

**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK KURUMLARI İŐLETMECİLİĐİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ VE YAŞLILIK ALGISİ:**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**FİSUN SÖZEN**

**TEZ DANIŐMANI**

**Prof. Dr. Korkut ERSOY**

**ANKARA -2014**

**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK KURUMLARI İŐLETMECİLİĐİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ VE YAŞLILIK ALGISİ:**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**FİSUN SÖZEN**

**TEZ DANIŐMANI**

**Prof. Dr. Korkut ERSOY**

**ANKARA -2014**

## TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmamın planlanması ve yşrştşlmesinde bana destek olarak değerli katkılarını, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen danıŐman Hocam Sayın Prof. Dr. Korkut ERSOY'a,

Tezin tşm aŐamalarında tecrşbesi ve değerli gřrřŐleriyle katkıda bulunan Sayın Doç.Dr. Meriç ÇOLAK'a,

Sağlık Kurumları İŐletmecilięi Bşlşmş'nşn tşm řęretim ũyelerine,

Verilerin toplanmasında titizlikle çalıŐarak emek veren Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma gşrevlisi Dr. Őzgřr aycı'ya ve Anabilim Dalımızın diğer araştırma gşrevlilerine,

Ayrıca benden sevgi ve anlayıŐını eksik etmeyen aileme ve oğlum Ersun Sşzen'e teŐekkřrlerimi, sunarım.

Fisun SÖZEN

## ÖZET

Popülasyonun yaşlanması dünya çapında daha çok gözlenmeye başlanan bir olgudur. Birleşmiş Milletlerin 2003 yılındaki tahminlerine göre, toplumların en yaşlı grubunun genel yaşlı grubuna oranında dramatik bir artış gözlemlenecek ve 80 yaşından yaşlı insan sayısı 2000 yılında 69 milyon iken, 2050 de beşe katlanarak 377 milyona erişebilecektir

"Yaşam Kalitesi" Dünya Sağlık Örgütü'nün, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu tarafından, kişinin yaşamını, yaşadığı kültür ve değerler çerçevesinde ve hedef, beklenti, standartlar ve tecrübe edilen sıkıntılar açısından nasıl algıladığı olarak tanımlanmıştır. (WHOQOL Group, 1993, 1995)

Bu çalışmada, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi polikliniklerine başvuran örnek bir yaşlı grubun yaşam kalitesi algısının ve yaşlanma algısının değerlendirilmesi hedeflenmiştir

Yaşam kalitesi ve yaşlanmaya yönelik tutum arasındaki ilişki de bu çalışmada açıklanmıştır. Bu nicel ve tanımlayıcı çalışma sayesinde Türkiye'deki yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesi ve yaşlanma bulgularına olan tutumu açıklanmıştır.

Çalışmanın verileri Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşlı Yetişkinler Modülünden ve DSÖ'nün yaşlılık algısı anketinden toplanmıştır

İstatistiksel olarak t testi ve varyans analizi kullanılarak ölçümlerin demografik karakteristiklerin değişimine göre karşılaştırılması sağlanmıştır. Anket Başkent Üniversite Hastanesi polikliniklerine başvurmuş ve çalışma için gönüllü olmuş 65 yaş üstü rastgele seçilmiş 200 bireye uygulanmıştır.

Sonuçta yaşam kalitesi ve yaşlanma algısı arasında bir doğru orantı olduğu gözlemlenmiştir. Yaşam kalitesi ölçüleri ve yaşlanma algısı ölçüleri arasında da gözlemlenebilir bir ilişki vardır.

Yaş ve cinsiyet psikososyal kayıp ölçütü için doğrudan etkiliyken, eğitim seviyesi ise psikososyal gelişmişlik, fiziksel değişiklikler ve total yaşlanma algısı skorlarında ciddi bir etkendir. Buna ek olarak, eğitim seviyesi üniversite düzeyinde olan katılımcıların ortalama skorları ise daha yüksektir. Bir hastalığın varlığı ise fiziksel değişim ve total

yaşlanma algısı skorlarında ciddi bir etkidir. Yaşama koşullarındaki değişim ise fiziksel değişim skoruyla bir korelasyon göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçları, aile hekimlerine başvuran yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşlanma algısı açısından değerlendirilerek daha iyi bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasında ve bu zor konuda yeni politikalar geliştirilmesinde kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, yaşam kalitesi, yaşam algısı

## ABSTRACT

Aging of the population is an emerging phenomenon all around the world. According to United Nations projections in 2003, the most dramatic increase in the proportion of elder people will be evident in the oldest segment of society (people aged 80 years and over with an almost fivefold increase from 69 million in 2000 to 377 million in 2050). Quality of life (QOL) was defined by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group as “individuals’ perception of their position in life in the context of culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (The WHOQOL Group, 1993,1995).

In this study, it is aimed to evaluate older adults’ perceptions about quality of life (QOL) and their attitudes to aging in a sample of a university hospital in Ankara. We also aimed to explain the relations between QOL and attitudes to aging. This quantitative and descriptive research investigated QOL and attitudes towards aging in older adults in Turkey.

Data was collected from the Turkish version of the WHO Quality of Life Instrument Older Adults Module (WHOQOL-OLD) and Turkish version of the WHO-Europe Attitudes to Aging /EAAQ) questionnaire. All scale dimension scores were compared according to demographic characteristics by statistical t-test and variance analysis. The questionnaires were administered to randomly selected 200 elder adults ( $\geq 65$  years) who applied to the family medicine department of a university hospital and volunteered for the study.

As a result, significant positive correlations among the dimensions of QOL and aging attitude (AA) were obtained. Also total scores of QOL and AA were significantly correlated. Moreover QOL dimension scores were significantly correlated to AA dimension scores.

Whereas age and gender were significantly related to psychosocial loss dimension, education was significantly related to psychosocial growth, physical change and total aging attitude scores. Additionally higher educated subjects (university degree) had higher mean scores. The presence of a disease was significantly related to physical change and total aging attitude scores. Changes in living environments were significantly correlated to physical change dimension.

The results of this study could be helpful to determine the QOL and AA of elders who apply to family physicians, which will help to improve primary care services for elderly people and broaden our horizons in this challenging issue.

**Keywords:** Aging, quality of life, aging attitude

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
BÖLÜM I. GİRİŞ.....	1
BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER .....	3
II.1.Yaşlılık Tanımı .....	3
II.1.1.Yaşlılığın Genel Özellikleri.....	4
II.1.2.Yaşlılığın Sınıflandırılması.....	5
II.1.3.Yaşlılığın Organizmaya Etkileri.....	6
II.1.4.Yaşlılığın Psikososyal Yönü.....	8
II.2.Yaşlılık Epidemiyolojisi .....	10
II.2.1.Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	10
II.2.2.Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi .....	12
II.3.Yaşlı Sağlığı ve Hizmetleri.....	15
II.3.1.Dünyada Yaşlı Sağlığı .....	15
II.3.2.Türkiye’de Yaşlı Sağlığı.....	18
II.4.Yaşlıda Yaşam Kalitesi .....	20
II:4.1.Yaşam Kalitesi Tanımı .....	21
II.4.2.Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler.....	21
II.4.3.Yaşlılarda Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	22
II.4.4.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) Türkçe Sürümü.....	24
II.4.5.Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa” Yaşlanma Tutumu Anketi.....	25
BÖLÜM III.GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	27

III.1.Araştırmanın Türü.....	27
III.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
III.3.Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	27
III.4.Araştırma Hipotezleri:.....	28
III.5.Evren ve Örneklem.....	33
III.6.Araştırmanın Veri Toplama Aşaması.....	33
III.7.Araştırma Verilerinin Analizi.....	34
<b>BÖLÜM IV.BULGULAR .....</b>	<b>35</b>
V.1.Tanımlayıcı Bulgular.....	35
IV.2.Hipotezlerin Gerçeklenmesi.....	48
<b>BÖLÜM V.SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>69</b>
<b>BÖLÜM VI. KAYNAKÇA .....</b>	<b>73</b>
<b>BÖLÜM VII. EKLER.....</b>	<b>79</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Dünyada Yaşlılık ile İlgili Başlıca İndikatörler ve Değerlendirmeler .....	12
Tablo 2 Dünyada Ülkelerin Sosyo - Ekonomik Durumlarına Göre 60 Yaş ve Üzeri Grup İçin Hastalık Yüğü Nedenleri.....	22
Tablo 3 Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4 Ankete Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	35
Tablo 5 Ankete Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....	36
Tablo 6 Ankete Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	36
Tablo 7 Ankete Katılanların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı .....	36
Tablo 8 Ankete Katılanların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 9 Ankete Katılanların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 10 Ankete Katılanların Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 11 Ankete Katılanların İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo 12 Ankete Katılanların Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Dağılımı .....	38
Tablo 13 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (1. -9. Sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı .....	39
Tablo 14 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (10. -14. Sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı .....	40
Tablo 15 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (15. -19. Sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı .....	41
Tablo 16 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (20. soruya) verdikleri yanıtların dağılımı .....	41
Tablo 17 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (21.-24. sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı .....	42
Tablo 18 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD Ölçeği Alt Grup Skorlarının Dağılımı.....	43
Tablo 19 AYTA TR ölçeğinde(1. -7. Sorular) verilen yanıtların dağılımı.....	44
Tablo 20 AYTA - TR ölçeğinde (8.-24. Sorular) verilen yanıtların dağılımı .....	45
Tablo 21 Ankete Katılanların AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarının dağılımı .....	47
Tablo 22 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı .....	48

Tablo 23 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı .....	49
Tablo 24 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı .....	50
Tablo 25 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı .....	51
Tablo 26 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR alt boyut ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı .....	52
Tablo 27 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının medeni durumlarına göre dağılımı .....	54
Tablo 28 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı .....	55
Tablo 29 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı .....	57
Tablo 30 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının ilaç kullanım durumlarına göre dağılımı .....	58
Tablo 31 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının ilaç kullanım durumlarına göre dağılımı .....	59
Tablo 32 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının yaşam alanlarına göre dağılımı .....	60
Tablo 33 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının yaşam alanlarına göre dağılımı .....	61
Tablo 34 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının eşlik eden bir hastalık olma durumuna göre dağılımı .....	62
Tablo 35 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının eşlik eden hastalık durumlarına göre dağılımı .....	63
Tablo 36 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında çalışma durumlarına göre anlamlı fark olma durumu .....	64
Tablo 37 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımı .....	65
Tablo 38 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı .....	66
Tablo 39 Yaşlıların AYTA-TR temel alan puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımı .....	67

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Türkiye Nüfusu 2013-2075	13
Şekil 2 WHOQOL-OLD ölçek skorları ile AYTA-TR ölçek skorları arasındaki ilişki durumu	68

## BÖLÜM I. GİRİŞ

Sözlük anlamı olarak “yaşlılık” yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanır. Yaşlılık, biyolojik işlevler açısından erişkin döneme geçtikten sonra, üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir.

“İhtiyarlık” tanım olarak “yaşlılık” ile eş anlamlı kullanılsa da “ihtiyarlık” kavramı ile daha çok ileri yaşın getirdiği toplumsal ve kültürel ilişkiler ifade edilmektedir. Zamanın getirdiği biyolojik ve fizyolojik değişimlerde ise “yaşlılık” kavramı kastedilmektedir.

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır (Borman,2007).

Yaşlanma sürecinde kuşkusuz kişilerin yitirdikleri bazı yetenekler vardır, fakat geçen zamana karşın kalıcı olan pek çok yeteneğin varlığı da yadsınamaz. Kalıcı olan bu yeteneklerin bazıları; bilgi, özellikle lisan bilgisi, plan yapabilmeyi kolaylaştıran hayal gücü, dikkat ve konsantrasyon, sorunlar karşısında pratik kararlar verebilme becerisi ve günlük yaşamdaki sorunların üstesinden gelebilme yeteneğidir

Yaşlanan insanda beş duyudakiler başta olmak üzere bazı yetersizliklerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Buna karşın yıllar boyunca zamanın süzgecinden geçen değerli bir tortunun oluşması ve ilerlemiş yaşın en büyük avantajının kişide bazı “kristalize” yeteneklerin gelişmesine neden olması da yadsınamayacak bir kazanımdır. Bu yetenekler insanın yaşamı boyunca geliştirdiklerinin özüdür ve yaşlılık bu anlamda aktif ve bilinçli bir yaşamın başlangıcıdır. Geçtiğimiz 40-50 yıl içinde dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşanan bir olgu, yaşlı nüfusun artışı olmuştur. Benzeri olgu daha az düzeyde olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de gözlenmeye başlamıştır.

Önceki yıllarda hemen bütün toplumların önde gelen sağlık konuları, bulaşıcı ve salgın hastalıklar, aşırı doğurganlık, çok sayıda çocuk ve bebek ölümleri idi. Bilim ve teknolojiye gelişmeler sonucu çevre koşullarında sağlanan iyileşmeler, antibiyotikler başta olmak üzere yeni ilaçların ve tedavi yöntemlerinin bulunması, toplum sağlığını tehdit eden bu sorunların çözümünde önemli başarıların kazanılmasını sağlamıştır. Bu başarıların

toplumların demografik yapısına yansımaları, insan ömrünün uzaması şeklinde olmuştur. Bu sayede daha çok sayıda insan ileri yaşlara kadar ulaşma şansına kavuşmuştur. Böylelikle, toplumlarda ileri yaşlardaki kişi sayısı artmış, toplumlar yaşlanmaya başlamıştır.

Eski yıllarda 100 kişinin ancak 4-5 kadarı 65 yaşına ulaşabilirken, günümüzde gelişmiş ülkelerde 100 kişinin 10-15 kadarı 65 yaşının ötesine kadar yaşayabilir olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde de 65 yaşına ulaşanların oranı %5'ler dolayına yükselmiştir. Günümüzde ülkelerin gelişme seviyesine bağlı olarak, refah düzeyinin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyonun nüfusun %5-10'unu oluşturduğu görülmektedir (Bilir,2008)

Toplumların yaşlanması ve yaşlılığın erken ölümler dışında kaçınılmaz olması "yaşlılıkta yaşam kalitesi" ifadesini ortaya çıkarmaktadır. Doğal etmenler sonucu şekillenen yaşam kalitesi üzerinde yapılan rehabilitasyon çalışmaları sadece hasta kişilerde tedavi ile oluşan gelişmeleri araştırmak için kullanılmamaktadır. Sağlıklı kişilerdeki hayat konforunu ve memnuniyeti saptamak için de kullanılabilir. Bu çalışmalar çeşitli sosyal gruplardaki yaşam kalitesini artırma çabalarına temel oluşturmaktadır. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerine hangi yönde etkili olduklarının belirlenmesi, giderek artan yaşlı popülasyonun toplum içinde daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunulması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır.

Gelecekte sayıları ve toplum içindeki oranlarının hızla artması beklenen yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışma, daha mutlu ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasına önemli katkılar sağlayacaktır. Diğer yandan yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, bu alanda çalışan sağlık personellerinin bireye en uygun yaklaşımı belirleyebilmelerine rehberlik edecektir.

Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ve yaşlılık tutumlarını ve yaşlılık tutumlarının yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmek amacı ile demografik bilgileri alınan bireylere Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) ve Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi(AAQ-AYTA)'nin geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış Türkçe sürümleri birlikte uygulanmıştır.

## BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER

### II.1.Yaşlılık Tanımı

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerimizde azalmaya neden olan süregelen ve evrensel bir süreçtir. Vücudumuzun molekül, hücre, doku, organ ve sistemlerinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüne “Yaşlanma” diyoruz (Kutsal ,2008).

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’ nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlılık kelimesi yaşam süresinin geç dönemlerini ifade eden bir tanımlama olarak bireyde her yönüyle bazı değişimler yaratan kayıp ve çöküşlerdir. Bu süreçte fiziksel kayıpların yanı sıra kültürel, çevresel ve ekonomik kayıpların yaşanılması kaçınılmazdır. Bu nedenle yaşlılık bir yanda tıbbi diğer yanda ise toplumsal bir nitelik taşımaktadır (Onat,2007).

Yaşlılık kavramı, kronolojik olarak belli bir zaman dilimini tamamlamış kişileri tanımlayabildiği gibi, belli bir süreyi tamamlamadığı halde belli kayıplar sonucu gelinen noktayı da tanımlayabilmektedir (Ünalın ve ark.,2012).

Yaşlılık dönemi bireyin üretimden çekildiği, rol, statü kayıpları yaşadığı, bağımlılığın ve kaza riskinin arttığı, fiziksel gücün azaldığı, yeti yitimlerinin arttığı, bedenin dış çevreye uyumunun ve stresörlere direncinin zayıfladığı, immün yetmezlik nedeniyle hastalıklara yatkın olduğu pek çok dejeneratif ve kronik hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı bir dönem olarak hem sağlık sistemini hem de sosyal, ekonomik sistemleri ilgilendiren çok sektörlü, çok disiplinli hizmeti gerektiren bir toplum sağlığı sorunudur. Yaşlanma doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreçtir ve evrensel bir nitelik taşımaktadır.Yani yaşlılık göreceli ama yaşlanma süreci evrenseldir (Kurt ve ark.,2010).

Toplumların yaşlanmasının önemli göstergeleri arasında yer alan doğuştan beklenen yaşam süresinin ortalama değeri dünya genelinde geçen yüzyıla göre arttığı bilinmekle beraber bu artış her ülke, bölge ve toplumda eşit değildir. Sağlıklı yaşlanabilme hedefine dünyadaki her ülkede eşit olarak ulaşabilmek için sosyo-ekonomik koşulların yanında güçlü sağlık politikaları ve uygulamalarına ihtiyaç vardır (Aslan,2012).

### **II.1.1.Yaşlılığın Genel Özellikleri**

Görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve ürogenital sistemde oluşan değişimler, menapoz ve andropoz dönemleri yanında önceki yıllarda yaşanmış değişik sağlık olayları, sağlıkla ilgili davranışlar ve genetik faktörler de yaşlılıkta ortaya çıkan kaçınılmaz fizyolojik değişikliklerdir. Yaşlanmayla birlikte kişilerin fiziksel ruhsal işlevlerinde ve sosyal ilişkilerinde azalma ya da kayıplar oluşur. Bunun yanında yaşlı grup olarak ele alınan kişilerin bütün özelliklerinin benzer olduğunu da söylemek mümkün değildir. Aktif ve üretken iş yaşamında olanlar yanında özürü ve bağımlı olan yaşlılar da bulunmaktadır (Bilir ve ark.,2007).

Gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşme ve kentleşme nedeni ile köyden kente göç, azalan aile içi ilişkiler, kadının çalışma hayatına girmesi, gençlerin öğrenim ve evlenme nedeniyle evden ayrılmaları, geniş ailenin yerini çekirdek aile tipinin alması gibi nedenlerle, ailelerin yaşlılara sağladığı desteğin azalması sonucu, yaşlı bireylerin evde bakım sorunları gündeme gelmiştir (Aylaz ve ark.,2005).

Organ sistemlerinde oluşan değişiklikler normal koşullarda vücudun işlevlerini etkilemez ancak sistemlerin yedek kapasitelerini azaltır ve stres altında ise yaşlı bünye işlevini arttıramayabilir. Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunların bir bütün olarak ele alınması ve yaşlı kişiye yaklaşımda “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme” nin gerekliliği kabul edilmektedir. Çok yönlü ve disiplinler arası bir yaklaşım yaşlıyı sadece medikal değil, psikososyal ve fonksiyonel açıdan da değerlendirme şansı vermektedir.

Sağlıklı bir yaşlılık ve yaşlının sağlığının korunması önemli bir durumdur ve yaşlanma ile beraber hücre yıpranması, vücut direncinde azalma, kronik hastalıklarla beraber fiziksel ve zihinsel gerilemeyle karşılaşılması kaçınılmaz bir durumdur. Hastanelerdeki yaşlıya yönelik sağlık hizmeti genel sağlık hizmetlerinden farklı olarak yaşlının özel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik düzenlenmeleri gerektirmektedir. Gelişmiş

ülkelerde geriatrik hizmet sunumu tıp ve sosyal hizmetlerin işbirliği gerçekleştirilecek evde tıbbi bakım, hemşirelik hizmetleri ve gündüz hastaneleri gibi yeni hizmet alanlarının oluşmasına neden olmuştur (Onat,2007).

### **II.1.2.Yaşlılığın Sınıflandırılması**

DSÖ'nün 1983 yılında yapmış olduğu sınıflamada ; 45-59 yaşları “orta yaş” ,60-74 yaşları “yaşlılık” ,75-89 yaşları “ihtiyarlık” ,90 ve üzeri yaşları “ileri ihtiyarlık” dönemi olarak kabul edilmiştir. 60-74 yaşları kapsayan yaşlılık dönemi ise emekliliği takip eden fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların gözlenmediği bazen “genç yaşlılık” olarak da adlandırılan bir dönemdir. 75 yaş ve üstü grupta ise fonksiyonel kayıplar olmakla birlikte başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilirler.85 yaş ve üzeri ise özel bakıma, bakım evlerine ve yardımcıya ihtiyaç duydukları dönemdir (Veyisoğlu,2002).

DSÖ ve Bilim insanların kabul ettiği gerçek yaşı bulmamıza yardımcı olacak yaşlılığın bilimsel anlamda sınıflandırılmasında ise 65-74 yaş arası erken yaşlılık evresi, 75-84 yaş arası orta yaşlılık evresi , 85 yaş ve üzeri ileri yaşlılık evresi şeklindedir (Dönmez,2010).

Yaş özelliklerine göre sınıflandırıldığında ise dünya toplumları dört gruba ayrılmaktadır. Genç toplumlarda nüfusun % 4'ünden azı 64 yaşın üzerindedir. Az gelişmiş ülkelerin çoğunda nüfus genç toplum özelliğindedir. Doğu Akdeniz ve sahra üstü Afrika ülkeleri bu gruptadır. Erişkin toplumlarda ise altmış dört yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır. Çin dahil Batı Asya ve ılıman Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptadır. Yaşlı toplumlarda ise 65 yaş üstü kişilerin nüfusa oranı % 7-10 aralığındadır. Almanya, Avusturya, Belçika, Hollanda gibi bazı Avrupa ülkeleri,Rusya,Kanada, Avustralya,Yeni Zelanda Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.Çok yaşlı toplumlarda ise yaşlı nüfus oranı % 10'un üzerindedir. Bu toplumlarda doğurganlık çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Norveç ve İsveç gibi gelişmiş Avrupa ülkeleri genellikle bu gruptadır (Bakar,2012).

Farklı yönleriyle ele aldığımızda yaşlılığı yedi farklı başlık altında sınıflandırabiliriz. Normal yaşlılık; Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlem değişikliği olarak tanımlanmaktadır. Patolojik yaşlılık; sağlık sorunları ile etkileşen patolojik olayların tümü ifade edilir. Sosyal yaşlılık; kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen sosyal yaşlanma, zaman akışı içinde edinilen

sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanır. Psikolojik yaşlılık; bireyin davranışsal yeteneğindeki değişimler olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik yaşlılık; parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi, kişinin çalışma yaşamını sonlandırdıktan sonraki yaşam sürecini belirtir. Kronolojik yaşlılık; geçen zamana göre, bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır. Biyolojik yaşlılık; yumurtanın döllenenmesinden başlayan, tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimler olarak tanımlanır (Bakar,2012).

Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır. Eğer yaşlanma olumlu bir deneyimse, daha uzun bir hayat; sağlık, katılım ve güvenliğe yönelik fırsatların devam etmesi eşliğinde olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü, 1990'ların sonlarına doğru bu vizyonu gerçekleştirme sürecini açıklamak için “aktif yaşlanma” kavramını benimsemiştir. Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerini ideal seviyelere çekmeyi hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içermek suretiyle daha geniş bir anlamı ifade etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde tanımlanan “başarılı yaşlanma” görüşü ise yaşlanmanın kaçınılmaz hastalık ve çöküş ile ilgili olması gibi geleneksel yaşlanma klişelerine bir cevap olarak ortaya çıkmıştır. Başarılı yaşlanma, hastalık ve maluliyet olmaması, bilişsel ve fiziksel fonksiyonların devam etmesi ve yaşamla bağlantılı olmak olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı davranışlar başarılı yaşlanmaya giden yoldur. Kişinin nasıl yaşlanacağı genetik olarak değil, bireylerin yaşam tarzlarıyla belirlenmiştir. Yine de, en azından orta yaşta sağlıklı tutumların, sosyal konum, kültür ve finansal sınırlamalardan etkilendiği bilinmektedir (Baran ve ark.,2012).

### **II.1.3.Yaşlılığın Organizmaya Etkileri**

Yaşlılıkla birlikte insan vücudunda bir takım fizyolojik değişikliklerin olması kaçınılmazdır. Öte yandan olumsuz sağlık davranışları ve bazı çevre faktörleri, bu fizyolojik değişikliklerin etkisini daha da olumsuz hale getirmektedir.

Fizyolojik değişiklikleri: gastrointestinal, endokrin, immün, genitoüriner, alt üriner, santral sinir, kardiyovasküler, deri, solunum ve kas-iskelet sistemindeki değişiklikler olarak sınıflayabiliriz. Gastrointestinal sistemde kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak ağız kuruluğu, tat almada değişiklikler, prekanseröz lezyonlar, yutma güçlüğü, reflü, gastrik ve barsak kökenli kanserler görülebilir. Günlük kalori alımının azalmasına bağlı olarak yaşlılık anoreksisi de oluşmaktadır. Endokrin sistemde yaşlanma ile birlikte pankreas ve tiroid dokusu bozulur. Tümör insidansı artar. Diyabet genellikle asemptomatik seyreder. Hipotiroidi de yaşlılarda semptomları benzer olduğundan maskelenebilir. İmmün sistem değişiklikleri genellikle humoral yanıtta azalmaya bağlı olarak lösemilerin görülmesi, pnömoni gibi enfeksiyonların sıklığında artma ve viral enfeksiyonlara yatkınlık şeklinde olabilir. Genitoüriner sistemde böbrek fonksiyonlarında azalma, idrar inkontinası, erkeklerde prostat boyutlarında artışla beraber prostat kanser görülme sıklığının artması şeklinde değişiklikler görülebilir. Kardiyovasküler sistem de görülen koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği en sık görülen değişikliklerdir. Santral sinir sistemi hastalıkları içinde Alzheimer Hastalığını görülme sıklığı 65 yaş üzerinde %5 olmakla birlikte bu oran her 5 yılda 2 katına çıkmaktadır. Serebral fonksiyonlarda görülen en önemli değişiklik yavaşlamadır. Yaşlanmayla birlikte elastikiyetini kaybeden ciltte hassasiyet ve kırışıklıklar oluşur (Taşar ve ark.,2013).

İlerleyen yaşla birlikte pek çok işlevinde kayıp yaşayan bireyler görme ile ilgili sorunları bazen doğrudan gözü ilgilendiren sorunlardan, bazen de sistemik hastalıkların göz üzerine etkilerinden dolayı yaşayabilir. Katarakt, glokom, maküler dejenerasyon ve diyabetik nöropati görme kayıplarının en önemli nedenleridir ve yaşının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kartal,2012).

Duyu organlarının tam işlevsel olması, özellikle görme ve işitme yaşam kalitesi, topluma aktif katılım, izolasyonun engellenmesi ve ruhsal sağlığın sürdürülmesi açısından önemlidir. Yaşlılarda işitme kaybı iletişimi kısıtlaması, duygusal, sosyal mesleki kayıplara yol açması nedeniyle duyu kayıplarının en tahrip edici olanıdır. Olumsuz sağlık davranışlarından kaçınmak ve çevre koşullarını olabildiğince olumlu hale getirmek suretiyle, yaşlanma ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından bir ölçüde korunmak olanaklıdır. Sağlıklı yaşlanma olarak da ifade edilen bu koruyucu uygulamalar, sağlıklı beslenmek, sigara içmemek ve düzenli egzersiz yapmak olmak üzere başlıca üç başlık altında ele alınabilir (Bilir,2008).

İleri yaşlarda yaşamı tehdit eden hastalıklar; kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, anemi, KOAH(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), DM(Diabetes Mellitus), demans iken, yaşamsal önemi yanında yeti kaybına neden olanlar; bilişsel bozukluklar, inme, diyabet, KOAH, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve osteoporoz iken, sadece yeti kaybına neden olanlar ise; Parkinson hastalığı, görme sorunları ve artritler olarak sıralanmaktadır. 65 yaş ve üzerindekiilerin %90 ında bir, % 15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalık bir aradadır. İnkontinans, uyku bozuklukları, malnutrisyon, deliryum, bası yaraları, ağrı ve düşmeler yaşlılarda dikkati çekmekte ve bu özel sorunlar multifaktöriyel nedenlerle oluşur ve klinik pratikte oldukça kötü sonuçlar doğurabilir (Kutsal ve ark.,2012).

Yaşlılarda hastalıkların mekanizması ve nedenleri değerlendirildikten sonra, bu duruma özgü tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Çeşitli seçeneklerin içinden etkinliği ve güvenilirliği kaliteli, bilimsel araştırma ve yayınlarla kanıtlanmış olan ilaç seçilmeli ve yaşlı hastaya özgü ilaç seçimi, dozaj şeması ve izlem protokolü hazırlanmalıdır.İlaç etkileri açısından bakıldığında ilaçların emilimi, metabolize edilmesi ve atılımında değişiklikler olmaktadır. Yaşlılarda ilaç kullanımındaki sorunlar farmakokinetik değişiklikler, farmakodinamik değişiklikler, ilaç etkileşimleri, yaşlılarda hatalı reçeteleme, uyum problemleri ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle oluşur (Çoşkun,2012).

Yaşlının işlevsel kapasite ve yeteneklerinin kaybı ile yaşlının günlük yaşam etkinlikleri sınırlanmakta ya da engellenmekte,bağımsız işlevleri giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı duruma gelmektedir (Çuhadar ve ark.,2006).

#### **II.1.4.Yaşlılığın Psikososyal Yönü**

Yaşlılığın psikolojik yönü genellikle bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişimleri ile ilgilidir Bazı yaşlılarda zihinsel açıdan bir gerileme dönemi olmadan tecrübe ve öğrenmeye dayalı birikimli zekanın yaş ilerledikçe arttığı görülürken,bazı yaşlılarda dil kullanma yeteneği, bellek, dikkat ya da konsantrasyon alanlarında işlev bozuklukları olduğu ve kaliteli ürün oluşturmada zorlanma olduğu saptanmıştır.Bazı bireyler başarılı bir yaşlanma gösterebilir ve bilişsel yetenekleri gençlikleri ile aynı düzeyde ya da daha gelişmiş olabilir. Bazıları ise yeni şeyler öğrenmekte yetersizlikleri ile karşımıza çıkabilir.Her gün yeni şeylerle ve olaylarla karşılaşan ve bu duruma uyum sağlayamayan yaşlılar gün geçtikçe kendilerini dış dünyadan soyutlamakta ve daha fazla

içe kapanmaktadır. Ben merkezci davranışların görüldüğü yaşlılarda kendinden başkasına önem vermeme, yalnız kendini sevme, yaşama gücü ve isteğinin azalması gibi duygusal duyularında azalama ve kalite değişiklikleri de olmaktadır. Diğer yandan yaşlılık döneminde oluşan kayıplar, stresler, krizler, emeklilik, dulluk, hastalık, fiziksel gücün azalması, duyu kaybı, toplumsal statüdeki ve yaşam standartlarındaki değişiklikler gibi etkenler karşısında her yaşlının aynı tutum ve davranış sergilemediği, yaşam deneyimleri ve kişilik özelliklerine göre değişik yanıtlar geliştirdiği görülmektedir. Hangi kişiliğe sahip olursa olsun bireyler yaşlılıkta psikolojik olarak birtakım sorunlarla karşılaşmakta ve bu durum, bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek uyum güçlüğü yaşamalarına yol açabilmektedir (Er,2009).

Genel olarak yaşlıların uyum güçlüğü yaşamasına yol açan en önemli sorunlar birisi demans ve depresyondur. Kronik hastalıklar,görme bozukluğu,romatizma, yanında ailevi yatkınlık ve kayıpların yaşlılıkta depresyon riskini arttırdığı görülmüştür. Depresyondaki yaşlıda fiziksel, görsel, duysal ve bilişsel bozuklukların yaşandığı süreçte çevreye karşı ilgisizlik, anksiyete, kendini yargılama, suçluluk ve değersizlik duyguları, fiziksel aktivitesizlik ve sağlıksız yemek yeme davranışları sıklıkla görülmektedir. Hormonal açıdan erkeklerde bu dönemde belirgin bir değişiklik olmasa da kadınlarda menapoza bağlı, duygu bozuklukları, stres ve depresyon görülmesi sıktır. Her iki cinsiyetin yaşlılıktaki cinsel yaşamla ilgili tutum ve davranış değişiklikleri, yaşadıkları toplumun özellikleri ile ilişkilidir (Er,2009).

Dikkat, algı, bellek, yönetici işlevler gibi temel bilişsel işlevlerde gözlenen gerileme doğal yaşlanma sürecinin bir sonucudur..Bellek yakınmaları çok sık rastlanır. Yaşlanmaya bağlı olarak, ortaya çıkan bazı bilişsel bozuklukların, demans gibi yaşlıların risk grubunu oluşturduğu hastalıkların başlangıcı olabileceği akla gelmelidir.. Kayıp ve yas klinik ortamda, yaşlı bireylerde sık karşılaşılan psikolojik sorunlardır. İş kayıpları, toplumsal konum ve rollerde kayıp, gelir düzeyinin düşmesi yaşlanan bireyin sosyoekonomik düzeyde başa çıkması gereken yeni durumlardır. Bunun yanı sıra, aile üyelerinin ve arkadaşların ölümü, sağlık durumunun bozulması ve bağımsız olarak hareket edebilme gücünün zamanla azalması yaşlanma sürecinin beklenen sonuçlarıdır. Yaşlı insanların genellikle ilerleyen yıllarda bu değişimlere başarıyla uyum sağladığı görülürken. bir kısmının emekliliği izleyen dönemde sosyal çevrenin daralması, yalnızlık ve

psikososyal kayıplara bağlık olarak depresyon Őikâyetleri olması doğaldır (Cengiz ve ark.,2007).

Yaşlı insanda sosyal rolün ve kendine güvenin kaybolması, faydasızlık, çaresizlik, başkalarına muhtaç olma hali ve ölüm korkusu gibi ruhsal problemlere yol açmaktadır. Özellikle yaşlılarda yaşlılıkta görülen sosyoekonomik dezavantajlar, korku ve kaygı problemlerinin yaşatmaktadır. Her ne kadar yaşlılık tarihin hiçbir döneminde arzu edilen bir yaşam safhası olarak kabul görmese de, yaşam süresinin uzamasından duyulan memnuniyetin de göreceli olduğu sosyal boyutları incelenmeye başlandıktan sonra anlaşılmıştır. Yaşlı nüfus çoğalmasıyla, sosyal, ekonomik ve siyasi boyutlarda yarattığı etkilerin tespit edilmesi, beraberinde olumsuz etkilerinin azaltılması, içinde bulunduğumuz yüzyılda yapılacak en önemli girişimlerinden biri olacaktır. Psikososyal yönden değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerin başarılı bir yaşlılık süreci geçirebilmeleri için aile ve yakın çevresiyle olan ilişkilerinin canlı tutulması istenmektedir (Bilir ve ark.,2007).

