



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE  
ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN YAŞAM DOYUMLARINA ETKİLERİNİN  
İNCELENMESİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

118543  
118543

EZGİ BAKIŞ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMAN MERKEZİ

İSTANBUL-2002

## I. TEŞEKKÜR

Araştırmam boyunca, desteğini esirgemeyen ve birikimlerini sunan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR'a

Çalışmayı yürüttüğüm Maltepe, Göztepe ve Bahçelievler Huzurevi'nde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarına,

Kaynaklara ulaşmamı sağlayan ve yaşlı birey konusunda bilgilerini sunan huzurevi müdürü Ömer Ulaş'a,

Beni eğitim yaşamım boyunca desteklemekten vazgeçmeyen değerli aileme,

Tez çalışmam boyunca bana tahammül edip, sabreden ev arkadaşlarıma,

Tez yazımında yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Muhittin SIVRİKAYA ve Zeynel ÇAĞDAŞ'a

Kaynak çevirilerinde yardımlarını esirgemeyen hastanemiz diş hekimi Çağrı Mercan'a **SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.**

## II. İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	5
5. GEREÇ VE YÖNTEM .....	33
6. BULGULAR .....	35
7. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	50
8. EKLER .....	59
9. KAYNAKLAR .....	64
10. ÖZGEÇMİŞ .....	72

## 1. ÖZET

Bu araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz-bakım gücünün yaşam doyumlarına etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin 173'ü kadın, 167'si erkek olmak üzere toplam 340 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmanın verilerini toplamak için bir sorgulama formu ile öz-bakım gücü ve yaşam doyumu ölçeği kullanılmıştır. Öz – bakım gücü ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiş, Nahcıvan tarafından geçerlik, güvenilirliği yapılmıştır. Yaşam doyumu ölçeği Neugarten tarafından geliştirilmiş, Karataş tarafından geçerlik, güvenilirliği yapılmıştır.

Araştırma verileri bilgisayar yoluyla, iki grup karşılaştırılmasında student-t testi, Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup kıyaslamalarında ise tek yönlü varyans analizi (Post-Hoc-Dunn's) ve Kruskal Wallis kullanılarak değerlendirilmiştir. Öz-bakım ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Pearson's Korelasyon Testi ile incelenmiştir.

Araştırma sonucunda; öz-bakım gücünün 55-64 yaş grubunda, evli olanlarda, memurlarda, üniversite mezunlarında, ziyaretçisi gelenlerde, günlük işlerde başkalarına bağımlılık duymayanlarda yüksek bulunmuştur. Yaşam doyumu, erkeklerde, 55-64 yaş grubunda, emeklilerde, evli olanlarda, lise ve üniversite mezunlarında, ziyaretçisi gelenlerde, hipertansiyon diyeti kullananlarda yüksek bulunmuştur.

Yaşlı bireylerin öz-bakım gücü ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $r:0.839$ ,  $p<0.001$ ). Buna göre, öz-bakım gücü yükseldikçe yaşam doyumu da yükselmektedir.

## 2. SUMMARY

*The examination of the effects of the self-care strength of the elderly individuals who live in care houses to their quality of life.*

This research has been made to examine the effects of the self-care strength of for the effect of mature individuals who live in care houses to their quality of life. The people participated to the study consist of 173 women and 167 man, total of which is 340 people who life at state nursing homes.

In order to collect data for the research, a questionnaire form, and self-care strength and life satisfaction measure was used. Self-care strength measure was developed by Kearney and Fleischer, and Nahcivan made its validity and reliability for Turkish population. Quality of measure was developed by Neugarten, and its validity and reliability for Turkish population was made by Karataş.

Data of the research was evaluated via computer by using student-t test and Mann Whitney U test in comparing two groups; when comparing more than two groups, one way variance analysis (Post-Hoc-LSD) and Kruskall Wallis one way variance analysis were used. The corelation between self care strength and quality of life was made by Pearson's correlation analysis.

As the resault of the research, it was found that self-care strength is high in individuals who are between 55-64 age group, married people, officers, those graduated from university, who have somebody to visit them and who do not depend on anybody else while doing their daily activity. Quality of life was found to be high in men, age group of 55-64, retired individuals, married people, those graduated from high school and university, who have somebody to visit them and those being on hypertension diet. It was determined that there is a strong positive relation ship between the self-care strength of elderly individuals and their quality of life ( $r=0.839$ ,  $p<0.001$ ). Therefore, the higher the self-care strength is, the higher the quality of life will be.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık kültürel, toplumsal, ekonomik ve çevresel etmenlerin hazırladığı bir sonuçtur. Her ne kadar 65 yaş yaşlılığın başlangıcı kabul edilirse de yaşlılık gerçekte kronolojik olmaktan çok fizyolojiktir ve aynı zamanda toplumsal bir olaydır (20, 21, 30, 59).

Gelişmekte olan ülkeler kategorisinde bulunan Türkiye'nin son yıllarda yaşlı nüfusunda artışlar gözlenmektedir. Bu artışın 2025 yılında %15'lere ulaşacağı tahmin edilmektedir (DİE 1995). Bu durum, Türkiye'de yetkililerin sağlıklı bir yaşlılık politikası üretebilmesi için yaşlılık konusunda yapılacak bilimsel araştırmalara ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koyar (4, 28, 29, 30, 63).

Yaşlılık konusundaki araştırmaların günümüzde giderek artmaya başlaması dünyadaki nüfusun da giderek yaşlanıyor olmasındandır. Özellikle endüstrileşmiş batı toplumlarında genel olarak yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla artmakta olduğu gözlenmektedir. Bu artışın nedenleri arasında, ülkelerin izlediği nüfus politikaları, ailelerin daha az sayıda çocuk sahibi olma isteği ve tıbbi teknolojide meydana gelen gelişmeler bulunmaktadır. Bununla birlikte sanayileşmeye paralel giden kentleşme süreci, bir çok alanda olduğu gibi yaşlılık alanında da sosyo-kültürel, ekonomik ve psikolojik değişikliğin yarattığı bazı sorunları ortaya çıkarabilmektedir (7, 24, 28, 32).

Bütün dünyada yaşanan sosyal, ekonomik, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle yaşlılık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Sosyal yaşamdaki ve tıptaki ilerlemeler insanların daha sağlıklı ve sonuçta daha uzun ömürlü olmasını sağlamıştır. Hemen her ülkede, ister gelişmiş ister gelişmemiş sayılsın, ortalama ömür beklentisi ve buna bağlı olarak nüfus içindeki yaşlı sayısı ve oranı gittikçe yükselmektedir (20).

Günümüzde aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi yaşlıyı aileden soyutlamakta ve yaşlı bir anlamda yalnızlığa itilmektedir. Bu soruna çözüm olarak da toplumlarda çeşitli yapı ve özelliklerde bakım evleri geliştirilmiştir (28).

Yalnız yaşayan bir çok yaşlı için bakım evleri bir çözüm olarak düşünülebilirse de herkes için geçerli bir çözüm olmayacaktır. Şüphesiz aile ortamının sıcak atmosferini yaşlı bakım evlerinde yeterince sağlamak her zaman değişik nedenlerle mümkün olmayacaktır. Ayrıca ülkemizde yaşlıların yararlanabileceği bakım evleri sayıca da istenilen düzeyde değildir (57).

Yaşlı bireyin yaşlanmayla birlikte meydana gelen öz-bakımındaki kısıtlılıkları, bakımına yönelik ihtiyaçları da ancak huzurevlerindeki hemşirelik bakım hizmetleri ve diğer hizmetlerle karşılanabilir (30).

Sağlıklı olma davranışı yaşlı bireyin günlük aktivitelerine devamı ve bağımsız yaşayabilmesi için önem taşımaktadır. Yaşlıda fiziksel yada ruhsal dengesini bozan bir hastalık durumunda başkalarından yardım alma gereksinimi, öz-bakım ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Bu bağlamda hemşirenin sorumluluğu hasta veya sağlıklı yaşlının temel yaşam biçimini değiştirmeden, uyumlu bir yaşam biçimini seçmesi için onu destekleyip, rehberlik etmektir. Yaşlının öz-bakım gücünde oluşabilen azalma; beslenme, barınma, sosyal aktivite, sağlık, kendini gerçekleştirme düzeyi gibi bireysel gereksinimleri etkileyerek, yaşam doyumunu azaltabilmektedir (14, 28). Bu nedenle araştırma, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin öz-bakım gücünün yaşam doyumlarına etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

#### 4. GENEL BİLGİLER

Bildiğimiz gibi yaşlılık doğumla başlayan bir süreç olup, kişinin bütün sistem fizyolojilerinde bir takım değişiklikler oluşturur. Bu değişiklikler sonucu yaşlı kişiler öz-bakım aktivitelerini tam anlamı ile yerine getirmekte güçlük çekerler ve başkalarına bağımlı hale gelebilirler. Bu yaşının yaşam doyum düzeyini etkileyen önemli bir faktördür (24).

Dünya nüfusundaki genel artış içinde yaşlı nüfusun oranı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 1946 yılında %12 , 1988 yılında %18,2 olmuş ve Birleşmiş Milletler tahminlerine göre 2050 yılında dünyadaki yaşlı sayısının genç nüfusu aşacağı tahmin edilmektedir (13, 55).

Ülkemizde, 1985 yılı nüfus sayımı sonucuna göre toplam nüfusun % 6.5'i 60 yaş ve üzerinde, % 4.2'si 65 yaş ve üzerindedir. 2000 yılında 60 yaş ve üzerindeki yaşlıların oranının % 15'e 2010 yılında 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların oranının ise % 5.6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (53).

Dünyada en çok yaşlı nüfusun Çin'de bulunduğu, bunu ABD'nin takip ettiği bilinmektedir. Amerika'da her yıl 400 bin kişi 65 yaş ve üzerindeki gruba katılmaktadır (13).

Bugün birçok ülkede 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmekte ve genellikle bu yaşta zorunlu emeklilik olmaktadır. “Üçüncü Yaş Dönemi”, “Altın Çağ”, “Yeşil Yıllar” gibi isimlerle adlandırılan yaşlılık DSÖ'nün ayırımına göre;

- ◆ 45 –59 yaşları orta yaş
- ◆ 60 – 74 yaşları yaşlılık
- ◆ 75 – 89 yaşları ihtiyarlık
- ◆ 90 ve üzeri yaşları ise ihtiyarlık olarak sınıflandırılmaktadır (9, 13, 63).

İnsanoğlu, her zaman yalnız kendi varlığı hakkında değil, aynı zamanda bir süre sonra yaşlanıp öleceği gerçeği hakkında da bilince sahiptir. Bu nedenle bilimsel adlandırılışı ile “Gerontoloji” dediğimiz “Yaşlanma Bilimi” gittikçe artan ilgi ile izlenmektedir (13).

Yaşlanmanın çok çeşitli tanımları yapılmıştır. Bunlar;

“Yaşlanma (Senesens) bozulan bir süreçtir. Ölçülen şey, yaşanabilirlikteki azalma ve zarar görülebilirlikteki artmadır. Yaşlanma, kronolojik yaş arttıkça, giderek artan bir olasılıkla ölüm olarak kendini gösterir. Yaşlanmanın incelenmesi, farklı organizmalarda, değişik olan olaylar grubunun incelenmesidir” (13).

“Genetik bir programla düzenlenen ve organizmayı yapısal ve işlevsel değişmelerle ölüme götüren olaylar toplamıdır” (13)

“İnsan yaşlanması karmaşık bir olaydır ya da olaylar toplamıdır; ilerleyen kronolojik yaşla birlikte ortaya çıkan biyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik değişimlerin toplamıdır. Bu iç ve dış değişiklikler, ayrıca etkileşebilir ve birbirine bağlı olabilir” (13)

Yaşlanma İle İlgili Bazı Kavramlar

Biyolojik yaşlanma: Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir (13, 49).

Ekonomik yaşlanma: Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi (13, 20).

Patolojik yaşlanma: Fakirliğe ya da alışkanlığa bağlı olarak ya da ömür boyu süren ekonomik faktörler nedeniyle (beslenme, sağlık ve dış bakımı yetersizliği, orta zenginlikte ya da zenginlikte aşırı beslenme, aktivite eksikliği) patolojik yaşlanma ortaya çıkar (20).

Psikolojik yaşlanma: Bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlerdir (13, 20).

Sosyal yaşlanma: Zaman akışı içinde edinilen sosyal huy ve sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesidir (20).

Bu durumda insan yaşlanması temel anlamda, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutlar içinde etkileşen karmaşık bir olaydır (13).

#### 4.1. YAŞLANMA SÜREÇLERİ ÜZERİNDE YAPILAN ARAŞTIRMALARIN TARİHÇESİ

Bu konunun tarihçesini ele alırken, yaşlanma sürecine ilişkin açıklamaların analizi yapıldığında, Tevrat'ın dikkatli gözle incelenmesi yerinde olur; çünkü burada yaşlıların saygınlığı ve bilgeliği gerek devletin gerekse yerel yönetimlerin en üst düzeylerinde görev alacak kapasitede oldukları, özellikle de yargıçlığa uygun oldukları sürekli vurgulanmıştır (47).

Yaşlıların bilgeliğine eski Yunanlılarda her zaman saygı göstermiş, HOMER yapıtlarında sık sık yaşlıların yeteneklerinden söz etmiş, gençlerin de yaşlıların öğütlerini veya yargılarını kabullenmeye hazır olduklarına değinmiştir (47).

EFLATUN'da (İ.Ö. 427-347), "Politea" adlı yapıtında yaşlanma deneyiminin çeşitli yönlerine ağırlık vererek, yaşlılık konusuna yaklaşımını ortaya koymuştur. Eflatun özellikle yaşlanmanın bireysel yönünü vurgulamış ve yaşlılık döneminin nasıl yaşanacağını büyük ölçüde gençlik ve erişkinlik çağlarındaki yaşam biçimi tarafından belirlendiğini ileri sürmüştür (47).

ARİSTOTELES ise (İ.Ö. 384-322) "Rhetorik" adlı yapıtında daha olumsuz bir tablo çizerek ileri yaşlarda kaygıcılık eğiliminin arttığına değinmiş ve merhameti bir zayıflık olarak yorumlamıştır Bu saptama ayrıca, ROSENMAYR (1969) tarafından

belirtildiği gibi, toplumsal açıdan yaşlılığa ilk yaklaşımlardan biri olarak kabul edilir (47).

CICERO (İ.Ö. 106-43) ise bir yazısında yaşlanma sürecini psikik ve toplumsal değişimleri de ele alarak ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır (47).

ROSEN MAYR (1969), yaşlılık sosyolojisinin oluşumu ve gelişimi konusunda hazırladığı kısa tarihte, bu alandaki prototiplere ve ilk toplumsal yaklaşımlara da yer vermiştir (47).

GOETHE'ye göre yaşlılık, yaşlanma deneyimine ilişkin zengin bir define olarak kabul edilebilir. Goethe davranışlardaki her türlü kısıtlamaya ve davranışların çapındaki sınırlamalara açıkça karşı çıkmış; öğütler vermiş, bireyi yeni durumuna uyum sağlamaya yöneltmiş ve aktif olması yönünde cesaretlendirmiştir (47).

#### 4.2. YAŞLILIK İLE İLGİLİ KURAMLAR

Bireyin psikososyal değişimlere uyumu; sürdürüldüğü alışkanlıkları yaşlanma sürecindeki yaşantılarının niteliği, yaşam felsefesi, tutumları, yaşama verdiği anlamla yakından ilgilidir. Bu kuramlar da yalnızca sağlık koşullarını tehdit eden rizikolar değil, sosyal kayıplar ve benzer olumsuz koşullar ele alınır. Bu nedenle, bu tür kuramların geliştirilmesine çoğunlukla sosyoloji öncülük yapmış, daha sonra psikoloji de bunların tamamlanmasına katkıda bulunmuştur (47, 62, 66).

Geliştirilmiş yaşlılık kuramları yaşlılığa yüklenen anlamları açıklayıcıdır. Bunlar;

**Etkinlik Kuramı:** Yaşlının etkinlik durumunu önceki yaşam biçimi, sosyo-ekonomik durumu ve sağlık durumu belirler. Yaşlılıkta etkinliğin giderek azalmasına bağlı toplumsal etkileşimin azalması toplumun yaşlıdan elini çekmesinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanır. Bu kurama göre yaşlılarda bazı fizyolojik değişimler olsa da, gereksinimleri aynı şekilde devam etmektedir (47, 62).

