

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YAŞLILARIN YAŞADIKLARI ORTAMA GÖRE
YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMU
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Hatice Nilden ARSLAN

Samsun/ 2011

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YAŞLILARIN YAŞADIKLARI ORTAMA GÖRE
YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMU
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Hatice Nilden ARSLAN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şennur DABAK

Samsun/ 2011

TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarım sırasında destek ve yardımlarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; tez danışmanım Prof. Dr. Şennur Dabak'a, Anabilim Dalı Başkanı'mız Prof. Dr. Yıldız Pekşen'e, Prof. Dr. Cihad DüNDAR'a, Doç. Dr. Ahmet Tevfik Sünter'e, Doç. Dr. Sevgi Canbaz'a, Yrd. Doç. Dr. Melek Coşkun'a ve yanımda olmasa da her zaman beni destekleyen arkadaşım Dr. Özlem Terzi'ye.....

İhtiyacım olduğu her an yanımda olan annem ve babama, eşime, en değerli varlıklarım *Zeynep, Alper ve Eren'e*

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

Teşekkür	I
İçindekiler	II
Tablo listesi	VIII
Şekil listesi	X
Özet	XI
Anahtar sözcükler	XII
Abstract	XIII
Key Words	XIV
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlanma İle İlgili Temel Kavramlar	4
2.1.1. Yaşlılık Dönemi	5
2.1.2. Toplum Yaşlanması	6
2.1.3. Demografik Dönüşüm	7
2.2. Dünyada Yaşlı Nüfus	8
2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus	11
2.4. Yaşlılarla İlgili Uluslararası Çalışmalar	13
2.5. Yaşlanmanın Sağlık Boyutu	15
2.5.1. Yaşlılık Döneminde Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi	17
2.5.2. Yaşlılıkta Koruyucu Uygulamalar	18
2.6. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu	23
2.7. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu	24
2.8. Yaşlanmanın Ekonomik Boyutu	25
2.9. Aktif Yaşlanma	26
2.9.1. Karşılıklı etkileşen belirleyiciler	28
2.9.2. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet sistemleri ile ilgili belirleyiciler	29
2.9.3. Davranışsal belirleyiciler	30
2.9.4. Kişisel belirleyiciler:	31
2.9.5. Fiziksel çevre ile ilgili belirleyiciler	32
2.9.6. Sosyal çevreye bağlı belirleyiciler	33

2.9.7. Ekonomik belirleyiciler	33
2.10. Yaşlıların Yaşam Ortamları	33
2.11. Yaşlı Bakım Hizmetleri	35
2.11.1. Evde Bakım	37
2.12. Yaşam Kalitesi	38
2.12.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	40
2.12.2. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	41
2.13. Yaşam Doyumu	43
2.13.1. Yaşlılık ve Yaşam Doyumu	45
3. GEREÇ ve YÖNTEM	47
3.1. Araştırma grubu	47
3.2. Veri toplama yöntemi ve araçları	48
3.2.1. Sosyodemografik veri formu	48
3.2.2. Yaşam Doyumu Ölçeği	48
3.2.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old)	49
3.2.4. Yaşlıların İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi	50
3.3. İstatistiksel analiz	50
4. BULGULAR	51
4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri	52
4.1.1. Yaş	52
4.1.2. Cinsiyet	52
4.1.3. Medeni durum	52
4.1.4. Eğitim durumu	52
4.1.5. Çalışma durumu	52
4.1.6. Gelir durumu	52
4.2. Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri	53
4.2.1. Kronik hastalığı olma durumu	53
4.2.2. Fiziksel engellilik durumu	53
4.2.3. Yardımcı cihaz kullanma durumu	53
4.2.4. Sigara ve alkol kullanma durumları	54
4.2.5. Ruhsal destek ihtiyacı olma durumu	54

4.2.6. Yaşlıların uyku durumları	54
4.2.7. Yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlık algıları	54
4.3. Diğer Özellikler	56
4.3.1. Birlikte yaşadıkları kişiler	56
4.3.2. Çocuk sahibi olma	56
4.3.3. Akraba ile görüşme sıklığı	56
4.3.4. Kitle iletişim aracı kullanımı	56
4.3.5. Kısa süreli bakım için yardım alabilme durumu	57
4.3.6. Yaşlıların gelecekle ilgili duyguları	57
4.4. Hizmet alma ile ilgili özellikler	57
4.5. Huzurevinde kalma ile ilgili özellikler	57
4.6. Yaşlıların İşlevsellik Düzeyinin Karşılaştırılması	58
4.7. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu	58
Açısından Değerlendirilmesi	
4.8. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu	61
Puanlarının Sosyodemografik Özellikler Açısından	
Değerlendirilmesi	
4.8.1. Yaş grupları Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam	61
Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	
4.8.2. Cinsiyet Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam	63
Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	
4.8.3. Medeni Durum Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam	65
Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	
4.8.4. Eğitim Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam	67
Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	
4.8.5. Çalışma Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam	69
Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	
4.8.6. Gelir Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam	71
Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	
4.8.7. Kronik Hastalığı Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve	73
Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	

4.8.8. Fiziksel Engellilik Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	75
4.8.9. Yardımcı Cihaz Kullanma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	77
4.8.10. Ruhsal Desteğe İhtiyacı Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	79
4.8.11. Uyku Sorunu Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	81
4.8.12. Çocuk Sahibi Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	83
4.9. TGYU Bağımlılık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	85
4.10. YGYU Bağımlılık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	87
4.11. Araştırma Grubunda Yaşam Kalitesini Etkileyen Risk Faktörleri	89
4.12. Araştırma Grubunda Yaşam Doyumunu Etkileyen Risk Faktörleri	90
5. TARTIŞMA	92
5.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri	92
5.1.1. Yaş	92
5.1.2. Cinsiyet ve Medeni durum	92
5.1.3. Eğitim durumu	92
5.1.4. Çalışma Durumu	93
5.1.5. Gelir durumu	93
5.2. Sağlıkla ilgili bazı özellikleri	94
5.2.1. Kronik hastalığı olma durumu	94
5.2.2. Fiziksel engellilik durumu	94
5.2.3. Yardımcı cihaz kullanma durumu	95
5.2.4. Sigara kullanma durumu	95
5.2.5. Ruhsal destek ihtiyacı olma durumu	95

5.2.6. Yaşlıların uyku durumları	96
5.2.7. Yaşlıların sağlık algıları	96
5.3. Diğer özellikler	97
5.3.1. Yaşlıların yaşamak istedikleri yerler	97
5.3.2. Çocuk sahibi olma	97
5.3.3. Yakınları ile görüşme durumları	98
5.4.Huzurevinde kalma ile ilgili özellikler	98
5.5. Yaşlıların işlevsellik düzeyinin karşılaştırılması	99
5.6.Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Açısından Değerlendirilmesi	100
5.7.Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Puanlarının Bazı Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	102
5.7.1. Cinsiyet Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	102
5.7.2. Yaş Grupları Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	103
5.7.3. Medeni Durum Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	103
5.7.4. Eğitim Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	104
5.7.5. Gelir Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	104
5.7.6. Kronik Hastalığı Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	105
5.7.7. Çocuk Sahibi Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	105
5.7.8. TGYU Bağımlılık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi	106
5.8.Araştırmanın kısıtlılıkları	107
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	108

7. KAYNAKLAR	110
8. EKLER	129
EK-1 Sosyodemografik veri formu	129
EK-2 Yaşam Doyumu Ölçeği	133
EK-3 Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old)	134

TABLO LİSTESİ**SAYFA NO**

Tablo I. Ülkelerin 2002 ve 2025 yılı beklenen yaşlı nüfus oranları	9
Tablo II. Türkiye’ de cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süreleri (2010-2025)	11
Tablo III. Türkiye’ de ölüme ve hastalık yüküne neden olan (DALY) ilk beş hastalığın dağılımı	17
Tablo IV. Yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması	52
Tablo V. Yaşlıların sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin karşılaştırılması	56
Tablo VI. Yaşlıların TGYU ve YGYU’daki bağımlılık durumları	60
Tablo VII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının karşılaştırılması	60
Tablo VIII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	62
Tablo IX. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı	64
Tablo X. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı	66
Tablo XI. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı	68
Tablo XII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı	70
Tablo XIII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı	72
Tablo XIV. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının kronik hastalığı olma durumuna göre dağılımı	74
Tablo XV. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının fiziksel engellilik durumuna göre dağılımı	76

TABLO LİSTESİ (DEVAM)**SAYFA NO**

Tablo XVI. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının yardımcı cihaz kullanma durumuna göre dağılımı	78
Tablo XVII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının ruhsal desteğe ihtiyacı olma durumuna göre dağılımı	80
Tablo XVIII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının uyku sorunu olma durumuna göre dağılımı	82
Tablo XIX. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı	84
Tablo XX. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının TGYU bağımlılık durumuna göre dağılımı	86
Tablo XXI. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının YGYU bağımlılık durumuna göre dağılımı	88
Tablo XXII. Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon modeli	90
Tablo XXIII. Yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon modeli	91

ŞEKİL LİSTESİ**SAYFA NO**

Şekil 1. Dünyada ve gelişim bölgelerinde nüfusun ortanca yaşı
(1950-2050)

10

Şekil 2. Yaş gruplarının yüzde dağılımları, Türkiye 1935-2050

12

Şekil 3. Nüfus piramidi, Türkiye 2010

13

Şekil 4. Aktif yaşlanmanın belirleyicileri

28

ÖZET

Giriş-amaç: Nüfusun yaşlanması, tüm dünyada ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir. Bu demografik değişimin etkileri toplumlarda farklı şekillerde görülmektedir. Bu çalışma ile Samsun ilinde 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşam doyumu düzeyinin yaşam ortamı ve çeşitli sosyodemografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma Samsun İlkadım ve Atakum ilçelerinde yapılmıştır. Araştırma grubunu Samsun Büyükşehir Belediyesi huzurevinde kalan, Samsun Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi'nden hizmet alan ve Atakum Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırmaya huzurevinde kalan 38, evinde belediyeden hizmet alan 60 ve evde yaşayan 60 kişi olmak üzere toplam 158 yaşlı alınmıştır. Araştırmanın verileri 01.11.2010-31.12.2010 tarihleri arasında, oluşturulan anket formu aracılığıyla, yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Yaşam ortamına göre farklılık gösteren 60 yaş ve üzerinde üç grup yaşlıya onamları alınarak; sosyodemografik özellikleri içeren anket formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old) ve Yaşam Doyumu Ölçeği araştırmacı tarafından uygulanmış; ayrıca yaşlıların işlevsellik düzeyi değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi), Ki kare Testi ve Logistik Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunda WHOQOL-old toplam skor ortalaması huzurevinde kalanlarda 39.2 ± 8.8 , hizmet alanlarda 40.8 ± 8.3 ve evde kalan yaşlılarda 50.3 ± 8.8 olarak bulunmuştur. Gruplar yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; huzurevinde kalanlarda 12.3 ± 5.7 , hizmet alanlarda 15.2 ± 7.9 , evde kalan yaşlılarda ise 23.6 ± 8.2 olarak bulunmuştur. Evde kalanlarda yaşam kalitesi ve yaşam doyumu, hizmet alanlardan ve huzurevinde kalanlardan daha yüksektir ($p < 0.001$). Sosyodemografik değişkenlere göre oluşturulan gruplarda yapılan değerlendirmelerde de evde yaşayanların yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan logistik regresyon analizinde, yaşam kalitesinin yaşam ortamı ve cinsiyetten;

yaşam doyumunun ise yaşam ortamı ve gelir durumundan etkilendiği sonucuna varılmıştır.

Sonuç-Öneriler: Çalışma sonucu elde edilen veriler, bakım gereksinimi olan yaşlıları kendi ev ortamından ayırmadan, yaşamlarını sürdürmelerini sağlayacak hizmetlerin sunulmasının, onların yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna olumlu katkı sağlayacağını gösterir niteliktedir. Yaşlı sağlığını geliştirme konusunda öncelikler belirlenmeli, gerekli müdahaleler yapılmalı ve koruyucu hizmetler sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Huzurevi, Yaşlı Hizmet Merkezi, Yaşam Kalitesi, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

Introduction-aim: An aging population is one of the most important demographic phenomena emerging across the world. The effects of this demographic change can be seen in various forms in societies. This study was intended to determine the association between quality of life and life satisfaction with living environment and various sociodemographic characteristics in a group of elderly people aged 60 and above in Samsun province in Turkey.

Materials-methods: This descriptive study was performed in Ilkadim and Atakum districts in Samsun. The study group consisted of elderly people living in the Samsun Municipality Nursing Home, receiving care services from the Samsun Municipality Services for the Elderly Center or applying to the Atakum Family Health Center. A total of 158 patients were enrolled, 38 living in a nursing home, 60 receiving municipality care services at home and 60 living independently at home. Research data were collected between 01.11.2010 and 31.12.2010 using a questionnaire at face-to-face interviews. Consent was obtained from the three groups of elderly people aged 60 and over with different life styles. The questionnaire investigating sociodemographic characteristics, World Health Organization Quality of Life in Elderly Module (WHOQOL-Old) and Life Satisfaction Scale were administered by a researcher. Subjects' functionality levels were also evaluated. Kruskal Wallis Analysis of Variance, the Mann Whitney U test, One-Way Analysis of Variance (post hoc Tukey test), the chi square test and logistic regression analysis were used for statistical analysis.

Results: Average total WHOQOL-old score was 39.2 ± 8.8 in subjects living in a nursing home, 40.8 ± 8.3 in those receiving care services and 50.3 ± 8.8 in those living independently in their own homes. Satisfaction with life levels were 12.3 ± 5.7 in subjects living in the nursing home, 15.2 ± 7.9 in those receiving services and 23.6 ± 8.2 in those living independently at home. Quality of life and satisfaction were higher among those living independently at home compared to those receiving services or living in the municipal home for the elderly ($p < 0.001$). Analysis of groups established on the basis of sociodemographic characteristics also showed that quality of life and satisfaction with

life were higher among those living independently at home. At logistic regression analysis, we concluded that quality of life was influenced by life style and gender, while life satisfaction was influenced by lifestyle and income.

Conclusion-Recommendations: In the light of our findings, the provision of services that will enable elderly to continue living without having to leave their own homes or family environments will make a positive contribution to increasing their quality of and satisfaction with life. Priorities must be determined with regard to improving the health of the elderly, the necessary measures taken and protective services provided.

Key words: Elderly, Nursing Home, Service Center for the Elderly, Quality of Life, Satisfaction with Life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yirmi birinci yüzyılın en önemli olgularından birisi, son yıllarda bilimsel ve teknolojik ilerlemelerle yaşam standartlarının yükseltilmesi, önlenebilir hastalık ve ölümlerinin azalması, aktivitelerin daha bağımsız yapılabilmesi, yaşam kalitesinin yükselmesi ile doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinin ve toplumdaki yaşlı nüfusunun giderek artmasıdır (Çubukçu, 2005). Nüfusun yaşlanması bütün ülkeler açısından büyük önem taşıyan sorunlar oluşturmaktadır.

İnsan yaşamındaki en önemli dönemlerden biri olan yaşlılık, kayıpların ve fiziksel gerilemenin görüldüğü, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerden etkilenen bir sonuçtur. Yaşlılık, hangi toplumda ve kültürde, hangi sınıf ve statüde olursa olsun kaçınılmaz bir yaşam sürecidir. Sonuç olarak yaşlılık, insanın zihinsel, bedensel ve ruhsal yapısının değişmesini ve var olan fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin azalmasını ifade eden bir döneme işaret etmektedir. Dolayısı ile yaşlılık dönemi kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yorumlanmaktadır (Akça, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 9 Nisan 2002 tarihinde yayımladığı basın bülteninde, tüm dünyada demografik bir devrimin yolda olduğu, toplumsal sağlık alanında meydana gelen benzeri görülmemiş ilerlemelerle 60 yaş ve üstü insanların sayısının toplam nüfus içindeki payının hiçbir yaş grubunda olmadığı kadar hızla yükseldiği belirtilmektedir. 1950 yılında %8, 2009 yılında %11 olan yaşlı nüfus oranının 2050 yılında artarak %22 olması beklenmektedir (Akgün ve Erdal, 2007; United Nations, 2009).

Ülkemizde 1950 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %3.3 iken; 2000 yılında bu oran %5.8'e, 2010 yılında da %7.2'ye yükselmiştir. 2050 yılında ise bu oranın %17.9'a çıkması beklenmektedir (Sökmen, 2008; TÜİK, 2010). Artan yaşlı nüfusu nedeniyle yaşlanma ve yaşlıya verilen önem de giderek artmaktadır.

Yaşlılarda kayıpların artması, emeklilikle birlikte toplumsal rollerin değişmesi, statü kaybı, ekonomik kayıplar, fiziksel gücün azalması, toplumsal yapıdaki değişiklikler, geleneksel ailenin değişip çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma hayatına girmesi ile yaşlıların evde bakımına yardımcı olacak kişilerin kalmaması, yaşlının giderek yalnızlaşması, ölüm korkusu, arkadaş ve aile ilişkilerinin zayıflaması, kalacak yer ile ilgili sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Sökmen, 2008). Aile yapısının değişmesi, ailelerin yaşlı bireylerinin ihtiyaçlarını karşılama güçlerinin yetersiz kalması, yaşlılara sunulacak hizmetin önemini artırmaktadır (Arun, 2008).

Yaşlılar kendi istekleri, ailelerinin etkisi ya da diğer sebeplerle kurumlara yerleştirilmektedirler. Bir çok yaşlı insan, huzurevlerini yaşamlarının son durağı, geri dönüşü olmayan bir kışla olarak nitelemektedir. Kendilerini ailelerinden dışlanmış olarak algılamakta ve yalnız hissetmektedir. Hissedilen yalnızlık sorunların hem kaynağı hem de sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (Göktaş, 2006). Ev, yaşlı kişinin akıl ve ruh sağlığını devam ettirmede önemlidir ve yaşlı kişi için değişen dünyada bildik bir yerdir, bir sığınaktır; yaşlıların özerkliği için en uygun alandır. Yaşlı kişinin kendine ait evinin olması toplum ilişkilerinin devamını sağlar. Bu bakımdan yaşlının psikososyal tedavisinin başında gelen, yaşlının mümkün olduğu kadar evinde bırakılmasına çalışmaktır (Lehr, 1994). Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzaması istenilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Yaşlanan bir toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini sürdürme, sosyal ve ekonomik olarak önem taşımaktadır. (Telatar ve Özcebe, 2004).

Yaşam kalitesi nesnel olmaktan çok öznel bir kavramdır ve bu yüzden yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak sosyoloji alanında kullanılmış ve günümüzde diğer disiplinlerde de kullanılmaya başlamıştır (Lin et al., 2008). Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir (Eser, 2006). Ayrıca, yaşam kalitesi kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak da tanımlanabilir.

Günlük yaşamda oldukça sık kullanılan mutluluk kavramı, tanımlanması güç ve farklı anlamlara gelen bir kavramdır. Bu nedenle sosyal psikologlar, mutluluk yerine yaşam doyumu ya da sübjektif iyi oluş kavramlarını kullanmaktadırlar (Özer ve Karabulut, 2003). Yaşlılıkta yaşam doyumunun üzerinde durulmasının nedeni, yaşlıların ruh sağlığı açısından risk grubu olarak kabul edilmesi ve yaşam doyumunun da ruh sağlığını etkileyen çok önemli bir etmen olarak kabul edilmesidir (Şener, 2010).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel bir yer oluşturan yaşlılara sunulacak bu hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında geniş bir bakış açısı sağlanmalı, sadece laboratuvar sonuçları değil, yaşamlarına etki eden diğer faktörler de belirli yöntemlerle somut biçimde ölçülerek bir bütün olarak değerlendirilmelidir (Telatar ve Özcebe, 2004).

Bu alışma ile Samsun ilinde 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu düzeyinin yaşam ortamı ve çeşitli sosyodemografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma İle İlgili Temel Kavramlar

Yaşlanma; ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür. Yaşam süresini belirleyen en önemli faktör genetikdir. Ancak, yaşam tarzı, çevresel faktörler, hastalıklar ve kişilerin olumsuz koşullar ile başa çıkma yolları gibi pek çok etken de yaşam süresinin belirlenmesinde rol oynar (Toprak ve ark., 2002).

Yaşlılık, yaşam sürecinin önemli bir dönemidir, yaşanması gereken bir süreçtir; zaten yaşamak yaşlanmaktır. Canlı, yaşamsal aktivitelerine başladığı andan itibaren, başlangıçta yavaş bir tempo ile başlayıp, giderek artan ve birikimli olarak devam eden, birçok kompleks olaylar sonucu yaşlanma dönemi için adeta hazırlıklara başlar. Vücudu en az yıpratıcı yaşam tarzı ve yaşlanma konusunda yeterli bilgiyle donanımlı bireyler, yaşlanma sürecini yavaşlatarak, sağlık ve dinçliklerini koruyarak, daha uzun yaşama şansını elde edebilirler (Akın, 2006).

Normal yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır (Toprak ve ark., 2002).

Yaşlanma ilkeleri ve özellikleri;

a-Yaşlanmanın, biyolojik, kronolojik, ruhsal, patolojik, sosyal ve ekonomik yönlerinin olması

b-Her toplumun kendine özgü yaşlanma sürecinin bulunması

c-Aynı toplumun bireylerinin farklı yaşlanma biçimi göstermesi

d-Hatta aynı bireyin organlarının farklı hızda yaşlanması

e-Farklı cinsiyetteki bireylerin yaşlanmaları arasında farklılıkların görülmesi

f-Günümüze kadar yaşlanmayı açıklamak için 130' dan fazla teorinin ileri sürülmesi ve bunların her birinin yaşlanmanın bir veya birkaç yönünü açıklayabilmesi gibi nedenler, yaşlanmanın birikimli ve çok karmaşık olaylar zincirinin bir sonucu olduğunun en güzel kanıtlarındandır (Akın, 2006).

Yaşlılık ve yaşlanma kavramları, tek bir tanımla yapılamadığından, genellikle yaşlılık; kronolojik, biyolojik, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak tanımlanmakta ve alt gruplara ayrılmaktadır (Soyuer, 2008).

Kronolojik yaşlılık, geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı “yaş”tır.

Biyolojik yaşlılık, yumurtanın döllenmesiyle anne karnında başlar. Yaşam biçimimiz, hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlandırabilmektedir. Tüm yaşam boyu süren bir olgudur.

Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern tanımda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da birikimleriyle yaşadığı dönemin adıdır.

Psikolojik yaşlılık; anılarda yaşama, geçmişe özlem, geçmişe takılı kalma, geçmişten kopamama. Geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı, üzüntü vb. duyguların tümü psikolojik çökme yaratır. Mutlaka profesyonel anlamda destek alınmalıdır.

Ekonomik yaşlılık; emekli olmakla başlayan evredir. Emekli olma yaşı, ülkelerin sosyal yapılanmalarına göre değişmektedir (Tümerdem, 2006)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı zamana bağlı olarak, kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması; böylece ölüm olasılığının yükselmesi olarak tanımlamıştır (Akgün ve Erdal, 2007). 1998 yılı Dünya Sağlık Raporu’nda ise yaşlanma; “özürlülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma” şeklinde yer almaktadır (İzgi, 2009).

2.1.1. Yaşlılık Dönemi

Yaşlı sağlığının korunması ile ilgili olarak 1963 yılında yapılan DSÖ seminerinde yaşlılık dönemi üçe ayrılmıştır:

- a.Orta yaşlılık (45-59 yaş)
- b.Yaşlılık (60-74 yaş)
- c.İleri derece yaşlılık (75 yaş ve üzeri)

Çalışma yaşamı açısından yaşlılık “Bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve emekli olduğu dönem” olarak ifade edilmekte ve genellikle sınırı 60 veya 65 yaş olarak kabul edilmektedir (Toprak ve ark., 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

Yaşlılık sınırı genelde 60 yaş olarak kabul edilmesine rağmen, 75 yaş ve sonrası dönemin bağımlılığa geçiş dönemi olması, 80 yaş ve üzerinde ise bakım ihtiyacının ortaya çıkması nedeniyle bu grupların ayrı değerlendirilmesi gerekir (Bilir ve Paksoy, 2007).

Birleşmiş Milletler (BM) de yaşlılıkla ilgili standart politikaların belirlenmesinde 60 yaşını başlangıç olarak kabul etmektedir (United Nations, 2008; United Nations, 2009).

2.1.2. Toplum Yaşlanması

Toplumlar için de yaşlılıktan söz edilmektedir. Dünya toplumları da yaş özellikleri açısından dört gruba ayrılmaktadır:

- **Genç Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranı % 4'den az olan toplumdur. Az gelişmiş ülkelerin çoğu nüfus yapısı bakımından genç toplum özelliğindedir.
- **Erişkin Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranı % 4-7 olan toplumdur. Çin dahil Batı Asya ve ılıman Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptadır.
- **Yaşlı Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranı %7-10 olan toplumdur. Kanada, Avustralya, Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.
- **Çok Yaşlı Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranı % 10'un üzerinde olan toplumdur. Bu toplumlarda fertilite çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş Avrupa Ülkeleri genellikle bu gruptadır (İzgi, 2009).

Günümüzde özellikle endüstrileşmiş ülkelerde nüfusun yaş dağılımındaki değişikliklere paralel olarak sağlık hizmetlerinin paylaşımı ve sosyal güvenlik hakları gibi pek çok sorunun hızla ortaya çıkması toplumları sosyal ve politik açıdan bir açmazla karşı karşıya bırakmıştır. Gerekli sosyal destek sistemleri oluşturulmadan ortaya çıkan yaşlı nüfustaki patlama halen yılda % 2.5 oranında bir artışla devam etmektedir ve bu toplum popülasyonundaki artış oranından çok fazladır. Günümüzde yaşılanan insan sayısı yılda 8 milyon artarken, 2030 yılında bu artışın yılda 24 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.

Dolayısıyla yirmi birinci yüzyıl ile birlikte gelişen en önemli kavramın; “toplumların yaşlanması” olduğu söylenebilir (Kutsal, 2007).

2.1.3. Demografik Dönüşüm

Dünya toplumlarının demografik yapılarında yaşanmakta olan ve yapılan projeksiyonlarda da süreceği hesaplanan yaşlı nüfus artışı ile ilgili demografik değişim, toplumların ekonomik yapılarını da etkileyeceği düşünülerek demografik dönüşüm olarak adlandırılmaktadır. Demografik dönüşüm, dünyadaki yüksek doğum ve ölüm oranlarının tarihsel süreçte azalarak düşük doğum ve ölüm oranlarına ulaşmasını ifade etmektedir. Söz konusu süreç, 1800’lerin başında Avrupa’da sanayileşmenin başlaması ile ortaya çıkmıştır. 2100 yılında ise bu sürecin biteceği tahmin edilmektedir (Lee, 2003).

Demografik Dönüşüm Modeli’ni ilk defa 1929 yılında demograf Warren Thomson ortaya atmıştır. Modelde, demografik dönüşüm üç bölüme ayrılmış, daha sonra 1945’de Dudley Kirk ve Frank Notestein’in katkılarıyla model geliştirilerek dört bölüm olarak belirlenmiştir (Montgomery, 2003):

Birinci Aşama: Yüksek doğum ve ölüm oranlarının gerçekleştiği modern yaşam öncesi dönemdir. Nüfus artış hızının çok yavaş olduğu bir dönemi ifade etmektedir. Tarım toplumu döneminden 17. yüzyılın sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Doğum ve ölüm hızları % 30–50 arasında gerçekleşmektedir. Bu dönemde çocuk ölüm hızlarının yüksek olmasına rağmen aile planlaması hizmetlerinin yeterince uygulanmaması nedeniyle doğum hızları yüksek olmuştur. Salgın hastalıklar, kötü sağlık koşulları, yiyecek kıtlığı ve savaşlar nedeniyle de yüksek ölüm hızları görülmüştür.

İkinci Aşama: Şehirleşme ve sanayileşmenin başladığı doğum hızlarının yüksek olduğu, ancak ölüm hızlarının azaldığı dönemdir. İlk olarak Kuzey Avrupa’da başlamıştır. Doğum hızları yüksek düzeyini korumuş, ölüm oranları ise tarım devrimi ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi sonucu düşüş göstermiştir. 18. yüzyılın sonunda başlayan ve 19. yüzyılın sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Özellikle sulama kanallarının geliştirilmesi ve yeni ekim teknikleriyle daha fazla ve daha kaliteli tarım ürünleri elde edilmesi, sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve bazı hastalıkların tedavi yollarının bulunması ölüm hızlarını düşürmüştür.

Üçüncü Aşama: 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın ortasına kadar olan gelişmiş sanayi dönemidir. Doğum ve ölüm hızları düşmüştür. Sanayi toplumuna geçişle birlikte geleneksel aile yapısının ve yaşam şeklinin değişmesi, kadınların eğitim düzeyinin artması doğum hızlarını azaltmıştır. Aynı zamanda teknolojiye gelişimin hızlanması, hastalıklarla ilgili tedavi yollarının bulunması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ölüm hızlarını düşürmüştür.

Dördüncü Aşama: İstikrarlı düşük doğum ve ölüm hızlarını ifade etmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra günümüze kadar olan dönemi kapsamaktadır. Tıp teknolojisindeki ilerleme, tarım sektöründeki nüfusun azalması, sağlık harcamalarının iyileştirilmesi ve sosyal alandaki gelişmeler söz konusu dönemde etkili olmuştur.

1947'de Blacker beşinci aşama olarak düşük doğurganlık aşamasını eklemiştir. Bu aşamada doğumlar ölümlerin de altına inerler ve nüfus azalmaya başlar (Bahar, 2009).

Böylece yaşam sürecinin erken yıllarındaki ölümlerin önlenmesi ile bireylerin uzun yaşaması sonucu artan yaşlı nüfus, tıp için başarı olarak algılanmaktadır. Çünkü sağlıklı ve uzun yaşama hep değer atfedilmiştir. Bu nedenle yaşlılık genel olarak arzu edilen yaşam dönemi kabul edilmemesine karşın, yaşlanabilme istenen bir durum, sosyoekonomik gelişmenin göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2007; İzgi, 2009).

2.2. Dünyada Yaşlı Nüfus

Son yüzyılda toplumların öğrenim düzeylerinin yükselmesi, ekonomik göstergelerin iyileşmesi, beslenmenin ve barınmanın gelişmesi, sağlık hizmetlerinin her geçen gün daha gelişmiş teknolojiye sahip olması ve ulaşılabilirliğinin artması, toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların önlenabilir ve tedavi edilebilir hale gelmesi, aile planlaması çalışmaları ve aşırı doğurganlığın azaltılması, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, kronik hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının artması yaşlı nüfusun artmasını sağlayan en önemli nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır (İzgi, 2009). Böylece yaşlı nüfus sayısı ölümlerin azalması ile artmaktayken, doğurganlığın önlenmesinde etkin yöntemler ve tıbbi gelişimle yeni doğan sayısında azalma izlenmektedir (WHO, 1999; WHO, 2002a).

Küresel olarak, 2000 ile 2050 yılları arasında, nüfus içinde 60 yaş ve üstü kişi oranının, %10'dan %21'e yükselerek, iki kat artması beklenirken

aynı dönemde çocuk oranının %30'dan %20'ye bir başka deyişle üçte bir oranında düşeceği tahmin edilmektedir (GEBAM, 2002). Öyle ki gelişmiş ülkelerde 1998 yılında çocuk nüfusu toplumdaki yaşlı nüfusu geçmekteyken, 2045 yılında ise tüm dünyada yaşlı sayısının çocuk sayısını geçmesi beklenmektedir (United Nations, 2009).

1950 yılında tüm dünyada 60 yaş ve üzerinde 205 milyon kişi vardı ve sadece üç ülkede 10 milyonun üzerinde yaşlı insan yaşıyordu: Çin, Hindistan ve Amerika Birleşik Devletleri(ABD). 2009 yılında ise bu sayı üç buçuk kat arttı ve 10 milyondan fazla yaşlıya sahip ülke sayısı da 12'ye yükseldi. 2050 yılında ise bu rakamın iki milyara ulaşması beklenmektedir. Ayrıca yaşlı insanların % 80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Bugün gelişmiş ülkelerde 60 yaş üzeri nüfus, toplumun beşte birini oluştururken gelecekte bu oranın üçte bir olacağı öngörülmektedir (WHO, 2002a; Petersen, 2005; United Nations, 2009; Akgün ve Erdal, 2007). Ülkelerin 2002 ve 2025 yılı beklenen yaşlı nüfus oranları Tablo I'de gösterilmiştir (WHO, 2002a).

Tablo I. Ülkelerin 2002 ve 2025 yılı beklenen yaşlı nüfus oranları

ÜLKE	2002 (%)	2025 (%)
İtalya	24.5	34.0
Japonya	24.3	35.1
Almanya	24.0	33.2
Yunanistan	23.9	31.6
Belçika	22.3	31.2
İspanya	22.1	31.4
İngiltere	20.8	29.4

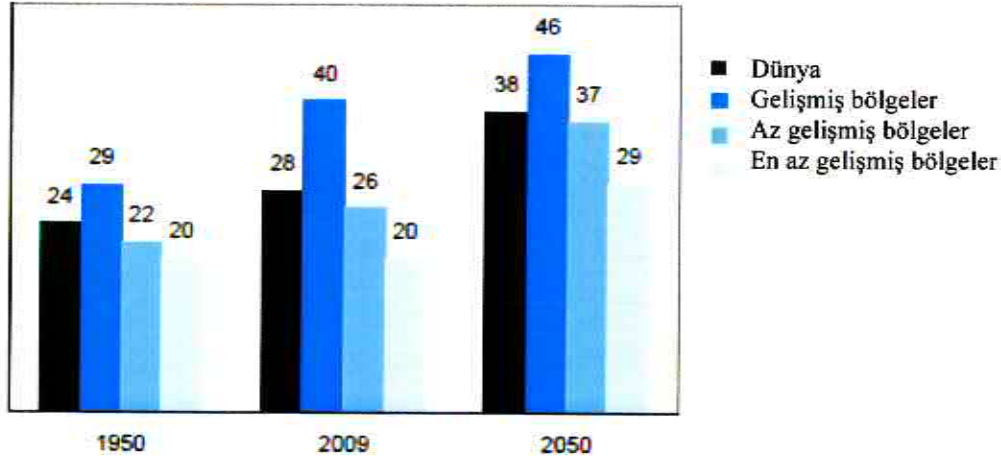
Yaşlı nüfusun en hızlı artan grubu, ileri yaşta olanlar (ihtiyar), yani 80 yaş ve üstünde olan kişilerdir. Dünyada, 2000 yılında 70 milyon olan ileri yaş grubunun, gelecek 50 yılda beş kat artacağı tahmin edilmektedir (GEBAM, 2002). Fransa, Almanya, İtalya, Japonya ve İsveç'te nüfusun % 5'i 80 yaş ve üzerindedir. Şu anda

dünya nüfusunun % 1.5'ini oluşturan bu grubun, 2050 yılında % 4.3'e ulaşması, her beş yaşlıdan (60 yaş ve üzeri) birinin 80 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir.