## **II.2.Yaşlılık Epidemiyolojisi**

### **II.2.1.Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi**

Yirminci yüzyıl ile birlikte gelişen en önemli kavram “toplumların yaşlanması”dır. Geçtiğimiz 40-50 yıl içinde dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşanan bir olgu, yaşlı nüfusun artışı olmuştur. Benzeri olgu daha az düzeyde olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de gözlenmeye başlamıştır. Önceki yıllarda hemen bütün toplumların sık sörülen bulaşıcı ve salgın hastalıklar, aşırı doğurganlık, çok sayıda çocuk ve bebek ölümlerinin bilim ve teknolojideki gelişmeler, çevre koşullarında sağlanan iyileşmeler, antibiyotikler başta olmak üzere yeni ilaçların ve tedavi yöntemlerinin bulunması ile toplum sağlığını tehdit eden sorunlar olmaktan çıktığı görülmüştür. İnsan ileri yaşlara kadar ulaşma şansına kavuşmuştur. Böylelikle, toplumlarda ileri yaşlardaki kişi sayısı artmış, toplumlar yaşlanmaya başlamıştır. Eski yıllarda 100 kişinin ancak 4-5 kadarı 65 yaşına ulaşabilirken, günümüzde gelişmiş ülkelerde 100 kişinin 10-15 kadarı 65 yaşının ötesine kadar yaşayabilir olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde de 65 yaşına ulaşanların oranı %5’ler dolayına yükselmiştir. Bu kapsamda dünyada en “şanslı” kıtanın Avrupa kıtası olduğu söylenebilir. Kıta Avrupa’sında 2010 yılında %14 olan yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının 2050 yılında %25’e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünyada aynı yıl için tahmini 2 milyar yaşlı nüfus olacağı beklenmektedir. Öte yandan halen önlenebilir enfeksiyon

hastalıklarının başlıca sorun olmayı sürdürdüğü Afrika kıtasında bile Güney Afrika, Kamerun, Zambiya gibi ülkelerde yaşlılığa özel çalışmalara olan gereksinim olduğu ifade edilmektedir (Aslan,2012).

Dünya genelinde 1950-2000 yılları arasında ortalama yaşam süresi 20 yıl kadar artarak 66 yıla ulaşmıştır. Gelecekteki 50 yıl süresinde ortalama yaşam süresinin 10 yıl daha artarak 76 yıla ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yaşlı nüfustaki artış gelişmiş ülkelerde yılda % 2 dolayında iken , gelişmekte olan ülkelerde %3 civarındadır. Bugün itibariyle 600 milyon dolayında olan yaşlı kişi sayısının 2025 yılında çoğunluğu kadın olmak üzere 800 milyona,2050 yılında 2 milyara ulaşacağı ve yaşlı nüfustaki artışın daha çok gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %20'sinin 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfustan oluşacağı düşünülmektedir. Önümüzdeki 25 yılda 65 yaş ve üzeri nüfus %88 artarken, çalışan nüfustaki artış ise %45 olacaktır. Bu durum giderek azalan çalışan nüfusun artan yaşlı kesime bakmasını gerektirecektir (Bilir ve ark.,2007).

Beklenen yaşam sürelerinde görülen iyileşmeler göstermektedir ki insanlar sadece 65 yaşına ulaşmamakta, daha da fazla yaşamaktadırlar. Bu sebeple artışın olduğu bölgelerde önümüzdeki yıllarda yaşlı sağlığı sorunlarının öncelikli sorunlar arasına girmesi beklenmelidir (Akgün ve ark.,2004).

Bugün için en uzun ömürlü insanlar Japonya'da yaşamaktadır. Bu ülkede doğan her bebeğin ortalama olarak 80 yıl yaşayacağı beklenmektedir. Dünyada, doğu'da beklenen yaşam süresi ortalamasının 75 yıl ve üzerinde olduğu ülke sayısı 37'dir (Bilir,2008).

Tüm dünyada 65 yaş ve üstü popülasyon 2008 yılı ortalarında 506 milyon olarak hesaplanmıştır, bu sayı 2040 yılında iki katına çıkarak 1.3 milyar olacaktır. Bu rakam tüm dünya nüfusunun % 14'ünü temsil edecektir. Yaşlanan nüfusun hem zengin hem fakir, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin ekonomik büyümesini yavaşlatacağı, bunun da sosyal güvenlik ödemeleri, sağlık harcamalarının karşılanmasında ve kamu harcamalarında yeniden düzenlemeleri getireceği düşünülmektedir (Akalin,2010).

Türk Geriatri Derneği tarafından sunulan 2050 yaşlılık projeksiyonları Tablo1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1: Dünyada Yaşlılık ile İlgili Başlıca İndikatörler ve Değerlendirmeler**

	2011/12	2050 Projeksiyonu
<b>İndikatör</b>		
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Erkek/Kadın)	67,1/71,6	73,2/78,0
60 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi (Erkek/Kadın)	18,5/21,6	20,9/24,2
80 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi (Erkek/Kadın)	7,1/8,5	8,3/9,8
<b>Nüfus</b>		
60 Yaş Üzeri Bireyler	809,742,889	2,031,337,100
80 Yaş Üzeri Bireyler	114,479,616	402,467,303
100 Yaş Üzeri Bireyler	316,6	3,224,400
60 Yaş Üzeri Nüfusun Yüzdesi	11,5	21,8
80 Yaş Üzeri Nüfusun Yüzdesi	1,6	4,3
Cinsiyet Oranı (60 Yaş Üzeri Her 100 Kadın İçin Aynı Yaş Grubu Erkekler)		

**Kaynak: Yaşlılıkla İle İlgili Başlıca İndikatörler ve Değerlendirilmeler.Türk Geriatri Derneği**

### **II.2.2.Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi**

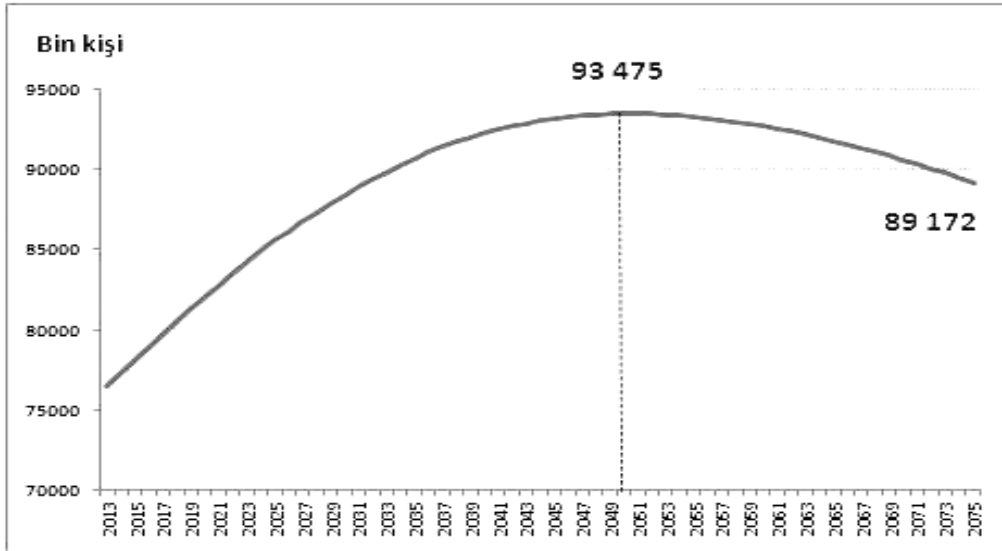
Türkiye de dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet’in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk nüfus sayımında 13.6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici politikaların etkisiyle 1960 yılına gelindiğinde iki katına çıkarak 27.7 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise altı çocuk civarında olmuştur. 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik nüfus politikalarının uygulanmasıyla doğurganlık düşme eğilimine girmiştir. Bununla birlikte, genel ölümlülük düzeyindeki, özellikle de erken yaş ölümlerindeki, iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940’lı yıllarda erkekler ortalama 30, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71’e kadınlar için ise 76 yaşa çıkmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış olduğu projeksiyonlarda doğuştaki yaşam beklentisinin 2013 yılında erkeklerde 74.7’e, kadınlarda da 79.2’a yükseleceği ön görülmüştür.2023 yılına gelindiğinde ise bu rakamların erkekler için75,8 ,kadınlar için 80,2 olacağı tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu,2012).

Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu incelendiğinde; Türkiye İstatistik Kurumunun Ocak 2009’daki güncellemesine göre Türkiye nüfusu 71.517.100’dür. Bunun % 6.8’i 65 üstü yaş grubundadır ve bu da yaklaşık 4.863.163 kişiye denk gelmektedir..

Yapılan demografik projeksiyonlarda Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı hesaplanmaktadır ki bu durumda 65 yaş üzeri nüfus 2030 yılında toplam nüfusun %10.8'i 2040 yılında %13.6'sı ve 2050 yılında ise 17.3'ünü oluşturacaktır. Genel olarak kadınların erkeklere göre daha uzun süre yaşadıkları bilinmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi uzadıkça, toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir (Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,2007).

Türkiye'de, 1945 yılından 2000 yılına kadar olan değerlendirmede, her iki cinsiyet için de beklenen yaşam süresi artmıştır ancak kadınların beklenen yaşam umudu genel olarak erkeklerden giderek artan şekilde ortalama 5 yıl daha uzun olmuştur. Türkiye'nin 2050 yılına dek yapılan demografik projeksiyonları bu trendin aynı şekilde devam edeceğini göstermektedir. Örneğin 2050 yılında doğumda beklenen yaşam umudu kadınlar için 79.95 (yıl), erkekler için ise 74.84 (yıl) olacağı hesaplanmıştır 2000- 2050 yılları arasında kadın ve erkek nüfusun toplam nüfus içindeki payı benzer şekilde artmaktadır. Bu durum Şekil 1'de izlenebilmektedir.

**Şekil1.TürkiyeNüfusu2013-2075**



**Kaynak:Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Sayı:1584414-Şubat 2013**

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008 ) bulgularına göre Türkiye'de yaşlı nüfusun eğitim düzeyi çok yüksek değildir. Yaşlı nüfusun neredeyse yarısının eğitimi yoktur. Yüzde 39'u ilkokulu tamamlamıştır ve yaş ilerledikçe eğitim

düzeıı de azalmaktadır. Batı Anadolu Bölgesi en yaşlı bölgedir ve yaşlıların % 42'si bu bölgede yaşamaktadır. Demografik geçişini tamamlamış olan Batı bölgesinin, yakın gelecekte Türkiye'nin gündeminde ilk sıralarda yer alacak olan yaşlılık sorunu ile daha erken karşılaşacağı beklenen bir durumdur. Orta Anadolu bölgesi %24 ile ikinci sıradadır. Yaşlı nüfusun daha az bulunduğu bölgeler ise sırasıyla Kuzey (%10), Güney (%11) ve Doğu (%13) bölgeleridir. Gelir durumu açısından ise yaşlıların %31'nin herhangi bir geliri yok iken %51'inin emekli maaşı, %13'ünün ise yaşlılık aylığı bulunmaktadır. Yaşlılık aylığı özellikle çok ileri yaşlı olarak tanımlanan 85 yaş ve üzeri nüfusun %29'u için önemli bir gelir kaynağı olduğu görülmektedir. TNSA-2008 sonuçlarına göre 65 yaş ve üzerinde olanların %12'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır ve yaş ilerledikçe sağlık güvencesi olmayanların yüzdesi de artmaktadır. Bu grupta yer alanların sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, hizmet bedelinin tamamını ödemeleri halinde mümkün olabilmektedir (Tezcan ve ark.,2012).

Türkiye nüfusunda yaşlı nüfus oranı 2023 yılında %10,2'ye yükselecektir. Demografik göstergelerdeki mevcut eğilimler devam ettiği takdirde Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edecektir. 2012 yılında yaşlı nüfus olarak tabir edilen 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon kişi, bunların toplam nüfusa oranı %7,5'tir. 2023 yılına gelindiğinde bu nüfus 8,6 milyon kişiye, oranı ise %10,2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. 2075'te yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %27,7 olacaktır. 2023'te 8,6 milyon olan yaşlı nüfus 2050'de 19,5 milyona, 2075'te ise 24,7 milyona çıkacaktır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2023'te %10,2'ye 2050'de %20,8'e, 2075'te %27,7'ye yükselecektir (Tezcan ve ark.,2012).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal sorunları da beraberinde getirdiği gibi ekonomik açıdan üretken olan grubun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Sağlık harcamaları da artacağından sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz sıklıkla gündeme alınan bir konu haline gelmemiştir. Ancak Türkiye de dahil olmak üzere bu ülkeler, doğurganlığın hızla azalmasıyla yakın gelecekte yaşlılık sorunuyla karşı karşıya kalacaklardır (Tezcan ve ark.,2012).

## II.3.Yaşlı Sağlığı ve Hizmetleri

### II.3.1.Dünyada Yaşlı Sağlığı

1999 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak belirlendi. Yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde duruldu. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır. Pek çok platformda gündeme getirilen 1982 yılındaki birinci “Dünya Yaşlanma Asamblesi” raporunda yaşlıların fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmaması, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmesi önerilmiştir. Yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerede yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir (Kutsal,2012).

Kronik hastalığı olan 60 yaş üzerindeki bireylerin sağlıklarından söz ederken, sadece kronik hastalıkları değil, sosyal ve entelektüel yönden aktif olmasını engelleyen fonksiyon kayıpları da gözden geçirilmelidir. Finlandiya'da yaşayan 65-74 yaş grubunun % 76.51'inde, 75 yaş üzeri grubun %78'inde kronik hastalık rapor edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, evde yaşayan 60 yaş üzerindeki bireylerin % 49'unda 2 ya da daha fazla, % 24'ünde 4 ya da daha fazla kronik hastalık vardır. Fransa'da 65 ve üzeri yaş grubu erkeklerde kronik hastalığa sahip olma oranı %49,8 iken, kadınlarda % 58.5 olduğu belirtilmektedir. ABD de 75 ve üzeri yaş grubu kadınların %30'unun günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinimi varken, bu oran erkeklerde %17'dir. ABD de 80 ve ileri yaş grubu kadınların % 80'i çoklu problemlere sahip iken, erkeklerde bu oran % 53 olarak bulunmuştur. Kadın nüfusun yaşam süresi daha uzun, ancak uzun yaşam yıllarında fiziksel ve sosyal bağımlılık oranı daha yüksektir. Fonksiyon kaybı olan yaşlı sayısı ülkeden ülkeye değişmektedir. Avustralya'da yaşayan yaşlıların %32'si, Finlandiya'daki yaşlıların %80'i fonksiyon yetersizliği yaşarken Kanada'da 50-54 yaş grubundaki insanların

%15'inde bazı derecelerde fonksiyon yetersizliği,70 yaş üzerindeki grupta % 40 olarak bildirilmektedir. ABD 'de bu oran 85 yaş üzeri yaş grubunda %45 olan günlük aktivitelerde yardım gereksinimi, 65-69 yaş grubunda %9 kadardır. Yaşlı bireylerde çoklu ve süreğen hastalık oranı yüksektir. İşlevsel yetmezlikler vardır, mortalite yüksektir, iyileşme yavaştır, hatta iyileşmeme yatağa bağımlı olma olasılığı yüksektir. Toplumsal açıdan kişinin yaşlı olarak algılanması, onun bazı rol ve statü kayıpları yaşaması olarak tanımlanabilir. Buna karşın ilerleyen zaman içinde yaşlı yeni bazı statüler kazanmaktadır ki, aslında bu da yaşamına anlam katacaktır (Terakye,Güner,1997).

Gerek toplumsal, gerekse kişisel açıdan yaşlılığın bir sorun olarak algılanmasının temel nedeni; yaşlı bireyin kendine yetememesinden kaynaklanmaktadır. Fiziksel ve zihinsel kayıplar, günlük yaşam ve kendine bakım aktivitelerinde bağımsız olamaması ve bir başkasına gereksinim duyması yaşlılığı sıkıntı verici bir duruma getirmektedir. Bu durumdaki yaşlılar için ya evde bakıma ya da kurum bakımına gereksinim duyulmaktadır. Bu süreçte sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması da göz ardı edilmemesi gereken bir başka sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanmaya bağlı yeti kayıplarının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, yaşlılarda görülme sıklığı artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması, yaşlanmanın altında yatan yapısal ve işlevsel mekanizmaların gün geçtikçe daha fazla aydınlığa kavuşması; yaşlı sağlığına yönelik çalışmalara sadece gereksinimin değil ilginin de artmasına neden olmaktadır. Yaşlılar açısından genel anlamda “iyilik hali” fiziksel,manevi,zihinsel iyilik halinin yanında sosyal ve duygusal iyilik halini de kapsamalıdır. Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır. Eğer yaşlanma olumlu bir deneyimse, daha uzun bir hayat; sağlık, katılım ve güvenliğe yönelik fırsatların devam etmesi eşliğinde olmalıdır.Yaşlılıkta sağlığı geliştirme yaklaşımı; kültürel ve yapısal değişimlerin yanı sıra sektörler arası işbirliği yaklaşımında değişimleri, topluma, aileye ve bireye yönelik müdahaleleri kapsar (Baran ve ark.,2012).

Nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans (bunama) olmak üzere zihinsel hastalıkların arttığı, yaşla beraber gelen sağlık sorunlarının artmasında en önemli faktörler olan sigara, hareketsiz yaşam tarzı, obezite (şişmanlık), sağlıksız ve bilinçsiz beslenme gibi olumsuz faktörlerin önüne geçilebilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiği görülmektedir. Hastaların aktivitelerini yapabilme yeteneğinin ölçümü için “günlük yaşam

faaliyetleri” ne yönelik ölçekler kullanılabilir. Pek çok sorun, yaşlının kendisi veya yakınları tarafından “yaşlılıktandır” denerek göz ardı edilmektedir. Oysa bu belirtiler tedavisi mümkün olan bir hastalığın habercisi olabileceği akla gelmelidir.

Yaşlılarda “akılcı ilaç kullanımı”nın temel ilkeleri de önemlidir.İlaç tedavisinin gerekli olup olmadığı mutlak irdelenmelidir.Tedaviye düşük dozla başlanmalıdır.İlaç kombinasyonları ve kesme kriterleri dikkate alınmalıdır.Verilen ilaçların farmakolojik özellikleri iyi bilinmelidir.Halen kullandığı ilaç,sigara ve alkol durumu sorulmalıdır.Tedavi yaşlının tedaviye uyumu açısından basitleştirilmeli ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği akılda tutulmalıdır (Kutsal,2012).

