±0.4	4.6±0.4	11.8±0.4	7.4±0.4	48.2±0.4	52
İstatistik	0.115**	0.001**	0.001**	0.001**	0.725**	0.001**	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Man Whitney U

**Kruskal WallisTest

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p=0.02

Duyusal yetenekler alan ortalaması yaşamında tam olarak güvendiği biri olan yaşlılarda (11.7±0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05) Duyusal yetenekler alan puan ortalamalarının komşuluk ilişkilerine göre dağılımı benzerdir (p>0.05).

Otonomi alan puan ortalaması yaşamında güvendiği biri olmayan yaşlılarda (9.5±0.1), komşularıyla ilişkisinden memnun olan yaşlılarda (9.3±0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri alan puan ortalaması yaşamında güvendiği biri olan yaşlılarda (8.7±0.1), komşularıyla ilişkisinden memnun olan yaşlılarda (8.4±0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sosyal katılım alan ortalaması yaşamında güvendiği biri olan yaşlılarda (6.3 ± 0.2), komşularıyla ilişkisinden memnun olan yaşlılarda (6.1 ± 0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ölüm ve ölmek alan ortalaması yaşamında güvendiği biri olmayan yaşlılarda (12.6 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Komşuluk ilişkilerine göre dağılımı benzerdir ($p>0.05$).

Yakınlık alan puan ortalaması yaşamında güvendiği biri olan yaşlılarda (10.0 ± 0.1), komşularıyla ilişkisinden memnun olan yaşlılarda (9.8 ± 0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması yaşamında güvendiği biri olan yaşlılarda (57.9 ± 0.5), komşularıyla ilişkisinden memnun olan yaşlılarda (57.2 ± 0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının toplumsal çevreye ilişkin düşüncelere göre dağılımı Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39: Yaşlıların Kamusal Çevreye İlişkin Düşünceleri ve Yaşam Kalitesi Alan Ortalamalarının Puan Dağılımı

Toplumsal Çevreye İlişkin Düşünceleri	Ortalama±SH							N
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı								
Memnun ¹	12.3±0.2	10.4±0.2	9.5±0.2	6.9±0.2	11.3±0.2	10.8±0.2	61.2±0.7	210
Orta	11.5±0.2	8.7±0.2	7.7±0.2	5.9±0.2	12.1±0.2	9.0±0.2	55.1±0.7	195
Memnun değil	10.5±0.3	7.7±0.2	6.8±0.2	4.8±0.2	12.5±0.2	8.2±0.2	50.5±0.8	187
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001*	
Sağlık hizmetlerine ulaşım								
Hiç endişesi yok ¹	12.1±0.2	10.0±0.2	9.0±0.2	6.8±0.2	11.3±0.2	10.5±0.2	59.7±0.7	243
Orta endişeli	11.6±0.2	8.9±0.2	7.8±0.2	5.9±0.2	12.1±0.2	9.1±0.2	55.5±0.8	173
Endişeli	10.5±0.3	7.6±0.2	6.9±0.2	4.8±0.2	12.6±0.2	8.3±0.2	50.7±0.8	176
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001*	
Kamu hizmetlerine ulaşım								
Hiç endişesi yok ¹	12.4±0.2	10.3±0.2	9.4±0.2	7.0±0.2	11.3±0.2	10.7±0.2	61.0±0.7	209
Orta endişeli	11.5±0.2	9.0±0.2	7.8±0.2	5.9±0.2	11.9±0.2	9.2±0.2	55.4±0.8	171
Endişeli	10.5±0.2	7.7±0.2	7.0±0.2	4.9±0.2	12.6±0.2	8.3±0.2	51.0±0.7	212
İstatistik	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001*	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

* Man Whitney U

**Kruskal Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p=0.02

Duyusal yetenekler alan puan ortalaması alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olan yaşlılarda (12.3±0.2), sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (12.1±0.2), kamu hizmetlerine ulaşma

konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (12.4±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Otonomi alan puan ortalaması alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olan yaşlılarda (12.3±0.2), sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (12.1±0.2), kamu hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (12.4±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri alan puan ortalaması alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olan yaşlılarda (9.5±0.2), sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (9.0±0.2), kamu hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (9.4±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sosyal katılım alan puan ortalaması alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olan yaşlılarda (6.9±0.2), sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (6.8±0.2), kamu hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (7.0±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Ölüm ve ölmek alan puan ortalaması alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olmayan yaşlılarda (12.5±0.2), sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda endişeli olan yaşlılarda (12.6±0.2), kamu hizmetlerine ulaşma konusunda endişeli olan yaşlılarda (12.6±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olan yaşlılarda (61.2±0.7), sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (59.7±0.7), kamu hizmetlerine ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda (61.0±0.7) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının yaşlılık algılarına göre dağılımı Tablo 40'da sunulmuştur.

Tablo 40: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının yaşlılık algılarına göre dağılımı

Yaşlılık Algısı	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Yaşını nasıl Değerlendiriyor								
Çok yaşlı	9.5±0.3	7.7±0.2	6.5±0.2	3.8±0.2	12.7±0.2	8.0±0.2	48.2±0.7	162
Yaşlı	11.9±0.2	9.2±0.1	8.3±0.2	6.3±0.1	11.8±0.1	9.6±0.2	57.1±0.5	351
Kendini yaşlı bulmuyor ¹	13.7±0.3	10.7±0.3	10.2±0.4	8.4±0.3	11.0±0.3	11.5±0.3	65.6±1.2	79
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001	
Yaşlılığı nasıl Değerlendiriyor								
Kötü bir durum	10.1±0.3	7.7±0.2	6.4±0.2	4.2±0.2	12.5±0.2	8.0±0.2	48.9±0.7	192
İşe yaramazlık	11.4±0.2	8.9±0.2	8.2±0.2	6.0±0.2	11.7±0.2	9.4±0.2	55.7±0.6	240
Güzel bir durum ¹	13.3±0.2	10.6±0.2	9.8±0.2	8.0±0.2	11.6±0.2	11.1±0.2	64.4±0.8	160
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

* Kruskal Wallis Test

¹ Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p<0.02

Duyusal yetenekler alan puan ortalaması kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda (13.7±0.3), yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (13.3±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Otonomi alan puan ortalaması kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda (10.7±0.3), yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (10.6±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri alan puan ortalaması kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda (10.2±0.4), yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (9.8±0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Sosyal katılım alan puan ortalaması kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda (8.4 ± 0.3), yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (8.0 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Ölüm ve ölmek alan puan ortalaması çok yaşlıyım diye belirten yaşlılarda (12.7 ± 0.2), yaşlılığı kötü bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (12.5 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Yakınlık alan puan ortalaması kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda (11.5 ± 0.3), yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (11.1 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda (65.6 ± 1.2), yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda (64.4 ± 0.8) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının sağlık durumuna göre dağılımı Tablo 41'de sunulmuştur.

Tablo 41: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının sağlık durumuna göre dağılımı

Mevcut sağlık durumu	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktiviteler	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Kronik hastalığı								
Var	11.3±0.2	8.8±0.1	7.9±0.1	5.8±0.2	12.0±0.1	9.2±0.1	55.0±0.5	550
Yok	13.9±0.4	11.4±0.4	10.2±0.4	7.6±0.4	11.2±0.4	11.7±0.4	65.9±1.5	42
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.018*	0.001*	0.001	
Sürekli Kullandığı ilaç								
Var	11.3±0.1	8.8±0.1	7.8±0.1	5.7±0.1	11.8±0.3	9.2±0.1	54.7±0.5	515
Yok	12.7±0.4	10.4±0.3	9.4±0.4	7.3±0.4	11.9±0.1	10.5±0.4	62.1±1.4	77
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.516*	0.001*	0.001	
Yardımcı cihaz kullanımı								
Evet	10.3±0.2	8.7±0.1	7.8±0.2	5.0±0.2	12.2±0.1	9.1±0.2	53.1±0.6	318
Hayır	12.9±0.2	9.3±0.2	8.4±0.2	7.1±0.2	11.6±0.2	9.8±0.2	59.0±0.7	274
İstatistik	0.001*	0.003*	0.023*	0.001*	0.012*	0.013*	0.001	
Mevcut fiziksel engel durumu								
Var	6.9±0.8	7.1±0.5	5.8±0.3	2.2±0.5	13.3±0.5	7.6±0.5	42.8±1.7	32
Yok	11.7±0.1	9.1±0.1	8.2±0.1	6.2±0.1	11.9±0.1	9.5±0.1	56.6±0.5	560
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Man Whitney U

Duyusal yetenekler alan puan ortalaması kronik hastalığı olmayan yaşlılarda (13.9±0.4), ilaç kullanmayan yaşlılarda (12.7±0.4), yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda (12.9±0.2), fiziksel engeli olmayan yaşlılarda (11.7±0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Otonomi alan puan ortalaması kronik hastalığı olmayan yaşlılarda (11.4 ± 0.4), ilaç kullanmayan yaşlılarda (10.4 ± 0.3), yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda (9.3 ± 0.2), fiziksel engeli olmayan yaşlılarda (9.1 ± 0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri alan puan ortalaması kronik hastalığı olmayan yaşlılarda (10.2 ± 0.4), ilaç kullanmayan yaşlılarda (9.4 ± 0.4), yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda (8.4 ± 0.2), fiziksel engeli olmayan yaşlılarda (8.2 ± 0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Sosyal katılım alan puan ortalaması kronik hastalığı olmayan yaşlılarda (7.6 ± 0.4), ilaç kullanmayan yaşlılarda (7.3 ± 0.4), yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda (7.1 ± 0.2), fiziksel engeli olmayan yaşlılarda (6.2 ± 0.2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Ölüm ve ölmek alan puan ortalaması kronik hastalığı olan yaşlılarda (12.0 ± 0.1), yardımcı cihaz kullanan yaşlılarda (12.2 ± 0.1), fiziksel engeli olan yaşlılarda (13.3 ± 0.5) olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Yakınlık alan puan ortalaması kronik hastalığı olmayan yaşlılarda (11.7 ± 0.4), ilaç kullanmayan yaşlılarda (10.5 ± 0.4), yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda (9.8 ± 0.2), fiziksel engeli olmayan yaşlılarda (9.5 ± 0.1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması kronik hastalığı olmayan yaşlılarda (65.9 ± 1.5), ilaç kullanmayan yaşlılarda (62.1 ± 1.4), yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda (59.0 ± 0.7), fiziksel engeli olmayan yaşlılarda (56.6 ± 0.5) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 42'de sunulmuştur

Tablo 42: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı

Sigara kullanım durumu	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Hayır	11.4±0.2	8.9±0.2	8.0±0.1	6.0±0.1	12.0±0.1	9.3±0.1	55.6±0.4	538
Evet, her gün	11.4±0.4	9.7±0.3	8.3±0.3	5.8±0.4	11.7±0.2	10.2±0.3	57.2±1.6	54
İstatistik	0.918*	0.026*	0.437*	0.741*	0.321*	0.028*	0.352	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Man Whitney U

Yaşlıların duyuşsal yetenekler (11.4±0.4), G.B.G aktiviteleri (8.3±0.3), sosyal katılım (5.8±0.4), ölüm ve ölmek (11.7±0.2), ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (57.2±1.6) sigara içen ve içmeyen yaşlılarda benzer bulunmuştur (p>0.05). Otonomi (9.7±0.3) ve yakınlık (10.2±0.3) alan puan ortalaması sigara içenlerde daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının günlük işlerinde yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre dağılımı Tablo 43'de sunulmuştur.

Tablo 43: Araştırma kapsamına giren yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının günlük işlerinde yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre dağılımı

Yardıma İhtiyaç Duyma	Ortalama±SH							Sayı
	Duyusal Yetenek	Otonomi	G.B.G Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm, Ölmek	Yakınlık	Yaşam Kalitesi	
Hiç yardıma ihtiyaç duymayan ¹	13.2±0.2	10.0±0.2	9.1±0.2	7.5±0.2	11.3±0.2	10.4±0.2	61.6±0.7	228
Bazen yardıma ihtiyaç duyan	11.1±0.2	8.7±0.2	7.8±0.2	5.8±0.2	12.0±0.2	9.2±0.2	54.8±0.7	225
Her gün yardıma ihtiyaç duyan	9.3±0.3	7.8±0.2	6.7±0.2	3.5±0.2	12.7±0.2	8.0±0.2	48.0±0.8	139
İstatistik	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001	
Toplam	11.5±0.1	9.0±0.1	8.1±0.1	5.9±0.1	11.9±0.1	9.4±0.1	55.8±0.5	592

*Kruskal Wallis Test

¹Farkı yaratan grup, Mann-Whitney U, yanılma düzeyi p<0.02

Günlük işlerinde hiç yardıma ihtiyaç duymadığını belirten yaşlıların duyuşsal yetenekler (13.2±0.2), otonomi (10.0±0.2), G.B.G aktiviteleri (9.1±0.2), sosyal katılım (7.5±0.2), ölüm ve ölmek (11.3±0.2), yakınlık (10.4±0.2) ve yaşaam kalitesi toplam puan ortalaması (61.6±0.7) anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur (p<0.05).