Cinsiyet açısından bakıldığında kadınlar doğumda yaşam beklentisi açısından daha avantajlıdır. 1950-1955 yılları için 2.7 yıl olan bu fark, 2005-2010 yıllarına gelindiğinde 4.5 yıla çıkmıştır (United Nations, 2009).

1950 yılından 2009 yılına gelindiğinde dünya nüfusu için ortalama yaş 4 yıl artarak 24'ten 28'e çıkmıştır. 2050 yılında ortalama yaşın yaklaşık 10 yıl daha artması beklenmekte, böylece dünya nüfusunun yarısından fazlasının 38 yaşın üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik durumlarına göre bu artış değişiklik göstermekte olup, yüksek doğurganlığın sonucu olarak en az gelişmiş ülkelerde ortalama yaş en düşük olarak kalacaktır (Şekil 1) (United Nations, 2009).

Şekil 1: Dünyada ve gelişim bölgelerine göre nüfusun ortalama yaşı (1950-2050)



Günümüzde dünyada en yaşlı nüfusa sahip ülke Japonya'dır. Bu ülkede doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık olarak 83 yıl olarak hesaplanmaktadır. Letonya ve Litvanya'da da beklenen yaşam süresi 72 yıl ile oldukça yüksektir. Bununla birlikte Afrika'daki birçok ülkede bu rakam 40 yıla kadar düşmüş durumdadır. Gelecekte yaşlı nüfusun en yüksek oranda Avrupa'da, en düşük ise Afrika'da olması beklenmektedir (WHO, 2007; United Nations, 2001; United Nations, 2009).

2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus

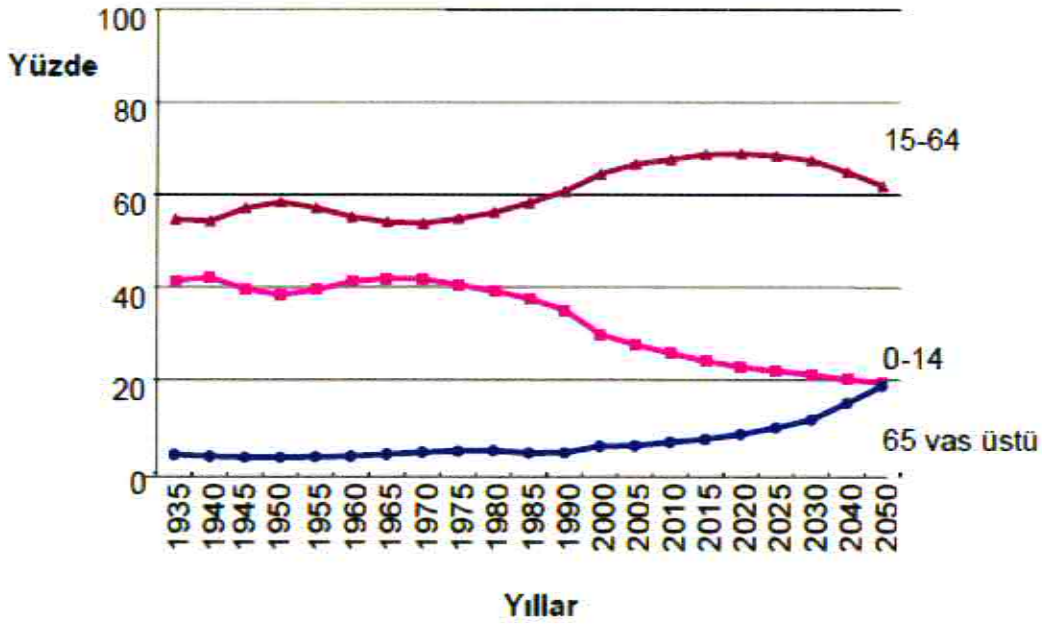
Türkiye’de de geçen yüzyılın ikinci yarısında ölümlerde belirgin azalma sağlanmış ve bunun sonucu olarak da 65 yaş ve üzerindeki nüfusta artma meydana gelmiştir (Bilir, 2007). Ülkemizde 1985 nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfusun %4.2’sini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. 1990 nüfus sayımına göre 65 yaş ve üzeri yaştakilerin oranı %4.3 iken, 1995 yılında bu oran %4.7, 2000 yılında ise %5.7’ye yükselmiştir (Toprak ve ark., 2002; DPT, 2007). 2008 ve 2009 verilerine göre ise bu oran nüfusun % 6-8’ini, 2010 yılı verilerine göre de nüfusun %7.2’sini kapsamaktadır (HÜNEE, 2009; TÜİK, 2009; TÜİK, 2010). Doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılı için kadında 71.5 yıl, erkekte 66.9 yıl iken , 2009 yılında kadında 76.1, erkekte 71.5, toplamda ise 73.7 yıl olmuştur (TÜİK; Toprak ve ark., 2002). Türkiye’ de 2010-2025 döneminde cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süreleri Tablo II’ de gösterilmiştir (TÜİKb).

Tablo II. Türkiye’de cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süreleri (2010-2025)

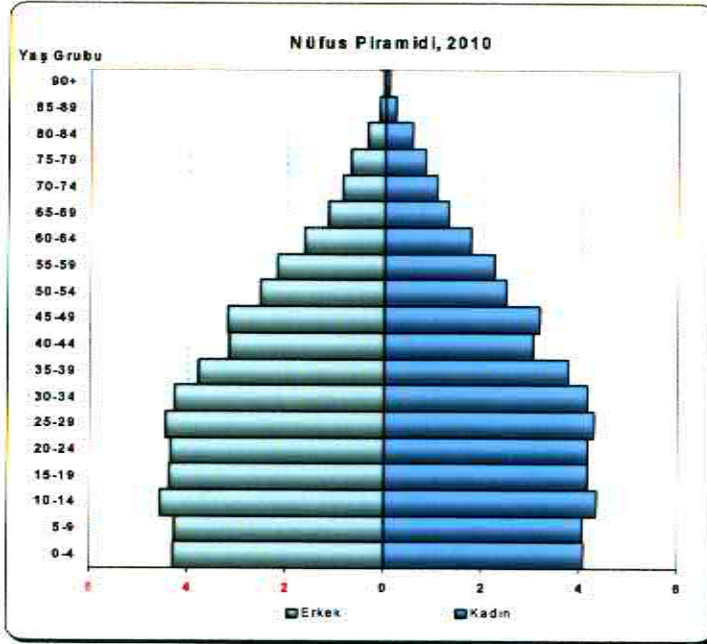
YILLAR				
Cinsiyet	2010	2015	2020	2025
Erkek	71.6	72.1	72.7	73.1
Kadın	76.3	77.4	78.3	78.9
Toplam	73.9	74.7	75.4	75.9

Ülkemizde 1940 ile 1960 yılları arasında genel olarak 20 olan nüfusun ortalanca yaşı, 1970 yılından sonra sürekli bir artış göstererek 2008 yılında erkekler için 25’e ve kadınlar için 26’ya ulaşmıştır (HÜNEE, 2009). 2009 yılı sonuçlarına göre 28.8 olan ortalanca yaş 2010 yılı sonuçlarına göre ise 29.2 (erkeklerde 28.7, kadınlarda 29.8 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2009; TÜİK, 2010). 2050 yılında Türkiye için ortalanca yaşın 38.7 olacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2001). Yaş gruplarına göre artış hızlarında

önemli değişimler meydana gelmiştir. Genç yaş gruplarındaki nüfus artış hızı son yıllarda azalırken, ileri yaş gruplarının nüfusu Türkiye ortalamasından daha hızlı artmıştır. Bu neredeyse 5 milyonluk bir nüfusun 65 ve üzeri yaşta olduğunu belirtmektedir. Genç nüfusun büyüklüğü neredeyse aynı kalırken, 15–64 ve 65+ yaş gruplarındaki nüfus büyüklüğündeki artışın gelecek yıllarda da devam edeceği beklenmektedir (HÜNEE, 2009). Türkiye’ de 2009 yılında toplumun %8.8’ ini 60 yaş ve üzeri grup oluşturmakta iken; 2050 yılında 60 yaş üzeri nüfusun oranının % 23, 65 yaş üzeri nüfusun % 17.9, 80 yaş üzeri nüfusun ise % 3.8 olacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2001). TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yaş gruplarının yüzde dağılımları ve 2010 yılı nüfus piramidi Şekil 2 ve Şekil 3’de gösterilmektedir (DPT, 2007; TÜİK, 2010).



Şekil 2: Yaş gruplarının yüzde dağılımları, Türkiye 1935-2050



Şekil 3: Nüfus piramidi, Türkiye 2010

2.4. Yaşlılarla İlgili Uluslararası Çalışmalar

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. Maddesinin birinci bendinde “ Herkes kendisinin iyi olması ve sağlık için yeterli yaşam standartlarına; yaşlılıkta da gıda, giyim, ev, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler ve güvenlik haklarına sahiptir.” denilmektedir (<http://www.un.org/en/documents/udhr/>).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında 5.hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken, 13. hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya ilişkin düzenlemeler getirmektedir (Sağlık 21, 2008). Kahire’de yapılan, Türkiye’nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir (DPT, 2007).

İlk defa 1982 yılında Viyana’da yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek adına 1. Yaşlılık Toplantısı düzenlenmiştir. Toplantıda kabul edilen “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” aynı yıl Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Aradan 20 yıl geçtikten sonra bu komite 2002 yılında Madrid’de ikinci

kez toplanmış ve yaşlılık sorunlarının çözümüne yönelik ilkelerin yer aldığı “Uluslararası Eylem Planı” hazırlamıştır (United Nations, 2008).

Yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili çeşitli konulara yer verilmiş olan bu planda, bir yandan yaşlıların sahip olmaları gereken bazı haklara işaret edilirken, bir yandan da yaşlılardan yararlanılması, böylelikle yaşlıların aktif halde tutulması bakımından neler yapılabileceği üzerinde durulmaktadır. Eylem planında yer alan başlıca amaç, hedef ve taahhütler şu şekildedir:

(a) Yaşlıların bütün insan haklarının ve temel özgürlüklerinin tam olarak tanınması ve gerçekleştirilmesi. Ayrıca yaşlılıkta yoksulluğun ortadan kaldırılması ve yaşlılar için Birleşmiş Milletler İlkelerini içeren güvenli yaşlanmanın sağlanması,

(b) Yaşlıların, gelir getiren gönüllü işler dahil olmak üzere, toplumun ekonomik, politik ve sosyal yaşamlarına tam ve etkili olarak katılması amacıyla güçlendirilmesi,

(c) Yaşlıların ayrı bir grup olmadığı göz önüne alınarak, yaşam boyu öğrenme ve toplum içinde yer alma olanaklarına erişim gibi fırsatların yaşamın ileri yıllarında da sağlanarak yaşam boyunca bireysel gelişme, kişisel tatmin ve iyi olma durumunun sürdürülmesi,

(d) Bütün ekonomik, sosyal, kültürel hakların yanında vatandaşlık ve siyasi haklara da sahip olmanın sağlanması ve yaşlılara karşı her türlü şiddet ve ayrımcılığın ortadan kaldırılması,

(e) Cinsiyete dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması yoluyla yaşlılarda cinsiyet eşitliğinin sağlanması,

(f) Sosyal kalkınma için ailenin önemi, kuşaklar arası bağlılık, dayanışma ve karşılıklı ilişkilerin öneminin kavranması,

(g) Yaşlılar için, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler dahil olmak üzere, sağlık hizmetleri, destek ve sosyal koruma sağlanması,

(h) Uluslararası Eylem Planı’nın uygulamaya dönüştürülmesi için yaşlılar ile hükümet, sivil toplum ve özel sektörün bütün düzeyleri arasında işbirliğinin kolaylaştırılması,

(i) Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde, birçok diğer konunun yanı sıra yaşlanmanın bireysel, sosyal ve sağlık yönleri üzerinde odaklanmak amacıyla bilimsel araştırmalar yapılarak bu konuda bilgi ve becerilerin artması ve teknolojiyenin yararlanılması,

(j) Yaşlanmakta olan bireylerin durumlarının ve farklı koşullarının tanınması ve onları etkileyen konularda seslerini duyurmalarının sağlanması için yolların araştırılması gerektiğinin kabul edilmesi (GEBAM, 2002).

Sağlık Bakanlığı da, Türkiye Ulusal Sağlık Politikasının 23. hedefinde yaşlı sağlığının önemini belirtmiş, yaşlı sağlığı ilke ve stratejilerini belirlemiş ve 2000 yılında yaşlı sağlığı ulusal politikasını yürürlüğe koyma çalışmalarını başlatmıştır (Turaman, 2001).

2005 yılında ise yaşlanma ile ilgili politika geliştirme ve uygulama konusunda bir hareket noktası olması amacıyla, Uluslararası Eylem Planı temel alınarak “Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” hazırlanmıştır (DPT, 2007).

Ayrıca, yaşlanma konusuna daha fazla dikkat çekmek amacıyla Birleşmiş Milletler tarafından 1999 yılı “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak ilan edilmiştir (<http://www.un.org/ageing/iyop.html>).

Yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak, aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde durulmuştur. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında, sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır (Toprak ve ark.,2002).

2.5. Yaşlanmanın Sağlık Boyutu:

İnsan ömrünün uzaması arzu edilen bir durum olmakla birlikte, yaşlıların sayısının artması, çeşitli hizmetlerin yeniden düzenlenmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Önceleri çoğu bulaşıcı hastalıklar şeklinde olan çocukların sağlık sorunları ön planda iken, yaşlanan toplumlarda yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları, kronik bronşit, şeker hastalığı, çeşitli kanserler, osteoporoz, ruhsal sorunlar gibi ileri yaşların sağlık sorunları giderek önem kazanmaya başlamıştır. Her üç yaşlıdan iki tanesinde sayılan hastalıklardan biri veya birkaç tanesi bulunur. Yaşlılarda görülen hastalıklar uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren kronik hastalıklardır (Akgün ve Erdal, 2007). Bu yüzden yaşlı nüfusun fazla olduğu toplumlarda bir yandan ileri yaşların hastalıklarına yönelik bakım ve tedavi programları yapılırken, bir yandan da bu hastalıklardan korunmak için çeşitli arayışlar başlamıştır (Bilir, 2007).

Dünyada yaşlıları etkileyen temel kronik durumlar (WHO, 1998b):

- Kardiovasküler hastalıklar
- Hipertansiyon
- Kalp krizi
- Diyabet
- Kanser
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Kas iskelet sistemi bozuklukları (artrit, osteoporoz gibi)
- Ruhsal bozukluklar (sıklıkla demans, depresyon)
- Körlük ve görsel yetersizlik

Ülkemizde yaşlıların başlıca sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde 65 yaş üzerindeki kişilerin yüzde 90'ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu, bunların yüzde 35'inde iki, yüzde 23'ünde üç ve yüzde 14'ünde dört veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu görülmüştür. Yaşlı ölümleri genellikle bu hastalıklara ve komplikasyonlarına bağlı olmaktadır. 60 yaş ve üzerindeki yaşlılarda genellikle farklı hastalıkların bir arada bulunmasından dolayı ölüm nedeninin hangi hastalık olduğu çoğu kez bilinmemektedir (DPT, 2007; Akgün ve Erdal, 2007).

İleri yaş, enfeksiyona eğilimi artıran önemli bir faktördür. Yaşlılarda sıklıkla görülen enfeksiyonlar; üriner sistem enfeksiyonları, pnömoni, tüberküloz, deri enfeksiyonları, enfeksiyöz diyare, menenjit ve septik artritir. Üriner sistem enfeksiyonları, özellikle kadınlarda yaşla birlikte artar. Bulgu vermeyen idrar yolu enfeksiyonlarının görülme oranı her on yılda yüzde bir oranında artış gösterir; 70-80 yaş arasındaki kadınlarda yıllık oran yüzde 7-8'e ulaşır. Yaşlı bakım evlerinde ve hastanelerde yatanlarda bu oranlar her iki cinsiyet için de artmıştır. Toplumsal kaynaklı pnömonilerin yaşlılarda oldukça sık görüldüğü bilinmektedir. Bu oran, 75 yaşındaki bireylerde 15-17 yaşa göre yaklaşık 15 kat artmaktadır. Yaşlılarda pnömoni, yüksek mortalite oranı dışında, tedavisi zor ve pahalı bir hastalık olması nedeniyle de çok önemlidir. Tüberküloz da yaşlılarda önemli bir hastalık olmaya devam etmektedir. Bası yaraları, yatağa bağımlı hastalarda sık görülen ve tipik olarak çok zor tedavi edilebilen yaralardır. Yaşlılarda artmış kronik hastalık prevalansına bağlı olarak, enfeksiyon hastalıkları hem daha sık görülmekte, hem de daha fazla ölüme neden olmaktadır. Diyare, yaşlılarda önemli bir hastalık ve ölüm nedenidir. Yaşlı hastalar, sindirim sistemi

enfeksiyonu açısından, azalmış barsak hareketliliği ve yaşlılıkta sık görülen sindirim sistemi hastalıkları nedeniyle daha fazla risk altındadırlar (DPT, 2007).

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması (UHY-ME) sonuçlarına göre 60 yaş ve üzeri grupta ulusal düzeyde ölüme, hastalık yüküne neden olan (DALY) ilk beş hastalığın dağılımı Tablo III'de verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004)

Tablo III. Türkiye’ de ölüme ve hastalık yüküne neden olan (DALY)* ilk beş hastalığın dağılımı

Ölüme neden olan hastalıklar	%	DALY’e neden olan hastalıklar	%
İskemik kalp hastalığı	27.0	İskemik kalp hastalığı	20.4
Serebrovasküler hastalıklar	20.7	Serebrovasküler hastalıklar	16.1
KOAH	9.3	KOAH	8.5
Hipertansif kalp hastalığı	4.2	Diabetes mellitus	4.9
Trakea, bronş ve akciğer kanseri	3.1	Hipertansif kalp hastalığı	3.9

*DALY (DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS-Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları): DALY kavramı çeşitli hastalıklar ve yaralanmaların neden olduğu erken ölümler ile ölüme sonuçlanmayan ancak uzun süreli engellilik ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır.

2.5.1. Yaşlılık Döneminde Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

Hastalık ve yeti yitimi gibi riskler yaşlı insanlarda belirgin bir artış göstermesine rağmen, sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm, koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli kritik sorun, yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır. Yaşlılarda azalan fizyolojik rezerve bağlı olarak ortaya çıkan ve klinik açıdan önem arz eden durumlar şöyle sıralanabilir:

- Yaşlılarda hastalık belirtileri sıklıkla atipiktir.
- Sıklıkla birkaç sağlık sorunu bir aradadır.
- Kompanzasyon mekanizması zayıflamıştır.
- İyileşme süreci gençlere oranla daha yavaştır.
- Koruyucu önlemler bu yaş grubunda daha fazla önem kazanmaktadır.
- Azalan rezerv, yaşlıların daha fazla iyatrojenik yaralanmalara maruz kalmalarına neden olmaktadır (Kutsal, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2010).

2.5.2. Yaşlılıkta Koruyucu Uygulamalar:

1. Yaşlıların Yalnızlıktan Korunması

Her geçen gün artan kentleşme olgusu, ailelerin küçülmesi, kadınların çalışma yaşamına girmesi yaşlıların aile içinde bakımını güçleştirmekte; bu ise yaşlılıkta yalnızlık sorununun giderek derinleşmesine yol açmaktadır (Danış, 2010). Dünya nüfusu içinde yalnız yaşayan 60 yaş ve üzeri nüfusun %14 olduğu tahmin edilmektedir. Bu grup özellikle kadınlardan oluşmaktadır ve her türlü sorun açısından daha fazla risk altındadır (United Nations, 2009). Genel olarak, toplumumuz yaşlısına sahip çıkan toplum özelliğinde olsa da, sosyo-ekonomik koşullar, ataerkil aileden çekirdek aileye dönüş gibi nedenlerle ailelerin, yaşlı bireyin sosyal sorunlarıyla ilgilenmesi giderek güçleşmektedir. Yaşlılıkta yaşanan sosyal problemler, tıbbi problemlerden daha fazladır ve tıbbi problemlerin daha ağır yaşanmasına yol açmaktadır. Bu nedenle yaşlıların sosyal sorunlarına eğilinmesi gerekmektedir. Yalnızlık, yaşlılarda önemli bir sosyal sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Danış, 2010). Yaşlılara yapacak bir iş ve uğraş bulmanın mental bozulmayı ve depresyonu önlediği bilinmektedir. Hareketleri kısıtlı yaşlılarda yalnızlığı ve bunun sonucu ortaya çıkacak komplikasyonları önlemek için sık sık ziyarete gitmek gerekmektedir (Turaman, 2001).

2. Yaşlılara fizik aktivite ve egzersiz programı verilmesi

Fiziksel aktivite yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili değiştirilebilir davranışsal bir risk faktörü olarak da tanımlanmaktadır (Washburn et al., 1993). Yapılan çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin koroner kalp hastalığı, diabetes mellitus, osteoporoz gibi kronik hastalıkların önlenmesi tedavisinde ve rehabilitasyonunda etkili olduğu gösterilmiştir (Caspersen and Merritt, 1995; Hagiwara et al., 2008) .

Yaşlılık döneminde fizik aktivitenin faydaları; eklem fleksibilitesinin korunması, kas gücünün artırılması, akciğer fonksiyonlarının geliştirilmesi, kemik mineralizasyonuna katkıda bulunmak, stresle mücadele etmek, sosyal iletişimi ve yaşam kalitesini artırmak olarak belirtilmektedir (Yaman, 2003).

3. Beslenme

Yaşlılar toplumun kötü beslenen bir dilimini oluşturmaktadır. Kötü beslenme ekonomik, eğitim, dış sorunları ve mental durumları nedeniyledir. Yaşlılarda dengeli beslenmeme sonucu ortaya çıkabilecek sağlık sorunları malnütrisyon, dolaşım sistemi

hastalıkları, anemiler, avitaminozlar, artrit ve osteoporoz gibi kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, diabetes mellitus sayılabilir. Bunun yanında fiziksel aktivitenin kısıtlanması ve şişmanlık sonucunda da kardiovasküler hastalıkların oluşumu hızlanır (Akgün ve Erdal, 2007).

4. Kazalardan korunma

Yaşlılar en sık düşme, yanık ve zehirlenme tipindeki kazalardan etkilenmektedir. Yaşlılık döneminde kazalar artan bir şekilde sakatlık ve ölüm nedeni olmaktadır. Somatik atrofi ve fonksiyonların azalması ile birlikte kaza geçirme durumunda iyileşme süresi uzamakta, ölüm olayını hızlandıran komplikasyonların sayı ve ağırlığında önemli artışlar olmaktadır (Akgün ve Erdal, 2007).

Düşme yaralanmalara bağlı ölümlerin ikinci en sık nedenidir. Dünyanın tüm bölgelerinde 70 yaşın üzerindeki erişkinlerde, özellikle kadınlarda gençlere oranla anlamlı derecede yüksek mortaliteye sebep olmaktadır (WHO, 2011).

65 yaş üstündeki kişilerde ölümcül düşmelerin %60'ı evde, %30'u toplu yerlerde, %10'u sağlıkla ilgili enstitü, hastane vb. yerlerde meydana gelmektedir. Düşmeden kaynaklanan tüm kırıkların içinde kalça kırıkları, en fazla ölüme veya ciddi sağlık problemine yol açan kırıklardır. 85 yaş ve üstündeki yaşlılar, 60-65 yaş grubuna göre, 10-15 kez daha fazla kalça kırığı riski taşırlar (DPT, 2007).

Yaşlılarda düşmeye neden olan faktörler;

A) Bireyin kendisinden kaynaklanan nedenler:

- Denge ve yürüme problemleri,
- Nörolojik ve kas-iskelet sistem yetersizlikleri,
- Psikoaktif ilaç kullanımı,
- Demans,
- Görme bozukluklarıdır.

B) Çevresel etkenler:

- Kaygan yüzeyler,
- Düzgün olmayan zeminler,
- Yetersiz aydınlatma,
- Sabit olmayan mobilyalar,
- Yerdeki objelerdir (Lawlor et al.,2003; Dönmez, 2010).

Bu dönemde ortaya çıkan yetersizlikler nedeniyle yanık mortalite ve morbiditesi artmaktadır. Koku alma duyuları zayıflayan yaşlılarda gazla zehirlenmeler çok sıktır. Kaza ile yüksek dozda ya da yanlış ilaç içme sonucunda da zehirlenmeler ortaya çıkabilir. Bu olumsuzlukların giderilmesi çevredeki kişilerin eğitimleri ile kolayca sağlanabilir.

Kuşkusuz yaşlı güvenliğinde en önemli koruyucu uygulamalardan biri yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik yetersizlikleri gidermeye yönelik düzeltici araçların (işitme aygıtı, gözlük vb.) sağlanmasıdır. Diğer uygulama ise evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılmasıdır, bu konuda aile bireylerinin katkısı gerekir (Güner ve Güler, 2002). Ayrıca yaşlıların bağımsız hareketini artırmak, kaza oranını düşürmek için mimari yapıya ait bazı standartlar da göz önüne alınmalıdır (DPT, 2007).

Afetler ve acil durumlarda yaşlılar savunmasız durumda olduklarından bu gruptaki etkileri ciddi boyutta olmaktadır. Örneğin; 2004 yılında Hint Okyanusu'ndaki tsunami nedeniyle Endonezya' da olan ölümler en çok 60 yaş ve üzeri grupta olmuştur. Benzer şekilde 2003 yılında Avrupa' daki sıcak hava dalgası kurbanlarının çoğu da 70 yaş ve üstü insanlardı (WHO, 2007). Bu yüzden yaşlılar afet öncesinde ve sonrasında özel bir bakıma gereksinimi olan hassas bir gruptur. Doğal afetler ile diğer acil durumlar sırasında ve sonrasında yaşlıların beslenme, barınma, tıbbi bakım ve diğer hizmetlerden eşit olarak yararlanması ve acil durumlardan sonra toplumların tekrar kurulması, yeniden yapılanması ve sosyal dokunun düzenlenmesi yönünde yaşlıların katkılarının artırılması konusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (DPT, 2007).

5. İlaç kullanımı

Kronik hastalıkların görülme oranının artması sonucunda yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır. Yaşlılarda kognitif ve fonksiyonel kapasitenin azalmasıyla ilacı anlama ve uyum problemi oluşur. Çok sayıda ilaç kullanımı da ilaç yan etkilerinin artmasına, istenmeyen ilaç etkileşimlerine ve uyumun azalmasına neden olur (Dönmez, 2010).

Hastanın ilaçlarını düzenli kullanmasını sağlamak için;

- Hastalığı ve tedavi programı anlayacağı dilde anlatılmalıdır.
- Kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda akrabaları ya da hastaya bakan kişiye anlatılmalıdır.
- Her kontrolde kullandığı ilaçların azaltılması için tedavi programı gözden geçirilmelidir.
- Olabildiğince tek doz kullanılan ilaçlar tercih edilmelidir.

6. Ayak bakımı

Yaşlılarda, özellikle diyabetik yaşlılarda ayak bakımı önemlidir. Kan akımı yetersiz olduğundan ayak ve parmakların derisi travma ve ülserasyona ileri derecede duyarlıdır. Ayakların günlük bakımı, yıkanması, kurulanması ve yağlanması önemlidir. Çünkü ayaktaki ülserin tedavisi korunmaya göre çok güçtür (Toprak ve ark., 2002).

7. Sigaranın bırakılması

Yaşlılardaki başlıca hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer alan kalp hastalığı, inme, kronik akciğer hastalığı, akciğer kanseri gibi hastalıkların meydana gelmesinde sigara kullanımının önemli etkisi vardır. Öte yandan bu hastalıkların meydana gelme olasılığı, sigaranın bırakılmasından sonraki dönemde azalmaktadır. sigarayı erken yaşta bırakanlardaki risk azalması daha belirgindir, ancak 60 yaşından sonra sigarayı bırakanlarda da akciğer kanseri riskinde dikkate değer bir azalma olduğu saptanmıştır (WHO, 2003; CDC, 2003).

Sigara içmenin önlenmesi ile toplumun %77'si trakea, bronş ve akciğer kanserinden %46'sı üst sindirim sistemi kanserinden, %52'si KOAH'dan, %16'sı kardiyovasküler hastalıklardan korunabilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2004). Bu nedenle her yaştaki kişinin sigarayı bırakması için çaba gösterilmelidir.

Ayrıca yalnız yaşayan yaşlılar açısından sigaranın yol açtığı yangınlar konusu da çok önemlidir. Yanan sigara nedeniyle meydana gelen yangınlar çoğu kez yaşlı bireyin yaşamının kaybı ile sonlanmaktadır (Bilir, 2006).

8. Aşılama programları

Türkiye’ de yaşlılara yönelik sistematik bir aşılama programı bulunmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yaşlı nüfus özelliklerine yönelik olarak aşılama programı entegre edilmelidir.

Özellikle solunum sistemi hastalıklarının seyrini hafifletebileceği için pnömokok ve influenza aşıları önemsenmelidir. Her iki hastalığın da kronik hastalığı olan yaşlılarda mortalite ve morbiditesi yüksek olduğundan tüm yaşlılara önerilmektedir. İnfluenza aşısı hem toplumda, hem de bakım kurumlarında yaşayan yaşlılarda influenza ya da pnömoniye bağlı hastaneye yatışları ve tüm nedenlere bağlı ölümleri azaltmaktadır (Aydın, 2009). Yaşlılarda kaza geçirme riski de yüksek olduğu için tetanoz aşısı da korunmada önemli bir yer tutmaktadır (Bourée, 2003; Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

9. Kanser

Yaşlı popülasyon nüfusu arttıkça kanser insidansı da artmaktadır. İleri yaşlarda gerçekleşen hücresel ve moleküler değişimler kansere yatkınlığa neden olmaktadır. Çoğu kanser tipleri 65 yaş ve üzeri hastalarda görülmektedir (Akgün ve Erdal, 2007; Bostankolu, 2008). Erken tanı koyulursa seyri değişebilen bazı kanser türleri açısından yaşlıların düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmaları önemlidir. Yaşlılarda kansere bağlı yüksek ortalamanın nedenleri yüksek insidans, yetersiz anti-neoplastik tedavi, tedavi toleransının düşük olması, koruyucu yöntemlerin yeterince kullanılmaması olarak gösterilebilir (Kars, 2004).

Kanserden korunma birincil ve ikincil korunmayı kapsar. Birincil korunma çevresel kanserojenlerin ortadan kaldırılması ve kemoprofilaksi yöntemlerini; ikincil korunma risk altındaki kişilerin taranmasını kapsar (Akgün ve Erdal, 2007).

Düzenli doktor kontrolünde olmak dışında mamografi çekilmesi ile meme kanseri, yılda bir dışkıda gizli kan bakılarak kolon kanseri, PSA (prostat spesifik antijen) bakılarak prostat kanseri, özellikle hepatit B ve C taşıyıcılarında AFP (alfa fetoprotein) düzeyleri bakılarak karaciğer kanser taraması, PAP smear testi yapılarak serviks kanseri taraması yapılabilir (Özmen, 2006).

10. Görme ve işitmenin korunması

Yaşın ilerlemesiyle birlikte duylarda da kayıp ve bozulmalar meydana gelmektedir. Güneşe maruz kalma ve diabetes mellitus, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar gözün yaşlanmasına direkt etki etmektedir. Çeşitli ilaçların kullanımı, gürültü, kişisel yaşam tarzı ve travma da yaşlanma ile birlikte kulağı etkilemektedir. Önlenebilecek olan görme ve işitme kayıplarının erken tanısı açısından yaşlılar oftalmolojik ve odyolojik kontrollerini ihmal etmemelidirler (Akgün ve Erdal, 2007; Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

11. Nöro-psikiyatrik fonksiyonlar

Nöro-psikiyatrik fonksiyonların korunmasında amaç, vücut sağlığının her yönden sürdürülmesidir. Nöropsikiyatrik fonksiyonların bir diğer yönü sosyal yönüdür. Mental etkinliğin devamı için dış dünyadan sürekli duyu algılamaları sürdürülmelidir. Nörolojik ve psikiyatrik işlevler, hastalık nedeni ile eve kapanarak dış dünya ile ilişkinin kesilmesi, bir yakının vefatı veya uzun süre hastanede kalmak gibi nedenlerle bozulabilmektedir. Bu anlamda hasta yaşlıların sık ziyaret edilmesinin değeri büyüktür, beden ve ruh sağlığı bir bütün olarak algılanmalıdır (Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

12. Anemi Araştırması

Yaşlılarda kansızlık görölme oranı gençlere göre daha yüksektir, nedeni sıklıkla demir eksikliğidir. Anemisi olan yaşlılarda gizli kalmış kanama odakları araştırılmalıdır. Beslenme bozukluğu veya gizli infeksiyonlar da anemi nedeni olabilmektedir; aneminin nedeni detaylı olarak araştırılıp bulunmadan tedaviye başlanmamalıdır (Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

2.6. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu

Sosyal açıdan yaşlılığı, bireyin statü kayıplarına paralel olarak toplum tarafından yaşlı olduğuna dair aldığı mesajlar biçiminde tanımlamak olasıdır. Toplum bireye sahip olduğu yaş aralığına yönelik belli değerdendirmelerde (yakıştırmalarda) bulunur. İleri yaşların göstergesi olarak, saçlarda akların oluşması, hareketlerinin yavaşlaması, algılamada karşılaşılan güçlükler bireyleri ister istemez belli kategorilere dahil etmemize neden olur. Bu değerdendirmeler ya da etiketlenmeler toplumun kültürel öğrenmeleri ile yakından ilgilidir (Görgün, 2005).

Çalışan insanlar için emeklilik, yaşlılıkla gelen en önemli değişikliklerden birisidir. Emeklilik, beklenen bir biçimde ve kişinin kendi isteği ile gerçekleşmişse bir ruhsal sıkıntı kaynağı olmamaktadır. Fakat emekliliğin, toplumsal normlarla belirlenmiş emeklilik yaşından çok daha önce ya da sonra olması ruhsal sıkıntıya ait belirtilerin ortaya çıkması riskini artırmaktadır. Evlilik durumu ileri yaşlardaki kadın ve erkek gruplarında birbirinden çok farklılaşmaktadır. 65 yaş ve üzeri kadınların %40'ı eşleri ile birlikte yaşıyorken bu oran erkeklerde %75'dir. Dulluğa alışmakta en önemli sosyal destek aile ve arkadaşlardan gelmektedir (Toprak ve ark., 2002). Ayrıca yaşlı dulların sağlıkları kötü olduğundan, somatik belirtilerden yakınmaları ve sağlık hizmetlerini kullanmaları daha fazladır (Karadağ, 2008).