İlişki Kesme Kuramı: Yaşlılık toplumda derece derece geri çekilme süreci olarak görülmektedir. Fiziksel etkinlikleri yavaşlarken, ruhsal düzeyde çevredekilerle ilişkilerini kendi iç dünyalarına yöneltirler. Toplumsal düzeyde karşılıklı bir uzaklaşma vardır. Bu durum, rollerin kaybolması ve azalması ile ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireylerin daha önceki yaşamlarının anlamlı yönlerinden uzaklaşmalarını (onların yitimini) abarttıkları söylenebilir (47, 62).

Rol Bırakma Kuramı: Yaşlılıktaki emeklilik-dulluk gibi roller bireyin kurumlara (aile, işyeri gibi) ait oluşunu sona erdirir. Bireyi toplumsal yönden yararlı kılan olanaklar da giderek azalmaktadır. Yaşlıdan beklenenler yaşlıları “rolsüzlük” rollerine, toplumsal bakımdan değersizleşen statülerine uyum sağlamaya güdülememektedir (66).

Toplumsal Değişim Kuramı: Bu kurama göre, bireyler toplumsal ilişkiye girerler ve ekonomik destek, tanınma, güvenlik, sevgi gibi bir takım ödüller alırlar. Bu ödülleri elde etmenin yanı sıra olumsuz yaşantılar, yorgunluk, çabalama gibi bedelleri öderler ya da olumlu yaşantılarından bedel ödeme uğrunda vazgeçmek zorunda kalırlar. Yaşlı kişilerin bir işte uzun süre kalması, genç işçilerin meslekte yükselmesini de bir o kadar geciktirmektedir. Yaşlı işçiler zamanla iş gücündeki yerlerini toplumsal güvenlik, tıbbi hizmetle değiş-tokuş etmektedirler (66).

Gelişmiş toplumlardaki yaşlıların “yapabildikleri” teknolojik olanaklar karşısında modası geçmiş bulunmakta, yaşlının güvenlik, saygı, sevgi, tanınma, popüler olma olanaklarını bu değişimler azaltmaktadır. Oysa geleneksel toplumlarda yaşlılardan yararlanma dolayısıyla yaşlının konumu yüksektir (62).

Süreklilik Kuramı: ATCHLEY (1989) tarafından geliştirilmiştir Bu kuramın temelindeki sav, orta ve ileri yaşlardaki kişilerin yaşlılığa uyum sağlama süreci sırasında mevcut iç ve dış yapıları korumaya çalıştıklarıdır. Bu amaca ulaşabilmek için alışık oldukları yaşam ortamlarında, alışık oldukları stratejileri kullanarak süreklilik sağlamayı denerler. Kurama göre, gerek içsel, gerekse dışsal süreklilik, yaşlı kişilerin hem kendi girişimleri hem de çevrelerinin baskısı ile uyguladıkları güçlü uyum sağlama stratejileri biçiminde ortaya çıkar. İçsel süreklilik, psişik yaklaşımların, düşüncelerin

karakter ve duyarlılık özelliklerinin, deneyimlerin, tercihlerin ve yeteneklerin devam etmesi anlamını taşır. Dışsal süreklilik ise, psikoloji ve sosyal çevrenin, başkalarıyla kurulmuş olan ilişkilerin anımsanan yapısıdır. Bireyin alışık olduğu bir çevrede yaşadıkları ve davranışları, alışık olduğu biçimde hareket etmesi ve tanıdığı insanlarla karşılıklı ilişkileri, dışsal sürekliliğin içeriğini oluşturur (47).

Sonuç olarak; Bu kuramlar, yaşlılığın sosyal yönlerini önemli ölçüde açıklamasına karşın araştırma ve tartışmalar devam etmektedir (66).

#### 4.3. YAŞLILIĞIN SOSYO-KÜLTÜREL BOYUTU

İlk bakışta yaşlılık bireysel bir olaydır. Bununla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlıya verilen yeri belirlemektedir. O nedenle yaşlılığın sosyo-kültürel boyutunu irdelemek önemlidir (20, 53).

Modern endüstrinin kurulmasıyla toplumların bünyesinde oluşan değişiklikler aileye de yansımış, küçülen ailede yaşlı otoritesini yitirirken, özellikle kadının çalışma yaşamına katılması ve ekonomik bağımsızlığını kazanması aile içindeki rolünün yaşlı aleyhine güçlenmesine neden olmuştur. Bu değişim sonucu çocukların evden kopması, sosyal güvenlik olarak gördüğü çocukların da uzaklaşması güvenlik olgusunu da kaldırmaktadır. Köyden kente göç sürecinde, değişmeye karşı duygular besleyen yaşlı çocuklarıyla birlikte kente gitmemekte ve böylece yalnız kalmaktadır (24, 53).

Geleneksel geniş aile düzeninde aile içinde bakılan ve saygı gören yaşlı, çekirdek aileye dönüşüm sonucunda yalnız ve güçsüz kalmıştır. Bu durum, yaşlılığın doğal olarak getirdiği güçten düşme, dolayısıyla ekonomik sorunlar zihinsel etkinliklerde gerilik, ruhsal sorunlar gibi sorunları yaşlının daha yoğun yaşamasına yol açmıştır (5, 24).

Çağdaş endüstrileşmiş toplum “emeklilik” olgusunu üretmiştir. Emekli olan kişinin yaşamını, bedensel değişiklikler, statü ve rol değişimi, toplum yaşantısına aktif

olarak katılmama ve aile içindeki ilişkilerdeki uyum sorunları gibi sosyal etmenler etkileyebilmektedir (24).

Büyük kentlerin hızlı yaşamı, kalabalık, gürültü ve hızlı değişime uyum sağlamaya zorlayıcı ortamı yaşlı için büyük sorundur (24).

Yaşlıların sosyal uyumunun sağlanabilmesinin genel koşulu, normal toplumun bir parçası olarak düşünülmesi gereğidir. Bu nedenle yaşlıları, toplumdan izole olmuş bölgelerde barındırmak yerine yaşam alanının içinde diğer bir ifade ile kalabalıklar arasında, hizmet vermek suretiyle sosyal uyum sorunları çözümlenebilir. Özellikle kentte yaşayan yaşlıların alışveriş merkezlerine, yeşil alanlara, kütüphane, cami, hastane, lokanta ve kafeteryalara yakın yerlerde barındırılması sosyal çevrelerini geniş tutmak bakımından önem taşır. Yaşlılar için belirli yerleşim birimleri (apartmanlar) düzenlenebilir. Bu apartmanların giriş daireleri yaşlı bakım evleri olarak düzenlenebilir. Belirli aralıklarda gezici hastaneler organize edilerek yaşlıların sağlık hizmetleri ayaklarına kadar götürülebilir (24).

#### 4.4. YAŞLILIKIN PSİKOLOJİK BOYUTU

Yaşlılık, sadece belli bir yaşama ulaşma ya da belli bir yaşı aşma olarak değil; biyopsikososyal değişim karmaşası olarak değerlendirilmelidir. Toplumumuzun büyük bir kesimini tehdit eden ve risk grubu oluşturan yaşlılık olgusunun getirdiği biyopsikososyal boyuttaki değişimlerin yol açtığı sorunların ele alınmasının gereği ve önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (13, 17, 54).

Toplumumuzdaki çekirdek aile oranındaki artış, büyüyen çocukların evlilik yada görev nedeniyle evden ayrılmaları geride kalan yaşlı anne ve babayı yalnız bırakmakta, birçok sıkıntı yaşatmakta ve sorunları çözmede yetersiz bırakmaktadır. Bu durumda yaşlı birey, kendini çaresiz desteksiz, terkedilmiş ve yalnız hissedebilmektedir (18, 54).

Yaşlı bireyin, ruhsal sağlığını etkileyen diğer bir sosyal değişim emekliliktir. Emeklilik, bireyi rolsüz bir rolü oynamaya zorlamaktadır. Emekli olduktan sonra

bireyin üretkenliğinin ortadan kalkması, kişilerarası ilişkilerin kısıtlanması ve maddi sorunlar sosyal sorunları yaratmakta ve yaşlıdaki fiziksel ve mental değişiklikler de sosyal sorunları artırmaktadır. Yaşlıda hakimiyetin kaybı yaşlının kendini çaresiz, aciz, güçsüz hissetmesine neden olmaktadır (13, 43, 54).

Yaşlının kısıtlılıkları, evde bakım sorunları ve bağımlı olması, yaşlıyı işe yaramaz ve yük olarak algılamaya neden olmaktadır. Bu durumda yaşlıyı mutsuzluğa ve depresyona itmekte ve yaşlının özgüvenini sarsmaktadır. Buna bağılı olarak korku, endişe, kızgınlık, suçluluk duyguları, hipokondriak yakınmalar, depresyon, paranoid davranışlar ortaya çıkar ve yaşlıda somut olarak iştahsızlık, barsak fonksiyonlarının bozulması ve uyku değişiklikleri görülür (13, 17).

Yaşlılıkta gelecek belirsiz hatta ürkütücüdür. Bu nedenle yaşlılar eskiye dönük olurlar, yeniden korkar, yeni neslin davranışlarını yadırgarlar. Ev eşyaları, eski giysileri onlar için çok önemli olup bu duygular o denli yoğunlaşır ki yaşlı evden çıkamaz ve aynı giysi ile yaşar hale gelir.

Yaşlıda egoizm hakimdir, düşünceleri “ben” merkezlidir. Yaşlı sürekli hizmet bekler, hizmet etmeyenlere ve ilgi göstermeyenlere öfkelenir (13, 61).

Yaşlılık döneminin en büyük tehlikesi umut yitimi ve ölüm korkusudur. Yaşlılıkta değişen durumlara uyumun zorlaşması, bireyde ruhsal çöküntüye neden olur ve birey mücadeleden vazgeçerek kendi kabuğuna çekilir ve ölümü bekler (13, 14, 54, 66). Yaşlılık fiziksel güç kaybı ile başlar, önceleri kolaylıkla yapabildiği işi yaparken zorlanmaya ve yapamamaya başlar buda bireyi umutsuzluğa iter (13).

Beyin işlevlerinde aksama, yetersizlik ya da yıkım sonucu oluşan demans, çok etkenli bir yaşlılık hastalığıdır. Devamlı bireyde yakın bellek bozukluğu vardır. Unutma giderek artar. Demanslı yaşlının bakımı önem taşır (31, 54).

Erik Erikson “bir bebek için güven duygusu ne denli yaşamsal önem taşıyorsa yaşlı içinde benlik bütünlüğü benzer önem taşımaktadır” demektedir. Bu nedenle yaşlı

için sevgi, saygı ve güven verici, yaratıcı ve yapıcı bir ortamın sağlanması, yaşlının çevresi ve ailesi ile işbirliği ve dayanışma içinde tutulması, yaşlıya stresten uzak sakin bir ortam sağlamak, bireyselliğine, kültürel özelliklerine, mahremiyetine özen göstermek ve yaşlı ile sıcak, destekleyici bir ilişki içinde olmak ruh sağlığı yönünden önemlidir (13, 44, 67).

“Yaşlıya, ev işlerine, öz bakımına doğrudan katkılarda bulunarak işe yaradığı duygusu ve zihinsel kapasitesini geliştirmek için de değişik uyaranlar verilmeli, toplumun ona ihtiyacı olduğunu hissettirecek, yaşlının doyum sağlayacağı bir işle meşgul olmasını sağlamak bazı sorunların çözümü için gerekli olacaktır” (13).

#### 4.5. YAŞLILIĞIN FİZYOLOJİK BOYUTU

Yaşlanma süreci içinde organizmada bazı değişiklikler olur. Bu değişiklikler de yaşlı bireyin hemşirelik bakımına özellikler getirir. Yaşlı bireyin hemşirelik bakımına temel teşkil eden bu değişiklikler şunlardır (1, 6, 13, 22, 23, 25, 34, 38, 48, 64):

##### 1. Kardiyovasküler Değişiklikler

- ◆ Kalp pompalama yeteneği % 1 oranında azalır
- ◆ Myokard esnekliği azalır
- ◆ Aritmiler oluşabilir
- ◆ Kalp çevresindeki yağ dokusu artar
- ◆ Arterioskleroza bağlı olarak periferik vasküler rezistans artar ve kan basıncı yükselir
- ◆ Baroreseptörlerin hassasiyeti azalır
- ◆ Ven kapaklarında oluşan değişiklikler özellikle bacaklarda ödeme eğilimi artırır
- ◆ Dolaşım yetersizliği gelişir.

## 2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

- ◆ Kaslardaki güç kaybı ve bağ dokusunun esnekliğinin azalması nedeniyle göğüs kafesinin esnekliği azalır. Bu bağlı olarak solunum kapasitesi ve vital kapasite azalır
- ◆ Alveolar membran kalınlaşır
- ◆ Silia hareketleri yavaşlar
- ◆ Öksürük refleksi azalır
- ◆ Hipoksi ve hiperkapneye solunum cevabı azalır.

## 3. Genito-Üriner Sistem Değişiklikleri

- ◆ Genital sistemde atrofi ve mukazalarda kuruluk ve üreme sisteminin fonksiyonlarında gerilemeler ve seksüel aktivitede azalma görülebilir
- ◆ Nefronların fonksiyonları % 60 oranında azalır
- ◆ Böbreğe gelen kan akımı azalır
- ◆ Böbreklerin idrar konsantrasyonu ve dilüe etme yeteneği azalır
- ◆ Renin-angiotensin-aldosteron aktivitesi azalır
- ◆ Duyu reseptörlerinin zayıflaması nedeniyle mesanenin yeterince dolup dolmadığı hissedilemez ve mesane kaslarının zayıflamasına bağlı olarak inkontinans gelişir.

## 4. Metabolik ve Endokrin Değişiklikler

- ◆ Vücut kitlesi azalır, kaslardaki yağ oranı artar
- ◆ Bedenin enerji gereksinimi ve bazal metabolizma için enerji gereksinimi azalır
- ◆ Menopoz ve andropoz dönemi gelişir
- ◆ Çeşitli uyaranlar karşısında Adrenalin salımı değişir
- ◆ Glukoz toleransı azalır, yüklemde pankreasın cevabı gecikir.

## 5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

- ◆ Dişlerde çürüme ve diş kayıpları görülür
- ◆ Tad ve koku reseptörleri zayıflar
- ◆ Tükürük ve sindirim enzimlerinin salınımı azalır

- ◆ Kasların motor tonüsü ve fonksiyonu azalır
- ◆ Sindirim ve emilim kapasitesi azalır
- ◆ Karaciğer kan akımı azalır
- ◆ Pankreasın cevabı yavaşlar.

#### 6. Hematopoetik Sistem Değişiklikleri

- ◆ Kemik iliği fonksiyonu azalır, bu nedenle eritrosit, lökosit yapımı ve kan volümü azalır
- ◆ Lenfoid doku fonksiyonları azalır.

#### 7. İmmün Sistem Değişiklikleri

- ◆ Antikor cevaplarında azalmaya bağlı allerjik reaksiyonlarda azalma olurken oto antikorlardaki artış sonucu otoimmün hastalıkların görülme sıklığı artar.

#### 8. Sinir Sistemi Değişiklikleri

- ◆ Merkezi sinir sisteminde hücre kaybı olur
- ◆ Kan dolaşımının zayıflaması, metabolik değişiklikler ve sinir hücresinin yenilenememesi nedeniyle merkezi sinir sisteminin uyarılabilme yeteneği azalır, reflekslerde cevap verme süresi uzar
- ◆ Periferik duyu reseptörleri zayıflar, bu nedenle sıcak, soğuk, ağrı, basınç duyusunu alan sinir uçlarında duyarlılık kaybı olur
- ◆ Entellektüel kapasite azalır.

#### 9. Duyularda Değişiklikler

- ◆ Lensin elastikiyeti azalır, uyumu gecikir
- ◆ Kornea refleksi azalır
- ◆ Görme keskinliği ve priferal görme azalır
- ◆ Gözyaşı azalır, gözler kurur
- ◆ Pupillanın uyumu gecikebilir
- ◆ İrisin rengi solar
- ◆ Simetrik duyma azalır.

#### 10. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

- ◆ Kas kitlesi azalır
- ◆ Kas gücü azalır
- ◆ Kemiklerden mineral kaybı olur
- ◆ Kalça diz eklemleri sinovial zarında değişiklikler gelişir
- ◆ Skolyoz gelişebilir.

