

**YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ İLE
SPİRİTÜALİTE (MANEVİYAT)
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mehmet UÇAR

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ**

Yüksek Lisans Tezi - 2017

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

**YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ İLE
SPİRİTÜALİTE (MANEVİYAT)
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mehmet UÇAR

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ**

MALATYA

2017

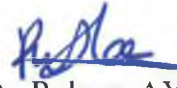
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Mehmet UÇAR**'ın "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ile Spiritüallite (Maneviyat) Arasındaki İlişki" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/11/2017


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Papatya KARAKURT
Erzincan Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2017 tarih ve 2017/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ÖZET | viii |
| ABSTRACT..... | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | x |
| TABLolar DİZİNİ..... | xi |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Yaşlılık..... | 3 |
| 2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus | 3 |
| 2.1.2. Sağlıklı Yaşlanma | 5 |
| 2.1.3. Yaşlılığın Sınıflandırılması..... | 6 |
| 2.1.3.1. Fizyolojik (Biyolojik) Yaşlanma | 6 |
| 2.1.3.2. Kronolojik Yaşlanma | 7 |
| 2.1.3.3. Psikolojik Yaşlanma | 7 |
| 2.1.3.4. Sosyal Yaşlanma..... | 8 |
| 2.2. Yaşam Kalitesi | 8 |
| 2.2.1. Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler..... | 9 |
| 2.2.2. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar..... | 10 |
| 2.2.3. Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları | 10 |
| 2.2.4. Yaşam Kalitesi Göstergeleri | 11 |
| 2.2.4.1. Ekonomik Göstergeler | 11 |
| 2.2.4.2. Sosyal Göstergeler | 12 |
| 2.2.4.3. Sağlık ile İlgili Göstergeler..... | 12 |
| 2.2.5. Sağlıkın Yaşam Kalitesine Etkisi | 13 |
| 2.2.6. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi..... | 13 |
| 2.3. Maneviyat | 14 |

| | |
|--|----|
| 2.3.1. Maneviyat Algısı..... | 15 |
| 2.3.2. Sosyal Değişim ve Maneviyat | 15 |
| 2.4. Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Maneviyatın Rolü ve Halk Sağlığı Hemşireliği..... | 16 |
| 3. MATERYAL VE METOT | 19 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 19 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı | 19 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 19 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 20 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu..... | 20 |
| 3.4.2. WHOQOL-OLD.TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005 | 20 |
| 3.4.3. Manevi Yönelim Ölçeği..... | 21 |
| 3.4.4. Verilerin Toplanması | 22 |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi | 22 |
| 3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri | 22 |
| 4. BULGULAR..... | 23 |
| 5. TARTIŞMA | 34 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 37 |
| KAYNAKLAR | 38 |
| EKLER..... | 46 |
| EK – I. Özgeçmiş..... | 46 |
| EK – II. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formu | 47 |
| EK – III. WHOQOL-OLD. TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005 | 48 |
| EK – IV. Manevi Yönelim Ölçeği | 50 |
| EK - V. Etik Kurul Onay Formu..... | 51 |

| | |
|--|----|
| EK – VI. Manevi Yönelim Ölçeği İzin Yazısı..... | 52 |
| EK – VII.I. Aile Sağlığı Merkezleri Sorumlu Tabipliği İzin İsteme Yazısı..... | 53 |
| EK - VII.II. Aile Sağlığı Merkezleri Sorumlu Tabiplerinin Araştırma Onay İmzaları .. | 54 |
| EK – VIII. Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu | 55 |

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimleriyle bana katkı sağlayan danışman hocam Sayın, Doç. Dr. Rukuye AYLAZ'a, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın, Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik ailem, sevgili eşime, kızıma ve araştırmaya katılan değerli yaşlılarımıza sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehmet UÇAR

ÖZET

Yaşlılarda Yaşam Kalitesi İle Spiritüalite (Maneviyat) Arasındaki İlişki

Amaç: Bu araştırmada yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Aralık 2016-Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Malatya merkeze bağlı 10 Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş üstü 8.741 bireydir. Örnekleme ise yapılan güç analizine göre 368 yaşlı bireydir. Veri toplanmasında, kişisel bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü ve Manevi Yönelim Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler frekans ve yüzde dağılımı, anova, t testi ve korelasyon kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşlı bireylerin %77.7'si 65-74 yaş aralığında, %62.2'si erkek ve %65.5'i evlidir. Katılımcıların gelir durumları, birlikte yaşama, destek alma, sağlığını algılama, kronik hastalığı olma ve aygıt kullanma durumları ile manevi yönelimleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir. Yaşlıların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlığı algılama, kronik hastalık, fiziksel engel ve aygıt kullanma durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ile maneviyat arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=.21$, $p=.000$).

Sonuç: Yaşlılarda yaşam kalitesi ile maneviyat arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, yaşlılarda maneviyat arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir. Yaş ve gelir seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği fakat eğitim seviyesinin düşmesi ve fiziksel engelin varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını sürdürürken, yaşam kalitelerinin artırılması için çevrelerinde bulunanlar tarafından manevi boyutun dikkate alınması konusunda hemşireler tarafından farkındalık yaratılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Yaşlı, Maneviyat, Hemşire

ABSTRACT

The Relationship Between Quality of Life and Spirituality in Elders

Aim: This study was planned to determine the relationship between quality of life and spirituality in elders.

Materials and Methods: This study was conducted Between December 2016 and November 2017. The study's universe constituted 8,741 individuals over 65 years of age registered in 10 Family Health Centres affiliated to Malatya province. The sample of the study was identified as 368 elderly individuals. The data were collected using the personal information form, the WHO Quality of Life Scale, Elderly Module and Spiritual Orientation Scale. Data obtained from the study were evaluated using frequency and percentage distribution, Anova, t test and Correlation.

Results: 77.7% of elderly people are in the age range 65-74, 62.2% are male and 65.5% are married. A statistically significant difference was found between participants' income status, cohabitation, receiving support, perceived health, chronic illness, device use and spiritual orientation. When the socio-demographic characteristics of the elderly and the quality of life point average are compared, a statistically significant difference was found between age, education level, income status, health perception, chronic illness, physical disability and device use status. There was a statistically significant positive correlation between quality of life and spirituality of elderly individuals participating in the study ($r=,21$, $p=.000$).

Conclusion: It has been found that there is a positive relationship between the quality of life and spirituality in the elderly; as the spirituality increases in the elderly, the quality of life increases. It has been determined that as the age and income level increases, the quality of life increases but the level of education declines and the existence of the physical disability decreases the quality of life. It is suggested that nurses should raise awareness about the importance of spiritual dimension by those in their surroundings in order to increase the quality of life while the elderly individuals maintain their daily lives.

Keywords: Quality of Life, Elderly, Spirituality, Nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------------------|---|
| ASM | : Aile Sağlığı Merkezi |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| MYÖ | : Manevi Yönelim Ölçeği |
| WHOQOL-OLD.TR | : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü |

TABLULAR DİZİNİ

| Tablo No | Sayfa No |
|---|-----------------|
| Tablo 4.1. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (S=368)..... | 23 |
| Tablo 4.2. Yaşlıların Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 26 |
| Tablo 4.3. Yaşlıların Tanıtıcı Özellikleri İle MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 30 |
| Tablo 4.4. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ile Maneviyat Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 32 |
| Tablo 4.5. Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri | 32 |

1. GİRİŞ

Yaşlılığın toplum tarafından algılanma şekli, yaşlı bireylerin normal günlük yaşamlarından uzaklaşmış, sürekli birlikte olduğu insanlardan ayrılmış kısaca yaşam kalitesi düşmüş bireyler olduklarıdır. Bu durum toplumda yaşlılığın olumsuz taraflarını öne çıkartmaktadır. Oysa yaşlılığın sadece olumsuz tarafları değil, yıllarca edinilen tecrübeler kendisinden sonra gelen nesil ile birlikte olunacak mutlu tarafları da bulunmaktadır (1). Buna rağmen hem yaşlı hem de toplum tarafından yaşlılığın olumsuz yönlerine vurgu yapılmaktadır. Toplumun görüş biçimi kendilerini kabuklarına çeken, toplumdan uzaklaşarak içinde bulduklarını düşündükleri kötümser durumu kabul eden yaşlılar yaşamlarını kaliteli kılan bütün her şeyden uzaklaşmaya başlarlar (2). Günlük yaşam düzenlerini olumsuz olarak etkileyecek sağlık, ekonomik durum gibi faktörler, yaşlı bireylerin hayatlarını daha zor yaşamalarına sebep olmaktadır. Yaşama koşullarının giderek daha zor hale gelmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olabilmektedir.

Yaşam kalitesi her yaşta farklı algılanmaktadır. Gençlik döneminde yaşam kalitesinin belirleyici unsuru olarak ekonomik sebepler ve bireyin kendisine bir yaşam kurma çabası olabilirken, yaşlılıkta bu durum değişmekte ve bireyin yaşam kalitesine etki eden faktörler daha çok sağlık ile ilgili sorunlar olabilmektedir (3). Yaşlılığın getirdiği fiziksel ve sosyal sorunlar sebebiyle hayat şartları ağırlaşan yaşlı bireyde sağlığın bozulması, yakınlarına ihtiyaç duymasına rağmen giderek yalnızlaşması ve günlük gereksinimlerini karşılamakta zorlanması gibi sebeplerle yaşlı bireyin yaşam kalitesi düşmektedir. Bu açıdan bakıldığında yaşam kalitesinin birçok iyi oluş halini içerisinde barındırdığını söylemek mümkündür. Yaşam kalitesi kavramı içerisindeki iyi oluş halleri arasında, çevresel, psikolojik, fiziksel olarak iyi bir sağlık durumu, maddi güvence, manevi değerler, bireyi destekleyici aile çevresi, inanç ve değerler sistemi gibi faktörler bulunmaktadır (4).

Yaşlılık döneminde bireylerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri de maneviyattır. Yaşlı bireyler için maneviyat, yaşlılığın getirdiği sorunlar ile mücadele edebilme gücüdür. Hayatlarını zorlaştıran faktörler ile manevi yönelimlerinin yardımı ile daha kolay başa çıkabilirler (5). Maneviyatı bu yönüyle bir dayanma gücü olarak algılamak mümkündür. Yaşlı bireylerde inanç duygusu ile hayata daha sıkı

bağlanma ve yaşanan zamandan mutlu olma dolayısıyla yaşam kalitesinin artması durumu yaşanabilmektedir (6).

Yaşam kalitesi düşük olan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorluklar yaşamaktadırlar. Bu sebeple yaşlılarda yaşam kalitesi halk sağlığı açısından önemli bir sorundur. Yaşlı bireylerin sorunları ile ilgilenme görevi yaşlı bireyin ailesinde olduğu gibi aynı zamanda halk sağlığı hemşirelerinin de sorumlulukları arasında bulunmaktadır. Hemşireler eğitici ve destekleyici rolleri ile yaşlıya ve toplumun diğer bireyelerine karşı sorumludurlar.

Bireyin kendi içerisinde yaşadığı manevi düşünce tarzı, karşılaşmış olduğu sorunlara karşı davranışlarını belirlemekle birlikte bir taraftan da bireye, günlük yaşamda karşılaştığı sorunlarla mücadele etme gücü verebilmektedir. Maneviyat duygusu, yaşının ilerlemiş olmasından dolayı gelir yetersizliği, sağlık sorunları, yalnızlık gibi yaşam kalitesini düşürecek olan birçok olumsuz faktör ile karşılaşan yaşlı bireyin bu olumsuzluklarla mücadelesini daha kolay yapmasını sağlayarak yaşam kalitesini yükseltebilir. Ülkemizde yaşlılarda yaşam kalitesi ve maneviyat arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı çok kısıtlıdır. Yaşlılarda yaşam kalitesini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte yaşlılarda maneviyatı inceleyen çalışma sayısı azdır. Bostancı Daştan ve Buzlu (7), bireylerde manevi yönelimi, Zincir ve ark (8) ve Akyol ve ark (9) yaptıkları çalışmalarda yaşlılarda sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmanın az olması sebebiyle, yaşlılarda yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu düşünülen maneviyatın incelenmesi ve yaşam kalitesi ile maneviyatları arasındaki ilişkinin belirlenmesi önem arz etmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık, kaçınılmaz olarak bütün canlılarda görülen, bireyin bütün yaşamsal işlevlerinde azalmaya neden olan, yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (10). Yaşlanma sadece bir nüfus olgusu değil aynı zamanda bir deneyim ve bireysel gerçekliktir (11).