Tek yönlü analizlerde yaşaam kalitesi ile ilişkilili bulunan değişkenlerin “yüksek” ve “düşük” yaşaam kalitesine sahip olmada birlikte etkilerini saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. “Yüksek” yaşaam kalitesine etki eden değişkenleri saptamak için lojistik regresyon analizine sokulan bağımsız değişkenler ve analiz sonucu Tablo 44’de sunulmuştur.

Tablo 44: Lojistik regresyon analizine göre yaşlılarda “yüksek” yaşaam kalitesiyle ilişkilili değişkenler

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata (SEM)	P Değeri	Odds Ratio (Exp B)	95%CI
65-74 yaş grubu	0.795	0.345	0.021	2.214	1.126-4.354
Eğitim (İlkokul ve Üzeri)	2.067	0.309	0.001	7.902	4.310-14.486
Aylık geliri olanlar	0.846	0.415	0.041	2.330	1.032-5.258
Halen çalışıyor olma	1.892	0.483	0.001	6.634	2.570-17.118
Kronik Hastalığı Olmayanlar	1.396	0.439	0.001	4.040	1.707-9.559
Analize sokulup analiz dışı kalan değişkenler					
Cinsiyet	Yerleşim yeri				
Medeni durum	Sosyal güvence				
Tapulu malı olma	Yaşlının eőı ile kalması				

Tablo 44’de görüldüğü gibi yaşlıların 65-74 yaş grubunda olması (OR=2.2), ilkokul ve üzerinde eğitilmiş olması (OR=7.9), aylık gelire sahip olması (OR=2.3), halen çalışıyor olması (OR=6.6), herhangi bir kronik hastalığının olmaması (OR=4.0) yaşaam kalitesini arttıran önemli değişkenler olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre, bu altı bağımsız değişken dıőındaki cinsiyet, yerleşim yeri, medeni durum, sağlık güvencesine

sahip olma, tapulu mal sahibi olma, eşle birlikte yaşıyor olmanın yaşam kalitesi ile sekonder ilişkili olduğu söylenebilir.

“Düşük” yaşam kalitesine etki eden değişkenleri saptamak için lojistik regresyon analizine sokulan bağımsız değişkenler ve analiz sonucu Tablo 45’de sunulmuştur.

Tablo 45: Lojistik regresyon analizine göre yaşlılarda “düşük” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata (SEM)	P Değeri	Odds Ratio (Exp B)	95%CI
Yaş grubu (75 ve üzeri)	0.648	0.264	0.014	1.911	1.139-3.207
Yalnız ve başka akrabalarıyla yaşayanlar	0.755	0.300	0.012	2.127	1.181-3.833
Güvendiği kişi (yok)	0.806	0.291	0.006	2.239	1.266-3.957
Komşuluk ilişkilerinden memnun olmayan	0.717	0.276	0.009	2.048	1.192-3.519
Kamu hizmetlerine ulaşımında endişeli	1.027	0.367	0.005	2.793	1.360-5.736
Fiziksel engeli olan	-2.250	0.477	0.14	1.911	1.139-3.207
Analize sokulup analiz dışı kalan değişkenler					
Yerleşim yeri			Sağlık güvencesinin olmaması		
Medeni durum (eşinin ölmüş olması)			Tapulu malı olmaması		
Düzenli aylık gelirinin olmaması			Kronik hastalığın mevcut olması		
Sağlık hizmetlerine ulaşımında endişeli olma					
Alışveriş yapılacak yerlerin uzak olması					
Çocuk sayısı (hiç çocuğu yok, 5 ve üzerinde çocuğa sahip)					

Tablo 45’de görüldüğü gibi yaşlıların 75 ve üzeri yaş grubunda olması (OR=1.9), yaşlıların başka akrabalarıyla ya da yalnız yaşaması (OR=2.1), hayatında tam olarak güvendiği kişinin olmaması (OR=2.2), komşuluk ilişkilerinden memnun olmaması (OR=2.0), kamu hizmetlerine ulaşma konusunda endişeli olması (OR=2.8),

fiziksel engelinin olması (OR=1.9) yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tek yönlü analizlerde cinsiyet yaşam kalitesi alan puanlarıyla ilişkili bulunduğundan kadın ve erkeklerde “yüksek” yaşam kalitesine etki eden faktörler ayrı ayrı lojistik regresyon analizi yapılarak incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 46 ve Tablo 47’de sunulmuştur.

Erkeklerde Lojistik regresyon analizine sokulan bağımsız değişkenler ve sonuçları Tablo 46’da sunulmuştur.

Tablo 46: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı erkeklerde “yüksek” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	P Değeri	Odds Ratio (Exp B)	95%CI
İlkokul ve üzeri eğitimi olan	2.0725	0.396	0.001	7.944	3.649-17.293
Aylık geliri olan	1.504	0.731	0.039	4.499	1.073-18.860
Halen çalışan	2.348	0.532	0.001	10.467	3.683-29.747
Kronik hastalığı olmayan	1.691	0.466	0.001	5.426	2.176-13.528
Analize sokulup analiz dışı kalan değişkenler					
Yaş	Sosyal güvence				
Medeni durum	Çocuk sayısı				
Yerleşim yeri	Tapulu mal				
Eşi ile oturma					

Araştırma kapsamına giren yaşlı erkeklerde eğitim durumunun ilkökul ve üzerinde olması (OR=7.9), halen çalışıyor olma (OR=10.4), aylık gelire sahip olma (OR=4.5) kronik hastalığın olmamasının (OR=5.4) yaşam kalitesini arttırıcı etkisi bulunmaktadır.

Tablo 47: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı kadınlarda “yüksek” yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata (SEM)	P Değeri	Odds Ratio (Exp B)	95%CI
Eğitim Durumu (ilkokul ve üzeri)	2.504	0.487	0.001	12.236	4.72-31.778
Tapulu mal (olanlar)	1.702	0.766	0.026	5.486	1.221-24.631
Analize sokulup analiz dışı kalan değişkenler					
Yaş			Aylık gelir		
Yaşlının eşi ile kalması			Yerleşim yeri		
Medeni durum			Çocuk sayısı		
Sağlık güvence					

Tablo 47’ de görüldüğü gibi araştırma kapsamına giren yaşlı kadınlarda eğitim durumunun ilkokul ve üzerinde olmasının (OR=12.3) ve tapulu mal sahibi olmanın (OR=5.5) yaşam kalitesini arttırıcı primer etkisi bulunmaktadır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Araştırma bulgularının tartışması beş başlık altında sunulmuştur:

5.1.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması,

5.2.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulguların tartışması,

5.3.Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulguların tartışması,

5.4.Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması.

5.1.Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyo-demografik ve Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması:

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %45.9'u erkek, %54.1'i kadındır. 2003 TNSA bulgularına göre Türkiye'de 65 yaş üzeri nüfusun %6.6'sını erkekler, %7.2'sini kadınlar oluşturmaktadır (10). 2007 TÜİK verilerine göre Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun %40.9'u erkek, %59.1'i kadındır (63). Bu bilgilere dayanarak bu çalışmada kadın katılımcıların fazla olması beklenen bir bulgudur.

Bu çalışmada yaşlıların %63.9'u 65-74 yaş grubunda ve %6.4'ü 85 üzeri yaş grubundadır. Yaş ortalaması 73.5'dir. Manisa'da yapılan çalışmada yaş ortalaması 71.2, 81 yaş üzeri %7'dir (55). Genç yaşlıların sıklığının diğer yaş gruplarından fazla olması beklenen bir bulgudur. Ancak çalışmamızda genç yaşlıların sıklığı diğer çalışmalara kıyasla daha düşük, ileri yaşlılarsa diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek düzeydedir.

Çalışma evlerde yapıldığı için genç yaşlıların bir kısmı araştırma sırasında ev dışında olabilir. Bu durum örnekleme yönteminden kaynaklanmaktadır. Bu örnekleme yönteminde evde olanlarla çalışılması genel kuraldır. Bir nedeni de 75 yaş üstü ve 85 yaş üstü yaşlıların fazla olmasıdır ki bu da 2007 TÜİK verileriyle uyumludur. TÜİK verilerine göre Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde yaşayan 65 üzeri nüfusun %63.4'ü 65-74 yaş grubunda , %30.4'ü 75-84 yaş grubunda ve %6.3'ü 85 yaş üzerindedir (63). Araştırma kapsamına giren yaşlılarla TÜİK verilerinin dağılımı birbirine çok yakındır. Çalışmada yaşlıların %6.4'ü çok yaşlı olduğu halde %31.2'si kendini çok yaşlı hissettiğini belirtmiştir. Bu da araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Okuma yazma bilmeme sağlık hizmetlerine ulaşımı ve yararlanmayı olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Eğitimsizlik sağlık durumunu iyileştirme ve geliştirme amacıyla yapılan bilgilendirme çalışmalarını da güçleştirir. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yarıdan çoğu okur-yazar değildir (%58.1). Okuryazar olmayan kadınlar erkeklerden (%27.9) üç kat fazladır (% 83.6). Araştırma kapsamına giren yaşlıların eğitim durumu Türkiye geneline göre düşüktür. 2003 TNSA verilerine göre 65 yaş ve üzeri erkeklerin %53.5'i, kadınların %82.6'sı eğitimi yok/ ilköğretimi bitirmemiş grubundadır (10). Bu çalışmada aynı yüzdeler sırayla 74.8 ve 92.1'dir. Bu da Gaziantep'in GAP Bölgesinden kaynaklanıyor olabilir.

Sağlıkta sosyal güvencenin olmaması, sağlık hizmetlerine ulaşmanın ve sağlıkta eşitliğin sağlanmasının önünde önemli bir engeldir. Bu çalışmada yaşlıların %12.5'inin sağlık güvencesi yok, %68.2'sinin sağlık güvencesi var, %19.3'ü yeşil kart sahibidir. Bilir ve arkadaşlarının 2001'de Ankara Altındağ'da yaptığı çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar %7.3, sağlık güvencesi olan yaşlılar %90.8, yeşil kart sahibi yaşlılar ise %1.9 olarak bulunmuştur (64). Ölüç'ün 2007'de Edirne'de 65 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar %5.0, sağlık güvencesi olan yaşlılar %83.0, yeşil kart sahibi yaşlılar %12.0 olarak bulunmuştur (57). 2001 GAP bölgesinde halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma raporuna bakıldığında tüm halkın %42.2'sinin sağlık güvencesi yok, %40.6'sının sağlık güvencesi vardır (65). Yaşlılarda sağlıkta sosyal güvenceye sahip olmak bölgelere göre değişmektedir. Batıda sağlık güvencesi olanlar daha fazla GAP bölgesinde ise daha azdır. Bu çalışmada sağlıkta güvencesi

olmayanlar batıdaki çalışmalardan düşük düzeyde ancak GAP bölgesinden yüksek düzeydedir. Bu da Gaziantep'in diğer illerine kıyasla daha gelişmiş bir il olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Literatür çalışmaları göstermektedir ki yaşlılarda geçmiş yaşamı değerlendirme düzeyi ve gelecekte umutlu olma düzeyleri medeni durumdan etkilenmektedir. Geçmiş yaşamı olumlu yönde değerlendirme ve gelecekte umutlu olma durumu evli ve eşiyile birlikte yaşayan yaşlılara aittir. Boşanmış ve eşinden ayrı yaşayan yaşlılar ise geçmiş yaşantısını olumsuz yönde değerlendirmekte ve gelecekte umutsuz olduğunu belirtmektedir. Araştırmamızda katılımcıların %66.5'inin evli olduğu, %1.4'ünün bekar olduğu, %32.1'inin eşinin öldüğü tespit edilmiştir. Erkeklerin %80.7'si, kadınların %54.4'ü halen evlidir. Graham'ın 2007 yılında Amerika'da 619 yaşlı bireyle yaptığı çalışmasında yaşlıların %51.1'i evli durumdadır (66). Dünya'da da 2006 birleşmiş milletler verilerine göre, yaşlı erkeklerin %80'i evli iken, kadınların %48'i evli durumda görünmektedir. (67). Bu çalışma da dünyada olduğu gibi erkekler arasında evli olanlar daha fazladır. Eşi ölmüş kadınların tekrar evlenmemiş olması bunun bir nedeni olabilir.