Sağlıklı beslenme her yaş grubu için temel bir gereksinimdir. Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerde farklılaşmalar görülmektedir. Bu yaş grubunda dikkat çeken bir başka durum da malnütrisyonudur ve genellikle ileri yaşla birlikte artan kronik hastalıklara ve de özel olarak diş kayıplarına bağlı gelişmektedir. Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenebilmek için aslında yaşam boyu önerilen konulara dikkat etmek gerekmektedir. Bireysel tutum ve davranışlar genel önerilerle uyumlu olmalıdır. Kronik hastalık sıklığı yaşlılık döneminde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu için hastalık durumuna özel beslenme seçeneklerine dikkat edilmelidir (Aslan,2012).

Dünyada son 30 yılda 60 yaş ve üzeri kişi sayısı ikiye katlanmış olup 2050 yılında ise iki kattan da fazla artması beklenmektedir. Bu duruma yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir. Bu konuda hedef; 2020 yılına kadar, 65 yaşın üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olması ve aktif sosyal rol oynayabilmesidir. Özellikle de, yaşam beklentisinde ve 65 yaşında yeti yitimi olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması ile otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80’li yaşlarda insanların oranının en az %50 artırılmasıdır. En sık görülen hastalıklar fiziksel sağlık ve ruhsal sağlıkla ilgili olarak iki grupta değerlendirilir. Fiziksel hastalıklardan en sık % 60-70 oranında hipertansiyonla karşılaşmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlıların % 21’i kanser nedeniyle kaybedilmektedir. Ruhsal sağlıkla ilgili olarak ise demans, depresyon, alkol kullanımı ve intihar girişimi ön plana çıkmaktadır. Obezite, malnütrisyon

ve immobilité gibi davranışsal belirleyiciler yaşı sağlığını olumsuz etkileyen önemli faktörlerdir (Beğer ve ark.,2012).

### **II.3.2.Türkiye’de Yaşı Sağlığı**

Türkiye nüfusu her geçen gün hızla yaşlanmaktadır. Türkiye’nin genç ve dinamik bir nüfusu olduğunu düşünüp bunun hep böyle kalacağına inananlar için yaşlanma olgusu çok uzak gelecekteki bir durum olarak görülebilir. Oysa, Türkiye kısa bir zaman sonra ciddi düzeylerde yaşı nüfusla yüz yüze kalacaktır (Arun,2008).

Türk toplumunda, yaşlılara götürülen hizmetleri Cumhuriyet dönemi öncesi ve sonrası olmak üzere iki dönemde ele almak mümkündür. Türk kültüründe kökleşmiş olan sevgi ve merhamet duyguları çocuk ve yaşı haklarını aile davranışının odak noktası haline getirmiştir.Türk toplumunda her dönemde yaşlılara yardım edildiği ve yaşlıların korunmaya alındıkları eski kurumların varlıklarından anlaşılmaktadır. Osmanlılar döneminde imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Cumhuriyet döneminden itibaren Türkiye’de toplum ve aile yaşamında hızlı ve önemli değişimler olmuştur. Hızlı değişimler toplumsal kurumları, davranış ve değerleri değiştirmiş, ailedeki değişimler yaşınlının statüsünü ve fonksiyonlarını etkilemiştir. Ancak Türkiye’de aile yapısı değişirken, ailenin fonksiyonları aynı yönde değişmemiştir.

Türkiye’de yaşıllık sorunu demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapıdan kaynaklanan nedenlerle, endüstrileşmiş batı toplumlarının gerisinden gelmektedir. Ancak bu durum sorunun olmadığı anlamını taşımaz. Türkiye’de aile bireyleri arasındaki bağın halen güçlü olması, yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihlerinde de özellikle gelişmiş ölkeler ile karşılaştırma yapıldığında farklılıklar bulunduğu göstermektedir. Cumhuriyet’in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğü giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan belediyelere bakıma muhtaç yaşlıların korunması, yaşı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşı kuruluşları açmışlardır (Türkiye’de Yaşılların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,2007).

Yaşlıların korunmasına ilişkin maddeleri ile birlikte sosyal güvenliğin herkes için temel hak olduğu 1982 Anayasasında belirtilmiştir. Değişen toplumsal koşullar nedeni ile sosyal güvenlik sistemi içerisine alınan yaşlıların maddi risklere karşı korunmaları gerektiği, yaşlılara aylık gelir, sağlık yardımları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık yardımı yapılması sağlanmıştır. Sanayileşme ve kentleşme süreci içerisinde geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesine neden olmakta, yaş prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılıklar nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Bilir,2012).

Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunların bir bütün olarak ele alınması ve yaşlı kişiye yaklaşımda “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme”nin gerekliliği kabul edilmektedir. Çok yönlü ve interdisipliner bir yaklaşım yaşlıyı sadece medikal değil, psikososyal ve fonksiyonel açıdan da değerlendirme şansı vermektedir. Çok yönlü geriatrik değerlendirmenin klasik medikal değerlendirmeden farkı;özellikle fonksiyonel durum ve yaşam kalitesine öncelik tanınması,sıklıkla interdisipliner ekip çalışmasını ve kantitatif değerlendirme skalalarını kullanmasıdır (Bilir,2012).

Türkiye’de, başlangıçta gönüllü kuruluşlar, belediyeler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yaşlılara yönelik barınma ağırlıklı yürütülen sosyal hizmetler, 1982 yılında Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kanunu ile SHÇEK tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmetler birbirinden ayrılmıştır. SHÇEK tarafından yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, huzurevi ve bakımevi gibi kurum tabanlı hizmetler olarak uzun süre devam etmiştir ve halen kurum temelli sürdürülmektedir. İlk kez, 2008 yılında çıkarılan bir yönetmelikle, yaşlılar için kurum bakımı dışında gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi başlamışsa da henüz yaygın, tüm yaşlıları kapsayan ve ulaşılabilir bir hizmet değildir (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,2007).

Ülke genelinde, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetleri içinde yürütülmektedir. Yaşlıların, birinci basamakta bir risk grubu olarak ele alınması ve izlenmesi gerekliliği Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de yer almış; bu yönergede yaşlıların yılda iki kez sağlık kontrolünden geçmesi ve gerekli görülenler

için sosyal yardım kurumları ile iletişime geçilmesi birinci basamağın görevleri içinde belirtilmiştir. Ancak yaşlının sistematik izlemi ile ilgili standartlar ve formlar oluşturularak işlerlik kazanmamıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrasında da aile hekimlerinin sorumlulukları içinde yaşlı sağlığı hizmetleri yer almasına karşın yaşlılara özel bir hizmet planlaması ve uygulaması bulunmamaktadır. Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alan Toplum Sağlığı Merkezleri'ne ise yaşlı sağlığı konusunda bir sorumluluk verilmemiştir (Uçku ve ark.,2012).

Yaşlı sağlığını ilgilendiren ve gündemde olan bir kavram da evde bakımdır. Yaşlı bakımını da içeren evde bakım hizmetleri, ülkemizde 1990'lı yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. Bu alandaki ilk mevzuat 2005 yılında, ikincisi 2010 yılında çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım ile ilgili 2010 yılında çıkarılan yönergede, evde bakım kapsamlı bir sağlık hizmeti olarak tanımlansa da, uygulamada yalnızca yatağa bağımlı hastalara destek sağlanmaktadır (Uçku ve ark.,2012).

#### **II.4.Yaşlıda Yaşam Kalitesi**

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi 21. yüzyılda ekonomik ve askeri güç ile değil “ Yaşam Kalitesi” ile ifade edilmektedir. DSÖ Yaşam Kalitesi.(WHOQOL) çalışma grubu 1993 yılında yaşam kalitesini bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlamıştır (Günaydın,2013).

Yaşlı Bireyin Yaşam Kalitesini gösteren çeşitli ögeler mevcuttur.Yaşlının ekonomik ve sosyal güvencesinin olması,güvenli ve konforlu bir ortamının olması,aktif ve aktivitelerinin olması, itibar görmesi ve bunun yanında bireyselliğine saygı gösterilmesi gerekir.Evde bakım ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi sağlanabilmelidir..Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsamaktadır.. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir (Bakar,2012).

#### **II:4.1.Yaşam Kalitesi Tanımı**

Genel anlamıyla yaşam kalitesi “iyilik halinin bir derecesi olarak tanımlanır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ise kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş bir perspektifi işaret eder. Yaşam kalitesi için üzerinde uzlaşmış bir tanım mevcut değildir. Bu konuda sosyal rolü yerine getirmeyi de içeren işlevsel yetenekler, toplumsal etkileşimin derecesi ve kalitesi, ruhsal sağlık, ağrı gibi somatik duyular ve yaşamdan duyulan memnuniyet gibi bir dizi bileşene yer verilir.. Yaşam kalitesi ölçümü , kişinin rolü, ruh hali, hastalık ve benzeri durumlarda kişinin deneyimleri, genel psikolojik durumu, mutluluk ve yaşamdan duyduğu tatmin gibi kavramları temel alır. Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin yaşlılığa ilişkin olumlu yönde bir algılamaları olduğunda bu algısı olmayanlara göre daha fazla koruma yaklaşımlarını uyguladıklarını ortaya koymaktadır.Yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa da, hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilir (Eser ve ark.,2010).

#### **II.4.2.Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler**

Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir Sağlığa bağlı yaşam kalitesine hangi boyutların dahil edileceği konusunda ise tam bir uzlaşma söz konusu değildir. Fizyolojik ve duygusal fonksiyonların yaşam kalitesine direkt etkide bulunduğu ve bu ikisi birlikte ele alındığında ikisinin birden sağlığa bağlı yaşam kalitesine etkisinden ve sosyal rol ve sosyal ilişkiler gibi sosyal fonksiyonlarla birlikte sağlık dışı yaşam kalitesine etkisinden söz edilebilir (Öksüz ve ark.,2005).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi; iş ortamı, ev veya benzeri faktörlere bağlı yaşam kalitesini, sağlık durumlarının işlevler üzerindeki etkisi olarak kullanır ama sosyal rolü de buna dahil eder. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi verilerinin toplanabilmesi için iyi tanımlanmış ölçekler üretmiştir. Yaşlılık dönemi, yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Bu dönemde bireysel özelliklerin olumsuzluğu fonksiyonel bozukluk, günlük yaşam aktivite düzeyinin azalması, hareket yeteneğinin gerilemesi, hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe neden olan diğer koşul ve durumlar yaşam kalitesini azaltmaya yol açmaktadır. Yaşlı bireylerde kronik dejeneratif hastalıkların sıklığının artması bu süreci hızlandıran önemli bir etken olarak

kabul edilmektedir. Yaşlılık döneminde işitme kaybı, osteoartrit, görme ile ilgili sorunlar, Alzheimer ve diğer demans tipleri, iskemik kalp hastalıkları bireylerin yaşam kalitelerini yakından etkilemektedir. Ülkelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre hastalık yükü oranları Tablo 2’de gösterilmiştir (Aslan,2009).

**Tablo 2 Dünyada Ülkelerin Sosyo - Ekonomik Durumlarına Göre 60 Yaş ve Üzeri Grup İçin Hastalık Yükü Nedenleri**

Neden	Yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler	Orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkeler
İşitme kaybı	18,5	43,9
Osteoartrit	8,1	19,4
Katarakt	1,1	31,4
Kırma kusuru	6,4	39,8
Alzheimer ve diğer demans tipleri	6,2	7,0
Makula dejenerasyonu	6,0	15,1
İskemik kalp hastalığı	2,2	11,9

**Kaynak: Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı:Kadın Sağlığı Bakışı.2009**

Yaşam kalitesine önemli bir katkı, duygusal durumların sınıflandırılması ve ölçülmesine izin veren, bu nedenle de hipotezleri test eden tutum ölçümleridir. Tutum ölçümleri, belirtilerin, bulguların ve tıbbi uygulamaların nicel açıklamalarını, eşdeğer bir biçimde ifade edilen duygusal süreçlere dağıtmakta, yüksek derecedeki sübjektif terimler içinde açıklanan bu spesifik uygulamanın etkinliğini incelemeye de olanak sağlamaktadır.Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir (Öksüz ve ark.,2005).

#### **II.4.3.Yaşlılarda Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri**

Yaşam kalitesinin objektif olarak değerlendirilebilmesi için genel ve hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Ölçekler geniş topluluklarda sorunun düzeyini ortaya çıkaran ölçeklerdir. Genel iyilik halini değerlendirir. Yaşam kalitesinin bütün boyutlarını değerlendiren yöntemlerdir.

Kısa Form 36 (Short Form 36; SF-36),fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendiren bir ölçektir. Toplam 36 maddeden ve “fiziksel fonksiyon, fiziksel yönden rol kısıtlılığı, ağrı,

genel sağlık, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, duygusal yönden rol kısıtlılığı ve ruhsal sağlık”bölümlerinden oluşan 8 alt başlıktan oluşmaktadır (Başaran ve ark.,2005).

Nothingam Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, 38; NHP): Daha çok romatolojik ve ortopedik rehabilitasyon alanlarında kullanılmaktadır (Aslan,2009).Hasta tarafından algılanan emosyonel,sosyal ve fiziksel sağlık problemlerini değerlendiren6 alt kategorideki 38 sorudan oluşur (Başaran ve ark.,2005).

EuroQol(EQ-5D) leği, mobilite, kendine bakım, sosyal fonksiyon, ağrı, anksiyete/depresyon alanlarında değerlendirme yapmak için kullanılan bir ölçektir (Aslan,2009).İki bölümden oluşmaktadır.İlk bölüm sağlık profilini,mobilite,kendine bakım,sosyal hayat,ağrı ve psikolojik durum yönünden beş boyutta incelerken,ikinci bölüm kişinin o anki sağlık durumunu değerlendir (Aksakallı ve ark.,2009)

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, 136; SIP),hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı olarak ölçümünü oniki alanda 136 sorudan oluşan bir ölçekle değerlendirir (Başaran ve ark.,2005).

Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire): Giyinme, doğrulma, yemek yeme, yürüme, kişisel hijyen, uzanma, kavrama alanlarında günlük yaşam aktivitelerini değerlendirir. Genellikle artriti olan hastalarda uygulanır (Aslan,2009).

Yaşlılarda kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri hastalık gruplarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Dünya sağlık rgt tarafından geliştirilen kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren WHO-QOL leği, bu ölçekten seçilen 26 sorudan oluşan kısaltılmış şekli WHOQOL-BREF leği,WHOQOL-OLD leği,EAAQ (Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi-AYTA )leği ve KATZ Günlük yaşam aktiviteleri indeksi yaşlılara ait çalışmalarda en çok tercih edilenlerdir.WHOQOL-OLD ve EAAQ leklerinin TrkeKATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Yıkama, giyinme, tuvalete gitme, yer geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş ve WHOQOL-OLD-TR ve AYTA-TR lekleri olarak çalışmalarda kullanılmıştır. değerirme, mesane ve barsak kontrolü, beslenme alt başlıklarını içeren bir ölçektir. Alınan en yüksek puan (6) bağımlılık durumunun olmadığını, en düşük puan ise (0) güçlü bir bağımlılık düzeyi olduğunu ifade eder (Aslan,2009).

#### **II.4.4.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) Türkçe Sürümü**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD);WHOQOL-100'ün yaşlıya spesifik bir versiyonudur (Günaydın,2010).

WHOQOL-OLD modülü 24 likert tipi soru ve 6 alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar;"Duyusal Yetiler","Özerklik ve Bağımsızlık","Geçmiş, Bugün,Geleceğe Ait Aktiviteler","Sosyal Katılım","Ölmek ve Ölüm","Yakınlık" alanlarıdır. "Duyusal Yetiler"; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,"Özerklik"; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,"Geçmiş, Bugün ve Gelecek Aktiviteler"; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri 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 anlamını araştırmaktadır.1,20,2 numaralı sorular "duyusal yetiler" boyutunu,10,3,4,11,5 numaralı sorular "özerklik" boyutunu,19,12,13,15 numaralı sorular "geçmiş,bugün ve geleceğe ait aktiviteler" boyutunu,16,17,14,18 numaralı sorular " sosyal katılım" boyutunu,6,7,8,9 numaralı sorular "ölüm ve ölmek "boyutunu, 21,22,23,24 numaralı sorular "yakınlık" boyutunu göstermektedir (Eser ve ark., 2010).

Her bir soru için olası en düşük puan 1.0,en yüksek puan 5.0'dır. Her alanın 4 sorusu vardır. Tüm alanlar doldurulduğunda her alandan minimum 4 puan maksimum 20 puan alınabilir (Aydın ve ark.,2012).

Temel olarak yüksek puanlar yüksek yaşam kalitesini gösterir.Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve WHOQOL-OLD-TR olarak adlandırılmıştır.Türk yaşlılarını diğer ülkelerdeki yaşlılarla algılanan sağlık ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmaya olanak veren az sayıdaki çalışma dikkate alındığında genel olarak Türkiye'de yaşayan yaşlı bireylerin gerek algılanan sağlık gerekse yaşam kalitesi açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan belirgin şekilde daha dezavantajlı durumda oldukları anlaşılmaktadır. Öte yandan, Türkiye de dahil 22 ülkeyi kapsayan DSÖ yaşlı yaşam kalitesi modülü geliştirme projesi verilerine göre Türk yaşlılarının diğer

kültürlerden yaşam kalitesi algısı açısından bazı farklılıklar gösterdikleri ortaya konmuştur. Odak grup görüşmelerinde diğer ülkelerde orta önemde sayılan bazı kavramlar Türk yaşlıları için “çok önemli” olarak vurgulanmıştır. Bunlar: hastaneye yatma, yeti kaybı, aile ilişkileri, karar verme özgürlüğü, büyük anne-büyük baba rolü ve iştahın yerinde olmasıdır. Diğer merkezlerde önemli sayılan ancak Türk yaşlıları için önemsiz olarak kabul edilen kavramlar ise, topluma katılım, yaşlılık ve yaşlılarla ilgili negatif ayrımcılık ve toplum içinde gönüllü faaliyetlere katılımdır . Aynı DSÖ araştırmasında, algılanan genel yaşam kalitesi skorları açısından Türk yaşlıları söz konusu 22 merkez (Avrupa ülkeleri, Avustralya, Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin merkezleri) içinde ikisi dışındaki merkezlerden daha düşük puan almışlardır (Eser ve ark.,2010)

WHOQOL ölçeğinin toplam puanlaması açısından Türk yaşlılarının sadece Litvanya yaşlıları dışındaki diğer 20 merkezden daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin çeşitli boyutları açısından bakıldığında ise, “bedensel iyilik” boyutunda Türk yaşlılarının diğer tüm merkezlerden daha düşük puan aldıkları; “Psikolojik iyilik” boyutunda Türk yaşlılarının, İspanyol, Macar, Japon, Çin ve Litvanya merkezleri dışındaki merkezlerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları; “Bağımsızlık” boyutunda Macar ve Çinli yaşlılar dışındaki 24 ülke yaşlısından daha düşük puan aldıkları; “Sosyal ilişkiler” boyutunda sadece Japon yaşlıları dışındaki ülke yaşlılardan daha düşük puan aldıkları; “Çevre” boyunda ise yine sadece İsrail, Çin ve Litvanya dışındaki tüm ülke yaşlılarından daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Türk yaşlıları sadece “maneviyat” boyutunda 23 ülke arasında 5. sırada yer almıştır (Saygun ve ark.,2012).