Yaşlılık tanımı, oldukça geniş olan, kişilerde değişimlerin ve kayıpların görüldüğü, sosyoekonomik, çevresel, eğitim, beslenme gibi faktörleri içeren bir kavramdır (12). Yaşlılık, sözlük anlamı olarak yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır (13). İnsan yaşamı gelişimsel olarak dönemler halinde incelenir. Genellikle yetişkinliğe kadar devam eden gençlik, yaşamın ilk dönemidir. İkinci dönem, orta yaş ya da yetişkinlik dönemidir. Üçüncü dönem ise yaşlılık dönemidir (14). Yaşlanma, her canlı için hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden bir değişim süreci olarak kabul edilmektedir (15). Yaşlılık yaşam süresinde gelişme ve olgunlaşmayı takip eden genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin en üst düzeyde görüldüğü fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıkmasıdır. Yaşlılığın başlangıcını fizyolojik olarak belirlemek güçtür, psikolojik olarak ise neredeyse imkânsızdır. Bu da ruhsal yönden çevreye karşı ilgisizlik, içe kapanma, yaşamdan zevk almama gibi değişimlerle kendini belli eder. Yaşlılık genetik bir programla düzenlenen, organizmayı yapısal ve işlevsel değişimlerle ölüme götüren olaylar toplamıdır (14).

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Genel nüfus yapısının içerisinde genç olanların sayısının göreceli olarak yaşlı olanlara göre azalması durumuna nüfusun yaşlanması denilmektedir (16). Doğum ve ölüm sayılarının azalması ve ortalama yaşam seviyesinin uzaması gibi etkenlere bağlı olarak nüfus yapısında yaşanan demografik değişim nüfusun yaşlanması sonucunu doğurmaktadır (17).

Tarihsel sürece bakıldığında bazı toplumlarda yaşlının üstün bir konumu bulunmaktadır. Yaşlılığa ve yaşlılara dönük geliştirdikleri tutum ve davranışlar bakımından geleneksel toplumlarla modern toplumlar arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (18). Özellikle 20. yüzyılda yaşanan teknolojik gelişmeler ile birlikte insanların erken ölümüne sebep olan bazı hastalıkların tedavilerinde önemli adımlar

atılmıştır. Hastalıkların tedavisi ile birlikte sağlığı koruma programlarının daha etkin uygulanması ölüm yaşının daha ileriye gitmesine sebep olmuştur. Bu durum da nüfusun genel yapısını etkileyerek dünya nüfusunun yaşlanmasına sebep olmuştur (19).

Geçen yarım yüzyıl içerisinde dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Bu günkü hayat şartlarının bundan sonra da benzer şekilde devam edeceği, hatta teknolojik gelişmelerin hızlanacağı ve yaşam koşullarının ağırlaşması ile doğum oranının daha da düşeceği varsayılırsa bundan sonraki dönemde nüfusun yaşlanma hızının da artabileceğini tahmin etmek güç değildir (20, 21). 2015 yılında yayınlanan Dünya Nüfusu Yaşlanma Raporu'nda dünyada 60 yaş ve üzerindeki nüfusun 2000 yılında 607.1 milyon iken, 2015'de 900.9 milyona yükseldiği, 60 yaş ve üzerindeki nüfus değişiminin 2000-2015 yılları arasında %48.4 olduğu, bu değişimin 2015-2030 yılları arasında %55.7'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (22, 23).

Türkiye'de yaşlı nüfus, 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %43,9'unu erkek nüfus, %56,1'ini kadın nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun 2012 yılında %60,3'ü 65-74 yaş aralığında, %32,5'i 75-84 yaş aralığında ve %7,1'i 85 ve daha yukarı yaş aralığında iken, 2016 yılında %61,5'i 65-74 yaş aralığında, %30,2'si 75-84 yaş aralığında ve %8,2'si 85 ve daha yukarı yaş aralığındadır. Dünya nüfusunun 2016 yılında %8,7'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %31,3 ile Monako, %27,3 ile Japonya ve %21,8 ile Almanya oldu. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (21).

Dünya nüfusundaki demografik değişim beraberinde birçok sorunu da getirmiştir. Yaşlı nüfusun artması öncelikle üreten nüfusun azalmasına sebep olmuştur. Gençlik ve yetişkinlikten yaşlılığa geçen birey artık üreten değil tüketen halini almaktadır. Yaşanan bu durum, toplumun gelir seviyesinin düşmesine, toplumun ihtiyacı olan ürünlerin üretilmemesine sebep olmaktadır. Üretimdeki ve gelirdeki bu değişim, gelirin ve servetin kuşaklar arasındaki aktarımını da dengesizleştirmektedir (20).

Yaşlılık konusunda en önemli sorun yaşlının güçten düşmesidir. Yaşlanınca birey kendi gereksinimini kendisi karşılayamaz yürüyemez duruma gelir. Bir diğer neden ise yaşlının yaşam deneyimi ve bilgi birikiminden yararlanma gereksinimidir. Gelişmiş toplumlarda durum biraz daha farklıdır. Yaşlının yükümlüğünü çocuklarından ziyade

toplum üstlenir. Huzurevi, düşkünler evi gibi toplumsal bakım yerleri bu zorunluluktan doğmuştur. Batı toplumlarında yaygın olan bu tür kurumlara geleneksel Türk toplumunda sıcak bakılmamaktadır. Özellikle çocuğu olan bireylerin ana-babasını böyle yerlere yerleştirmesi ayıp sayılır. Bu tür yerler bir atılmışlık, yalnız bırakılmışlık duygusu açığa çıkarır (18). Yaşlı nüfusun artması ile birlikte hemen hemen bütün dünya ülkeleri sağlık politikalarını yaşanan bu duruma göre ayarlamışlar, yaşlı bireylerin sosyallikten uzaklaşmayarak toplumla birlikte ve kendi kendilerine yetecek şekilde bağımsız yaşamalarını sağlamayı amaç edinmişlerdir (24). Doğu toplumlarında yaşlılık ve ölüm süreci Batı toplumlarından ayrılır. Bu durum özellikle göçebe yaşam koşullarının yarattığı bir farklılıktır. Göçebelere göçü sıkıntıya sokan, yeterince hızlı yürüyemeyen bakıma gereksinim duyan yaşlı ve çocuk göçün hareket olanağını yavaşlatır (18).

2.1.2. Sağlıklı Yaşlanma

Bireyin genel halindeki iyi olma durumunun, kendi kendine yetecek yani kendi günlük gereksinmelerini kendisi karşılayabilecek duruma getirilmesi ve bu durumunun korunması anlamına gelmektedir. Sağlıklı yaşlanma konusunda ikinci bir amaç ta bireylerin yaşlanma süreçlerini yaşarken ruhsal olarak sıkıntı yaşamamalarını sağlamaktır (25). Sağlıklı yaşlanmanın önemli göstergeleri arasında yaşam doyumu, iyimser kişilik, düşük depresyon düzeyi ve kontrol becerisi yer almaktadır (26). İnsanların sadece sağlıklarını iyi hale getirmek yetmemektedir. Aynı zamanda iyi hale getirilen sağlık durumunun devamlılığını sağlamak gerekmektedir. Amaçlanan sadece uzun bir hayat değil, aynı zaman sağlıklı olmak yani sağlıklı uzun yaşam hedef olarak alınmaktadır (27).

Yaşlılık sürecinin hızlı veya yavaş gerçekleşmesinde bazı etkenler rol oynamaktadır. Bunlar daha önce yaşanan çevre, yaşam koşulları, alışkanlıklar, geçirilen hastalıklar sürecin hızında önemli rol oynamaktadır. İşte bu nedenlerden dolayı yaşlanmayı yavaşlatılabilir. Yani kişiyi daha uzun süre bağımsız kılmak elindedir. İnsanda diğer karakter ve özelliklerde olduğu gibi yaşlanmanın geciktirilmesini etkileyen, bireyin genetik yapısı ve yaşadığı çevrenin koşullarıdır (28). Yaşlılık dönemlerinde çalışılması bireyin kendisini daha iyi hissetmesine ve toplum içerisinde hala var olduğu düşüncesine yol açmaktadır. Yaşlı bireylerin çalışma ortamlarının güvenli olması yaşanması muhtemel kazaların olmasını engelleyecektir (29). Yaşlanmanın bireye, emeklilik sonrasında veya yaşlılık döneminde, sosyal aktivitelerini sürdürebilecek alışkanlıklar kazandırılması, yaşlılıkta ortaya çıkan işe yaramazlık duygusu ve depresyon

gibi durumları önleyecektir (30). İnsanların yaşları ilerledikçe bir takım sağlık sorunları baş göstermektedir. Yaşlı bireyin yaşam kalitesini yükseltmek için yakalanabileceği hastalıklardan korunmasını sağlamak adına bilgiler verilmeli ve gerekli bütün önlemler alınmalıdır. (29). Yaşamdan beklenenlerin artması, sağlıklı yaşanan zamanın kalitesini arttırmayla birlikte değer kazanmaktadır. Sağlıklı ve kalitesi yüksek bir yaşam her zaman arzu edilen bir durumdur (25). Hastalıklar yaşın ilerlemesi, buna bağlı fiziksel ve biyolojik değişimle insanların karşısına daha çok çıkmaktadır. Bu sebeple insanların yaşamlarını daha kaliteli hale getirmenin yolu, yaşanan sağlık durumunu devam ettirmekten geçmektedir (31). Sağlıklı iyi oluş halinin devamlılığı için gençlik, hatta çocukluk dönemlerinde sağlıklı yaşama kuralları çerçevesinde yaşamın devam ettirilmesi gereklidir (29).

2.1.3. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Yaşlılığı sınıflandırırken, fizyolojik (biyolojik) yaşlanma, kronolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma ve sosyal yaşlanmayı saymak mümkündür.

2.1.3.1. Fizyolojik (Biyolojik) Yaşlanma

Biyolojik yaşlanmayı insanların biyolojik fonksiyonlar yönünden yetişkin konumuna gelindikten sonra ölüme kadar geçen evreye kadar olan zaman olarak tanımlamak mümkündür. Biyolojik yaşlanmada yaşlılık ile zaman kavramlarının bir ilişkisi bulunmaktadır (18, 32). Tartışmasız her canlıda görülen ve tüm işlevlerde azalmaya neden olan bu süreç, organizmada molekül, hücre, doku, organlar ve sistemler düzeyinde geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişimlerin tamamını kapsamaktadır. Biyolojik olarak yaşlanmanın tek bir nedeni ve tek bir modeli de bulunmamaktadır. Yaşlanmanın bu bağlamda kaçınılmaz ve bireye özgü olduğunu ifade etmek mümkündür (18). Yaşlılığı sadece biyolojik olarak değil, bir taraftan tarihsel, bir taraftan sosyo kültürel açıdan önlenemez, kendine özgü bir süreç olarak görmek daha doğrudur (33).

Günümüzde birçok ülkede 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bu dönem ve Üçüncü Yaş Dönemi, Altın Çağ, Yeşil Yıllar gibi başlıklarla da adlandırılmaktadır. Biyolojik yaşlanmaya ilişkin teorilerin önemli bir kısmı vücut hücrelerindeki değişime odaklanmaktadır. Biyolojik yaşlanmanın bireye özgü niteliğinin temelinde genetik yapıdaki farklılıklar yer almaktadır. Yaşlanmanın hızını hormonlar

kontrol ederken; bağışıklık sistemi de bu süreçte etkilidir. DNA uçlarında bulunan ve kalıtım materyalini koruyan “telomer” adlı uç bölge her hücre bölünmesinde bir miktar kısalmaktadır. Kromozomları koruyamayacak düzeye geldiğinde ise hücre krize girmektedir. Yaşlanma, kaza, yaralanma, hastalık olmaksızın, zamanın geçişine bağlı olarak ortaya çıkar. Yaşlanma çoğunlukla söz konusu biyolojik değişiklikleri tanımlamak için kullanılmaktadır (18).