Aktif yaşlanma toplumsal yaşama tam olarak katılmayı, üretime katılmayı da içeren bir kavramdır. Bu çalışmada yaşlıların %5.5'i halen gelir getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir. Halen çalışan yalnızca bir kadın yaşlı saptanmıştır. Çalışan yaşlı azdır.

Gelir düzeyi sağlığı, refahı ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir başka faktördür. Bu çalışmada yaşlıların %31.0'mın düzenli aylık geliri olmadığı saptanmıştır. Düzenli aylık gelire sahip olma erkeklerde (%82.1), kadınlara (%57.9) göre, ilköğretim mezunu (%84.5), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (%96.4) okur yazar olmayan (%60.8) yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ölç'ün Edirne'de 2007'de 65 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışmada yaşlıların %85.9'unun, Ulusal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %93,8'inin düzenli aylık gelire sahip olduğu saptanmıştır (57,71). Özcebe ve arkadaşlarının Ankara Gülveren'de yaptığı çalışmada erkeklerin %90.0'mın, kadınların %30.2'sinin düzenli aylık geliri olduğu saptanmıştır (69). Yaptığımız çalışmada düzenli aylık gelire sahip olma durumu diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %73.4'ünün kendilerine ait taşınmaz mal, ev, arazi, dükkan gibi tapulu malı var iken %19.3'ünün tapulu malı yoktur. Tapulu mala sahip olma durumu erkeklerde (%80.7), kadınlara (%67.3) kıyasla, ilkokul mezunu yaşlılarda (%91.5), okur yazar olmayan yaşlılara (%65.1) kıyasla daha yüksek düzeydedir.

Yaşlıların %49.0'nın kendi emekli maaşı olduğu, %24.4'ünün eşinin maaşını aldığı, %26.6'sının ise devletten yaşlılık maaşı aldığı saptanmıştır. Erkekler arasında kendi emekli maaşını alma (%77.3), kadınlarda eşlerinin maaşlarını alma (%52.3) ve devletten yaşlılık maaşı alma (%33.0) daha yüksek düzeydedir. Ölüş'ün yaptığı çalışmada düzenli aylık geliri olduğunu belirten yaşlıların %53.8'i kendi emekli maaşı, %10.9'unun eşinin maaşı, %9.1'inin devlet yaşlılık maaşı aldıkları saptanmıştır (57). Bu çalışmada devletten üç aylık yaşlılık maaşı alma durumu Ölüş'ün yaptığı çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşlıların sosyal uyumlarında gelir düzeyleri etkili olmaktadır. Kişi yaşlandıkça sağlığıyla ilgili harcamaları ve bakım masrafları artma eğilimi gösterir. Eğer kişinin sosyal güvencesi varsa, gelir düzeyi sağlıklı ve rahat yaşamasını sağlayabilecek düzeyde ise yaşam doyumu yükselir, sosyal katılımı artar, dolayısıyla sosyal uyumu da artar. Çalışmada yaşlıların %34.0'ı eve giren toplam geliri çok iyi, %39.3'ü orta, %26.7 çok kötü olarak değerlendirmiştir. Eve giren geliri kötü olarak değerlendirenler daha çok kadınlar (%41.2) ve okuryazar olmayan yaşlılardır (%35.1). Yaşlıların %26.4'ü gelir düzeyi konusunda hiç endişesi olmadığını, %47.6'sı orta düzeyde endişeli olduğunu, %26.0'ı endişeli olduğunu belirtmiştir. Kadınlar (%22.5) ve okur yazar olmayan yaşlılar (%34.6) gelir konusunda daha fazla endişelidirler.

5.2.Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulguların tartışması,

Çalışmada yaşlıların %34.8'i eşiyile, %26.7'si eşi ve çocuklarıyla, %23.3'ü çocuklarıyla, %12.7'si yalnız yaşamaktadır. Yaşlıların %65.0'ı evde çocuklarıyla ya da evde eşiyile (%24.1) yaşamak istediğini belirtmiştir. Çalıştır ve arkadaşlarının 2004'te Muğla il merkezinde yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada, yaşlıların %63.6'sı eşiyile, %14.2'si çocuklarıyla, %13.3'ü yalnız, %8.5'i eşi ve

çocuklarıyla beraber yaşadıklarını belirtmişlerdir (68). Birleşmiş Milletler 2006 verilerine göre, Dünya’da yaşlı nüfusun %14’ünün yalnız yaşadığı saptanmıştır. Erkeklerin %8’i, kadınların %19’u yalnız yaşamaktadır (67). Bu çalışmada erkeklerin %7.2’si kadınların %17.3’ü yalnız yaşamaktadır. Bu bulgular literatürle uyumludur.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %76.7’si yaşamında tam olarak güvendiği biri olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin %83.8’i, kadınların %70.8’inin yaşamında güvendiği biri vardır. Hem erkek hem kadın yaşlılar en çok eşlerine (%77.9) güvenmektedir. Eşe güven erkekler arasında kadınlardan daha yüksek sıklıktadır. Çocuklara ve kardeşe güven ise kadınlar arasında erkeklerden daha yüksek sıklıktadır.

Arkadaş grubu oluşturmanın ve ilişkileri kalıcı bir biçimde sağlamanın yolu bireylerin birbirini anlama ve uzlaşma kültürüne sahip olmalarından geçmektedir. Yaşlılıkta aile ilişkilerinden daha çok arkadaş grupları önem kazanmaktadır. Çünkü ileri yaşlarda aile üyeleri ile her zaman birlikte bulunulmayabilir. Komşularıyla ilişkilerinde yaşlıların %74.7’si memnun, %11.4’ü memnun değildir. İrlanda Cumhuriyeti’nde Tay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yakın komşuların eksikliğinden çok kaygılı olan yaşlılar %29.4’tür (70). Çalışmada bu sıklık daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni gelenek ve göreneklerimizde komşuluk ilişkilerine verilen önemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşlıların %34.0’ı alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olmadığını belirtmiştir. Memnun olmayan yaşlıların çoğunluğu da kadındır (%40.1). Tay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusunda yaşlıların %13.2’si çok kaygılı olduğunu belirtmiştir (70). İrlanda Cumhuriyeti’nin gelişmiş bir ekonomisinin olması yaşlıların alışveriş yapılacak yerlere ulaşmada kaygılarının düşük olmasının nedeni olabilir.

Sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda yaşlıların %31.6’sı endişeli olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin %26.2’si sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişeli iken, kadınların %36.3 endişeli olduğunu belirtmiştir ($p<0.05$). Tay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişeli olan yaşlıların sıklığı (%29.4’ü) bu çalışmadakinden daha düşük düzeydedir (70).

Kadınlarda belirgin olarak daha yüksek olmak üzere, Toplumsal hizmetlerine ulaşım konusunda yaşlıların %37.8'i endişeli olduğunu belirtmiştir. Tay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Toplumsal hizmetlerine ulaşım konusunda çok kaygılı olan yaşlıların sıklığı (%33.9) bu çalışmadakinden daha azdır (70)

Yaşlıların alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusunda yerleşim yerine ve eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kentsel alanda yaşayan yaşlılar (%37.5) ve ilkokul mezunu yaşlılar (%69.0) alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusunda memnun olduğunu belirtmiştir. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar (%81.2) ve okur yazar olmayan yaşlılar (%40.6) memnun olmadığını belirtmiştir. Yaşlıların alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusundaki düşünceleri yaşadıkları yere ve eğitim düzeyine göre değişmektedir.

Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda yerleşim yerine ve eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kentsel alanda yaşayan yaşlılar (%42.4) ve ilkokul mezunu yaşlılar (%57.7) sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda hiç endişesi olmadığını belirtmiştir. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar (%68.8) ve okur yazar olmayan yaşlılar (%37.1) endişeli olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki düşünceleri yaşadıkları yere ve eğitim düzeyine göre değişmektedir.

Yaşlıların toplumsal hizmetlere ulaşım konusundaki endişe düzeyi yerleşim yeri ve eğitim durumuna göre değişmektedir ($p<0.05$). Kırsal alanda yaşayan yaşlılar (%82.5) ve okur yazar olmayan yaşlılar (%46.3) daha endişelidir.

Yaşlıların %6.4'ü çok yaşlı iken %31.2'si kendini çok yaşlı hissettiğini, %12.5'i kendini yaşlı bulmadığını belirtmiştir. Bahar ve arkadaşlarının 2004 yılında Gaziantep huzurevinde yaptığı çalışmada kendini çok yaşlı hissettiğini belirten yaşlıların sıklığını %29.6, kendimi yaşlı bulmuyorum diye belirten yaşlıların sıklığını %11.3 olarak saptamıştır (72). Gaziantep ilinde toplumda ve huzurevinde yapılan bu iki çalışmada yaşlıların yaşlılık algıları benzer bulunmuştur.

Çalışmada yaşlıların %35.8'si yaşlılığı kötü bir durum olarak, %38.6'sı işe yaramazlık olarak ve %25.6'sı güzel bir durum olarak düşünmektedir. Bahar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaşlıların %33.8 yaşlılığı kötü bir durum olarak,

%36.6'sı yaşlılığı işe yaramazlık olarak düşünmektedirler (72). Bilir ve arkadaşlarının 2002 yılında Ankara Altındağ sağlık ocağı bölgesinde yaptığı çalışmada yaşlıların %16.2'si yaşlılığı güzel bir durum olarak algıladığı saptanmıştır (64). Bu çalışmada yaşlılığı güzel olarak değerlendirenler daha yüksek sıklıktadır. Yaşlılığı olumsuz olarak değerlendirenlerin fazlalığı önemli bir grup yaşlının yaşam kalitesinin iyi olmadığını göstermektedir.

5.3.Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulguların tartışması

Çalışmada yaşlıların %93.0'ında en az bir kronik hastalık saptanmıştır. Ayrancı ve arkadaşlarının 2004 yılında Eskişehir Esentepe Mahallesi'nde yaptığı çalışmada yaşlıların %74.0'ının, Eser ve arkadaşlarının Manisa Muradiye ilçesinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %70.0'ının, Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde 780 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %83.8'inin, Ölüç'ün Edirne'de yaptığı çalışmada yaşlıların %85.0'ının, Saatli'nin Manisa'da yaptığı çalışmada yaşlıların %95.0'ının, Arpacı'nın Ankara'da üç huzurevinde yaptığı çalışmada yaşlıların %84.6'sının, Azak ve arkadaşlarının Denizli huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %69.8'inin kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır (22,55,57,73,74,75,76).

Çalışmada düzenli olarak en az bir ilaç kullanma sıklığı %87.0 olarak bulunmuştur. Türkiye'nin 12 farklı şehrinde 65 yaş ve üzerindeki 1433 yaşlı ile görüşülerek çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı bir çalışmada yaşlıların % 84,7'sinin sürekli kullandığı bir ilaç olduğu saptanmıştır (77). Arpacının huzurevinde yaptığı çalışmada ise yaşlıların %95.2'si düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Doğu Finlandiya bölgesinde 500 kişiyle toplum tabanlı yapılan çalışmada yaşlıların %98.8'i düzenli olarak en az bir ilaç kullandığı saptanmıştır (75). Ülkemizde toplumda ve huzurevinde yapılan çalışmalarda ayrıca yurtdışında yapılan çalışmalarda yaşlıların çoğunluğunun kronik hastalığı olduğu ve ilaç kullandıkları saptanmıştır.

En az bir kronik hastalığı olduğunu belirten yaşlıların mevcut kronik hastalıkları hipertansiyon (%61.4), romatizma/artrit (%58.0), osteoporoz (%56.3), anksiyete/depresyon (%52.7), gastrit/ülser (%34.5), kalp hastalığı (%33.2) gibi en sık görülen

hastalıklardır. Türkiye’de 2000 yılında DALY’e neden olan ilk 10 hastalığın 60 yaş ve üzeri grupta % dağılımı İskemik kalp hastalığı %20.4, serebrovasküler hastalıklar %16.1, KOAH %8.5, diabetes mellitus %4.9, hipertansif kalp hastalığı %3.9, alzheimer ve diğer demanslar %3.2, trakea bronş ve akciğer kanseri %2.8, osteoartrit %2.5, yetişkinlerde görülen işitme kayıpları %2.4, inflamatuvar kalp hastalığı %2.0’dır (78).

Çalışmada yaşlıların %8.9’u her gün sigara kullandığını belirtmiştir. Erkeklerde (%18.6) sigara kullanma sıklığı kadınlara (%0.6) kıyasla daha fazladır. Ayrancı ve arkadaşlarının Eskişehir’de yaptığı çalışmada yaşlıların %18.0’ı, Saatli’nin yaptığı çalışmada %15.4’ü sigara kullandığını belirtmiştir (22,73). Bu çalışmada sigara kullanan yaşlıların sıklığı daha düşük bulunmuştur.