Yaşlılıkta bireyin sosyal yönden aktif olmasını sağlayan da sosyal ilişki ve hobileridir. Sosyal aktiflik, aynı zamanda başarılı yaşlanmanın da göstergelerinden biridir. Bireylerin yaşlılık döneminde sosyal ihtiyaçlarını karşılamaları ve yalnızlık duymamaları, bir işe yaramaları, bir işi başarmaları ve toplumsal sorumluluk duygusunu tatmaları bakımından önce sosyal ilişkilerini canlı tutmaları gerekir. Bu davranışlar bir bakıma yaşamı anlamlandırmanın da yoludur (Görgün, 2005).

Yaşlı bireylerin çevrelerindeki eş, aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağları kendilerine faydalı ve etkili destek sağlarlar. Yaşlılarda sosyal destek sonucu oluşan saygınlık moral artışına, yaşam memnuniyetine, olumsuz olaylarla başetmesine katkı sağlar (Annak, 2005).

2.7. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu

Yaşlanmayla birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Buna karşın, birey yaşam deneyimleri ile zenginleşmiş olduğundan, iyi bir değerlendirme ve zengin konuşma dili de bu dönemin kazançlarıdır. Zihinsel değişikliklere paralel olarak kişilikte de değişiklikler olabilir. Yeni durumlara uyum sağlayabilme, yeni düşünceleri kabul etmede güçlük yaşanabilir. Eski yaşamlarına özlem duyarak genç nesille aralarındaki uzaklık artmaya başlayabilir (Toprak ve ark., 2002).

Kayıp ve yas klinik ortamda, yaşlı bireylerde sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. İş kayıpları, toplumsal konum ve rollerde kayıp, sosyal çevrenin daralması, gelir düzeyinin düşmesi, aile üyeleri ve arkadaşların ölümü, sağlık durumunun bozulması ve bağımsız hareket edebilme gücünün zamanla azalması yaşlanma sürecinin beklenen sonuçlarıdır

(Cangöz ve Uluç, 2007). Tüm bu faktörlerin etkisiyle yaşlılarda hem batı, hem de Türk toplumunda depresyon görülme sıklığında artış olduğu gösterilmiştir (Ertan ve ark.,1997; Noel et al., 2004). Depresyon sık görülmesine rağmen tanı konulması ve tedavi edilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Yaşlı depresif hastaların %80'nin fiziksel bir hastalık nedeni ile hekime başvurduğu ve bunların sadece %4'ünün depresyona yönelik tedavi aldıkları bildirilmiştir (Karadağ, 2008).

2.8. Yaşlanmanın Ekonomik Boyutu

Yaşlanan bireylerin kendilerine yetememesi nedeniyle, çeşitli sosyo-kültürel ve ekonomik sorunlar yaşandığı gözlemlenmektedir. Ekonomik sorunların çoğu yaşlanan bireyin emekli olması ile iş ve gelir kaybından kaynaklanmaktadır. Bu sorunlardan bazıları; azalan gelire uyum sağlayamama, daha önceki ölçülere uygun yaşayamamanın verdiği sosyal ve psikolojik baskı, sağlık, beslenme gibi alanlara yapılan harcamaların artması, yetmeyen gelir nedeniyle yakınlarından parasal yardım alma ve yakınlarına yük olmanın getirdiği psikolojik baskıdır (Damış, 2010).

Araştırmalar yaşlı kadınların ekonomik sıkıntılarının erkeklere göre daha fazla olduğunu ve altmış beş yaştan fazla olma, yalnız yaşama, kırsal bölgede yaşama, boşanmış, dul ya da hiç evlenmemiş olma gibi nedenlerin yoksulluk sıklıklarında artışa neden olduklarını göstermiştir (Öztop, 2006).

Yaşlı nüfusun artması, toplumların sağlık gereksinimlerini, önceliklerini, hastalık örüntüsünü, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini de değiştirmiştir. Yaşlılıkla artan kronik hastalıkların sürekli tedavi gereksinimi ve bu hastalıkların doğası gereği artan uzun süreli yataklı tedavi hizmetleri, teknolojik gelişmenin yarattığı pahalı tanı ve tedavi yöntemleri sağlık sistemine ek ekonomik yük getirmektedir. Örneğin ABD'de 2004 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun kişi başı ortalama sağlık harcaması 14 797 dolar olarak bildirilmiştir. Bu rakam aynı yıl çocuklara yapılan sağlık harcamalarının beş katıdır (Micah et al., 2008). İngiltere ve Galler'de de sağlık harcamalarının çok büyük kısmını 65 yaş üzeri grup yapmaktadır ve yaş ilerledikçe bu harcama miktarı da artmaktadır (Mayhew, 2000).

2.9. Aktif Yaşlanma

Birleşmiş Milletler yaşlı insanlar için beş temel ilke benimsemiştir;

- Bağımsızlık,
- Katılımcılık,
- Bakım,
- Kendine yetebilme
- Huzur (United Nations, 2007).

Bu sözcükler mutlu ve üretken bir yaşlılık sürecini çağrıştırmaktadır. Mutlu ve üretken yaşlılığın yolu ise sağlıklı yaşlanmadan geçer. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 Sağlık Raporundaki verilere göre Türkiye'de her yüz kişiden 38'i 50 yaşına varmadan ölmektedir (WHO,1998b). Sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması, yataklı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Unutulmamalıdır ki her yaşlı birey, toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalıdır (Kutsal, 2006).

DSÖ sağlığı, yalnızca sakatlık ve hastalıkların olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumu olarak tanımlamaktadır (WHO, 2006). Yaşam boyunca sağlığı korumak ve geliştirmek için yapılan çalışmalar sağlıklı yaşlanma olarak adlandırılabilir. Giderek nüfusun daha büyük bölümü yaşlı olarak yaşamını sürdürmekte, bu durum da sağlıklı yaşlanmanın önemini ortaya koymaktadır. Sağlıklı yaşlanma Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı içinde yer almaktadır, bu yaklaşımda tüm sağlık sistemleri için, kişileri yaşlılık döneminde kronik hastalıklardan, yeti yitiminden korumak ve mental sağlığın sürdürülmesini sağlamak ayrıcalıklı bir sorumluluk olarak önerilmektedir (İlhan, 2008).

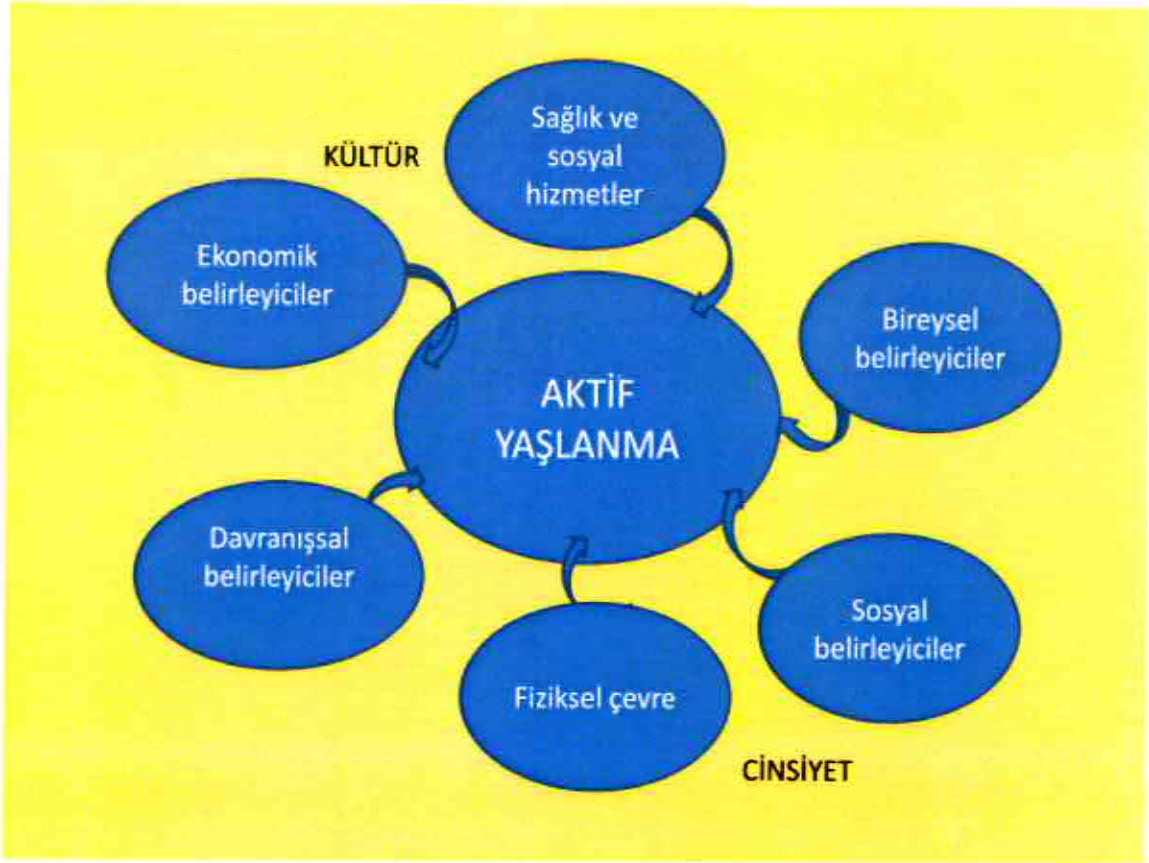
Başarılı yaşlanma yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın en temel göstergeleridir. Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel

özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yönlerdeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir (DPT, 2007).

Aktif yaşlanma, kişi yaşlandıkça yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını düzenleme sürecidir (WHO, 2002a). Sağlıklı yaşam beklenti süresini ve yaşam kalitesini sakat ve bakıma ihtiyacı olanlar dahil herkes için uzatmayı hedeflemektedir (WHO, 2001)

Sağlığı etkileyen değişik faktörlerin yaşam üzerindeki etkisi bilinirse, yeni bilgiler doğrultusunda aktif yaşlanmanın üç komponentine (sağlık, katılım ve güvenlik) yönelik yaklaşımlar geliştirilebilir. Örneğin, infant döneminde ‘uyarı ve güvenli sevginin’ kişinin öğrenme ve diğerleri ile geçinme yeteneğini tüm yaşamı boyunca etkilediği düşünülmektedir. Yetişkin yaşamın belirleyicisi olan işin, kişinin yaşlılığa finansal olarak hazırlanmasında etkisi büyüktür. İnsana kıymet veren, yüksek kaliteli ve uzun süreli bakıma ulaşılabilirlik, yaşamın ileriki yıllarında özellikle önemlidir. Gençler ve yaşlılar nüfusun en hassas gruplarını oluşturur (Toprak ve ark., 2002).

“Aktif yaşlanma” terimi, DSÖ tarafından 1990’ların sonunda benimsenmiştir. Sağlıklı yaşlanmadan daha kapsamlı bir içerik benimsenmiş ve sağlık bakımına ek olarak kişilerin ve toplumların yaşlanmasına etki eden faktörler de göz önüne alınmıştır. Aktif yaşlanma, kişileri, aileleri ve ulusları çevreleyen birçok etkene bağlıdır. Aktif yaşlanmanın belirleyicileri Şekil 4’de gösterilmektedir (WHO, 2002a).



Şekil 4: Aktif yaşlanmanın belirleyicileri

2.9.1. Karşılıklı etkileşen belirleyiciler :

Kültür ve cinsiyet

Kişileri ve toplumları çevreleyen kültür, aktif yaşlanmanın diğer tüm belirleyicilerini etkilediği için yaşlanma biçimini şekillendirir. Kültürel faktörler sağlıklı davranış arayışını da etkiler. Cinsiyet, değişik politik seçeneklerinin uygunluğunu ve bunların kadın ve erkeklerin iyilik halini nasıl etkileyeceğini göz önüne alması gereken bir ‘mercek’ tir (WHO,2002a). Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır, ama daha uzun yaşamak sağlıklı yaşlanmak anlamına gelmemelidir. Yaşlılıkta izlenen hastalıklarda cinse bağlı farklılıklar izlenebilmektedir. Kadınlar uzun yaşadıkça yaşlılığa bağlı kronik hastalıklarla daha fazla karşılaşmaktadırlar (WHO, 1999).

2.9.2. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet sistemleri ile ilgili belirleyiciler:

Aktif yaşlanmayı sağlamak için, sağlık sistemlerinin yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri ile uzun süreli bakıma eşit erişmeye odaklı bakış açısına ihtiyacı vardır (WHO,2002a).

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma :

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını geliştirmelerini ve kontrol altına almalarını sağlama sürecidir. Hastalıkların önlenmesi ise kişiler yaşlandıkça sıklıkla karşılaştıkları bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanma gibi hastalık ve durumların önlenmesini içerir (Toprak ve ark., 2002).

Hastalıklardan korunma stratejileri ki bunlar enfeksiyon hastalıklarını da içerebilir, her yaş grubu için bütçede tasarruf sağlanması demektir. Örneğin; ileri yaştaki yetişkinlerin influenzaya karşı aşılınmasıyla, bir aşı için harcanan 1 dolara karşılık, tedavide 30 ile 60 dolar tasarruf sağlandığı tahmin edilmektedir (WHO,2002a). DSÖ 2001 yılında aktif yaşlanma programı çerçevesinde dünya çapında sağlıklı yaşlanmaya yönelik sağlığı geliştirme hareketi başlatmıştır (WHO, 2001) .

Tedavi edici hizmetler:

Dünyada global hastalık yükünde kronik hastalıkların önemli bir yer tutmaya başlaması ile “ bul ve düzelt” modeli yerine sürekli, koordineli ve kapsamlı bakım hizmetlerine ağırlık verilmeye başlanmıştır. Bu, halen akut hastalıklar etrafında organize edilmiş olan sağlık sistemlerinin yeniden organizasyonunu gerektirir. Sağlık hizmetleri sunumunda, mevcut bakım modelleri, hızlı yaşlanan nüfusun ihtiyacını karşılamakta yetersizdir. Nüfus yaşlandıkça kronik hastalıkları geciktirmek ve yaşam kalitesini geliştirmek için kullanılan tıbbi müdahale yöntemlerine talep artacaktır (WHO, 2002a).

Uzun süreli bakım:

Uzun süreli bakım “ kendi bakımını tümüyle yapamayan kişilerin, olası en fazla bağımsızlık, otonomi, katılım, kendi kendine yeterlilik ve haysiyeti ile kişisel tercihlerine göre olası en üst düzeyde yaşam kalitesi elde edebilmesini sağlamak için resmi olmayan bakıcılar (aileler, arkadaşlar, komşular) ve/veya sağlık ve sosyal hizmetler uzmanları tarafından alınan aktiviteler bütünü” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2000).

Ruh sağığı hizmetleri:

Aktif yaşlanmada önemli rol oynayan ruh sağığı hizmetleri, uzun süreli bakımın bir parçası olarak entegre edilmelidir. Yaşlılarda tanısı konulmamış ruhsal bozukluklara özellikle depresyon ve intihar eğilimlerine karşı dikkatli olunmalıdır.

2.9.3. Davranışsal belirleyiciler:

Yaşam biçimi, geniş toplum kesimlerini etkilemesi ve değiştirilmesi olası unsurlardan oluşması nedeniyle sağılıklı yaşlanma hedeflerine ulaşmada önemli rol oynamaktadır (Aydın, 2006). Sağılıklı yaşam biçimi ileri yaşlarda da benimsenebilir. Kişinin kendi bakımına aktif katılımı ve sağılıklı yaşam biçimlerinin adapte edilmesi tüm yaşamı boyunca önemlidir (Toprak ve ark., 2002). Kötü sağığın davranışsal belirleyicileri ile ilgili araştırmaların çoğı sigara kullanımı, kötü beslenme, fiziksel inaktivite ve alkol kullanımı üzerinde yoğunlaşmıştır ki, DSÖ bu nedenlerin dünya kronik hastalık yükünün üçte birinden sorumlu olduğunu bildirmektedir (WHO, 2002b).

Sigara ve alkol kullanımı:

Sigara, en önemli engellenebilir hastalık ve erken ölüm nedenidir. Sigara kullanmayı bırakmanın faydaları her yaş grubu için fazladır ve uygulanmalıdır. Yaşlı bireylerin tütün kullanma alışkanlığını hiç edinmemiş olmaları önemlidir. Bununla birlikte özellikle erkekler arasında tütün kullanımının oldukça yaygın bir alışkanlık olduğu da bilinmektedir. Uzun zaman sigara kullanmış bir yaşlı, ilerleyen yaşından dolayı sigarayı bırakmasının net bir yararı olmayacağı düşüncesine sahip olabilir. Kuşkusuz sigarayı erken yaşta bırakanlardaki risk azalması daha belirgindir, ancak 60 yaşından sonra sigarayı bırakanlarda da akciğer kanseri riskinde dikkate değer bir azalma olduğu saptanmıştır (CDC, 2003; WHO, 2003).

Alkol tüketiminin, toplumsal ve sosyal neticeleri dışında içlerinde karaciğer sirozu, gastrointestinal kanserler, pankreatit ve ülserin de bulunduğu 60'ın üzerinde tıbbi durumla nedensel ilişkisi bilinmektedir. Dünya genelinde alkolün neden olduğu morbidite ve mortalite, dünya hastalık yükünün %4.1'ini teşkil etmekte ve sigara ve hipertansiyonun neden olduğu morbidite ve mortaliteye yaklaşmaktadır (Romm et al., 2005). Yaşlı insanların, gençlere göre daha az içki içme eğilimine rağmen yaşla birlikte oluşan metabolizmadaki değişiklikler, alkole bağılı hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır. Yaşlı insanlar alkole bağılı düşme ve yaralanmalar, alkol ve ilaç tedavisinin kombinasyonu ile ortaya çıkabilecek olası tehlikelere karşı büyük risk altındadır.

Gençlere olduğu kadar, alkol sorunu olan yaşlıların tedavisi için de hizmet sunulmalıdır (Çelik, 2007; Naharcı ve Doruk, 2009).

Fiziksel aktivite:

Düzenli, orta düzeyde fiziksel aktivitelere katılmanın kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden korunma ötesinde, hemen hemen tüm organ sistemlerinde olumlu etkileri mevcuttur. Egzersiz, osteoporoz ve kırıklardan korunmada, tedavi ve rehabilitasyonun en önemli öğelerinden biridir. Yaşlılarda egzersizin denge, dayanıklılık, barsak motilitesi, uyku, sosyal yaşam, duygu durumu ve zihinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir. Pek çok ülkede yaşlılar sedanter bir yaşam sürmektedir. Etnik azınlıklar, yaşlılar, engelliler genelde fiziksel aktiviteden yoksun bir yaşam sürmektedirler. Politika ve programlar, inaktif olan bu kişileri yaşlandıkça aktif olmaları için cesaretlendirmeli ve bunun için fırsatlar sağlamalıdır (Toprak ve ark., 2002; Aydın, 2006).

Sağlıklı beslenme:

Aşırı enerji alımı insanlar yaşlandıkça obezite, kronik hastalık ve sakatlık riskini artırır. Gıda temin edememek, beslenme ile ilgili bilgi eksiklikleri gibi nedenler de ileri yaşlarda malnutrisyona yol açabilir (Toprak ve ark., 2002).

2.9.4. Kişisel belirleyiciler:

Biyoloji ve genetik:

Biyoloji ve genetik kişinin nasıl yaşlanacağının temel belirleyicileridir. Yaşa bağlı hastalıkların görülme riski yaş ilerledikçe giderek artar. Diğer bir ifadeyle yaşlı insanların gençlere göre daha sık hastalanmasının nedeni, hastalığa yol açan davranışların, dış faktörlerin ve çevresel maruziyetin yaşla birlikte artmış olmasıdır (Kirkwood, 1996; Gray, 1996).

Psikolojik faktörler:

Normal olarak yaşlanırken kognitif kapasitede –öğrenme süreci, hafıza dahil- bir miktar azalma olur. Bu fonksiyonlardaki azalmayı yaşlılık dışında tetikleyen bazı faktörler de vardır.

Bunlar;

- Kullanmama (uygulama eksikliği)
- Hastalıklar (depresyon gibi)
- Davranışsal faktörler (alkol ve ilaç kullanımı gibi)
- Psikolojik faktörler (motivasyon eksikliği, beklentilerin düşük olması, güven eksikliği gibi)
- Sosyal faktörler (yalnızlık, izolasyon gibi) (WHO, 2002a).

2.9.5. Fiziksel çevre ile ilgili belirleyiciler:

Fiziksel çevre:

Çevre, bireysel ve toplumsal düzeyde yeniden üretimi oluşturacak ve yaşlıların özgür hareket etmesini sağlayacak biçimde tasarlanmış, güvenli ve huzurlu bir yaşam imkanı sağlanması anlamına gelmektedir (Arun, 2008). Fiziksel çevre; özellikle yaşlılar için bağımlılık ya da bağımsızlık arasındaki farkın temel kaynağıdır. Buna bağlı olarak güvenilir olmaması demek dışarı çıkamama, izolasyon, depresyon, hareketsizlikle ilgili problemlerin artması demektir. Ayrıca toplum hayatına katılabilmek için erişilebilir ve uygun toplu taşıma hizmetlerine ihtiyaç vardır (WHO, 2002a).

Güvenli barınak:

Almanya’da evlerin % 65’inin yaşlılar için uygun olmadığı bildirilmiştir. Üstelik kazanılmış alışkanlıklarından dolayı yaşlılar bu durumun farkında değildir. Yaşlılar için tasarlanmış evlerin normal kabul edilen kişiler için de daha kullanışlı olduğu ortaya çıkmıştır (Karamehmetoğlu, 2006).

Temiz su, temiz hava ve güvenli gıda:

Yaşlılar için güvenli gıda, temiz su ve temiz havaya ulaşım mutlaka sağlanmalı, yaşlı dengeli beslenmeli, vücudunun ihtiyacı olan temel elementleri kapsayan bir beslenme tipini benimsemelidir (WHO, 1999).

2.9.6. Sosyal çevreye bağılı belirleyiciler:

Yaşlanırken katılımcı, güvenli ve sağlıklı olmayı etkileyen sosyal çevre unsurları; *sosyal destek, eğitim ve hayat boyu öğrenim fırsatı, barış, istismar ve şiddetten korunma* gibi unsurlardır. Bu unsurların eksikliği, yalnızlık, sosyal izolasyon yaşlılarda sakatlık ve ölüm riskini artırırlar (WHO, 2002a).

Yaşlılık dönemi; bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir. Yaşlılık döneminde görülen sosyal ve bedensel değişimlerle birlikte son yıllarda dünya boyutunda tartışılan bir durum olan yaşlı istismarı ve ihmali konusu gündeme gelmiştir (Turla ve Yılmaz, 2007). Nüfusun yaş ve sosyal yapısı değiştikçe yaşlı istismarı artmaktadır. Yapılan çalışmalara ve DSÖ'nün tahminlerine göre % 4 ile % 6 oranında yaşlı psikolojik, fiziksel, duygusal ya da ekonomik yönden istismara uğramaktadır (Kurrle, 1992; Comijs et al.,1998; WHO, 2007).

Şiddet, toplumu oluşturan bütün bireyleri etkilemekle birlikte incinebilirliği daha fazla olan bazı gruplar tanımlanmıştır; bu gruplardan birisi de yaşlılardır (Krug et al., 2002). Yaşlı istismarı özellikle son on yıl içerisinde üzerinde durulan bir aile içi şiddettir. Her toplumda, her kültürde ve her ekonomik düzeyde görülebilen istismar sadece aile içinde veya genel nüfusta değil, sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda da görülen fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıya zarar verme ve ondan faydalanma şeklinde kendini gösteren ciddi toplumsal bir sorundur (Sayan ve Durat, 2004).

2.9.7. Ekonomik belirleyiciler:

Gelir: Fakirlerde sağlık sorunu ve sakatlık riski daha yüksektir. Yaşlıların; özellikle kadın olup kırsal kesimde yalnız yaşayanların yeterli bir geliri yoktur.

Sosyal güvenlik

İş: Çalışma durumu yaşlılarda ölüm konusunda koruyucu etkiye sahiptir (Toprak ve ark., 2002).

2.10. Yaşlıların Yaşam Ortamları

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" başlıklı hedeflerine bakınca, yaşlı sağlığı ayrı bir önem kazanmış ve bu başlık altındaki hedefler iki grupta toplanmıştır. Bunlardan ilki "65 yaşında sakatlık olmadan yaşam beklentisinde %20'lik bir artışın sağlanması" ve ikincisi de "Özerklik, öz saygı ve

toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan, ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen seksenli yaşlardaki insanların oranının en az %50 arttırılması”dır (Arda, 2005).

Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sosyal sorunlardan birisi de yaşlıların bakımındır. Her ne kadar 65 yaş ve üzerindeki her yaşlının, hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Yaşlılar sosyo-ekonomik statüleri, bağımsız hareket edebilme yetenekleri, yaşadıkları bölge vb. çeşitli faktörlere bağlı olarak ailesi ile birlikte, mevcut konutlarında veya bir kurumda yaşamlarını sürdürebilirler (Adak, 2003).

Fonksiyonel bozukluk ve kronik hastalıklar nedeniyle çeşitli yaşamsal aktivitelerdeki kısıtlılık ve kaybın sonucu yetersizlik yaşla birlikte giderek artmaktadır. Bu durum yaşlılarla ilgili sosyal, ekonomik, kültürel ve politik düzeylerde sorunlara neden olmaktadır. Yaşlı bakımına yönelik olarak yaşlı köyleri, yaşlı apartmanları, bakım evleri ve huzur evleri çözüm olarak düşünülürken, kurum hizmetinin pahalı olması nedeniyle son seçenek olması, yaşlı bireyin bakımını aile üyelerinin üstlenmesinin desteklenmesi Dünya Sağlık Örgütü’nce de benimsenmiştir (Philip et al., 1995; Erdil ve Çelik, 2007). Ancak özellikle demansı olan hastalarda özel bakım kurumlarına olan ihtiyaç artmaktadır (Dello-Buono et al., 1999). Buna rağmen Amerika’da bile Alzheimer hastalarının % 75 i evlerinde yaşamakta ve bakımları aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır (Özer, 2001; Winslow, 2003).

Almanya’da 65 yaş ve üstü grubun yüzde 5’i yatılı kurumlardan yararlanırken yüzde 9’u çocuklarıyla oturmaktadır. Alman yasaları yaşlı yakınlarını yaşlının bakımından sorumlu tutmuş, böylece yaşlının evinde bakımı desteklenmiştir. Fransa’da da yaşlılar için ev bakımı ve gerekli diğer hizmetler yüzde 95 oranında verilmektedir. İngiltere’de toplumun yaşadığı tüm değişmelere rağmen yaşlının bakımında ailelerin etkisi fazladır. Danimarka’da ise, yaşlıların yarısından çoğu tek başlarına oturmaktadır (DPT, 2007). Japonya’da yaşlıların büyük bir bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri ve aile içinde de kadınlar tarafından bakılırken, sadece %39.3’ ü yalnız ya da eşleriyle birlikte yaşamaktadır (Karahan ve Güven, 2002).

Yaşlıların aile ortamında bulunmasının onların manevi dünyalarını destekleyici ve zenginleştirici olduğu açıktır. Ancak bu durumun göz önünde bulundurulması gereken bir başka boyutu da, ailelerin ekonomik olarak bu durumu sürdürmekte

yaşadıkları sıkıntılardır. Söz konusu ortamın sürdürülebilirliği için, yaşlılarına bakan ailelerin ekonomik açıdan bir ölçüde desteklenmeleri sosyal bir devletten beklenen bir görevdir (Arda, 2005). Bu konuyla ilgili olarak 9. Kalkınma planında “ Yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmeti desteklenecek, kurumsal bakım konusunda ise huzurevlerinin sayısı ve kalitesi artırılacaktır.” ifadesi yer almaktadır (DPT, 2006).

2.11. Yaşlı Bakım Hizmetleri

Yapılan çalışmalarda aile içinde eşler, kız kardeşler, kız evlat veya gelinler olarak genellikle kadınların yaşlıların bakımından sorumlu olduğu gösterilmiştir (Mathur and Moschis, 1999; Arpacı ve Ersoy, 2001; Adak, 2003; Wodarski et al., 2003). Aile içinde bireylerin bakımından ve ev işlerinin yürütülmesinden sorumlu olan kadının giderek artan oranda çalışma yaşamına girmesi ile ev içindeki görevlerinde aksamalar olmuş, evde bakım ve hizmet bekleyen çocuk, yaşlı, hasta ve sağlıklı bireyler etkilenmiş, beliren sorunlar aile içi ilişkilerde sorunlara yol açmıştır. Ayrıca aile yapımızın değişmesi, geleneksel aile yapısının yerini çekirdek ailenin alması kuşaklar arası çatışmaları artırmış ve görünüşte ailesi ile yaşayan yaşlı, yalnızlaşmaya itilmiş ve yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun haline gelmiştir. Geleneksel yaklaşım, yaşlıları aile içinde barındırma olmasına rağmen; çeşitli nedenlerden dolayı yaşlılarımız, aile ortamından farklı olan kurumlara yerleştirilmektedir (Bahar ve ark., 2005; Akça ve Şahin, 2008; Bahar ve ark., 2009). Yaşlıların, huzurlu bir ev ortamı içinde yaşantılarını devam ettirmelerini, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasını sosyal ilişkilerinin geliştirilmesini ve devam ettirilmesini, huzur, güven ve refah içinde bulunmalarını sağlamak amacıyla huzurevlerinin açılmasına gereksinim duyulmuştur (Aksüllü ve Doğan, 2004; DPT, 2007; Akça ve Şahin, 2008).

Ülkemizde, yaşlılara yönelik yatılı bakım ve gündüzlü bakım hizmetleri; Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bağlı faaliyet gösteren Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri, Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları bünyesinde açılan Huzurevleri eliyle sunulmaktadır (Çohaz, 2010). Bu hizmetlerin bir şemsiye altına alınması amacıyla 2828 sayılı SHÇEK Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunun 3. , 4. , 9. , 10. , 34. ve 35. maddelerinin farklı fıkralarında yaşlılarla ilgili sosyal hizmet uygulamalarına yönelik hükümler yer almaktadır. 2828 sayılı kanunun 34. ve 35. maddeleri

doğrultusunda hazırlanan 23099 sayılı Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği 3 Eylül 1997 tarihinde yürürlüğe girmiştir (DPT, 2007).

Huzurevleri, ruh sağlığı yerinde olan ve bulaşıcı hastalığı olmayan 60 yaş üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan kuruluşlardır.

Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde ise; ruh sağlığı yerinde olup, bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı, fiziksel veya zihinsel gerilemeleri nedeniyle özel ilgi, destek ve koruma gerektiren yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla kendi kendilerini idare edebilecek bir şekilde rehabilitasyonları, tedavisi mümkün olmayanların ise, sürekli olarak özel bakımları sağlanır (<http://www.shcek.gov.tr/>).

SHÇEK Genel Müdürlüğü'ne bağlı Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde ekonomik durumu iyi olan ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılara ücretli, ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan ve 1005 sayılı Kanun gereği İstiklal Madalyası verilen yaşlılara ise ücretsiz yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır (Çohaz, 2010).

2009 yılında SHÇEK tarafından Aralık ayı itibarı ile 8126 kapasiteli toplam 81 huzurevinde; 3871 ücretli, 3349 ücretsiz olmak üzere toplam 7220 yaşlıya hizmet verilmiştir (<http://www.shcek.gov.tr/>). 2010 Mart sonu itibarıyla halen kuruma bağlı 8333 kapasiteli 84 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde 7375 yaşlıya yatılı bakım hizmeti verilmektedir. Bu yaşlıların %39'u kadın, %61'i erkek yaşlı, %49'u ücretsiz, %51'i ücretli yaşlı, %67'si huzurevi yaşlısı, % 33'ü özel bakım yaşlısıdır (Çohaz, 2010).

Gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerin işletilen huzurevlerinin ve bakımevlerinin Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde; dernekler, vakıflar, azınlıklar ve özel-tüzel kişilere ait 152 huzurevi, 8526 kapasite ile, Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği gereği diğer bakanlıklar ve belediyelere bağlı olarak hizmet veren 28 huzurevi 4613 kapasite ile hizmet sunmaktadır. Türkiye'de 2010 Mart ayı sonu itibarıyla faaliyette bulunan resmi ve özel huzurevi sayısı 264, toplam yatak kapasitesi yaklaşık 21.472'dir (Çohaz, 2010).

Yaşlı Hizmet Merkezi; Huzurevi bakımını tercih etmeyen, sosyal, fiziksel ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, altmış yaş ve üzerinde olup, bulaşıcı hastalığı ile herhangi bir özürlü bulunmayan yaşlıya evinde sosyal-psikolojik destek hizmeti verilmesi ve Alzheimer, demans vb. hastalığı olan yaşlıların gündüzlü bakımının sağlanması, aileleri ile dayanışma ve paylaşımı geliştirerek ailelerdeki çaresizlik duygularının azaltılması yönündeki çalışmalar ise Yaşlı Hizmet Merkezlerinde sunulmaktadır. İki Ankara'da, diğerleri Çanakkale, İzmir ve Eskişehir' de olmak üzere 5 Yaşlı Hizmet Merkezinde 951 sağlıklı yaşlıya dayanışma hizmeti sunulmaktadır (<http://www.shcek.gov.tr/>).

2.11.1. Evde Bakım

Daha önce, yaşlıların özel yaşlı bakımevlerine alınarak yaşamlarını sürdürmeleri düşüncesi yaygınken, bugün artık yaşlının yerel kurumlarda değil, kendi içinde bulunduğu ve alıştığı ortamda, ancak daha kolaylaştırılmış ve yaşlıya göre düzenlenmiş koşullar altında hayatını devam ettirebilmesine yönelik hizmet anlayışı hakimdir. Bu nedenle, huzurevlerinin yaygınlaştırılmasından daha çok, yaşlının kendi evinde rehabilitasyon ve bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi ön plana çıkmaktadır (DPT, 2007). Ev kişinin kendisini rahat ve mutlu hissettiği, alışık olduğu bir ortamdır. Bu nedenle ev, fiziksel ve ruhsal olarak, içindeki kişiler ve donanımıyla hastane ve kurum ortamından farklı özellikler taşır. Bu bağlamda evde bakım hizmeti de hasta ve bakıma muhtaç bireylere, sevgi ve şefkat ortamında bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu çağdaş bir sistemdir. Bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi en mükemmel şekilde evde bakım hizmetleri ile sağlanır. Hemen hemen tüm dünyada uygulanan ve giderek yaygınlaşan çağdaş evde bakım hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemi olarak görülmektedir (Öztop ve ark., 2008). Günümüzde çoğu Avrupa ülkesinde de kurumsal bakımdan daha çok evde bakım hizmetlerine öncelik verilmektedir (Carpenter et al., 2004; Sorbye et al., 2009).