2.1.3.2. Kronolojik Yaşlanma

Kronolojik yaşlanma kavramı ile bireylerin zaman olarak yaşlılık halleri anlatılmaktadır. Örneğin her 65 yaşındaki birey artık yaşlanmıştır. İnsanların yaşam dönemlerine göre sınıflandırılmaları için bu yöntem kullanılabilir ama kronolojik yaşlanma tanımı ile her insanı bütün olarak tanımlamak uygun değildir. Yaşlılık kişinin hisler ile doğru orantılıdır. Birey yaşamdan uzaklaşıp kendini bırakarak yaşlılığı kabul ederse yaşlı olarak tanımlanması, eğer böyle hissetmiyorsa yaşlı olarak tanımlanması daha doğru olacaktır (18). Kronolojik olarak yaşlanma 65 yaş üstü olarak kabul edilmektedir. 65 yaş ve üstü yaşlılık dönemi, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlanabilir (34). Yaşlanma kavramı farklı toplumlarda farklı düşünce tarzlarından da etkilenilmesi sonucu farklı zaman dilimleri olarak kabul edilmektedir. Örneğin dünya genelinde yaşlılık için genel kabul görmüş yaş sınırı 65 iken, Birleşmiş Milletlerin yaşlılık için belirlediği sınır 60 yaşdır (18).

2.1.3.3. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma bireyin takvim yaşının ilerlemesi ile birlikte bazım yaşam faaliyetlerini yerine getirememeye başlanması durumunda ortaya çıkan ve insanların kendi hisleri ile şekil verdikleri bir yaşlanma türüdür (12). Psikolojik yaşlanma, genel anlamda insanların yaşlanmanın kronolojik ve biyolojik yönüne direnme süreci ile ilgilidir. Bu direnmenin şiddeti, bireyin ruhsal durumu ile yakından ilişkilidir. Biyolojik ve kronolojik yaşlanma elbette bireyin psikolojik yaşlanmasını etkiler. Bununla beraber psikolojik yaşlanma, yaşlılığın sorunlarına başarılı uyum sürecini kapsar. Yaşlılığın ayırt edici özelliği olan ve her çeşit patolojik sürecin dışında kendini gösteren zihinsel güçlerin zayıflaması, nöronların azalması sonucudur (18). Böylesi bir durumun çeşitli sebepleri olabilir. Bu sebepler arasında geçmiş yaşlardan gelen sorunlar, kişinin yaşadığı bir üzüntü, travma gibi çok çeşitli olabilir (35). Yaşlılık döneminin belki de en kötü durumu,

en önemli tehlikesi bireyde sosyal yaşama bağlılığın azaldığı artık ölümü düşünür hale gelmesidir. Yaşlı birey böylesi bir düşünceye kapılması ile birlikte umutsuzluğa kapılarak sosyal çevresinden uzaklaşarak kendin artık ölüme hazırlar hale gelmektedir (15).

2.1.3.4. Sosyal Yaşlanma

Yaşlılık sadece biyolojik bir süreç değil, sosyal ve kültürel bir süreçtir (13). Yaşlanmakla ölmek arasında süren mücadelede, toplumsal ve kültürel etmenler önemli rol oynamaktadır. Bir başka ifadeyle yaşlılık, toplumsal bir çevrede sosyal ilişkilerle yoğrularak yaşanmakta ve inşa edilmektedir (18). Birey artık algılamakta, öğrenmekte ve problem çözmekte zorluklar yaşamaktadır (36).

Yaşlılığın sosyal anlamı, yaşlanmanın fiziksel ve zihinsel yetenekler üzerindeki etkileri konusunda bazı inançlarla ilişkilidir (37). Yaşlılığı günlük yaşam aktivitelerinin ve ilişkilerinin azalması olarak algılayan bireylerin, sosyal bütünlüklerinin yanında biyolojik yapılarının da bundan etkilendiği gözlemlenmektedir. Toplumsal ve kültürel ilişki ve anlayış çerçevesinde oluşturulan yaşlılık, toplumlar arasında farklılık gösterir. Söz konusu farklılıkların oluşumunda toplumların kendi iç dinamiklerinin, tarihsel gelişiminin, yaşam ve geçim biçimlerinin payı büyüktür. Sosyal açıdan yaşlılık, bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir. Bir toplumda ya da bir grup içinde bireyin sosyal yönden uyum sağlayamaması çeşitli sıkıntılar açığa çıkaracaktır. Yaşlı birey yetenek ve becerilerini toplumda yerinde kullanamamanın mutsuzluğunu yaşayacaktır. Yaşlılığın olumlu algılandığı toplumlarda yaşlı bireyler de var olan potansiyellerini pozitif yönde ortaya koyma ve sürdürme fırsatı bulmaktadır. Olgunlaşma ve yaşam deneyimlerinin getirdiği birikimler yaşlı bireyi güçlü kılmaktadır (18).

2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı artık ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile birlikte ele alınmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin toplum içerisinde kendisine bir yer bulması ve yaşamdan bekledikleri ile şekillenmektedir. Bireyin yaşamdan bir beklentisi yoksa ulaştığı şeyler için memnun olmaz. Yaşamdan beklentiler ne kadar artarsa birey ulaştığı her değerden bir tat alarak yaşam kalitesi yüksek seviyeye gelecektir (38). Yaşam kalitesi kavramının kapsadığı alan oldukça geniştir. Yaşam kalitesi kavramının içerisinde bireyin

psikolojik olarak yaşadıklarından fizyolojik fonksiyonlarını, çevre ile ilişkilerini aile yaşantısı gibi pek çok etmen girmektedir. Bu yönüyle bakıldığında yaşam kalitesinin değişken olduğunu söylemek mümkündür. Bireylerin yaşları ilerledikçe değişen yaşam biçimlerine göre yaşamdan beklenenler de değişmektedir. Yaşanan bu değişiklikler bireylerin yaşam kalitesi anlayışını da şekillendirmektedir (39).

Yaşlı bireyin yaşam kalitesini gösteren çeşitli öğeler mevcuttur. Yaşlının ekonomik ve sosyal güvencesinin olmaması, güvenli ve konforlu bir ortamının olması, aktif ve aktivitelerinin olması, itibar görmesi ve bunun yanında bireyselliğine saygı gösterilmesi gerekir (38). Yaşlanmanın etkisi olarak bireyin yaşantısında birçok olumsuzluklar ortaya çıkabilir. Bunlar arasında en önemlileri olarak algılanabilecek olumsuzluklar bireyin hayattan beklentilerinin azalması ve hayattan aldığı doyumun düşmesidir. Bu iki faktör bireyin yaşam kalitesinin düşmesi konusunda önemli ölçüde zararlar verecek ve birey hayata tutunmayı bırakabilecektir (40). Yaşlı bireyin tedavisinde uygun yöntemlerin kullanılması ise yaşam kalitesi artmaktadır (8). Yaşam kalitesinin seviyesinin belirlenmesinde bireyin yaşlılıktan gelen bir takım sorunlar karşısında psikolojik hali ile yaşamdan aldığı hazlar belirleyici olmaktadır. Yaşlı bireyler yaşlılığın getirdiği sorunlar karşısında ne kadar olumlu olabilirlerse karşılaştıkları zorlukları daha kolay atlatabilirler. Yaşanan zorluklara karşı kendisini bırakmış ve zorluklarla mücadele etmeyen kişi zorluklarla mücadelede zayıf kalacaktır (38).

2.2.1. Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bir birey ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır ve bir bütün olarak yaşam kalitesi ve onun belirleyicilerinin gerek bedensel, gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içerir. Esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (41). Fizyolojik ve duygusal fonksiyonların yaşam kalitesine direkt etkide bulunduğu ve bu ikisi birlikte ele alındığında ikisinin birden sağlığa bağlı yaşam kalitesine etkisinden ve sosyal rol ve sosyal ilişkiler gibi sosyal fonksiyonlarla birlikte sağlık dışı yaşam kalitesine etkisinden söz edilebilir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi; iş ortamı, ev veya benzeri faktörlere bağlı yaşam kalitesini, sağlık durumlarının işlevler üzerindeki etkisi olarak kullanır ama sosyal rolü de buna dâhil eder. (38). Yaşlılık döneminde karşılaşılan olumsuzluklar arasında sayılabilecek en zor durum

bireyin fiziksel olarak yaşayabileceği aksaklıklardır. Bu fiziksel aksaklıklar arasında eski hareket yeteneğinin azalması, göz ile ilgili görme kaybı sorunları gibi fizyolojik sorunları saymak mümkündür. Yaşlı bireyin yaşarken karşı karşıya kalacağı bütün aksaklıklar onun yaşamdan beklentilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (42). Yaşlılık döneminde bireylerin karşılaşılabileceği hastalıklar ve bu hastalıklara karşı bakış açısı ve yaşanan sorunlarla baş etme adına çok önemli bir kavramdır (38).

2.2.2. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar

Yaşlılık döneminde bireyin yaşam kalitesini belirleyici unsur, hayattan beklentileri ile karşı karşıya kaldığı sorunlara karşı takınacağı tutumun bir araya gelmesi ile belirlenmektedir. Yaşlılık döneminin iyi olarak görülebilmesi, bireyin yaşamdan beklediklerinin fazla olması ve karşılaşmış olduğu kendine özel sorunlardan olumsuz etkilenmemesi ile mümkündür. Yaşlılık sadece hastalıkların yaşandığı bir dönem değildir. Sağlık sorunları yaşamayan bireyler de yaşlılık çağına girmiş olabilirler. Buna göre yaşam kalitesi yaşlı bireylerin karşı karşıya kaldıkları sorunlara karşı öznel yorumları ile belirlenmektedir (43). Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerine pozitif yönde etkileyecek en önemli faktörlerden birinin alışık oldukları aile ortamında ve sosyal çevrelerinde geçirmeleri olduğu söylenebilir (44). Yaşam kalitesini artıran durumlar arasında; temel gereksinimlerin karşılanıyor olması, ekonomik ve sosyal güvence içinde olmak, güven içinde yaşamak, rahatlık ve gereken konfora sahip olmak, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olmak, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olmak, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin içinde olmak, itibar görmek, otonomisi olmak, mahremiyetine değer verilmek, kendini ifade edebilmek, fonksiyonel olarak yeterli olmak, özgün bir birey olarak algılanmak ve huzur içinde olma durumları sayılabilir (45).

2.2.3. Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları

Yaşlılık döneminde kaliteli bir yaşam sürdürmenin en önemli yolu bireylerin yaşamdan kopmayarak karşılaşılabilecekleri problemler ile başa çıkmaya çalışmalarıdır. Yaşlı bireylerin yaşamdan kopmamaları için gençlik ve erişkinlik dönemlerinde gerçekleştirmiş oldukları aktivitelerin hepsini veya bir kısmını devam ettiriyor olmaları gerekmektedir. Bu tür faaliyetlerde bulunan yaşlı bireyler sosyal çevrelerinden uzaklaşmayarak hayata daha kolay tutunabilirler (46). Yaşlı bireylerin devam ettirecekleri aktivitelerin dozu da elbette ki yaşlılık dönemi öncesinden farklı olmalıdır. Fizyolojik

olarak daha zayıf hale gelen birey günlük yaşamın yoğunluğu içerisinde strese kapılabilir ve bu da yaşamdan aldığı hazzı düşürebilir (47). Yaşlıların yaşam kalitelerini yüksek tutmalarının bir yolu da sağlıklı beslenmelerinden geçmektedir. Sağlıklı beslenme ile metabolizmanın istediği gıda alınmakta ve yaşam için gerekli olan yaşam enerjisinin sağlanması mümkün olabilmektedir (48). İnsan yaşamının her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de uyku düzeninin sağlanmış olması yaşlı bireylerin kaliteli bir yaşam sürdürmelerinin sağlanması adına önemlidir. Uyku düzeni bozulan birey, daha stresli ve diğer bazı psikolojik sorunlar ile karşı karşıya kalabilir (45). Bunun yanında yeterli uyku uyunmadığında kişinin fiziksel ve ruhsal streslere dayanıklılığı azalır (49). Yaşlılık döneminde yaşam kalitesini arttırmanın bir yolu da zaman planlaması yapılarak zamanı iyi değerlendirmektir. Günlük koşuşturmaların içerisinde kaybolan kişi kendi kendine ve çevresine zaman ayıramayacağı için yaşam kalitesi düşmektedir. Zamanın iyi planlanmış ve kullanılıyor olması bireyin yapabildikleri karşısında mutlu olması dolayısıyla yaşam kalitesini yükseltici yönde etki yapacaktır (45).