#### **II.4.5.Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa” Yaşlanma Tutumu Anketi**

##### **(AAQ) Türkçe Sürümü**

Yaşlı bireylerin yaşlılık algısının ölçümü amacıyla geliştirilmiş az sayıda araç mevcuttur. AB 5. Çerçeve Programı tarafından desteklenen çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilmiş olan Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi (AYTA) (Attitudes of Aging Questionnaire)’nin Türkçe sürümünün (AYTA-TR) psikometrik özelliklerini ve AYTA-TR gerecinin Türk yaşlılarında kullanılabilirliği Türkiye adına İzmir’de gerçekleştirilmiştir. Genel olarak AYTA-TR, Türk yaşlılarının yaşlılık tutum ve algısını değerlendirmede kullanılabilir. Ancak AYTA boyutlarından Psikososyal Gelişme

boyutundan elde edilecek sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiğini ortaya koymuştur (Eser ve ark.,2011).

AYTA, üç boyut (Psikososyal Kayıp, Bedensel Değişim ve Psikososyal Gelişme) içinde, 24 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 1-5 arası değer alan 5'li Likert tipi yanıt ölçeği ile değerlendirmektedir. Boyut (en küçük 8, en büyük 40) arasında değerlendirilmektedir (Özyurt ve ark.,2013).

Psikososyal kayıp boyut skoru ters çevrildikten sonra, ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir.3,6,9,12,15,17,20,22 numaralı sorular "Psikososyal Kayıp" boyutunu,7,8,11,13,14,16,23,24 numaralı sorular "Bedensel Değişim" boyutunu,1,2,4,5,10,18,19,21 numaralı sorular "Psikososyal Değişim" boyutunu göstermektedir (Eser ve ark.,2011).

## **BÖLÜM III.GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **III.1.Araştırmanın Türü**

Çalışma tanımlayıcı türde kesitsel bir çalışmadır.

### **III.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Polikliniklerinde 1 Nisan 2013 – 31 Temmuz 2013 tarihleri arasında 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler ile gerçekleştirilmiştir.

### **III.3.Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu çalışmanın ana amacı, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ile yaşlılık algılarının değerlendirilmesi, yaşam kalitesi ve yaşlılık algılarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının incelenmesi ve yaşam kalitesi ile yaşlılık algısı arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır. Bu konuda yapılacak çalışmalar sayesinde yaşlılık dönemine ait ihtiyaçların belirlenerek yeni politikaların ve uygulamaların hayata geçirilmesi sağlanacaktır.

#### **III.4.Araştırma Hipotezleri:**

Bu araştırmanın ana amaç, alt amaç, ana problem cümlesi ve alt problem cümlelerine dayalı olarak oluşturulan hipotezler aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

**Hipotez 1: Cinsiyetlere göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Cinsiyetlere göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Cinsiyetlere göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 2: Cinsiyetlere göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Cinsiyetlere göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Cinsiyetlere göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 3: Yaş gruplarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Yaş gruplarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaş gruplarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 4: Yaş gruplarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Yaşlara göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaşlara göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 5: Medeni durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Medeni durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Medeni durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 6: Medeni durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Medeni durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Medeni durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 7: Eğitim durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Eğitim durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Eğitim durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 8: Eğitim durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Eğitim durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Eğitim durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 9: İlaç kullanım durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** İlaç kullanım durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** İlaç kullanım durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 10: İlaç kullanım durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** İlaç kullanım durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** İlaç kullanım durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 11: Yaşam alanlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Yaşam alanlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaşam alanlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 12: Yaşam alanlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Yaşam alanlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaşam alanlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 13: Herhangi bir eşlik eden hastalık olma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır ?**

**H0:** Herhangi bir eşlik eden hastalık olma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Herhangi bir eşlik eden hastalık olma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 14: Herhangi bir eşlik eden hastalık olma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Herhangi bir eşlik eden hastalık olma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Herhangi bir eşlik eden hastalık olma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 15: Çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 16: Çalışma durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Çalışma durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çalışma durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 17: Çocuk sahibi olma durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Çocuk sahibi olma durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çocuk sahibi olma durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 18: Çocuk sahibi olma durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark var mıdır?**

**H0:** Çocuk sahibi olma durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çocuk sahibi olma durumlarına göre AYTA- TR ölçeğinin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık vardır.

**Hipotez 19: WHOQOL-OLD-TR alt skorları ile AYTA-TR alt skorları arasında ilişki var mıdır?**

**H0:** WHOQOL-OLD-TR alt skorları ile AYTA-TR alt skorları arasında ilişki yoktur.

**H1:** WHOQOL-OLD-TR alt skorları ile AYTA-TR alt skorları arasında ilişki vardır.

### **III.5.Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, kesitsel olarak 1 Nisan 2013 – 31 Temmuz 2013 tarihleri arasında polikliniklere başvuran toplam 200 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturmuştur.

### **III.6.Araştırmanın Veri Toplama Aşaması**

Araştırmanın verileri sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu, DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL-OLD Yaşlılarda Yaşam kalitesi Ölçeği ile Avrupa Yaşlanma Tutumu (AAQ) ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eser ve Arkadaşları , tarafından yapılan WHOQOL-OLD-TR ve AYTA-TR formları ile toplanmıştır. Çalışmanın verileri hastanenin Genel dahiliye polikliniğinde aile hekimliği uzmanı tarafından yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak elde edilmiştir.

Yaşlıların yaşlılık üzerine tutumlarını belirlemek ve kültürler arası karşılaştırma yapabilmek amacıyla Avrupa Birliği 5.çerçeve programı tarafından desteklenen ve 22 ülkeden oluşan çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilen Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi(AYTA)'nin Türkçe sürümünün (AYTA-TR) psikometrik özelliklerini ve AYTA-TR gerecinin Türk yaşlılarında kullanılabilirliğini Eser ve Arkadaşları 2010 yılında yaptıkları çalışma ile göstermişlerdir.Bu çalışma genel olarak AYTA-TR'nin Türk yaşlılarının yaşlılık tutum ve algısını değerlendirmede kullanılabileceğini ancak AYTA boyutlarında “Psikososyal Gelişme” boyutundan elde edilecek sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiğini ortaya koymuştur.

AYTA, üç boyut (Psikososyal Kayıp,Bedensel Değişim ve Psikososyal Gelişme) içinde 24 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 1-5 arası değer alan 5'li Likert tipi yanıt ölçeği ile değerlendirilmektedir. Boyut en küçük 8,en büyük 40 arasında değişmektedir. Psikososyal boyut skoru ters çevrildikten sonra, ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir.

### **III.7.Araştırma Verilerinin Analizi**

Çalışmanın verileri üç boyutta analiz edilmiştir. İlk olarak demografik özellikler ile ölçeklere verilen yanıtların dağılımı sayı ve yüzdelerle ortaya konulmuştur. Daha sonra ölçek alt boyut skorları hesaplanarak tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Bu ölçek alt boyut skor ortalamaları arasında sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılık olup olmadığı hipotez testleri ile ortaya konulmuştur. Hipotezlerde verilerin normal dağılıma uygunluk göstermemesi nedeni ile parametrik olmayan iki grup ve ikiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarına yönelik “t testi” “varyans analizi testleri kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ile yaşlılık algıları arasında ve alt boyutları arasında ilişki olup olmadığı korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hipotez testlerinde alfa yanılma düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde SPSS 17,0 paket programı kullanılmıştır.

## BÖLÜM IV.BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalara uygulanan anketler iki grupta sunulmuştur. Birinci grupta genel bilgiler, ikinci grupta ise hipotezlerle ilgili bulgulara yer verilmiştir.

### V.1.Tanımlayıcı Bulgular

**Tablo 3 Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde %
Erkek	99	49,5
Kadın	101	50,5
<b>Toplam</b>	200	100

Ankete katılanların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde,101 katılımcının (%50,5) kadın; 99 katılımcının (%49,5) erkek ile 200 katılımcıdan oluştuğu görülmektedir. Kadınların % 50,5 ile katılımı daha fazla olmuştur.

**Tablo 4 Ankete Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş Grupları	Sayı (n)	Yüzde %
65-69	80	40,2
70-74	52	26,1
75 üstü	67	33,7
<b>Toplam</b>	199	100

\*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılanların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, en çok katılımın 80 kişi ile 65-69 (%40,2) yaş grubunda olduğu görülmüştür.

En az katılıma sahip grup ise 52 katılımcı ile 70-74 (%26,1) yaş grubundaki katılımcılardır.

**Tablo 5 Ankete Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Medeni Durumu</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Bekar	8	4
Evli	133	66,5
Boşanmış / Ayrı	12	6
Dul	47	23,5
<b>Toplam</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Ankete katılanların medeni durumları incelendiğinde, evli olanlar 133 (%66,5) katılımcı ile en büyük katılımcı grubu oluştururken, bekar katılımcılar 8 (%4,0) kişi ile en az grubu oluşturmaktadır.

**Tablo 6 Ankete Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Okur Yazar Olmayan	7	3,5
İlkokul	55	27,5
Lise	48	24
Üniversite/Yüksek Okul	90	45
<b>Toplam</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Ankete Katılanların eğitim durumları incelendiğinde, üniversite/ yüksek okul mezunu olan 90 (%45) katılımcı en büyük grubu oluştururken, okur-yazar olmayan grup 7 (% 3,5) katılımcı ile en küçük grubu oluşturmuştur.

**Tablo 7 Ankete Katılanların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Var	184	92
Yok	16	8
<b>Toplam</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Ankete katılanların 184 (%92) 'nün çocuğu var iken, 16 (%8,0) katılımcının çocuk sahibi olmadığı görülmüştür.

**Tablo 8 Ankete Katılanların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Yaşadığı Yer Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Kendi evi	179	90,9
Çocuğunun evi	18	9,1
<b>Toplam</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

\*Kayıp gözlem 3 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan 179 (%90,9) katılımcı kendi evinde yaşıyor iken, 18 (%9,1) katılımcı çocuğunun evinde yaşamaktadır.

**Tablo 9 Ankete Katılanların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Hiç Çalışmamış	59	29,6
Çalışıyor	16	8
Emekli	124	62,3
<b>Toplam</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

\*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan katılımcılardan emekli olanlar 124 (%62,3) kişi ile en büyük grubu oluştururken, halen çalışıyor olanlar 16 (%8,0) katılımcı ile en az grubu oluşturmaktadır.

**Tablo 10 Ankete Katılanların Gelir Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Gelir Durumu(TL)</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde%</b>
500-999 TL	27	13,8
1000-1999 TL	82	41,8
2000-2999 TL	44	22,4
3000 ve üzeri TL	43	21,9
<b>Toplam</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

\*Kayıp gözlem 4 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan katılımcıların gelir durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; 1000-1999 TL arasında gelir düzeyine sahip 82 (%41,8) katılımcı mevcut iken, 44(%22,4) katılımcı 2000-2999 TL gelir düzeyine,43 (%21,9) katılımcı 3000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. 27(%13,8) katılımcının 500-999 TL'lik gelir durumu ile en az grubu oluşturduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 11 Ankete Katılanların İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı**

<b>İlaç kullanım durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde%</b>
Düzenli kullananlar	159	79,9
Zaman zaman kullananlar	22	11,1
Hiç kullanmayanlar	18	9
<b>Toplam</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

\*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan katılımcıların ilaç kullanım durumlarına bakıldığında, 159 (%79,9) katılımcının düzenli ilaç kullandığı gözlenirken, 18 (%9,09) katılımcının hiç ilaç kullanmadığı gözlenmiştir.

**Tablo 12 Ankete Katılanların Eşlik Eden Hastalık Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Eşlik Eden Hastalık Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde%</b>
Hipertansiyon	121	60,5
Diyabet	40	20
Kardiyovasküler hastalıklar	55	27,5
Nörolojik hastalıklar	27	13,5
Ürolojik hastalıklar	42	21
Ortopedik hastalıklar	43	21,5
Kanser	16	8
Hiç Hastalığı olmayan	27	13,5

Ankete katılan katılımcıların eşlik eden hastalık durumları incelendiğinde hipertansiyonun 121(%60,5) katılımcı ile en büyük grubu oluşturduğu, kardiyovasküler hastalıkların 55(%27,5) katılımcı ile ikinci sırada yer aldığı görülmüştür.

Kanser hastalığı olan katılımcı 16(%8,0) kişi ile en az grubu oluşturmuştur.

**Tablo 13 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (1. -9. Sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı**

WHOQOL-OLD SORULARI	HİÇ		ÇOK AZ		ORTA DERECE		ÇOKÇA		AŞIRI DERECE		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Duyularımızdaki bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?	36	18	69	34,7	56	28,1	30	15,1	8	4	199	100
İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularımızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?	44	22	69	34,7	52	26	28	14	7	3,5	200	100
Duyularımızdaki sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	1	0,5	14	7	51	25,5	64	32	70	35	200	100
Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?	9	4,5	31	15,7	84	42,4	47	23,7	27	13,6	198	100
Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	11	5,5	22	11	65	32,5	57	28,5	45	22,5	200	100
Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?	45	22,5	43	21,5	56	28	44	22	12	6	200	100
Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?	55	27,5	42	21	46	23	44	22	13	6,5	200	100
Ölmekten ne kadar korkuyoruz?	70	35,2	48	24,1	48	24,1	24	12,1	9	4,5	199	100
Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?	14	7	28	14	35	17,5	79	39,5	44	22	200	100

WHOQOL-OLD-TR ‘un 1-9.sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo13’ de gösterilmiştir.1. ve 2. Sorulara %34,7 oranında “çok az” yanıtı verilirken,3.soruya %35 oranında “aşırı derecede”, 4.soruya %42,4 oranında “orta derece”,5.soruya %32,5 oranında “orta derece”,6.soruya %28 oranında “orta derece”,7.soruya %27,5 oranında” hiç” yanıtı,8.soruya %35,2 oranında “hiç” yanıtı, 9.soruya %39,5 oranında “çokça” yanıtı verilmiştir.

**Tablo 14 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (10. -14. Sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı**

WHOQOL-OLD SORULARI	HİÇ		ÇOK AZ		ORTA DERECE		ÇOK FAZLA		TAMAMEN		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Duyularımızdaki sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	61	30,5	65	32,5	36	18	32	16	6	3	200	100
Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	8	4	22	11	77	38,5	70	35	23	11,5	200	100
Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarımızdan ne kadar memnunsunuz?	6	3	24	12,1	63	31,7	81	40,7	25	12,6	199	100
Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?	3	1,5	8	4	42	21	121	60,5	26	13	200	100
Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	9	4,5	37	17,6	68	34,2	71	35,7	16	8	199	100

WHOQOL-OLD-TR ‘un 10-14. sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo14’de gösterilmiştir.10.soruya %32,5 oranında “hiç” yanıtı,11. soruya %38,5 oranında “orta derece” yanıtı,12.soruya %40,7 oranında “çok fazla” yanıtı,13.soruya %60,5 oranında “çok fazla” yanıtı,14.soruya %35,7 oranında “çok fazla” yanıtı verilmiştir.

**Tablo 15 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (15. -19. Sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı**

WHOQOL-OLD SORULARI	HİÇ		ÇOK AZ		NE HOŞNUT NE DEĞİL		EPEYCE		ÇOK		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Hayatınızda başardığımız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	2	1	15	7,6	23	11,6	117	59,1	41	20,7	198	100
Zamanınızı kullanma biçimimizden ne kadar hoşnutsunuz?	14	7	29	14,5	48	24	63	41,5	26	13	200	100
Yaptığımız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?	11	5,5	34	17	43	21,5	90	45	22	11	200	100
Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	19	9,5	44	22	49	24,5	63	31,5	25	12,5	200	100
Hayatınızda birşeyler bekleyebilmekten, birşeylerden umutlu olabilmekten ne kadar	9	4,5	24	12	12	5,9	92	46	16	8	200	100

WHOQOL-OLD-TR ‘un15-19.sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 15’ de gösterilmiştir.15.soruya %59,1 oranında “epeyce”,16.soruya %41,5 oranında “epeyce”,17.soruya %45 oranında “epeyce” yanıtı,18.soruya %31,5 oranında “epeyce” yanıtı,19.soruya %46 oranında” epeyce” yanıtı verilmiştir.

**Tablo 16 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (20. soruya) verdikleri yanıtların dağılımı**

WHOQOL-OLD SORULARI	ÇOK KÖTÜ		BİRAZ KÖTÜ		NE İYİ NE KÖTÜ		OLDUKÇA İYİ		ÇOK İYİ		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Duyularımızla ilgili işlevleriniz sizce nasıldır?	6	3	28	14	47	23,5	93	46,5	26	13	200	100

WHOQOL-OLD-TR ‘un 20.sorusuna verilen yanıt Tablo 16’ da gösterilmiştir.20.soruya verilen “oldukça iyi” yanıtı %46,5 oranıyla en yüksek seviyededir.