#### 11. Deri Değişiklikleri

- ◆ Deri altı yağ dokusu özellikle kol ve bacaklarda azalır, karın ve kalçalarda artar
- ◆ Cildin esnekliği kaybolur
- ◆ Ter bezlerinin fonksiyonlarında azalma görülür
- ◆ Pigmentasyon hücrelerinin kaybı ve saçlarda beyazlaşma olur.

#### 12. Mental ve Psikolojik Değişiklikler

- ◆ Bağımlı olma, fiziksel yetersizlik, yakın çevresi tarafından dışlanma korkuları, kendine güvenin, inancın ve sevginin kaybı olabilir
- ◆ Rol kaybı olabilir
- ◆ İş kaybı olabilir
- ◆ Bağımsızlık kaybı olabilir
- ◆ Hafıza kaybı görülür.

Görüldüğü gibi; yaşlılık, kendisi bir sağlık sorunu olmadığı halde, yaşlılar oluşan fizyolojik değişiklikler nedeniyle kronik hastalıklar açısından risk altındadır. Bu nedenle sağlıklı bir yaşlılık dönemi geçirmek ve hastalıkları hazırlayan riskleri ortadan kaldırmak gerekmektedir. Bu aşamada hemşire, bireyleri koruyucu sağlık uygulamaları açısından eğitmek ve istedik davranış kazandırmak amacı ile etkin bir rol üstlenmelidir (25).

#### 4.6. YAŞLI BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlı bakımı, tüm boyutlarıyla normal bir yaşlanma sürecindeki yetersizliklere yardım ve desteği, sıkça görülen hastalıklar ve uygun girişimleri kapsadığından bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Hemşirelik süreci, yaşlı bireyin gereksinimlerine ve bakımına bütüncül ve sistematik bir yaklaşım sağladığından en ideal modeldir (7, 8, 9, 13, 19, 33, 42, 56).

Bilindiği gibi hemşirelik sürecinin 4 aşaması vardır ve yaşlı bireyin bakımı içinde bu aşamalar geçerlidir. Şöyle ki;

- 1) Tanılama
- 2) Bireyin kapasitesinin sürdürülmesi ve desteklenmesi, sınırlı potansiyelinin güçlendirilmesi ve en iyi biçimde dengelenebilmesi için özel bir planlama
- 3) Seçilmiş hemşirelik faaliyetlerinin tümünü bir plan dahilinde uygulama
- 4) Arzu edilen sonuca ulaşmada bu faaliyetlerin etkinlik derecesini değerlendirme

Yaşlılara verilecek uzun vadeli hemşirelik bakımının amacı; yaşlılarda var olabilecek hastalıkları erken teşhis etmek, nedenlerin bulmak, hastalıkların ve yaşlılığın neden olduğu yetersizlikleri evde, hastanede ve bakım evlerinde en aza indirmek, sıkıntılarını azaltmak, sağlıklarını en uygun duruma getirmektir. Yaşlılarda olan bağımlılığın en aza indirgenmesi bakımın amaçları arasındadır (13).

#### 4.7. ÖZ-BAKIM

İlk defa Dorothe E-Orem, “Öz Bakım Yetersizliği Kuramı” içinde öz-bakımı ele almış ve “bireylerin sağlığını korumak veya sürdürmek için kendi adına başlayıp sürdürdükleri etkinlikler” olarak tanımlamıştır (41, 51).

Öz-Bakım Yetersizlik kuramı, birbiriyle ilişkili 3 kuramdan oluşur (51).

- a. Öz-bakım kuramı

- b. Öz-bakım yetersizlik kuramı
- c. Hemşirelik sistemleri kuramı

a. Öz-bakım Kuramı

Öz-bakım kuramı yaşamın sürekliliği için öz-bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Öz-bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Öz-bakım; insan, çevre, kültür ve günlük yaşamın değerleri gibi pek çok kavramla ilgilidir (65).

Orem'e göre öz-bakım gereksinimleri; evrensel gelişimsel ve sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri olmak üzere üç grupta toplanır (51).

1. Evrensel öz-bakım gereksinimleri: İnsanın temel istem ve gereksinimlerini kapsayan tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır (41, 65).

Orem , evrensel öz-bakımın istem ve eylemlerini şöyle sıralamıştır:

- ◆ Hava, su ve besin
- ◆ Atıklar
- ◆ Hareket ve dinlenme
- ◆ Yalnızlık ve toplumsal etkileşim
- ◆ Yaşam ve iyiliğe yönelik tehditler
- ◆ Normal Durumda olma

Gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman, öz bakım sağlığı ve iyiliği destekler. Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için, yeterli öz-bakım yeteneklerine sahip olması gerekir (14).

2. Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri: Bu gereksinim tipi, kuramın geliştirildiği ilk yıllarda evrensel öz-bakım gereksinimleri altında toplanmıştır. İnsan yaşamındaki gelişimsel durumların (gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı vb.) çeşitliliği ve önemlerinden dolayı ayrı bir sınıflamada incelenmesi uygun görülmüştür (65).

Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen pek çok olay ve koşulların meydana gelmesinden dolayı, bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü olan evrensel öz-bakım gereksinimleri olarak tanımlanmaktadır (65).

Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri aynı zamanda insanın gelişmesini etkileyebilecek “eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olma vb.” gibi durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmasını, bu durumlarla başa çıkabilmek ya da en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını da gerektirir (65).

3. Sağlıktan sapmalarda öz-bakım: Birey, kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman sağlık sapmalarında öz-bakıma gereksinim duyacaktır. Orem, sağlık sapmalarında öz-bakımı “yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen” olarak tanımlar (65).

Hemşire, hastayla birlikte öz-bakımın odağındaki çok yönlü bir etken olduğundan sağlıktan sapmalarda öz-bakımın çift yönlü ölçütlerini farketmek zorundadır. Bunlar; tanı ve tedavide kullanılan ölçütler ve hastalığın bizzat kendisinden kaynaklanan istemlerin varlığıdır (65).

#### b. Öz-bakım Yetersizlik Kuramı

Bu kuram hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklar (65).

Öz-bakım yetersizliği; öz-bakım davranışları ile tedavi edici öz-bakım ihtiyacı arasındaki bir ilişkidir. Hemşireliğe, ne zaman ve niçin ihtiyaç duyulduğunu kararlaştırmaktır (65).

### c. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Hemşirelik sistemleri kuramı, insanlara hemşirelik ile nasıl yardım edileceğini açıklar (65).

Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda üç temel hemşirelik sistemi tanımlar. Hemşirelik sistemlerinin üç temel biçimi şunlardır (51).

1. Tümüyle eksikliği giderici
2. Kısmen eksikliği giderici
3. Destekleyici-eğitsel

Bir hemşirelik sisteminin biçimlenişi hemşirenin seçimi ve yardım yöntemlerinin kullanımıyla oluşur, çünkü her yöntem hemşire ve hasta için ayrı roller tanımlar (65).

1. Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi: Hastanın, öz-bakımında hiçbir aktif etkinliğin olmadığı durumları temsil eder. Hemşire hastanın oksijenasyon, besin alımı, dışkılama, beden hijyeni, egzersizleri ve duyuşsal uyararı da içeren tüm gereksinimlerinin karşılandığını güven altına almalıdır.

2. Kısmen eksikliği giderici sistem: Hemşire ve hastanın bakım önlemlerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdiği bir durumu temsil eder.

3. Destekleyici – eğitsel sistem: Hastanın gerekli öz-bakım önlemlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu yardımcı olmadan yapamadığı bir sistemdir. Bu sistemde yardım etmek ile ilgili yöntemler şunları içerir:

- Destekleme,
- Rehberlik etme,
- Gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması,
- Öğretim.

#### 4.8. ÖZ BAKIM GÜCÜ

Orem, öz-bakım gücü (self care agency)'nü, “sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesine yönelik öz-bakım davranışlarını düzenleme, öz-bakımla ilgili özel konularla ilgilenme, anlama ve kavrama, düzenlenen etkinlikleri gözleme, bilgiyi kullanma, karar verme, başarmaya yönelik insan yetenekleri olarak tanımlanmıştır” (51).

Bir başka deyişle öz bakım gücü, bireyin öz bakım üretim işlemleri ve tahmine yönelik yeteneği ve eksiklikleridir. Bir işlem olarak öz-bakım çerçevesi içinde; neyin yapılıp neyin yapılmadığı ya da yapılamadığının anlaşılmasında aranılan deneyim ve teknik bilgilerdir (14, 41, 65).

Öz-bakım bireylerin kendilerinin bakımı için harekete geçmeleri şeklinde ortaya çıkarken, öz bakım gücü bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama olarak ifade edilmektedir (14, 41, 65).

Öz-bakım gücünü, demografik özellikler (yaşı, gelişimsel durum, yaşam biçimi, cinsiyet, sosyo-ekonomik durumu), kültür sağlık durumu, temel çevresel etmenler, aile sistemi etmenleri, sosyal etmenler, eğilimleri, sağlığa ve sağlık bakımına karşı tutumları etkiler (14).

#### 4.9. YAŞAM DOYUMU (KALİTESİ)NİN TANIMLANMASI

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “iyi oluş” un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır (2).

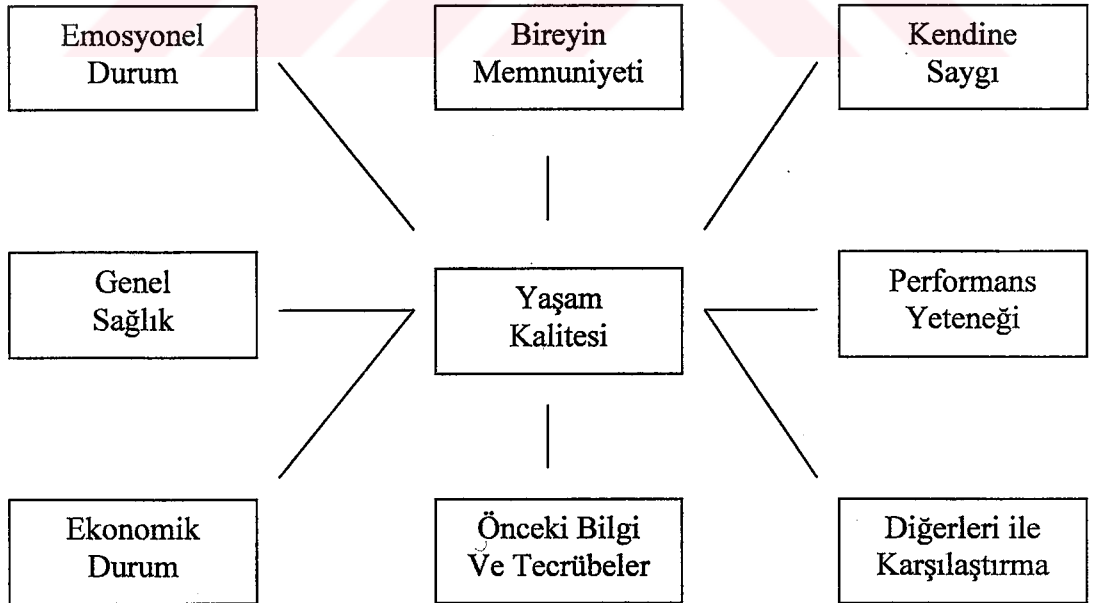
Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak sunulan “iyi bir

sosyal çevre (bu daha çok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur ” fikridir (2).

Andrew ve Witney yaşam kalitesi kavramını “bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamışlardır. Murrell, Zautra, Norris ve arkadaşları ise yaşam kalitesini “mutluluk, doyum ve uyum” olarak tanımlamışlardır(52).

Burchart’a göre yaşam kalitesi tanımı: “yaşamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal-vatandaşlık-medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliğine sahip olması, bireylerin kendini geliştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır” şeklinde olmuştur (11).

Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesinin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirmiştir. Bu karakteristikler genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içermektedir. Her iki görüşün birleştirilmesi ile elde edilen yaşam kalitesi şeması şöyledir (12).



Şekil 1: Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler

Temel gereksinimlerin karşılanması iyilik hali için önemlidir. Bunlar karşılanmadığında birey kızmakta, korkmakta, üzülme, agresif veya depresif olmakta, diğer bireylerden kaçma yoluna gitmektedir. Maslow'un temel gereksinimler hiyerarşisi arasındaki ilişkinin bilinmesi, hemşirelik alanında ve diğer bazı alanlardaki yaklaşımlarda yol göstericidir (1, 2).

Özetle yaşam kalitesi, bireyin deneyimlediği olaylara dayanan öznel doyumdur (2).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak, yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, intellektel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bireyin yaşamından doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla gösterge içermekle birlikte sınırlı değildir (2, 3).

Evans ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak 2 bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali ile açıklanmaktadır ve fiziksel iyilik hali fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler de temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır, ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumunu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (2, 27).

Hörnquist'e göre sağlık alanında, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır (36).

- ◆ Biyolojik alan: Beden sağlığı, çeşitli beden fonksiyonları, özgül hastalık/yetersizlik semptomları ve ağrı (sıklığı, yoğunluğu, süresi) yan etkiler, yara iyileşmesi gibi ekstra durumlar,
- ◆ Psikolojik alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği gibi bilgisel ve pratik yeterlilik,

- ◆ Sosyolojik alan: Bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi,
- ◆ Davranış/aktivite alanı: Tüm aktif yaşam, öz – bakım gücü, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku, sigara ve diğer alışkanlıklar,
- ◆ Maddi alan: bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, gayrimenkuller, işten sağlanan kazanç,
- ◆ Yapısal alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşüdür.

Yaşam kalitesi, subjektif bir olgudur, gözlenemez bu nedenle en yakın göstergelerle ölçülebilir. Bu göstergeler:

- ◆ Gözlenen veriler,
- ◆ Kan tetkikleri gibi fizyolojik göstergeler,
- ◆ Alkol alışkanlığı, suisid oranı gibi davranışsal göstergeler,
- ◆ Bireysel raporlardır (52).

Bu göstergelerin kullanımını sınırlayan bazı etmenler vardır. Yaşam kalitesini ifade eden duygu ve düşünceler gibi subjektif olgular, başkaları tarafından gözlenemeyen olgulardır. Bu nedenle de sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafından yapılan değerlendirmeler birbirinden çok farklıdır, benzer yönleri çok azdır (52).

Yaşam kalitesinin göstergesi olarak fizyolojik semptomlar, subjektif deneyimler ile ilişkisinin olmama olasılığına bağlı iyi belirleyici değildirler.

Yaşam kalitesinin göstergesi olarak davranışlar yeterli bir ölçüt değildir. Çünkü davranış, etkileyen bir dizi değişkenin araya girmesi nedeniyle yaşam kalitesini ifade edemeyebilir. Örneğin; alkolizm, yaşam kalitesi ile ilişkili olmayan bazı değişkenlerden de etkilenmiş olabilir (52).

Bireysel raporlar yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en geçerli yol olarak kabul edilmektedir. Çünkü yaşam kalitesi, esas olarak bireyin subjektif deneyimidir. Bireysel raporlar, daha önceki yaşam kalitesi ölçeklerinden yararlanılarak veya

araştırmacının hazırladığı sorulardan oluşmuş ölçeklerle elde edilebilir. Yaşam kalitesi ölçekleri, mutlaka hastaların subjektif hislerini kapsayacak uygun sorular içermelidir (52).

Yaşam kalitesi ölçümü bir sonuçtur. Patoloji yada hastalık durumunun ölçümü değildir. Yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarının laboratuvar test sonuçları ya da hastalık durumunun belirtileriyle karşılaştırılması uygun değildir (27).

#### 4.9.1. YAşLILARIN YAşAM KALİTESİ

Yaşlı refahının sağlanmasında “yaşam kalitesi”nin iyileştirilmesi geniş kapsamlı bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM), Dünya Sağlık rgt (DSÖ) tarafından önerilen tedbirler çerçevesinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde yaşlılara yönelik faaliyet gösteren en önemli sosyal kuruluşlardan biri olan Yaşlı Kadınlar Birliği’nin kuruluş amaçları kapsamında geliştirilen yaşam kalitesini belirleme ltleri son derece evrensel bir yaklaşım göstermektedir. Bu ltler;

- ◆ Uygun konut koşulları ve donanım,
- ◆ Yeterli ve dengeli beslenme,
- ◆ Giyim ihtiyaçlarının karşılanması,
- ◆ Sağlıklı aile ilişkilerinin kurulması,
- ◆ Tüketiciler davranışlarının belirlenmesi,
- ◆ Yeterli gelir ve ekonomik kaynakların rasyonel yönetimidir (30).