Evde Bakım; kendi ev ortamında bakım almayı isteyen fakat yakınları tarafından verilemeyen sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi pek çok alan içeren ve bu alanlarda çalışan meslek grupları tarafından sunulan hizmetlerdir. En basit tanımı "bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanması" dır (Öztop ve ark., 2008). Bu hizmetler temel günlük yaşam aktivitelerine yardım, terapötik tedavi veya

tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinim olan, kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere ev ortamında sunulan hizmetlerdir. Genel olarak, evde bakım, kişinin ev ortamında bulunmak istemesine rağmen aile ya da arkadaşları tarafından etkin ya da kolay bir şekilde sağlanılamayan bakım gereksinimlerini içermektedir (NAHC).

Evde bakım, yeni bir kavram olmayıp 1700' lü yılların sonunda İngiltere'de, ardından da ABD' de ortaya çıkmıştır (Özkan, 2000). İspanya' da evde bakım hizmetlerinden 14 milyon insan yararlanmaktadır. İngiltere' de ise yaşlıların 1/6' sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Öztop ve ark., 2008).

Evde bakım hizmetleri Türkiye'de yerel yönetimler, gönüllü kuruluşlar ve büyük şehirlerdeki özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu hizmetler ülkemiz için son derece yeni uygulamalardır. Bu hizmetlerin organizasyonu Sağlık Bakanlığı tarafından 10.03.2005 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile 07.08.2008 tarihli “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme altına alınmış, bu alanda faaliyet gösteren tüm kuruluşların Sağlık Bakanlığı Uygunluk Belgesi almaları zorunlu kılınmıştır. Bu hizmetlerin potansiyel yararlanıcı kitlesi engelliler, ağır ve kronik hastalar ve yaşlılardır (T.C. Başbakanlık, 2007; Alıngeniş, 2009)

İnsan hakları ve etik açıdan bakıldığında; yaşlı bireyin, bakımdan birinci derecede sorumlu olan bireyin ve tüm aile bireylerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi; aileye destek sağlayacak evde bakım hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaştırılması ile olasıdır (Öztop ve ark., 2008).

2.12. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; yaşamla ilgili niceliksel iyiliğin (ölçütlerde iyileşme) yanı sıra nitelik açısından en üst düzeydeki hedeflerin yakalanabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın kantitesi ya da niceliği, hayatın süresi olarak tanımlanmaktadır, kalitesi ise bireyin içinde bulunduğu fizik çevre ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesinin tanımı için günümüzde üzerinde anlaşılmış ortak bir tanım bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu, yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu

ikisinin arasındaki farkın kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir (Carr and Higginson, 2001; Telatar ve Özcebe, 2004; Fayers and Machin, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda yaşamdaki durumlarını algılama biçimleri üzerinden ifade etmektedir (WHO, 1996; 1998b; Akça ve Şahin, 2008; Aslan, 2010) .

Yaşam kalitesi demek salt sağlık durumu veya yaşamdan alınan zevk demek değildir. Genel olarak iyi olma durumu olarak tanımlanabilen sağlık, iş, konut, okul, yaşanılan çevre, kültür, toplumsal değerler, inançlar gibi çok boyutlu bir kavramdır (Kaasa and Loge, 2003; Küçükdeveci, 2010). Algısal bir yönü de olan yaşam kalitesi kavramı dört temel özelliğe sahiptir (Mc Daniel and Bach, 1994):

- a) Dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- b) Çok boyutluluk
- c) İnteraktif olması (bireyler ve çevre ile olan etkileşimden etkilenmesi)
- d) Bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi

"yaşam kalitesi = doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları+toplumun bu yöndeki çabaları)"

Yaşam kalitesi ile hastalıkların etkileri ve sağlıkla olan etkileşimleri hakkında bilgi elde edilmesi beklenmelidir. Bu bireyin ve grubun fiziksel ve ruhsal sağlık algısıdır (Kaasa and Loge, 2003; CDC, 2011). Yaşam kalitesinin tanımlanmasında yaşanan problemlerin bir kısmı, bu alanda çalışan kişilerin farklı açılardan yaklaşımlarından doğmaktadır. Örneğin sosyal bilimler alanında çalışanlar daha çok psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde dururken; tıp bilimi biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçlar açısından değerlendirme yapmaktadır (Arslan ve Kutsal, 1999).

"Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" bütüncül olarak "yaşam kalitesi"nin bir alt bileşenidir. Başka bir deyişle, yaşam kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren çok boyutlu bir terimdir (Brod et al., 1999). Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinden ayrılarak incelenmelidir, diğer görüşe göre ise aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin; gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde

değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek, bizi genellikle yanılgıya götürür; çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (Eser, 2004).

2.12.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi:

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümünün öznel (algılanan) bir kavramsal temele dayandığını; bu ölçümün konvansiyonel sağlık hizmeti çıktıları (kurtarılan hasta oranı, uzatılan yaşam yılı ya da biyokimyasal göstergeler gibi) ile birlikte ya da onlardan bağımsız bir ölçme olduğunu belirlemek önemlidir. Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan yeti-işlev kaybı ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinin içine girmiş değerlendirmelerdir. Bu nedenle aslında işlev yitimini ölçen gereçler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri içinde değerlendirilirler. Oysa bilindiği gibi merdiven çıkamamak bir işlev kaybı değerlendirmesi iken, merdiven çıkamamanın kişinin yaşamının niteliği üzerine olan öznel (algılanan) etkisi yaşam kalitesidir (Eser ve ark., 2004). Yaşam kalitesinde asıl amaç, bireyin kendi fiziksel, psikolojik, sosyal işlevlerinden ve ekonomik durumlarından ne ölçüde memnun ya da rahatsız olduğunun saptanmasıdır. Yani “algılanan sağlık ve mutluluk” üzerine odaklanmıştır (Annak, 2005; Eser ve ark., 2010).

Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiş durumdadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, uygulandıkları topluluklara göre genel (tüm topluluklara uygulanabilen) ve özel amaçlı (belirli hastalık gruplarına uygulanan) ölçekler olarak gruplanmaktadır. Bu ölçekler genellikle yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı gibi farklı boyutlara ayırarak değerlendirmektedir (Telatar, 2007).

Genel amaçlı (jenerik ölçütler) yaşam kalitesi ölçekleri: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar (Bellamy, 2003). Genel amaçlı ölçekler kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

1- Tercihe dayalı olmayan ölçekler: Sağlık profilleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değişik yönlerini ölçer. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan SF-36, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkla İlgili

Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) Nothingam Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluşturlar.

2- Tercihe dayalı ölçekler ise (indeks ölçütler sınıflamasına girerler) sağlık ekonomisi alanındaki geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım analizlerinde kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları'nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçeklerdir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Kabaca değinmek gerekirse, ya puanları önceden belirlenmiş işlevlerle ilgili sorulara verilen yanıtlara göre ya da yaşam kalitesinin farklı yönlerine verilen puanlara göre değerlendirilirler. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları Quality of Well-Being Scale, Euroqol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI) dir.

Özel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri: Bu ölçekler belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olan ölçeklere örnek olarak çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (KINDLE) yönelik olanlar örnek verilebilir. DLQI genel dermatoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bunun yanında hemen her hastalığa (ör: epilepsi, diyabet, romatoid artrit), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır (Arslan ve Kutsal, 1999; Annak, 2005; Eser, 2006).

Yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü, çok sayıda boyutu içerir; bunların arasında ağrı, bitkinlik ve işlevsel yeterlilik kadar toplumsal ve duygusal iyilik hali de bulunmaktadır (Lucas, 2007; Paskulin and Molzahn, 2007). Ayrıca yaşam kalitesinin değerlendirilmesi optimal tıbbi bakım için temel teşkil eder hale gelmiştir. Özellikle giderek artan bir popülasyonu oluşturan yaşlı bireylerin izlemlerinde ve tedavilerinde yaşam kalitesi ölçütleri her geçen gün daha fazla alanda kullanılmaktadır. Yaşlı bireylerin karşılaştıkları hastalıklara özgü ve sübjektif ölçütlerin geliştirilmesi, bu alandaki hizmetlerin kalitesini artıracaktır (Arslan ve Kutsal, 1999).

2.12.2. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

DSÖ sanayileşmiş ülkelerin yaşlanmadan önce zenginleşmiş olduklarını, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerin zenginleşmeden önce yaşlanacaklarını belirtmekte, bu nedenle dünyadaki bütün ülkelerin, yaşlanmanın artışı anlamına gelen demografik

sürecin yaratacağı olumsuz sonuçlara karşı hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamaktadır. DSÖ Yaşlanma ve Sağlık Programı'nın gerekçesinde durum şöyle ifade edilmektedir: "Yaşlı kişilerin sağlığı denildiğinde, belirleyici konu olarak yalnızca hastalık prevalansı ya da hastalığın yokluğu görülemez ve görülmemelidir. Yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa da, hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilir" (Eser ve ark., 2010) . Toplumların yaşlanması, yani yaşlı nüfusun artması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Yani yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanılan yaşamın kalitesi de önem kazanmaktadır (Lu and Hu, 2002).

Yaşlanma doğal bir süreçtir, ancak yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği, bağımlılığın arttığı bir dönemdir. Yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam işlevleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (Mikami and Ogihara, 1999; Henderson, 2000). Bu sebeple yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık gelmektedir (Oktik, 2004). Ayrıca yaş ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki söz konusudur (Telatar ve Özcebe, 2004; Kurtuluş ve ark., 2006).

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedirler ve yaşlı insanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, alıyorsa tedavilerinin planlanmasında önemli değişkenlerdir (Abrams et al., 1995; Birtane ve ark., 2000).

Yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül korunma prensipleri temel alınarak, verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir. Sağlanacak hizmetler şu şekilde sınıflandırılabilir (Telatar ve Özcebe, 2004) :

1. Sağlığın geliştirilmesi
 - a. Temel sağlık hizmetleri
 - b. Bağışıklama
 - c. Taramalar
 - d. Birinci basamak sağlık hizmetleri
 - e. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
 - f. Göz sağlığı hizmetleri
2. Kamu hizmetleri
 - a. Semt bakım evleri (district nursing)
 - b. Ev ziyaretleri
 - c. Evde bakım
3. Sosyal servisler
 - a. Gündüz bakım evleri (Day centre)
 - b. Seyyar aşevleri
 - c. Geçici bakımlar
 - d. Komşu desteği projeleri
 - e. Başkasının bakımı altına girme (adult fostering)
 - f. Tatil aktiviteleri
 - g. Mesleki tedavi (occupational therapy)
4. Hastane
 - a. Acil tıbbi bakım
 - b. Acil psikiyatrik bakım
 - c. Erken taburculuk programları
 - d. Özel birimler
 - e. Rehabilitasyon
 - f. Ev ziyaretleri
 - g. Gündüz poliklinikleri

2.13. Yaşam Doyumu

İlk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılan "yaşam doyumu" kavramı daha sonra pek çok araştırmacıya yol göstermiştir. Yaşam doyumunu tanımlamak için önce "doyum" kavramını açıklamak gerekir. Doyum, beklentilerin,

gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanması ve denge durumunun kurulmasıdır. "Yaşam doyumu" ise, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur (Özer, 2004; Dönmez, 2007). Yaşam doyumu, kişinin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslanmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir. Yaşam doyumu, genel olarak kişinin tüm yaşamını ve bu yaşamın çok çeşitli boyutlarını içerir. Yaşam doyumu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantılardaki doyum anlaşılır. Mutluluk, moral vb. gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eder (Özer ve Karabulut, 2003; Gümüşbaş, 2008).

Bireyler daha mutlu olabilmek için amaçlarının düzenli bir grafikte bütünleştirilmesi ve bu amaçların doyurulması üzerinde dururlar (Diener, 1984). Yaşam doyumu; mutluluk, moral gibi değişik açılardan iyi olma halini ve günlük işler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olmasını ifade eder (Özer ve Karabulut, 2003). Birey mutlu olduğu için yaşamından doyumludur ve tüm yaşamını pozitif değerlendirmektedir. Bunun tersi geçerli değildir. Birey kişiliğinin bütün özelliklerine göre olaylara yaklaşır. Örneğin; olaylara iyimser bir bakış açısıyla bakan bireyin dayanma gücü daha yüksektir. (Diener et al., 1985; Akandere, 2006).

Kişinin kendi yaşamına ilişkin değerlendirmelerinin üç ayrı boyutu bulunmaktadır. Ancak bunların birbiriyle ilişkili genel bir boyutta sınıflanacağı öne sürülmüştür. Bunlar, olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumudur. Olumlu duygu boyutunda yaşanan hazların, sevinçlerin, hoş duygulanımların çokluğunun; olumsuz duygu boyutunda hoş olmayan, kötü, acı verici duyguların azlığının iyi olma açısından önemli olduğu belirlenmiştir. Yaşam doyumu ise yaşamın geneline ilişkin bilişsel yargılamaları, değerlendirmeleri kapsamaktadır (Annak, 2005).

Bireylerin yaşam doyumunu etkileyen unsurlar şu şekilde sıralanmaktadır;

- Günlük yaşamdan mutluluk duymak;
- Yaşamı anlamlı bulmak;
- Amaçlara ulaşma konusunda uyum;
- Olumlu bireysel kimlik;
- Bedensel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi;
- Ekonomik güvenlik
- Sosyal ilişkiler (Dağdelen, 2008).

Bununla birlikte yaşam doyumu yaş, cinsiyet, çalışma ve iş, eğitim, din, evlilik ve aile, gelir düzeyi, yaşam olayları, kişilik, emeklilik gibi sosyodemografik faktörlerden de etkilenmektedir (Ho et al., 1995). Yapılan çalışmalarda sağlık durumu, etkinlik ve aktivite düzeyinin de yaşam doyumu üzerinde belirleyici olduğu görülmüştür. Yaşamda meydana gelecek çeşitli engellenmeler, zorlanmalar, çatışmalar ve ani olumsuz değişimler yaşam doyum düzeyinin düşmesine neden olabilir (Özer, 2001; Gümüşbaş, 2008). Yaşam doyumu hayattan beklentilerle de ilişkilidir. Hayattan beklentisi yüksek olan kişilerin yaşam doyumu daha düşük olacaktır. Seçilen hedeflerle ilgili olarak durumlar iyi ya da kötü olarak değişirse, yaşam doyumu düzeyi de bundan etkilenir (Positive Psychology Center, 2007).

Yaşamın bir bütün olarak öznel değerlendirilmesi olan yaşam kalitesi ise, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatması olarak da ifade edilmektedir. Öznel bir kavram olan yaşam kalitesi bireyin kendisi tarafından değerlendirilmektedir ve yaşamını etkileyen boyutların her biri değerlendirmede bulunmaktadır (Kaya, 2004). Bireyin yaşamında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu, yaşam kalitesi olarak değerlendirilmektedir ve yaşam doyumu yaşam kalitesinin psikolojik ağırlıklı bir göstergesi gibidir (Fries and Singh, 1996; Özer, 2001).

2.13.1. Yaşlılık ve Yaşam Doyumu

Yaşlılık bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla bir kayıplar dönemi olarak tanımlanabilir. Kayıpların birbiri ile birleşmesi kişinin kendine olan saygısını azaltmakta ve yaşamdan yeterli doyum sağlanamamaktadır (Şener, 2010).

Son yıllarda önem kazanan bir kavram olan yaşam doyumu üzerine yapılan çalışmaların çoğu yaşlı bireyler üzerinde yapılmıştır. Yaşam doyumu ve yaşın ilişkisinin araştırıldığı araştırmalarda genel bulgu, yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığıdır. Ancak yaşlı insanların sağlık durumlarının, ekonomik koşullarının, etkinlik düzeylerinin yaşam doyumunda önemli bir belirleyici olduğu bilinmektedir (Dönmez, 2007).

Yaşlılarda ise yaşam doyumu; kişilik, alışılmış stratejilerle baş etme, yaşam koşullarındaki değişiklikler ve kontrol odakları gibi çeşitli faktörlerin birleşimine bağlıdır. Neugarten yaşlılarda yaşam doyumunu belirlemek için 5 ölçüt kullanmaktadır.

Buna göre yaşam doyumu yüksek olan yaşlıların ;

1. Günlük yaşamdaki etkinliklerden zevk alması,
2. Yaşamının bir anlam taşıması,yaşamıyla ilgili amaçlarının olması ve geçmiş yaşamının sorumluluğunu kabul etmesi,
3. Yaşamı boyunca öngördüğü amaçlara ulaştığı inancına sahip olması,
4. Olumlu bir "ben" imgesine sahip olması ve yaşlılığında zayıflıkları ne olursa olsun, kendini değerli bir varlık olarak kabul edebilmesi,
5. Yaşama karşı genelde iyimser bir tutum içinde olması beklenmektedir (Özer ve Karabulut, 2003) .

Yaşlılar, çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm iş ve uğraşlarından "elini ayağını çekmektedir" (Nahçıvan ve ark., 1999). Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunu hiçbir zaman düşünmemektir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu, kendine mutluluk veren işlerle uğraşmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görünmektedir. Çalışan ve üreten insan; emeklilikten kısa bir süre sonra, kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Artık eski "yaşantılarını anma" dönemine girmiş olduğunu düşünmektedir. Bu durum, doğal olarak yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Özer ve Karabulut, 2003).

Bireyin yaşamdan aldığı doyum düzeyi, ruhsal yönden iyi olma durumu ve toplumla ilişkilerini devam ettirme sürecini de etkileyen, sağlıklı yaşlanma için önemli bir olgudur. Yaşlı insanların yaşamdan sağladıkları doyum düzeyi yalnızca yaşlanmalarına bağlı değildir. Daha çok dış koşullara bağlıdır. Önemli olan bireyin yaşamını günlük yaşam koşullarına göre düzenlemesi, aynı zamanda geleceğe yönelik toplumsal ilişkiler kurması ve yaşamını zevk veren faaliyetlerle renklendirmesidir. Her yaştan kendine özgü özellikleri olduğu unutulmadan, yaşlı bireylerin bağımlı, salt tüketici konuma girmeleri engellenerek, güçleri, eğilimleri ve potansiyelleri doğrultusunda yaşamlarını sağlıklı ve aktif olarak sürdürmelerinin desteklenmesi gerekir. Geçmiş yaşantısında yaşam doyumu yüksek bireylerin üretkenliklerini yaşlılık döneminde sürdürmelerinin sağlanması önemlidir. Temel amaç yaşama yıllar katmak değil, yıllara yaşam katmaktır (Şener, 2010).

3. GEREÇ – YÖNTEM

3.1. Araştırma grubu

Araştırma Samsun Atakum ve İlkadım ilçelerinde yapılmıştır. Araştırma grubunu Samsun Büyükşehir Belediyesi huzurevinde kalan, Samsun Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi'nden hizmet alan ve Atakum Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlılar oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Samsun Büyükşehir Belediyesi'nden gerekli izinler alınmıştır.

Samsun Büyükşehir Belediyesi Huzurevi 1 Temmuz 1973' de güçsüzler evi olarak açılmış daha sonra adı huzurevi olarak değiştirilmiştir. Kurumun toplam kapasitesi 50 erkek, 10 kadın olarak düzenlenmiştir.

“Yaşadığı Yerde Yaşlıya Bakım Hizmetleri Merkezi” 9 Nisan 2007'de kurulmuştur. Merkeze, Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde ikamet eden, eşiyle veya yalnız yaşayan, 60 yaş üzerinde, asgari ücretin altında gelire sahip olan her birey şahsen veya birinci dereceden akrabalarının aracılığıyla başvurabilir. Sosyal hizmet uzmanının, yaşlının evine giderek yapacağı inceleme sonucunda hizmet verilip verilmeyeceğine karar verilir. Yaşadığı Yerde Yaşlıya Bakım Hizmetleri Merkezi bünyesinde; bir doktor, bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolojik danışma ve rehberlik uzmanı, iki hemşire, dört temizlik personeli ve bir araç şoförü çalışmaktadır. Merkez tamamen ücretsiz olarak; psikolojik destek hizmetleri, genel sağlık hizmetleri, temizlik hizmetleri, yemek hizmetleri sağlamaktadır. 2010 yılı itibariyle 380 yaşlı hizmet almak için başvurmuş bulunmaktadır.

Tanımlayıcı bir araştırma olması nedeniyle birbirine eşdeğer sayıda gruplar seçilebilmesi için, evde yaşayan ve hizmet alan yaşlı grubundan alınacak kişi sayısı huzurevi kapasitesi kadar planlandı. Huzurevi kapasitesi 60 kişi olduğu için diğer iki gruptan alınacak kişilerle birlikte örnek büyüklüğü 180 olarak belirlendi. Ancak huzurevinde araştırma döneminde yaşayan 55 yaşlı bulundu. Algısal sorunu olanlar, ileri derece işitme özürlüler, tanıli demansı olanlar ve araştırmaya katılmak istemeyen yaşlılar çıkarıldığında, bu gruptan 38 yaşlıya ulaşılabildi. Böylece toplam 158 kişiyle %87.7 katılım sağlandı.

3.2. Veri toplama yöntemi ve araçları:

Araştırmanın verileri 01.11.2010-31.12.2010 tarihleri arasında, oluşturulan anket formu aracılığıyla, yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Aile Sağlığı Merkezi'nden toplanan verilerin oluşturduğu grup "evde yaşayanlar", Yaşadığı Yerde Yaşlıya Bakım Hizmetleri Merkezi'nden toplanan verilerin oluşturduğu grup "hizmet alanlar", huzurevinden toplanan verilerin oluşturduğu grup ise "huzurevinde kalanlar" olarak gruplandırıldı.

Yaşam ortamına göre farklılık gösteren 60 yaş ve üzerinde üç grup yaşlıya onamları alınarak;

- Sosyodemografik özellikleri içeren anket formu,
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old),
- Yaşam Doyumu Ölçeği araştırmacı tarafından uygulandı.

Ayrıca yaşlıların işlevsellik düzeyi değerlendirildi.

3.2.1. Sosyodemografik veri formu:

Yaşlıların tanımlayıcı bilgilerini elde etmek için sosyodemografik form hazırlandı. Ayrıca huzurevinde kalanlar için huzureviyle ilgili, hizmet alanlar için aldıkları hizmetle ilgili sorular eklendi (EK-1).

Aylık gelir durumu 2010 yılı net asgari ücretine göre (576,57 TL) değerlendirildi (Resmi gazete, 2009).

3.2.2. Yaşam Doyumu Ölçeği:

Araştırmada Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında, bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumu belirlemek amacı ile geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeği (The Satisfaction with Life Scale-SWLS) kullanıldı (Diener et al., 1985) (EK-2). Yaşam doyumu ölçeği, bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, likert tarzı 7 dereceli (1: Kesinlikle katılmıyorum – 7: Kesinlikle katılıyorum) beş maddeden oluşmaktadır. Yaşam Doyumu Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5 olup, ölçekten alınan yüksek puan, yaşam

doyumunun yüksekliğini ifade etmektedir (Pavot and Diener, 2008). Ölçek, Türkiye'deki popülasyona Yetim tarafından uygulanmıştır (Yetim, 1993).

3.2.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old):

WHOQOL-Old modülü 24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır (EK-3).

Bu alanlar;

1. Duyusal işlevler (1,2,10,20)
2. Otonomi (3,4,5,11)
3. Geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri (12,13,15,19)
4. Sosyal katılım (14,16,17,18)
5. Ölmek ve ölüm (6,7,8,9)
6. Yakınlık (21,22,23,24) alanlarıdır.

“Duyusal işlevler” boyutu ile duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkileri değerlendirir.

“Otonomi” boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini, kendi kararlarını kendi almayı ifade eder.

“Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri” boyutu yaşamdaki başarılarından elde edilen doyum ve geleceğe bakışı gösterir.

“Sosyal katılım” boyutu özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır.

“Ölüm ve ölmek” boyutu ise ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır,

“Yakınlık” boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir. Her bir soru için olası en düşük puan 1.0, en yüksek puan 5.0'dır. Her alanın dört sorusu vardır. Tüm alanlar doldurulduğunda her alandan minimum 4 puan, maksimum 20 puan alınabilir. 1,2,6,7,8,9,10 numaralı sorular negatif sorulardır ve değerleri 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1 şeklinde dönüştürüldükten sonra alan skorları hesaplanmalıdır (Baysan, 2008). Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanabilir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Eser ve ark., 2010).

3.2.4. Yaşlıların İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi:

Araştırma grubundaki yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri iki ayrı test ile incelenmiştir. İlki yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçları sağlamaya yönelik 'Temel Günlük Yaşam uğraşları (TGYU)', ikincisi toplum içinde bağımsız yaşamaya yönelik olan 'Yardımcı Günlük Yaşam Uğraşları (YGYU)'dır.

TGYU tuvalete gitme, banyo yapma, yemek yeme, giyinme, ev içi yürüme, yatağa girme ve yataktan kalkma;

YGYU telefon kullanma, ulaşım araçlarına binebilme, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, para hesabını bilme ve ilaçları kullanabilme etkinliklerini kapsamaktadır.

Etkinliği tamamen yapabilme 1 puan, kısmen yapabilme 2 puan, etkinliği yardımsız yapamama 3 puan olarak değerlendirilmiştir (Diker ve ark., 2001). Toplam puanlar TGYU için 6-18, YGYU için 7-21 arasında değişmektedir. Bu ölçeklerden alınan yüksek puanlar bağımlılık düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir.

3.3. İstatistiksel analiz:

Tanımlayıcı araştırma olduğu halde yaşam ortamına göre, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu etkileyebilecek olası sosyodemografik özelliklerle ilgili analitik karşılaştırmalar yapıldı.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS versiyon 15.0 bilgisayar paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortanca (minimum- maksimum) veya ortalama $\pm$ standart sapma, sayı, yüzde olarak verildi. Gruplararası karşılaştırmalarda; nonparametrik değişkenler için Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U Testi; parametrik olanlar için Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi) yapıldı. Değişkenler arasındaki ilişki için Spearman Sıra Korelasyonu Analizi yapıldı. Kategorik değişkenler Ki kare Testi ile değerlendirildi.

WHOQOL-Old toplam skoru ve yaşam doyumu toplam puanı ortanca değerden dikotom değişken hale getirilerek tek değişkenli analiz yapıldı. Yapılan Ki kare Testi'nde anlamlı bulunan değişkenlere forward conditional metodla Logistik Regresyon Analizi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamına evde yaşayan 60, evinde belediyeden hizmet alan 60 ve huzurevinde kalan 38 kişi olmak üzere toplam 158 yaşlı alındı. Yaşlıların sosyodemografik özellikleri Tablo IV’de verilmiştir.

Tablo IV. Yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

		Evde Yaşayan (n=60)		Hizmet Alan (n=60)		Huzurevinde Kalan (n=38)		P*	
Yaş		68.2±5.9		74.8±8.1		69.1±8.5			
Ortalama ± ss (ortanca)		(68)		(75)		68.5		0.000	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X²	p**
Cinsiyet	Kadın	28	46.7	42	70.0	7	18.4	24.9	0.000
	Erkek	32	53.3	18	30.0	31	81.6		
Medeni durum	Evli	44	73.3	24	40.0	5	13.2	56.7	0.000
	Bekar	—	—	3	5.0	9	23.7		
	Eşi ölmüş	16	26.7	31	51.7	17	44.7		
	Boşanmış	—	—	2	3.3	7	18.4		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	15	25.0	30	50.0	15	39.5	8.9	0.062
	Okuryazar	12	20.0	11	18.3	6	15.8		
	İlkokul ve üzeri	33	55.0	19	31.7	17	44.7		
Çalışma durumu	Emekli	45	75.0	31	51.7	20	52.6	8.2	0.016
	Diğer	15	25.0	29	48.3	18	47.4		
Gelir durumu	Geliri yeten	27	45.0	12	20	18	47.4	10.8	0.004
	Geliri yetmeyen	33	55.0	48	80	20	52.6		

* Kruskal Wallis Varyans Analizi, p<0.05, **Ki Kare Testi, p<0.05

4.1.1. Yaş:

Evde kalan yaşlıların yaş ortalaması 68.2 ± 5.9 (min:60, max:84) yıl , hizmet alanların 74.8 ± 8.1 (min:60, max:94) yıl, huzurevinde yaşayanların ise 69.1 ± 8.5 (min:60, max:87) yıl idi. Yaş açısından değerlendirildiğinde hizmet alan grupta yaş anlamlı olarak yüksekti ($p < 0.05$).

4.1.2. Cinsiyet:

Evde kalan yaşlıların 28'i (%46.7) kadın, 32'si (53.3) erkek, hizmet alanların 42'si (%70) kadın, 18'i (%30) erkek, huzurevinde yaşayanların ise 7'si (%18.4) kadın, 31'i (81.6) erkek idi. Huzurevinde kalan yaşlıların çoğunun erkek olması nedeniyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2:24.9$, $p < 0.05$).

4.1.3. Medeni durum:

Evde kalan yaşlıların 44'ü (%73.3) evli, hizmet alanların 31'inin (%51.7), huzurevinde kalanların ise 17'sinin (%44.7) eşi ölmüş idi ve üç grup da medeni durum açısından birbirinden farklı idi ($X^2:56.7$, $p < 0.05$).

4.1.4. Eğitim durumu:

Hizmet alan yaşlıların 30'u (%50) okuryazar değildi. Evde kalan yaşlıların ise 33'ü (%55.0), huzurevinde kalanların 17'si (%44.7) ilkokul ve üzeri bir okul mezunu idi. Gruplar arasında eğitim durumları açısından fark yoktu ($X^2:8.9$, $p > 0.05$).

4.1.5. Çalışma durumu:

Araştırma grubundaki yaşlıların hiçbiri çalışmıyordu. Evde kalan yaşlıların 45'i (%75.0), hizmet alanların 31'i (%51.7), huzurevinde kalanların ise 20'si (%52.6) emekli idi. Geriye kalanlar daha önce hiç çalışmayanlar veya düzenli bir işi olmayanlardan oluşuyordu. Üç grup da çalışma durumu açısından birbirinden farklı idi ($X^2:8.2$, $p < 0.05$).

4.1.6. Gelir durumu:

Gruplar düzenli aylık geliri olma açısından değerlendirildiğinde; evde kalan yaşlıların 5'inin (%8.3), hizmet alanların 7'sinin (%11.7), huzurevinde kalanların ise 6'sının (%15.8) düzenli aylık geliri yoktu. Evde kalan yaşlıların 22' sinin (%11.7), hizmet alanların 41' inin (%68.3), huzurevinde kalanların ise 21'inin (%55.3) 600 TL ve altında aylık geliri vardı. 600-1000 TL aylık geliri olanların oranları ise sırasıyla; 28(%46.7), 12(%20.0), 11(%28.9) idi. Evde kalan yaşlıların sadece 5'inin (%8.3) 1000

TL ve üzerinde geliri vardı. Gruplar arasındaki fark, evde kalan yaşlıların 28'inin (%46.7) 600-1000 TL aylık geliri olmasına bağlıydı ($X^2:21.7$, $p<0.05$).

Gelir kaynağı açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2:17.9$, $p<0.05$). Evde kalan yaşlıların 52'si (%86.7), hizmet alanların 49'u (%81.7), huzurevinde kalanların ise 21'i (%55.3) emekli maaşı alıyordu. 65 yaş aylığı, aile yardımı, kira, birikmiş para, faiz, vb. gibi gelir kaynakları "diğer" başlığı altında birleştirildi. Evde yaşayanların 3'ü (%5.0), hizmet alanların 4'ü (%6.6), huzurevinde kalanların 11'i (28.9) bu gelir grubunda idi. Gruplar arasındaki fark, huzurevinde kalanlarda diğer (65 yaş aylığı, aile yardımı, kira, birikmiş para, faiz, vb.) olarak adlandırılan gelir grubunun fazla olmasına bağlıydı.

Evde kalanların 33'ü (%55.0), hizmet alanların 48'i (%80.0), huzurevinde kalanların ise 20'si (%52.6) gelirlerinin ihtiyaçlarına yetmediğini söyledi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2:10.8$, $p<0.05$).

4.2. Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri

4.2.1. Kronik hastalığı olma durumu:

Evde kalan yaşlıların 46'sında (%76.7), hizmet alanların 58'inde (%96.7), huzurevinde kalanların ise 27'sinde (%71.1) kronik bir hastalık vardı ve gruplar arasındaki fark anlamlı idi ($X^2:13.4$, $p<0.05$). Hizmet alan grupta hastalığı olan yaşlı sayısı daha fazlaydı. Hastalık sayısı açısından değerlendirildiğinde de benzer şekilde hizmet alan yaşlılarda üç ve üzeri hastalığı olma durumu diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı fazla idi ($X^2:12.7$, $p<0.05$) (Tablo V).

4.2.2. Fiziksel engellilik durumu:

Evde kalan yaşlıların 7'sinde (%11.7), hizmet alanların 21'inde (%35.0), huzurevinde kalanların ise 9'unda (%23.7) fiziksel bir engel vardı. Evde kalan yaşlılarda engellilik oranı diğer gruplardan daha az idi ($X^2:9.1$, $p<0.05$). Fiziksel engelliliğin tipi sorgulandığında ise; 7 kişi (%18.9) işitme engelli, 2 kişi (%5.4) görme engelli, 28 kişi (%75.7) ise yürüme engelli idi. Gruplar arasında fark yoktu ($X^2:1.5$, $p>0.05$) (Tablo V).

4.2.3. Yardımcı cihaz kullanma durumu:

Evde kalan yaşlıların 47'sinde (%78.3), hizmet alanların 41'inde (%68.3), huzurevinde kalanların ise 25'inde (%65.8) yardımcı cihaz vardı. Yardımcı cihaz

kullanımı açısından gruplar arasında fark bulunmadı ($X^2:2.2$, $p>0.05$) (Tablo V). 86 kişi (%76.1) gözlük, 48 kişi (%42.5) baston, 5 kişi (%4.4) işitme cihazı ve 5 kişi de (%4.4) tekerlekli sandalye kullanıyordu.

4.2.4. Sigara ve alkol kullanma durumları:

Evde kalan yaşlıların 4'ü (%6.7), hizmet alanların 3'ü (%5.0), huzurevinde kalanların ise 9'u (%23.7) sigara kullanıyordu. Huzurevinde kalanlarda sigara içme durumu anlamlı yüksek idi ($X^2:10.1$, $p<0.05$) (Tablo V). Evde ve huzurevinde kalan yaşlılardan birer kişi alkol kullanıyordu. Hizmet alan grupta ise hiç alkol kullanan yoktu.