**Tablo 17 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD ölçeğinde (21.-24. sorulara) verdikleri yanıtların dağılımı**

WHOQOL-OLD SORULARI	HİÇ		ÇOK AZ		ORTA DERECE		ÇOKÇA		AŞIRI DERECE		TOPLAM	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Yaşamınızda dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	2	1	18	9	41	20,5	107	53,5	32	16	200	100
Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?	2	1	10	5	34	17,1	119	59,8	34	17,1	199	100
İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?	3	1,5	7	3,5	37	18,5	115	57,5	38	19	200	100
İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor	4	2	4	2	44	22	114	57	34	17	200	100

WHOQOL-OLD-TR ‘un 21-24.sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 17’ de gösterilmiştir.21.soruda %53,5 oranında “çokça” yanıtı,22.soruda %59,8 oranında “çokça” yanıtı,23.soruda %57,5 oranında “çokça” yanıtı,24.soruda %57 oranında “çokça” yanıtı en yüksek oranda verilmiştir.

**Tablo 18 Ankete Katılanların WHOQOL-OLD Ölçeği Alt Grup Skorlarının Dağılımı**

<b>WHOQOL-OLD Alt Grupları (Temel Alanlar)</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Min</b>	<b>Max.</b>	<b>Ortalama</b>	<b>St.Sapma</b>
<b>Duyusal Yetiler</b>	<b>199</b>	<b>12,5</b>	<b>100</b>	<b>42,3</b>	<b>16,6</b>
<b>Özerklik</b>	<b>198</b>	<b>18,8</b>	<b>100</b>	<b>63,2</b>	<b>18,5</b>
<b>Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler</b>	<b>197</b>	<b>12,5</b>	<b>100</b>	<b>66,3</b>	<b>16,5</b>
<b>Sosyal Katılım</b>	<b>199</b>	<b>,00</b>	<b>100</b>	<b>57,3</b>	<b>20,4</b>
<b>Ölüm ve Ölmek</b>	<b>199</b>	<b>,00</b>	<b>100</b>	<b>44,4</b>	<b>23,7</b>
<b>Yakınlık</b>	<b>199</b>	<b>18,8</b>	<b>100</b>	<b>70,9</b>	<b>16,4</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>193</b>	<b>32,3</b>	<b>80,2</b>	<b>57,4</b>	<b>8,9</b>

Yaşam kalitesi alt boyutlarında ortalama değerler “Duyusal Yetiler” alt boyutunda 42,3±16,6, “Özerklik” alt boyutunda 63,2±18,5, “Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait aktiviteler” alt boyutunda 66,3±18,5, “Sosyal Katılım” alt boyutunda 57,3±20,4, “Ölüm ve Ölmek” alt boyutunda 44,4±23,7, “Yakınlık” alt boyutunda 70,9±16,4, “Toplam Skor” da ise 57,4±8,9 olarak bulunmuştur.

**Tablo 19 AYTA TR ölçeğinde(1. -7. Sorular) verilen yanıtların dağılımı**

AYTA-TR Alt boyutları	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Emin değilim		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%
AYTA-1 İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir	14	7	44	22	51	25,5	80	40	11	5,5
AYTA-2 Yaşlanmak bir ayrıcalıktır	14	7	53	26,5	37	18,5	81	40,5	15	7,5
AYTA-3 Yaşlılık yalnızlık zamanıdır	19	9,5	74	37	33	16,5	62	31	11	5,5
AYTA-4 Bilgelik yaşla edinilir	10	5	22	11	40	20	110	55	18	9
AYTA-5 Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoş giden şey vardır.	4	2	42	21	50	25	89	44,5	14	7
AYTA-6 Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı dönemidir	22	11	77	38,5	49	24,5	47	23,5	5	2,5
AYTA-7 Her yaşta egzersiz yapmak önemlidir.	12	6	4	2	15	7,5	97	48,5	73	36

AYTA-TR' nin 1-7.sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo19' da verilmiştir.

1.soruya %40 oranında “katılıyorum” yanıtı,2.soruya % 40,5 oranında “katılıyorum” yanıtı,3.soruya % 37 oranında “katılmıyorum” yanıtı,4.soruya % 55 oranında “katılıyorum” yanıtı,5.soruya %44,5 oranında “katılıyorum” yanıtı,6.soruya % 38,5 oranında “katılmıyorum” yanıtı,7.soruya % 48,5 oranında “katılıyorum” yanıtı en yüksek oranda verilmiştir.

**Tablo 20 AYTA - TR ölçeğinde (8.-24. Sorular) verilen yanıtların dağılımı**

	Hiç Doğru Değil		Biraz Doğru		Orta Derece Doğru		Çok Doğru		Son Derece Doğru	
AYTA-TR Alt boyutları	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%
AYTA-8										
Yaşlanıyor olmak,sandığımdan daha kolaymış	52	26	36	18	71	36	39	20	2	1
AYTA-9										
Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor	22	11	47	23,5	55	28	65	33	11	5,5
AYTA-10										
Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum	18	9	33	16,5	52	26	84	42	11	5,5
AYTA-11										
Kendimi yaşlı hissetmiyorum	28	14	46	23	56	28	53	27	17	8,5
AYTA-12										
İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum	12	6	50	25	53	27	70	35	14	7
AYTA-13										
Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez	9	4,5	20	10	37	19	104	52	30	15
AYTA-14										
Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var	28	14	35	17,5	52	26	74	37	11	5,5
AYTA-15										
Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum	19	9,5	56	28	52	26	61	31	12	6
AYTA-16										
Fiziksel sağlığımla ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor	43	22	44	22	47	24	57	29	9	4,5

AYTA-17											
Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak zor oldu	33	17	45	22,5	49	25	55	28	18	9	
AYTA-18											
Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir	4	2	11	5,5	18	9	106	53	61	30,5	
AYTA-19											
Hayatımın bir fark yarattığına inanıyorum	4	2	11	5,5	30	15	87	44	68	304	
AYTA-20											
Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hisstmiyorum	100	50	50	25	29	15	19	9,5	2	1	
AYTA-21											
Gençlere iyi örnek olmak istiyorum	1	0,5	5	2,5	10	5	101	51	83	41,5	
AYTA-22											
Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum	55	28	63	31,5	42	21	37	19	3	1,5	
AYTA-23											
Sağlığım bu yaşımda beklediğimden daha iyi	18	9	19	9,5	59	30	79	40	25	125	
AYTA-24											
Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum	25	13	42	21	45	23	60	30	28	14	

AYTA-TR'nin 8-24.sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo20' de verilmiştir.10,14,15.sorulara "biraz doğru" yanıtı,9,11,12,13,19,20.sorulara" orta derece doğru",8,16,17,18,22.sorulara "çok doğru",21,24.sorulara "son derece doğru" yanıtı en yüksek oranda verilmiştir.

**Tablo 21** Ankete Katılanların AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarının dağılımı

AYTA-TR alt grupları	min	max	ort	St.sapma
psikolojik kayıp	8	36	21,6	5,5
fiziksel durum	11	36	25,3	5,6
psikolojik gelişme	18	39	28,6	4,5
ayta toplam skor	27	81	56,3	12,2

Yaşlılık algısı ölçeği alt boyut skor ortalamaları “Psikolojik Kayıp” alt boyutunda  $21,6 \pm 5,5$ , “Fiziksel Durum” alt boyutunda  $25,3 \pm 5,6$ , “Psikolojik Gelişme” alt boyutunda  $28,6 \pm 4,5$ , “Toplam Skor”da  $56,3 \pm 12,2$  olarak bulunmuştur.

## IV.2.Hipotezlerin Gerçeklenmesi

**Hipotez 1:Cinsiyetlere göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:**Cinsiyetlere göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Cinsiyetlere göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 22 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı**

Cinsiyet	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>Kadın</b>	43,5±17,2	57,7±18,0	64,4±16,3	53,09±22,03	52,5±24,1	70,1 ±18,7	56,8±9,2
<b>Erkek</b>	41,0±15,09	68,6±17,3	68,1±16,5	61,5±17,7	36,2±20,3	71,7 ±13,7	57,8 ±8,5
<b>t</b>	<b>-1,06</b>	<b>4,35</b>	<b>1,57</b>	<b>2,97</b>	<b>-5,15</b>	<b>0,70</b>	<b>0,77</b>
<b>p</b>	<b>0,290</b>	<b>0,000</b>	<b>0,116</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,479</b>	<b>0,437</b>

### Test sonucu:

Cinsiyetlere göre yaşam kalitesi alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı bağımsız iki grup ortalama karşılaştırılmalı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda anlamlı farklılık “Özerklik”,”Sosyal Katılım” boyutlarında elde edilmiştir.”Özerklik” ve “Sosyal Katılım” alt boyutlarında kadınlar erkeklere göre düşük ortalama yaşam kalitesi skoruna sahiptir.(Tablo 22)

**Hipotez 2: Cinsiyetlere göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Cinsiyetlere göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Cinsiyetlere göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 23 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı**

Cinsiyet	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
<b>Kadın</b>	43,5±17,2	57,7±18,0	64,4±16,3	56,8±9,2
<b>Erkek</b>	41,0±15,09	68,6±17,3	68,1±16,5	57,8 ±8,5
<b>t</b>	-0,77	3,44	1,07	2,33
<b>p</b>	0,440	0,001	0,285	0,021

**Test sonucu:**

Cinsiyetlere göre yaşlılık algısı alt boyut skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda anlamlı farklılık, “Fiziksel Durum” ve “Toplam Skor”da elde edilmiştir. Kadınlar erkeklere göre daha düşük ortalamaya sahiptir. (Tablo 23)

**Hipotez 3:Yaş gruplarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Yaş gruplarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaş gruplarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 24 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı**

Yaş Grupları	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>65-69</b>	43,2± 17,8	62,2±19,4	65,5 ±16,8	58,2± 20,1	44,9±25,6	70,9 ±17,3	57,5±9,9
<b>70-74</b>	42,5± 16,4	62,9± 18,5	62,6± 17,3	54,0± 20,8	48,5± 22,1	69,4± 17,1	56,6±8,6
<b>75 ve üstü</b>	40,9± 15,3	64,0± 17,2	69,6 ± 14,8	58,2± 20,4	40,8± 22,3	72,0 ±14,8	57,5±7,7
<b>F</b>	0,34	0,161	2,80	0,786	1,564	0,357	0,192
<b>p</b>	0,712	0,851	0,063	0,457	0,212	0,70	0,826

**Test sonucu:**

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda, toplam yaşam kalitesi ve alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 24)

**Hipotez 4: Yaş gruplarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Yaş gruplarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaş gruplarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 25 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı**

YAŞ GRUPLARI	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
65-69	20,5±5,4	25,5±5,8	28,7±4,5	57,8±12,1
70-74	22,8±5,5	25,0±5,8	27,7±5,5	54,0±12,4
75 ve üstü	22,3±5,3	25,3±5,4	29,1±5,3	56,1±12,0
F p	3,474 <b>0,033</b>	0,096 0,909	1,339 0,265	2,522 0,221

**Test sonucu:**

Yaş gruplarına göre yaşlılık algısı alt boyut skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlı farklılık “Psikolojik Kayıp” alt boyutunda elde edilmiştir. En düşük ortalama 70-74 yaş grubunda iken, en yüksek ortalama 65-69 yaş grubundadır. Post Hoc Tukey Testine göre farklılığa 65-69 yaş grubu ile 70-74 yaş grubu arasındaki farklılık neden olmuştur. (Tablo 25)

**Hipotez 5: Medeni durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Medeni durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Medeni durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 26 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR alt boyut ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı**

MEDENİ DURUMLARI	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
Bekar	42,9±18,7	61,7±14,3	68,7±12,5	50,7±19,6	31,2±18,2	72,6±17,9	54,6±7,3
Evli	41,2 ±16,3	64,8±18,7	66,9±17,1	59,2±19,4	42,9±23,6	72,2±15,3	57,9±9,0
Boşanmış/ayrı	33,3±14,9	65,6±8,2	69,7±13,0	59,8±19,6	40,1±25,7	70,3±18,4	56,5±5,8
Dul	47,3±16,4	57,7±19,7	62,9±15,9	51,9±22,6	51,8±23,0	67,1±18,5	56,5±9,5
F	2,876	1,762	0,957	1,829	2,720	1,136	0,578
p	<b>0,037</b>	0,156	0,414	0,143	<b>0,046</b>	0,336	0,630

**Test sonucu:**

Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda anlamlı farklılık “Duyusal Yetiler” ile “Ölüm ve Ölmek” alt boyutlarında elde edilmiştir. “Duyusal Yetiler”

alt boyutunda en yüksek yaşam kalitesi skor ortalaması, medeni durumu dul kategorisinde, en düşük ortalama ise boşanmış/ayrı yaşıyor medeni durum kategorisinde elde edilmiştir. İleri analizler sonucunda bu alt boyuttaki farklılığın bu iki grup arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.”Ölüm ve Ölmek” alt boyutunda ise en yüksek yaşam kalitesi skor ortalaması yine medeni durumu dul kategorisinde olanlarda, en düşük ortalama ise medeni durumu bekar olanlarda elde edilmiştir. Tukey testi sonucunda ise farklılığın bu ikisi arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. (Tablo 26)

**Hipotez 6: Medeni durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Medeni durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Medeni durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 27 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının medeni durumlarına göre dağılımı**

MEDENİ DURUMLARI	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
Bekar	19,5±3,46	26,1±4,82	31,0±4,07	61,6±8,17
Evli	21,2±5,50	26,3±5,56	28,9±4,56	58,0±11,89
Boşanmış/ayrı	19,4 ± 4,92	26,4 ± 5,58	30,6 ± 3,96	61,6±11,65
Dul	23,8 ± 5,50	22,1±5,18	27,0 ± 4,39	49,3±11,46
F p	3,710 <b>0,013</b>	3,935 <b>0,009</b>	6,996 <b>0,000</b>	7,868 <b>0,000</b>

**Test sonucu:**

Medeni durumlarına göre yaşlılık algısı ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda medeni durumlarına göre yaşlılık algısı alt skorlarının hepsinde ve “Toplam Skor”da anlamlı farklılıklar saptanmıştır. “Psikolojik Kayıp” alt boyutunda farklılık medeni durumu evli ve dullar arasında, “Fiziksel Durum” alt boyutunda yine iki grup arasında farklılık tespit edilmiştir. Toplam skordaki farklılığa da yine bu iki grup arasındaki farklılık neden olmuştur. (Tablo 27)

**Hipotez 7: Eğitim durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Eğitim durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Eğitim durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 28 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı**

EĞİTİM DURUMLARI	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş,Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>Okur- yazar olmayan</b>	41,0±7,08	52,6±21,30	59,8±10,73	46,4±13,43	39,2±23,58	61,6±22,36	50,14±7,73
<b>İlköğretim</b>	44,0±14,69	57,1±18,78	63,0±16,65	53,0±19,64	49,6±22,19	68,1±19,39	55,9±8,07
<b>Lise</b>	42,9±18,66	61,0±17,83	63,0±17,90	51,4±21,27	47,9±27,42	71,2±18,08	56,3±10,44
<b>Yüksek okul/ Üniversite</b>	40,9±17,10	68,7±17,04	70,4±15,27	63,7±19,13	39,7±21,88	73,1±12,43	59,3±8,12
<b>F p</b>	0,459 0,712	5,981 <b>0,001</b>	3,653 <b>0,014</b>	6,223 <b>0,000</b>	2,557 0,056	1,853 0,139	3,855 <b>0,010</b>

**Test sonucu:**

Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda “Özerklik”, “Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler”, “Sosyal Katılım” ve “Toplam Skor”da anlamlı farklılık bulunmuştur. Tukey testi ile özerklik boyutundaki farklılık, ilköğretim ile üniversite/yüksek okul eğitim kategorileri arasındaki farklılıktan kaynaklanmıştır.