Çalışmada erkeklerin %56.1’i sağlıklarının çok iyi olduğunu %39.6’sı çok kötü olduğunu belirtmiştir. Kadınların %43.9’u sağlıklarının çok iyi olduğunu, %60.4’ü sağlıklarının çok kötü olduğunu belirtmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının Eskişehir’de yaptığı çalışmada erkeklerin %42.5’i sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu %57.5’si çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir. Kadınların %36.7’si sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu, %63.3’ü sağlıklarının çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir (73). Özcebe ve arkadaşlarının Ankara Gülveren sağlık ocağına bağlı Anadolu Mahallesi’nde yapılan çalışmaya göre erkeklerin %57.5’i sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu %42.5’i çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir. Kadınların %28.4’ü sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu, %71.6’sı sağlıklarının çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir (69). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlıklarının iyi olduğunu belirtenlerin çoğunluğu erkek, kötü olduğunu belirtenlerin çoğunluğu kadındır. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların %75’i sağlıklarının çok iyi olduğunu, %50.4’ü sağlıklarının çok kötü olduğunu belirtmişlerdir. 75 ve üzeri yaş grubunda olan yaşlıların %25’i sağlıklarının çok iyi olduğunu, %49.6’sı sağlıklarının çok kötü olduğunu belirtmişlerdir. Ayrancı ve arkadaşlarının Eskişehir’de yaptığı çalışmada 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların %45.2’si sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu %54.8’i sağlıklarının çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir. 75 ve üzeri yaş grubunda ki yaşlıların %22.2’si sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu, %77.8’i sağlıklarının çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir (73). Özcebe ve arkadaşlarının Ankara Gülveren

sağlık ocağına bağlı Anadolu Mahallesi'nde yapılan çalışmaya göre 65-74 yaş grubundaki yaşlıların %45.7'si sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu %54.3'ü sağlıklarının çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir. 75 ve üzeri yaş grubundaki yaşlıların %26.8'i sağlıklarının iyi/çok iyi olduğunu, %73.2'si sağlıklarının çok kötü/kötü olduğunu belirtmiştir (69). Türkiye'de yapılan çalışmalarda sağlıklarının iyi olduğunu belirtenlerin yaşlıların çoğunluğu 65-74 yaş grubunda, kötü olduğunu belirtenlerin yaşlıların çoğunluğu ise 75 ve üzeri yaş grubundadır. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada yaşlıların %55.9'u yardımcı cihaz kullandığını belirtmiştir. Yardımcı cihaz kullanımı erkeklerde (%63.4), kadınlara (%49.4) kıyasla daha fazladır ($p<0.05$). Ayrancı ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptığı çalışmada yaşlıların %14'ü herhangi bir yardımcı cihaz kullandığını belirtmiştir. Yaşlıların yardımcı cihaz kullanım durumu erkeklerde (%64.3), kadınlara (%35.7) göre daha fazladır (73). Bu çalışmada yardımcı cihaz kullanan yaşlıların sıklığı daha fazla bulunmuştur. Her iki çalışmada cinsiyetler arasında dağılımında erkekler daha fazladır. Yaşlıların en fazla baston, koltuk değneği (%63.7) kullandığı saptanmıştır. Daha sonra sırasıyla gözlük (%25.8), tekerlekli sandalye (%4.8), işitme cihazı (%3.7), kalça protezi (%2.0) kullandıkları tespit edilmiştir. Birtane ve arkadaşlarının Edirne huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %35.4'ünün baston kullandığı saptanmıştır (79). Yarış ve arkadaşlarının Trabzon 2 nolu merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlılarda yaptıkları çalışmada yaşlıların %20.9'u baston, %55.4'ü gözlük, %2.3'ü işitme cihazı kullandıkları saptanmıştır (80). İlerleyen yaşlarda kas iskelet sistemindeki ve görme duyusundaki değişiklikler yaşlıların baston ve gözlük kullanma sıklığını arttırmaktadır.

Çalışmada yaşlıların (n=64) %10.1'inin fiziksel engeli bulunmaktadır. Fiziksel engeli olduğunu belirten yaşlıların %50.0'ı felçli, %17.2'si görme engelli, %23.4'ü işitme engelli, %9.4'ü yatağa bağımlıdır. Araştırma her on yaşlıdan birinin daha kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için daha çok aile ve toplum desteğine ihtiyacı olduğunu göstermektedir

Çalışmada yaşlıların günlük yaşamlarında (yemek yapma, giyinme, banyo) %27.7'sinin her gün yardıma ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Günlük yaşamlarında her gün yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten erkeklerin sıklığı (%34.5), kadınlardan (%21.9)

daha fazladır. Günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlıların en çok yardım aldığı kişiler çocuklar (%61.0), eşler (%28.3), akraba ve komşular (%8.7) ve özel bakıcıdır (%2.0). Kadınlar daha çok çocuklarından (%82.2), erkekler ise daha çok eşlerinden (%57.1) yardım almaktadırlar.

5.4.Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması.

Bu çalışmada araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi alt alanları duyuşal yetiler, otonomi, G.B.G ait aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve yaşam kalitesi toplam ortalama puanları sırasıyla 11.5 ± 0.1 , 9.0 ± 0.1 , 8.1 ± 0.1 , 5.9 ± 0.1 , 11.9 ± 0.1 , 9.4 ± 0.1 ve 55.8 ± 0.5 'dir. Eser ve arkadaşlarının 2007 yılında Manisa Muradiye'de 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada duyuşal yetiler, otonomi, geçmiş ve bugün geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları sırasıyla 11.2 ± 2.3 , 12.7 ± 2.5 , 12.4 ± 2.3 , 11.5 ± 2.6 , 10.8 ± 3.3 ve 14.4 ± 2.0 bulunmuştur (55). Halvorsrud ve arkadaşlarının Norveç'te yaptıkları yaşam kalitesi yaşlı modülü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında yaşlılarda duyuşal yetiler, otonomi, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları ve yaşam kalitesi toplam puanları sırasıyla 16.4 ± 2.9 , 14.7 ± 2.9 , 14.7 ± 2.3 , 15.1 ± 2.5 , 14.4 ± 3.5 , 15.8 ± 2.6 , 91.3 ± 11.2 'dir (81). Çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı ve yaşam kalitesi alan puanları Norveç'te yapılan çalışmaya göre oldukça düşük bulunmuştur. Bunun yanında duyuşal yetenekler, ölüm ve ölmek alanları Manisa'da yapılan çalışmayla benzerdir. Otonomi, GBG aktiviteler, sosyal katılım, yakınlık alan ortalamaları ise daha düşüktür. Bu çalışmada bütün alanlar arasında en düşük puan sosyal katılım alanına aittir. Daha sonra sırasıyla G.B.G. aktiviteleri, otonomi, yakınlık, duyuşal yeteneklerdir. En yüksek alan puanı ölüm ve ölmek alanına aittir. Sosyal katılım alan puanının düşük olmasının nedeni Gaziantep ilinde yaşlıların sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılımının düşük olduğu göstermektedir. Yaşlıların ölüm ve ölmek alan puanının yüksek olması, Türk toplumunda dinsel inançların güçlü olması, ölüm ile ilgili düşüncelerin paylaşılabilmesi ve ölümün yaşamın doğal ve kaçınılmaz bir sonucu olduğunun kabul görmesinin sonucu olabilir.

Yaşam kalitesi toplam puanı erkeklerde (59.0 ± 0.7), kadınlara (53.2 ± 0.6) göre daha yüksektir. Çalışmada erkeklerin ölüm ve ölmek alt alanı hariç diğer alan puan

ortalamları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Duyusal yetenekler ve sosyal katılım alan ortalamları her iki cinste benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Eser'in çalışmasında da kadınlarda alan puan ortalamları erkeklerden düşük bulunmuştur (55). Kirchengast ve arkadaşları Avusturalya'da yaşlılarda cinsiyet farklılıklarına dayalı, WHOQOL-Breff ölçeği ile yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında kadın cinsiyetinde olmanın yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (84). Türkiye'de Eskişehir Mahmudiye ve İzmir Narlıdere ilçelerinde WHOQOL-BREF ölçeği ile yapılan yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda da kadınların yaşam kalitesi puanının erkeklerle göre daha düşük olduğu saptanmıştır (83,84).

65-74 yaş grubunda yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 57.4 ± 0.6 iken, 75-84 yaş grubunda 53.0 ± 0.8 , 85 yaş ve üzerinde yaşam kalitesi toplam puanı 50.1 ± 2.3 'dir. Ölüm ve ölmek alanı dışında diğer alanlarda da yaş arttıkça yaşam kalitesi alan puan ortalamlarının düştüğü saptanmıştır. Eser'in çalışmasında 70 yaş altındakilerde yaşam kalitesi puan ortalamları daha yüksek bulunmuştur (55). Eskişehir Mahmudiye ve İzmir Narlıdere ilçelerinde WHOQOL-BREF ölçeği ile yapılan çalışmada ve Çalıştır ve arkadaşlarının Muğla il merkezinde SF 36 ölçeği ile yaptıkları yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda da yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (71,83,84).

Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamlarının da arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması okur yazar olmayan yaşlılarda 51.4 ± 0.6 , okur yazar olan yaşlılarda 57.2 ± 0.7 , ilkokul mezunu yaşlılarda 68.0 ± 1.2 , orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda 68.5 ± 1.7 olarak bulunmuştur. Ölüm ve ölmek alanı dışında diğer alanlarda da eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesi alan puan ortalamlarının arttığı saptanmıştır. Ölüm ve ölmek alanında ise eğitim düzeyi düştükçe ortalamanın arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada ilkokul ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi alanları duyuşsal yetiler, otonomi, G.B.G aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları sırasıyla 12.9 ± 0.3 , 11.8 ± 0.3 , 11.2 ± 0.3 , 8.5 ± 0.3 , 11.3 ± 0.3 , 12.3 ± 0.3 'dir. Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilkokul ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi alanları duyuşsal yetiler, otonomi, G.B.G aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları sırasıyla 10.9 ± 2.4 , 13.4 ± 2.4 , 12.8 ± 2.4 , 12.0 ± 2.8 , 10.8 ± 3.3 , 14.6 ± 2.1 'dir (55). Türkiye'de yaşlılarda yapılan diğer yaşam kalitesi çalışmalarında da eğitim düzeyinin düşmesiyle yaşam kalitesinin de düştüğü gösterilmiştir (71,75,83,84). Düşük okuma yazma oranı, sağlık durumunu iyileştirme ve

geliştirme amacıyla yapılan bilgilendirme çalışmalarını güçleştirmekte, bu da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşam kalitesi puan ortalamaları kentte yaşayan yaşlılarda kırdaki yaşayan yaşlılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması kentsel alanda 56.1 ± 0.5 , kırsal alanda 53.7 ± 1.1 'dir. Alt alanlardan otonomi, G.B.G aktiviteleri, yakınlık alan ortalama puanları kırsal ve kentsel alanda yaşayan yaşlılarda benzerlik göstermektedir ($p>0.05$). .

Yaşam kalitesi ortalama puanları evli olan ve bekar olan yaşlılarda eşi ölen yaşlılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puanı 57.8 ± 0.5 , bekar olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 59.6 ± 4.0 iken eşi ölen yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 51.4 ± 0.8 'dir. Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da evli olanların yaşam kalitesi alan puan ortalamaları daha yüksektir (55). Saatli'nin 2003 yılında Manisa'da huzurevinde ve hastaneye başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlılarda WHOQOL-100 ölçeği ile yaptığı çalışmada, evli olan yaşlılarda bekar ve eşi ölen yaşlılara kıyasla yaşam kalitesi toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (22).). Azak ve arkadaşlarının Denizli huzurevinde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda SF 36 ölçeği ile yaptıkları çalışmada evli olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (85). Arslantaş ve arkadaşlarının Eskişehir Mahmudiye ilçesinde yaptığı çalışmada da evli olan yaşlıların bekar ve eşi ölmüş yaşlılara kıyasla yaşam kalitesi ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (83).

Sağlıkta sosyal güvencesi olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması sağlıkta sosyal güvencesi olmayan yaşlılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlıkta sosyal güvencesi olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 58.3 ± 0.6 iken sağlıkta sosyal güvencesi olmayan yaşlıların puan ortalaması 51.7 ± 0.9 ve yeşil kart sahibi yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması 49.2 ± 0.9 olarak bulunmuştur. Saatli'nin 2003 yılında Manisa'da yaptığı çalışmasında sosyal güvencesi olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (22). Çalıştır ve arkadaşlarının Muğla il merkezinde yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart sahibi olan yaşlıların yaşam kalitesi alt alan puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (68).