4.2.5. Ruhsal destek ihtiyacı olma durumu:

Evde kalan yaşlıların 28'i (%47.5), hizmet alanların 44'ü (%73.3), huzurevinde kalanların ise 22'si (%59.5) zaman zaman ruhsal desteğe ihtiyacı olduğunu söyledi. Bu durum hizmet alan grupta anlamlı olarak daha fazla idi ($X^2:8.3$, $p<0.05$) (Tablo V).

4.2.6. Yaşlıların uyku durumları:

Evde kalan yaşlıların 20'sinin (%33.3), hizmet alanların 39'unun (%65.0), huzurevinde kalanların ise 16'sının (%42.1) uyku sorunu (uykuya dalmakta güçlük, sık uyanma, uyku ilacı kullanma) vardı. Hizmet alan grupta uyku sorunu olanlar anlamlı olarak daha fazla idi ($X^2:12.6$, $p<0.05$).

4.2.7. Yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlık algıları:

“Fiziksel açıdan sağlığını ne düzeyde buluyorsunuz?” sorusuna evde kalan yaşlıların 25'i (%41.7) iyi, 22'si (%36.7) orta, 13'ü (%21.6) kötü; hizmet alanların 3'ü (%5.0) iyi, 29'u (%48.3) orta, 28'i (%46.7) kötü; huzurevinde kalanların ise 7'si (%18.4) iyi, 25'i (%65.8) orta, 6'sı (%15.8) kötü cevabını verdi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2:32.2$, $p<0.05$).

“Ruhsal açıdan sağlığını ne düzeyde buluyorsunuz?” sorusuna ise evde kalan yaşlıların 28'i (%46.7) iyi, 19'u (%31.7) orta, 13'ü (%21.6) kötü; hizmet alanların 5'i (%8.3) iyi, 28'i (%46.7) orta, 27'si (%45.0) kötü; huzurevinde kalanların ise 6'sı (%15.8) iyi, 19'u (%50.0) orta, 13'ü (%34.2) kötü cevabını verdi. Evde kalanlarda sağlığını iyi algılayanların fazla olması nedeniyle gruplar arasında anlamlı fark vardı ($X^2:26.7$, $p<0.05$).

Tablo V. Yaşlıların sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin karşılaştırılması

		Evde Yaşayan (n=60)		Hizmet Alan (n=60)		Huzurevinde Kalan (n=38)			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p*
Kronik hastalığı olma	Var	46	76.7	58	96.7	27	71.1	13.4	0.001
	Yok	14	23.3	2	3.3	11	28.9		
Hastalık sayısı	Bir	14	30.4	11	19.0	12	44.4	12.7	0.013
	İki	22	47.8	22	37.9	12	44.4		
	Üç ve üzeri	10	21.7	25	43.1	3	11.1		
Fiziksel engellilik	Var	7	11.7	21	35.0	9	23.7	9.1	0.011
	Yok	53	88.3	39	65.0	29	76.3		
Yardımcı cihaz kullanma	Var	47	78.3	41	68.3	25	65.8	2.2	0.320
	Yok	13	21.7	19	31.7	13	34.2		
Sigara kullanımı	Var	4	6.7	3	5.0	9	23.7	10.1	0.006
	Yok	56	93.3	57	95.0	29	76.3		
Ruhsal destek ihtiyacı	Var	28	47.5	44	73.3	22	59.5	8.3	0.016
	Yok	32	52.5	16	26.7	16	40.5		

**Ki Kare Testi, p<0.05

4.3. Diğer Özellikler

4.3.1. Birlikte yaşadıkları kişiler:

Evde kalan yaşlıların 9'u (%15.0) yalnız, 43'ü (%71.7) eşiyle, 8'i (%13.3) çocuklarıyla; hizmet alanların 27'si (%45.0) yalnız, 23'ü (%38.3) eşiyle, 7'si (%11.7) çocuklarıyla, 3'ü (%5.0) ise bakıcı ile birlikte yaşıyordu. Yaşlılara nerede yaşamak istedikleri sorulduğunda ise; evde kalanlardan 1 (%1.7) kişi çocuklarıyla olmak istediğini, hizmet alanlardan 2 (%3.3) kişi huzurevinde olmak istediğini, huzurevinde olanların 20'si (%52.6) ise evinde yaşamak istediğini söyledi.

4.3.2. Çocuk sahibi olma:

Evde kalan yaşlıların 57'si (%95.0), hizmet alanların 53'ü (%88.3), huzurevinde kalanların ise 26'sı (%68.4) çocuk sahibi idi. Huzurevinde kalanlarda çocuğu olmayanlar diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı fazla idi ($X^2:14.1$, $p<0.05$). Çocuk sayısı ortancası; evde kalan yaşlılarda 4(1-8), hizmet alanlarda 3(1-8), huzurevinde kalanlarda 3(1-7) idi. Gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$).

Evde kalan yaşlıların 30'u (%52.6) her gün, 7'si (%12.3) haftada bir, 14'ü (%24.6) ayda bir, 6'sı (%10.5) nadiren çocuklarıyla görüştüğünü söyledi. Hizmet alan yaşlılarda ise bu oranlar sırasıyla 9 (%17.0), 10 (%18.9), 21 (%39.6), 13 (%24.5) idi. Huzurevinde kalan yaşlıların ise 11'i (%42.3) çocuklarıyla hiç görüşmüyordu. 7'si (%26.9) ayda bir, 8'i (%30.8) ise nadiren görüştüğünü söyledi.

4.3.3. Akraba ile görüşme sıklığı:

Çocukları dışında akrabalarıyla görüşme durumları sorgulandığında; evde kalan yaşlıların 40'ı (%66.7) sık görüştüğünü, 17'si (%28.3) nadiren görüştüğünü, 3'ü (%5.0) hiç görüşmediğini söyledi. Hizmet alan yaşlılarda ise bu oranlar sırasıyla 7 (%11.7), 25 (%41.7), 28 (%46.7) idi. Huzurevinde kalanlarda akrabalarıyla sık görüşen yoktu ve 12 (%31.6) kişi nadiren görüşüyordu. 26 (%68.4) kişi ise hiç görüşmüyordu.

4.3.4. Kitle iletişim aracı kullanımı:

Evde kalan yaşlıların 23'ü (%38.3) sürekli, 35'i (%58.3) akşamları televizyon izlediğini, 2'si (%3.3) ise hiç izlemediğini söyledi. Hizmet alanlarda bu oranlar sırasıyla 28(%46.7), 27(%45.0), 5(%8.3); huzurevinde kalanlarda ise 17(%44.7), 16(%42.1), 5(%13.2) idi. Gruplar arasında fark yoktu ($X^2:5.1$, $p>0.05$).

Evde kalanların 18'i (%48.6) her gün, 5'i (%8.3) haftada bir gazete okuduğunu, 37'si (%61.7) ise hiç okumadığını söyledi. Huzurevinde kalanlarda bu oranlar sırasıyla

11(%28.9), 2(%5.3), 25(%65.8) idi. Hizmet alan yaşlıların ise 8'i (%13.3) her gün gazete okuduğunu, 52'si (%86.7) hiç okumadığını söyledi.

4.3.5. Kısa süreli bakım için yardım alabilme durumu:

“Kısa süreli bir hastalık geçirdiğinizde ya da yatarak tedavi almanız gerektiğinde yardımcı olabilecek kimse var mı?” sorusuna huzurevinde kalan yaşlıların tümü “Hayır” cevabı verdi. Evde kalan yaşlıların 37'si (%61.7) eşinin, 19'u (%31.7) çocuklarının, 1'i (%1.7) komşu-arkadaşlarının yardım edebileceğini, 3'ü (%5.0) ise kimse olmadığını söyledi. Hizmet alanlarda bu oranlar sırasıyla 16(%26.7), 23(%38.3), 4(%6.7), 17(%28.3) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2:20.3$, $p<0.05$).

4.3.6. Yaşlıların gelecekle ilgili duyguları:

“Gelecek size nasıl görünüyor?” sorusuna evde kalan yaşlıların 38'i (%63.3), hizmet alanların 9'u (%15.0), huzurevinde kalanların ise 2'si (%5.3) “Güzel ve mutlu”; sırasıyla 16'sı (%26.7), 32'si (%53.3), 15'i (%39.5) “Kötü ve umutsuz”; yine sırasıyla 6'sı (%10.0), 19'u (%31.7), 21'i (%55.3) “Beni ilgilendirmiyor” cevabını verdi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2:55.2$, $p<0.05$). “Güzel ve mutlu” cevabını verenlerin %77.6'sı evde kalanlardan oluşuyordu.

4.4. Hizmet alma ile ilgili özellikler

Yaşlılara belediyenin verdiği bu hizmeti nereden öğrendikleri sorulduğunda; 20'si (%33.3) komşularından, 17'si (%28.3) muhtardan, 16'sı (%26.7) çocuklarından, 5'i (%8.3) akrabalarından, 2'si (%3.3) ise afişlerden öğrendiğini söyledi. Hizmet alma süre ortancası 12 (3-36) ay idi. Yaşlıların 55'i (%52.3) temizlik, 31'i (%29.5) sağlık, 12'si (%11.5) yemek, 7'si (%6.7) banyo hizmeti almakta idi. Aldıkları hizmetten memnun olup olmadıkları sorulduğunda ise; 57 (%95.0) kişi memnun olduğunu, 3 (%5.0) kişi ise memnun olmadığını söyledi.

4.5. Huzurevinde kalma ile ilgili özellikler

Yaşlıların huzurevinde kalma süre ortancası 18 (1-276) ay idi. Huzurevine gelmeden önce; 21'i (%55.3) yalnız, 6'sı (%15.8) eşiyle, 6'sı (%15.8) çocuklarıyla, 5'i (%13.1) akrabalarıyla yaşadığını söyledi. Yaşlıların 36'sı (%94.7) kendi isteğiyle, 2'si (%5.3) isteği dışında geldiğini söyledi. Huzurevine gelme nedenleri sorulduğunda; 24'ü (%63.2) kendi bakımını tek başına yapamadığını, 7'si (%18.4) ailesi tarafından kabul

edilmediğini, 5'i (%13.2) ailesine yük olmak istemediğini, 2'si (%5.3) ise hiç kimsesi olmadığını söyledi. 9'u (%23.7) tek kişilik odada, 29'u (%76.3) iki kişilik odada kalıyordu. Huzurevinde düzenlenen sosyal etkinliklere katılma konusunda 30'u (%78.9) istekli olduğunu, 8'i (%21.1) ise katılmak istemediğini söyledi. Yaşlıların 26'sı (%68.4) ziyaretçisi olduğunu, 31'i (%81.6) de huzurevinde kalmaktan memnun olduğunu ifade etti.

4.6. Yaşlıların İşlevsellik Düzeyinin Karşılaştırılması:

Yaşlıların işlevsellik düzeyini ölçmek için TGYU (temel günlük yaşam uğraşları) ve YGYU (yardımcı günlük yaşam uğraşları) ölçekleri uygulandı. Bu ölçeklerden alınan yüksek puanlar bağımlılık düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir. TGYU ölçeğinden yedi ve üzerinde puan alanlar bağımlı, YGYU ölçeğinden ise sekiz ve üzerinde puan alanlar bağımlı kabul edildi. Gruplar TGYU ve YGYU açısından karşılaştırıldığında hizmet alan gruptaki yaşlılar diğer gruplara göre daha bağımlı idi ($p<0.05$) (Tablo VI).

Tablo VI. Yaşlıların TGYU ve YGYU'daki bağımlılık durumları

Bağımlılık durumu		Evde Yaşayan (n=60)		Hizmet Alan (n=60)		Huzurevinde Kalan (n=38)		X ²	p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
TGYU	Bağımlı	2	3.3	30	50	5	13.2	39.3	0.000
	Bağımsız	58	96.7	30	50	33	86.8		
YGYU	Bağımlı	6	10.0	41	68.3	10	26.3	46.3	0.000
	Bağımsız	54	90.0	19	31.7	28	73.7		

*Ki Kare Testi, $p<0.05$

4.7. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Açısından Değerlendirilmesi:

Gruplar WHOQOL-old ölçeği alt alanları ve toplam puanı açısından değerlendirildiğinde; duyuşal yetenek ve işlevler dışındaki alan skorlarında ve toplam skorda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Otonomi alanında

hizmet alanlarda; geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alanında huzurevinde kalanlarda, sosyal katılım; ölüm ve ölmek; yakınlık alanları ve toplam skorda ise evde kalanlarda anlamlı fark vardı ($p<0.01$) (Tablo VII).

Tablo VII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-old alan puanları Ortalama $\pm$ ss (ortanca)	Evde Yaşayan (n=60)	Hizmet Alan (n=60)	Huzurevinde Kalan (n=38)	p*
Duyusal yetenek	11.5 $\pm$ 1.8 (11.0)	12.2 $\pm$ 1.8 (12.0)	11.8 $\pm$ 2.0 (11.5)	0.058
Otonomi	9.0 $\pm$ 2.8 (9.0)	10.3$\pm$2.9 (10.0)	8.0 $\pm$ 1.6 (7.0)	0.000
Geçmiş,bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.9 $\pm$ 2.4 (11.0)	10.2 $\pm$ 1.5 (11.0)	9.0$\pm$1.4 (9.0)	0.000
Sosyal katılım	13.4$\pm$2.6 (14.0)	10.1 $\pm$ 2.5 (10.0)	10.3 $\pm$ 2.8 (9.5)	0.000
Ölüm ve Ölmek	13.1$\pm$3.0 (14.0)	9.2 $\pm$ 2.6 (8.0)	10.5 $\pm$ 2.9 (10.0)	0.000
Yakınlık	14.3$\pm$3.0 (16.0)	11.0 $\pm$ 3.7 (12.0)	11.8 $\pm$ 3.3 (12.0)	0.000
WHOQOL-old toplam skor**	50.3$\pm$8.8	40.8 $\pm$ 8.3	39.2 $\pm$ 8.8	0.000
Yaşam doyumu ölçeği	23.6$\pm$8.2 (26.0)	15.2 $\pm$ 7.9 (10.0)	12.3 $\pm$ 5.7 (10.0)	0.000

* Kruskal Wallis Varyans Analizi, ** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi), p<0.05

Gruplar yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; evde kalan yaşlılarda yaşam doyumu puanı 23.6 $\pm$ 8.2, hizmet alanlarda 15.2 $\pm$ 7.9, huzurevinde kalanlarda ise 12.3 $\pm$ 5.7 olarak bulundu. Evde kalanlarda yaşam doyumu, hizmet alanlardan ve huzurevinde kalanlardan daha yüksekti (p<0.001).

Araştırma grubunun yaşam kalitesi toplam skoru ve yaşam doyumu puanı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulundu (r=0.50, p<0.05).

4.8. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Puanlarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

4.8.1. Yaş grupları Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Araştırma grubundaki kişiler “yaşlı” ve “ileri yaşı” olarak iki gruba ayrıldı. 60-74 yaşında olanlar “yaşlı”, 75 yaş ve üzerindeki ise “ileri yaşı” kabul edildi. Yaşam kalitesi puanları bu gruplara göre değerlendirildiğinde yaşlı grubunda olanların duysal yetenek alan puanlarında gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$). Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda, ölüm ve ölmek alan puanı ise hizmet alan grupta anlamlı düşük bulundu. Hizmet alan grupta otonomi alan puanı, evde kalanlarda ise diğer alan puanları ve toplam skor istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

İleri yaşı grubunda ise duysal yetenek, otonomi, yakınlık alan puanlarında fark görülmezken, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda düşük, diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda yaşam doyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo VIII’ de gösterilmektedir.

Tablo VIII. Araştırma grubunda WHOQOL-ol'd ve yaşam doyumu ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Yaşlı n:103			p*	İleri yaşlı n:55			p*
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan		Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	
Duyusal yetenek	11.3±1.8 (11.0)	12.3±2.1 (12.0)	11.4±1.7 (11.0)	0.078	12.3±2.0 (12.0)	12.1±1.6 (12.0)	12.6±2.3 (13.0)	0.717
Otonomi	8.8±2.7 (7.0)	9.8±2.9 (9.5)	7.8±1.5 (7.0)	0.021	10.0±3.3 (9.0)	10.6±2.9 (10.0)	8.4±1.7 (9.0)	0.053
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.5±1.7 (10.0)	10.0±1.8 (10.0)	8.8±1.5 (9.0)	0.001	12.0±1.6 (11.0)	10.5±1.2 (11.0)	9.2±1.2 (9.0)	0.001
Sosyal katılım	13.3±2.7 (14.0)	9.9±2.7 (8.0)	11.0±2.9 (10.0)	0.000	13.4±2.2 (14.0)	10.2±2.4 (10.0)	8.9±1.7 (8.0)	0.001
Ölüm ve Ölme	13.2±3.0 (14.0)	9.1±2.8 (8.0)	11.2±2.9 (10.0)	0.000	12.2±3.5 (13.0)	9.3±2.4 (8.5)	9.0±2.2 (8.0)	0.033
Yakınlık	14.4±3.0 (16.0)	10.6±3.7 (12.0)	12.7±3.2 (12.0)	0.000	13.6±3.6 (12.0)	11.4±3.6 (12.0)	10.0±3.1 (8.0)	0.110
Toplam skor***	50.0±8.8	39.4±9.0	40.8±9.4	0.000	51.7±8.8	41.9±7.7	35.8±6.5	0.020
Yaşam doyumu ölçeği**	23.7±8.3 (26.0)	14.1±7.9 (10.0)	11.6±5.3 (10.0)	0.000	23.2±7.7 (25.0)	16.0±7.9 (10.0)	14.0±6.4 (10.0)	0.021

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi,, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.2. Cinsiyet Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Araştırma grubu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; erkeklerde duyuşal yetenek ve otonomi alan puanları hizmet alan grupta diğler gruplardan daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları ve toplam skor ise evde yaşayan grupta anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$).

Kadınlarda ise duyuşal yetenek, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri alan puanlarında fark görülmezken; diğler alanlarda ve toplam skorda anlamlı fark bulundu. Hizmet alanlarda otonomi alan puanının, evde kalanlarda ise sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanlarının ve toplam skorun diğler gruplardan anlamlı yüksek olduğu saptandı. ($p<0.05$).

Yaşam doyumu ölçeğinden alınan puanlar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; hem erkeklerde hem de kadınlarda evde kalan yaşlıların puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0.001$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo IX' da gösterilmektedir.

Tablo IX. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Erkek n:81				Kadın n:77			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.3±1.7 (11.0)	12.1±2.0 (12.0)	11.7±2.1 (11.0)	0.403	11.6±2.0 (11.0)	12.2±1.7 (12.0)	12.1±1.3 (12.0)	0.320
Otonomi	8.6±2.4 (7.0)	9.1±2.5 (9.5)	7.9±1.6 (7.0)	0.252	9.5±3.2 (9.0)	10.8±2.9 (10.5)	8.4 ±1.6 (9.0)	0.027
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktifiteleri	10.6±1.7 (11.0)	9.7±1.3 (10.0)	8.9 ±1.5 (9.0)	0.000	10.6±1.7 (10.5)	9.7±1.3 (11.0)	8.9 ±1.5 (9.0)	0.052
Sosyal katılım	13.9±2.5 (15.0)	10.9±2.6 (11.5)	10.8 ±2.8 (10.0)	0.000	12.7±2.6 (13.0)	9.7±2.4 (8.0)	8.1 ±0.3 (8.0)	0.000
Ölüm ve Ölme	13.9±2.5 (14.5)	10.7±3.1 (10.0)	11.1 ±2.9 (10.0)	0.000	12.0±3.4 (13.0)	8.5±2.0 (8.0)	8.0 ±0.0 (8.0)	0.000
Yakınlık	15.1±2.2 (16.0)	11.3±3.9 (12.0)	12.4±3.4 (12.0)	0.000	13.3±3.6 (14.0)	10.9±3.6 (12.0)	9.5 ±1.9 (8.0)	0.008
Toplam skor***	52.2±7.0	41.7±8.1	40.7 ±9.0	0.000	48.1±10.1	40.4±8.4	32.7 ±3.2	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	24.2±8.3 (27.5)	15.6±8.2 (10.0)	12.9±6.2 (10.0)	0.000	23.0±8.2 (25.0)	15.0±7.9 (10.0)	10.0±0.0 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.3. Medeni Durum Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Evlilerde duyuşal yetenek, otonomi, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri alan puanlarında fark görölmezken, sosyal katılım alanında hizmet grubunda, diğler alan puanları ve toplam skorda ise evde yaşıyanlarda puan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Eşı ölenlerde ise duyuşal yetenek, yakınlık alan puanlarında fark görölmezken; otonomi alanında hizmet grubunda, diğler alan puanları ve toplam skorda ise evde yaşıyanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu($p<0.05$).

Yaşam doyumunu puanı ise hem evlilerde hem de eşölenlerde evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($p<0.001$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumunu ölçek puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo X'da gösterilmektedir.

Tablo X. Araştırma grubunda WHOOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Evli n:73				Eşi ölmüş n:64			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.3±1.8 (11.0)	11.5±1.7 (12.0)	11.2±2.6 (10.0)	0.540	11.9±2.0 (12.0)	12.8±1.7 (12.0)	12.1±1.9 (12.0)	0.357
Otonomi	8.8±2.8 (7.0)	10.2±2.9 (10.0)	8.8±1.6 (10.0)	0.101	9.5±2.8 (9.0)	10.5±2.7 (10.0)	8.2±1.6 (9.0)	0.011
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.5±1.6 (11.0)	9.7±1.4 (10.0)	10.2±1.7 (10.0)	0.196	11.1±2.1 (11.0)	10.7±1.3 (11.0)	8.9±0.8 (9.0)	0.000
Sosyal katılım	13.6±2.6 (15.0)	9.7±2.7 (8.0)	11.6±2.9 (12.0)	0.000	12.6±2.4 (13.0)	10.3±2.5 (10.0)	9.5±2.8 (8.0)	0.003
Ölüm ve Ölme	13.5±2.7 (14.0)	9.4±2.6 (9.0)	10.8±2.7 (11.0)	0.000	11.7±3.5 (11.5)	8.9±2.6 (8.0)	9.8±2.9 (8.0)	0.016
Yakınlık	14.7±2.8 (16.0)	11.5±3.2 (12.0)	12.0±4.0 (12.0)	0.000	13.1±3.5 (12.0)	11.2±3.8 (12.0)	11.0±3.2 (11.0)	0.215
Toplam skor***	51.1±8.0	39.7±8.7	42.2±9.2	0.000	48.1±10.5	42.2±8.3	37.3±8.4	0.008
Yaşam doyumu ölçeği**	24.1±8.4 (29.5)	14.3±7.6 (10.0)	16.4±6.8 (15.0)	0.000	22.4±7.8 (25.0)	16.4±8.1 (10.0)	11.3±4.9 (10.0)	0.001

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.4. Eğitim Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Okuryazar olmayan yaşlılarda duyuşal yetenek ve yakınlık alan puanlarında gruplar arasında fark görölmezken; otonomi alan puanı hizmet alan grupta, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve toplam skor ise evde yaşıyanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı ise huzurevinde kalanlarda anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$).

Okuryazar olan grupta sosyal katılım, ölüm ve ölmek alan puanları ve toplam skor evde yaşıyanlarda daha yüksek iken, diğler alanlarda gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$).

İlkokul ve üzeri eğitim alanlarda ise duyuşal yetenek alanında fark görölmezken; otonomi alan puanı hizmet alan grupta, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplam skor ise evde yaşıyanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı ise huzurevinde kalanlarda anlamlı olarak daha düşük idi ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumunu açısından değlerlendirildiğinde; üç grupta da evde kalan yaşlılarda yaşam doyumunu daha yüksek bulundu ($p<0.01$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumunu ölçek puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı Tablo XI'de gösterilmektedir.

Tablo XI. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama $\pm$ ss (ortanca)	Okuryazar değil n:60				Okuryazar n:29				İlkokul ve üzeri eğitilmiş n:69			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.4 $\pm$ 2.2 (11.0)	12.0 $\pm$ 1.6 (12.0)	11.8 $\pm$ 1.6 (12.0)	0.502	11.9 $\pm$ 1.9 (11.0)	12.7 $\pm$ 8.8 (12.0)	11.8 $\pm$ 2.2 (12.0)	0.524	11.3 $\pm$ 1.7 (11.0)	12.3 $\pm$ 2.1 (12.0)	11.8 $\pm$ 2.2 (11.0)	0.281
Otonomi	10.2 $\pm$ 3.2 (10.0)	11.0 $\pm$ 3.3 (10.5)	8.4 $\pm$ 1.5 (9.0)	0.030	7.7 $\pm$ 1.4 (7.0)	8.9 $\pm$ 2.4 (9.0)	7.3 $\pm$ 1.3 (7.0)	0.229	8.9 $\pm$ 2.8 (7.0)	10.0 $\pm$ 2.2 (10.0)	7.8 $\pm$ 1.7 (7.0)	0.015
Geçmiş, bugünkü, gelecek aktiviteleri	10.8 $\pm$ 1.6 (11.0)	10.3 $\pm$ 1.6 (11.0)	8.7 $\pm$ 1.1 (9.0)	0.002	10.4 $\pm$ 1.4 (10.5)	10.6 $\pm$ 1.0 (11.0)	9.0 $\pm$ 1.2 (9.5)	0.073	10.8 $\pm$ 2.0 (11.0)	10.0 $\pm$ 1.5 (10.0)	9.2 $\pm$ 1.7 (9.0)	0.028
Sosyal katılım	12.6 $\pm$ 2.8 (12.0)	9.8 $\pm$ 2.6 (8.0)	9.0 $\pm$ 2.2 (8.0)	0.002	13.7 $\pm$ 2.7 (15.0)	9.6 $\pm$ 2.0 (8.0)	10.5 $\pm$ 3.3 (9.0)	0.007	13.6 $\pm$ 2.4 (14.0)	10.7 $\pm$ 2.6 (11.0)	11.4 $\pm$ 2.6 (12.0)	0.001
Ölüm ve Ölme	11.6 $\pm$ 3.4 (13.0)	9.0 $\pm$ 2.4 (8.0)	9.4 $\pm$ 2.3 (8.0)	0.028	13.3 $\pm$ 3.0 (14.0)	8.5 $\pm$ 2.3 (8.0)	10.3 $\pm$ 3.3 (9.0)	0.004	13.6 $\pm$ 2.8 (15.0)	10.0 $\pm$ 3.0 (9.0)	11.7 $\pm$ 2.9 (13.0)	0.000
Yakınlık	13.0 $\pm$ 3.8 (12.0)	10.3 $\pm$ 3.7 (11.5)	11.2 $\pm$ 3.0 (12.0)	0.099	14.6 $\pm$ 3.5 (16.0)	11.6 $\pm$ 4.1 (12.0)	12.0 $\pm$ 3.5 (12.0)	0.097	14.6 $\pm$ 3.5 (16.0)	11.8 $\pm$ 3.4 (12.0)	12.4 $\pm$ 3.7 (12.0)	0.007
Toplam skor***	47.7 $\pm$ 10.2	40.1 $\pm$ 8.8	36.1 $\pm$ 6.8	0.002	49.8 $\pm$ 8.7	39.6 $\pm$ 6.9	38.5 $\pm$ 7.5	0.006	51.7 $\pm$ 8.0	42.7 $\pm$ 8.3	42.2 $\pm$ 10.2	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	20.7 $\pm$ 8.1 (25.0)	15.8 $\pm$ 7.8 (10.0)	11.3 $\pm$ 5.1 (10.0)	0.008	25.9 $\pm$ 7.6 (30.0)	14.7 $\pm$ 7.0 (10.0)	14.5 $\pm$ 7.0 (10.0)	0.002	24.2 $\pm$ 8.3 (28.0)	14.5 $\pm$ 8.8 (10.0)	12.5 $\pm$ 5.9 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi,, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.5. Çalışma Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Emeklilerde hizmet alan grupta duysal yetenek, otonomi alan puanları daha yüksek; geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alanında ise huzurevinde yaşayanların puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$). Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$).

“Diğer” olarak adlandırılan grupta ise duysal yetenek ve yakınlık alan puanlarında fark bulunmazken; otonomi, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanları huzurevinde yaşayanlarda, ölüm ve ölmek alan puanı ise hizmet alanlarda istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu. Sosyal katılım ve toplam skorun ise evde yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Yaşam doyumu puanı ise hem emeklilerde hem de diğer grupta evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.01$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı Tablo XII’de gösterilmektedir.

Tablo XII. Araştırma grubunda WHOQOL-ol'd ve yaşam doyumu ölçek puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Emekli n:96				Diğer n:62			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.5±1.8 (11.0)	12.5±1.9 (12.0)	11.4±1.8 (11.0)	0.043	11.4±2.0 (11.0)	11.9±1.6 (12.0)	12.2±2.1 (12.5)	0.435
Otonomi	8.5±2.4 (7.0)	9.7±2.5 (10.0)	8.0±1.8 (7.5)	0.038	10.4±3.4 (9.0)	10.9±3.1 (11.0)	8.0±1.4 (7.0)	0.003
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.7±1.7 (11.0)	10.1±1.5 (10.0)	8.9±1.2 (9.0)	0.000	10.8±2.1 (10.0)	10.3±1.5 (11.0)	9.1±1.6 (9.5)	0.023
Sosyal katılım	13.8±2.4 (15.0)	10.5±2.4 (10.0)	10.8±2.8 (10.0)	0.000	12.1±2.9 (12.0)	9.6±2.6 (8.0)	9.8±2.6 (8.0)	0.019
Ölüm ve Ölmek	13.5±2.7 (14.0)	9.7±2.8 (9.0)	10.9±3.2 (10.0)	0.000	11.8±3.6 (13.0)	8.6±2.2 (8.0)	10.2±2.6 (9.0)	0.003
Yakınlık	14.8±2.5 (16.0)	11.7±3.7 (12.0)	12.1±3.5 (12.0)	0.000	12.7±4.0 (12.0)	10.3±3.6 (10.0)	11.6±3.2 (12.0)	0.164
Toplam skor***	51.2±7.6	42.1±7.8	39.8±9.6	0.000	47.4±11.4	39.5±8.7	38.5±8.0	0.014
Yaşam doyumu ölçeği**	24.0±7.8 (26.0)	17.6±8.5 (22.0)	11.9±5.0 (10.0)	0.000	22.5±9.4 (28.0)	12.6±6.4 (10.0)	12.8±6.5 (10.0)	0.004

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi,, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.6. Gelir Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Geliri ihtiyaçlarını karşılayan yaşlılarda hizmet alan grupta duyuşal yetenek, otonomi alan puanları daha yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı ise huzurevinde kalanlarda anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0.05$). Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi ($p<0.05$).

Geliri ihtiyaçlarına yetmeyen yaşlılarda ise duyuşal yetenek alan puanında gruplar arasında fark yoktu. Otonomi alan puanı hizmet alan grupta anlamlı yüksek; geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı ise huzurevinde kalanlarda anlamlı düşük idi. Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; geliri yetenlerde huzurevinde kalanlarda ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düşük; geliri yetmeyenlerde ise evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı Tablo XIII'de gösterilmektedir.

Tablo XIII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama $\pm$ ss (ortanca)	Geliri yeten n:57				Geliri yetmeyen n:101			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11,5 $\pm$ 2,0 (11,0)	12,6 $\pm$ 2,1 (13,0)	11,6 $\pm$ 1,8 (11,0)	0,217	11,4 $\pm$ 1,7 (11,0)	12,1 $\pm$ 1,7 (12,0)	12,0 $\pm$ 2,1 (12,0)	0,198
Otonomi	9,3 $\pm$ 3,0 (9,0)	9,1 $\pm$ 1,4 (10,0)	7,9 $\pm$ 1,9 (7,5)	0,184	8,7 $\pm$ 2,6 (7,0)	10,6$\pm$3,1 (10,0)	8,0 $\pm$ 1,3 (7,0)	0,001
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	11,3 $\pm$ 1,7 (11,0)	10,6 $\pm$ 1,2 (10,5)	9,0$\pm$1,1 (9,0)	0,000	10,2 $\pm$ 1,7 (10,0)	10,1 $\pm$ 1,6 (11,0)	9,0$\pm$1,6 (9,0)	0,019
Sosyal katılım	14,3$\pm$2,4 (16,0)	11,7 $\pm$ 2,9 (11,5)	10,3 $\pm$ 2,4 (10,0)	0,000	12,6$\pm$2,5 (12,0)	9,6 $\pm$ 2,2 (8,0)	10,3 $\pm$ 3,1 (8,0)	0,000
Ölüm ve Ölme	14,1$\pm$2,4 (16,0)	10,0 $\pm$ 3,8 (8,0)	10,3 $\pm$ 2,8 (9,0)	0,000	12,2$\pm$3,3 (13,0)	9,0 $\pm$ 2,2 (8,0)	10,8 $\pm$ 3,0 (10,0)	0,000
Yakınlık	14,4$\pm$2,8 (16,0)	10,9 $\pm$ 4,4 (12,0)	11,1 $\pm$ 3,4 (10,0)	0,004	14,2$\pm$3,3 (16,0)	11,1 $\pm$ 3,5 (12,0)	12,6 $\pm$ 3,2 (12,0)	0,001
Toplam skor***	53,2$\pm$7,8	42,9 $\pm$ 10,3	38,0 $\pm$ 8,5	0,000	47,9$\pm$8,9	40,3 $\pm$ 7,7	40,3 $\pm$ 9,2	0,001
Yaşam doyumu ölçeği**	27,4 $\pm$ 4,5 (30,0)	21,6 $\pm$ 9,0 (25,0)	12,6$\pm$5,4 (10,0)	0,000	20,6$\pm$9,3 (25,0)	13,6 $\pm$ 6,8 (10,0)	12,1 $\pm$ 6,2 (10,0)	0,000

*p<0,05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.7. Kronik Hastalığı Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Kronik hastalığı olan yaşlılarda, duyuşal yetenek alan puanında fark bulunmazken; geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). Otonomi alan puanı ise hizmet alanlarda, diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$).

Kronik hastalığı olmayanlarda ise; sadece geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanının evde yaşayanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer alanlarda gruplar arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda yaşam doyumu daha yüksekti, fakat kronik hastalığı olmayanlardaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının kronik hastalığı olma durumuna göre dağılımı Tablo XIV'de gösterilmektedir.