Eğitim d¼zeyi ilköğretim grubundakiler eğitim d¼zeyi üniversite/yüksek okul grubundakilere göre daha düşük ortalama yaşam kalitesi skoruna “Özerklik” alt boyutunda sahiptirler.”Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler” alt boyutunda ise farklılık,yine bu iki eğitim grubu arasındaki farklılıktan kaynaklanmakta olup,bu alt boyutta da ilköğretim grubundakiler daha düşük ortalamaya sahiptirler.”Sosyal Katılım” alt boyutunda da benzer durum mevcuttur. (Tablo 28)

**Hipotez 8: Eğitim durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Eğitim durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Eğitim durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır

**Tablo 29 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı**

EĞİTİM DURUMLARI	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
Okur- yazar olmayan	22,2±4,75	18,2±1,70	26,4±2,50	46,4±6,16
İlköğretim	22,6±5,35	22,9±5,13	27,4±4,59	51,6±11,38
Lise	22,2±5,73	24,8±5,41	28,6±4,46	55,2±12,66
Yüksek okul/ Üniversite	20,7±5,51	27,7±5,24	29,6±4,53	60,6±11,39
F	1,662	14,639	3,434	8,883
p	0,176	<b>0,000</b>	<b>0,018</b>	<b>0,000</b>

**Test sonucu:**

Eğitim durumlarına göre yaşlılık algısı alt boyut ve toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda “Fiziksel Durum”, “Psikolojik Gelişme” ve “Toplam Skor” ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur”.Fiziksel Durum” alt boyutunda Tukey testine göre farklılığın en üst eğitim seviyesine sahip olanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu eğitim seviyesindekiler diğer eğitim seviyesindekilere göre en yüksek ortalamaya sahiptir.psikolojik gelişme alt boyutunda ise,farklılık ilköğretim mezunu olanlar ile üniversite/yüksek okul mezunu olanlar arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.Üniversite mezunları daha yüksek ortalama yaşlılık algısı skoruna sahiptir. (Tablo 29)

**Hipotez 9: İlaç kullanım durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** İlaç kullanım durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** İlaç kullanım durumlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 30 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının ilaç kullanım durumlarına göre dağılımı**

İLAÇ KULLANIM DURUMU	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>Düzenli ilaç kullanan</b>	40,9±15,68	63,1±18,07	66,5±16,18	56,7±21,15	44,6±23,63	70,5±17,24	57,1±9,02
<b>Zaman zaman ilaç kullanan</b>	52,8±17,54	63,9±18,29	64,2±19,68	58,2±19,70	50,2±24,43	69,0±10,73	59,6±7,95
<b>Hiç ilaç kullanmayan</b>	42,0±19,03	62,5± 23,7	65,6± 16,5	60,0± 15,0	35,0± 23,1	77,4± 13,7	57,1± 9,3
<b>F</b>	5,173	0,030	0,211	0,246	2,090	1,589	0,724
<b>p</b>	<b>0,006</b>	0,971	0,810	0,782	0,126	0,207	0,496

**Test sonucu:**

İlaç kullanım durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı varyans analizi ile değerlendirilmiştir . Test sonucunda “Duyusal Yetiler” alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Tukey testi sonucunda farklılığın zaman zaman ilaç kullananlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu grup en yüksek yaşam kalitesi skoruna sahiptir. (Tablo 30)

**Hipotez 10: İlaç kullanım durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** İlaç kullanım durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** İlaç kullanım durumlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 31 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının ilaç kullanım durumlarına göre dağılımı**

İLAÇ KULLANIM DURUMU	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
Düzenli ilaç kullanan	21,7± 5,42	25,2 ± 5,76	28,6± 4,60	56,2±12,17
Zaman zaman ilaç kullanan	22,0 ±5,91	24,0±5,32	27,1±4,54	53,2±12,92
Hiç ilaç kullanmayan	21,3±6,23	27,2±5,09	30,7±3,80	60,5±11,28
F	0,060	1,532	3,040	1,781
p	0,942	0,219	0,05	0,171

**Test sonucu:**

İlaç kullanım durumlarına göre yaşlılık algısı alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda, “Psikolojik Gelişme” alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılık zaman zaman ilaç kullananlardan kaynaklanmaktadır. Bu gruptakilerde yaşlılık algısı “Psikolojik Gelişme” alt boyutunda en yüksektir. (Tablo 31)

**Hipotez 11:Yaşam alanlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Yaşam alanlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaşam alanlarına göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 32 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının yaşam alanlarına göre dağılımı**

YAŞAM ALANLARI	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>Kendi evim</b>	42,0±16,60	64,3±18,57	66,9±16,17	57,8±20,27	44,5±23,56	70,8±16,25	57,6±8,97
<b>Çocuğumun evi</b>	46,1±17,16	51,7±15,72	59,9±20,01	50,3±21,48	45,4±24,51	72,5±19,07	54,8±8,78
<b>t</b>	-1,008	2,769	1,665	1,491	-0,165	-0,428	1,250
<b>p</b>	0,315	<b>0,006</b>	0,098	0,137	0,869	0,669	0,213

**Test sonucu:**

Yaşam alanlarına göre yaşam kalitesi alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre sadece “Özerklik” alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Kendi evinde yaşayanlarda ortalama yaşam kalitesi özerklik boyutunda daha yüksektir. (Tablo 32)

**Hipotez 12: Yaşam alanlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Yaşam alanlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Yaşam alanlarına göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 33 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının yaşam alanlarına göre dağılımı**

YAŞAM ALANLARI	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
Kendi evim	21,6±5,5	25,6 ±5,62	28,8 ± 4,5	56,9 ±12,2
Çocuğumun evi	21,9 ± 4,03	22,2±5,10	27,5±4,78	51,8±10,47
t	-0,252	2,476	1,168	1,697
p	0,802	<b>0,014</b>	0,244	0,091

**Test sonucu:**

Yaşam alanlarına göre yaşlılık algısı alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre “Fiziksel Durum” alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Kendi, evinde yaşayan yaşlılarda “Fiziksel Durum” alt boyutunda yaşlılık algısı ortalama skoru daha yüksektir. (Tablo 33)

**Hipotez 13:Eşlik eden hastalık durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Eşlik eden hastalık durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Eşlik eden hastalık durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 34 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının eşlik eden bir hastalık olma durumuna göre dağılımı**

EŞLİK EDEN HASTALIK	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş,Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>Var</b>	42,2± 15,5	63,2 ±18,7	66,3 ± 17,0	56,3 ± 21,1	45,1 ± 23,9	70,5± 17,1	57,3± 9,0
<b>Yok</b>	42,5± 22,6	62,7 ± 17,3	65,9± 13,0	62,7± 14,1	39,8± 22,0	73,5± 11,0	57,6± 8,2
<b>t</b>	-1,07	0,139	0,102	-1,503	1,089	-0,867	-0,183
<b>p</b>	0,915	0,889	0,919	0,134	0,277	0,387	0,855

**Test sonucu:**

Eşlik eden hastalık durumuna göre yaşam kalitesi alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre yaşam kalitesi alt boyut skor ortalamaları ve genel yaşam kalitesi skor ortalamaları arasında eşlik eden hastalık durumu etkili olmamıştır. Önemli farklılık tespit edilmemiştir. (Tablo 34)

**Hipotez 14:Eşlik eden hastalık durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Eşlik eden hastalık durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Eşlik eden hastalık durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 35 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının eşlik eden hastalık durumlarına göre dağılımı**

<b>EŞLİK EDEN HASTALIK</b>	<b>AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları</b>			
	<b>Psikolojik Kayıp</b> Ort±SS	<b>Fiziksel Durum</b> Ort±SS	<b>Psikolojik Gelişme</b> Ort±SS	<b>Toplam Skor</b> Ort±SS
<b>Var</b>	21,9± 5,5	25,0± 5,8	28,4 ± 4,6	55,5 ± 12,3
<b>Yok</b>	19,8± 4,9	27,5± 4,4	30,1 ± 3,6	61,7± 10,3
<b>t</b>	1,820	-2,122	-1,830	-2,504
<b>p</b>	0,070	<b>0,035</b>	0,069	<b>0,013</b>

**Test sonucu:**

Eşlik eden hastalık durumuna göre yaşlılık algısı alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre yaşlılık algısı alt boyutlarında” Fiziksel Durum” alt boyutunda ve “Toplam Skor” ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. “Fiziksel Durum” alt boyutunda eşlik eden hastalığı olmayanlar daha yüksek, genel ortalamada da daha yüksek ortalamaya sahiptirler. (Tablo 35)

**Hipotez 15: Çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 36 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında çalışma durumlarına göre anlamlı fark olma durumu**

ÇALIŞMA DURUMU	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
<b>Hiç çalışmamış</b>	43,9±14,8	53,5±17,5	61,8±16,5	50,5±21,1	57,2±22,1	67,9±20,9	55,9±8,9
<b>Çalışıyor</b>	39,0±13,4	75,0±13,6	74,6±10,0	71,8±12,5	40,6±20,5	71,4±7,5	62,1±7,3
<b>Emekli</b>	41,9±17,7	66,1±17,7	67,3±16,7	58,5±19,8	38,9±22,7	72,2±14,8	57,4±8,96
<b>F</b>	0,620	14,279	4,484	8,039	13,486	1,346	3,024
<b>p</b>	0,539	<b>0,000</b>	<b>0,012</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,263	0,051

**Test sonucu:**

Çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonuçlarına göre “Özerklik”, “Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler”, “Sosyal Katılım” ile “Ölüm ve Ölmek” alt boyutlarında çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık elde edilmiştir. Farklılığın ise Tukey testi ile ilk iki alt boyutta çalışanlardan, “Ölüm ve Ölmek” alt boyutunda ise hiç çalışmayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. (Tablo 36)

**Hipotez 16: Çalışma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Çalışma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çalışma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 37 Yaşlıların AYTA-TR alt boyut ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımı**

ÇALIŞMA DURUMU	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
Hiç çalışmamış	23,2±4,5	21,9±5,0	27,4±4,3	50,1±10,1
Çalışıyor	18,2±3,58	29,1±2,99	30,8±4,34	65,8±9,11
Emekli	21,2 ± 5,8	26,4±5,5	28,9±4,6	58,0±12,3
F p	6,181 <b>0,002</b>	19,329 <b>0,000</b>	4,164 <b>0,017</b>	15,344 <b>0,000</b>

**Test sonucu:**

Çalışma durumlarına göre yaşlılık algısı alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre çalışma durumuna göre tüm alt skor ortalama kategorilerinde ve “Toplam Skor” ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. “Psikolojik Kayıp” haricindeki kategorilerinde ve genel yaşlılık algısında çalışanların ortalaması daha yüksektir. (Tablo 37)

**Hipotez 17: Çocuk sahibi olma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Çocuk sahibi olma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çocuk sahibi olma durumuna göre WHOQOL-OLD.TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 38 Yaşlıların WHOQOL-OLD.TR temel alan alt boyut ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı**

ÇOCUK SAHİBİ OLMA	WHOQOL-OLD.TR Temel alanları-alt boyutları						
	Duyusal Yetiler Ort±SS	Özerklik Ort±SS	Geçmiş,Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort±SS	Sosyal Katılım Ort±SS	Ölüm ve Ölmek Ort±SS	Yakınlık Ort±SS	Toplam skor Ort±SS
Çocuk Var	42,4±16,1	63,2±18,91	66,1±16,6	57,1±19,9	45,3±23,6	71,0±16,6	57,5±9,0
Çocuk Yok	42,1±21,3	61,6±13,9	66,2±14,9	55,8±23,9	34,7±23,4	69,1±14,1	55,0±6,5
t	0,052	0,318	-0,020	0,242	1,717	0,436	1,031
p	0,959	0,751	0,984	0,809	0,088	0,663	0,304

**Test sonucu:**

Çocuk sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre tüm alt grup skorlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. (Tablo 38)

**Hipotez 18: Çocuk sahibi olma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı fark olma durumu**

**H0:** Çocuk sahibi olma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık yoktur.

**H1:** Çocuk sahibi olma durumuna göre AYTA-TR ölçeğinin alt boyut skorlarında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 39 Yaşlıların AYTA-TR temel alan puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımı**

ÇOCUK SAHİBİ OLMA	AYTA-TR Temel alanları-alt boyutları			
	Psikolojik Kayıp Ort±SS	Fiziksel Durum Ort±SS	Psikolojik Gelişme Ort±SS	Toplam Skor Ort±SS
Çocuk Var	21,7±5,4	25,2±5,6	28,6±4,5	56,1±12,1
Çocuk Yok	21,5±5,5	26,0±5,8	28,7±4,6	57,1±12,8
t	0,138	-0,499	-0,079	-0,323
p	0,891	0,618	0,937	0,747

**Test sonucu:**

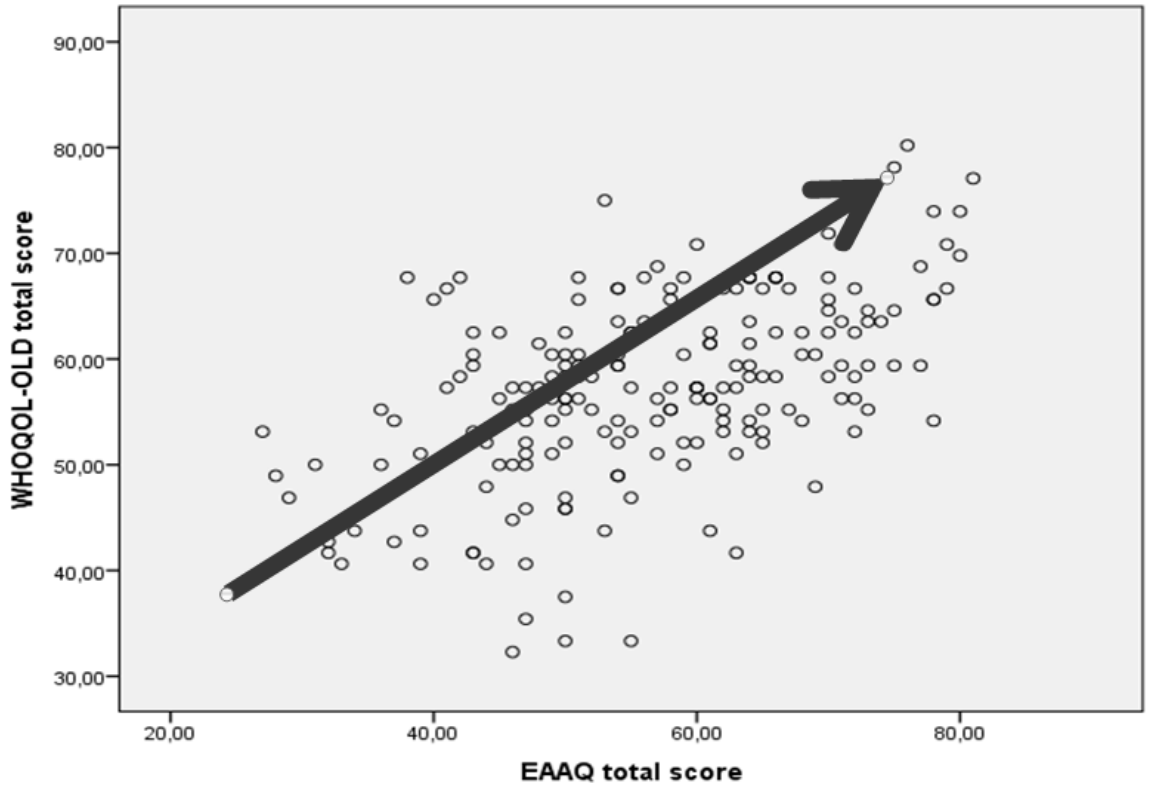
Çocuk sahibi olma durumuna göre yaşlılık algısı alt boyut toplam skor ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre tüm alt grup skorlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. (Tablo 39)

**Hipotez 19: WHOQOL-OLD ölçek skorları ile AYTA-TR ölçek skorları arasında ilişki olma durumu**

**H0:** WHOQOL-OLD ölçek skorları ile AYTA-TR ölçek skorları arasında bir ilişki yoktur

**H1:** WHOQOL-OLD ölçek skorları ile AYTA-TR ölçek skorları arasında bir ilişki vardır.

**Şekil 2**WHOQOL-OLD ölçek skorları ile AYTA-TR ölçek skorları arasındaki ilişki durumu



**Test sonucu:**

WHOQOL-OLD-TR Toplam skorları ile AYTA-TR toplam skorları arasında anlamlı pozitif ilişki mevcuttur. (Şekil 2)

## BÖLÜM V.SONUÇ ve ÖNERİLER

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ve yaşlılık algılarını, sosyodemografik bilgileri eşliğinde değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Genel bilgilerin analiz sonuçları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde 101(%50,5)'katılımcının kadın, 99 (%49,5) katılımcının erkek olduğu, yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ise 80 (%40,2)katılımcının 65-69 yaş grubunda,52 (%26,1) katılımcının 70-74 yaş grubunda,67(%33,7) katılımcının 75 yaş ve üstü grupta olduğu görülmüştür. Medeni durumlarına göre incelendiğinde 133(%66,5) katılımcının evli, 47(23,5) katılımcının dul,12 (%6) katılımcının boşanmış ya da ayrı,8 (%4) katılımcının bekar olduğu ,eğitim durumlarına göre bakıldığında ise 90(%45) katılımcının üniversite ya da yüksekokul mezunu ,55(%27,5) katılımcının ilkokul mezunu,55 (%27,5) katılımcının lise mezunu olduğu görülürken sadece 7(%3,5) katılımcının okur-yazar olamadığı kaydedilmiştir.184 (%92) katılımcı çocuk sahibi iken 16 (%8) katılımcının çocuğu olmadığı,179 (%90,9) katılımcı kendi evinde yaşarken 18 (%9,1) katılımcı çocuğunun evinde yaşadığı gözlenmiştir.Çalışma durumları incelendiğinde 124 (%62,4) katılımcının emekli,59 (%29,6) katılımcının hiç çalışmamış,16 (%8) katılımcının halen çalışıyor olduğu görülürken,gelir durumuna göre dağılımlarına bakıldığında 82 (%41,8) katılımcının 1000-1999TL gelir düzeyinde, 44 (%22,4) katılımcının 2000-2999TL gelir düzeyinde,43(%21,9)katılımcının 3000TL gelir düzeyinde,27 (%13,8) katılımcının 500-999TL gelir düzeyinde olduğu görülmüştür.İlaç kullanım durumları incelendiğinde 159 (%79,9) katılımcının düzenli ilaç kullandığı,22 (%11,1) katılımcının zaman zaman ilaç kullandığı,18 (%9)katılımcının hiç ilaç kullanmadığı gözlenirken,eşlik eden hastalıklar durumuna göre ise 121(%60,5) katılımcı ile hipertansiyon ilk sırada yer almıştır.

WHOQOL-OLD ölçeğinin alt grup skor ortalamaları incelendiğinde,"Yakınlık" alt boyut ortalamasının  $70\pm 16,4$ ,"Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler" alt boyut ortalamasının  $66,3\pm 16,5$ ,"Özerklik" alt boyut ortalamasının  $63,2\pm 18,5$ ,"Sosyal Katılım" alt boyut ortalamasının  $57,3\pm 20,4$ ,"Ölüm ve Ölmek" alt boyut ortalamasının  $44,4\pm 23,7$ ,

”Duyusal Yetiler” alt boyut ortalamasının  $42,3\pm 16,6$ , ”Toplam Skor” ortalamasının  $57,4\pm 8,9$  olduğu gözlenmiştir.

AYT-TR ölçeği alt grup skorları incelendiğinde ”Psikolojik Kayıp” alt boyut ortalamasının  $21,6\pm 5,5$ ,”Fiziksel Durum” alt boyut ortalamasının  $25,3\pm 5,6$ ,”Psikolojik Gelişme” alt boyut ortalamasının  $28,6\pm 4,5$ ,”Toplam Skor” ortalamasının  $56,3\pm 12,2$  olduğu gözlenmiştir.

Hipotezlere ilişkin sonuçlar analiz edildiğinde,

Cinsiyetlere göre yaşam kalitesi alt boyut skorlarının karşılaştırılmasında ”Özerklik” ve ”Sosyal Katılım” alt boyutlarında anlamlı farklılık vardır.”Özerklik” ve “Sosyal Katılım” alt boyutlarında erkekler kadınlara göre daha yüksek ortalama skora sahipken “Ölüm ve Ölmek” alt boyut skorunda kadınlar erkeklere göre daha yüksek ortalama sahiptir. Yaşlılık algısı alt boyut skor ortalamasında “Fiziksel durum” ve ”Toplam Skor”da kadınlar erkeklere göre daha düşük ortalamaya sahip çıkmıştır.