Ülkemizde yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında yapılabilecek çalışmalar veya ağırlık verilmesi gereken konular şöyle özetlenebilir (10, 30, 35, 37, 46);

- ◆ ülkemizde büyük şehirlerde bulunan sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin kapasitesinin hızla artırılmasına büyük ihtiyaç duyulmaktadır.

- ◆ Evlerinden çıkamayacak yaşlılara yönelik alışveriş, yemek hizmetleri, sosyal destek ve evde bakım programlarının bir an evvel başlatılması gerekir.
- ◆ Yatılı kurumlarda yaşlıya hizmet sunacak personelin bu alanda mutlaka eğitimden geçmeleri sağlanmalıdır.
- ◆ Yaşlı kişiler fizyolojik ve davranışsal işlevler bakımından gençlerden ve orta yaşlı yetişkinlerden daha fazla değişiklik gösterir. Dolayısıyla ailelerin yaşlıya karşı her türlü davranış ve yaklaşımda bilgi sahibi olması gerekir.
- ◆ Gelecekte yaşam kalitesi ile ilgili teorik çerçevenin daha iyi ifadesi ve yaşam kalitesinin tanımında fikir birliğinin gelişmesi ile yaşam kalitesinin ölçümü için yöntemlerin ortaya çıkacağı söylenebilir. Ülkemiz genelinde yaşlıların yaşam kalitelerinin belirlenebileceği çalışmaları da başlatmak gerekir.
- ◆ Yaşlılarımızı geçinebilmek için ek iş bulup çalıştırmak yerine yaşlılarımızın ekonomik düzeyinin yükseltilmesi için siyasi iktidarın, ek kaynak bulma çabalarına hız vermesi gerekir.
- ◆ Ülkemiz koşulları dikkate alındığında uygulanması zor olsa da yaşlılar için sınırlı gelirin planlı harcamasına ve gelirin akılcı yönetimine ilişkin eğitim programları geliştirilebilir.
- ◆ Emeklilerimize batı standartlarında uygulama ve hizmetlerin (Emeklilerin maaşları ile tasarruf yapabildiği veya dünyayı gezebildiği) sunulması arzu edilen bir durumdur. İnsan onuruna yakışan bir yaşam sürdürebilecek geliri, gençliklerini bu ülkenin kalkınması için harcamış olan bu insanlarımıza sunmak sosyal devletin bir gereği ve görevi olmalıdır.

#### 4.9.2.. ÖZ-BAKIM-YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ

Yaşlılık, normal fizyolojik bir olgu olup bireylerin fiziksel ve ruhsal güçlerini bir daha geri gelmeyecek şekilde yavaş yavaş yitirmesi durumudur. Başlangıçta fiziksel alandaki yetersizlikler ruhsal alanda gerilemeleri, dengesizliğe neden olurken, fiziksel ve ruhsal alandaki gerilemeler beraberinde toplumsal alanda gerilemeye neden olmaktadır (45).

Yaşlanma ile birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler yaşlıların günlük ve sosyal yaşamda kısıtlanmalarına neden olur. Fonksiyonel ve sosyal yönden kısıtlanan yaşlıların yaşam kalitesi giderek azalır. Yaşam onlar için katlanılmaz hale gelir (15, 40).

Bireyin sağlık durumu ile yaşam doyum düzeyi paralellik halindedir. Hastalık durumunda öz bakım gereksinmelerini karşılayamayan yaşlı birey; bağımlılık, iş yaramama, umutsuzluk, karamsarlık, mutsuzluk gibi ruhsal durumunu etkileyecek olan duyguları yaşayacaktır. Ayrıca öz-bakım gücündeki azalma; beslenme, barınma, sosyal aktivite, sağlık, kendini gerçekleştirme düzeyi gibi bireysel gereksinimleri etkileyerek yaşam doyumunu azaltabilecektir (14, 41, 54).

Yaşlı bireyde yaşanan fiziksel, biyolojik yetersizlikler bireyde güçsüzlük, çaresizlik gibi duyguların yaygın bir şekilde yaşanmasına ve ruhsal dengenin bozulmasına yol açar. Böylece yaşlı birey, yaşamının başlangıcından o ana kadar getirdiği kendilik algısında, bütünlük algısında değişimler hisseder. Beden imajında görünen değişimlere paralel yaşanan fonksiyonel güç kayıpları yaşlı bireyin değişimlere ve çevreye uyum yeteneğini etkileyerek benlik saygısını tehdit eder. İş kaybı, toplumsal rol kaybı, üretken olmama gibi olumsuz duygular bireyin hem ruhsal hem de sosyal yaşantısını tehdit ederken oluşan çökkünlük isteksizlik gibi duygular nedeniyle sağlığını korumaya yönelik olumlu davranışlar geliştirilebilmesine engel olmaktadır (45).

Öz bakım gereksinimlerini karşılayamayan yaşlı bireylerde hemşirelik bakımı önemlidir. Yaşlı sağlığına ilişkin hemşirenin fonksiyonları genel olarak şu başlıklar altında toplanabilir (13);

- ◆ Yaşlı birey ve bu bireye bakım verenlerin eğitimini yapmak,
- ◆ Yaşlı birey ve bu bireye bakım verenlere danışmanlık yapmak,
- ◆ Sağlığı korumak ve fiziksel değerlendirme yapmaya yönelik çalışmalar yapmak,
- ◆ Öz-bakım, ve kişisel hijyeni öğretmek,
- ◆ Genel değerlendirme yapmak için ev ziyaretleri yapmak,
- ◆ Ev sağlık hizmetlerini organize etmek,

TC YÜSENERGİ İZMİR ANKULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

- ◆ Kazaya neden olabilecek durumları değerlendirmek,
- ◆ Beslenme ve egzersiz konusunda eğitim yapmak,
- ◆ Bireyin kapasitesini arttırmak,
- ◆ Temel hemşirelik gereksinimlerinde danışmanlık yapmaktır.

#### 4.10. YAŞLI BİREYE HİZMET VEREN KURUMLAR

Gelişmişlik düzeyine paralel olarak yaşlı nüfusun ve çalışan kadın sayısının artması kendi kendine yetemeyen yaşlıların bakım sorununu gündeme getirmiş ve sağlık sorunları yeni boyutlar kazanmıştır. Demografik yapıdaki değişikliğin getirdiği sorunların çözümü için çeşitli önlemler alınmış, değişik uygulamalar gündeme gelmiştir (13).

Gelişmiş ülkelerde yaşlılara verilen hizmetler; okul çağından başlayarak halkın yaşlılık ve bakım konusunda eğitilmesi, çeşitli sağlık merkezleri ve gönüllü kuruluşlarca yürütülen evde yaşlı bakımı, evlere yemek servisi ve uğraşı tedavisi koruyucu hizmetler kapsamında verilmektedir. Ayrıca hastane poliklinikleri, yoğun bakım üniteleri, geriatri hastaneleri ve gündüz bakım hastaneleri gibi kuruluşlar da yaşlıya tanı, tedavi ve bakım yönünden hizmet veren kuruluşlardır (13).

Yaşamı boyunca bireysel gelişimi, aile ve toplumun gelişimi için çalışmış, özverilerde bulunmuş ancak bugün yaşamının doğal bir döneminde olan ve fiziksel gücünden ve görünümünden bazı kayıplara uğramış; sosyal ve ekonomik gücü bir ölçüde azalmış kişileri mutlu ve sınırları içinde sağlıklı kılmak hepimizin görevi olmalıdır (13).

##### 4.10.1. TÜRKİYE'DE YAŞLIYA HİZMET VEREN KURUMLAR ve YASAL DÜZENLEMELER

Yaşlılık konusundaki sorunlar, anlayışlar, tutumlar toplumların kültürel geçmişinden günümüze aktararak devam eder; bu anlayış yaşlının güvenliği ve bakımı

açısından çok önemlidir. Ülkemizde yaşlı nüfusun %2'den azı kurumlarda kalmaktadır. Bu nedenle toplumdaki yaşlıların güvenceye alınması önem kazanmaktadır (13).

Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal, ekonomik ve sağlık hizmetlerine ilişkin “yasal düzenlemeler” mevcuttur. Bunlar (16, 21, 45, 60);

- 1926 yılında çıkarılan 743 sayılı Medeni Kanununun 315. 316. 356. 359. maddelerinin ailede yaşlı, çocuk ve sakatların korunması için gereken güvenlik maddelerini,
- 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı Belediyeler kanununun 15, 16 ve 34. maddeleri muhtaç yaşlıların korunması konularını kapsadığı,
- 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu, 1971 yılında çıkarılan 1470 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu kanunu ve 1952 yılında çıkarılan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'dur.

Ayrıca çeşitli sosyal haklar içeren “Sosyal Güvenlik Kanunları” olduğu görülmektedir;

- 1963 yılında 225 sayılı “Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü” kurulmasına dair çıkartılan kanun, her türlü sosyal yardım ve sosyal güvenlik hizmetlerini sağlayarak, yaşlıların bakım ve rehabilitasyonunu sağlamayı amaçlamaktadır.
- 1976 yılında çıkan 1977'de yürürlüğe giren 2022 sayılı yasa muhtaç, güçsüz, kimsesiz yaşlılar ile başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek derecede sakat olanlara aylık bağlanmasını öngörmektedir.
- 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” kanun ile ekonomik ve sosyal yoksulluk içinde olan özel ihtiyaç gruplarının ihtiyaçlarının karşılanması, yardım standartlarının iyileştirilmesi amaçlanmıştır (13, 60).

Yukarıdaki yasaların öngördüğü kararlar çerçevesinde ülkemizde yaşlıların özel sorunlarına yönelik olarak hizmet veren kuruluşlar şunlardır (13, 60).

1) Devlete Ait Kurumlar

- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı faaliyet gösteren huzurevleri,
- Emekli Sandığı, SSK, PTT gibi diğer kamu kuruluşlarına bağlı huzurevleri,
- Yerel yönetimlere ait huzurevleri,

2) Özel, tüzel ve gönüllü kuruluşlara ait huzurevleri ve yaşlılara evde bakım hizmetleri.

Ülkemizde yaşlılara hizmet veren kuruluşlar arasında “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” hizmet kapasitesi açısından 1. sırada yer almaktadır (13, 60).

#### 4.10.2. DÜNYADA YAŞLIYA HİZMET VEREN KURUMLAR

##### AMERİKA

Amerika'da yaşlı bireyler kendi konularında bazı çalışmalarını başlatmış ve çeşitli çalışmaların içine girmişler ve “Gri Panterler”, “Yaşlının Gücü”, “Ulusal Yaşlılık Enstitüsü” gibi kuruluşlar oluşturulmuştur (7).

##### HOLLANDA

Hollanda'da nüfusun %20'sini yaşlılar oluşturmaktadır. Hollanda'da belediyelerce her 65 yaşına ulaşan kişiye maaş bağlanmaktadır. Bu kişiler bağımsız yaşayabildikleri sürece kendi evlerinde yaşarlar. Kendi başlarına evlerinde kalamayacaklarını düşünen yaşlı, bulunduğu belediyeye müracaat eder ve bir yaşlı yurduna yerleştirilir. Evden yurda geçiş döneminde (hazırlık döneminde) yaşlının gereksinim duyduğu konuda belediyenin göndereceği görevli ile gerekli yardım sağlanmaktadır.

Hollanda'da yaşlılık kuruluşları arasında küçük dairelerden oluşan evler de yer almaktadır. Bu kuruluşlar paralıdır ancak yaşlı isterse hükümetin bağladığı maaşın üzeri belediye tarafından tamamlanarak ve hatta yaşlıya cep harçlığı bile verilerek bu kuruluşlarda kalabilir (7).

## ALMANYA

Almanya'da yaşlı nüfus, genel nüfusun % 22.2'sidir. Almanya'da yaşlılara götürülen hizmetler kurumsal ve mobil hizmetlerdir. Bu hizmetleri devlet, sosyal refah kuruluşları, kiliseler, vakıflar ve özel kuruluşlar yürütmektedir. Almanya'da çok çeşitli hizmet veren kuruluşlar bulunmaktadır. Bu kuruluşlar; yaşlı evleri, yaşlı huzurevleri, yaşlı şifa yurtları, yaşlı gündüz evleri, yaşlı kulüpleri, yaşlı gündüz bakımevleri ve mobil yardım hizmetleri şeklindedir (7).

Yaşlı evleri, yaşlıların rahatça yaşayabileceği niteliktedir (7).

Yaşlı huzurevleri, kendi işini yapmak isteyen veya yapacak durumda olmayan ancak yatacak veya devamlı bakıma muhtaç olmayan kişilerin kaldığı kurumlardır. Bu kurumlarda tek kişilik veya 3-4 kişilik odalar bulunur (7).

Şifa yurtlarında, yatağa bağımlı ve devamlı tıbbi bakım gerektiren yaşlıların yattığı dörder kişilik lavabolu odalar bulunmaktadır, banyolar müşterektir (7).

Almanya'da her türlü kurumda ücret karşılığı kalan yaşlıya gelirleri yetmediği takdirde devletçe maaşına göre belirlenecek miktarda cep harçlığı verilmektedir (7).

Almanya'da ayrıca devlet veya sosyal yardım kuruluşlarınca yürütülen mobil hizmetler de bulunmaktadır. Bu hizmetleri evlerinde yalnız veya eşleri ile yaşayan temizlik, yemek pişirmek, çamaşır yıkamak alışveriş yapmak gibi işlerini yapamayacak durumda olan veya bu hizmetten yararlanmak isteyen kişiler alır. Mobil hizmetler arasında, kentin belirli merkezlerinde pişirilen yemeklerin bu hizmetten yararlanmak

isteyen yaşlılara dağıtıldığı yemek servisi hizmetleri de bulunmaktadır. Mobil hizmetler de ücret karşılığıdır (7) .

### İSVEC

İsveç’de nüfusun %15 kadarı yaşlıdır ve bunların çoğu emeklidir. İsveç’de emekli aylığı yaşlı kişinin ekonomik güvence altında olacağı şekilde planlanmıştır. Bütün İsveç halkı ve yabancılar çocuk, yetişkin ve yaşlılar “Sosyal Sigortalar” sisteminin bakımı altındadır ve reçeteler indirimli, bazı durumlarda da ücretsiz alınabilmekte ve yaşlılar tren, uçak, gemi gibi birçok araçta tenzilatından yararlanmaktadır (7).

İsveç’de yaşlının yerleşimi çok önem taşımakta ve yerleşim yerlerinin belirli standartlara uygun olması gerekmektedir. Yaşlıların yaşadığı kiralık ev, kiralık apartman uygulaması vardır (7).

İsveç’de ayrıca “Yaşlı Yerleşim Evleri” bulunmaktadır (7).

Her İsveç Belediyesi eve yardım servisi vermektedir. Bu yardım servisi temizlik, yemek pişirme, çamaşır yıkama, tamirat gibi teknik hizmetleri kapsamaktadır. İsveç Belediyesi yaşlının hareketini ve sosyal etkileşimini sağlama amacıyla yaşlılar için özel sosyal aktivite (gezi, yürüyüş, eğlence vb.) programları düzenlemektedir (7).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ;

Bu araştırma huzurevlerinde yaşayan yaşlıların, öz bakım gücünün yaşam doyumlarını etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkilendirici olarak planlanmıştır.

### 5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma, İstanbul ili sınırları içinde yer alan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'na bağlı üç huzurevinde (Maltepe, Göztepe, Bahçelievler Huzurevleri) Kasım 2001-Şubat 2002 tarihleri arasında yapılmıştır.

### 5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul ili içerisinde yer alan SHÇEK'na bağlı 5 huzurevi, örneklem grubunu ise basit rastlantısal yöntemle seçilen Maltepe, Göztepe, Bahçelievler huzurevinde yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan, revir dışında bulunan 340 yaşlı oluşturmaktadır.

### 5.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırma verileri sosyo-demografik sorulardan oluşan sorgulama formu, yaşlı bireylerin öz-bakım gücü ve yaşam doyum düzeyini belirleyen ölçekler kullanılarak elde edilmiştir.

Öz bakım gücünü değerlendirmede 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiş, 1993 yılında Nahcıvan tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmış olan “öz-bakım gücü ölçeği” kullanılmıştır (50).

Öz-bakım gücü ölçeği 35 ifadeden oluşmakta, her ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına "0" puan, diğerlerine sırasıyla "1", "2", "3", "4" puan verilmektedir. Sekiz ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. (Ek-2) öz-bakım gücü ölçeğinin maksimum puanı 140'dır (50).