2.2.4. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ile ilgili göstergeler arasında ekonomik, sosyal ve sağlıkla ilgili göstergeler bulunmaktadır.

2.2.4.1. Ekonomik Göstergeler

Sosyal ve ekonomik politikalar üzerinde güçlü bir etkisi olan yaşam kalitesi kavramı, şehir planlaması, sosyal ve/veya ekonomik göstergelerle çok geniş bir alana sahiptir (50). İnsanların ihtiyaçlarında ilk sırada yer alan fiziksel gereksinimlerin karşılanmasının yanı sıra daha iyi sağlık, eğitim, konut, ulaşım vb. olanaklara sahip olmak ekonomik koşullar ile doğrudan ilgilidir. Ekonomik koşulların en önemli sağlayıcısı olan gelirin; bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal sağlıkları, iş ve sosyal yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde en önemli göstergedir (51). Ancak, gelir tek başına yoksulluğun göstergesi değildir (52). Nitekim gelir düzeyi yüksek olan ancak zamanı, isteği, enerjisi olmayan bir bireyin yaşam kalitesi yüksek olmayabilir. Yaşanılan bölgede eğitim, sağlık ve güvenlik hizmetlerinin yetersiz olması, genel suç oranının yüksek olması, kişi başına düşen yeşil alanın az olması, çevre kirliliği, trafik ve kalabalık gibi sorunlar kişinin gelirinden bağımsız olarak yaşam kalitesini düşürmektedir (51).

2.2.4.2. Sosyal Göstergeler

Sosyoekonomik farklılıklar toplumun göreceli olarak daha zayıf gibi görünen çocuk, yaşlı gibi daha riskli gruplarında daha çok kendini göstermekle birlikte toplumun bütün katmanlarını ilgilendiren bir durumdur (53). Bireyin sosyal çevresi ve çevresi ile olan ilişkisi yaşam kalitesi açısından önemli göstergelerden Bu noktada aile son derece önem taşımaktadır. İnsanların kendilerini ait hissettikleri aile ve sosyal çevrelerinde bulunuyor olmaları onların yaşam kalitesini yükseltecek önemli bir etkidir ve bireyler kendilerini ait hissettikleri bu ortamlardan destek alırlar (51). Yaşam kalitesi konusunda olumsuzlukların giderilmesine yönelik gerçekleştirilen çalışmalar sosyal, kültürel, siyasal öge ve süreçleri içinde barındırmaktadır (54). Bu bağlamda yaşam kalitesi, sosyal kalite ile büyüyen/genişleyen bir kavramdır. Aile içi iletişimin kuvvetli olması ve ailede herkesin birbiri ile her şeyi açıkça konuşabilmesi aile yaşam kalitesi açısından önemlidir. Bireyin arkadaşları, komşuları ve akrabaları da yaşam kalitesi açısından önemli sosyal destek sağlayıcılarıdır (51).

2.2.4.3. Sağlık ile İlgili Göstergeler

Sağlık sorunları yaşam kalitesini etkileyecek en önemli faktörlerden biridir. Yaşlılık döneminde karşılaşılabilecek muhtemel olan rahatsızlıklar ile etkin mücadele ediliyor olması bireyin sağlık sorunları sebebiyle yaşam kalitesinin düşmesini engelleyecektir (55).

Sağlık ve sağlıkla ilgili sorunların kapsamı geniş olduğu için yaşlı bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin etkilenmesinde sağlık sorunlarının yeri büyüktür. Yaşlanmayla birlikte başlayan hareket kabiliyeti eksikliği yaşlı bireyin yürüme koşma gibi fizyolojik hareketlerini engelleyebileceği gibi, kendi kendine yetebilme durumunu da olumsuz yönde etkileyecektir. Fiziksel olarak kendine yeterli olan bireyin yaşam kalitesi de artmaktadır (51). Yaşlılık döneminde bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek olan durumlardan biri de yaşlı bireyin gelirinin yetersiz olması halidir. Yaşlı birey yaşlılığın verdiği sağlık sorunları ile mücadele etmeye çalışırken bu mücadelesinin maddi boyutunu düşünmeden hareket etmelidir. Sağlık sorunlarını karşılayamayacak seviyede az bir geliri olan bireyin içinde bulunduğu zayıf durumdan dolayı yaşam kalitesi düşecektir (56). Bunun yanında kişinin herhangi bir sağlık güvencesine sahip olması da önemli bir objektif göstergedir ve yapılan birçok çalışma, kişinin sağlık güvencesine sahip olmasının, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini

göstermektedir. Bireyin sağlıkla ilgili göstergeleri arasında bulunan subjektif göstergeler arasında ise psikolojik ve sosyal sağlığına ait olan ve kendisi tarafından algılanan durumu ifade etmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümünün yapıldığı çalışmalarda çeşitli bedensel rahatsızlıkların, ıveğen ve süreğen hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra konuyla ilgili yapılan subjektif yaşam kalitesi ölçümlerinde farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır (51).

2.2.5. Sağlıkın Yaşam Kalitesine Etkisi

Yaşam kalitesi, insanların kendi sağlığını etkileyecek tüm davranışları kontrol altına alarak buna göre yaşaması, sağlığını bozacak faaliyet ve etkenlerden uzak durması ile sağlayacağı yaşam tarzıdır (57). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir taraftan yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinden ayrılarak incelenmeliyken, diğer taraftan aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır (58). Sağlıkta yaşam kalitesinin ölçümü tıbbi tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hastalık sürecinin fiziksel, psiko sosyal ve sosyal fonksiyon alanlarına etkisini ve sıklıkla hastalıkla ilgili semptomları içermektedir (59).

2.2.6. Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi

Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini düşürecek en önemli faktörlerden biri yaşlı bireyin kendisini yalnız hissetmedir (59). Yalnızlık ile birlikte kişinin yaşadığı duygu durumu ile birey kendisini işe yaramaz ge hayatın kendisi için anlamsız olduğunu düşündürmektedir

Yalnızlık duygusu bireyin yaşamının amaçsız ve gereksiz olduğunu düşünmesine, boşluk, kimsesizlik ve terk edilmişlik duygusu yaşamasına yol açabilmektedir (60). Bireyin yaşlandığı dönemde yaşanan sağlık sorunlarının bireye yansımaları sonucu olarak ortaya çıkan yaşam kalitesi düşüşü, bireyin yaşlılık döneminde bireyin yaşça daha genç olduğu dönemlere nazaran sosyal çevresinden uzaklaşması ile başlamaktadır. Yaşlı bireylerin sosyal çevrelerinin olması ve bu çevre ile iyi iletişim kurulması yalı bireyin hayattan beklentilerini ve dolayısı ile yaşam kalitelerini yükseltmektedir (59). Yalnızlık duygusu yaşlı bireylerin hayattan kopmaları kendi kendilerini sorunlu olarak görmelerine

sebebe olacaktır (61). Kendisini iyi hisseden biri sosyal çevresinden kopmak istemeyerek sürekli olarak kendini rahat hissettiği ortamlarda bulunmak isteyeceklerdir (62). Bireyin kendini işe yaramaz hissetmesine paralel olarak yaşamdan aldığı doyum da düşmektedir (63). Yaşlılık döneminde bireyin kendi kendini yalnız hissederek hayattan kopması ve böylece yaşam kalitesinin düşmesini engellemek için uygun girişimlerin yapılması ve bu konuda bilgilerin verilmiş olması bireyin bu duyguyu daha kolay atlatmasını sağlayacaktır. Hemşireler eğitim sorumluluklarının bir gereği olarak yaşlı bireylere bu konuda bilgi verecek konumdadırlar (64). Yaşlıların yaşam kalitesini etkileyecek en önemli faktörlerden birisi de buldukları sosyal çevreden dışlanmalarıdır. Ailesi veya sürekli bir arada olduğu insanlar tarafından yeterli değeri göremeyen yaşlı birey bu durumdan olumsuz etkilenecek ve yaşam kalitesi düşecektir. Bakıma muhtaç durumdaki yaşlı bireye ailesinden veya yakın çevresinden beklediği yardımların gelmemesi bireyin yaşama küserek hayattan kopması sonucunu doğuracaktır. Bu sebeple yaşlılık döneminde sosyalleşmeden uzaklaşan bireylere bilgiler verilirken aynı zamanda yaşlı bireylerin çevresinde bulunanlara da bu yönde bir bilgilendirmenin verilmesi bir gereksinimdir (65).

2.3. Maneviyat

Maneviyat dünyadaki çoğu insan için tanıdık bir kavram olmasına rağmen birçok içeriği olabilen, anlaşılması zor ve soyut bir kavramdır. Bireylerde sayısız anlamlar, fikirler ve duygular uyandırır. Ne anlama geldiği ve yaşamın hangi yönlerini içerdiği ile ilgili hemen hemen herkes kendi anlayışına sahiptir. Bu nedenle bu kavramı tanımlamak kolay olmamakla birlikte, birçok tanımlama olsa da ortak bir fikir birliğinin bulunmadığı görülmektedir (66).

Latince spiritus kelimesinden köken almış ve nefes almak, canlı olmak daha geniş anlamıyla yaşamı hissetmek olarak tanımlanabilir. Batı dillerinde ruhçuluk anlamına gelen sözcük, Türk Dil Kurumu sözlü ünde ise maddi olmayan, duyuyla sezilebilen, soyut, tinsel olarak açıklanmıştır (67). İnsanların maddesel değil de içsel ve ruhsal yönlerden bağlı olduklarını anlatan bir kavramdır maneviyat (68). Maneviyat, uygulama alanında danışanla daha iyi bir iletişim kurabilme ve danışanın kendi kapasitesinin farkına varabilmesi için önemli bir araçtır (69). Maneviyat, bir bütün olan sağlık kavramının içerisindeki unsurlardan biridir. Bu açıdan bakıldığında sağlık, maneviyat duygusunun da içerisinde bulunduğu genel bir iyi olma halini ifade etmektedir (70). Bu sebeple bireyler maneviyata gereksinim duyarlar. Bireyin maneviyat düşüncesi ile sağlamaya çalıştıkları

bu açıdan kendisinde olmadığını hissettiği içsel duygudur. Birey bu yolla kendini daha rahat ve güvende hissetmektedir (71). Toplum içerisinde yaşayan her bireyin gereksinimi olan değişimleri gerçekleştirmesi için bir itici güce ihtiyaca gereksinimi bulunmaktadır. Bu itici güç her bireyde farklı farklı olabilir. Toplumun büyük bir bölümünün yaşamsal değişimleri için yardımcı olması için düşündüğü itici güç manevi yönelimleridir (72).