Bu çalışmada halen çalışan yaşlıların çalışmayan yaşlılara kıyasla yaşam kalitesi alan puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları (72.9 ± 8.8). anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmanın, yaşam kalitesi üzerine arttırıcı etkisi olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; 3-4 çocuğu olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması en yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşlıların hiç çocuk sahibi olmaması ile 5 ve üzerinde çocuğa sahip olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Arpacı'nın Ankara'da üç huzurevinde yaptığı çalışmada da hiç çocuk sahibi olmayan yaşlıların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (75).

Yaşam kalitesinin birlikte yaşanılan kişiye göre değiştiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması eşi ile yaşayan yaşlılarda en yüksek (59.1 ± 0.7), çocuklarıyla yaşayan yaşlılarda en düşük (49.6 ± 3.0) düzeydedir.

Düzenli aylık gelire sahip yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (57.0 ± 0.6) olmayanlara (53.3 ± 0.7) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Benzer olarak, Arpacı'nın Ankara'da üç huzurevinde yaptığı çalışmada da düzenli aylık geliri olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (75). Gülseren ve arkadaşlarının İzmir huzurevinde SF 36 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada düzenli aylık gelire sahip yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (86).

Ev, arazi, dükkan gibi tapulu mala sahip yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (57.6 ± 0.5) olmayanlara (50.5 ± 0.7) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Taşınmaz mülkiyete sahip olmanın yaşlılarda yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği görülmüştür..

Eve giren toplam geliri iyi olarak değerlendiren ve gelir konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Tajvar ve arkadaşları da, Tahran'da 400 yaşlı birey ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada gelir düzeyini iyi diye belirten yaşlıların yaşam kalitesinin yüksek, kötü diye belirten yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olduğunu saptamıştır (87). Saatli'nin yaptığı çalışmada, geliri giderinden fazla ya da geliri

giderine eşit olan yaşlıların yaşam kalitesi geliri giderinden az olanlardan daha yüksek bulunmuştur (22). Gülseren ve arkadaşlarının İzmir huzurevinde SF 36 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada üst ekonomik düzeydeki yaşlıların yaşam kalitesinin orta ve alt ekonomik düzeydeki yaşlılara göre daha iyi olduğunu belirtmiştir (86). Bu sonuçlar da gösteriyor ki yaşam kalitesi ekonomik durumdan etkilenmektedir. Ekonomik durumun artmasıyla yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır. Gelir kaynağı kendi emekli maaşı olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması en yüksektir ($p<0.05$).

Yaşamında güvendiği biri olan, komşularıyla ilişkisinden memnun olan, alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığından memnun olan, sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda ve toplumsal hizmetlere ulaşma konusunda hiç endişesi olmayan yaşlılarda yaşam kalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir deyişle güçlü sosyal desteğe sahip yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksektir. Tay ve arkadaşlarının İrlanda Cumhuriyeti'nde kırsal alanda yaptığı çalışmada olumlu komşuluk ilişkilerinin yaşam kalitesini 1.5 kat arttırdığı saptanmıştır (70). Ceremnych'nin Litvanya'da yaptığı çalışmada arkadaşlarla, komşularla iletişimin olmamasının, yalnızlık ve izolasyonun yaşlılarda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (88). Tay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alışveriş yapılacak yerlerin yakınlığı ya da uzaklığı yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmamıştır (71). Tay ve arkadaşları sağlık hizmetlerine ulaşım ile toplumsal hizmetlere ulaşım durumuyla yaşam kalitesi arasında ilişki bulamamışlardır (71). Bunun nedeni gelişmiş İrlanda'da toplumsal hizmetlere ulaşımın herkes için kolay ancak insan ilişkilerinin daha bireysel düzeyde olması olabilir.

Çalışmada yaşam kalitesinin yaşlılıkla ilgili tutumlarla da ilişkili olduğu saptanmıştır. Kendini yaşlı bulmayan yaşlılarda ve yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sağlık düzeyi yaşam kalitesiyle yakından ilişkilidir. Çalışmada, en az bir kronik hastalığı olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 55.0 ± 0.5 iken herhangi bir kronik hastalığı olmayan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 65.9 ± 1.5 'dir ($p<0.05$). Yine ilaç kullanan yaşlıların yaşam kalitesi ortalama puanları daha düşük saptanmıştır. Fiziksel engelinin bulunması ve yardımcı cihaz kullanmanın da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (55). Arslantaş ve arkadaşlarının Eskişehir’de yaptığı çalışmada kronik hastalığı olduğunu bildiren yaşlılarda yaşam kalitesinin anlamlı derecede düştüğü tespit edilmiştir (83). Azak ve arkadaşlarının Denizli Huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların genel sağlık durumları yükseldikçe memnuniyet düzeylerinin arttığını saptamışlardır (85). Kalfoss Mary H ve arkadaşlarının Norveç ve Kanada’da WHOQOL-Breff ölçeğini kullanarak karşılaştırmalı yaptıkları çalışmada ise kronik hastalığı olmayan sağlıklı gruplarda yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (89). Ceremnych’nın Litvanya’da WHOQOL-Old ölçeği ile 2003 yılında yaptığı çok merkezli çalışmasında hastalıkların olmayışı yaşam kalitesini pozitif etkilediği saptanmıştır (88). Halvorsrud ve arkadaşlarının Norveç’de WHOQOL-Old ölçeği ile 2006 yılında yaptığı çalışmasında yaşlılarda kronik hastalık varlığı yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (81).

Sigara kullanan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (57.2 ± 1.6) ile sigara kullanmayan yaşlıların yaşam kalitesi toplam ortalama puanı (55.6 ± 0.4) benzer bulunmuştur ($p > 0.05$). Paradox bir durum olarak, otonomi ve yakınlık alanı puan ortalamaları sigara kullanan grupta daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otonomi, G.B.G aktiviteleri, sosyal katılım alan puan ortalamalı sigara içen grupta daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Tay ve arkadaşlarının İrlanda Cumhuriyeti’nde yaptığı çalışmada sigara kullanmanın yaşlıların yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (70).

Ölüm ve ölmek alanı dışında günlük yaşantısında hiç yardıma ihtiyaç duymayan yaşlılarda yaşam kalitesi alan ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölüm ve ölmek alanı dışında günlük işlerinde başkalarına bağımlı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesi alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (55).

Lojistik regresyon analizi sonucunda; 65-74 yaş grubunda olması (OR=2.1), ilkokul ve üzerinde eğitilmiş olması (OR=7.9), sağlık güvenceye sahip olması (OR=3.1), aylık gelire sahip olması (OR=2.5), yaşının halen çalışıyor olması (OR=5.7), herhangi bir kronik hastalığının olmaması (OR=4.7) “yüksek” yaşam kalitesine sahip olmada primer düzeyde önemli değişkenler olarak belirlenmiştir.

Yaşlıların, 75 ve üzeri yaş grubunda olması (OR=1.9), yalnız ya da eş ve çocuklarından başka akrabalarıyla yaşaması (OR=2.1), hayatlarında tam olarak güvendikleri bir kişinin olmaması (OR=2.2), komşuluk ilişkilerinden memnun olmaması (OR=2.0), toplumsal hizmetlere ulaşma konusunda endişeli olması (OR=2.8) fiziksel engelinin olması (OR=1.9) yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli değişkenler olarak belirlenmiştir.

Lojistik regresyon analizinde cinsiyet yaşam kalitesinde etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Ancak tek yönlü analizlerde yaşam kalitesi cinsiyetle ilişkili bulunduğundan her iki cinste ayrı ayrı lojistik regresyon yapılmıştır. Erkeklerde ilkökul ve üzerinde eğitilmiş olma (OR=10.3), sosyal güvencesinin olması (OR=3.9) ve kronik hastalığının olmaması (OR=4.4) “yüksek” yaşam kalitesine sahip olmada primer etkili iken, kadınlarda ilkökul ve üzerinde eğitilmiş olma (OR=12.3) ve mülk sahibi olma (OR=5.5) primer etkili faktörlerdir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gaziantep merkez ilçeleri Şehitkamil ve Şahinbey’de yapılan bu araştırmanın kapsamına 65 yaş ve üzeri 632 yaşlı birey girmiş olup, yaşlıların ortalama yaşı 73.5 ± 0.2 yıldır. Yaşlıların çoğunluğu (%63.9) genç yaşlı grubundadır. Her yüz yaşlıdan altısı 85 ve üzerindedir ancak her üç yaşlıdan biri kendini çok yaşlı hissetmektedir. Yine yaşlıların yaklaşık olarak üçte ikisi yaşlılığı kötü bir durum olarak değerlendirmektedir.

Yaşlıların yarısından fazlası (%58.1) okur yazar değildir. Okuma yazma bilmeyen kadınlar (%83.6) daha fazladır. Yaşlıların eğitim düzeyinin Türkiye genelinden çok düşük olduğu saptanmıştır.

Yaklaşık her üç yaşlıdan birinin düzenli geliri, tapulu malı yoktur. Mevcut gelirini kötü olarak değerlendirmektedir. Bu ekonomik göstergeler kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha düşük düzeydedir. Her on yaşlıdan birinin sağlıkta sosyal güvencesi yoktur. Yaşlıların çoğu (%66.5) halen evlidir. Yaşlıların üçte birinin eşi ölmüştür ve eş ölümü kadınlar arasında daha sık (%43.6) olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların %2.7’sinin hiç çocuğu yoktur, ortalama çocuk sayısı 5.5’tir. Yaşlıların büyük çoğunluğu eşleri ya da çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır (%84.8), her on yaşlıdan biri ise (%12.7) yalnız yaşamaktadır. Yaşlıların dörtte biri çocuklarıyla yaşamaktadır fakat üçte ikisi çocuklarıyla kalmak istediğini belirtmiştir. Çalışan yaşlı sıklığı %5.5’dir.

Yaşlıların dörtte biri hayatta güvendiği kişi olmadığını (%23.3). Erkeklerde daha fazla olmak üzere yaşlılar en çok eşlerine güvenmektedir. Her dört yaşlıdan üçü komşuluk ilişkilerinden memnundur (%74.7), memnun olmayanlar onda bir düzeyindedir. Kadınlarda daha fazla olmak üzere, her üç yaşlıdan biri alış veriş yapılacak yerlerin yakınlığı konusunda, kamu hizmetlerine ve sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişeli olduğunu belirtmiştir. Bu hizmetlere ulaşım konusundaki endişe kırsal alanda yaşayanlarda çok daha yüksektir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bu hizmetlere ulaşım konusundaki endişe azalmaktadır.

Yaşlıların tamamına yakını (%93.0) en az bir kronik hastalığı olduğunu ve düzenli olarak en az bir ilaç kullandığını (87.0) belirtmiştir. Kronik hastalık mevcudiyeti (%98.8) ve düzenli ilaç kullanma durumu (%94.4) kadınlarda daha fazladır.

Yaşlılarda en fazla görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%61.4), romatizma artrit (%58.0), osteopoz (%56.3), anksiyete depresyon (%52.7), gastrit/ülser (%34.5), kalp hastalığı (%33.2) olduğu saptanmıştır.

Erkeklerde (%18.6) daha fazla olmak üzere yaklaşık her on yaşlıdan birinin (%8.9) sigara kullandığı saptanmıştır.

Yaklaşık her dört yaşlıdan biri sağlığının çok iyi olduğunu (%28.5), üç yaşlıdan biri ise çok kötü olduğunu (%36.4) belirtmiştir. Sağlık düzeyini kötü olarak belirtenler çoğunlukla kadınlarla yaşlı ve çok yaşlılardır.

Yaşlıların onda birinin (%10.1) fiziksel engeli vardır.

Erkeklerde daha fazla olmakla birlikte her dört yaşlıdan biri (%27.7) günlük yaşamlarında (yemek yapma, giyinme, banyo gibi) yardıma ihtiyaç duyduğu, günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlılara en çok çocuklarının (%61.0) yardım ettiğini saptanmıştır.

Araştırmanın asıl konusu olan yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi ortalama puanı 100 üzerinden 55.8'dir. Duyusal yetiler, otonomi, G.B.G. aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık yaşam kalitesi alt alan ortalama puanları sırasıyla 11.5 ± 0.1 , 9.0 ± 0.1 , 8.1 ± 0.1 , 5.9 ± 0.1 , 11.9 ± 0.1 , 9.4 ± 0.1 bulunmuştur. Yaşam kalitesi puan ortalamaları Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzer ancak gelişmiş ülkelerden rapor edilenlerden belirgin olarak düşük bulunmuştur.