Yaşam doyumu için 1961 yılında Neugarten tarafından geliştirilmiş, 1988 yılında Karataş tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan "yaşam doyum ölçeği" kullanılmıştır (39).

Yaşam doyum ölçeği (Ek-3); 20 sorudan oluşan, ifadelerde "evet", "hayır" kullanılarak alınan yanıtlar 20 puan üzerinde değerlendirilen bir ölçektir. Yaşam doyum ölçeğinde her bir seçenek "1" puanı yansıtmakta ifadelerden bazılarında (3, 5, 7, 10, 14, 17, 18, 20) "hayır" cevabı verilmesi gerekmektedir. Bireyin yüksek puan alması, yaşam doyum düzeyinin yüksek olduğu biçiminde kabul edilmektedir. Öz-bakım gücü ve yaşam doyum skalasının iç tutarlılığın belirlemede Cronbach's Alfa testi kullanılmıştır. Öz-bakım gücü skalasının Cronbach's Alfa değeri:0,91, yaşam doyum skalasının Cronbach's Alfa değeri:0,81'dir (50).

**Bağımlı Değişken : Yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumları**

**Bağımsız Değişken:** Yaşlıların öz-bakım gücü ve yaşam doyumlarını değiştirebileceği, etkileyebileceği düşünülen yaşlıların cinsiyeti, yaşları, medeni durumları, eğitim ve sağlık durumlarıdır.

## 5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri bilgisayar yoluyla, iki grup karşılaştırılmasında "student-t" testi, Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup kıyaslamalarında ise tek yönlü varyans analizi (Post-Hoc-Dunn's ve Kruskal-Wallis) kullanılarak değerlendirilmiştir. Öz-bakım ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Pearson's Korelasyon Testi ile incelenmiştir.

## 6. BULGULAR

Bu araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz- bakımlarının yaşam doyumlarına etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Huzurevinde yaşayan %50'si (173 kişi) kadın, %49'u (167 kişi) erkek toplam 340 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan huzurevinde yaşayan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Huzurevinde yaşayan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (n:340)

Sosyo-demografik Özellikleri	n	%
<b>Yaş Grupları</b>		
45 – 54 Yaş	56	16.5
55 – 64 Yaş	142	41.8
65 – 74 Yaş	77	22.6
75 ve üzeri	65	19.1
<b>Huzurevine Gelmeden Önceki İşleri</b>		
Memur	12	3.5
Ev Hanımı	138	39.1
İşçi	20	5.9
Serbest Meslek	107	31.9
Emekli	68	20.0
<b>Öğrenim Durumları</b>		
Okur Yazar değil	77	22.6
Okur Yazar	20	5.9
İlkokul	131	38.5
Ortaokul	56	16.5
Lise	45	13.2
Üniversite	11	3.2
<b>Medeni Durumları</b>		
Evli	37	10.9
Bekar	57	16.8
Dul	246	72.4

Bireylerin %41.8'i (142 kişi) 55-64 yaş, %16.5'i (56 kişi) 45-54 yaş grubundadır.

Bireylerin medeni durumları; %10.9'u (37 kişi) evli, %16.8'i (57 kişi) bekâr, %72.4'ü (246 kişi) dulduur.

Bireylerin %3.5'i (12 kişi ) memur, % 39.1'i (133 kişi) ev hanımıdır.

Bireylerin %38.5'i (131 kişi) ilkokul, %3.2'si (11 kişi) üniversite mezunudur.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin emeklilik nedenleri ve gelir durumlarına göre dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Emeklilik nedenleri ve gelir durumları (n:340)

Emeklilik Nedenleri ve Gelir Durumları	n	%
<b>Emeklilik Nedenleri</b>		
Kendi İsteği	29	8.5
Kurumun İsteği	55	16.2
Emekli Değil	256	75.3
<b>Gelir Durumu</b>		
Hiç Geliri Yok	76	22.4
50-120 milyon	44	12.9
121-191 milyon	148	43.5
192 milyon ve üzeri	72	21.2

Bireylerin % 8.5'inin (29 kişi) kendi isteği ile, %16.2'sinin (55 kişi) kurum tarafından emekli edildiği saptanmıştır.

Bireylerin gelir miktarları; %22.4'ünün (76 kişi) hiç geliri yok, %12.9'unun (44 kişi) 50-120 milyon, %43.5'inin (148kişi) 121-191 milyon, %21.2'sinin (72 kişi ) 192 milyon ve üstüdür.

Bireylerin çocuk sayısı; %16.5'i (56 kişi) 1, %34.7'si (118 kişi) 2, %13.5'i (46 kişi) 3, %4.4'ü (15 kişi) 4 ve daha fazla çocuğu olduğu, % 30.9'unun (105 kişi) çocuğu olmadığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin huzurevinde kalma süreleri ve kalma nedenlerine göre dağılımları Tablo 3' de gösterilmiştir.

Tablo 3 : Huzurevinde kalma süreleri ve kalma nedenlerine göre dağılımları  
(n: 340)

Huzurevinde Kalma Süresi	n	%
1 – 2 Yıl	120	35.3
3 – 4 Yıl	80	23.5
5 – 10 Yıl	111	32.6
10 Yıl ve üzeri	29	8.6
Huzurevinde Kalma Nedenleri		
Ekonomik	98	28.8
Yakını olmadığı için	32	9.4
Aile içinde geçimsizlik	25	7.4
Çocukların ekonomik durumu iyi değil	27	7.9
Yalnızlık	158	46.5

Bireylerin %35.3'ü (120 kişi) 1-2 yıl arasında huzurevinde kalmaktadır.

Bireylerin %46.5'i (158 kişi) yalnızlık nedeniyle huzurevinde kalmaktadır.

Bireylerin %71.5'i (243 kişi) huzurevinde ziyaret edilmektedir.

Bireylerin %29.7'si (101 kişi) sigara, %0.6'sı (2 kişi) alkol kullanmaktadır.

Bireylerin %71.5'inde (243 kişi) sağlık sorunu bulunmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin mevcut sağlık sorunlarına göre dağılımları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4 : Bireylerin sağlık sorunlarına göre dağılımları ( n:340 )

Sağlık Sorunları		n	%
Kardiyovasküler sistem hastalığı	Var	96	71.8
	Yok	244	
Üriner Sistem hastalığı	Var	65	19.1
	Yok	275	80.9
Kas-İskelet Sistemi hastalığı	Var	117	65.6
	Yok	223	
Sindirim Sistemi hastalığı	Var	68	20.0
	Yok	272	80.0
Solunum Sistemi hastalığı	Var	79	23.2
	Yok	261	76.8
Sinir Sistem hastalığı	Var	12	3.5
	Yok	328	96.5
Genital Sistem hastalığı	Var	1	0.3
	Yok	339	99.7
Ruh Sağlığı bozukluğu	Var	19	5.6
	Yok	321	94.4
Görme bozukluğu	Var	52	15.3
	Yok	288	84.7
Koku alma bozukluğu	Var	1	0.3
	Yok	339	99.7
Tat alma bozukluğu	Var	1	0.3
	Yok	339	99.7
Uyku bozukluğu	Var	16	4.7
	Yok	324	95.3

Bireylerin %44.7'si (152 kişi) günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duymaktadır.

Huzurevinde yaşayan bireylerin bağımlılık duydukları işlere göre dağılımları Tablo 5 'de gösterilmiştir.

Tablo 5: Bağımlılık duyulan işlere göre dağılım

Bağımlılık Duyulan İşler	n	%
Ev işi	50	14.7
Banyo	27	7.9
Yürüyüş – alışveriş	12	3.5
Ev işi + banyo	62	18.2
Toplam	151	44.4

Bireylerin %18.2'si (62 kişi) ev işi ve banyo, %3.5'i (12 kişi) yürüyüş- alışveriş işlerinde başkalarına bağımlılık duymaktadır.

Bireylerin kullandıkları diyetlere göre dağılımları Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6: Bireylerin kullandıkları diyetler

Diyet Tipi	n	%
Hipertansiyon	89	26.2
Diabet	43	12.6
Kalp hastalıkları	22	6.5
Ülser	17	5.0
Yok	169	49.7
Toplam	340	100

Çalışma kapsamına alınan bireylerin öz bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki ilişki tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Öz bakım gücü ve yaşam doyumları arasındaki ilişki

Öz-bakım ve yaşam Doyumu	Ort. ± SD	r ve p
Öz-bakım	73.06 ± 36.86	r: 0.839
Yaşam Doyumu	7.92 ± 6.71	p: 0.00****

\*\*\*\* p< 0.001

Huzurevinde yaşayan bireylerin ortalama öz bakım gücü puanı  $79.06 \pm 36.86$  olup, ortalama yaşam doyumu puanı ise  $7.92 \pm 6.71$ ' dir. Yaşam doyumu ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r: 0.839$ ,  $p < 0.001$ ). Öz bakım gücü arttıkça yaşam doyumu da artmaktadır.

Bireylerin öz-bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanlarına göre cinsiyetleri ve yaş grupları arasındaki fark Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Cinsiyetlere ve yaş gruplarına göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumu

Cinsiyet ve Yaş	Öz-bakım gücü ort $\pm$ SD	t, F ve p	Yaşam doyumu ort $\pm$ SD	Z,K-W ve p
Cinsiyet	Kadın	t:1.72	$7.06 \pm 6.78$	Z:2.21
	Erkek	p:0.086 *	$8.82 \pm 6.53$	P:0.02**
Yaş	45 – 54 yaş	F:133.72	$11.13 \pm 5.77$	K-W:162.60
	55 – 64 yaş	p<0.001	$12.41 \pm 5.32$	P<0.001
	65 – 74 yaş		$2.97 \pm 3.92$	
	75 ve üzeri		$1.23 \pm 0.77$	

\*  $p > 0.05$  , \*\*  $p < 0.05$

Cinsiyetlere göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (t: 1.72,  $p > 0.05$ ).

Cinsiyetlere göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Z: 2.21,  $p < 0.05$ ). Yaşam doyumu ölçeği puanı erkeklerde daha yüksek düzeydedir.

Yaş gruplarına göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (F: 133.72,  $p < 0.001$ ). Öz bakım gücü puanı 55-64 yaş grubunda en yüksek düzeyde bulunurken, 75 yaş ve üzerinde en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmuştur (K-W: 162.60,  $p < 0.001$ ). Yaşam doyumu puanı 55-64 yaş grubunda en yüksek, 75 yaş ve üzeri yaş grubunda en düşüktür.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin önceki işlerine ve emeklilik nedenlerine göre öz bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 9 'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Önceki işlerine ve emeklilik nedenlerine göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Önceki İş ve Emeklilik Nedeni	Öz-bakım gücü Puan ort $\pm$ SD	F,t ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	K-W <sub>t</sub> ve p
Önceki İş				
Memur	92.25 $\pm$ 37.23	F:3.84	9.83 $\pm$ 6.86	K-W:14.66
Ev hanımı	65.11 $\pm$ 36.00	p:0.005 ***	6.47 $\pm$ 6.66	p:0.005 ***
İşçi	75.35 $\pm$ 32.44		6.95 $\pm$ 6.42	
Serbest Meslek	73.80 $\pm$ 38.5		8.19 $\pm$ 6.50	
Emekli	83.38 $\pm$ 33.91		10.29 $\pm$ 6.59	
Emeklilik Nedeni				
Kendi İsteği	89.07 $\pm$ 31.51	t: 0.53	10.17 $\pm$ 6.87	t: 0.15
Kurum Tarafından	84.75 $\pm$ 36.83	p: 0.59*	10.42 $\pm$ 6.66	p: 0.87*

\*\*\*  $p < 0.001$ , \*  $p > 0.05$

Önceki işlerine göre öz bakım gücü ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 3.84,  $p < 0.01$ ). Öz bakım gücü memurlarda en yüksek bulunurken, ev hanımlarında en düşük olduğu saptanmıştır.

Önceki işlerine göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 16.66,  $p < 0.01$ ). Yaşam doyumu, emeklilerde en yüksek düzeyde iken, ev kadınlarında en düşük düzeydedir.

Öz bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanlarına göre emeklilik nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: 0.53,  $p>0.05$  ve t: 0.15,  $p>0.05$ ).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin medeni durumları ve çocuk sayısına göre öz bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Medeni durum ve çocuk sayılarına göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Medeni Durum ve Çocuk Sayısı	Öz-bakım gücü ort. $\pm$ SD	t,F ve p	Yaşam doyumu ort. $\pm$ SD	K-W ve p
Medeni Durumu				
Evli	90.92 $\pm$ 35.12	F:8.30	12.59 $\pm$ 6.5	K-W=23.32
Bekar	59.95 $\pm$ 35.1	p:0.00 ****	5.46 $\pm$ 5.54	p: 0.00 ****
Dul	73.41 $\pm$ 36.46		7.79 $\pm$ 6.66	
Çocuk Sayısı				
Bir	91.91 $\pm$ 30.25	F:5.46	11.18 $\pm$ 6.05	K-W: 15.96
İki-Üç	69.70 $\pm$ 38.71	p:0.00 ****	7.28 $\pm$ 6.85	p: 0.003 **
Üç-dört	67.22 $\pm$ 35.96		6.54 $\pm$ 6.63	
Beş ve üzeri	85.40 $\pm$ 33.71		10.27 $\pm$ 6.56	
Yok	67.58 $\pm$ 35.72		7.18 $\pm$ 6.44	

\*\*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$

Medeni durumlarına göre öz bakım gücü ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 8.30,  $p<0.001$ ). Evli olanlarda öz bakım gücü yüksektir.

Medeni durumlarına göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W:23.32,  $p<0.001$ ). Evli olanlarda yaşam doyumu düzeyi yüksektir.

Çocuk sayılarına göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 5.46,  $p<0.001$ ). Bir çocuğu olanlarda öz bakım gücü yüksek bulunmuştur.

Çocuk sayıları açısından yaşam doyumu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W:15.96,  $p<0.05$ ). Bir çocuğu olanlarda yaşam doyumu en yüksektir. Bireylerin eğitim durumlarına göre öz bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Eğitim durumlarına göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Eğitim Durumu	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	F:ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	K-W ve p
Okur–yazar değil	56.91 $\pm$ 30.8	F:10.96	4.53 $\pm$ 5.18	K-W: 41.72
Okur-yazar	70.30 $\pm$ 28.24	P:0.00 ****	8.25 $\pm$ 6.41	p: 0.00 ****
İlkokul	67.18 $\pm$ 38.9		7.34 $\pm$ 6.88	
Ortaokul	87.38 $\pm$ 33.17		10.32 $\pm$ 6.52	
Lise	95.44 $\pm$ 30.5		11.51 $\pm$ 5.75	
Üniversite	96.73 $\pm$ 32.07		11.18 $\pm$ 7.3	

\*\*\*\*  $p < 0.001$

Eğitim durumları açısından öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:10.96,  $p<0.001$ ). Öz bakım gücü üniversite mezunlarında en yüksek bulunurken, okur yazar olmayanlarda en düşük bulunmuştur.

Eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 41.72,  $p < 0.001$ ). Yaşam doyumunu lise ve üniversite mezunlarında en yüksek iken, okur-yazar olmayanlarda en düşük bulunmuştur.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin gelir durumları açısından öz bakım gücü ve yaşam doyumunu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Gelir durumları açısından öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Gelir Durum	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	F ve p	Yaşam doyumunu puan ort. $\pm$ SD	K-W ve p
Hiç geliri yok	64.87 $\pm$ 32.08	F:4.01	5.86 $\pm$ 5.96	K-W: 12.60
50 – 120 milyon	72.55 $\pm$ 42.33	p:0.006**	8.11 $\pm$ 7.42	p: 0.006**
121 – 191 milyon	71.55 $\pm$ 37.91		7.97 $\pm$ 6.83	
192 milyon ve üstü	85.14 $\pm$ 33.40		9.89 $\pm$ 6.25	

\*\*  $p < 0.01$

Gelir durumlarına göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:4.01,  $p < 0.05$ ). 192 milyon ve üzeri geliri olanlarda öz bakım gücü en yüksek bulunmuştur.

Gelir durumlarına göre yaşam doyumunu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 12.60,  $p < 0.05$ ). 192 milyon ve üzeri gelir olanlarda yaşam doyumunu en yüksektir. Gelir durumu arttıkça öz- bakım gücü ve yaşam doyumunu artmaktadır.