2.3.1. Maneviyat Algısı

Bireyin varoluşunun, yaşamının anlamını bulduğu, dünyada olmasının amacını yakaladığı alandır maneviyat. Maneviyat kavramı, yaratanla birey arasında olan ve kişinin kendisiyle bağlı olan ilişki olarak tarif edilebileceği gibi aynı zamanda bireyin dünyada bulunan bir varlığa karşı duyduğu içsel sevgi ve bağlılık olarak ta anlamlandırmak mümkündür. Dünyada olan ve bireyin kendince bir anlam yükleyeceği varlıklar arasında ailesi, sosyal çevresi veya bir eşya olabilir (73). Günümüzde maneviyat kavramının tanımı yapılırken maneviyat ve din kavramları birbirinden ayrı ele almaktadır. Maneviyat, hem dini hem de dini olmayan yönelimle ifade edilebilir geniş bir kavramdır. Dolayısıyla deist, ateist ya da herhangi bir dini inancı benimsemiş bireyler de kendilerine özgü maneviyata sahiptirler (74). Maneviyat kavramı ayrıca, insanların günlük yaşamda mutlak gerçekliği anlamlandırma, derinlik arama ve amaca yönelme çabasıdır ve bu durum evrensel bir insan ihtiyacıdır. Buna göre maneviyat, bireysel olarak inşa edilmiş evrensel bir varlık olarak görülmektedir (75). Maneviyat olgusu insanın yaşamına kazandırdıkları ile ön plana çıkmaktadır. Maneviyat kavramı ile kurulan değerler sistemi bireylerin günlük yaşamlarında içsel bir mutluluk yaşamalarını sağlamaktadır (76). Öte yandan bireyin davranışlarının bazı yönleri gözlenebilir ve ölçülebilirken, mistik ve kutsal olan diğer yönleri dil ve akılla ifade etme sınırlarının ötesindedir. Ölçülemeyen yönler, bilimsel çabalarla kanıtlamanın da uzağındadır. Dolayısıyla, maneviyat, her insanın ihtiyacı olduğu için evrensel ve bireysel deneyimlerle şekillenmesi nedeniyle bireye özgü olan karmaşık bir kavramdır (75).

2.3.2. Sosyal Değişim ve Maneviyat

Gerek dünyada, gerekse Türkiye içerisinde yaşanan sosyal değişimler, insanların hayatı algılama biçimlerinden yaşam tarzlarına kadar bireysel boyutta güçlü etkilere sahiptir. Sosyal değişim maneviyat düşüncesi ile karşıt fikirler gibi algılsa da, ilk dönemlerden beri sosyal değişim bazı küçük karşı çıkmalara karşılık her dönem istenmiş

ve toplumca desteklenmiştir (65). Modernliğe eşlik eden teknolojinin, sanayileşmenin, sosyal hakların gelişimi, sadece Avrupa’da değil dünyanın diğer bölgelerinde de olumlu karşılanmıştır (77). Osmanlı’da ve Türkiye Cumhuriyetinde de Avrupa’da ve dünyada yaşananlara benzer şekilde sert olan manevi yapıyı modern yaşam tarzına dönüştürmek konusunda bazı düşünce farklılıkları olsa da toplumsal yaşam kendi düzenine kavuşmuştur (65). Maneviyat ve sosyal değişim birbirini etkileyen kavramlardır. Maneviyat bir taraftan sosyal değişimi şekillendirirken, bir taraftan da sosyal değişim maneviyatı şekillendirmektedir (78).

Sadece siyah ya da beyaz yoktur, gri alanlar da vardır sloganıyla gelen modernizm, dünyada gri alanların her yeri kaplaması sonucu siyah ve beyazın iyice silikleşmesi şeklinde ortaya çıkmıştır. Modernizm, özellikle tüketim kültürü bağlamında Türkiye’de etkili olsa da Türkiye’nin manevi hayatını henüz güçlü bir biçimde modern şeklinde etiketlemek mümkün değildir. Ancak modernliğin temel karakteristiklerinin zihniyet düzeyinde kendisini göstermeye başladığını ve bazı pratiklerde yansımalarını bulduğunu söylenebilir (65).

Bireylerin hastalık sürecinde manevi arayışlar içine girmeleri ve bu konuda hassas yaklaşımlar talep etmeleri ile manevi alanın bireyler açısından önemli bir güç alanı olarak tedaviyi destekleyici yönünün fark edilmesi sonucunda maneviyat, tıbbi yaklaşımlarda yine önem kazanmaya başlamıştır (79).

2.4. Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Maneviyatın Rolü ve Halk Sağlığı Hemşireliği

İnsanların yaşam sürelerinin yükseliyor olması bir taraftan istenen ve amaçlanan bir durum iken bir taraftan da dünya nüfusunun hızla yaşlanması anlamına gelmektedir. Dünya nüfusunun yaşlanıyor olması toplumlar içerisinde kurulmuş birçok düzenin değişmesi anlamına gelmektedir ve toplumun da bu sosyal ve demografik değişime ayak uydurabilmesi sağlanmalıdır. Yaşlı nüfusun artması ile bozulan ekonomik ve sosyal dengenin yeniden kurularak sosyal yaşamın düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak bu şekilde yaşlanma ile birlikte gelen biyolojik ve fizyolojik rahatsızlıkların oluşturacağı hasarları yok etmek mümkün olacaktır (7).

Aktif yaşlanma olarak adlandırılan durum, bireylerin yaşlarının ilerlemesi ile birlikte bir taraftan yaşlı nüfus arasına katılmalarını, bir taraftan da yaşlanırken günlük yaşamın aktifliği içerisinde bulunmalarını ifade etmektedir. Aktif yaşlanma kavramı

bireyin yaşının ilerlemesi ile birlikte hayattan uzaklaşması yerine hayatın ve sosyalliğin içerisinde olarak gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde olduğu gibi günlük olağan yaşam aktivitelerini yürütmeye devam etmesini sağlamaktadır (80). Aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içermek suretiyle daha geniş bir anlamı ifade etmektedir (81). Yaşlı bireylerin sağlığının geliştirilip korunabilmesi toplumun tamamının kültürel yapısını ilgilendiren yapısal reformlarla birlikte bütün olarak topluma, aileye ve bireye yönelik müdahaleleri kapsar (27). Toplumların geliştirecekleri sosyal politikalar ve bu politikalar çerçevesinde yaşlılar ile yaş olarak daha genç durumda olanların uyum içerisinde yaşamalarını sağlamak ve yaşlıların yaşamaları muhtemel olan problemlerinden en az hasarla kurtulmalarını sağlamak mümkündür (82). Yaşlılık döneminde bireye verilecek desteklerin yanında bireyin kendi içerisinde yaşadığı maneviyat duygusu da yaşamının daha kolay hale gelmesi yani yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir yere sahiptir.

Maneviyat kişinin hayatını etkileyen inanç ve değerler düzenini sağlayarak, insanın hayatına anlam kazandırmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında yaşlılık döneminde maneviyat yaşlıların uzun yaşamalarının yanı sıra yaşayacakları sorunlar ile baş edebilmelerini sağlamaktadır (83). Maneviyat insanlara gelecekleriyle ilgili ümit verir. Her bireyin diğer sosyal ve bireysel özellikleri ve değerleriyle şekillenmiş bir manevi yaklaşımı vardır. Maneviyat, yaşamın her alanında oldukça etkili bir konudur. Bu nedenle maneviyata genelci ve her birey için aynı olan bir kavram olarak bakmak doğru değildir. Manevi değerler birey bazında olduğu kadar topluluk bazında da sağlık açısından koruyucu bir etkidir (84).

Bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin bir kısmı hastalandıktan sonra uygulanan tedavi edici sağlık hizmetleri iken, sağlık hizmetlerinin önemli bir kolu da birey hastalanmadan sunulmakta olan ve halk sağlığı hemşireleri tarafından yürütülen koruyucu sağlık hizmetleridir.

Hemşireler, sundukları sağlık hizmeti ve aldıkları sorumluluk göz önüne alındığında sağlığın korunması ve iyi olma halinin devam ettirilmesi konusunda aileden sonra en önemli paya sahiptirler. Toplumun hassas bireyleri olan yaşlıların yaşlarının ilerlemesi ve sağlıklarının bozulmaya başlaması sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadırlar.

Halk sağlığı hemşireleri tarafından verilen koruyucu sağlık hizmetleri dâhilinde olan birincil koruma; yaşın ilerlemesi ile oluşan fiziksel değişikliklere karşı yaşlıların yaşam kalitesini yukselterek iyi olma durumlarını sũrekli hale getirmeyi amaçlamaktadır (85). Halk sağlığı hemşiresi fiziksel, biyolojik, sosyal, duygusal, ekonomik, kũltũrel, manevi bir varlık olan insanı tũm yũnleriyle değerlendirilip oluşabilecek sıkıntılara karşın holistik (bũtũncũl) bir yaklaşımla değerlendirerek yaşlıların yaşam kalitesini yukselmesine yardımcı olmaktadır (84).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ilişkisel tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Malatya merkeze bağlı günde ortalama 50-150 yaşlıya hizmet veren 10 adet Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan ve başvuran 65 yaş üstü bireyler ile Eylül 2016 - Kasım 2017 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya merkeze bağlı 10 ASM'ye kayıtlı 65 yaş üstü 8.741 birey oluşturdu. Araştırmanın örnekleme ise yapılan güç analizine göre 0.05 etki büyüklüğünde ve %5 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında %98 evreni temsil gücüne sahip 368 yaşlı birey olarak belirlendi. Belirlenen ASM'lere kayıtlı olan araştırmanın örnekleme seçilen yaşlı bireyler küme örnekleme, kümelerden de evren oranına paralel olarak basit rastgele örnekleme yöntemiyle 368 yaşlı araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Araştırma yapılan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü birey sayısı ve bu bireyler arasından seçilen örneklem grubu:

| AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ | TOPLAM 65 YAŞ ÜSTÜ YAŞLI | ÖRNEKLEMİ |
|----------------------|--------------------------|-----------|
| Karakavak ASM | 1246 | 53 |
| Adafi-1 ASM | 616 | 26 |
| Adafi-2 ASM | 1592 | 67 |
| Adafi-3 ASM | 424 | 18 |
| Çöşnük ASM | 611 | 25 |
| Çavuşoğlu ASM | 1569 | 66 |
| Bentbaşı ASM | 592 | 25 |
| Hanımın Çiftliği ASM | 998 | 42 |
| Göztepe-3 ASM | 469 | 20 |
| Bahçebaşı ASM | 625 | 26 |
| Toplam | 8741 | 368 |

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

Katılımcının;

- İletişime açık olması
- Okuryazar olması

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama araçlarından birincisi katılımcıların tanıtıcı özellikleri hakkında bilgi toplamak için hazırlanmış “Kişisel Bilgi Formu”, ikincisi “WHOQOL-OLD.TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005” ve üçüncüsü de “Manevi Yönelim Ölçeği”dir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, katılımcıların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuğunun olup olmadığı, çocuğu varsa sayısı, gelir düzeyi algısı, kiminle yaşadığı, yaşamı sırasında destek alıp almadığı, kendi sağlık durumu algısı, kronik bir hastalığının bulunup bulunmadığı, sosyal güvencesinin olup olmadığı, fiziksel engel durumu ve yardımcı aygıt kullanıp kullanmadığı bilgilerini tespit etmek amacıyla sorulmuş 13 adet sorudan oluşmaktadır (EK – II).

3.4.2. WHOQOL-OLD.TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen WHOQOL-OLD Yaşlılarda Yaşam kalitesi Ölçeğinin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek, beşli Likert ölçeği ile saptanan 24 soru ve 6 alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık başlığıyla yer almaktadır. “Duyuşal işlevler” boyutu ile duyuşal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirilir. “Özerklik” boyutu, ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini ifade eder. “Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri” boyutu, yaşamdaki başarılarından elde edilen doyumunu ve geleceğe bakışı gösterir. “Sosyal katılım” boyutu özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır. “Ölüm ve ölmek” boyutu, 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, en yüksek puan 5’tir. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla toplam puan da hesaplanabilir. Ölçekte alınabilecek en yüksek toplam puan 120, en düşük toplam puan ise 24’tür. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir.

Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada WHOQOL-OLD boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları sırası ile Duyusal işlevler 0.88, Özerklik 0.68, Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri 0.73, Sosyal katılım 0.76, Ölüm ve ölmek 0.75, Yakınlık 0.82 olarak bulunmuştur (24). Bu araştırmada; Duyusal işlevler 0.81, Özerklik 0.73, Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri 0.57, Sosyal katılım 0.81, Ölüm ve ölmek 0.85, Yakınlık 0.84, Toplam 0.83 olarak bulunmuştur (EK – III).