Tek yönlü analizlerde; yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, mülkiyet, sağlıkta sosyal güvence, birlikte yaşanan kişi, sigara içme, kronik hastalık, fiziksel engel, sağlık hizmetlerine, kamu hizmetlerine, alışveriş merkezlerine ulaşmadan memnuniyet yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler olarak saptanmıştır.

Lojistik regresyon analizi sonucunda 65-74 yaş grubunda olma (OR=2.1), ilkokul ve üzerinde eğitim görmüş olma (OR=7.9), sosyal güvenceye sahip olma (OR=3.1), düzenli aylık gelire sahip olma (OR=2.5), halen çalışıyor olma (OR=5.7), herhangi bir kronik hastalığının olmaması (OR=4.7) yaşam kalitesini artıran primer düzeyde etkili faktörler olarak saptanmıştır.

Her iki cins için ayrı ayrı yapılan yapılan lojistik regresyon analizinde, erkeklerde ilkokul ve üzerinde eğitilmiş olma (OR=10.3), sosyal güvenceye sahip olma (OR=3.9) ve kronik hastalığın olmaması (OR=4.4), kadınlarda ilkokul ve üzerinde eğitilmiş olma (OR=12.3) ve mülk sahibi olma (OR=5.5) yaşam kalitesini yükselten etkili faktörler olarak saptanmıştır.

Bu sonuçlar ışığında şu önerilerin yapılması uygun bulunmuştur:

1-Yaşlanma kaçınılmazdır ve giderek yaşlı sayısı artacaktır. Bu gerçekten yola çıkarak gelişmiş ülkelerde başlatılmış olan “aktif yaşlanma” programları ülkemizde de uygulamaya sokulmalıdır. “Aktif yaşlanma” programlarının amacı, gelecekte toplumda hastaliksız, kendi kendine bakabilecek, toplum için bir yük olmak yerine üretime katkıda bulunabilecek yaşlıların sayısını artırmaktır. Bunun için erken yaşlardan itibaren sigaradan uzak durma, sağlıklı beslenme ve fizik aktivite gibi hastalıklardan korunma programları şiddetle önerilmektedir.

2-Eğitim düzeyi hem erkek, hem kadınlarda Türkiye genelinden düşük bulunmuştur. Yaşlı nüfusun ileride daha da artacağı göz önüne alınırsa okullaşma oranları artırılmazsa daha fazla eğitimsiz yaşlı nüfus olacaktır. Bunu önlemek için toplumda milli eğitim hizmetlerinin güçlendirilmesi gereklidir. Ayrıca yaşlıların da okuma yazma kurslarıyla okuma yazma öğrendikleri yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Yaşlılara yönelik eğitim kurslarının milli eğitim, dernekler, sosyal hizmetler işbirliği ile düzenlenmesi önerilmektedir.

3-Bu araştırmada yaşlıların yaklaşık dörtte birinin düzenli aylık gelirinin ve mülkiyetinin olmadığı yine dörtte birinin geliri ile ilgili endişesi olduğu belirlenmiştir. 2002’de Madrid’de hazırlanan uluslararası eylem planında yaşlılarda yoksulluğun azaltılması bir eylem olarak vurgulanmıştır. Hatta yaşlanan nüfusun “gelecekte kalkınmanın temel potansiyeli” olacağı fikrinin benimsenmesi önerilmiştir. Eylem

planında yaşlıların toplum ve kalkınma sürecine aktif katılımı, sosyal, kültürel, ekonomik, politik karar verme sürecinin bütün aşamalarına katılımlarının sağlanması önerilmiştir. Yaşlılara yönelik verilen sanatsal ve zanaatsal beceri eğitimleri yaşlıların üretime katkısını artıracak, kendilerini gerekli hissettirecek ve zihinsel egzersiz olacaktır. Bazı ülkelerde zanaat eğitimi verilen yaşlılara daha sonra girişimci olmaları için teşvik kredisi verildiği literatürde yer almaktadır. Yaşlı eğitimlerinde, emekli ama çalışabilir genç yaşlıların (65-74 yaş arası) eğitimci olarak kullanılmasının daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bu kapsamda yaşlılara işe yerleştirmede negatif ayrımcılık yapılmaması, iş olanağı sağlanması, zanaat ve beceri eğitimlerinin verilmesi, kendi özel işini yapabilmesi için kredi verilmesi ya da bunlar yapılamazsa uygun durumlarda yoksulluğun etkisini azaltmak için yeterli asgari gelirin sağlanması (yaşlılık maaşı gibi) önerilmektedir.

4-Yaşlılara sağlıkta sosyal güvence sağlanması ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. 2002'de Madrid'de hazırlanan uluslararası eylem planında yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel ve eşit olarak ulaşımının sağlanması için dil farklılıkları dâhil olmak üzere yaş, cinsiyet ya da herhangi bir nedene dayalı sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlıkta sosyal güvencesi olmayan yaşlıların da sağlık bakımına ulaşmasının sağlanması gereklidir. Bu her on yaşlıdan birinin sağlıkta sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bu kişilere sağlıkta sosyal güvence sağlanmalı ya da direk bakım, para şeklinde sosyal yardım yapılmalıdır.

5-Yaşlıların sosyal aktivitelerinin çeşitlendirilmesi, farklı sosyal ortamlara girmelerinin sağlanması, derneklere, vakıflara üye olmalarının teşvik edilmesi, hatta yalnız yaşayan yaşlıların evlenmelerinin teşvik edilmesi, yaşlıların hem sosyal hem de fiziksel sağlığına olumlu etki yapacağından önerilmektedir. Bunlar yaşlılarda yalnızlık duygusunu ortadan kaldırmak ve sosyal ilişki sıklığını artırmak için gereklidir.

6- Araştırmada her üç yaşlıdan biri sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişeli olduğunu belirtmiştir. Aktif bir yaşlılık için sağlık sorunlarını erkenden saptamak ve tedavi etmek önemlidir. Yaşlı nüfusun artacağı göz önüne alınarak Türkiye'de henüz başlamış olan "geriatri" klinik ve hastanelerinin ve rehabilitasyon merkezlerinin açılması desteklenmelidir. Sağlık çalışanlarının ve sosyal hizmet

uzmanlarının eğitiminde temel geriatri ve gerontolojiye yer verilmeli, yaşlılarla çalışan sağlık personeli için aynı konuda hizmet içi eğitim verilmelidir. Bu eğitimlerde yaşlıların çoklu ilaç kullanımını göz önüne alınarak akılcı ilaç kullanımını eğitimi de verilmelidir. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar için mobil sağlık hizmetleri sağlanmalıdır. Kırsal alanda yaşayan ve hastalığı olan yaşlıların gerekli ilaçlara ve tedaviye ulaşmalarının sağlanması bunun için gönüllü kuruluşların teşvik edilmesi gibi yöntemler önerilmektedir.

7-Yaşlıların yaşam alanlarında, fizik çevrelerinde postane, banka, alışveriş merkezi, eğlence, sosyal aktivite gibi gereksinimlere kolay ulaşabilecekleri altyapı sistemlerinin kurulması ve kamu yatırımlarının bu anlayış ile gerçekleştirilmesi daha kaliteli yaşlılık dönemi geçirmeye destek olur. Özellikle kırsal alanda yaşayan yaşlılar için toplumsal hizmetlere ve diğer sosyal hizmetlere ulaşmalarını kolaylaştıracak ulaşım, altyapı gibi olanakların güçlendirilmesi gereklidir.

8-Türkiye’de modernleşme ile birlikte çekirdek aile yapısında artma ve geniş aile yapısında azalma görülmesine karşın yaşlılar ve onların çocukları aynı çevrede yaşamayı tercih etmektedir. Bu araştırmada da yaşlıların üçte ikisi evde çocuklarıyla yaşamak istediğini belirtmiştir. Yaşlıların istedikleri yerde yaşamalarının sağlanması önerilen genel politikadır. Ancak bunun için yaşlanma konusunun bütün topluma öğretilmesi tüm toplumun yaşlanma konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Sosyal kalkınma için anahtar faktör olan kuşaklar arası dayanışmanın hem toplum bazında hem aile içinde teşvik edilip güçlendirilmesi önerilmektedir.

9-Bu araştırmada kadınlarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Yalnız yaşayan kadın sayısının daha fazla olduğu ve olacağı göz önüne alınırsa, kadına yönelik eğitim, iş, gelir mülkiyet gibi alanlarda sağlık hizmetlerine ve diğer toplumsal hizmetlere ulaşmada kadınlara ayrımcılık yapılmaması hatta pozitif ayrımcılık yapılmasının önemi vurgulanmalıdır.

10-Yaşlıların sorunları ve çözüm yöntemlerine yönelik araştırmaların sürdürülmesi proje geliştirmek için gereklidir.

KAYNAKLAR

- 1) Eser, E. (2006). Sağlıkta Birikim. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Yayınları
- 2) Taylor, V.R. (2000). Measuring Healthy Days. Atlanta,Georgia: Centers for Disease Control and Prevention Erişim: 20 Şubat 2008
<http://www.cdc.gov/nccdphp/brfs>
- 3) Orley, J., Kuyken, W. (1994). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. The WHOQOL Group. [Elektronik Sürüm]. United Kingdom: WHOQOL Publication.
- 4) Bölükbaşı, N. (2007). Yaşam Kalitesi Kavramı. Kutsal, G.Y. (Ed.). Geriatri (s.45-49). Ankara. Türk Tabipler Birliği Yayınları
- 5) Danış, Z. M. (2007). Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- 6) UN. (March 2007). World Population Will Increase By 2.5 Billion By 2050 United Nations Population Division. Erişim: 19 Şubat 2008
<http://www.un.org/News/Press/docs//2007/pop952.doc.htm>
- 7) WHO. (2007). 10 Facts on Ageing and The Life Course. Erişim: 19 Şubat 2008
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
- 8) Kalache, A., Lunefeld, B. (1999). Men, Ageing and Health. [Elektronik Sürüm]. Geneva: WHO publication.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf
- 9) Bilir, N., Subaşı, P. N. (2006). Yaşlılık Sorunları. (Ed.Güler, Ç., Akın, L.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. (s.1020-1031). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- 10) Koç, İ., Hancıoğlu, A. (2003). TNSA 2003 Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri. Ankara Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. (Rapor No.9). Erişim: 25 Şubat 2008 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkçe/bolum2.pdf>
- 11) Aslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(4), 173-179. Erişim: 19 Şubat 2008 http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_26.pdf
- 12) Telatar,T.G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* . 7 (3), 162-165 Erişim: 25 Şubat 2008
<http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id=227>

- 13) World Health Organization 1999. (2008). Sağlık 21 (Öztürk, Y., Günay, O.). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları. (1999)
- 14) Veyisoğlu, D. (2002). Dinlenme ve Bakımında Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara
- 15) Güler, Ç., Çobanoğlu, Z. (1994). Yaşlı ve Çevre. [Elektronik Sürüm]. Ankara: Aydoğdu Ofset
- 16) Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E., İnan, F., Aksakal, N., Altınyollar, H. (2002). Yaşlı Sağlığı. [Elektronik Sürüm]. Ankara: Pelin Ofset
- 17) Tümerdem, Y. (2006). Gerçek Yaş (REAL AGE). *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3): 195-196. Erişim: 19 Şubat 2008 <http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id>
- 18) Çiprut, H. (1997). İstanbul Kentinde Farklı Sosyoekonomik-Kültürel Düzeylerde Yaşlılık İle İlgili Sorunlar. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- 19) Konak, A. Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 23-63 Erişim: 25 Şubat 2008 <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/dergi.php?name1=sosyalbilimler&yil=2005&cilt=29&sayi=1>
- 20) Aydın, Z. D. (1999). Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2 (4),179, Erişim: 25 Şubat 2008 <http://www.geriatri.dergisi.org/pdf.php3?id=27>
- 21) Tufan, İ., Çelik, K. (2008). Gerontoloji ve Geriatri Türkiye’de de Yüzyılın Bilimleri Olabilecek mi? *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi* 20(7-8),64-69. Erişim: 12 Aralık 2008, http://www.logos.com.tr/arsiv/sendrom2008_7-8.asp
- 22) Saatli, G. (2004). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Bileşenleri ve Bu Bileşenleri Etkileyen Değişkenler. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
- 23) The World Health Report 1998. (December 1998). Life in the 21st Century A Vision For All. (ISSN 1020-3311). World Health Organization. Erişim: 22 Şubat 2008 <http://www.who.int/whr/1998/en/index.html>
- 24) Akgül, S., Bakar, C., Budakoğlu, İ. (2004). Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. *Türk Geriatri Dergisi* 7 (2), 105-110 <http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=212>