Tablo XIV. Araştırma grubunda WHOQOL-oldd ve yaşam doyumu ölçek puanlarının kronik hastalığı olma durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Var n:131				Yok n:27			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.7±1.8 (11.0)	12.2±1.8 (12.0)	11.8±2.0 (12.0)	0.252	10.8±1.8 (11.0)	12.0±0.0 (12.0)	11.8±2.0 (11.0)	0.259
Otonomi	9.0±2.9 (7.0)	10.4±2.8 (10.0)	7.9±1.5 (7.0)	0.000	9.0±2.3 (9.0)	6.0±1.4 (6.0)	8.0±1.9 (7.0)	0.169
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.6±1.9 (10.0)	10.3±1.5 (11.0)	8.9±1.3 (7.0)	0.000	11.0±1.4 (11.0)	9.5±0.7 (9.5)	9.1±1.6 (9.0)	0.020
Sosyal katılım	13.2±2.5 (14.0)	9.9±2.4 (9.0)	9.9±2.4 (8.0)	0.000	13.8±2.8 (15.5)	14.5±2.1 (14.5)	11.4±3.3 (10.0)	0.083
Ölüm ve Ölme	12.8±3.1 (14.0)	9.0±2.4 (8.0)	10.2±2.7 (8.0)	0.000	13.8±2.7 (14.5)	15.0±1.4 (15.0)	11.3±3.3 (10.0)	0.138
Yakınlık	14.1±3.2 (16.0)	10.9±3.7 (12.0)	11.5±3.5 (12.0)	0.000	14.7±2.4 (16.0)	14.5±2.1 (14.5)	12.7±3.0 (12.0)	0.157
Toplam skor***	50.0±9.0	40.5±8.2	38.0±8.3	0.000	51.4±8.1	49.4±8.1	42.3±9.7	0.055
Yaşam doyumu ölçeği**	24.2±7.7 (27.0)	15.2±8.0 (10.0)	12.0±5.1 (10.0)	0.000	21.7±9.6 (25.0)	16.0±8.4 (16.0)	13.2±7.3 (10.0)	0.155

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi,, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.8. Fiziksel Engellilik Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına göre Değişimi:

Fiziksel engeli olan yaşlılarda duyuşal yetenek ve geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanlarında gruplar arasında fark bulunmazken ($p>0.05$); otonomi alan puanı huzurevinde kalanlarda, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları ise hizmet alanlarda istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). Sosyal katılım alan puanı ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Fiziksel engeli olmayanlarda ise; duyuşal yetenek alanında fark bulunmazken, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda anlamlı olarak düşük, otonomi alan puanı ise hizmet alanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumunu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda yaşam doyumunu daha yüksekti fakat fiziksel engeli olanlardaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumunu ölçek puanlarının fiziksel engellilik durumuna göre dağılımını Tablo XV’de gösterilmektedir.

Tablo XV. Araştırma grubunda WHOOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının fiziksel engellilik durumuna göre dağılımı

	Var n:37				Yok n:121			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)								
Duyusal yetenek	10.8±1.7 (11.0)	12.7±1.9 (12.0)	12.7±2.4 (13.0)	0.110	11.6±1.8 (11.0)	11.9±1.7 (12.0)	11.5±1.7 (11.0)	0.288
Otonomi	10.8±4.0 (10.0)	10.5±2.8 (10.0)	7.4±1.5 (7.0)	0.026	8.8±2.5 (7.0)	10.2±2.9 (10.0)	8.1±1.6 (8.0)	0.007
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.1±1.7 (10.0)	10.6±1.5 (11.0)	9.1±1.6 (9.0)	0.074	10.8±1.8 (11.0)	10.1±1.5 (10.0)	8.9±1.3 (9.0)	0.000
Sosyal katılım	13.2±2.9 (13.0)	9.6±2.2 (8.0)	10.7±3.3 (8.0)	0.027	13.4±2.6 (14.0)	10.3±2.6 (10.0)	10.2±2.6 (10.0)	0.000
Ölüm ve Ölme	12.7±3.2 (12.0)	8.3±2.1 (8.0)	11.0±3.1 (10.0)	0.002	13.1±3.0 (12.0)	9.7±2.7 (9.0)	10.4±2.8 (8.0)	0.000
Yakınlık	14.8±3.8 (16.0)	9.6±3.6 (8.0)	12.8±3.3 (12.0)	0.008	14.2±3.0 (16.0)	11.8±3.5 (12.0)	11.5±3.4 (12.0)	0.000
Toplam skor***	50.7±10.8	39.0±7.2	41.6±10.6	0.018	50.2±8.6	41.8±8.7	38.5±8.2	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	21.1±7.9 (25.0)	14.5±8.2 (10.0)	13.4±6.8 (10.0)	0.161	24.0±8.3 (28.0)	15.6±7.8 (10.0)	12.0±5.4 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.9. Yardımcı Cihaz Kullanma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Yardımcı cihaz kullanan yaşlılarda, duyuşal yetenek alan puanında fark bulunmazken, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Yardımcı cihaz kullanmayanlarda ise, duyuşal yetenek, otonomi, yakınlık alan puanlarında gruplar arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumunu açısından değerdendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.01$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumunu ölçek puanlarının yardımcı cihaz kullanma durumuna göre dağılımı Tablo XVI'da gösterilmektedir.

Tablo XVI. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının yardımcı cihaz kullanma durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca))	Yardımcı cihaz kullanan n:113				Yardımcı cihaz kullanmayan n:45			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.7±1.8 (11.0)	12.3±1.9 (12.0)	11.9±2.0 (12.0)	0.247	10.6±1.7 (11.0)	11.9±1.5 (12.0)	11.6±2.0 (11.0)	0.065
Otonomi	8.8±2.6 (7.0)	10.6±3.0 (10.0)	7.8±1.7 (7.0)	0.000	9.8±3.3 (9.0)	9.6±2.6 (10.0)	8.2±1.4 (7.0)	0.310
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.5±1.7 (10.0)	10.5±1.5 (11.0)	9.1±1.4 (9.0)	0.001	11.4±1.8 (11.0)	9.7±1.4 (10.0)	8.7±1.4 (9.0)	0.002
Sosyal katılım	13.3±2.6 (14.0)	10.1±2.3 (10.0)	10.2±2.8 (8.0)	0.000	13.5±2.7 (15.0)	10.0±2.8 (8.0)	10.6±2.7 (10.0)	0.007
Ölüm ve Ölmek	13.0±2.9 (14.0)	8.9±2.5 (8.0)	10.0±2.9 (8.0)	0.000	13.2±3.5 (15.0)	9.8±2.6 (9.0)	11.5±2.6 (11.0)	0.021
Yakınlık	14.3±3.1 (16.0)	10.6±4.0 (12.0)	11.3±3.5 (11.0)	0.000	14.3±3.0 (16.0)	11.9±2.7 (12.0)	13.0±2.7 (12.0)	0.057
Toplam skor***	49.8±8.6	40.8±8.2	38.2±10.0	0.000	52.0±9.5	40.8±8.8	41.1±5.8	0.001
Yaşam doyumu ölçeği**	23.6±8.2 (26.0)	16.1±8.1 (10.0)	12.8±5.9 (10.0)	0.000	23.7±8.4 (26.0)	13.2±7.4 (10.0)	11.5±5.5 (10.0)	0.001

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.10. Ruhsal Desteğe İhtiyacı Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Ruhsal desteğe ihtiyacı olan yaşlılarda; duyuşal yetenek ve yakınlık alan puanlarında fark bulunmazken, otonomi, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanları huzurevinde kalanlarda anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Ruhsal desteğe ihtiyacı olmayan yaşlılarda ise; duyuşal yetenek alanı dışındaki alanlarda ve toplam skorda fark vardı. Otonomi alan puanı hizmet alanlarda yüksek; geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda, yakınlık puanı ise hizmet alanlarda istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). Sosyal katılım, ölüm ve ölmek alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumunu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.001$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumunu ölçek puanlarının ruhsal desteğe ihtiyacı olma durumuna göre dağılımı Tablo XVII'de gösterilmektedir.

Tablo XVII. Araştırma grubunda WHIQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının ruhsal desteğe ihtiyacı olma durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Desteğe ihtiyacı olanlar n:94				Desteğe ihtiyacı olmayanlar n:64			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.4±2.0 (11.0)	12.2±1.8 (12.0)	11.7±2.1 (11.0)	0.104	11.5±1.7 (11.0)	12.1±1.6 (12.0)	11.9±1.9 (12.0)	0.513
Otonomi	9.7±3.2 (9.0)	9.9±2.9 (10.0)	8.0±1.7 (7.0)	0.046	8.4±2.2 (7.0)	11.4±2.6 (11.5)	8.0±1.5 (7.0)	0.000
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.6±1.7 (10.0)	10.0±1.5 (10.0)	8.7±1.5 (9.0)	0.001	10.8±1.9 (11.0)	10.8±1.2 (11.0)	9.3±1.1 (9.0)	0.004
Sosyal katılım	12.4±2.5 (12.0)	10.1±2.5 (10.0)	9.6±2.8 (8.0)	0.000	14.2±2.4 (16.0)	9.9±2.6 (8.0)	11.3±2.4 (11.0)	0.000
Ölüm ve Ölme	11.8±3.1 (12.5)	9.2±2.5 (8.0)	10.2±3.0 (8.0)	0.002	14.1±2.6 (16.0)	9.1±2.9 (8.0)	11.0±2.8 (10.5)	0.000
Yakınlık	13.1±3.4 (12.0)	11.5±3.3 (12.0)	11.5±3.5 (12.0)	0.186	15.4±2.3 (16.0)	9.6±4.2 (9.5)	12.4±3.2 (12.0)	0.000
Toplam skor***	47.1±9.1	40.9±8.4	37.4±9.2	0.001	53.0±7.6	40.6±8.2	41.7±7.9	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	21.9±8.1 (25.0)	14.8±8.1 (12.0)	11.7±5.2 (10.0)	0.000	25.2±8.1 (30.0)	16.3±7.5 (11.5)	13.2±6.4 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.11. Uyku Sorunu Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Uyku sorunu olan yaşlılarda duysal yetenek ve yakınlık alan puanlarında fark bulunmazken; otonomi, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda anlamlı düşük, sosyal katılım, ölüm ve ölmek alan puanları ve toplam skor ise evde yaşayanlarda anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Uyku sorunu olmayan yaşlılarda ise; duysal yetenek ve otonomi alan puanlarında fark bulunmazken, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda anlamlı düşük, diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.01$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının uyku sorunu olma durumuna göre dağılımı Tablo XVIII'de gösterilmektedir.

Tablo XVIII. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının uyku sorunu olma durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama $\pm$ ss (ortanca)	Uyku sorunu olanlar n:75				Uyku sorunu olmayanlar n:83			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	12.7 $\pm$ 2.2 (11.5)	12.1 $\pm$ 1.5 (12.0)	11.7 $\pm$ 1.8 (12.0)	0.804	11.2 $\pm$ 1.6 (11.0)	12.4 $\pm$ 2.2 (12.0)	11.9 $\pm$ 2.1 (11.0)	0.082
Otonomi	9.5 $\pm$ 3.3 (9.0)	10.6 $\pm$ 3.1 (10.0)	8.0$\pm$1.5 (7.0)	0.009	8.8 $\pm$ 2.5 (7.0)	9.6 $\pm$ 2.3 (10.0)	8.0 $\pm$ 1.7 (7.0)	0.060
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.7 $\pm$ 1.9 (10.5)	10.2 $\pm$ 1.6 (11.0)	8.6$\pm$1.6 (8.0)	0.005	10.7 $\pm$ 1.7 (11.0)	10.3 $\pm$ 1.2 (10.0)	9.2$\pm$1.2 (9.0)	0.001
Sosyal katılım	12.3$\pm$2.5 (12.0)	9.6 $\pm$ 2.3 (8.0)	10.1 $\pm$ 2.7 (9.0)	0.002	13.9$\pm$2.5 (15.0)	10.8 $\pm$ 2.8 (12.0)	10.5 $\pm$ 2.9 (9.5)	0.000
Ölüm ve Ölme	12.0$\pm$3.5 (12.0)	8.6 $\pm$ 2.1 (8.0)	10.6 $\pm$ 3.0 (9.0)	0.001	13.6$\pm$2.7 (14.0)	10.2 $\pm$ 3.2 (10.0)	10.5 $\pm$ 2.9 (10.0)	0.000
Yakınlık	13.3 $\pm$ 3.7 (12.0)	10.9 $\pm$ 3.7 (12.0)	12.2 $\pm$ 3.7 (12.0)	0.095	14.8$\pm$2.6 (16.0)	11.3 $\pm$ 3.7 (12.0)	11.6 $\pm$ 3.2 (12.0)	0.000
Toplam skor***	47.8$\pm$10.4	39.9 $\pm$ 7.7	38.8 $\pm$ 8.9	0.003	51.5$\pm$7.6	42.5 $\pm$ 9.2	39.5 $\pm$ 9.0	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	20.9$\pm$8.7 (24.0)	14.3 $\pm$ 7.6 (10.0)	11.1 $\pm$ 4.4 (10.0)	0.003	23.7$\pm$8.4 (29.5)	13.2 $\pm$ 7.4 (10.0)	11.5 $\pm$ 5.5 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi,, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.8.12. Çocuk Sahibi Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Çocuğu olanlarda duyuşal yetenek alanı dışında tüm alanlarda ve toplam skorda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Otonomi alan puanı hizmet alan grupta, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplam skor ise evde kalanlarda daha yüksek bulundu. Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı ise huzurevinde kalanlarda anlamlı olarak düşük idi ($p<0.05$).

Çocuğu olmayanlarda ise sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık, toplam skor evde kalan grupta anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$) ve diğler alan puanlarında gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değlerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda yaşam doyumu daha yüksekti, fakat çocuğu olmayanlardaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı Tablo XIX'da gösterilmektedir.

Tablo XIX. Araştırma grubunda WHOQOL-ol'd ve yaşam doyumu ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı

Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)	Var n:136				Yok n:22			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Duyusal yetenek	11.5±1.8 (11.0)	12.2±1.8 (12.0)	11.8±2.0 (11.5)	0.101	10.6±1.5 (11.0)	12.2±1.6 (12.0)	11.7±1.9 (11.5)	0.457
Otonomi	9.1±2.8 (8.0)	10.3±3.0 (10.0)	7.9±1.5 (7.0)	0.001	8.0±1.7 (7.0)	10.1±2.2 (11.0)	8.0±1.7 (8.0)	0.090
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.7±1.8 (11.0)	10.2±1.5 (11.0)	9.0±1.4 (9.0)	0.000	10.0±2.0 (10.0)	10.4±1.3 (11.0)	8.8±1.5 (9.0)	0.159
Sosyal katılım	13.2±2.6 (14.0)	9.9±2.5 (8.0)	10.5±2.8 (10.0)	0.000	15.3±1.1 (16.0)	11.1±2.7 (12.0)	9.9±2.7 (8.0)	0.032
Ölüm ve Ölmek	12.9±3.0 (14.0)	9.0±2.5 (8.0)	11.0±3.0 (10.5)	0.000	16.0±0.0 (16.0)	10.4±3.0 (11.0)	9.6±2.5 (8.0)	0.029
Yakınlık	14.2±3.1 (16.0)	11.1±3.7 (12.0)	12.1±3.6 (12.0)	0.000	16.0±0.0 (16.0)	10.2±3.9 (12.0)	11.3±2.8 (12.0)	0.047
Toplam skor***	50.1±8.9	40.6±8.5	40.3±9.1	0.000	54.1±6.2	42.4±7.2	36.8±8.0	0.008
Yaşam doyumu ölçeği**	23.7±8.1 (26.0)	15.8±7.9 (10.0)	11.5±4.4 (10.0)	0.000	23.3±11.5 (30.0)	10.7±6.7 (10.0)	14.2±7.7 (10.0)	0.068

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi,, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.9. TGYU Bağımlılık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

TGYU açısından bağımlı olan yaşlılarda yakınlık alan puanı ve toplam skor evde kalanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer alan puanlarında ise fark yoktu ($p>0.05$).

TGYU açısından bağımsız olan yaşlılarda ise; duyuşal yetenek alanında fark bulunmazken, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda anlamlı olarak düşük, otonomi alan puanı ise hizmet alanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda yaşam doyumu daha yüksekti, fakat TGYU açısından bağımlı olanlardaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının TGYU bağımlılık durumuna göre dağılımı Tablo XX'de gösterilmektedir.

Yaşlıların TGYU ölçek puanları ve yaşam doyumu ölçeği puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki bulundu ($r:-0.16$, $p:0.035$). TGYU açısından bağımlılık arttıkça yaşam doyumunun azaldığı bulundu. TGYU bağımlılık puanı ve yaşam kalitesi arasında ise bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo XX. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının TGYU bağımlılık durumuna göre dağılımı

	Bağımlı n:37				Bağımsız n:101			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)								
Duyusal yetenek	13.5±0.7 (13.5)	12.3±1.7 (12.0)	13.6±2.1 (15.0)	0.144	11.4±1.8 (11.0)	12.1±1.9 (12.0)	11.5±1.8 (11.0)	0.191
Otonomi	8.5±2.1 (8.5)	10.4±3.0 (10.0)	7.6±1.3 (7.0)	0.087	9.0±2.8 (7.5)	10.1±2.8 (10.0)	8.0±1.6 (7.0)	0.009
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	9.5±2.1 (9.5)	10.5±1.5 (11.0)	9.6±1.6 (10.0)	0.329	10.7±1.8 (11.0)	10.0±1.5 (10.0)	8.9±1.4 (9.0)	0.000
Sosyal katılım	14.0±2.8 (14.0)	9.7±2.3 (8.0)	11.6±3.2 (14.0)	0.075	13.3±2.6 (14.0)	10.5±2.6 (10.0)	10.1±2.7 (9.0)	0.000
Ölüm ve Ölmek	13.0±4.2 (13.0)	8.8±2.3 (8.0)	11.0±3.0 (10.0)	0.051	13.1±3.0 (14.0)	9.6±2.8 (9.0)	10.5±2.9 (8.0)	0.000
Yakınlık	18.0±2.8 (18.0)	10.0±3.2 (10.5)	13.6±2.1 (12.0)	0.008	14.2±3.0 (16.0)	12.0±3.9 (12.0)	11.6±3.4 (12.0)	0.001
Toplam skor***	54.6±6.6	39.5±7.6	44.7±10.1	0.027	50.1±8.8	42.1±8.9	38.4±8.5	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	20.0±14.1 (20.0)	14.9±8.3 (10.0)	13.0±6.7 (10.0)	0.657	23.8±8.1 (26.0)	15.5±7.6 (10.0)	12.2±5.7 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.10. YGYU Bağımlılık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

YGyu açısından bağımlı olan yaşlılarda otonomi alan puanı huzurevinde kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). Diğer alanlarda ve toplam skorda gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$).

YGyu açısından bağımsız olan yaşlılarda ise duyuşal yetenek ve otonomi alanında fark bulunmazken, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri alan puanı huzurevinde kalanlarda anlamlı düşük, diğer alan puanları ve toplam skor ise evde kalanlarda anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde; her iki grupta da evde kalanlarda yaşam doyumu daha yüksekti, fakat YGyu açısından bağımlı olanlardaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının YGyu bağımlılık durumuna göre dağılımı Tablo XXI'de gösterilmektedir.

YGyu ölçek puanı ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki bulundu ($r:-0.19$, $p:0.013$). Yaşam doyumunda da benzer şekilde anlamlı bir ilişki vardı ($r:-0.22$, $p:0.005$). YGyu açısından bağımlılık arttıkça, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu azalmakta idi.

Tablo XXI. Araştırma grubunda WHOQOL-old ve yaşam doyumu ölçek puanlarının YGYU bağımlılık durumuna göre dağılımı

	Bağımlı n:57				Bağımsız n:101			
	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*	Evde Yaşayan	Hizmet Alan	Huzurevinde Kalan	p*
Ölçek alanları** Ortalama ± ss (ortanca)								
Duyusal yetenek	11.5±2.2 (12.0)	12.4±1.8 (12.0)	12.7±2.0 (13.0)	0.604	11.5±7.8 (11.0)	11.6±1.6 (11.0)	11.5±1.9 (11.0)	0.799
Otonomi	10.5±3.3 (10.0)	10.6±2.9 (10.0)	8.0±1.6 (7.5)	0.025	8.8±2.7 (7.0)	9.5±2.9 (9.0)	8.0±1.6 (7.0)	0.155
Geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri	10.3±1.3 (10.5)	10.5±1.4 (11.0)	9.3±1.4 (9.5)	0.070	10.7±1.8 (11.0)	9.7±1.6 (10.0)	8.8±1.4 (9.0)	0.000
Sosyal katılım	11.8±2.5 (12.0)	10.0±2.5 (10.0)	10.6±3.1 (8.5)	0.297	13.5±2.6 (14.0)	10.2±2.6 (10.0)	10.2±2.7 (10.0)	0.000
Ölüm ve Ölme	10.5±2.8 (9.5)	8.8±2.3 (8.0)	10.3±3.1 (9.0)	0.085	13.3±2.9 (14.0)	10.0±3.0 (10.0)	10.6±2.8 (10.0)	0.000
Yakınlık	13.3±4.8 (14.0)	10.7±3.6 (12.0)	11.9±3.2 (12.0)	0.360	14.4±2.8 (16.0)	11.8±3.8 (12.0)	11.8±3.4 (12.0)	0.001
Toplam skor***	45.8±9.5	40.9±8.0	40.7±10.8	0.429	50.8±8.6	40.7±9.0	38.7±8.2	0.000
Yaşam doyumu ölçeği**	21.6±9.3 (25.0)	15.0±8.1 (10.0)	11.5±4.7 (10.0)	0.078	23.9±8.1 (26.0)	15.5±7.8 (15.0)	12.6±6.1 (10.0)	0.000

*p<0.05, ** Kruskal Wallis Varyans Analizi, *** Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc: Tukey Testi)

4.11. Araştırma grubunda yaşam kalitesini etkileyen risk faktörleri:

Araştırma grubundaki yaşlıların tümü değerlendirilerek WHOQOL-old toplam skorun ortanca değeri olan 43.75 kesim noktası kabul edilerek veriler dikotom hale getirildi. Buna göre 43.75'in üzerinde puan alanlar ise "yüksek yaşam kalitesi", 43.75 ve altında puan alanlar "düşük yaşam kalitesi" ne sahip kabul edildi. Yaşlılardan 75 kişi (%47.5) yüksek yaşam kalitesine, 83 kişi (%52.5) ise düşük yaşam kalitesine sahip olarak değerlendirildi.

Huzurevinde kalan yaşlıların 11'i (%28.9), hizmet alanların 18'i (%30.0), evde kalanların ise 46'sı (%76.7) yüksek yaşam kalitesine sahip bulundu. Tek değişkenli analiz sonucunda anlamlı çıkan değişkenlerle, yaşam kalitesi bağımlı değişken alınarak logistik regresyon analizi yapıldığında; huzurevinde kalanlarda kronik hastalığı olmayanların 5.2 kat ($p:0.033$, 1.1-24.4), evde kalan yaşlılarda ise ruhsal desteğe ihtiyacı olmayanların 6.2 kat ($p:0.011$, 1.5-25.6) daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları sonucuna varıldı. Hizmet alan grupta değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmadı.

Araştırma grubunun tümü için yaşam kalitesi bağımlı değişken alınarak logistik regresyon analizi yapıldığında, oluşturulan modelin son basamağında kalan değişkenler; yaşam ortamı, cinsiyet, ruhsal desteğe ihtiyacı olma durumu olarak saptandı. Buna göre; huzurevinde kalanlara göre evde yaşayanların 11.2 kat, erkeklerin kadınlara göre 2.3 kat yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna varıldı. Modele giren hizmet alma durumu ve ruhsal desteğe ihtiyaç duyma değişkeni ise anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo XXII).

Tablo XXII. Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon modeli

Bağımsız değişkenler	Beta	p	OR	%95 GA
Yaşam ortamı				
Huzurevinde kalanlar			1	
Hizmet alanlar	0.616	0.231	1.8	0.6 - 5.0
Evde yaşayanlar	2.422	0.000	11.2	4.0 - 31.5
Cinsiyet				
Kadın			1	
Erkek	0.859	0.038	2.3	1.0 - 5.3
Ruhsal destek ihtiyacı				
Var			1	
Yok	0.750	0.052	2.1	0.9 - 4.5
Sabit	-1.966	0.000	0.14	

4.12. Araştırma grubunda yaşam doyumunu etkileyen risk faktörleri:

Araştırma grubundaki yaşlıların tümü değerlendirilerek yaşam doyumu ölçeği puanlarının ortanca değeri olan 10.0 kesim noktası kabul edilerek veriler dikotom hale getirildi. Buna göre 10.0'un üzerinde puan alanlar "yüksek yaşam doyumu", 10.0 ve altında puan alanlar "düşük yaşam doyumu" na sahip kabul edildi. Yaşlılardan 80 kişi 78 kişi (%49.4) yüksek yaşam doyumuna, (%50.6) düşük yaşam doyumuna sahip olarak değerlendirildi.

Huzurevinde kalan yaşlıların 7'si (%18.4), hizmet alanların 25'i (%41.7), evde kalanların ise 46'sı (%76.7) yüksek yaşam doyumuna sahip bulundu. Tek değişkenli analiz sonucunda anlamlı çıkan değişkenlerle, yaşam doyumu bağımlı değişken alınarak lojistik regresyon analizi yapıldığında; huzurevinde kalanlarda evli olanların 10.8 kat (p:0.024, 1.3-86.3), geliri yetenlerin hizmet alanlarda 6.0 kat (p:0.015, 1.4-25.2), evde kalan yaşlılarda ise 16.9 kat (p:0.009, 2.0-140.2) yüksek yaşam doyumuna sahip oldukları sonucuna varıldı.

Araştırma grubunun tümü için yaşam doyumu bağımlı değişken alınarak lojistik regresyon analizi yapıldığında, oluşturulan modelin son basamağında kalan değişkenlerin; yaşam ortamı ve gelir durumunun olduğu saptandı. Buna göre; huzurevinde yaşayanlara göre hizmet alanların 6.3 kat, evde kalanların 23.2 kat, geliri ihtiyaçlarına yetenlerin 5.5 kat yüksek yaşam doyumuna sahip oldukları sonucuna varıldı (Tablo XXIII).

Tablo XXIII. Yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon modeli

Bağımsız değişkenler	Beta	p	OR	%95 GA
Yaşam ortamı				
Huzurevinde kalanlar			1	
Hizmet alanlar	1.853	0.001	6.3	2.0 - 19.9
Evde yaşayanlar	3.144	0.000	23.2	7.2 - 74.3
Gelir durumu				
Geliri yetmeyen			1	
Geliri yeten	1.719	0.000	5.5	2.2 - 13.9
Sabit	-2.533	0.000	5.58	

5. TARTIŞMA

5.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri

5.1.1. Yaş:

Araştırmaya evde yaşayan 60, evinde belediyeden hizmet alan 60 ve huzurevinde kalan 38 kişi olmak üzere toplam 158 kişi alındı. Gruplar arasında yaş açısından fark vardı. Hizmet alan grupta yaş ortalaması 74.8 ± 8.1 yıl idi ve diğer iki gruptan daha yüksekti. Belediyeden yardım talep eden kişilerin daha yaşlı olması beklenen bir durumdu. Çünkü yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan değişiklikler yaşlıların günlük yaşamda ve sosyal aktivitelerde daha çok yardıma ihtiyaç duyar hale gelmesine neden olmaktadır. Aksoydan'ın (2006) yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayanlarda yaş ortalaması 73.8 yıl, Ergün ve ark.'nın (2003) Adana huzurevinde yaptıkları çalışmada 72.2 ± 6.2 yıl, Güngör ve ark.'nın (2005) Manisa huzurevinde yaptıkları çalışmada 70.7 ± 8.0 yıl olarak saptanmıştır. Huzurevinde kalanlarda 69.1 ± 8.5 yıl olarak saptanan yaş ortalaması, yapılan çalışmalara göre daha düşük bulundu.

5.1.2. Cinsiyet ve Medeni durum:

Cinsiyet ve medeni durum açısından gruplar arasında fark olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki cinsiyet farklılığının, huzurevinde kalan erkeklerin kadınlardan fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda genellikle huzurevinde kalan kişilerin bu çalışmada olduğu gibi daha çok erkekler ve bekar, eşi ölmüş ya da boşanmış kişiler olduğu görülmektedir. Aylaz ve ark.'nın (2005) Malatya huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %67.7'si erkek, %3.2'si evli; Sökmen'in (2008) Ankara'da yaptığı çalışmada huzurevinde kalanların %53.3'ü erkek, %20'si evli ve Altıparmak'ın (2009) Manisa huzurevinde yaptığı çalışmada ise bu oranlar sırasıyla %70.8, %6.9 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada huzurevinde kalanların %81.6'sı erkek ve %13.2'sinin evli idi. Bunun nedeni ise ülkemizde yaşlılık döneminde erkeklerin öz bakımlarını sağlayamadıkları için, yalnız kalmak istememeleri ve bu yüzden huzurevini kadınlara göre daha fazla tercih etmeleri olabilir.

5.1.3. Eğitim durumu:

Araştırma grubunda evde kalanlarda eğitilmiş olanlar, hizmet alanlarda ise okuryazar olmayanlar fazla olmasına rağmen eğitim durumu açısından gruplar arasında fark bulunmadı. Hizmet alan grupta okuryazar olmayanların fazla olmasının sebebi yaşlıların yaşadıkları bölge ve bu gruptaki kadın sayısının fazla olmasından

kaynaklanabilir. Çünkü ülkemizde geçmişte eğitim olanaklarının günümüze göre yeterli olmaması ve kız çocuklarının okula gönderilmemesi nedeniyle yaşlı nüfusta temel eğitim almayan, yani okuryazar olmayan kadınların sayısı erkeklerden fazladır. Huzurevinde kalanlarda ise okuryazar olmayanların sayısı okuryazar ve eğitilmişlerden daha azdı. Buradaki fark huzurevindeki erkek sayısının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Yapılan çalışmalarda eğitim durumuyla huzurevinde kalma arasındaki ilişki konusunda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda huzurevinde yaşayanların eğitim durumları evde yaşayanların eğitim durumlarından düşük, bazılarında ise yüksektir. Kerem ve ark.'nın (2001) yaptığı çalışmada okuryazar olmayanların oranı huzurevinde kalanlarda %32.5, evde yaşayanlarda %21.3; Ergün ve ark.'nın (2003) çalışmasında sırasıyla %37.5, %66.3; Topbaş ve ark.'nın (2004) çalışmasında sırasıyla %77.3, %41.2; Göktaş'ın (2006) çalışmasında ise sırasıyla %32.5, %21.3 bulunmuştur.

5.1.4. Çalışma durumu:

Araştırma grubu çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde de gruplar farklı idi. Üç grupta da hiç çalışmayanlar veya düzenli bir işi olmayanların oranı emeklilerden yani geçmişte bir işi olanlardan azdı. Aile ortamında yaşayan ve huzurevlerinde kalan yaşlılarda yapılan çalışmalarda bu çalışmaya benzer sonuçlar olduğu gibi farklı sonuçlar da bulunmaktadır (Öztürk, 2010; Altıparmak, 2009; Ergün ve ark., 2003; Kerem ve ark., 2001). Eğitim durumu ve çalışma durumu konusundaki farklı sonuçlar örneklem farklılıklarından kaynaklanabilir. Örneğin ülkemizde yaşlı kadınların çoğunun ev hanımı olduğu düşünülürse, kadınların fazla olduğu gruplarda çalışmayanların sayısı da fazla bulunacaktır.

5.1.5. Gelir durumu:

Araştırma grubu aylık gelir açısından değerlendirildiğinde, hiç geliri olmayanların sayısı üç grupta da azdı. Evde kalan yaşlıların 52'si (%86.7), hizmet alanların 49'u (%81.7), huzurevinde kalanların ise 21'i (%55.3) emekli maaşı alıyordu. Bu bulgular evde ve huzurevinde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte idi. İzmir'de yapılan çalışmada yaşlıların çoğunun gelir kaynağının emekli maaşı olduğu görülmüştür (Ulusel ve ark., 2004). Bilir ve ark.'nın (2002) çalışmasında yaşlıların %41.9'unun, Bahar ve ark.'nın (2005) çalışmasında %39.7'sinin ; Kılıç'ın çalışmasında ise (2009) %89.4'ünün gelir kaynağının emekli maaşı olduğu bulunmuştur.

Gelir durumu açısından değerlendirildiğinde üç grupta da gelirin ihtiyaçlarına yetmediği bulundu. Özellikle hizmet alan grupta ihtiyaçlarını karşılayamayan yaşlı oranı daha fazla bulundu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar olduğu gibi farklı sonuçlar da bulunmuştur. Bu çalışmalarda gelir durumlarını kötü algılayanların oranları; Diker ve ark.'nın (2001) çalışmasında %34.0, Demet ve ark.'nın (2002) çalışmasında %59.3, Keskinoglu ve ark.'nın (2004) çalışmasında %63.2, Karadağ'ın (2008) çalışmasında ise %18.9 olarak bulunmuştur. Yaşlılarda yüksek bir gelire sahip olmadıkları halde, bunu yeterli bulmalarının sebebi ihtiyaçlarını en az düzeyde tutmaları ve elindekilerle yetinme duygusu olabilir. Altıparmak (2009) ve Sökmen'in (2008) huzurevinde yaptıkları çalışmalarda yaşlıların gelirlerinin ihtiyaçlarını karşıladığı görülmüştür. Bu çalışmada da huzurevi grubunda oranlar yakın bulundu. Bunun sebebi, huzurevlerinde barınma, beslenme gibi temel ihtiyaçlarını kolayca sağlamaları olabilir.

5.2. Sağlıkla ilgili bazı özellikleri

5.2.1. Kronik hastalığı olma durumu:

Araştırma grubunda evde kalanların %76.7'sinde, hizmet alanların %96.7'sinde, huzurevinde kalanların ise %71.1'inde kronik bir hastalık vardı ve hizmet alan grupta üç ve üzeri hastalığı olan yaşlı sayısı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu grupta kronik hastalığı olan yaşlı sayısının fazla olmasının nedeni; yaş ortancasının daha yüksek ve kadın sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir. Yapılan çalışmalarda genellikle kronik hastalık prevalansı konusunda farklı sonuçlar elde edilmiş, bununla birlikte genellikle kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Khorshid ve ark., 2004; Karadağ, 2008; Berberoğlu ve ark., 2002; Dudak ve ark., 2006). Aksoydan'ın (2006) yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde huzurevinde kalanlarda kronik hastalık sıklığı evde kalanlardan daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebi yaşlıların huzurevinde beslenme, hastalığa özel diyet uygulama ve sağlık açısından kontrol altında olma durumu olabilir.