WHOQOL-OLD Yaşlılarda Yaşam kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ve ilgili sorular:

Duyusal işlev boyutu: 1, 2, 10, 20

Özerklik boyutu: 3, 4, 5, 11

Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri: 12, 13, 15, 19

Sosyal katılım boyutu: 14, 16, 17, 18

Ölüm ve ölmek boyutu: 6, 7, 8, 9

Yakınlık boyutu: 21, 22, 23, 24

3.4.3. Manevi Yönelim Ölçeği

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin manevi yönelimlerini değerlendirmeye yönelik Kasapoğlu (2015) tarafından geliştirilen Manevi Yönelim Ölçeği kullanılmıştır. “Manevi Yönelim Ölçeği” (MYÖ) 7’li Likert ölçeği ile saptanan 16 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçek maddeleri, maneviyatın temel ölçütlerinden kabul edilen, üstün bir güce inanma, anlam ve arayış, dua/meditasyon perspektifine göre tasarlanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzeyde bir manevi yönelimi göstermektedir. MYÖ’nün alpha katsayısı .87 olarak bulunmuştur (86). Bu araştırmada alpha katsayısı .94 olarak bulunmuştur (EK – IV).

3.4.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ocak 2017 – Haziran 2017 tarihleri arasında Malatya ilinde bulunan 10 Aile Sağlığı Merkezinde toplanmıştır. Soru formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere farklı Aile Sağlığı Merkezlerinde bulunan 15 yaşlı bireye ön uygulama yapılmıştır. Veriler ön uygulama sonrasında, belirlenmiş olan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan ve başvuran 368 tane 65 yaş ve üstü bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma formundaki sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Katılımcılar tarafından verilen cevaplar, yine araştırmacı tarafından araştırma formuna işaretlenmiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmeler 10-15 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 24.0 ile değerlendirildi. Demografik özellikler ve ölçek sonuçları için yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılım aralığında olup olmadığını tespit etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testini uyguladıktan sonra, normal dağılım aralığında olan verilerde varyans analizi, t-testi, pearson korelasyon testi, normal dağılım aralığına uymayan verilerde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (EK-V), Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden (EK-VIII) ve belirlenmiş olan 10 adet Aile Sağlığı Merkezinin sorumlu hekimlerinden (EK-VII-II) gerekli yazılı izinler alındı. Ayrıca "Manevi Yönelim Ölçeği"ni kullanmak için ölçeğini hazırlayarak geçerlilik ve güvenilirlik analizini yapan Figen Kasapoğlu'ndan izin alınmıştır (EK-VI). Araştırmacı tarafından, araştırmaya katılan bireylere, araştırmanın yaşlılarda yaşam kalitesi ile maneviyat arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlandığı hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılanların tüm bilgilerinin gizli tutulacağı açıklanarak sözel onamları alındı.

4. BULGULAR

Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmanın bu bölümünde araştırmaya ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (S=368)

| Tanıtıcı Özellikler | S | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Yaş | | |
| 65-74 | 286 | 77.7 |
| 75-84 | 69 | 18.8 |
| 85-94 | 13 | 3.5 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 139 | 37.8 |
| Erkek | 229 | 62.2 |
| Medeni Durum | | |
| Bekâr | 127 | 34.5 |
| Evli | 241 | 65.5 |
| Eğitim Düzeyi | | |
| Okuryazar | 112 | 30.5 |
| İlköğretim | 197 | 53.5 |
| Lise ve Üzeri | 59 | 16.0 |
| Çocuğunun Olma Durumu | | |
| Evet | 333 | 90.5 |
| Hayır | 35 | 9.5 |
| Çocuk Sayısı | | |
| 1-3 | 80 | 21.9 |
| 4-6 | 197 | 53.6 |
| 7-9 | 50 | 13.6 |
| 10 ve üzeri | 7 | 1.9 |
| Gelir Durumu Algısı | | |
| İyi | 56 | 15.2 |
| Orta | 284 | 77.2 |
| Kötü | 28 | 7.6 |
| Birlikte Yaşama Durumu | | |
| Tek Başına | 66 | 17.9 |
| Çocuklarının Yanında | 79 | 21.5 |
| Eşiyle Birlikte | 176 | 47.8 |
| Eşi ve Çocuk/Çocuklarıyla Birlikte | 47 | 12.8 |

(Tablo 4.1'in Devamı)

| | | |
|----------------------------------|-----|------|
| Destek Alma Durumu | | |
| Evet | 230 | 62.5 |
| Hayır | 138 | 37.5 |
| Kimden Destek Aldığı | | |
| Eşi | 89 | 24.2 |
| Akrabası | 6 | 1.6 |
| Çocukları | 132 | 35.9 |
| Sağlığını Algılama Durumu | | |
| İyi | 55 | 14.9 |
| Orta | 251 | 68.2 |
| Kötü | 62 | 16.8 |
| Kronik Hastalık Varlığı | | |
| Evet | 228 | 62.0 |
| Hayır | 140 | 38.0 |
| Sosyal Güvence | | |
| Evet | 356 | 96.7 |
| Hayır | 12 | 3.3 |
| Fiziksel Engel Durumu | | |
| Evet | 97 | 26.4 |
| Hayır | 271 | 73.6 |
| Aygit Kullanma Durumu | | |
| Evet | 116 | 31.5 |
| Hayır | 252 | 68.5 |

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %77.7'si 65-74, %18.8'i 75-84, %3.5'i 85-94 yaş aralığındadırlar ve %62.2'si erkek, %37.8'i ise kadındır. Yaşlıların %65.5'i evli, %34.5'i bekârdır ve %53.5'i ilköğretim mezunu iken, %30.4'ü okuryazar, %16'sı lise ve üzeri seviyede eğitim almışlardır. Çalışmaya katılan yaşlıların %90.5'inin çocuğu varken, %9.5'inin ise çocuğu yoktur, çocuğu olanların %53.5'inin 4-6, %21.7'sinin 1-3, %13.6'sının 7-9, %1.9'unun ise 10 ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktadır. Yaşlıların gelir durumlarına bakıldığında, %77.2'sinin orta, %15.2'sinin iyi, %7.6'sının kötü seviyede geliri bulunmaktayken, %47.8'i eşiyile, %21.5'i çocuklarının yanında, %17.9'u tek başına, %12.8'i ise eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Yaşlıların %62.5'i destek alırken, %37.5'i destek almadan yaşamını sürdürmektedir, destek alanların %35.9'u çocuklarından, %24.2'si eşinden, %1.6'sı da akrabalarından destek almaktadırlar. Araştırmaya katılan yaşlıların %68.2'si sağlık durumunu orta, %16.8'i kötü, %14.9'u ise iyi olarak algılamaktadırlar. Yaşlıların %62'sinin kronik bir hastalığı varken, %38'inin

ise kronik bir hastalığı bulunmamaktadır ve %96.7'sinin sosyal güvencesi bulunurken, sadece %3.3'ünün sosyal güvencesi yoktur. Yaşlıların %73.6'sının fiziksel bir engeli bulunmazken, %26.4'ünün fiziksel bir engeli bulunmaktadır ve 68.5'i yardımcı aygıt kullanırken, %31.5'inin yardımcı aygıt kullanmadığı saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Yaşlıların Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=368)

| | Özellikler | S | Duyusal İşlev (X±SS) | t ve p değeri | Özerklik (X±SS) | t ve p değeri | Geçmiş Bugün (X±SS) | t ve p değeri | Sosyal Katılım (X±SS) | t ve p değeri | Ölmek (X±SS) | t ve p değeri | Yakınlık (X±SS) | t ve p değeri | Toplam (X±SS) | t ve p değeri |
|-----------------------|---------------|------|----------------------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------|-------------------|
| Yaş | 65-74 | 286 | 13.03±2.48 | t=24.43 p=.000 | 12.53±2.48 | t=22.78 p=.000 | 12.24±3.09 | t=15.96 p=.000 | 11.37±2.76 | t=21.97 p=.000 | 11.92±3.22 | t=2.75 p=.000 | 12.98±2.94 | t=6.22 p=.045 | 74.08±10.04 | t=31.97 p=.000 |
| | 75-84 | 69 | 11.63. ±2.41 | | 11.05±2.12 | | 10.89±2.21 | | 9.65±2.53 | | 11.52±3.17 | | 12.01±2.57 | | 66.78±8.04 | |
| | 85-94 | 13 | 10.69±2.17 | | 11.61±1.85 | | 12.07±1.75 | | 10.46±1.89 | | 13.07±4.34 | | 12.07±2.21 | | 70.00±9.25 | |
| Cinsiyet | Kadın | 139 | 12.49±2.47 | t=1.12 p=.26 | 11.84±2.27 | t=2.28 p=.02 | 11.63±2.39 | t=1.79 p=0.7 | 10.69±2.72 | t=1.72 p=.08 | 11.62±3.25 | t=1.20 p=.22 | 12.62±2.67 | t=.74 p=.45 | 70.92±9.66 | t=2.45 p=.01 |
| | Erkek | 229 | 12.80±2.58 | | 12.44±2.54 | | 12.20±3.22 | | 11.20±2.79 | | 11.04±3.26 | | 12.85±3.00 | | 73.56±10.19 | |
| Medeni Durum | Bekar | 127 | 70.61±10.51 | t=2.73 p=.007 | 12.10±2.54 | t=.68 p=.49 | 11.75±2.60 | t=1.08 p=.27 | 10.97±2.91 | t=.20 p=.84 | 10.96±3.26 | t=4.00 p=.000 | 12.62±2.94 | t=.71 p=.47 | 70.61±10.51 | t=.824 p=.007 |
| | Evli | 241 | 73.60±9.68 | | 12.28±2.42 | | 12.10±3.11 | | 11.03±2.70 | | 12.37±3.15 | | 12.84±2.84 | | 73.60±9.68 | |
| Eğitim Düzeyi | Okuryazar | 112 | 12.16±2.48 | F=9.16 p=.002 | 11.77±2.29 | F=2.74 p=.004 | 11.87±2.36 | F=1.40 p=.24 | 10.70±2.91 | F=4.83 p=.008 | 11.65±3.50 | F=1.66 p=.19 | 12.79±2.67 | F=3.40 p=.03 | 70.96±9.78 | F=9.16 p=.000 |
| | İlköğretim | 197 | 12.71±2.57 | | 12.21±2.30 | | 11.87±3.17 | | 10.89±2.52 | | 11.81±3.16 | | 12.50±2.87 | | 72.01±9.25 | |
| | Lise ve Üzeri | 59 | 13.61±2.30 | | 13.10±3.02 | | 12.57±3.14 | | 12.01±3.09 | | 12.57±3.07 | | 13.61±3.16 | | 77.49±11.74 | |
| Çocuk var mı | Evet | 333 | 12.69±2.58 | t=.28 p=.77 | 12.30±2.50 | t=1.94 p=.05 | 12.07±3.04 | t=1.78 p=.07 | 11.03±2.84 | t=.35 p=.72 | 11.84±3.28 | t=.86 p=.38 | 12.93±2.89 | t=3.5 p=.001 | 72.88±10.31 | t=1.87 p=.06 |
| | Hayır | 35 | 12.57±2.15 | | 11.45±1.89 | | 11.14±1.711 | | 10.85±2.04 | | 11.17±2.24 | | 69.54±6.74 | | | |
| Gelir Durumu | İyi | 56 | 13.87±2.68 | t=18.52 p=.000 | 14.33±2.53 | t=41.90 p=.000 | 13.89±2.22 | t=42.67 p=.000 | 13.89±2.22 | t=42.67 p=.000 | 11.85±2.95 | t=1.81 p=.404 | 14.55±2.33 | t=35.74 p=.000 | 81.55±9.79 | t=53.27 p=.000 |
| | Orta | 2842 | 12.59±2.44 | | 11.86±2.20 | | 11.71±2.96 | | 11.71±2.96 | | 11.97±3.22 | | 12.55±2.85 | | 71.93±9.05 | |
| | Kötü | 8 | 11.53±2.47 | | 11.60±2.75 | | 10.96±2.58 | | 10.96±2.58 | | 11.03±4.09 | | 11.32±2.68 | | 66.57±10.17 | |
| Birlikte Yaşıyorsunuz | T. B | 66 | 12.68±2.45 | F=8.09 p=.000 | 12.33±2.73 | F=1.70 p=.167 | 12.48±4.67 | F=1.80 p=.146 | 11.66±2.40 | F=1.70 p=.165 | 11.48±3.87 | F=5.29 p=.001 | 12.03±3.07 | F=5.14 p=.002 | 72.68±11.726 | F=4.21 p=.006 |
| | Ç. | 79 | 11.59±2.37 | | 11.77±2.37 | | 11.59±2.30 | | 10.65±3.08 | | 10.84±3.17 | | 12.75±2.67 | | 9.22±9.96 | |
| | E. | 176 | 13.23±2.59 | | 12.23±2.44 | | 11.82±2.48 | | 10.93±2.64 | | 12.50±2.98 | | 12.68±2.88 | | 73.43±9.47 | |
| | E. ve Ç. | 47 | 12.48±2.15 | | 12.76±2.18 | | 12.53±2.25 | | 11.00±3.10 | | 11.89±3.00 | | 14.12±2.52 | | 74.80±8.80 | |
| Destek Alma | Evet | 230 | 12.30±2.72 | t=3.79 p=.00 | 12.12±2.23 | t=1.01 p=.31 | 11.96±2.42 | t=.141 p=.88 | 10.83±2.92 | t=1.62 p=.10 | 11.73±3.28 | t=1.13 p=.25 | 13.35±2.72 | t=5.22 p=.000 | 72.32±9.77 | t=.60 p=.54 |
| | Hayır | 138 | 13.32±2.07 | | 12.39±2.80 | | 12.01±3.67 | | 11.31±2.47 | | 12.13±3.22 | | 11.78±2.87 | | 72.97±10.56 | |
| Sağlığı Algılama | İyi | 55 | 14.63±3.56 | F=49.18 p=.000 | 13.96±2.47 | F=24.98 p=.000 | 13.27±2.32 | F=13.32 p=.000 | 12.58±2.80 | F=26.96 p=.000 | 12.23±2.91 | F=12.85 p=.000 | 14.36±2.81 | F=12.00 p=.000 | 81.05±10.91 | F=63.12 p=.000 |
| | Orta | 2516 | 12.79±1.89 | | 12.15±2.32 | | 12.05±3.14 | | 11.14±2.73 | | 12.27±3.08 | | 12.62±2.89 | | 73.04±8.49 | |
| | Kötü | 2 | 10.51±2.15 | | 10.95±2.10 | | 10.56±1.91 | | 9.11±1.65 | | 10.03±3.64 | | 11.93±2.35 | | 63.11±7.18 | |
| Kronik Hastalık | Evet | 228 | 11.94±2.25 | t=7.66 p=.000 | 11.92±2.42 | t=2.94 p=.003 | 11.92±3.18 | t=.54 p=.58 | 10.78±2.85 | t=2.01 p=.04 | 11.48±3.57 | t=3.08 p=.002 | 12.87±2.94 | t=.88 p=.37 | 70.94±9.84 | t=4.03 p=.000 |
| | Hayır | 140 | 13.89±2.52 | | 12.70±2.45 | | 12.09±2.52 | | 11.38±2.61 | | 12.55±2.54 | | 12.60±2.77 | | 75.22±9.90 | |
| Sosyal Güvence | Evet | 356 | 12±2.56 | U=1.16 p=.246 | 12.20±2.45 | U=.69 p=.489 | 12.01±2.97 | U=1.36 p=.174 | 11.03±2.79 | U=.83 p=.40 | 11.95±3.17 | U=1.77 p=.07 | 12.81±2.89 | U=1.71 p=.07 | 72.73±10.06 | U=2.01 p=.04 |
| | Hayır | 12 | 12.16±1.89 | | 12.75±2.73 | | 11.00±1.85 | | 10.33±2.01 | | 9.91±5.10 | | 11.41±2.19 | | 67.58±9.19 | |
| Fiziksel Engel | Evet | 97 | 11.16±1.96 | t=7.34 p=.000 | 11.94±2.41 | t=1.28 p=.20 | 11.56±2.37 | t=1.63 p=.10 | 9.72±2.71 | t=5.57 p=.000 | 11.49±3.88 | t=1.38 p=.16 | 12.92±2.80 | t=.63 p=.52 | 68.82±9.50 | t=4.37 p=.000 |
| | Hayır | 241 | 13.23±2.50 | | 12.32±2.47 | | 12.13±3.12 | | 11.47±2.65 | | 12.02±3.00 | | 12.71±2.91 | | 73.91±9.94 | |
| Aygıt Kullanma | Evet | 116 | 11.43±2.02 | t=6.76 p=.000 | 11.75±2.41 | t=2.47 p=.01 | 11.71±3.69 | t=1.19 p=.23 | 10.00±2.73 | t=4.91 p=.000 | 11.24±3.71 | t=2.60 p=.01 | 12.17±2.84 | t=2.71 p=.007 | 68.32±9.63 | t=5.71 p=.000 |
| | Hayır | 252 | 13.26±2.55 | | 12.43±2.46 | | 12.11±2.53 | | 11.48±2.66 | | 12.18±2.99 | | 13.04±2.86 | | 74.52±9.67 | |