Huzurevinde yaşayan bireylerin huzurevinde yaşama süreleri açısından öz bakım gücü ve yaşam doyumunu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Huzurevinde yaşam sürelerine göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Kalma süresi	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	F ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	K-W ve p
1 - 2 yıl	71.90 $\pm$ 36.63	F:0.62	7.62 $\pm$ 6.6	K-W: 1.56
3 - 4 yıl	69.41 $\pm$ 36.43	p:0.59 *	8.11 $\pm$ 6.84	p:0.66 *
5 - 10 yıl	75.97 $\pm$ 37.7		8.29 $\pm$ 6.88	
10 yıl ve üzeri	76.79 $\pm$ 36.49		7.28 $\pm$ 6.36	

\*  $p > 0.05$

Huzurevinde kalma sürelerine göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (F: 0.62,  $p > 0.05$ ).

Huzurevinde kalma sürelerine göre yaşma doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (K-W: 1.56,  $p > 0.005$ ).

Bireylerin huzurevinde yaşama nedenlerine göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14: Huzurevinde yaşama nedenlerine göre öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Neden	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	F ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	K-W ve p
Ekonomik	68.41 $\pm$ 34.85	F:0.69	7.02 $\pm$ 6.34	K-W: 7.93
Yakını olmadığı için	70.63 $\pm$ 33.02	p:0.59*	6.75 $\pm$ 6.23	p:0.09*
Aile içinde geçimsizlik	73.80 $\pm$ 33.43		7.36 $\pm$ 6.43	
Çocukları ekonomik durumu iyi değil	75.78 $\pm$ 34.8		9.85 $\pm$ 6.9	
Yalnızlık	75.86 $\pm$ 39.66		8.48 $\pm$ 6.98	

\*  $p > 0.05$

Huzurevinde kalma nedenlerine göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (F:0.69,  $p > 0.05$ ).

Huzurevinde kalma nedenleri açısından yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (K-W: 7.93,  $p > 0.05$ ).

Bireylerin ziyaret edilme durumları ile öz-bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki ilişki Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15: Ziyaret edilme durumları ile öz-bakım gücü ve yaşam doyumları arasındaki ilişki

Ziyarete Gelen	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	t ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	z ve p
Var	78.18 $\pm$ 36.73	t=4.14	8.88 $\pm$ 6.77	Z=3.95
Yok	60.24 $\pm$ 34.13	p: 0.00 <sup>xxxxx</sup>	5.54 $\pm$ 5.95	p:0.00 <sup>xxxx</sup>

xxxx  $p < 0.001$

Ziyaret edilme durumlarına göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t: 4.14,  $p < 0.001$ ). Ziyaretçisi gelenlerde öz bakım gücü daha yüksektir.

Ziyaret edilme durumlarına göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z:3.95,  $p < 0.001$ ). Ziyaretçisi gelen bireylerde yaşam doyumu daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin sigara içme, sağlık sorunu olma ve özel diyet uygulama açısından ortalama puanları arasındaki fark tablo 15’ de gösterilmiştir.

Tablo 16: Sigara içme, sağlık sorunu ve özel diyet uygulama açısından öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Sigara İçme, Sağlık Sorunu ve Özel Diyet Uygulama Durumları	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	t ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	Z ve p
Sigara İçme				
Evet	75.68 $\pm$ 34.28	t:0.085	8.24 $\pm$ 6.53	Z:0.43
Hayır	71.95 $\pm$ 37.92	p:0.39*	7.79 $\pm$ 6.79	p:0.66*
Sağlık Sorunu				
Var	65.2 $\pm$ 35.9	t:6.60	6.457 $\pm$ 6.36	Z: 5.82
Yok	92.76 $\pm$ 31.65	p:0.00****	11.56 $\pm$ 6.18	p: 0.00****
Özel Diyet				
Hipertansiyon	69.64 $\pm$ 36.89	F:5.13	7.21 $\pm$ 6.62	K-W:15.29
Diabet	62.49 $\pm$ 34.44	P:0.00***	5.42 $\pm$ 6	p:0.004**
Kalp hastalığı	54.14 $\pm$ 30.39		4.91 $\pm$ 5.29	
Ülser	62.29 $\pm$ 38.52		6.41 $\pm$ 7.13	
Yok	81.10 $\pm$ 36.3		9.48 $\pm$ 6.69	

\* p > 0.05, \*\*\*\* p < 0.001, \*\* p < 0.05

Sigara içme durumlarına göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (t: 0.85, p>0.005).

Sigara içme durumlarına göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Z: 0.43, p>0.05).

Sağlık sorunu bulunma durumlarına göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.(t:6.60, p<0.001). Sağlık sorunu bulunan bireylerde öz bakım gücü düşük bulunmuştur.

Sağlık sorunu bulunma durumlarına göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z:5.82, p<0.001). Sağlık sorunu bulunmayan bireylerde öz bakım gücünün yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin kullandıkları diyetler açısından öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:5.13, p<0.001). Özel diyeti olmayanlarda öz- bakım gücü en yüksek iken, özel diyet kullananlardan hipertansiyon diyeti kullananların öz-bakım gücü yüksek bulunmuştur.

Bireylerin kullandıkları diyetler açısından yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 15.29,  $p < 0.05$ ). Özel diyeti olmayanlarda yaşam doyumu en yüksek iken, özel diyet kullananlardan hipertansiyon diyeti kullananların yaşam doyumu yüksek bulunmuştur.

Bireylerin günlük işlerde başkalarına ihtiyaç duyma ve ihtiyaç duyulan işler açısından öz bakım gücü ve yaşam doyumu ortalama puanları arasındaki fark Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 17: Bireylerin günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duyma durumları açısından öz-bakım gücü ve yaşam doyumları

Başkasına İhtiyaç Duyma ve İhtiyaç Duyulan İşler	Öz-bakım gücü puan ort. $\pm$ SD	t ve p	Yaşam doyumu puan ort. $\pm$ SD	Z ve p
Başkalarına İhtiyaç Duyma				
Evet	41.97 $\pm$ 21.34	t:21.47	2.14 $\pm$ 2.82	Z:3.28
Hayır	98.20 $\pm$ 25.97	p:0.00****	12.60 $\pm$ 5.11	p:0.00****
İhtiyaç Duyulan İşler				
Ev işi	49.02 $\pm$ 27.97	F:1.52	3.02 $\pm$ 3.87	K-W:8.13
Banyo	39.30 $\pm$ 9.42	,0	1.93 $\pm$ 3.33	P: 0.04**
Yürüyüş + alışveriş	31.92 $\pm$ 13.31	,0	1.00 $\pm$ 0.43	
Ev işi + banyo	42.08 $\pm$ 21.93	P:0.06*	2.21 $\pm$ 3.05	

\*\*\*\*  $p < 0.001$ , \*  $p > 0.05$ , \*\*  $p < 0.05$

Bireylerin günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duyma durumları açısından öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t:21.47,  $p < 0.001$ ). Günlük işlerde başkalarına bağımlılık duymayan yaşlı bireylerde öz bakım gücünün yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duyma durumlarına göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z:13.28,  $p < 0.001$ ). Günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duymayan yaşlı bireylerde yaşam doyumunun yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin günlük yaşamda bağımlılık duydukları işlere göre öz bakım gücü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (F:1.52,  $p>0.05$ ).

Bireylerin günlük yaşamda bağımlılık duydukları işlere göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 8.13,  $p < 0.05$ ). Yaşam doyumu, ev işi konusunda bağımlılık duyan yaşlı bireylerde en yüksek iken, yürüyüş- alış veriş konusunda bağımlılık duyan yaşlı bireylerde en düşük bulunmuştur.



## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma; huzurevinde yaşayan bireylerin öz bakımlarının yaşam doyumlarına etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bireylerin % 41.8'i (142 kişi) 55-64 yaş, % 16.5'i (56 kişi) 45-54 yaş grubundadır. % 72.4'ü (246 kişi) dul, % 10.9'u (37 kişi) evlidir (Tablo 1). Yazıcı'nın "Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin İncelenmesi " konulu araştırmasında 140 yaşlıdan 67' si duldur (60). Bu bulgular dul birey oranındaki yükseklik bakımından Yazıcı'nın araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Dul birey sayısının yüksek oluşu bireylerin yalnızlık nedeniyle huzurevini tercih etmiş olmalarına bağlanabilir.

Bireylerin huzurevine gelmeden önceki işlerine bakıldığında %3.5'inin (12 kişi) memur, % 39.1'inin (138 kişi) ev hanımı, % 5.9'unun (20 kişi) işçi, %31.9'unun (107 kişi) serbest meslek, % 20.0'sinin (68 kişi) emekli olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Emekli olma durumuna bakıldığında % 8.5'inin (29 kişi) kendi isteği ile, %16.2'sinin (55 kişi) kurum tarafından emekli edildiği saptanmıştır (Tablo 2). Gelir durumları incelendiğinde %43.5'inin (148 kişi) 121-191 milyon, % 22.4'ünün hiç geliri olmadığı görülmektedir (Tablo 2). Ekonomik durumları yeterli olmayan yaşlıların günümüz toplumunda bu gelire beslenmeleri, iyi bir konutta oturmaları ve diğer gereksinimlerini karşılamaları beklenemez. Bu nedenle huzurevi tercih nedenidir.

Bireylerin % 35.3'ü (120 kişi) 1-2 yıl arasında huzurevinde kalmaktadır (Tablo 3). Yaşlıların %46.5'i (158 kişi) yalnızlık nedeniyle, %28.8'i (98 kişi) ekonomik nedenlerle huzurevini tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 3).

Fadıloğlu ve arkadaşlarının İzmir Gürçeşme huzurevinde yaptıkları bir çalışmada da bireyler huzurevine geliş nedenleri olarak ilk sırada yalnızlığı belirtmişlerdir (28). Eşinin ölmesiyle yalnız kalan yaşlı birey, toplumumuzda çekirdek aile yapısına geçişle birlikte çocuklarıyla yaşayamamaktadır. Günlük işlerini tek başına

başaramama ve ilgilenecek kimsenin olmaması gibi nedenlerle huzurevini tercih etmektedir.

Bireylerin %38.5'i (131 kişi) ilkokul, %3.2' si (11 kişi) üniversite (yüksekokul) mezunudur (Tablo 1). Fadiloğlu ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 200 yaşlı birey ile yaptıkları çalışmada yaşlıların % 33.5'i (67 kişi) ilkokul, %4' ü (8 kişi) yüksekokul mezunudur (29). Araştırma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. İlkokul mezunu bireylerin sosyal güvencelerinin daha az olması ve ekonomik güçlükler gibi nedenlerle huzurevini tercih ettikleri düşünülebilir.

Bireylerin % 34.7'sinin (118 kişi) 2 veya 3 çocuğu vardır. Çimen'in İstanbul İl sınırları içinde yaşayan 100 yaşlı birey üzerinde yaptığı çalışmasında bireylerin %34'ünün (34 kişi) 2 veya 3 çocuğu, %26'sının (26 kişi) 5 ve daha fazla çocuğu, %24'ünün (24 kişi) 3 veya 5 çocuğu, %9'unun (9 kişi) çocuğu olmadığı saptanmıştır (14). Bu bulgu Çimen'in araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Bireylerin %71.5'i (243 kişi) huzurevinde ziyaret edilmektedir. Yazıcı'nın çalışmasında bireylerin %97.9'unun (137 kişi) ziyaret edildiği (66), Fadiloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %56.02'sinin (93 kişi) ziyaret edildiği (28) saptanmıştır. Bu sonuçlar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Geleneksel olarak Türk törelerinde varolan ana babaya ve yaşlıya saygının hala devam etmesi nedeniyle yaşlının ziyaret oranının çok yüksek olabileceğini bize düşündürmektedir.

Bireylerin %29.7'si (101 kişi) sigara, %0.6'sı (2 kişi) alkol kullanmaktadır. Çimen'in yaptığı çalışmada bireylerin %76'sının (76 kişi) sigara, %83'ünün ise alkol kullanmadığı (12), Fadiloğlu ve arkadaşlarının İzmir Gürçeşme Huzurevi'nde yaptıkları çalışmada yaşlıların %36.14'ünün (60 kişi) sigara kullandığı, %7.23'ünün (12 kişi) alkol kullandığı (28), Öztunç'un Adana Huzurevi'nde yaşayan 54 yaşlıyla yaptığı çalışmasında % 30'unun (16 kişi) sigara kullandığı, %6'sının (3 kişi) alkol kullandığı saptanmıştır (57). Bu sonuçlar araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bireylerin mevcut sağlık sorunları nedeniyle sigara-alkol kullanmadıklarını düşünebiliriz. Çalışma bulgularımız Fadiloğlu ve Öztunç'un çalışma bulgularıyla

paralellik gösterirken, Çimen'in çalışma bulgularıyla farklı örneklem grubuyla çalışmış olabileceğinden paralellik göstermemektedir.

Bireylerin %71.5'inde (243 kişi) sağlık sorunu bulunmaktadır. Gökdağ'ın Elazığ İli merkezindeki 2 sağlık ocağına bağlı bölgedeki 65 yaş üstü 159 yaşlı ile yaptığı çalışmasında, bireylerin, %59.75'inde (95 kişi) sağlık sorunu bulunduğu, %40.25'inde (64 kişi) sağlık sorunu bulunmadığı saptanmıştır (32). Sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Yaşlanmayla birlikte gelen fizyolojik değişimlerin beraberinde bir dizi sağlık sorunu getireceği beklediğimiz bir gerçekliktir. Sağlık sorunu olarak ilk sırayı kas-iskelet sistemi hastalığının alması araştırmanın çoğunluğunu kadınların oluşturması ve kadınlarda özellikle ileri yaşlarda menopozla birlikte osteoporoz durumunun yüksek olmasına bağlanabilir.

Bireylerdeki mevcut sağlık sorunlarındaki dağılıma bakıldığında ilk 3 sırada; kas-iskelet sistemi hastalığı görülenler %34.4 (117 kişi), kardiovasküler sistem hastalığı görülenler %28.2 (96 kişi), sindirim sistemi hastalığı görülenler %20.00 (68 kişi)'yi oluşturmaktadır (Tablo 4). Esengen ve Seçkin'in huzurevlerinde yaşayan 200 yaşlı ile yaptıkları çalışmalarında bireylerin %31.7'sinin (225 kişi) kardiyovasküler sistem hastalığı, %22.7'sinin (161 kişi) sindirim sistemi hastalığı, %22.4'ünün (159 kişi) kas-iskelet sistemi hastalığı taşıdıkları saptanmıştır (26). Bu hastalıkların sağlık sorunu olarak ilk 3 sırayı alması bakımından araştırma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Bireylerin %44.7'si (152 kişi) günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duymaktadır. Ekici'nin Gaziantep İli Akyol Sağlık Ocağı'na bağlı ailesinin yanında kalan, yine aynı ilde huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri 40 yaşlı bireyle yaptığı çalışmasında huzurevinde kalan bireylerin %27.5'inin (11 kişi) günlük işlerinde başkalarına bağımlı oldukları saptanmıştır (18). Araştırma sonuçlarımız yaş grubundaki farklılık nedeniyle benzerlik göstermemektedir.

Bireylerin %18.2'si (62 kişi) ev işi ve banyo, %3.5' i (12 kişi) yürüyüş-alışveriş işlerinde başkalarına bağımlılık duymaktadırlar (Tablo 5). Kas-iskelet, kardiovasküler sistem hastalığı gibi vücudun yoğun hareketini-işlevini kısıtlayan hastalıkların varlığı

bireylerin günlük işlerde bağımlı olmalarına neden olmaktadır. Ev işi-banyo daha yoğun kas-iskelet hareketi ve efor gerektirdiğinden (kalp hastalıkları açısından) bireylerin bağımlılık duydukları işler arasında ilk sırayı almış olmasında neden olabilir.

Bireylerin %26.2'si (89 kişi) hipertansiyon, %5'i (17 kişi) ülser diyeti kullanmaktadır (Tablo 6). Erci ve arkadaşlarının Erzurum ili Ceylanoğlu Sağlık Ocağı'nda 100 yaşlı bireyle yaptıkları çalışmalarında bireylerin %75.60'mın (34 kişi) hipertansiyon, %19.52'sinin (9 kişi) ülser diyeti kullandıkları saptanmıştır (21). Araştırma sonuçlarımız paralellik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada ortalama öz-bakım gücü puanı  $73.06 \pm 36.86$ , yaşam doyumu puanı  $7.92 \pm 6.71$  olup, öz-bakım gücü ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r: 0.839, p < 0.001$ ). Öz bakım gücü arttıkça anlamlı olarak yaşam doyumu da artmaktadır (Tablo 7). Çimen'in çalışmasında da öz bakım gücü arttıkça yaşam doyumu artmaktadır ( $r: 0.71, p: 0.00$ ) (14).