5.2.2. Fiziksel engellilik durumu:

Manisa'da yapılan çalışmada fiziksel engellilik oranı %7.8 bulunmuştur (Baysan, 2008). Bu çalışmada engellilik oranının (%23.4) yüksek olmasının sebebi yaşlıların farklı yaşam ortamlarından seçilmesine bağlı olabilir. Araştırma grubunda evde kalanların %11.7'sinde, hizmet alanların %35'inde, huzurevinde kalanların ise %23.7'sinde fiziksel bir engel vardı. Hizmet alan gruptaki yaşlıların günlük işlerini

yapamayacak durumda olmaları ve bu yüzden hizmet talep etmelerine bağlı olarak fiziksel engellilik oranı fazla çıkmış olabilir. Fiziksel engelliliğin tipi sorgulandığında ise tüm yaşlıların %4.4'ü işitme engelli, %1.3'ü görme engelli, %17.7'si yürüme engelli idi. Konya'da yapılan bir çalışmada yaşlıların %11.5'inde işitme, %18.5'inde görme, %10.5'inde yürüme, %34.4'ünde çiğneme güçlüğü olduğu bulunmuştur (Çivi ve Tanrikulu, 2000). Dudak ve arkadaşlarının (2006) Kayseri'de yaptıkları çalışmada ise yaşlıların %38.3'ü işitme, %55.2'si yürüme, %34.6'sı ise çiğneme güçlüğü çektiğini belirtmiştir. Bu çalışmada, yaşlılar fiziksel fonksiyonlardaki güçlük durumları açısından değil, engellilik açısından değerlendirildiği için diğer çalışmalara göre daha düşük oranlar bulunmuştur.

5.2.3. Yardımcı cihaz kullanma durumu:

Yaşlıların %76.1'i gözlük, %42.5'i baston, %4.4'ü işitme cihazı, %4.4'ü ise tekerlekli sandalye kullanıyordu. En fazla kullanılan yardımcı cihaz, gözlük ve bastondu. Yapılan araştırmalarda, yaşlılarda yardımcı cihaz olarak baston, işitme cihazı, gözlük, diş protezi kullanımının yaygın olduğu bulunmuştur (Berberoğlu ve ark., 2002; Dudak ve ark., 2006; Çivi ve Tanrikulu, 2000). Fiziksel yetersizliğin fizyolojik ya da kronik hastalıklara bağlı olarak bu yaş grubunda artması ve buna bağlı olarak yardımcı cihaz kullanımına ihtiyaç duyulması beklenen bir durumdur.

5.2.4. Sigara kullanma durumu:

Araştırma grubunda sigara kullanımı açısından gruplar arasında fark vardı. Huzurevinde kalanlarda sigara kullanımı daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda, evde yaşayan yaşlılara göre huzurevinde kalanların daha çok sigara kullandığı bulunmuştur (Colon-Emeric et al., 2007; Kerem ve ark., 2001; Ergün ve ark., 2003). Bunun sebebi; huzurevindeki yaşlıların yalnızlık duygusunu daha çok yaşıyor olmaları ve sosyal destek azlığı olabilir. Yaşlıların kronik hastalıklarına rağmen sigara içiyor olmalarının önüne geçilmeli, sigarayı bırakmayı destekleyici çalışmalar yapılmalıdır.

5.2.5. Ruhsal destek ihtiyacı olma durumu:

Yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de bireyin bu dönemde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, toplumsal ve çevresel bir takım değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir. Ancak diğer dönemlerden farklı olarak, yaşlılıkta değişimler genelde kayıp şeklinde ortaya çıktığından uyum sağlamak birey için zor olmaktadır. Bu özellik yaşlı kesimi ruh sağlığı açısından çok riskli bir hale sokmaktadır. Araştırma

grubunda ruhsal desteğe ihtiyacı olma durumu; evde kalan yaşlılarda %47.5, hizmet alanlarda %73.3, huzurevinde kalanlarda ise %59.5 olarak bulundu. İzmir’de huzurevinde yapılan bir çalışmada bu oran % 63.4 olarak bulunmuştur (Bıyık ve ark., 2002). Hizmet grubundaki yaşlıların daha bağımlı ve yalnız hissetmelerinden dolayı bu oran huzurevinde kalanlardan bile yüksek çıkmış olabilir. Ayrıca huzurevinde kalan yaşlılara hem etrafındaki yaşlılar hem de kurum personeli sosyal anlamda destek sağlayabilmektedir.

5.2.6. Yaşlıların uyku durumları:

Araştırma grubunda evde kalan yaşlıların %33.3’ü, hizmet alanların %65.0’ı, huzurevinde kalanların ise %42.1’i uyku sorunu olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşlanma ile birlikte kişilerde uyku sorunlarında artış eğilimi görülür (Ancoli-İsrael and Roth, 1999). Yapılan çalışmalarda çoğu yaşlının uyku kalitesinden memnun olmadıkları, kronik uyku sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (Dudak ve ark., 2006; Sukegawa et al., 2003). Amerika Birleşik Devletleri’nde Ulusal Yaşlanma Enstitüsü’nün 65 yaş ve üzeri 9000 yaşlı üzerinde yaptığı çalışmada; yaşlıların %23 ile %34 arasında değişen uyku bozukluğu semptomları gösterdiği saptanmıştır (Foley et al.,1995). Konya’da yapılan çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda evinde yaşayanlara göre uyku bozukluklarının daha çok olduğu bulunmuştur (Göktaş, 2006). Uyku sorunları kronik yorgunluğa, endişeli, kaygılı olma gibi psikolojik sorunlara yol açabileceği için önemsenmeli ve uygun yaklaşımla tedavisi sağlanmalıdır.

5.2.7. Yaşlıların sağlık algıları:

Yaşlılara sağlıklarını nasıl hissettikleri sorulduğunda; Kerem ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, bu araştırmayla benzer şekilde huzurevinde kalan yaşlılarda sağlığını kötü algılayanların oranı (%34), evde yaşayanlardan (%16) yüksek bulunmuştur. Ülkemizde huzurevlerinde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Huzurevinde kalan yaşlılarda sağlığını kötü algılama oranı; Altıparmak ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada %6.2, Bıyık ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada %10.0, Aylaz ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada %16.4, Bahar ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise %25.4 bulunmuştur. Bu oranın Ulusal ve arkadaşlarının (2004) evinde yaşayan yaşlılarda yaptığı çalışmada %7.6, Dudak ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise %14.3 olduğu görülmüştür. Bu araştırmada ise evde kalan yaşlıların %21.6’sı, hizmet alanların %46.7’si, huzurevinde kalanların ise

%15.8'i sağlıklarını kötü algılamaktadır. Hizmet alan grupta yüksek olmasının nedeni, bu grupta kronik hastalığı olan yaşlıların fazla olması nedeniyle olabilir. Algılanan sağlık durumunu sosyoekonomik değişkenler ve sağlık sorunları etkileyebileceği için çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmış olabilir.

5.3. Diğer zellikler:

5.3.1. Yaşlıların yaşamak istedikleri yerler:

Araştırma grubundaki yaşlılara nerede yaşamak istedikleri sorulduğunda; evde kalan yaşlıların hiçbiri huzurevinde kalmak istemediğini, hizmet alan grupta ise iki kişi huzurevinde yaşamak istediğini, huzurevinde kalanların %52.6'sı ise evinde yaşamak istediğini söyledi. Ankara' da 2004 yılında yapılan çalışmada yaşlıların %91.7'si huzurevinde yaşamak istemediklerini belirtmiştir (Onat, 2004). Malatya huzurevinde yapılan çalışmada da yaşlıların % 52.5'i evlerinde yaşamak istediklerini belirtmiştir (Aylaz ve ark., 2005). Çalışmalarda da grldğu gibi yaşlılar kurum bakımından çok, ev ortamında olmayı tercih etmektedirler. Huzurevinde yaşamak, yaşlı için kabul edilmesi zor bir durumdur. Çünkü yaşlı için evi; bildiği, hakim olduğu, içinde kendini güvende ve zgr hissettiği, anılarıyla beraber olduğu bir ortamdır. Huzurevi ise ilk kez karşılaştığı insanlarla birlikte yaşamak zorunda olduğu yeni bir ortamdır. Bu araştırmada yaşlıların %81.6'sının huzurevinde kalmaktan memnun olduğu halde, %52.6'sının aslında evinde yaşamak istediğini söylemesi de bu durumu desteklemektedir.

5.3.2. ocuk sahibi olma:

Batı toplumlarında yaşlıların bakımını ağırlıklı olarak huzurevlerinde yaptırın bir anlayış söz konusudur. Bizim toplumumuzda ise, büyük kentlerde durum değişiklik göstermekle birlikte, temelde yaşlıların aileleri içerisinde ve ev ortamında bakımlarının sağlanması eğilimi yaygındır. Yapılan alışmalar da huzurevlerinde daha çok ailesi ve çocuğu olmayan yaşlıların kaldığı görüşünü desteklemektedir (Arda, 2005; Ardahan, 2010).

Huzurevinde yapılan çalışmalarda çocuğu olmayanların oranı %25-50 arasında değişmektedir (Altay ve Avcı, 2009; Berberoğu ve ark., 2002; Altıparmak, 2009). Araştırma grubundaki yaşlılarda ocuk sahibi olma açısından fark vardı. Huzurevinde kalanlarda çocuğu olmayanlar daha fazla bulundu. Konya'da yapılan bir çalışmada da çocuğu olmayanların oranı evde kalanlara (%3.8) göre huzurevinde (%26.4) daha fazla

idi (Göktaş, 2006). Bu durum, huzurevinde evli olmayan yaşlıların fazla olmasından kaynaklanabilir. Çocuğu olmayan yaşlıların evde yaşamlarını devam ettirmeleri daha zor olduğu için huzurevinde yaşamayı seçmiş olabilirler.

5.3.3. Yakınları ile görüşme durumları:

Ergün ve arkadaşlarının (2003) Adana'da yaptıkları çalışmada huzurevindeki yaşlıların çocukları ve akrabalarıyla daha az görüştüğü belirlenmiştir. Bu çalışmada da evde kalan ve hizmet alan grupta çocuklarıyla hiç görüşmeyen olmadığı halde, huzurevinde kalanların %42.3'ünün çocuklarıyla hiç görüşmediği belirlendi. Bunun sebebi; huzurevinde çocuksuz ve az sayıda çocuğu olanların fazla olması, olanların da çocuklarıyla uyum sorunu yaşamalarından kaynaklanıyor olabilir. Akrabalarıyla hiç görüşmeyenlerin oranı da huzurevinde yaşayanlarda yüksek bulundu (%68.4). Bu sonuç, yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Aylaz ve ark., 2005; Kişioğlu ve ark., 2001). Tayvan'da huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada, aile üyeleri tarafından haftada bir ziyaret edilen yaşlıların daha yüksek yaşam kalitesi skoruna sahip oldukları belirtilmiştir (Tseng and Wang, 2001). Huzurevindeki yaşlıların sosyal desteklerinin düşük olması, bu grubun yaşlılık dönemi sorunları ile baş etmede daha çok zorlanmalarına ve ruh sağlığı ile ilgili sorunlara yol açabilir.

5.4. Huzurevinde kalma ile ilgili özellikler:

Yaşlıların ölüm ve hastalık gibi nedenlerle yaşadıkları psikolojik yıkımların yanı sıra, aile ve arkadaşların kaybıyla gelen yalnızlık, ilgilenecek kimsenin olmaması, yalnız yaşayamama, bakacak kimsenin olmaması, ekonomik problemler ve çekirdek aile yapısının giderek artmasının getirdiği sorunlar yüzünden huzurevlerini tercih ettikleri düşünülmektedir (Özen, 2008). Huzurevinde kalan yaşlıların kurumda kalma süre ortalaması 47.3 ± 75.5 (ortanca:18) ay idi. Huzurevine gelme nedenleri sorulduğunda; %63.2'si kendi bakımını tek başına yapamadığı için, %18.4'ü ailesi tarafından kabul edilmediğini, %13.2'si ailesine yük olmak istemediğini, %5.3'ü ise hiç kimsesi olmadığını söyledi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Bahar ve ark., 2005; Ercan, 2010; Aylaz ve ark., 2005; Altıparmak, 2009; Aksoydan, 2006).

Yaşlıların %21.1'i huzurevinde düzenlenen sosyal etkinliklere katılmayı istemediğini belirtti. Bahar ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada bu oran %39.4, Demet ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise %13.0 olarak bulunmuştur. Fessman

ve Lester (2000), huzurevlerinde sosyal bir ortam oluşturulmasının depresyon gelişimini önlemede etkili olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmasının sebebi, huzurevleri arasındaki sosyal aktivite uygulamalarının farklılıklarından kaynaklanabilir. Ayrıca bu etkinlikler, yaşlıların kültürel yapısı ve değer yargılarıyla yakından ilişkilidir. Bu yüzden yaşlıların uygun aktivitelere katılmasını sağlamak ve onları toplumsal yaşam içerisinde üretici duruma getirerek kuruma uyum sağlamalarına yardımcı olmak gereklidir.

Huzurevindeki yaşlıların %68.4'ü ziyaretçisi olduğunu, %31.6'sı ise olmadığını ifade etti. Çalışmaların çoğunda, huzurevinde yaşayan yaşlıların yaklaşık yarısının ziyaret edilmediği görülmektedir (Altay ve Avcı, 2009; Berberoğlu ve ark., 2002; Bölükbaş ve Arslan, 2003). Bu durum psikososyal bakımdan oldukça önemli sorunlar oluşturabilir. Sivas'ta yapılan çalışmada, kurumda yaşayan bireylerin yalnızlık düzeyinin evde yaşayan yaşlılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tel, 2006). Ziyaretçisi az olan yaşlıların kurumda yalnızlık duygularını fazla yaşadığı için, yaşlıda yalnızlık duygusuna eşlik eden yüksek korku ve kaygı olabileceğini savunan görüşler de mevcuttur (Özen, 2008).

Yaşlıların %81.6'sı huzurevinde kalmaktan memnun olduğunu, %18.4'ü ise memnun olmadığını ifade etti. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oranlar %20-80 arasında değişmektedir (Kişioğlu ve ark., 2001; Lülecı ve Mandıracıoğlu, 2001; Aylaz ve ark., 2005; Bıyık ve ark., 2002). Yaşlıların kurum içinde yemek, barınma gibi ihtiyaçlarının sağlanması ve kendi yaşlılarından oluşan bir toplulukta yaşamaları memnuniyet düzeylerini olumlu etkileyebilir, fakat yine de yaşlıların %52.6'sı evinde yaşamak istediğini belirtmişlerdir.

5.5. Yaşlıların işlevsellik düzeyinin karşılaştırılması:

Araştırma grubundaki yaşlılardan evde kalanların %3.3'ü, hizmet alanların %50'si, huzurevinde kalanların ise %13.2'si TGYU açısından, evde kalanların %10.0'u, hizmet alanların %68.3'ü, huzurevinde kalanların ise %26.3'ü YGYU açısından bağımlı bulundu. Hizmet alan gruptaki bağımlılık oranlarının diğer gruplara göre yüksek bulunmasının bu gruptaki yaşlıların daha ileri yaşta olması, kronik hastalıklarının daha fazla olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Çünkü bağımlılığın yaşla birlikte arttığını ve 75 yaş ve üzerindeki insanların daha erken yaşta kişilerden daha bağımlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Çivi ve Tanrıku, 2000; Konno et al., 2004). Yaşlılarla

yapılan çalışmalarda günlük yaşam uğraşlarında bağımlılık yüksek bulunmuştur. Iwarsson ve Isacson çalışmalarında (1997); yaşlıların %69'unun bağımlı, Covinsky ve arkadaşları (1999) çalışmalarında hastaneye başvuran yaşlıların %66'sının bağımlı olduğunu saptamışlardır. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam uğraşlarını karşılaştırılan çalışmaların çoğunda, huzurevindeki yaşlıların işlevsellik düzeyi evde yaşayanlarıkinden daha düşüktür (Ergün ve ark., 2003; Urcioli et al., 1998; Pehlivanoglu, 2001; Kerem ve ark., 2001). Benzer şekilde araştırma grubunda da huzurevindeki yaşlılarda bağımlılık oranının evde yaşayanlardan daha yüksek olduğu bulundu.

5.6. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Açısından Değerlendirilmesi:

Literatürde huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşam doyumu açısından yapılan karşılaştırma içeren çalışmaların az olması ve aynı ölçekle yapılmış karşılaştırmalı çalışma bulunmaması tartışmayı zorlaştırmıştır.

WHOQOL yaşlılık modülünde (WHOQOL-Old) yaşlılık dönemine özel sorunlar sorgulanmıştır. Bunlar: duyulardan hoşnutluk, bağımsız olmak yani kendi kendine yeterek kararlarını verebilmek, geçmiş bugün ve gelecek ile ilgili düşünce ve beklentiler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlıktır. Duyusal yetenek, otonomi, geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri alan puanları üç grupta da Eser ve arkadaşlarının (2010), İzmir'de WHOQOL-OLD'un Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliğini test etmek amacıyla yaptıkları çalışmada elde edilen alan puan ortalamalarından düşük bulundu.

WHOQOLD-Old ölçeğinin alt alanları değerlendirildiğinde; duyusal yetenek dışındaki tüm alanlarda ve toplam skorda fark bulundu (Tablo VIII).

Otonomi alanında hizmet alan grubun puanının diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmasının nedeni, bu gruptaki yaşlıların hayatlarını yalnız sürdürdükleri için kendi kararlarını kendi verme konusunda özgür olmaları olabilir.

Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri boyutu yaşamdaki başarılarından elde edilen doyumu ve geleceğe bakışı gösterir. Bu alanda ise huzurevinde kalanların puanının düşük bulunmasının sebebi, buradaki yaşlıların geçmişle ilgili daha çok pişmanlık yaşaması olabilir.

Sosyal katılım alanı, toplum içindeki sosyal faaliyetlere katılımı ifade eder. Bu alanda ise evde kalanların puanı daha yüksek bulundu. Hizmet alan grupta günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın fazla olması sosyal katılımı kısıtlayabilir. Manisa’da yapılan çalışmada günlük aktivitelerde bağımsız olmanın sosyal katılımı etkilediği gösterilmiştir (Özyurt, 2007).

Ölüm ve ölmek alanı ise ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır. Bu alanda ise; evde kalanların puanı yüksek bulundu. Diğer iki grupta bu alan puanının düşük çıkmasının sebebi, bu iki gruptaki yaşlıların gelecekle ilgili fazla beklentilerinin olmamasına bağlı olabilir.

Yakınlık boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir. Sosyal katılımda olduğu gibi bu alanda da evde kalanların puanı daha yüksek bulundu.

WHOQOLD-Old toplam skoru üç grupta da Eser ve arkadaşlarının (2010) İzmir’de yaptığı çalışmadaki sonuçtan düşük bulundu. Toplam skor evde yaşayanlarda 50.3 ± 8.8 , hizmet alanlarda 40.8 ± 8.3 , huzurevinde kalanlarda ise 39.2 ± 8.8 bulundu ve evde kalanlarda yaşam kalitesi anlamlı yüksekti. Drageset ve arkadaşlarının (2008) yaşam kalitesini değerlendirmek için huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda yaptıkları çalışmada benzer şekilde huzurevinde yaşayanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Yaşlılık bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla bir kayıplar dönemi olarak tanımlanabilir. Kayıpların birbiri ile birleşmesi kişinin kendine olan saygısını azaltmakta ve yaşamdan yeterli doyum sağlanamamaktadır (Şener, 2010). Araştırma grubunda yaşam doyumu, evde kalan yaşlılarda hizmet alanlardan ve huzurevinde kalanlardan yüksek bulundu. Özer’in (2004) İzmir’de huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlılarda yaptığı çalışmada da huzurevinde kalanların yaşam doyumu aile ortamında yaşayan yaşlılardan düşük bulunmuştur. Gueldner ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada da huzurevinde yaşayanlarda yaşam doyumu toplum içinde yaşayanlardan düşük olarak bildirilmiştir. Yaşlılıkta yaşam doyumunun üzerinde durulmasının nedeni, yaşlıların ruh sağlığı açısından risk grubu olarak kabul edilmesi ve yaşam doyumunun da ruh sağlığını etkileyen çok önemli bir etmen olarak kabul edilmesidir. Kerem ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında yaşlıların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden güçlüklerle

karşılaştıkları, özellikle huzurevinde kalan yaşlıların daha çok psikolojik yönden zorlandıkları görülmüştür.

Yaşam doyumu moral, mutluluk, toplumsal iyi olma, öznel iyi olma (öznel refah) ve psikolojik refah gibi kavramlar eş anlamlı ve esnek bir şekilde birbirinin yerine kullanılmış olmakla birlikte bunlar arasında yaşam doyumu diğerlerine göre daha gelişmiş ve yaşam kalitesinin en yaygın kullanılan öznel (subjektif) ölçüsüdür (Şener, 2010). Yani yaşam kalitesi ve yaşam doyumu yakın ilişkilidir. Araştırma grubunda da yaşam kalitesi toplam skoru ile yaşam doyumu puanı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Yaşlılarda yaşam kalitesi arttıkça yaşam doyumunun da artması beklenen bir durumdur.

5.7. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Puanlarının Bazı Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

5.7.1. Cinsiyet Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Evde yaşayan erkeklerde, duyuşal yetenek ve otonomi dışındaki alanlarda yaşam kalitesi hizmet alan ve huzurevinde yaşayanlara göre daha yüksek bulundu. Yine toplam skor açısından da evde yaşayan erkeklerin yaşam kalitesi diğerlerinden daha yüksek idi. Göktaş'ın (2006) Konya'da yaptığı çalışmada da huzurevindeki erkeklerin yaşam kalitesi evde yaşayanlardan daha kötü bulunmuştur.

Kadınlarda da duyuşal yetenek, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alanlarında fark bulunmazken, otonomi alanında hizmet alanlarda, diğer alanlar ve toplam skorda da evde yaşayanlarda yaşam kalitesi yüksek bulundu. Bu gruptaki kadınlar kendi kararlarını kendi alma konusunda bağımsız oldukları için otonomi alanında yüksek puan almış olabilirler. Huzurevindeki kadınlar ve evde yaşayanlarla karşılaştırıldığında ise evde yaşayanların yaşam kalitesi daha iyi bulundu. Bu da huzurevindeki kadınların yalnızlık duygusunu daha çok yaşıyor olmalarına bağılı olabilir. Göktaş'ın (2006) çalışmasında ise huzurevindeki kadınlarla evde yaşayan kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır.

Yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde ise; yine evde yaşayan erkeklerin ve kadınların diğer gruplardaki hemcinslerine göre daha yüksek yaşam doyumuna sahip oldukları görüldü. Özer'in çalışmasında da aile ortamında yaşayan erkek ve kadınlarda

yaşam doyumu, huzurevinde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (2004). Bunun sebebi evde yaşayanların eşleriyle ve sevdikleriyle ilişkilerinin daha iyi olması ve bu yüzden daha mutlu olmaları olabilir.

5.7.2. Yaş Grupları Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Yaş grupları açısından değerlendirme yapıldığında; “yaşlı” kabul edilen 60-74 yaş grubunda duyuşal yetenek alanında fark bulunmazken, diğler alanlarda ve toplam skorda farklılıklar bulunmaktadır. “Yaşlı” grubunda otonomi alanında hizmet alan yaşlıların puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu gruptaki yaşlılar huzurevindekilere benzer şekilde çevresindekilerle ne olumlu ne de olumsuz bir ilişkileri olmadığı ve böylece işlerine karışılmadığı için daha özgür hissediyor olabilirler. Her iki yaş grubunda da geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alan puanı huzurevinde kalanlarda daha düşük bulunmasının sebebi ise buradaki insanların geçmişle ilgili pişmanlıklarının daha fazla olmasına bağılı olabilir. Bununla birlikte her iki grupta da yaşam kalitesi evde yaşayanlarda daha yüksek bulundu.

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde ise hem “yaşlı”, hem de “ileri yaşlı” grubunda evde yaşayanların yaşam doyumunun daha yüksek olduğu belirlendi.

5.7.3. Medeni Durum Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Yaşlı bireylerin çevrelerindeki eş aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağıları kendilerine faydalı ve etkili destek sağlarlar. Yaşlılarda sosyal destek sonucu oluşan saygınlık moral artışına, yaşam memnuniyetine, olumsuz olaylarla baş etmesine katkı sağlar (Karadağ, 2008).

Evli olan yaşlılar değerlendirildiğinde; duyuşal yetenek, otonomi, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alanlarında gruplar arasında fark bulunmadı. Hizmet alanlarda sosyal katılım puanının düşük bulunması, bu grupta kadınların ve fiziksel açıdan bağımlı olan yaşlıların fazla olmasına bağılı olabilir. Evli yaşlılarda ölüm ölmek, yakınlık ve toplam skorda ise evde yaşayanlarda yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Aksüllü’nün (2004) yaptığı çalışmada, sosyal destek açısından yaşlılar değerlendirildiğinde, huzurevinde yaşayanların aldığı puanlar evde yaşayanlardan düşük bulunmuştur. Özellikle özel bir insandan alınan destek anlamlı derecede yüksektir.

Eşi ölmüş olan yaşlılarda otonomi alan puanı diğer gruplardan yüksek bulundu. Yalnız olmaya bağlı olarak bu puanın yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Yine bu grup yaşlılarda sosyal katılım, ölüm ve ölmek, toplam skor evde kalanlarda daha yüksek bulundu. Yaşlılarda yaşam süreçleri içinde yalnız yaşama, eş kaybı, huzurevi ve bakımevinde kalma yaşam kalitesini kötü yönde etkiler (Karadağ, 2008).

Hem evlilerde hem de eşi ölmüşlerde, yaşam doyumu evde kalanlarda daha yüksek bulundu. Hizmet alanlarda ve huzurevinde kalanlarda alınan puanlar birbirine yakındı. Hem yalnız olmanın, hem de huzurevinde kalmanın yaşam doyumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

5.7.4. Eğitim Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde, duyuşal yetenek alanında fark bulunmadı. Otonomi alanında hizmet alanlarda puan yüksek, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alanlarında huzurevinde kalanlarda düşük bulundu. Sosyal katılım, ölüm ve ölmek, toplam skorda ise evde yaşayanların puanları diğer gruplardan yüksek bulundu. Yaşam kalitesinin üç grupta da evde yaşayanlarda yüksek çıkması, yaşlı insanın eğitilmiş olsa da olmasa da evinde yaşamak istediğinin göstergesi olabilir.

Yaşam doyumu da benzer şekilde üç grupta da evde yaşayanlarda daha yüksek bulundu. Bununla birlikte eğitim durumunun artması sosyal ilişkiler ağının geniş olmasına, öz güven kazandırma, daha iyi yaşam koşulları kazandığından tüm bu faktörlerin bireyin fiziksel ve ruhsal durumunu etkileyerek yaşam doyumunu etkileyebilmektedir (Altay ve Avcı, 2009).

5.7.5. Gelir Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Geliri yetenlerde ve yetmeyenlerde, yaşam kalitesi evde yaşayanlarda hizmet alanlardan ve huzurevinde kalanlardan daha yüksek bulundu. Yaşlıların yeterli gelirleri olmasa bile evlerinde daha mutlu olmaları huzurevinde kalıyor olmanın yaşlılar tarafından kabul edilemediği gerçeğine bağlı olabilir.

Yapılan çalışmalarda gelir durumunun yaşam doyumunu etkilediği, geliri ihtiyacını karşılayan yaşlılarda yaşam doyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur(Özer, 2001; Usui and Keil, 1985). Yaşam doyumu açısından ise; geliri yetenlerden huzurevinde kalanların puanı anlamlı derecede düşük bulundu. Bu durum

yeterli gelirleri olduğu halde huzurevinde olmayı kabullenememelerinin göstergesi olabilir. Geliri yetmeyenlerde ise evde yaşıyan yaşlıların yaşam doyumu daha yüksek bulundu.

5.7.6. Kronik Hastalığı Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, özellikle kronik hastalıklarda önemlidir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Alonso et al., 2004; Sitoh et al., 2005). Kronik hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesi evde yaşıyanlarda daha yüksek iken, kronik hastalığı olmayanlarda geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri dışındaki alanlarda ve toplam skorda fark bulunmamıştır.

Yaşam doyumu açısından da kronik hastalığı olanlardan evde yaşıyanlar daha yüksek yaşam kalitesine sahip iken, kronik hastalığı olmayanlarda fark bulunmamıştır. Yaşlıların huzurevinde sağlık açısından daha kontrol altında olma imkanlarına rağmen evde yaşamanın onları daha mutlu edeceği sonucuna varılabilir.

5.7.7. Çocuk Sahibi Olma Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Yaşın ilerlemesi ile birlikte, hem yaşanan kayıplar hem de yeti yitiminin artışı yaşlı kişileri sosyal izolasyona oldukça duyarlı hale getirmektedir. Bu dönemde, yaşlıların en büyük sosyal desteği çocukları ve yakın akrabalarıdır. Özellikle huzurevinde yaşıyan yaşlılarda çocukların ve yakın akrabaların sağladığı sosyal destek azlığına sık rastlanmaktadır (Jarvik, 1995). Bu durum huzurevinde kalanlarda yaşam kalitesinin düşük olmasını açıklayabilir. Bununla birlikte çocuk sahibi olma ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığını destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Yazgan ve ark., 2006).

Araştırmada çocuğu olanlarda, alan puanlarının çoğunda ve toplam skorda yaşam kalitesi evde yaşıyanlarda daha yüksek bulundu. Bu durum evinde yaşıyan yaşlılarda çocuğu olma oranının daha yüksek olmasına ve çocuklarıyla daha sık görüşmelerine bağlı olabilir. Göktaş'ın çalışmasında (2006) huzurevindeki yaşlıların çocuklarıyla daha fazla uyum sorunu yaşadığı görülmüştür. Hem huzurevinde daha çok çocuğu olmayanların kalması, hem de çocuk sahibi olsalar bile sorun yaşıyor olmaları yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir.

Çocuğu olmayanlarda evde yaşayanlarda, yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmasının sebebi araştırma grubunda evde kalanlarda çocuğu olmayan yaşlı sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde ise çocuğu olanlarda evde yaşayanlarda yaşam doyumu daha yüksek iken, çocuğu olmayanlardaki fark anlamlı değildi. Altay ve arkadaşlarının (2009) huzurevinde kalan yaşlılarla yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olmanın yaşam doyumunu etkilemediği görülmüştür. Yaşlılar için çocuk sahibi olmanın güvence olarak algılanması durumunun huzurevinde kalanlar için geçerli olmadığı düşünülebilir.

5.7.8. TGYU Bağımlılık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumunun Yaşam Ortamına Göre Değişimi:

Yaşlıların alışılmış gündelik etkinliklerinin sürdürülmesi, yaşam kalitesini belirleyen önemli bir göstergedir. Bu etkinliklerin sürdürülmesi yaş ilerledikçe azalmaktadır. Yaşlanma ile birlikte fiziksel kısıtlılığın artması hastalık ve ölüm riskini, yanı sıra kurumsal/bireysel hizmet gereksinimini artırır (Karadağ, 2008). Yaşlılarda mobiliteye bağlı yeti yitimini önlemeye ve azaltmaya yönelik koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerin geliştirilmesinin yaşlı sağlığının iyileştirilmesinde yardımcı olacağı belirtilmektedir (Çivi ve Tanrıkulu, 2000).

Araştırma grubu TGYU açısından değerlendirildiğinde; bağımlı olan yaşlılarda, yakınlık alanı ve toplam skor dışında gruplar arasında fark bulunmadı. Evde yaşayanlarda yakınlık alan puanının yüksek olması, bu kişilerin günlük uğraşlarında aile bireylerinden ya da çevredekilerden yardım görmelerine bağlı olabilir. Hizmet alanların yakınlık alan puanlarında huzurevinde kalanlardan bile daha düşük puan almaları bu gruptakilerin TGYU açısından daha bağımlı olmalarının sonucu olabilir. Araştırma grubundaki yaşlılarda, TGYU puanları ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmadı. Fakat yapılan bazı çalışmalarda yaşam kalitesi ile günlük yaşam uğraşlarını yapabilme arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Göktaş, 2006; Covinsky et al., 1999; Bowling et al., 2002). Ayrıca yaşlının günlük işlerini yerine getirmede başkasına bağımlı hale gelmesi, yaşam kalitesini azaltma yanında sosyal sorunlara da neden olmaktadır (Lüleci ve Mandıracıoğlu, 2001). Bu çalışmada da anlamlı çıkmamakla birlikte, hizmet alan gruptaki bağımlı olanlarda sosyal katılım puanı diğer gruplardan daha düşük bulunmuştur.

Araştırma grubu yaşam doyumu açısından değerlendirildiğinde ise; bağımlılarda fark görülmezken, bağımsızlarda evde yaşayanlarda yaşam doyumu daha yüksek bulundu. Yaşlılık kaçınılmazdır, ancak bağımlılık ve bakım gereksinimin en az düzeyde tutulabildiği ve yaşam doyumunun artırılabilirdiği bir yaşlılık mümkündür.

5.8. Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırma döneminde huzurevinde kalan 55 kişi olduğu halde ancak 38 yaşlıya ulaşılabilmiştir. Evde kalan ve hizmet alan gruplara göre huzurevinden çalışmaya alınan yaşlı sayısının azlığı ve huzurevinde daha çok erkeklerin kalıyor olması nedeniyle bu grupta kadınların az olması araştırmanın kısıtlılıklarındandır. Hizmet alan grupta yapılan ziyaretlerde de daha çok kadın yaşlılara randevu verilmiş olması sebebiyle bu grupta da erkek yaşlı sayısı az olmuştur. Hizmet alan ve huzurevinde kalan yaşlılarda yaşam ortamında, evde kalan yaşlılarda Aile Sağlığı Merkezi'nde anketlerin yapılmış olması, yani evde kalanların yaşadığı ortama araştırmacının gitmesi yerine kendilerinin sağlık merkezine gelmiş olması araştırmanın diğer bir kısıtlılığıdır.

Ayrıca yaşlılarla ilgili yapılan çalışmalarda hizmet alma ile ilgili bir değerlendirme yapılmamış olması bu grupla ilgili elde edilen bulguların karşılaştırılmasını zorlaştırmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

- Evde kalanların fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık algılarının daha iyi olduğu ve gelecekte daha umutlu oldukları,
- Hizmet alan grubun daha yaşlı olduğu, kronik hastalık oranının, uyku sorunu olanların, TGYU ve YGYU açısından bağımlıların ve ruhsal destek ihtiyacı olanların daha fazla olduğu,
- Huzurevinde daha çok erkeklerin, evli olmayan, çocuğu olmayan yaşlıların kaldığı, yine bu yaşlılarda akrabalık ilişkilerinin iyi olmadığı, sigara içen yaşlı oranının daha fazla olduğu,
- Üç grupta da yaşlıların çoğunun gelirlerinin ihtiyaçlarına yetmediği,
- Evde kalan yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun daha yüksek olduğu,
- Sosyodemografik değişkenlere göre oluşturulan gruplarda yapılan değerlendirmelerde de evde yaşayanların yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun daha yüksek olduğu,
- Yaşam kalitesinin yaşam ortamı ve cinsiyetten; yaşam doyumunun ise yaşam ortamı ve gelir durumundan etkilendiği sonucuna varıldı.

Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sorunlardan birisi yaşlıların bakımındır. Yaş ilerledikçe ortaya çıkan hastalıklar ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle kişinin yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireyler ve aileleri toplumsal bakım alternatifleri arasından birini seçme ile karşı karşıya kalmaktadır.

Yaşlılar için verilecek hizmetin temel amaçları konusunda öneriler;

- Yaşlıların öncelikle kendi evlerinde olabildiğince güvenli, bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamaları sağlanmalıdır.
- Bakım gereksinimine ihtiyaçları olduğu durumda, kendi ev veya aile ortamından ayırmadan, aktif yaşamlarını sürdürmelerini sağlayacak hizmet modellerinin yaygınlaştırılması konusunda çalışmalar sürdürülmelidir.
- Yaşlının kendi evinde bakımı mümkün olmuyorsa, uyum sağlayabilecekleri alternatif yerleşim olanakları sunulmalıdır.

- Yaşlılara asgari yaşam düzeyini sürdürebilmeleri için gerekli ekonomik destek sağlanmalı, 2022 sayılı yasa ile verilen 65 yaş aylığı ve emeklilik maaşları kişileri yoksulluktan kurtaracak düzeyde belirlenmeli, yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayacak düzeye getirilmelidir.
- Aktif yaşlanma için, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunması sağlanmalı, erken yaştan itibaren düzenli sağlık kontrollerinin yapılması konusunda uygulamalar yapılmalıdır.
- Yaşlıların toplumsal faaliyetlere katılması desteklenmeli ve toplumsal yaşama üretici durumda katılmalarını sağlayacak programlar hazırlanmalıdır.
- Huzurevinde kalan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirecek uğraşı alanları oluşturulmalı, bireyin toplumsal yaşama katılması sağlanmalıdır.
- Yaşlı sağlığını geliştirecek, yaşam kaliteleri ve yaşam doyumunu yükseltme konusunda öncelikler belirlenmeli, gerekli müdahaleler yapılmalı ve koruyucu hizmetler sağlanmalıdır.
- Yaşlı sağlığı ve bakımına yönelik olarak yapılacak uygulamalarda multisektörel yaklaşım anlayışı benimsenmelidir.

7. KAYNAKLAR

<http://www.un.org/ageing/iypop.html> 02.11.2010

<http://www.un.org/en/documents/udhr/> 22.11.2010

<http://www.shcek.gov.tr/> 02.12.2010

Abrams WB, Beers MH, Berkow R., (1995). The Merck Manual of Geriatrics”, Second Edition, Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N.J.USA.

Adak, N., (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları Kadınlar. Aile ve Toplum: Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 2(6):81-89.

Akandere, M., (2006). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Fiziksel Aktivitelerin Yaşam Doyum Düzeylerine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18:1-9.

Akça F., Şahin G., (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Turkish journal of geriatrics, 11(4):190-199.

Akgün, S., Erdal, R. (2007). Yaşlılık kavramı ve yaşlıya yaklaşım. Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevleri, Ed.: Y.G. Kutsal, Ankara, 73-86.

Akın G.,(2006). Her Yönüyle Yaşlılık, Palme Yayıncılık, Ankara.

Aksoydan, E. (2006). Ankara’da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumları. Turkish Journal Of Geriatrics, 9(3): 150-157.

Aksüllü N., Doğan S., (2004).Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5:76-84.

Alnıgeniş E., (2009). Evde bakım hizmetlerine bakış. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 10: 48-51. <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=240> 22.12.2010

Alonso J, Ferrer M, Gandek B., (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res 13:283-298.

Altay B., Avcı İ.A., (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp dergisi, 36(4): 275-282.

Altıparmak S., (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. ,23(3): 159-164.

Annak, BB.,(2005). Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: duygu- durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Arda B.,(2005). Başarılı ve Üretken Yaşlanmanın Temel İlkeleri, Türk Geriatri Derneği Yayınları, Ankara. www.geriatri.org/pdfiler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_02.pdf 22.11.2010

Ardahan M.,(2010). Yaşlılık ve Huzurevi, Aile ve Toplum Dergisi, 5(20):25-32.

Arpacı F., Ersoy A.F., (2001). Aile ortamında yaşlı bakımında gelin yaşlı ilişkileri. I.Ulusal Yaşlılık Kongresi, Ankara, 354-364.

Arslan Ş., Kutsal YG., (1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi, Turkish Journal of Geriatrics, 2(4): 173-178.

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

Aslan, D., (2010). Yaşlılık Döneminde Önemli Bir Kavram: Yaşam Kalitesi, 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, 102-104, İzmir.

Aydın Z.D.,(2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg., 13(4):43-48.

Aydın Z.D., (2009). Yaşlı Bireyde İmmünizasyon, Journal of Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry, 8. Ulusal Geriatri Kongresi Özel Sayı, 3-6.

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

Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G., (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 227-239.

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

Bahar H.İ., (2009). Sosyoloji, USAK Yayınları, Ankara.

Baran A.G., (2005). Yaşlılığın Sosyal Boyutu, GEBAM, Ankara.http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yasliligin_sosyal_boyutu.pdf
18.11.2010

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

Bellamy N. Principles of Outcome Assessment. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003:21-30.

Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A., (2002). Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyodemografik özellikleri ve Katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. Turkish Journal of Geriatrics, 5(4): 144-149.

Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA.,(2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Turkish Journal of Geriatrics; 5(2):68-74.

Bilir N, Aslan D, Güngör N ve ark., (2002). Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesine bağlı Sakarya Mahallesiinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin bazı sosyal durumlarının saptanması. Turkish Journal of Geriatrics, 5(3):97-102.

Bilir N., (2005). Yaşlanan toplum, içinde: sağlıklı yaşlanma, Türk Geriatri Derneği Yayınları, 25-32, Ankara.

Bilir N.,(2006)., Yaşlılarda Sigara Bağımlılığı ile Mücadele, Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 52(Özel Ek A): A47-A49.

Bilir N., (2007). Yaşlanan Toplum, içinde: Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, GEBAM, Ankara.

Bilir, N., Paksoy, N. (2007). Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi. Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevleri, Ed.: Y.G. Kutsal, Ankara, 87-94.

Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S., (2000). Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics; 3(4): 141-145.

Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR., (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Stud.; 42: 147-58.

Bostankolu Ö., Öztürk B., Çoşkun U., Büyükberber S., Benekli M., (2008). Yaşlı Hastalarda Kansere Kemoterapisi. International Journal of Hematology and Oncology, 18(3): 186-192.

Bourée P., (2003). Immunity and immunization in elderly, Pathologie Biologie, 51(10): 581–585.

Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J., (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. Aging Ment Health. 6: 355-71.

Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (Dqol). Gerontologist, 39(1):25-35.

Cangöz B., Uluç S., (2007). Yaşlılık döneminde meydana gelen psikolojik değişiklikler. Temel Geriatri, Ed.: Y. G. Kutsal, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 45-54.

Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sorbye LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R., (2004). Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). Aging Clin Exp Res. 16(4):259-69.

Carr AJ, Higginson IJ,. (2001). Are quality of life measures patient centered?, BMJ; 322: 1357-60.

Caspersen C.J., Merritt R.K., (1995). Physical activity trends among 26 states, 1986-1990. Med. Sci Sports Exerc. 27(5): 713-720.

CDC, (2003). Designing and Implementing an Effective Tobacco Counter-Marketing Campaign, Atlanta.

CDC; (2011). Health-Related Quality of Life. <http://www.cdc.gov/hrqol/> 30.09.2010

Colon-Emeric CS, Lyles KW, House P, Levine DA, Schenck AP, Allison J, Gorospe J, Fermazin M, Oliver K, Curtis JR, et al.(2007): Randomized trial to improve fracture prevention in nursing home residents. American Journal of Medicine, 120(10):886-892.

Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C., (1998). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. J Am Geriatr Soc, 46(7):885–888.

Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF, Phillips RS, Tsevat J, Dawson NV, Lynn J, Fortinsky RH., (1999). Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? Am J Med. , 106: 435-40.

Çelik S., (2007)., Alkol-İlaç Etkileşimleri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci,3(31):24-7.

Çivi S., Tanrikulu M.Z., (2000). Yaşlılarda Bağımlılık Ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri İle Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. Turkish Journal Of Geriatrics, 3 (3): 85-90.

Çohaz, A., (2010). Türkiye’de yaşlı ve yaşlılara sunulan bakım hizmetleri. Akademik geriatri 2010 kongre konuşma metinleri, Kıbrıs, 122-126.

Çubukçu, S., (2005). Edirne’deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Dağdelen M., (2008). Üretim ve Hizmet Sektöründe Çalışan İşçilerde Ruhsal Sağlık Düzeyi, Ruhsal Belirti Dağılımı, Algılanan Sağlık, İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve

Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya.

Danış M.Z., Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. GEBAM, Ankara.http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf12.08.2010

Dello-Buono, M., Busato, R., Mazzetto, M., Paccagnella, B., Aleotti, F., Zanetti, O., Bianchetti, A., Trabucchi, M., & De Leo, D., (1999). Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: Use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 915–924.

Demet MM, Taşkın EO, Deniz F., Karaca N., İçelli İ. (2002) Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4): 290-299.

Diener, E., (1984). *Psychological Bulletin*, Subjective WellBeing. 95(3):542-575.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B., (2001). Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan araştırması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2: 79-86.

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

Dönmez, M.M., (2007). Meslek Lisesi Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerine Göre Yaşam Doyumu ve Duyguları İfade Etme Eğilimlerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

DPT. (2006)., Dokuzuncu Kalkınma Planı. Ankara.

DPT. (2007)., Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü.Yayın No Dpt: 2741. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf> 01.10.2010

Drageset, J., Natvig, G. K., Eide, G. E., Clipp, E. C., Bondevik, M., Nortvedt, M. W. and Nygaard, H. A. (2008), Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 1227–1236.

Dudak AH, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. (2006). Kayseri il Merkezindeki yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 9 (4): 202-212.

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

Ercan N., (2010). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,Ankara.*

Erdil, F., Çelik, Ş.S.,(2007). Yaşlının evde bakımı, içinde: Yaşlılıkta kaliteli yaşam. GEBAM, Ankara. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf 04.10.2010

Ergün UG, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçi E, Akpınar E. (2003). Adana Huzurevi’nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniği’ne başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 6(3):89-94.

Ertan T., Eker E., Şar V., (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiatri arşivi*, 34(1):62-70.

Eser E., (2004). Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.

Eser E., Bilgin Ö., Aydemir Ö., Pala T., Boyvada S., Karaca N., (2004). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Farklı Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri Aynı Belirleyicilere Duyarlı mı ? 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, (Poster), İzmir.

Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temeli ve Ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi, 5,1-5.

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

Fayers PM, Machin D., (2007). Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation, 2nd edition John Wiley & Sons Ltd, England.

Fessman N, Lester D (2000) Loneliness and depression among elderly nursing home patients. Int J Aging Hum Dev, 51:137-141.

Fries JF, Singh G. (1996). The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 33.

GEBAM, (2002). Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı, (Çev. Ed: G. Koçoğlu, N. Bilir), Ankara. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf> 10.10.2010

Göktaş K., (2006). Huzurevinde kalan yaşlılar ile evde yaşayan yaşlıların uyku, yaşam kalitesi, işlevsellik açısından karşılaştırılması. Selçuk üniversitesi psikiatri anabilim dalı, uzmanlık tezi. Konya.

Gray MJA., (1996). "Preventive Medicine". in: Epidemiology in Old Age. Ebrahim S and Kalache A (eds) London: BMJ Publishing Group.

Gueldner SH., Loeb S., Morris D., Penrod J., Bramlett M., Johnston L., Schlotzhauer P.,(2001). A comparison of life satisfaction and mood in nursing home residents and community-dwelling elders. Archives of Psychiatric Nursing, 15(5):232-240.

Gümüşbaş B., (2008). Stresle Başa Çıkma Yolları Eğitim Programının İlköğretim 2. Kademe Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylöl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Günay O, Öztürk A, Gün İ, Nacar M, Çetinkaya F. The effect of various factors on poor self-rated health among the older people in Kayseri, Turkey. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 10-12.

Güner G., Güler Ç.,(2002). Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi, Turkish Journal of Geriatrics, 5(4):150-154.

Güngör N., Nehir S., Özbaflaran F., (2005). Manisa kent merkezindeki huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin beslenme durumları üzerine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics, 8 (4); 195-204.

Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K., (2008). Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. Geriatr Gerontol Int 8(3):143-51.

Hartman, M., Catlin, A., Lassman, D., Cylus J., Heffler, S.,(2004). U.S. Health Spending By Age, Selected Years Through 2004. Health Aff January, 27(1):w1-w12.

Henderson AS. (2000). Epidemiology of psychiatric disorders. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins vol. II: 2988-2997.

Ho SC., Woo J., Lau J.,(1995). Life Satisfaction and Associated Factors in Older Hong Kong Chinese. J Am Geriatr Soc, 43(3): 252-255.

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü), (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara.

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf

22.10.2010

Iwarsson S, Isacsson A.,(1997). Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. Archives of Gerontology and Geriatrics, 26: 71-83.

İlhan M.N., (2008). Koruyucu Sağlık Hizmetleri Yönünden Antiaging Bakımın Önemi. Türkiye Klinikleri J Med Sci ; 28(1):248-251.

İzgi M.C., (2009). Etik Açısından Yaşlı Mahremiyeti: Huzurevi Örneğinde Hizmet Alanlar ve Verenler Açısından Bir Değerlendirme. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara.

Jarvik LF, Small GW.,(1995).Geriatric Psychiatry; Introduction and overview. Kaplan HI, Sadock BJ (Ed): Textbook of Psychiatry. Williams&Wilkins, Baltimore, 2:2507-2513.

Kaasa, S., Loge JH., (2003). Quality Of Life In Palliative Care: Principles And Practice, Palliat Med, 17(1), 11-20.

Karadağ M., (2008). Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ.

Karahan A., Güven S.,(2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal of Geriatrics, 5(4): 155-159.

Karataş, S. (1988). Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Kars A., (2004). “Yaşlılık ve Kanser”, 1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 45-50.

Kaya M. (2004). Ankara’da 112 Acil Yardım Hizmetleri Sağlık Çalışanlarının Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 14(4): 9-18.

Kerem M., Meriç A., Kırdı N., Cavlak U., (2001). Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics,4(3): 106-112.

Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R., (2004). Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Turkish Journal of Geriatrics;7: 57 -61.

Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan G, Çınar Ş. (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 7(1): 45-50.

Kılıç Ü.,(2009). Yaşlıları Huzurevi Yaşamını Seçmeye Zorlayan Nedenlerin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kirkwood T., (1996). "Mechanisms of Ageing." In Epidemiology in Old Age. Ebrahim S and Kalache A (eds) London: BMJ Publishing Group.

Kişioğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R., (2001). Isparta’da huzurevinde kalanların sosyoekonomik ve sağlık durumları ile huzurevlerinin imkanları hakkında düşünceleri. 7.Halk Sağlığı Günleri. Bildiri Özetleri Kitabı. Eskişehir.

Konno K, Katsumata Y, Arai A, Tamashiro H., (2004). Functional status and active life expectancy among senior citizens in a small town in Japan. Archives of Gerontology and Geriatrics,38(2):153-66.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB.,(2002). The world report on violence and health. Lancet; 360: 1083–88.

Kurrle SE., Sadler PM., Cameron ID.,(1992). Patterns of elder abuse. Med J Aust, 157:673-676.

Kurtuluş, Z., Yıldırım, H., Pınar, R.,(2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Geriatriye Kullanımı. Birikim Dergisi, 1(2):21-26.

Kutsal, Y.G., (2006), "Editörden", Turkish Journal of Geriatrics, 9(2).

Kutsal, Y.G., (2007). Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevleri, Ed.: Y.G. Kutsal, Ankara.

Küçükdeveci AA., (2010). Yaşam Kalitesi mi? İşlevsellik mi? Kavramsal yaklaşım, 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, 61-63, İzmir.

Lawlor D.A, Patel R, Ebrahim S., (2003). Association Between Falls In Elderly Woman and Chronic Disease and Drug Use: Cross Sectional Study. *BMJ*, 327(7417): 712-7.

Lee, R., (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamentals of change, *Journal of Economic Perspectives*, 17(4):167-190.

Lehr U.,(1994). Yaşlanmanın Psikolojisi. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, (çeviri ed: Çotuk B), 7. Baskı, İstanbul, 61-70.

Lin, PC., Yen, M., Fetzler Sj. (2008). Quality of Life in Elders Living Alone in Taiwan. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(12):1610–1617.

Lu H., Hu M.,(2002). Complementation on Shanghai health care for the elderly in the 21 st century. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*,11: 18-50.

Lucas CR., (2007). International perspective on quality of life in older adults. The WHOQOL OLD Project. *Vertex*, 18(72),130-7.

Lüleci E, Mandıracıoğlu A. (2001). Manisa’da huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. 7. Halk Sağlığı Günleri. Bildiri Özetleri Kitabı, Eskişehir.

Mathur, A., Moschis, GP. (1999). Exploring the intergenerational caregiver market: A study of family care providers for the elderly. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7(3), 76-86.

Mayhew, L., (2000). Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World, Remaprint, Vienna.

Mikami H., Ogihara T.(1999). Quality of life in the pharmacologically treated elderly patients. *Nippon Ronen Igalekai Zasshi*, 36(3): 1, 86-90.

Montgomery, K.,(2003). The demographic transition, Department of Geography and Geology, University of Wisconsin.
<http://www.uwmc.uwc.edu/geography/Demotrans/demtran.htm> 02.09.2010

Naharcı Mİ, Doruk H., (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. TAF Prev Med Bull. 8(5): 437-444.

NAHC (National Association for Home Care).<http://www.nahc.org/Consumer/wihc.html>10.10.2010

Nahcivan N.Ö., Demirezen E., (1999). Erdoğan S. Birinci Basamakta Yaşlılarda Depresyon ile İlişkili Faktörler. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Trabzon, 1-15.

Noel PH, Williams JW Jr, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J,et.al., (2004). Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. Ann Fam Med. 2: 555-562.

Oktik N., (2004). Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi-Muğla Örneği.Muğla Üniversitesi Yayınları. 2. baskı. Muğla,113-117.

Onat, Ü. (2004). Yaşlanma ve Sosyal Hizmet. Yaşlılık Gerçeği. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. H.Ü. Hastaneleri Basımevi, Ankara.

Özcebe H.,(1993).Yaşlılık ve Fizik Çevre. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 3(13):1-3.

Özen D.,(2008). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özer M., (2001). Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi, Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,İzmir.

Özer, M., Karabulut Ö.Ö., (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. Turkish Journal of Geriatrics, 6 (2):72-74.

Özer M.,(2004)., A study on the life satisfaction of elderly individuals living in family environment and nursing homes. Turkish Journal of Geriatrics, 7 (1): 33-36.

Özkan Ö., (2000). Finans boyutu ile evde sağlık hizmetleri neyin alternatifi?, Toplum ve Hekim, 15(3):182- 189.

Özmen M.,(2006). Yaşlanma ve Kanser. Başarılı ve Üretken Yaşlanma İçin; Önce Sağlık, Ankara, 97-108.

Öztop H., (2006). Yaşlı Kadınların Ekonomik ve Psiko-Sosyal Sorunları. Turkish Journal of Geriatrics, 9(4):234-239.

Öztop H.,Şener A., Güven S., (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1): 39-49.

Öztürk Kaloğlu Z., (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana.

Özyurt B.C., Eser E., Çoban G., Akdemir S.N.,Karaca İ., Karakoç Ö.,(2007). Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi Turkish Journal Of Geriatrics; 10 (3): 117-123.

Paskulin LM, Molzahn A., (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil., West. J. Nursing Research, 29(1):10-26.

Pavot, W., Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. Journal of Positive Psychology, 3, 137-152.

Pehlivanoğlu A., (2001). Huzurevinde ve kırsal alanda evde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve yararlı günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması, Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Petersen P.E., Yamamoto T.,(2005). Improving the Oral Health of Older People : The Approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 33(2) : 81-92.

Philp, I., McKee, KJ., Meldrum, P., Ballinger, BR.,Gilhooly, ML., Gordon, DS., Mutch, WJ., Whittick, JE.,(1995). Community care for demented and non-demented elderly people: A comparison of financial burden, service use and unmet needs in family supporters. Brit. Med. J. 310, 1503-1506.

Positive Psychology Center. (2007). Well-Being&Satisfaction.
<http://www.ppc.sas.upenn.edu/teachingwellbeing.htm> 16.10.2010

Room R, Babor T, Rehm J.,(2005). Alcohol and Public Health. Lancet, 365(9458):519-30.

Sağlık 21. 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. (2001). (Çev.Ed. Y. Öztürk, O. Günay). Erciyes Üniversitesi Yayınları, No: 126, Kayseri.

Sağlık Bakanlığı, (2004). RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor. Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2010). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010". Ankara.

Samancıoğlu S., Karadakovan A., (2010). Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13):125-141.

Sayan A, Durat G., (2004). Yaşlı İstismarı ve İhmali: Önleyici Girişimler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (3): 97-106.

Sitoh YY, Lau TC, Zochling J .et all.(2005): Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. Intern Med J 35:131-134.

Sorbye LW, Garms-Homolová V, Henrard JC, Jónsson PV, Fialová D, Topinková E, Gambassi G., (2009). Shaping home care in Europe : The contribution of the Aged in Home Care project Maturitas, 62:235–242.

Soyuer, F., Soyuer, A., (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 15(3):219-224.

Sökmen D.Ç., (2008). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Huzurevindeki Yaşamlarına İlişkin Algıları. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Şahin E., (2010). İlköğretim öğretmenlerinde yaratıcılık, mesleki tükenmişlik ve yaşam doyumu. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Şener A. Yaşlılık, Yaşam doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf>. 13.02.2010

T.C. Başbakanlık, (2007). Özürlüler İdaresi Başkanlığı, III. Özürlüler Şûrası Bakım Hizmetleri Komisyon Raporları ve Genel Kurul Görüşmeleri, İstanbul. <http://www.ozida.gov.tr/III.ozululersurasibakimhizmetleri/komisyonraporlari/14bakimhizmetturkiyedeevdebakimvegunduzluzhizmetler.htm> 13.02.2010

Tel, H., Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu, Geriatri, 9:34-40.

Telatar TG, Özcebe H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 7 (3): 162-165.

Telatar, T.G., (2007). Sanayide Çalışan 20–24 Yaş Grubu Erkeklerin Yaşam Kalitesi Ve Riskli Davranışlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Topbaş M, Yaris F, Can G, Kapucu M, Sayar K. (2004). The Effect of Sociodemographic Factors and Medical Status on Depressive Symptoms of the Inhabitants of Nursing Home and Community-Dwelling Elders in Trabzon-Turkey. Bull Clin Psychopharmacol.14:57-60.

Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E. ve ark.(2002). Yaşlı Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Tseng, ZS., Wang, R H. (2001). Quality of Life and Related Factors Among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. Public Health Nursing, 18(5), 304-311.

TUİK(a). <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=IlgiliGosterge&sayfa=giris&id=37> 12 22.09.2010

TÜİK(b). Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11 22.10.2010

Turaman C., (2001). Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması, Turkish Journal of Geriatrics, 4 (1): 22-27.

Turla A., Yılmaz EM., (2007). Yaşlılıkta İstismar ve İhmal. Adli Psikiyatri Dergisi, 4(4): 27-35.

Tümerdem, L., (2006). Gerçek Yaş (Real Age). Turkish Journal of Geriatrics. 9 (3): 195.

TÜİK, (2009). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2009 Yılı Sonuçları, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11 12.11.2010

TÜİK, (2010). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Yılı Sonuçları, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11 10.02.2011

Ulusel B, Soyer A, Uçku R., (2004). Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. Türk Geriatri Dergisi , 7 (4): 199-205.

United Nations, (2001). World Population Ageing 1950-2050. New York. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/200turke.pdf> 02.11.2010

United Nations, (2007). United Nations Principles for Older Persons. http://www.un.org/ageing/un_principles.html 01.10.2010

United Nations, (2008). Guide to the National Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Printed at United Nations Headquarters, New York. http://www.un.org/ageing/madrid_declaration02.html 15.11.2010

United Nations (2009). Department of Economic and Social Affairs/Population Division, World Population Ageing 2009. ESA/P/WP/212,

NewYork.http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf 01.10.2010

Urciuoli O, Dello Buono M, Padoani W and De Leo D., (1998). Assessment of quality of life in the oldest-olds living in nursing homes and at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 26: 507-14

Usui W.M., Keil T.J., (1985). Socioeconomic Comparisons and Life Satisfaction of Elderly Adults, *J Gerontol*.40(1), 110-114.

Washburn R.A., Smith K.W., Jette A.M., Janney C.A., (1993). The Physical activity scale for the elderly (PASE): development and evaluation. *J. Clin. Epidemiol*, 46 (2): 153-162.

Wehtje Winslow, B. (2003). Family caregivers' experiences with community services: A qualitative analysis. *Public Health Nursing*, 20, 341-348.

WHO, (1996). WHOQOL-BREF introduction, administration, Scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version, Programme on Mental Health. Geneva.

WHO, (1998a). Programme on Mental Health. WHOQOL User Manual. Geneva.

WHO,(1998b). The World Health Report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all, Geneva.

WHO, (1999). Aging: exploding the myths. WHO/HSC/AHE/99.1<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/> 10.10.2010

WHO, (2000). Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898, Singapore.

WHO, (2001). The Global Embrace Handbook. <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/> 01.10.2010

WHO,(2002a). Active Ageing, A Policy Framework.http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf 01.10.2010

WHO, (2002b). World health report 2002: Reducing Risks to Health, Promoting Healthy Life. Geneva. <http://www.who.int/whr/2002/en/>

WHO, (2003). WHO European Country Profiles on Tobacco Control, EUR/03/5041305, Copenhagen.

WHO,(2006).<http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm>04.10.2010

WHO, (2007). 10 facts on ageing and the life course<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html> 04.10.2010

WHO, (2011). Violence and Injury Prevention and Disability (VIP), Falls.http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/index.html 04.11.2010

Wodarsk JS., Williams-Hayes MM., (2003). 'Utilizing Case Management to Maintain the Elderly in the Community', Journal of Gerontological Social Work, 39(4):19-38.

Yaman H., (2003)., Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi. Turkish Journal of Geriatrics. 6(4):142-146.

Yazgan Ç., Kora K., Topçuoğlu V., Kuşçu K.,(2006). Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics, 9(3):143-149.

Yetim U (1993). Life satisfaction: A study based on the organization of personal projects. Soc Indic Res, 29 :277-289.

8. EKLER

EK-1.

Sosyodemografik veri formu

1. Cinsiyetiniz : 1. Kadın 2. Erkek
2. Yaşınız :.....
3. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Eşi ölmüş 4. Boşanmış 5. Ayrı yaşıyor
4. Eğitim durumunuz: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul
5. Lise 6. Yüksekokul ve üzeri
5. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz? 1. Köy 2. İlçe 3. İl
6. Bu şehirde kaç yıldır oturuyorsunuz? 1. 5 yıldan az 2. 5-10 yıl 3. 10 yıldan fazla
7. Çalışma durumu 1. Emekli 2. Çalışan 3. Diğer (ev hanımı, hiç çalışmamış, düzenli işi olmayan)
8. Düzenli aylık geliriniz var mı? 1. Yok 2. 600 TL' nin altında 3. 600-1000 TL
4. 1000 TL' nin üzerinde
9. Aylık gelir kaynağınız nedir? 1.Emekli maaşı 2. Birikmiş para,faiz,kira
3. Çocuğum-akrabam yardım ediyor
4. 65 yaş aylığı
10. Geliriniz ihtiyaçlarınıza yetiyor mu? 1. Evet 2. Hayır
11. Sosyal güvenceniz var mı? 1. Yok 2. Emekli sandığı 3. Bağkur 4. Yeşil kart
5. SSK 6. Diğer
12. Nerede kalıyorsunuz? 1. Huzurevinde 2. Evde yalnız 3. Evde eşimle
4. Evde çocuklarımla 5. Evde diğer aile üyeleriyle
13. Evde kendinize ait odanız var mı? 1. Evet 2. Hayır
14. Yaşayan kaç çocuğunuz var? Yok Kız (....) Erkek (....)
15. Çocuklarınızla ne sıklıkta görüşüyorsunuz?
Kız : 1. Her gün 2. Haftada bir 3. Onbeş günde bir
4. Ayda bir 5. Diğer (açıklayınız).....
Erkek : 1. Her gün 2. Haftada bir 3. Onbeş günde bir
4. Ayda bir 5. Diğer (açıklayınız).....
16. Çocuklarınız dışında akrabalarınızla olan ilişkinizin sıklığı nasıldır?
1. Sık sık görüşürüz 2. Nadiren görüşürüz 3. Hiç görüşmeyiz
17. Sürekli bir hastalığınız var mı?
1. Yok 2. Diabet
3. Hipertansiyon 4. Nörolojik hst.
5. Solunum sistemi hst 6. Sindirim sistemi hst.
7. Üriner sistem hst. 8. Romatizmal hst.
9. Ruhsal hastalık 10. Kanser
11. Serebrovasküler hst. 12. Kas-iskelet hst.
13. Göz hst. 14. Parkinson
15. KBB hst. 16. Diğer
17. Kardiyovasküler hst.
18. İş yapmanızı engelleyecek bir sakatlığınız var mı? 1. Var 2. Yok

19. Kullandığınız herhangi bir cihaz var mı? 1. Yok 2. Gözlük
3. Baston 4. Dış protezi 5. İşitme cihazı 6. Diğer
20. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
21. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
22. TV izleme sıklığınız nedir? 1. Sürekli izlerim. 2. Akşamları izlerim. 3. Diğer.....
23. Gazete okuma alışkanlığınız var mı?
1. Yok 2. Hergün okurum 3. Haftada bir okurum. 4. Diğer
24. Kısa süren bir hastalık geçirdiğinizde yanında kalabileceğiniz ya da size yardımcı olabilecek kişi var mı?
1. Yok 2. Eşim 3. Çocuklarım 4. Akrabalarım 5. Komşum veya arkadaşım 6. Diğer
25. Yatarak tedavi görmeniz gerektiğinde yanında kalabileceğiniz ya da size yardımcı olabilecek kişi var mı?
1. Yok 2. Eşim 3. Çocuklarım 4. Akrabalarım 5. Komşum veya arkadaşım 6. Diğer
26. Ruh sağlığınız açısından destek alacak birine ihtiyacınız oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır
27. Aşağıdaki faaliyetlerden kendi başınıza yapabildiklerinizi işaretleyiniz.
- | | Yapabilir | Yardımla yapabilir | Yapamaz |
|-------------------------------------|-----------|--------------------|---------|
| Banyo yapma | | | |
| Tuvalet ihtiyacını görme | | | |
| Giyinip soyunma | | | |
| Yürüme | | | |
| Yatağa girme, yataktan kalkma | | | |
| Tek başına yemek yiyip, su içebilme | | | |
28. Aşağıdaki faaliyetlerden kendi başınıza yapabildiklerinizi işaretleyiniz.
- | | Yapabilir | Yardımla yapabilir | Yapamaz |
|--------------------------|-----------|--------------------|---------|
| Alışveriş yapma | | | |
| Ulaşım araçlarına binme | | | |
| Günlük ev işleri | | | |
| Yemek hazırlama | | | |
| Telefon etme | | | |
| Parayı idare etme durumu | | | |
| İlaçlarını kullanma | | | |
29. Herhangi bir uyku probleminiz var mı?
1. Uykuya dalmakta güçlük çekerim.
2. Gece sık sık uyanırım.
3. Uyku ilacı kullanırım.
4. Derin ve rahat uyurum.
5. Yok
30. Genel olarak fiziksel açıdan sağlığınıza ne düzeyde buluyorsunuz?
1. çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü 6. Yanıtsız
31. Genel olarak ruhsal açıdan sağlığınıza ne düzeyde buluyorsunuz?
1. çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü 6. Yanıtsız

32. Gelecek size nasıl görünüyor?

1. Güzel ve mutlu
2. Kötü ve umutsuz
3. Beni ilgilendirmiyor
4. Diğer

33. Nerede yaşamak isterdiniz? 1. Evimde 2. Çocuklarımla 3. Huzurevinde

34. Ne kadar süredir kurumda kalıyorsunuz?

35. Huzurevine kaç yaşında geldiniz?.....

36. Kurumda (odada) kaç kişi kalıyorsunuz?

37. Daha önce kiminle kalıyordunuz?

1. Yalnız
2. Eşimle
3. Çocuklarımla
4. Akrabalarımla

38. Huzurevine kendi isteğinizle mi geldiniz? 1. Evet 2. Hayır

39. Huzurevinde kalma nedeniniz nedir?

1. Kendi bakımımı tek başıma yapamadığım için
2. Hiç kimsem olmadığı için
3. Ailem tarafından kabul edilmediğim için
4. Aileme yük olmak istemediğim için
5. Diğer

40. Huzurevinde vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

1. Sohbet ederek
2. TV izleyerek
3. Dinlenerek
4. Gezerek
5. Sosyal uğraşı ve el işleriyle
6. Diğer

41. Huzurevindeki sosyal etkinliklere katılma konusunda istekli misiniz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bazen

42. Huzurevinden ayrılma ya da çıkarılma endişeniz var mı? 1. Evet 2. Hayır

43. Ziyaretçileriniz oluyor mu? 1. Evet 2. Hayır

44. Huzurevinde yaşamaktan memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır

45. Nerede yaşamak isterdiniz? 1. Evimde 2. Çocuklarımla 3. Huzurevinde

46. Yaşadığı Yerde Yaşlıya Bakım Hizmetleri Merkezini nereden öğrendiniz?

.....

47. Ne tür bir hizmet alıyorsunuz ?.....

48. Ne kadar zamandır hizmet alıyorsunuz?.....

49. Aldığınız hizmetten memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır

50. Nerede yaşamak isterdiniz? 1. Evimde 2. Çocuklarımla 3. Huzurevinde

EK-2**YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 5 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hayatım birçok yönden idealimdekine yakın.	1	2	3	4	5	6	7
2	Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
3	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-3

WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005 (kısa format)

Yönerge

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

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

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

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

Yardımanız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri **ne kadar çok** yaşadığınız konusundadır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

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

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

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri **ne ölçüde tam** olarak yaptığımız veya yapabildiğiniz hakkındadır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımanız için teşekkür ederiz.