- 25) Devlet Planlama Teşkilatı.(2007). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (Rapor No:DPT:2741). Ankara Devlet Planlama Teşkilatı
- 26) Devlet İstatistik Enstitüsü. (2006). Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. Erişim: 25 Şubat 2008, <http://nkg.die.gov.tr/veri.xls>
- 27) Barker H. W. (2008). Prevention of Disability in Older Persons (Ed.) Robert B. Wallace, MD, MSc Public&Health Preventive Medicine Fifteenth Edition. (s. 1185-1194)
- 28) Erbaşı,S., Tüfekçioğlu,O., Sabah,İ. (1999). Yaşlılık ve Hipertansiyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(2): 67-70, Erişim: 4 Mart 2008
<http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=73>
- 29) National Institutes of Health. (2004). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (No:04-5230). America: National Institutes of Health
- 30) Altun, B., Arici, M., Nergizoglu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., Sindel, S. Erbay, B., Hasanoglu, E., Caglar, S., for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. (2005). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey. *Journal of Hypertension*. 23(10):1817-1823 Erişim: 4 Mart 2008 <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17171782>
- 31) Dikmenoğlu, N. (2007). Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. Türk Tabipler Birliği Geriatri Derneği. Geriatri (s.27-37). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları
- 32) Aytemur, A.Z., Göksel, T., Baysak, A., Bayındır, Ü. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Ataklarında Mortalite. *Toraks Dergisi*, 3(1), 22-25. Erişim: 4 Mart 2008 <http://www.toraks.org.tr/journal/text.php3?id=177>
- 33) Lindner, K., Panaszek, B., Machaj, Z. (2007). Asthma In The Elderly. *Pol Arch Med Wewn*, 117(8),350-354. Erişim: 4 Mart 2008,
<http://www.tip.org.pl/pamw/files/articlepdf/73/en.html>
- 34) Hersek, N. (2007). Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı. Şahin, F. (Ed.). Geriatri ve Gerontoloji (s65-74). Ankara: Fersa Matbaacılık.
- 35) Tahir, Ü. (2005). Yaşlanma ile Organ ve Sistemlerde Görülen Değişiklikler. 4. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. Antalya: Geriatri Derneği Yayınları

- 36) Bölükbaşı, S. (2005). İskelet Sistemindeki Değişiklikler. Kutsal, Y. G. (Ed.). Sağlıklı Yaşlanma (s.111-116). Ankara: Öncü Basımevi
- 37) Akın, G. (2006). Her Yönüyle Yaşlılık. Ankara: Palme Yayıncılık
- 38) Karan, M. K. (2003). Yaşlının Fonksiyonel Değerlendirmesi. II. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. Antalya: Geriatri Derneği Yayınları
- 39) Özmenler, N. K. (2007). Yaşam Kalitesi Kavramı. Gökçe Kutsal, Y. (Ed.). Geriatri. (s.153-158). Ankara. Türk Tabipler Birliği Yayınları
- 40) Sarıççek, A.(2006). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi, Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir
- 41) Onat, Ü. (2004). Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Editör Kutsal, Y.G. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma (s;93-97) Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayınları
- 42) United Nation. (2002). Report of the Second World Assembly on Ageing (ISBN 92-1-130221-8). New York: United Nations Publication
- 43) Yılmaz T. (2003). Türk Toplumunda Yaşlılara Götürülen Hizmetler. Erişim: 8 Mart 2008 <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yayinlar/yaslanankadin.pdf>
- 44) Danış M.Z. (2008).Toplum Temelli Bakım Anlayışı ve Sosyal Hizmetler Türkiye Örneğinde Bir Bakım Modeli Önerisi. *Turkish Journal Of Geriatrics*; 11 (2), 94-105 <http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=391>
- 45) Ebrahim, S. (2000). Health Of Elderley People. Detels, R., McEven, J., Beaglehole, R., Tanaka, H. (Ed.). Public Health (s.1713-1732). England: Oxfort Universty Press
- 46) National Association for Home Care and Hospice . Erişim: 26 Eylül 2008 <http://www.nahc.org/facht>
- 47) Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Erişim: 26 Eylül 2008 http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasli_Bakim_Hizmetleri.asp
- 48) Darulaceze Müessesesi. Erişim: 26 Eylül 2008 <http://www.darulaceze.gov.tr/bpi>
- 49) Donald, A. (). What is quality of life. *What is...? Series*. 1(9) Erişim: 26 Eylül 2008, http://www.whatisseries.co.uk/whatis/View_article.asp?AID=1616

- 50) Fidaner, C. (Nisan 2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi [Sözlü sunum]. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- 51) Burckhardt, C; (2000). Quality of life compendium, University of Bergen, Norway. <http://www.uib.no/isf/people/doc/qol/httoc.htm>
- 52) Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma Dergisi* 20(1),55 Erişim Tarihi: 11 Eylül 2008
<http://www.romatizma.dergisi.org/pdf.php3?id=94>
- 53) Ware, E. C. (2002). SF-36. Erişim: 11 Eylül 2008,
<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- 54) Eser, E. (2006). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği.(Ed). Aydemir, Ö., Köroğlu, E. Psikiyatri'de Kullanılan Ölçekler. Ankara: Medicographics Ajans ve Matbaacılık
- 55) Özyurt, B. C., Eser, E., Çoban, G., Akdemir, S., Karaca, i., Karakoç, Ö. (2007). Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(3), 117-123. Erişim: 12 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id=361>
- 56) Kurtuluş, Z., Yıldız, H.,Pınar, Y. (2006). Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Geriatriye Kullanımı. (Eser, E.) Sağlıkta Birikim (s.21-26) Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Yayınları
- 57) Ölüç, F. (2007). Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne
- 58) Aslan, D. (2006). Aktif Yaşlanma. Erişim: 12 Eylül 2008,
http://www.geriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=aktif#content
- 59) WHO. Active Ageing. Erişim: 12Eylül 2008,
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HPR_04.02.pdf
- 60) Canatan, A. (2008). Sosyal Yönleriyle Yaşlılık. Ankara: Palme Yayıncılık.
- 61) Herkese Sağlık Türkiye 'nin Hedef Ve Stratejileri (Hedef21) Önsöz. Erişim: 10 Aralık 2008,
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1185

- 62) Erkıılıç, M. Aydoğdu, F Aslan, D. Gökçe Kutsal, Y. (2006). Yaşlının Evi ve Çevresi (ISBN 975-92150-1-2). Ankara: Geriatri Derneği.
- 63) Türkiye İstatistik Kurumu. (2008). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Nüfus Sayımı Sonuçları T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. (Rapor No:9). Erişim:25 Şubat 2008
- 64) Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqui Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö. Ankara'da Sağlık Ocağı Bölgesine Bağlı Sakarya Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics* 5: 97-102. Erişim:14 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=96>
- 65) Bozkurt, A. i., (2002). GAP Halk Sağlık Projesinde Elde Edilen GAP Bölgesi Demografik Verileri ve Halkın Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu. İçlin, E. (Haz). 8. Ulusal Halk Sağlık Kongresi: 23-28 Eylül 2002 Diyarbakır Bildiriler (s:30-37). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Halk Sağlık Anabilim Dalı Yayınları
- 66) Graham, E.J. (2007). Health Related Quality of Life in Older Mexican Americans with Diabetes: A Cross-Sectional Study *Health and Quality of Life Outcomes* 395(39), Erişim: 26 Şubat 2008, <http://www.hqlo.com/content/5/1/39>
- 67) Population Ageing 2006. Erişim: 14 Eylül 2008, <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>
- 68) Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006;9:30-3. Erişim: 15 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id=289>
- 69) Özcebe, H., Sönmez, R., Atasoy, A, Dede, Ö. (2003). Ankara Gulveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*. 6 (1) : 22-26. Erişim:14 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=121>
- 70) Tay,B. J., Kelleher, C., Hope, A., Barry, M., Gabhainn, S., Sixsmith, J. (2004). Influence of Sociodemographic and Neighbourhood Factors on Self Rated Health and Quality of Life in Rural Communities: Findings From The Agriproject in The Republic Of Ireland. *JECH*, 58,904-911. Erişim:14 Ağustos 2007 <http://www.jech.bmj.com/cgi/content/full/58/11/904>

- 71) Ulusel B, Soyer A, Uçku R. (2004). Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Risk Etmenleri. *Türk Geriatri Dergisi* ;7:199-205. Erişim: 15 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id=234>
- 72) Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2004). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6,227-239. Erişim: 15 Eylül 2008, <http://www.openmed.nic.in/1187/01/227.pdf>
- 73) Ayrancı, Ü., Köşgeroğlu, N., Yenilmez, Ç., Aksoy, F. (2005). Eskişehir’de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri Ve Sağlık Durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14,114-119. Erişim: 16 Eylül 2008. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0505/eskisehir.pdf>
- 74) Öztürk, A., Naçar, M., Aslan, A., Gün, İ., Çetinkaya, F. (2001). Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu. *Kayseri: Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4): 138-143. Erişim. 16 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=136>
- 75) Arpacı, F. (2008). Ankara Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1).1-13. Erişim: 8 Eylül 2008 http://www.sonsigaram.org/yasad/2008_1.htm
- 76) Azak, A., Karamanoğlu, A.Y., Sert, H., Çetinkaya, B., Çınar, İ.Ö., Kartal, A. (Nisan 2004). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. [Poster]. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- 77) Gökçe K. Y. (2006). Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. *Turkish Journal Of Geriatrics*, (özel),37-44. Erişim:10 Eylül 2008, <http://www.geriatri.dergisi.org/pdf.php3?id=326>
- 78) Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N. (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004 [Elektronik Sürüm]. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık
- 79) Birtane, M., Tuna, H., Ekuklu, G., Uzunca, K., Akçı, C., Kokino, S. (2000). Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 3(4),141-145. Erişim: 10 Eylül 2008, <http://www.geriatri.dergisi.org/pdf.php3?id=47>

- 80) Yarış, F., an, G., Topbaş, M., Kapucu, M. (2001). Trabzon 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Medikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 4(4),154-171. Erişim: 7 Kasım 2008, <http://www.geriatri.dergisi.org/pdf.php3?id=76>
- 81) Halvorsrud, L., Kalfoss, M., Diseth, A. (2008). Reliability and Validity of the Norwegian WHOQOL-OLD Module. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2),292-305. Erişim: 6 Ocak 2008, <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120084913/abstract?CRETRY=1&SRET>
- 82) Kirchengast, S., Haslinger, B. (2008). Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-sectional Analysis. *Gend Med*, 5(3),270-273. Erişim: 2 Aralık 2008, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727993>
- 83) Arslantaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A., Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 28(2):81-89. Erişim: 10 Ekim 2008, http://www.tip.ogu.edu.tr/dergi/2006_28_2/28_2_3.doc
- 84) Turgul, Ö., Mandıracıoğlu, A., Özüğurlu, B., Özgener, N., Deveci, H. (Nisan 2004). Narlıdere İlçesinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi [Poster]. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- 85) Azak, A., Karamanoğlu, Y., Sert, H., etinkaya, B., ınar, İ., Kartal, A. (Nisan 2004). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi [Poster]. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- 86) Gülseren, ř., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A., Vural, N. (2000). Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Geriatrics* 3(4),133-140. Erişim: 20 Eylül 2008, <http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id=46>
- 87) Tajvar, M., Arab, M., Montazeri, A. (2008). Determinants of Health-Related Quality of Life in Elderly in Tehran, Iran. *BioMed Central*, 8,323-331. Erişim: 25 Aralık 2008, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/323>

- 88) Ceremnych, J. (2002). Focus Group Discussions with Older Adults and Carers for Development of Pilot WHOQOL-Old Measure. *Acta medica Lituanica*, 3(10), 152-158. Erişim: 26 Kasım 2008,
<http://www.images.katalogas.lt/maleidykla/act33/A-152.pdf> -
- 89) Kalfoss, H. M., Low, G., Molzahn, A. (2007). The Suitability of the WHOQOL-Bref for Canadian and Norwegian Older Adults. *Eur J Ageing*, 5,77-89. Erişim: 13 Ağustos 2008,
<http://nsdl.org/resource/2200/20080505165922595T>