Çalışmamızda erkeklerde yaşam doyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $Z: 2.21, p < 0.05$ ). Ekici'nin çalışmasında kadınlar da depresyon gibi yaşam doyumu faktörünün erkeklere göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır (18). Bu sonuç araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir. Özellikle ülkemizde kadınlar doğurganlık yaşını geçince, çocukları büyüyüp kendine gereksinimleri kalmayınca, gençlik ve güzellik değerlerinin kaybolmasıyla ve yaşamı boyu kendinden çok yerine getirdiği işlevlere güvenmeyi öğrenmesi, dul kadın olma, yalnız olma, başkalarına muhtaç olma gibi nedenlerle yaşam doyumları erkeklerden daha düşük çıkmış olabilir.

Çalışmamızda öz bakım gücü 75 ve üstü yaşlarda en düşük düzeyde bulunmuştur ( $F: 133, p < 0.001$ ). Çimen' in araştırma sonuçlarında 70-79 yaşları arasında bulunan bireylerin öz-bakım gücü daha yüksek bulunmuştur, bireylerin yaş grupları arasında öz bakım yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $F; 2.72, p > 0.07$ ). Bu sonuç araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir. Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının artması özellikle kas-iskelet sistemi hastalıklarında vücut

fonksiyonlarındaki kayıplar (araştırmamızda kas-iskelet sistemi hastalıkları en yüksek sayıda) bireyi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa itmektedir.

Çalışmamızda yaşam doyumu 55-64 yaş grubunda en yüksek iken, 75 yaş ve üzeri yaş grubunda en düşük bulunmuştur (K-W: 162.60,  $p < 0.001$ ). Mete'nin Elazığ merkezindeki 2 sağlık ocağına bağlı bölgede yaşayan 80 yaşlı birey ile yaptığı araştırmasında 70 yaş ve üzeri yaştaki bireylerin yaşlılıktan memnun olmadıkları saptanmıştır (49). Pınar ve Çınar'ın Maltepe Huzurevi'nde yaşayan 200 yaşlı birey ile yaptığı çalışmasında, yaş artışına paralel olarak bireylerin yaşam kalitesi/doyumunun ( $p < 0.01$ ) azaldığı gösterilmiştir (59). Mete (49) ile Pınar ve Çınar'ın (59) araştırma sonuçları, araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. 70 yaş ve üzerindeki yaşlılarda fizik gücün azalması bağımlılığın artması, yalnızlık ve sağlık sorunlarının artması, ölüm korkusu gibi nedenlerin daha ön plana çıkması nedeniyle yaşlı olmaktan mutsuz olmaları olasıdır.

Çalışmamızda öz bakım gücü önceki işi memur olanlarda en yüksek iken ev hanımlarında en düşük bulunmuştur (F:3.84,  $p < 0.05$ ). Bunu memurların eğitim düzeylerinin yüksek oluşuna ve günlük yaşamda iş koşullarının gerektirdiği özellikleri (uygun kıyafetler, diş fırçalama gibi) halen sürdürmelerine bağlayabiliriz.

Araştırmamızda yaşam doyumu emekli olanlarda yüksek bulunmuştur (K-W: 23.32,  $p < 0.001$ ). Emeklilikteki sosyal güvencenin bireye verdiği rahatlık, huzur ve güven yaşam doyumunun artmasına etken olmuş olabilir.

Çalışmamızda beş ve üzeri çocuğu olanlarda yaşam doyumu en yüksek iken, hiç çocuğu olmayanlarda en düşük bulunmuştur (K-W: 15.96,  $p < 0.05$ ).

Çocukların vermiş olduğu sahiplenme duygusu, huzurevini ziyaretlilikleri, yaşlının bazı gereksinimlerini (para, bakım gibi) üstlenmeleri yaşlının ruhsal olarak rahatlığına, mutluluğuna neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda Eğitim durumları açısından öz-bakım güçleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (F: 10.96,  $p < 0.001$ ). Okur-yazar olmayanlarda öz-bakım en düşük bulunurken, üniversite mezunlarında en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Uzun'un Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine çeşitli nedenlerle başvuran, yaşları 65 ve üzerinde olan 105 yaşlı bireyle yaptığı çalışmasında okur- yazar olmayan bireylerin % 77.1'inin dişlerini hiç fırçalamadığı saptanmıştır (64). Çimen'in çalışmasında üniversite mezunu olan bireylerin öz-bakım gücü daha yüksek bulunmuştur (F: 3.99,  $p < 0.04$ ) (14). Yazıcı'nın çalışmasında da yaşlıların eğitim düzeyleri ile günlük işlevlerini yerine getirme arasında ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur ( $\chi^2$  : 53.57,  $p < 0.001$ ) (66). Araştırma sonuçlarımız; Uzun (63), çimen (14) ve Yazıcı (66)'nın araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyinin artışı, kişilerin kitap, gazete-dergi gibi yayınları takip ederek daha bilinçli olmalarına ve dolayısıyla bilinçli öz bakım davranışları geliştirmelerine neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda eğitim düzeyi açısından yaşam doyumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 41.72,  $p < 0.001$ ). Pınar ve Çınar'ın çalışmasında da bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça yaşam doyumları artmaktadır (F:5.21,  $p < 0.001$ ) (59). Bu sonuç araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Çimen'in çalışmasında ise öğrenim grupları arasında yaşam doyumunu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F: 2.28,  $p > 0.06$ ) (14). Bu sonuç araştırma sonucumuzla benzerlik göstermemektedir. Eğitim durumunun artması, daha iyi öz-bakım becerileri, sosyal ilişkiler ağının daha geniş olması, öz-güven kazandırma, daha iyi yaşam koşullarını kazandırdığından tüm bu faktörler bireyin ruhsal ve fiziksel konumunu etkileyerek yaşam doyumunu etkileyebilir.

Yaptığımız çalışmada, gelir durumları açısından yaşam doyumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (K-W: 12.60,  $p < 0.05$ ). Mete'nin araştırma sonuçlarında 499.000 TL. geliri olanların %22.86'sı yaşlı olmaktan memnun iken, 2.000.000 TL. ve üstünde geliri olanların %29.41'i memnun olduğunu söylemiştir. Bireyin ekonomik durumunun yüksekliği ile yaşlı olmaktan duyulan memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (49). Bu sonuç araştırmamızı destekler niteliktedir. Bireyin gelir

durumunun yüksek olması daha iyi yaşam koşullarına sahip olmasına, tedavi-bakım ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılayabilmesine, dolayısıyla kendine güveninin artmasına ve yaşama daha olumlu bakmasına neden olabilir.

Araştırmamızda gelir durumları açısından öz-bakım güçleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (F: 4.01,  $p<0.05$ ). Gelir durumu düşük olanlarda öz-bakım gücü daha düşüktür. Ekonomik düzeyin iyi olması bireylerin bakım ihtiyaçlarını istedikleri nitelikte karşılamalarını sağlayabilir.

Araştırmamızda ziyaretçisi gelen bireylerde yaşam doyumu yüksek bulunmuştur (Z:3.95,  $p<0.01$ ). Değer verildiği, sahiplenildiği, yalnız olmadığını bilmenin uyandırdığı ruhsal rahatlık bireyin yaşam doyumunu etkileyebilir.

Yaptığımız çalışmada; sağlık sorunu olanlarla olmayanlar arasında öz-bakım gücü ve yaşam doyumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (t: 6.60,  $p<0.001$  ve Z:5.82,  $p<0.001$ ). Çimen'in araştırma sonuçlarında, sağlık sorunu bulunan yaşlı bireylerde öz-bakım gücü düşük bulunmuştur (F: 3.18,  $p<0.004$ ) (14). Bu sonuç araştırmamızı destekler niteliktedir. Araştırmamızda kas-iskelet sistemi hastalığı görülen birey sayısı en fazladır (Tablo 4). Yaşlılıkta kas atrofileri nedeniyle güç kaybı, esnekliğin azalması ve hastalıklar nedeniyle hareketler giderek kısıtlanır. Yaşlı önceden yaptığı işleri yapamaz hale gelir. Başkalarına bağımlılık duymasının da bireyin öz bakım gücünü azaltabileceğini düşünebiliriz. Araştırmamızda kas-iskelet, sindirim, sinir, solunum, üriner sistem hastalığı olanlarda yaşam doyumu düşük bulunmuştur (Tablo 18). Kırdı ve arkadaşlarının Ankara Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayan 50 yaşlı ile doğal çevrede yaşayan 50 yaşlı ile, yaptıkları çalışmalarında sağlık düzeyi iyi olan yaşlı bireylerin yaşam doyumları yüksek bulunmuştur (40). Bu sonuç araştırmamızı destekler niteliktedir. Günlük yaşamda sağlık sorunu olan, bakım gereksinimi duyan yaşlı bireyin öz güveni azalır, kendi kendine yetemediği duygusunu yaşayan yaşlı birey mutsuz olabilmekte bu duygular yaşam doyumunu azaltabilmektedir. Ülkemizde huzurevlerinde yaşayan bir grup yaşlıda yapılan bir araştırmada yaşlıların %64'ünün birine bağımlı olmaktan, %33'ünün saç

değişikliklerinden, %53'ünün de beden değişikliklerinden üzüntü duydukları belirlenmiştir. (13).

Çalışmamızda diyet kullanan bireylerde öz-bakım gücü (F:5.13,  $p<0.001$ ) ve yaşam doyumları (K-W: 15.29,  $P < 0.05$ ) düşük bulunmuştur. Hipertansiyon diyeti kullanan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları ve yaşam doyumu puan ortalamaları kalp hastalığı diyeti kullanan bireylere göre oldukça yüksek saptanmıştır. hipertansiyon diyetinde sadece su ve tuzun kısıtlanması yeterliyken, kalp hastalığı diyetinde su, tuz, karbonhidrat, yağ ve kolesterolden düşük diyet gibi daha geniş kapsamlı diyetin zorunlu olması nedeniyle öz bakım gücü ve yaşam doyumu puanları düşük çıkmış olabilir.

Araştırmamıza göre, evli olanların öz bakım gücü puanı bekâr ve dul olanlara göre yüksek bulunmuştur (F: 8.30,  $p<0.001$ ). Çimen'in çalışmasında eşi ile birlikte yaşayanların öz bakım gücü (F: 2.70,  $p< 0.03$ ) daha yüksektir (14). Bu sonuç araştırma sonucumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızda, evli olanların yaşam doyumu bekâr ve dul olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (K-W: 23.32,  $p<0.001$ ). Pınar ve Çınar'ın çalışmasında evli olanların hemen hemen her alanda yaşam kalitesi puanlarını bekâr ve dul olanlara göre daha yüksek bulmuştur. Mental sağlık puanı açısından evli ( $64.29\pm 19$ ) ve bekâr olanlar ( $48.84 \pm 21$ ), evli ( $64.29\pm 19$ ) ve dul ( $53.65 \pm 18$ ) olanlar arasındaki istatistiksel fark ileri derecede anlamlı bulmuştur (F: 9.92,  $p<0.001$ ) (59).

## Sonuçlar;

- ◆ Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%41.8) 55 ile 64 yaş grubunda olduğu,
- ◆ Yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%38.5) ilkokul mezunu olduğu,
- ◆ Yaşlı bireylerin %46.5'inin yalnızlık nedeniyle huzurevinde kaldığı,
- ◆ Bireylerin %71.5'inde sağlık sorunu bulunduğu ve ilk sırayı kas-iskelet sistemi hastalıklarının aldığı (%34.4),
- ◆ Bireylerin %44.7'sinin günlük işlerinde başkalarına bağımlılık duyduğu,
- ◆ Yaşlı bireylerin %26.2' sinin hipertansiyon diyeti uyguladığı saptanmıştır.
- ◆ Öz bakım gücü; 55-64 yaş grubunda ( $p<0.001$ ), memurlarda ( $p<0.05$ ), evli olanlarda ( $p<0.001$ ), üniversite mezunlarında ( $p<0.001$ ) 192 milyon ve üzeri geliri olanlarda ( $p<0.05$ ), ziyaretçisi gelenlerde ( $p<0.001$ ), günlük işlerde başkalarına bağımlılık duymayanlarda ( $p<0.001$ ) yüksek bulunmuştur.
- ◆ Yaşam doyumu; erkeklerde ( $p<0.05$ ), 55-64 yaş grubunda ( $p<0.001$ ), emeklilerde ( $p<0.05$ ), evli olanlarda ( $p<0.001$ ), beş ve üzeri çocuğu olanlarda ( $p<0.005$ ), lise ve üniversite mezunlarında ( $p<0.001$ ), 192 milyon ve üzeri geliri olanlarda ( $p<0.05$ ), ziyaretçisi gelenlerde ( $p<0.001$ ), sağlık sorunu bulunmayanlarda ( $p<0.001$ ), günlük işlerde başkalarına bağımlılık duymayanlarda ( $p<0.001$ ), hipertansiyon diyeti kullananlarda ( $p<0.05$ ) yüksek bulunmuştur.
- ◆ Öz bakım gücü ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $r: 0.839$ ,  $p<0.001$ ). Sonuç olarak yaşlı bireylerde öz bakım gücü yükseldikçe yaşam doyumu da yükselmektedir.

## 8. EKLER

### ANKET – I FORMU ( EK 1 )

Değişken	Kolon	Demografik Özellikler ile İlgili Maddeler
	1	Cinsiyetiniz ( ) 1. Kadın ( ) 2. Erkek
	2	Medeni durumunuz ? ( ) 1. Evli ( ) 2. Bekar ( ) 3. Dul
	3	Huzurevine gelmeden öncek işiniz neydi ? ( ) 1. Memur ( ) 2. Ev Hanımı ( ) 3. İşçi ( ) 4 S. Meslek ( ) 5 İşsiz ( ) 6. Emekli
	4	Emekli olma durumunuza aşağıdaki seçeneklerden hangisi uygundur ? ( ) 1. Kendi isteğimle emekli oldum ( ) 2 Kurum tarafından ( ) 3 Sağlık sorunlarım nedeniyle ( ) 4 Diğer
	5	Kaç çocuğunuz var ? ( ) 1. 1 ( ) 2. 2-3 ( ) 3. 3-5 ( ) 4. 5 ve fazlası ( ) 5. Yok
	6	Öğrenim durumunuz ? ( ) 1. Okur Yazar Değil ( ) 2. Okur-yazar ( ) 3. İlkokul ( ) 4. Ortaokul ( ) 5. Lise ( ) 6. Üniversite
	7	Şu anki gelir miktarınız nedir ? ( ) 1. Emekli Maaşı ( ) 2. Ailesinden ( ) 3. Kurum maaşı ( ) 4. Yok
	8	Şu anki gelir miktarınız nedir ? ( ) 1. Hiç gelirim yok ( ) 2 Ayda 50-120 milyon ( ) 3 Ayda 121-191 milyon ( ) 4 192 milyon ve üstü
	9	Huzurevinde kaç yıldır yaşıyorsunuz ? ( ) 1. 1-2 yıl ( ) 2. 3-4 yıl ( ) 3. 5-10 yıl ( ) 4. 10 yıl ve üzeri
	10	Huzurevinde kalma nedeniniz nedir ? ( ) 1. Ekonomik nedenlerle, ( ) 2 Yakını olmadığı için ( ) 3 Aile içinde geçimsizlik ( ) 4 Çocuklarının ekonomik durumunun iyi olmaması ( ) 5 Yalnızlık
	11	Sizi ziyarete gelen var mı ? ( ) 1. Var ( ) 2. Yok
	12	Sigara içiyormusunuz ? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

- 13 Alkol kullanıyorsunuz mu ?  
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
- 14 Herhangi bir sağlık sorununuz var mı ?  
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
- 15-27 Yanıtınız evet ise aşağıdaki sorunlardan hangisi ya da hangileri var ?  
( ) 1. Kardiyovasküler Sistem Hastalığı  
( ) 2. Üriner sistem Hastalığı  
( ) 3. Kas-İskelet Sistemi Hastalığı  
( ) 4. Sindirim Sistemi Hastalığı  
( ) 5. Solunum Sistemi Hastalığı  
( ) 6. Sinir sistemi Hastalığı  
( ) 7. Genital Sistemi Hastalığı  
( ) 8. Ruh Sağlığı Bozukluğu  
( ) 9. Görme Bozukluğu  
( ) 10. Koku Alma Bozukluğu  
( ) 11. Tat Alma bozukluğu  
( ) 12. Dokunma ( Hissetme ) Bozukluğu  
( ) 13. Uyku Bozukluğu
- 28 Günlük işlerde başkalarına ihtiyaç-bağımlılık duyuyormusunuz?  
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
- 29 Duyuyorsanız hangi işlerle ilgili belirtiniz.
- 30 Kullandığınız diyet ya da diyetler var mı ?  
( ) 1. Hipertansiyon  
( ) 2. Diabet  
( ) 3. Kalp Hast.  
( ) 4. Ülser  
( ) 5. Yok

## ANKET – II ( Ek 2 )

### ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şikkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karışısındaki bölüme ( x ) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Değiş Ken	Kolon		Beni hiç Tanım- lamıyor	Beni pek tanım- lamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanım- lıyor	Beni çok tanım- lıyor
X19	31	Eğer sağlığım sözkonusu ise bazı alışkanlıklarını memnuniyetle bırakırım	( )	( )	( )	( )	( )
X20	32	Kendimi beğeniyorum	( )	( )	( )	( )	( )
X21	33	Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
X22	34	Sağlığımın kötüye gitmesini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum	( )	( )	( )	( )	( )
X23	35	Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X24	36	Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
X25	37	Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
X26	38	Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
X27	39	Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
X28	40	Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
X29	41	Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
X30	42	Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
X31	43	Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
X32	44	Sağlığuma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
X33	45	Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X34	46	Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X35	47	Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X36	48	Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X37	49	Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X38	50	Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
X39	51	Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
X40	52	Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
X41	53	Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
X42	54	Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
X43	55	Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
X44	56	Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X45	57	Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )

X46	58	Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
X47	59	Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X48	60	Vücudumun çalışması ile ilgili herşeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X49	61	Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemey ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
X50	62	Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )
X51	63	Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X52	64	Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
X53	65	Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )
X54	66	Toplam puan					



## ANKET-III (EK-III)

### YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Yönerge. Aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra, tamamen katılıyorsanız “evet” katılmıyorsanız “hayır” ifadelerinin altına (x) işareti koyunuz.