T. B.= Tek başına. Ç= Çocuklarıyla. E= Eşyle. E. ve Ç. = Eşi ve Çocuklarıyla

Yaşlı bireylerden yaşı 65-74 olanların, duyuşal işlevleri 13.03 ± 2.48 , özerklikleri 12.53 ± 2.48 , geçmiş bugün algıları 12.24 ± 3.09 , sosyal katılımları 11.37 ± 2.76 , ölmek 11.92 ± 3.22 , yakınlık 12.98 ± 2.94 ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 74.08 ± 10.04 'dir. Yaşlı bireylerden yaşı 75-84 olanların, duyuşal işlevleri 11.63 ± 2.41 , özerklikleri 11.05 ± 2.12 , geçmiş bugün algıları 10.89 ± 2.21 , sosyal katılımları 9.65 ± 2.53 , ölmek 11.52 ± 3.17 , yakınlık 12.01 ± 2.57 ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 66.78 ± 8.04 'dir. Yaşlı bireylerden yaşı 85-94 olanların, duyuşal işlevleri 10.69 ± 2.17 , özerklikleri 11.61 ± 1.85 , geçmiş bugün algıları 12.07 ± 1.75 , sosyal katılımları 10.46 ± 1.89 , ölmek 13.07 ± 4.34 , yakınlık 12.07 ± 2.21 ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 70.00 ± 9.25 'dir. Bireylerde yaş arttıkça yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarında azalma olduğu görülmektedir. Yaşlı bireylerin yaşları ile yaşam kalitesinin alt boyutları (Duyuşal işlev) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu görülmektedir ($t=2.45$, $p=.01$). Cinsiyet ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, özerklik alt boyutu ($t=2.28$, $p=.02$) ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir. Cinsiyet ile duyuşal işlev ($t=1.12$, $p=.26$), geçmiş bugün ($t=1.79$, $p=0.7$), sosyal katılım ($t=1.72$, $p=.08$), ölmek ($t=1.20$, $p=.22$) ve yakınlık ($t=.74$, $p=.45$) alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir. Erkeklerin yaşam kalitesi alt boyutlarında kadınlara göre ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğu ($t=.824$, $p=.007$) görülmektedir. Medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyutlarından duyuşal işlev ($t=2.73$, $p=.007$), ölmek ($t=4.00$, $p=.000$) arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunurken, özerklik ($t=.68$, $p=.49$), geçmiş bugün ($t=1.08$, $p=.27$), sosyal katılım ($t=.20$, $p=.84$) ve yakınlık ($t=.71$, $p=.47$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir. Yaşam kalitesi alt boyutları ile birlikte bakıldığında evli olanların puan ortalamalarının bekârlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puan ortalaması yükselmektedir. Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde; duyuşal işlev ($F=9.16$, $p=.002$), özerklik ($F=2.74$, $p=.004$), sosyal katılım ($F=4.83$, $p=.008$) ve

yakınlık ($F=3.40$, $p=.03$) alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli fark bulunurken, geçmiş bugün ($F=1.40$, $p=.24$) ve ölmek ($F=1.66$, $p=.19$) alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir (Tablo 4.2).

Çocuğunun olma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir ($t=1.87$, $p=.06$). Yaşam kalitesi alt boyutları ile incelendiğinde; yakınlık ($t=3.5$, $p=.001$) alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda (duyusal işlev ($t=.28$, $p=.77$), özerklik ($t=1.94$, $p=.05$), geçmiş bugün ($t=1.78$, $p=.07$), sosyal katılım ($t=.35$, $p=.72$), ölmek ($t=.86$, $p=.38$)) istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir (Tablo 4.2).

Gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($t=1.87$, $p=.06$). Gelir durumu ile yaşam kalitesinin alt boyutları arasındaki fark incelendiğinde; ölmek ($t=1.81$, $p=.404$) alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda (duyusal işlev ($t=18.52$, $p=.000$), özerklik ($t=41.90$, $p=.000$), geçmiş bugün ($t=42.67$, $p=.000$), sosyal katılım ($t=42.67$, $p=.000$), yakınlık ($t=35.74$, $p=.000$)) istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir. Gelir durumu iyi olanların yaşam kalitesi puan ortalaması orta ve kötü durumda olanlara göre daha yüksektir. Gelir durumu yükseldikçe yaşam kalitesi ortalamasının yükseldiği tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Birlikte yaşama durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($F=4.21$, $p=.006$). Birlikte yaşama ile yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; duyusal işlev ($F=8.09$, $p=.000$), ölmek ($F=5.29$, $p=.001$) ve yakınlık ($F=5.14$, $p=.002$) alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli fark tespit edilirken, özerklik ($F=1.70$, $p=.167$), geçmiş bugün ($F=1.80$, $p=.146$), sosyal katılım ($F=1.70$, $p=.165$) alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların yaşam kalitesi puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek seviyededir (Tablo 4.2).

Destek alma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir ($t=.60$, $p=.54$). Destek alma durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarından duyusal işlev ($t=3.79$, $p=.00$) ve yakınlık ($t=5.22$, $p=.000$) arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunurken, özerklik ($t=1.01$, $p=.31$), geçmiş bugün ($t=.141$, $p=.88$), sosyal katılım ($t=1.62$, $p=.10$), ölmek ($t=1.13$, $p=.25$) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Destek almayanların yaşam kalitesi puan ortalamaları destek alanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Sağlığını algılama durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($F=63.12$, $p=.000$). Sağlığı algılama durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarının tamamında (duyusal işlev ($F=49.18$, $p=.000$), Özerklik ($F=24.98$, $p=.000$), geçmiş bugün ($F=13.32$, $p=.000$), sosyal katılım ($F=26.96$, $p=.000$), ölmek ($F=12.85$, $p=.000$), yakınlık ($F=12.00$, $p=.000$)) istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmaktadır. Sağlığını iyi olarak algılayanların yaşam kalitesi puan ortalaması orta ve kötü olarak algılayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Kronik hastalığı olma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($t=4.03$, $p=.000$). Kronik hastalığı olma ile yaşam kalitesi, duyusal işlev ($t=7.66$, $p=.000$), özerklik ($t=2.94$, $p=.003$), sosyal katılım ($t=2.01$, $p=.04$) ve ölmek ($t=3.08$, $p=.002$) alt boyutlarında istatistik olarak önemli bir fark bulunurken, geçmiş bugün ($t=.54$, $p=.58$), yakınlık ($t=.88$, $p=.37$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmektedir. Kronik hastalığı olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Yaşlı bireylerin sosyal güvencesi olma durumu ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($U=2.01$, $p=.04$). Sosyal güvencesi olma durumu ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında (Duyusal işlev ($U=1.16$, $p=.246$), özerklik ($U=.69$, $p=.489$), geçmiş bugün ($U=1.36$, $p=.174$), sosyal katılım ($U=.83$, $P=.40$), ölmek ($U=1.77$, $p=.07$), yakınlık ($U=1.71$, $p=.07$)) istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmektedir. Sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi ortalamasının sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Fiziksel engeli olma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($t=4.37$, $p=.000$). Fiziksel engeli olma durumu ile yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; duyusal işlev ($t=7.34$, $p=.000$), sosyal katılım ($t=5.57$, $p=.000$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunurken, özerklik ($t=1.28$, $p=.20$), geçmiş bugün ($t=1.63$, $p=.10$), ölmek ($t=1.38$, $p=.16$) ve yakınlık ($t=.63$, $p=.52$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır. Fiziksel engeli olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamasının fiziksel engeli olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Yaşlı bireylerin aygıt kullanmaları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($t=5.71$, $p=.000$). Aygıt kullanımı ile yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; geçmiş bugün ($t=1.19$, $p=.23$) alt boyutu