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alt boyut ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yaşlılık algısı alt boyut ortalamalarında “Psikolojik Kayıp” alt boyutunda anlamlı farklılık elde edilmiştir.65-69 yaş grupları ve 70-74 yaş gruplarında anlamlı farklılık vardır.70-74 yaş grubu daha yüksek ortalama skora sahiptir.

Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut skorlarında anlamlı farklılık ”Duyusal Yetiler” ve “Ölüm ve Ölmek” alt boyutlarında elde edilmiştir. Farklılık boşanmış/ayrık ve dul olma durumlarında görülürken, dul grup daha yüksek ortalama skora sahipti. Yaşlılık algısı alt grup skorları katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında ise toplam skorda tüm yaş gruplarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut skorlarında anlamlı farklılık ”Özerklik”,”Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler”,”Sosyal Katılım” ve “Toplam Skor” alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yaşlılık algısı alt boyut skorlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık ”Fiziksel Durum”,”Psikolojik Gelişme”,ve “Toplam Skor” ortalamalarında bulunmuştur. Üniversite mezunları daha yüksek yaşlılık algısı ortalamalarına sahiptir.

İlaç kullanım durumuna göre yaşam kalitesi alt boyut skor ortalamaları arasında “Duyusal Yetiler” alt boyutunda anlamlı farklılık gözlenmiştir. Farklılık düzenli ve ara sıra ilaç kullananlar arasında idi ve ara sıra ilaç kullanan grup daha yüksek ortalama skora sahipti. Yaşlılık algısı alt boyut skorlarında anlamlı farklılık ”Psikolojik Gelişme” alt boyutundadır.

Yaşam alanlarına göre yaşam kalitesi alt boyut skor ortalamaları arasında sadece ”Özerklik “alt boyut skorunda anlamlı farklılık, yaşlılık algısı alt boyut skorlarında ise “Fiziksel Durum “ alt boyut ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kendi evinde yaşayan yaşlılarda ortalama yaşam kalitesi “Özerklik “boyutunda, yaşlılık algısı “Fiziksel Durum” alt skor ortalamasında daha yüksektir.

Eşlik eden hastalık durumuna göre yaşam kalitesi alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Yaşlılık algısı alt boyutlarında “Fiziksel Durum” alt boyutunda ve “Toplam Skor” alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. ”Fiziksel Durum” alt boyutunda daha yüksek ortalama skora,”Toplam Skor”da daha düşük ortalama skora sahip oldukları görüldü.

Çalışma durumuna göre yaşam kalitesi alt boyut skor ortalamaları arasında “Özerklik”,”Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler”,”Sosyal Katılım” ile ”Ölüm ve Ölmek” alt boyutlarında anlamlı farklılık elde edilmiştir. “Özerklik”,”Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler”,”Sosyal Katılım” ile ”Ölüm ve Ölmek” alt boyutlarında çalışmayan grupta anlamlı farklılık vardı ve daha düşük ortalama skora sahiptiler.

Yaşlılık algısı alt boyut skor ortalamaları çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde ise tüm alt grup skor ortalamaları ve toplam skor ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.Anlamlı farklılık çalışmayan grupta idi ve ortalama skorları vardı.

Çocuk sahibi olma durumu ile yaşam kalitesi alt boyut skorları arasında, hem de yaşlılık algısı alt boyut skorları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yaşam kalitesi toplam skorları ile yaşlılık algısı toplam skorları arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yaşam kalitesi alt boyut skorlarında en yüksek skor “Yakınlık” boyutunda, en düşük skor ise ”Duyusal faaliyetler” boyutunda elde edilmiştir. Yaşlılık algısı ölçeğinin alt boyutlarında ise en yüksek skor ”Psikososyal Gelişim” alt boyutunda iken en düşük ortalama ”Psikolojik Kayıp” alt boyutunda elde edilmiştir.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesine bakışlarının kültürel farklılıklar oluşturması nedeniyle yaşlı ve yaşlılık çalışmalarının farklı sosyo-ekonomik yaşlı gruplarında yapılmasında fayda vardır. Bu sayede yaşlılığın olumlu ve olumsuz algılamalarına bağlı olarak daha objektif sonuçlar ortaya çıkacak ve pratik anlamda sosyal politikaların oluşturulmasına katkıda bulunacaktır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirirken, sosyalleşme sürecinde öğrendiği bilgiler ve deneyimlerle birlikte bulunduğu toplumun kültürel değerlerinin belirleyici olduğu görülmektedir. Günümüzde yaşlı sağlığının en önemli konusu olan başarılı yaşlanma kavramı, yaşlılıkta en doğru sağlık yaklaşımlarını gerektirir. Yaşlı sağlığı için en temel unsurun yaşlıların yaşam haklarının korunması ve iyi yönde geliştirilmesi olduğu unutulmamalıdır.

Türkiye, yaşlanma sürecinin hızla gerçekleştiği ülkelerden biridir. Ülkemizde yaşlılar sağlık problemleri yanında ekonomik, sosyal ve politik sorunlar da yaşamaktadır. Aile desteklerindeki olası sorunlara karşı gereken politikaların geliştirilmesi, sosyal servislerin, evde bakım uygulamalarının ve bunların eğitimlerinin düzenlenmesi gibi yeni gereksinimlere ihtiyaç vardır. Bu alandaki uygulamalar kamusal hizmet anlayışıyla, herkes için eşit ve ulaşılabilir olmalıdır. Gerekli yasal, ekonomik, sosyal ve kültürel düzenlemeler eş zamanlı ve “yaşlı dostu” biçimine dönüştürülmelidir.

Günümüz birinci basamak uygulamalarında evde ve kurumsal alanlarda yaşayan tüm yaşlı gruplarında ilk temas noktası olarak aile hekimlerinin bulunması önemlidir. Ayrıca üniversitelerin oluşturacakları geriatik ekiplerin multidisipliner yaklaşımla yaşlılara sunulacak evde kısa ve uzun süreli bakım hizmetlerini ileriye yönelik yapılandırması ve alternatif hizmet modelleriyle yaşlı bakımının sürdürülebilir olmasını sağlaması beklenmektedir.

## BÖLÜM VI. KAYNAKÇA

Akalın,E.,(2010). Yaşlanan Nüfus ve Sağlık.Sağlık Ekonomisi.www.saglik-ekonomisi.com.  
/sed/index.php/online-makaleler/160-yaslanan-nufus-ve-saglik-sorunlari

Akgün,S.,Bakar,Ç.,Budakoğlu,İ. (2004). Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi,  
Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi 7 (2):105-110,

Aksakallı,E.,Turan,Y.,Şendur,ÖF.,(2009).İnme Rehabilitasyonunda Son Durum. Derleme.  
Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi;55(4):168-172

Arun,Ö.,(2008.). Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine  
Senaryolar Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 7(2):313-330

Aslan,D.,(2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı. Kadın Sağlığı Bakışı Gazi  
Üniversitesi “Yaşlanan Kadın Sempozyumu”.Sunum. Ankara

Aslan,D.,(2012).Sağlıklı Beslenme ve Yaşlılık.Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye Sağlık Raporu.s.499-505

[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf)

Aslan,D.(2012). Yaşlılık Döneminde Koruyucu Hekimlik. Derleme. Türkiye Klinikleri.  
J.Fam Med-Special topics,3(6):25-28

Aydın,S.,Karaoğlu,L.,(2012). Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi  
Düzeyi ve Etkileyen Faktörler.Turkish Journal of Geriatrics.15(4):424-435

Aylaz,R.,Güneş,G.,Karaoğlu,L.,(2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi .12(3):177-183

Bahar,G.,Bakar A.,Savaş,AH.,(2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler.Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi:4(12):85-98

Bakar,N.,(2012). Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler .Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi ,Erzincan

Baran Görgün.,A.,(2008). Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi.Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.(2):86-97Ankara

Baran,E.,Özvarış,Ş.B.,(2012). Yaşlılık Döneminde Sağlık Geliştirilmesi. Yaşlı Sağlığı. Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Türkiye Sağlık Raporu.s.492-494.[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf)

Başaran,S.,Güzel,R.,Sarpel,T.,(2005).Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını değerlendirme Ölçütleri.Romatizma Dergisi;4(1):55-63

Baysan,N.P.(2008).Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi.Halk Sağlığı ABD.Uzmanlık Tezi.Manisa

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

Bilir,N.,Paksoy,N.(2007). Temel Geriatri,Kutsal,GY.,Aslan,D (Edt.). Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi,s.87-93.Güneş Tıp Kitabevleri Ankara

Bilir,N.,Paksoy,N.(2007). Temel Geriatri,Kutsal,GY.,Aslan,D., (Edt.).Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı,s.3-9.Güneş Tıp Kitabevleri Ankara

Bilir,N.,(2008). Yaşlanan Toplum Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM).www.gebam.hacettepe.edu.tr.Ankara

Cengiz,B.,Uluç,S.(2007).TemelGeriatri,Kutsal,GY.,Aslan,D.,(Edt.).Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.Güneş Tıp Kitabevleri Ankara

Çoşkun,Ö.,(2012). Birinci Basamakta Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri Yaşlı Sağlığı Özel Sayısı 3.(6):83-86

Çuhadar,D.,Sertbaş,G.,Tutkun,H.,(2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. Anatolian Journal Of Psychiatry(7):232-239

Dönmez,G.,(2010).Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bolu

Er,D.,(2009). Psikososyal Açıdan Yaşlılık..Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi;4(11):131-144

Eser,S.,Saatli,G.,Eser,E.,Baydur,H.,Fidaner,C..(2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi. 21(1):37-48

Eser,E.,Eser,S.,Fidaner,C.,Gerçeklioğlu,SG.,(2011).Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa“Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)” Türkçe Sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik Özellikleri. Turkish Journal of Geriatrics14 (2):101-110

Günaydın,R.,(2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Derleme.Turkish Journal of Geriatrics;13(4):278-284

İstatistiklerle Yaşlılar 2012,(2013). Türkiye İstatistik Kurumu Yayını.<http://www.tuik.gov.tr>. Ankara

Kartal,M.,(2012).Yaşlıda Görme Kaybı. Derleme.Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics;3(6):44-48

Kurt,G.,Beyaztaş, F.Y., Erkol, Z.,(2010). Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi;24(2):32-34

Kutsal,G.Y.,(2008). Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları.Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi(GEBAM)-[www.gebam.hacettepe.edu.tr](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr).Ankara

Kutsal,G.Y.,(2012). Ülkemizde Yaşlı Sağlığı: Türkiye Sağlık Raporu Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümler: Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. Aslan,D.,Ertem,M(Edt) HASUDERYayımlı-1. <http://www.hasuder.org.tr>.Ankara

Kutsal,Y.G.,Evigör,S.,(2012). Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Türkiye Sağlık Raporu. s.505-512

[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf)

Onat,Ü.,(2007). Temel Geriatri,Kutsal,GY.,Aslan,D.,(Edt.).Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler.s.173-178 Güneş Tıp Kitabevleri Ankara

Öksüz.E.,Malhan,S.,(2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri Başkent Üniversitesi Yayınları Ankara

Özyurt,B.,C.,Tunç,B.,Hatipoğlu,S.,(2013).Yaşlıların Yaşlılıkla ilgili Tutumları:Manisa'da Bir Kentsel ve Kırsal Bölge Örneği.Akademik Geriatri Dergisi.5(1):29-37

Uçku,R.,Şimşek,H.,(2012).Halk Sağlığı Uygulamaları ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli?.Yaşlı Sağlığı:Sorunlar ve Çözümler Aslan,D.,Ertem,M.(Edt).HASUDER Yayını-1  
<http://www.hasuder.org.tr>.Ankara

Ünalın,D.,Soyuer,F.,Elmalı,F.(2012).Geriatri Merkezinde Çalışanlarda Yaşlılık Tutumunun Değerlendirilmesi.Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi;2(3):115-120

Saygun,M.,Eser,E.(2012). Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz? Yaşlı Sağlığı. Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Türkiye Sağlık Raporu.s.519-521

[.http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf)

Taşar,T.P.,Akçiçek,F.,(2012).Yaşlılıkta Fizyolojik Değişimler. Türkiye Klinikleri. J.Fam Med-Special Topics. Derleme;3(6):9-15

Tekin,N.,(2012). İnterdisipliner Geriatrik Ekip.. Türkiye Klinikleri. J.Fam Med-Special Topics.Derleme;3(6):29-34

Terakye,G.,Güner,P.(1997).Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem.Yaşlılık.Kriz Dergisi.5(2):95-103

Tezcan,S.,Seçkiner,P.(2012). Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümler.. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Türkiye Sağlık Raporu.[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf)

Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı.(2007). Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü.<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>

Veyisoğlu,D.G.,(2002).Dinlenme ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi-Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Ankara

## **BÖLÜM VII. EKLER**

- 1) Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi
- 2) Dünya Sağlık Örgütü – Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü Anketi
- 3) Sosyodemografik Bilgilendirme Formu

The WHO - EAAQ  
**Dünya Sağlık Örgütü –  
Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi**



Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi

**Yönerge:**

Bu anket formu yaşlanma ile ilgili duygularınızı sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları yanıtlayınız. Eğer soruya hangi yanıt vereceğinizden emin değilseniz, lütfen en uygun görünen yanıtı seçiniz. Bu sıklıkla ilk yanıtınız olacaktır.

Lütfen kendi standartlarınızı, umutlarınızı, zevklerinizi ve sorunlarınızı göz önünde bulundurunuz. Genel olarak yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz.

Mesela genelde kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgili soru şöyle olabilir:

**Yaşlanıyor olmaktan hoşlanmıyorum.**

Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru
1	2	3	4	5

Belirtilen durum için sizin en çok katıldığınız seçeneği işaretlemelisiniz. Eğer yaşlanmaktan hoşlanmayışınız 'çok fazla' ise 4 numarayı halka içine almalısınız, yok eğer yaşlanmakla ilgili hiç üzüntü, kaygı duymuyorsanız 1 numarayı işaretlemelisiniz. Lütfen her bir soruyu okuyun, duygularınızı değerlendirin ve size en uygun cevap için ölçekteki sayıyı işaretleyiniz.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular ifadelere ne ölçüde katıldığınızı sormaktadır. Eğer sorudaki ifadeye çok fazla katılıyorsanız 'tamamen' seçeneğini işaretleyiniz, hiç katılmıyorsanız 'kesinlikle katılmıyorum' seçeneğini işaretleyiniz. Cevabınız 'kesinlikle katılmıyorum' ile tamamen katılıyorum' arasında bir yerdeyse aradaki numaralardan birini işaretleyiniz. Sorular geneli sorgulamaktadır.

**1. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

**2. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

**3. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

**4. Bilgelik yaşla edinilir.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

**5. Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

**6. Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içeride kapanma) dönemidir.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

**7- Her yaşta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önemlidir.**

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Aşağıdaki sorular ifadelerin sizin için "ne kadar doğru" olduğunu sormaktadır. Eğer sorudaki ifade sizin için tümüyle doğru ise 'son derecede doğru' seçeneğini işaretleyiniz, sizin için hiç doğru değilse 'Hiç doğru değil' seçeneğini işaretleyiniz. Eğer cevabınız 'Hiç ' ile 'son derecede' arasında bir yerlerdeyse uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

**8. Yaşlı olmak, sandığımdan daha kolaymış.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

**9. Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

**10. Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

**11. Kendimi yaşlı hissetmiyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

**12. İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

**13. Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

**14. Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**15. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**16. Fiziksel sağlığım ile ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**17. Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak daha zor oldu.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**18. Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**19. İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**20. Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hissetmiyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**21. Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**22. Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**23. Sağlığım bu yaşımda beklediğimden daha iyi.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**24. Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.**

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

**YARDIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ**

# WHOQOL-OLD .TR anket no:

## Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

### Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

**Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:  
**Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre, eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor: Eğer geleceğinizle ilgili hiç endişe duymuyorsanız o zaman da 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait olan sayıyı daire içine alınız.

Yardıminız için teşekkür ederiz

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.

**1. (F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**2. (F 25.3) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**3. (F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

**4. (F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

**5. (F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

**6. (F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**7. (F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**9. (F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
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.

**10. (F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

**11. (F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

**12.(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?**

Hiç memnun değilim	Çok az memnunum	Orta derecede	Çokça memnunum	Tamamen memnunum
1	2	3	4	5

**13. (F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

**14. (F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
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 olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

**15. (F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**16. (F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**17. (F 28.2) Yaptığımız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**18. (F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**19. (F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**20. (F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?**

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular 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 eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

**21. (F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**22. (F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**23. (F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**24. (F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?**

.....

**Yardıminız için teşekkür ederiz.**

## SOSYO DEMOGRAFİK BİLGİLENDİRME FORMU

- 1-Cinsiyetiniz  Erkek  Kadın Anket No:
- 2-Doğum yılınız: .....
- 3-Medeni durumunuz :  Bekar  Evli  Boşanmış/ayrı yaşıyor  Dul
- 4-Çocuk durumu  Yok Varsa sayısı: .....
- 5-Eğitim durumuz:  Okuryazar değil  ilköğretim  Lise  
 Üniversite/Yüksek lisans
- 6-Mesleğiniz: .....
- 7- Çalışma Durumu :  Hiç çalışmamış  Çalışıyor  Emekli
- 8-Yaşadığınız İl: .....  
İlçe: .....  
Semt: .....
- 9-Gelir Durumunuz: 500-1000 TL   
1000-2000 TL   
2000-3000 TL   
3000 TL ve üzeri
- 10-Nerede yaşıyorsunuz? Bakımevi  Kendi evim  Çocuğumun evi
- 11-Eşlik eden hastalıklar:  Hipertansiyon  
 Diabet  
 Kardiyovasküler Hastalıklar  
 Nörolojik Hastalıklar  
 Ürolojik hastalıklar  
 Ortopedik hastalıklar  
 Kanser  
 Herhangi bir hastalığım yok
- 12- İlaç kullanım durumu:  Düzenli ilaç kullanıyorum  
 Zaman zaman ilaç kullanıyorum  
 Hiç ilaç kullanmıyorum