Değiş- Ken	Kolon		Evet	Hayır
X55	67	Yaşlandıkça herşey beklediğimden daha iyi gidiyor.	( )	( )
X56	68	Hayatım boyunca tanıdığım pekçok insandan daha şanslıyım	( )	( )
X57	69	Bu günler hayatımın en değerli zamanları	( )	( )
X58	70	Şu anda da gençliğimde olduğu kadar mutluyum.	( )	( )
X59	71	Hayatım şimdikinden daha mutlu olabilirdi.	( )	( )
X60	72	Bu yıllar hayatımın en iyi yılları.	( )	( )
X61	73	Yaptığım pek çok şeyi sıkıcı ve monoton buluyorum.	( )	( )
X62	74	İleride ilginç ve güzel şeylerle karşılaşacağımı ümit ediyorum.	( )	( )
X63	75	Şu anda yaptığım şeyler her zaman olduğu gibi ilginç geliyor.	( )	( )
X64	76	Kendimi yaşlı ve hayli yorgun hissediyorum.	( )	( )
X65	77	Kaç yaşında olduğumu biliyorum ve bu beni rahatsız etmiyor	( )	( )
X66	78	Geriye dönüp hayatıma baktığımda, olup bitenlerden bayağı memnun oluyorum.	( )	( )
X67	79	Geçmişteki hayatımı değiştirebilmek elimde olsa yine de değiştirmek istemem.	( )	( )
X68	80	Kendime yaşlılarımla karşılaştığımda, hayatım boyunca bazı yanlış kararlar verdiğimi düşünüyorum.	( )	( )
X69	81	Yaşıtlarıma göre, ben daha iyi görünümdeyim.	( )	( )
X70	82	Şimdiden gelecek ay ve gelecek sene içinde neler yapacağımı planladım.	( )	( )
X71	83	Geriye dönüp baktığımda hayatımda önem verdiğim birçok şeyi elde edemediğimi görüyorum.	( )	( )
X72	84	Başka kişilerle kendimi karşılaştığımda sık sık daha çok üzülüyorum.	( )	( )
X73	85	Hayatta istediğim pek çok şeyi elde ettim.	( )	( )
X74	86	Başkası ne derse desin, bence insanların durumu iyiye değil, kötüye gidiyor.	( )	( )
X75	87	Toplam puan		
X76	88	Yaşınız		

## 9. KAYNAKLAR

1. Akdemir N., Görgülü S.: Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma, “ Sağlıklı Yaşlanma ” , Sempozyum kitabı, s. 379-384, Başbakanlık- SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
2. Akyol A.: Yaşam kalitesi ve hemşirelik yaklaşımları., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt.9, sayı .2,s. 75-80, 1993.
3. Akyol A.: Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt. 9, sayı. 2, s. 71-75, 1993.
4. Argon G.: Sağlıklı yaşlılık ve hemşirelik, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt.8, sayı.3, s. 107-113, 1992.
5. Aslan A.: Bakım yurtlardaki yaşlıların hemşirelik bakım gereksinimleri, Türk Hemşireler Derneği Dergisi, cilt. 33, sayı. 2, s. 27-29, 1983.
6. Bayraktar N.: Yaşlı hastada yara iyileşmesi ve hemşirelik bakımı, “ Sağlıklı Yaşlanma” , Sempozyum kitabı, s. 272-276, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara , 1992.
7. Biçer S., Atalay M.: 60 üstü yaş ve kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu, 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 1998.
8. Birol L., Conk Z.: Hemşirelik Süreci, I. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1985.
9. Birol L.: İç Hastalıkları Hemşireliği, s. 18-24, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, 1989.

10. Büyükçoşkun A.: Yaşlılık ve evde bakım hizmetleri, “ Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 152-154, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
11. Björvell, H., Hyalander, B.: “Functional status and personality in patients on chronic dialysis”, Journal ou Internal medicine, 226, 1989, 319-324. (İçinde: Akyol A.: Yaşam kalitesi ve hemşirelik yaklaşımları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt. 9, sayı. 2, s. 75-80, 1993).
12. Cynthia, C. Nieves., Richard, A., Mary, A.: “Reletionship between effective coping and perceived quality of life in spinal cord injured patients”, Rehabilitation Nursing, 16, 3, (1991), 129-132. (İçinde: Akyol A.: Yaşam kalitesi ve hemşirelik yaklaşımları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt. 9, sayı. 2, s. 75-80, 1993).
13. Çakmakçı M., Kutsal G.: Geriatri 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara , 1997.
14. Çimen S.: Yaşlı Bireylerde Öz Bakım ve Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996 (Danışman: Prof. Dr. Ç. Pektekin).
15. Çivi S., Tanrıkulu Z.: Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma, Geriatri dergisi, cilt. 3, sayı. 3, s. 10-14, 2000.
16. Danışoğlu E.:Yaşlılık politikaları- yaşlılık hizmetleri, “ Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 95-97, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
17. Eker E.: I. Psikosomatik sempozyumu bilimsel yayınları, s. 76-90, Antalya, 13-14 Mart 1992.

18. Ekici H.: Akyol sağlık ocağına bağlı evinde kalan yaşlılarla huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik semptom taraması ve yaşam doyumunu, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 121-129, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, Ankara., 1992.
19. Emiroğlu N., Aksayan S.: Yaşlı sağlığının değerlendirilmesinde yaşlı izlem formunun kullanılması, " Sağlıklı Yaşlanma" , Sempozyum kitabı, s. 161-168, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
20. Emiroğlu V.: Sosyo-kültürel yönleriyle sağlıklı yaşlanma", Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 31-67, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
21. Erci B.: Yaşlılığa uyumu güçlendiren faktörler, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 68-90, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
22. Erdem Y.: Yarın çok geç olabilir, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 327-328 Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
23. Ergüven N.: Fiziksel yönleri ile sağlıklı yaşlanma, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 19-30 Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
24. Erkan G., Işıkhan V.: Antropoloji ve yaşlılık, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, s. 16-31, Ankara, 2000.
25. Esen A.: " Yaşlılıkta görölen sağlık sorunları", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt. 8, sayı: 3, s. 97-105, 1992.
26. Esengen ř., Seçkin Ü.: "Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı" , Geriatri Dergisi , cilt.3, sayı .1, s. 6-10, 2000.

27. Evans, R. W., Marriner, D.L., Garison, L. P. et al.: The quality of life patients with end-stage renal disease, N Eng J. Med, 312: 553-558, 1985. (İçinde: Pınar R.: "Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Doktora Tezi, İstanbul, 1995 (Danışman. Yrd. Doç. Dr. B. Yürügen))
28. Fadiloğlu Ç., Esen A.: Huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve sağlık durumlarının incelenmesi, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum Kitabı, s. 139-148, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
29. Fadiloğlu Ç., Yürekli A.: Toplumdaki Yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt. 8, sayı . 3, s. 1-11, 1992.
30. Geçtan E.: Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar, Remzi kitabevi, s. 121-309, Ankara, 1999.
31. Göka E., Aydemir Ç. : " Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım" , Demans dizisi, cilt. 2,sayı. 1, s. 5-24, 2000.
32. Gökdağ F., Mete S.: Elazığ yöresindeki yaşlıların günlük yaşam alışkanlıkları, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, , s. 189-203, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
33. Gökdoğan F.: Virginia Henderson'un modeline göre hemşirelik eğitiminde yaşlı bakımı, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 255-263, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
34. Ham R., Sloane P.: Primary Care Geriatrics, p. 16-26, Washington, USA, 1996.

35. Harrington C.: Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care, *American Journal of Public Health*, vol. 91, no. 9, p. 1452-1455, 2001.
36. Höörnquist, J.O.: Quality of life: Concept and assesment, *Scan J Soc Med*, 18: 69-79, 1989. (İçinde: Pınar R.: “Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Doktora Tezi, İstanbul, 1995 (Danışman: yrd. Doç. Dr. B. Yürügen)).
37. Kane, R.: Long term care and a good quality of life bringing them closer together, *The Gerontologist*, vol. 41, no.3, p. 293-304, 2000.
38. Karadeniz G.: Yaşlılara evde bakım rehberi, s. 7-66, Emek matbaacılık, 1. Baskı, Manisa, 1999.
39. Karataş S.: Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Araştırılması, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1988 ( Danışman: Doç. Dr. S. Kut).
40. Kırdı N., Cavlak U.: Doğal çevrelerinde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda risk faktörlerinin incelenmesi, “Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 130-139, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
41. Kızılkaya N., Coşkun A.: Orem’in öz-bakım modelinin yaşlı bireye uygulanışı, “Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 250-254, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
42. Kızılkaya N., Coşkun A.: Yaşlılık ve hemşirelik süreci, “Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum Kitabı, s. 363-369, Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
43. Kaptagel G.: Tıpsal Psikoloji, s. 370-371, Güneş kitabevi, 3.baskı, Ankara, 1991.

44. Koşar N.: Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı, s.1-158, Şafak matbaacılık, Ankara, 1996.
45. Köşgeroğlu N., Aksoy F.: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştıkları sorunlar ve başetme yollarının değerlendirilmesi, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum Kitabı, s. 338-349, Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
46. Kut S.: Yaşlı hizmetleri politikası, "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum Kitabı, s.91-94, Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
47. Lehr U. : Yaşlanmanın Psikoloji (Çeviri editörü: Çotuk B.), s. 10-408, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, Bonn, 1972.
48. Mace N.Robins P.: 36 Saatlik Gün, s.56-94, Alzheimer derneği yayınları, savaş ciltevi, İstanbul, 1996.
49. Mete S., Gökdoğan F.: Elazığı yöresindeki yaşlı bireylerin yaşlılığı algılayışı "Sağlıklı Yaşlanma", Sempozyum kitabı, s. 371-378, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
50. Nahçıvan N.: "Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi", Hemşirelik Bülteni, cilt.6, sayı.24, s. 56-57,1992.
51. Marriner, A.: Nursing Theorists and Their Work. The Mosby Company, st. Louis, (1986). (İçinde: Velioğlu P.: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, s. 323 – 343, Alaş Ofset Matbaası, İstanbul, 1999).
52. Moles, A., Bilgin, N.: "Yaşam alitesi ve çevresel istikrarsızlık", Seminer 3, Bornova, 1984, 113 –121. (İçinde: Akyol A.: Yaşam kalitesi ve hemşirelik yaklaşımları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt. 9, sayı. 2, s. 75-80, 1993).

53. Örnek T., Bayraktar E.: Geriatrik Psikiyatri, s. 1-59, Saray Tıp Kitabevleri, 1. baskı, İzmir, 1992.
54. Öz. F.: Yaşlılıkta Ruh Sağlığı, Türk Hemşireler Derneği Dergisi, cilt. 42, sayı. 2, s. 5-10, 1992.
55. Özbaşaran Dede N.: Yaşlı nüfusun sessiz devrimi, Cumhuriyet bilim Teknik Dergisi, s. 2-3, 2002.
56. Özcan Arslan F.: Günlük yaşam aktivitelerine göre yaşlıların bakım ihtiyaçlarının saptanması ile ilgili bir çalışma “ Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 293-295, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
57. Öztunç G.: Adana huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstündeki bireylerin yaşlılık ve sağlıklarına ilişkin görüş ve uygulamaları ile mevcut durumlarının saptanması “ Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, , s. 112-,120 Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
58. Pınar R.: “Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Doktora Tezi, İstanbul, 1995 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Yürügen).
59. Pınar R., Çınar S.: Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları (kaliteleri) farklı mı? Karşılaştırmalı bir çalışma, Türk Hemşireler Dergisi, cilt. 51. sayı. 4, s. 10-18, 2001.
60. Sağlık Bakanlığı I. Ulusal Sağlık Kongresi Kitabı, Ankara, 1992.
61. Soygür H.: “ Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme” , Demans dizisi, cilt. 2, sayı. 1, s. 32-38, 2000.

62. Terakye G., Öz F.: Yaşlılara hizmet veren kurumlarda çalışan görevlilerin yaşlılığa bakış açısı “Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 296-303, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara, 1992.
63. Türkistalı E.: Atatürk mahallesindeki yaşlı bireylerin sağlık sorunları ve alışkanlıklarının belirlenmesi “Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 242-249, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.
64. Uzun H., Nazlıel H.: Yaşlıda medikal ve dental hikaye ile ağız içi ve dental muayene bulguları, Geriatri dergisi, cilt. 3, sayı.1, s. 3-5, 2000.
65. Velioglu P.: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, s. 323-343, Alaş ofset matbaası, İstanbul,1999.
66. Yazıcı R.: Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994 ( Danışman: Prof. Dr. Ç. Pektekin).
67. Zileli L.: Duygusal yönleri ile sağlıklı yaşlanma, “Sağlıklı Yaşlanma”, Sempozyum kitabı, s. 16-17, Başbakanlık – SHÇEK Basımevi, Ankara,1992.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Elâzığ'da dünyaya gelen Ezgi BAKIŞ İlk öğrenimini Elazığ ortaöğrenimini İzmir'de tamamlamıştır. İzmir Menemen Lisesi'nde 4 dönem okul üçüncüsü olmuş, 1996 yılında girdiği Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan okul dördüncüsü olarak 2000 yılında mezun olmuştur.

Çalışma yaşamına Ege Üniversitesi Hastanesi genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde başlamıştır. Şu an İstanbul Central Hospital Hastanesi cerrahi servisinde hemşire olarak çalışma hayatını sürdürmektedir.



EC YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

**SAGLIK BILIMLERI ENSTITUSU MUDURLUGUNE**

**Yuksek Lisans ogrencisi Ezgi BAKIS'in, calismasi jirimiz tarafından İc Hastahklari Hemshireligi Anabilim Dalı Yuksek Lisans tezi olarak uygun gorulmüstür.**

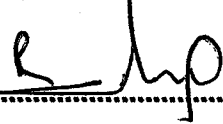
**İMZA**

**Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Sezgi ÇINAR**  
**Üniversitesi : Marmara**

**Üye : Doç.Dr.Rukiye PINAR**  
**Üniversitesi : Marmara**

**Üye : Doç.Dr.Şule ECEVİT ALPAR**  
**Üniversitesi : Marmara**

  
.....

  
.....

  
.....

**ONAY**

**Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun .16 /...159/ 2002 tarih ve .....4....  
sayılı kararıyla onaylanmıştır.**

  
**Prof.Dr.Sevim ROLLAS**  
**Müdür**

**TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU**  
**BAKİMLİ YAKINIK MERKEZİ**