EKLER

EK-1: Anket Formu

**Ek-1 DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ YAŞLI MODÜLÜ ANKET
SORULARI**

KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

A-Normal aktivitesini ve işini sürdürebilir, özel bakıma ihtiyacı yok	100	Normal, şikayeti yok
	90	Günlük aktivitesini yapabiliyor, hastalığın bazı işaret ve bulguları mevcut
	80	Eforla normal aktivite, hastalığın bazı işaret ve bulguları mevcut
B-İşini yapamaz, evde yaşayabilir ve bir çok kişisel araçlarında bakıma muhtaçtır	70	Kendine bakabilir, ancak aktif işte ve normal aktivitede bulunamaz
	60	Nadiren yardım gerekse de birçok ihtiyacını kendisi karşılayabilir
	50	Hatırı sayılır yardıma ve sık medikal bakıma ihtiyaç gösterir
C-Kendi kendine bakamaz, hospitalizasyon gerekir, hastalık hızlı bir şekilde gelişebilir	40	Özürdür, özel bakım ya dardım gerektirir
	30	Hospitalizasyon gerektirir, ancak ölümü yakın değildir
	20	Çok hasta, hospitalizasyon ve aktif destekleyici tedavi gerektirir
	10	Ölümcül, hızla sona yaklaşmaktadır
	0	ÖLÜM

- | |
|---|
| 1- Yaşlıyla görüşüm |
| 2- (kızı, oğlu, bakıcısı) görüşüm |
| 3- İkişisiyle birlikte görüşüm |
| 4- Komşularıyla görüşüm |

1. Küme No:
2. İsim:
3. Telefon numarası:
4. Yaşadığı yer: 1-Kent 2-Kır
5. Cinsiyeti : 1-Erkek 2-Kadın
6. Yaş/ doğum tarihi :

7. Türkçe haricinde anadili gibi konuştuğu dil:
- 1-Kürtçe
 - 2-Arapça
 - 3-Diğer.....
8. Medeni durumu :
- 1-Evli
 - 2-Hiç evlenmemiş
 - 3-Eşi ölmüş
 - 4-Boşanmış, ayrı yaşıyor
 - 5-Nikahsız eş
 - 6-Diğer.....
9. Hanede kalan kişi sayısı :
10. Eğitim durumu :
- 1-Okur-yazar değil
 - 2-Okur-yazar
 - 3-İlkokul mezunu
 - 4-Ortaokul mezunu
 - 5-Lise mezunu
 - 6-Fakülte/yüksekokul mezunu
11. Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz:
- 1-Hayır
 - 2-Evet
12. Eski mesleği :
- 1-SSK' lı işçi
 - 2-Memur
 - 3-Ev kadını
 - 4-Esnaf ya da tüccar
 - 5-Sigortasız boyacı, inşaat işçiliği yapmış işçi
 - 6-Diğer.....
13. Sosyal güvence :
- 1- Yok
 - 2- Bağ-kur
 - 3- SSK
 - 4- Yeşil kart
 - 5- Özel sigorta
 - 6- Emekli sandığı
14. Düzenli aldığınız aylık geliriniz var mı?
- 1-yok
 - 2-var

15. Evetse geliriniz nedir?
 1-Kendi emekli maaşım
 2-Eşimin maaşı
 3-Devlet yaşlılık maaşı
 4-Sosyal yardım amaçlı gelir
 5-Diğer
16. Kendinize ait tapulu malınız (taşınmaz mal-ev, arazi, dükkan vs) var mı?
 1-Evet
 2-Hayır
17. Şu anda bu eve giren toplam geliri nasıl değerlendirirsiniz?
 1-Çok iyi
 2-İyi
 3- Orta
 4-Kötü
 5-Çok kötü
- 18.Gelir düzeyiniz konusunda düşünceniz nedir?
 1-Hiç endişem yok
 2-Orta
 3-Endişeliyim
- 19.Kaç çocuğunuz var :.....
- 20.Çocuklarımızla aynı şehirde mi yaşıyorsunuz:
 1-Evet
 2-Hayır
- 21.Şu anda kiminle oturuyorsunuz?
 1- Çocuklarımla (a-kızım la b-oğlum la c-torun d-diğer.....)
 2- Eşimle
 3- Yalnız
 4-Diğer.....
- 22.Yaşamınızda tam olarak güvendiğiniz biri ya da birileri var mı?
 1-Hayır
 2-Evet a)Eşi
 b)Çocukları
 c)Diğer.....
- 23.Komşuların yakınlığı konusunda düşünceniz nedir?
 1- Memnunum 2- Orta 3- Memnun değilim
- 24.Alişveriş yapılacak yerlerin varlığı ya da size yakınlığı konusunda düşünceniz nedir?
 1- Memnunum 2- Orta 3- Memnun değilim
25. Sağlık hizmetlerine ulaşma (hastane, sağlık ocağı) ya da ulaştırılma konusunda düşünceniz nedir?
 1- Hiç endişem yok 2- Orta 3- Endişeliyim

26. Diğer kamu hizmetlerine ulaşım konusunda (postane, polis, banka, vs) düşünceniz nedir?

1-Hiç endişem yok 2- Orta 3- Endişeliyim

27.Yer değiştirme sıklığınız nedir?

1-Hep bur da yaşadım, aynı konumda
2-Çocuklarımın evlerinde dönüşümlü kalıyorum
3-Diğer.....

28- Yaşınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1-Çok yaşlı
2-Yaşlı
3-Orta yaşlı
4-Kendimi yaşlı bulmuyorum

29- Yaşlılığı nasıl değerlendirirsiniz?

1-Kötü bir durum olarak
2-İşe yaramazlık olarak
3-Rahatsızlık Olarak
4- Diğer, yazınız.....

30.Sağlığınız kötü olduğu için kişisel bakıma ihtiyaç duyuyor musunuz?(yemek yemek, giyinmek, banyo ve temizlik için)

1-Hayır, hiç yardıma ihtiyaç duymuyorum
2-Evet, ama her hafta değil
3-Evet, haftada bir
4-Evet, haftada iki ve daha fazla
5-Evet, her gün

31.Yukarıdakilere cevap evetse, kim yardım ediyor?(tek şık en fazla yardım eden işaretlenecek)

1-Evdeki çocuklarım
2-Çocuklarım, ama aynı evde yaşamıyoruz, dışarıdan gelip yardım ediyorlar

3-Eşim
4-Başka akrabalarım (torun, kardeş vs)
5-Komşularım
6-Arkadaşlarım
7-Özel bakıcı
8-Sağlık ocağından ebe- hemşire
9-Diğer

32.Sağlığın kötü olduğu için günlük işlerin yapılmasında yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?(yemek yapmak, alışveriş, ev temizliği)

1-Hayır, hiç yardıma ihtiyaç duymuyorum
2-Evet, ama her hafta değil
3-Evet, haftada bir
4-Evet, haftada iki ve daha fazla

- 5-Evet, her gün
- 33.Yukarıdakilere cevap evetse, kim yardım ediyor?(tek şık en fazla yardım eden işaretlenecek)
- 1-Evdeki çocuklarım
2-Çocuklarım, ama aynı evde yaşamıyoruz, dışarıdan gelip yardım ediyorlar
3-Eşim
4-Başka akrabalarım (torun, kardeş vs)
5-Komşularım
6-Arkadaşlarım
7-Özel bakıcı
8-Sağlık ocağından ebe- hemşire
9-Diğer
- 34-Son bir yıl içinde tanı aldığınız bir hastalığınız var mı? 1-Hayır 2- Evet →
- 1-Hipertansiyon
2-Hiperkolesterolemi
3-Diabet
4-Myokart infarktüsü
5-Anjina pektoris
6-Kalp hastalığı
7-Romatizma, artrit
8-Kronik bronşit, bronşial astım
9-Gastrit, ülser
10-Anksiyete, depresyon
11-Osteoporoz
12-Diğer
- 35-Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1-Hayır 2-Evet
- 36- Sigara içiyor musunuz?
- 1-Hayır
2-Bıraktım
3-Arasıra (Hergün içmeyenler)
4-Evet (son altı aydır her gün 1 tane)
- 37-Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
- 1-Çok iyi
2-İyi
3-Orta
4-Kötü
5-Çok kötü

38-Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz? 1-Hayır 2-Evet ⇒

- 1-Baston
- 2-Koltuk değneği
- 3-Tekerlekli Sandalye
- 4-Kulaklık
- 5-Bacak protezi
- 6-Kalça protezi
- 7-gözlük
- 8-Diğer.....

39- Mevcut fiziksel engeli var mı?

- 1-Hayır 2-Evet ⇒ (Kör, DKÇ, felç, sağırılık, vs)

40-Sizce yaşlılar nerde yaşamalı?

- 1-Evde tek başına
- 2-Evde çocuklarıyla
- 3-Huzurevinde
- 4-Diğer

41-GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE İNDEKSİ

BANYO(duş alma yada küvette yıkanmayı içeriyor)

- 1-Yardımsız küvette duş alıp, çıkabiliyor.
- 2-Vücudunun sadece bir kısmını (sırtı bacakları vb.)yıkarken yardım alıyor.
- 3-Vücudunun birçok kısmını yıkamak için yardım alıyor.

KIYAFET(dolaptan kıyafetlerini almayı, iç çamaşırlarını giyebilmeyi, kıyafetlerin ve ayakkabıların bağcıklarını bağlamayı içerir)

- 1-Yardımsız kıyafetlerinizi alabiliyor ve tamamen kendisi giyiniyor.
- 2-Diğer bütün işlerinizi kendisi yapıyor sadece ayakkabıların bağcıklarını bağlarken yardım alıyor.
- 3-Kıyafetlerinin dolaptan alınmasında giyinmesinde yardım alıyor.

TUVALET(bağırsak ve üriner boşaltımı için tuvalete gidebilmeyi, tuvalet sonrası temizliğini yapabilmeyi ve kıyafetlerini giyebilmeyi içeriyor)

- 1-Tuvalete gidebiliyor, tuvalet sonrası temizliğini ve kıyafetlerini yardımsız giyinebiliyor
- 2-Yardım alarak tuvalete gidiyor, boşaltım sonrası temizliğini ve kıyafetlerini giymeyi yardım alarak yapıyor
- 3-Tuvalete gidemiyor

TRANSFER

- 1-Yardımsız yataktan sandalyeye geçebiliyor.
- 2-Yardımla yatağa ya da sandalyeye geçebiliyor.
- 3-Yatağın dışına çıkamıyor.

İNKONTİNANS

- 1-Bağırsak ve üriner kontrolünü tamamen kendisi sağlıyor.
- 2-Ara sıra kazara kaçırabiliyor
- 3-Bağırsak ve üriner kontrolünü yardımsız sağlayamıyor sonda kullanıyor ya da inkontinans gelişiyor.

YEMEK YEME

- 1-Yardımsız yemek yiyebiliyor
- 2-Eti kesmek, ekmeğe yağ sürmek gibi işlemler dışında kendisi yemek yiyebiliyor
- 3-Yardımsız yemek yiyemiyor, beslenme solusyonlarıyla ya da intravenöz sıvılarla besleniyor.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ YAŞLI MODÜLÜ

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşadıysanız 5’i , “hiç yaşamadım” diyorsanız 1’i daire içine alın. Size uygun cevap bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5 arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

	1hiç	2 çok az	3orta	4çokça	5aşırı
42-Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?	1	2	3	4	5
43-İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmeyi ne ölçüde etkilemektedir?	1	2	3	4	5
44-Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?	1	2	3	4	5
45-Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?	1	2	3	4	5

46-Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze ne ölçüde saygı gösterdiği kanımsıdasınız?	1	2	3	4	5
47-Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?	1	2	3	4	5
48-Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?	1	2	3	4	5
49-Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?	1	2	3	4	5
50-Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri **ne ölçüde tam olarak** yaptığınız veya yapabildiğiniz , örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız “tamamen” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da “hiç” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt “hiç” ve “tamamen” arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

	1hiç	2 çok az	3orta	4çokça	5aşırı
51-Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	1	2	3	4	5
52-Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancınıdasınız?	1	2	3	4	5
53-Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
54-Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
55-Ne ölçüde her gün yapacak işiniz olduğunu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınızı karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır

	1 hiç hoşnut değilim	2 çokaz hoşnutum	3 ne hoşnutum nede değilim	4 epeyce hoşnutum	5 çok hoşnutum
56-Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
57-Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
58-Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
59-Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
60-Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
61-Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?	1 çok kötü	2 biraz kötü	3 ne iyi ne kötü	4 oldukça iyi	5 çok iyi

Aşağıdaki soruları sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşiniz veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

	1hiç	2çokaz	3 orta	4 çokça	5 aşırı
62-Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	1	2	3	4	5
63-Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
64-İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?	1	2	3	4	5
65-İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

1978 'de Malatya'da doğdu. İlk, orta, lise eğitimini Malatya'da tamamladı. 1997-2003 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda hemşire eğitimi alarak mezun oldu. 2003-2004 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Genel Cerrahi Yoğun Bakım Servisi'nde, 2004-2008 yılları arasında Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi'nde hemşire olarak çalıştı. 2006 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda halk sağlığı yüksek lisansına başladı. Aralık 2008'de Adıyaman Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Halen bu görevi yürütmektedir