dışında diğer alt boyutlarda (duyusal işlev ($t=6.76$, $p=.000$), özerklik ($t=2.47$, $p=.01$), sosyal katılım ($t=4.91$, $p=.000$)) istatistiksel olarak önemli bir farklılık tespit edilmiştir. Aygıt kullanmayanların yaşam kalitesi puan ortalamasının aygıt kullananlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Yaşlıların Tanıtıcı Özellikleri İle MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
(S=368)

| Özellikler | S | Manevi Yönelim ($X \pm SS$) | t ve p değeri |
|--------------------------------|-----|----------------------------------|-------------------|
| Yaş | | | |
| 65-74 | 286 | 93.40±12.23 | KW=5.36 p=0.06 |
| 75-84 | 69 | 91.77±11.76 | |
| 85-94 | 13 | 86.92±11.91 | |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 139 | 92.07±14.81 | t=0.97 |
| Erkek | 229 | 93.35±10.25 | p=0.32 |
| Medeni Durum | | | |
| Bekar | 127 | 92.04±14.15 | t=0.93 |
| Evli | 241 | 93.30±10.99 | p=0.34 |
| Eğitim Düzeyi | | | |
| Okuryazar | 112 | 93.89±12.85 | F=0.62 p=0.53 |
| İlköğretim | 197 | 92.56±11.73 | |
| Lise ve Üzeri | 59 | 91.94±12.38 | |
| Çocuğun Olma Durumu | | | |
| Evet | 333 | 93.19±11.98 | t=1.60 |
| Hayır | 35 | 89.74±13.62 | p=0.11 |
| Gelir Durumu Algısı | | | |
| İyi | 56 | 95.13±13.26 | KW=9.01 p=0.01 |
| Orta | 284 | 93.00±11.41 | |
| Kötü | 28 | 86.92±15.60 | |
| Birlikte Yaşama Durumu | | | |
| Tek Başına | 66 | 90.53±14.99 | F=2.89 p=0.03 |
| Çocuklarıyla | 79 | 91.00±12.67 | |
| Eşiyle | 176 | 93.70±10.53 | |
| Eşi ve Çocuklarıyla | 47 | 96.15±11.96 | |
| Destek Alma | | | |
| Evet | 230 | 94.01±12.01 | t=2.34 |
| Hayır | 138 | 90.96±12.24 | p=0.02 |
| Sağlığı Algılama Durumu | | | |
| İyi | 55 | 94.52±12.62 | F=8.89 p=0.000 |
| Orta | 251 | 93.94±10.74 | |
| Kötü | 62 | 87.06±15.37 | |
| Kronik Hastalık Varlığı | | | |
| Evet | 228 | 91.68±12.49 | t=2.40 |
| Hayır | 140 | 94.80±11.42 | p=0.01 |

| Sosyal Güvence | | | |
|------------------------------|-----|-------------|--------|
| Evet | 356 | 92.80±12.21 | U=0.74 |
| Hayır | 12 | 94.83±11.33 | p=0.45 |
| Fiziksel Engel Durumu | | | |
| Evet | 97 | 93.53±14.51 | t=0.62 |
| Hayır | 271 | 92.63±11.24 | p=0.52 |
| Aygıt Kullanma Durumu | | | |
| Evet | 116 | 90.93±13.84 | t=2.08 |
| Hayır | 252 | 93.76±11.24 | p=0.03 |

Araştırmaya katılanların tanıtıcı özellikleri ile MYÖ puan ortalamaların karşılaştırılmasına incelendiğinde puan ortalamaları; yaşları 65-74 aralığında olanların 93.40±12.23, erkeklerin 93.35±10.25, evlilerin 93.35±10.25, okuryazarların 93.89±12.85, çocuğu olanların 93.19±11.98, gelir durumu iyi olanları 95.13±13.26, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların 96.15±11.96, destek alma durumlarına göre 94.01±12.01, sağlığı algılama durumlarına göre 94.52±12.62, kronik hastalıklarının olmama durumuna göre 94.80±11.42, sosyal güvencesi olmayanlarda 94.83±11.33, fiziksel engeli olanlarda 93.53±14.51, yardımcı aygıt kullanmama durumunda 93.76±11.24'tür.

Yaşlıların gelir durumları (KW=9.01, p=0.01), birlikte yaşama (F=2.89, p=0.03), destek alma (t=2.34, p=0.02), sağlığını algılama (F=8.89, p=0.000), kronik hastalığı olma durumu (t=2.40, p=0.01) ve aygıt kullanma durumları (t=2.08, p=0.03) ile manevi yönelimleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir (p<0.05). Yaşlıların yaşları (KW=5.36, p=0.06), cinsiyetleri (t=0.97, p=0.32), medeni durumları (t=0.93, p=0.34), eğitim düzeyleri (F=0.62, p=0.53), çocuklarının olma durumu (t=1.60, p=0.11), sosyal güvencesi olma durumu (U=.74, p=0.45) ve fiziksel engeli olma durumları (t=0.62, p=0.52) ile manevi yönelimleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir (p>0.05).

Tablo 4.4. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ile Maneviyat Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi

| Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| | Duyusal İşlev (r ve p değeri) | Özerklik (r ve p değeri) | Geçmiş ve Bugün (r ve p değeri) | Sosyal Katılım (r ve p değeri) | Ölmek (r ve p değeri) | Yakınlık (r ve p değeri) | Toplam Puan Ort. (r ve p değeri) |
| Maneviyat Puan Ort. | r=.190 p=.000 | r=.103 p=.04 | r=.083 p=.11 | r=.030 p=.568 | r=.178 p=.001 | r=.173 p=.001 | r=.213 p=.000 |

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ile maneviyat arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=.21$, $p=.000$). Yaşam kalitesi alt boyutları ile maneviyat arasındaki ilişkiye bakıldığında; duyuşal işlev ($r=.190$, $p=.000$), özerklik ($r=.103$, $p=.04$), ölmek ($r=.178$, $p=.001$) ve yakınlık ($r=.173$, $p=.001$) alt boyutlarında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki bulunurken, geçmiş ve bugün ($r=.083$, $p=.11$) ve sosyal katılım ($r=.030$, $p=0.568$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri

| | Sayı | Ortalama ve Standart Sapma | Minimum | Maksimum |
|-----------------------|------|----------------------------|---------|----------|
| Yaşam Kalitesi | 368 | 72.57±10.06 | 46.00 | 108.00 |
| Duyusal İşlev | 368 | 12.68±2.54 | 6.00 | 33.00 |
| Özerklik | 368 | 12.22±2.46 | 6.00 | 20.00 |
| Geçmiş / Bugün | 368 | 11.98±2.95 | 5.00 | 42.00 |
| Sosyal Katılım | 368 | 11.01±2.77 | 4.00 | 19.00 |
| Ölmek | 368 | 11.88±3.26 | 4.00 | 20.00 |
| Yakınlık | 368 | 12.76±2.88 | 7.00 | 20.00 |
| Maneviyat | 368 | 92.86±12.17 | 33.00 | 112.00 |

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ortalamaları 72.57±10.06, (minimum 46, maksimum 108), maneviyat ortalamaları 92.86±12.17, (minimum 33, maksimum

112)'dir. Yaşam kalitesi alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında; duygusal işlev ortalaması 12.68 ± 2.54 , (minimum 6, maksimum 33), özerklik ortalaması 12.22 ± 2.46 , (minimum 6, maksimum 20), geçmiş bugün ortalaması 11.98 ± 2.95 , (minimum 5, maksimum 42), sosyal katılım ortalaması 11.01 ± 2.77 , (minimum 4, maksimum 19), ölmek ortalaması 11.88 ± 3.26 , (minimum 4, maksimum 20), yakınlık ortalaması 12.76 ± 2.88 , (minimum 7, maksimum 20)'dir.

5. TARTIŞMA

Yaşlıların yaşam kaliteleri ile maneviyat durumları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür ve bu konuda yapılan çalışmalar çerçevesinde tartışılmıştır. Türkiye’de yaşlılarda yaşam kalitesi ve maneviyat arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların sayısının çok kısıtlı olması sebebiyle, dünyada yaşam kalitesi ve maneviyat arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ve Türkiye’de farklı yaş ve meslek gruplarında bulunan bireylerin maneviyat ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalar da tartışmaya dâhil edilmiştir.

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları karşılaştırdığında; erkeklerin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının kadınlarınkinden daha yüksek olduğu ve yaşlıların cinsiyetleri ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır. Evli olanların yaşam kalitesi ortalamalarının bekârlara göre daha yüksek ve medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir. Ayrıca gelir, eğitim düzeyi, birlikte yaşama, sağlığını algılama, kronik hastalığı olma, sosyal güvencesi olma, fiziksel engeli olma, aygıt kullanma durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanırken, çocuğun varlığı ve destek alma durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilememiştir (Tablo 4.2).

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen Altuğ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, sosyal güvencesi olanların, yaşadığı ortamdan memnun olanların, kronik hastalığı olmayanların yaşam kalitesi ile bu araştırma bulgularına benzer şekilde arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptamışlardır (95). Bu bulgulara göre, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını daha kolay sürdürmeleri için yeterli gelir düzeyine, düzenli bir aile yapısına, sosyal güvencelerinin ve kendileri ile ilgilenecek yakınlarının olması, yaşamlarını zorlaştıracak yalnızlık, hastalık gibi durumların olmamasının yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların tanıtıcı özellikleri ile manevi yönelim puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; yaşları 65-74 aralığında, erkek ve evli, okuryazar, çocuğun varlığı, gelir durumu iyi, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan, destek alan, sağlığını iyi algılayan, kronik hastalığı olmayan, sosyal güvencesi olan, fiziksel

engeli olan, yardımcı aygıt kullanmayanların manevi yönelim puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Bostancı Daştan ve Buzlu hasta bireylerde maneviyatın hastalığa etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hasta bireylerde manevi boyutun ihmal edilmemesi gerektiğini, manevi yönelimle hasta bireylere yaklaşmanın hastalarda olumlu gelişmeler sağlayacağını vurgulayarak, manevi yönelimle hastaların olumlu gelişmeleri arasında önemli bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır (7).

Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitesi ve maneviyat puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=.21$, $p=.000$). Yaşam kalitesinin alt boyutları ile maneviyat arasındaki ilişkide; duyuşal işlev, özerklik, ölmek ve yakınlık alt boyutlarında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki bulunurken, sosyal katılım, geçmiş ve bugün alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 4.4). Bu bulgulara göre yaşlılarda maneviyat puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır.

Yaşam kalitesi ile maneviyat arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, bireylerin yaşam kaliteleri ile maneviyat durumları arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu, manevi yönelimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği savunulmaktadır (1, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94).

Bekelman ve arkadaşları kronik hastalıkları olanların yaşam kalitesi ile maneviyatları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında, kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi ile maneviyat arasında, bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde, önemli bir ilişki tespit edilmiş ve maneviyat arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının da yükseldiğini saptamışlardır (88). Rahimi ve arkadaşları yaşlı bireylerde maneviyat durumunu inceledikleri çalışmasında, yaşlıların günlük yaşam koşullarına uyum sağlamalarında maneviyatın temel bir unsur olduğunu saptamıştır (96). Günlük yaşam koşullarının iyileşmesi bireyin yaşam kalitesinin yüksek olması ile sağlanmaktadır ve maneviyatın bu konuda önemli bir etkisi bulunmaktadır. Leeson ve arkadaşları kök hücre transplantasyonu yapılan hastalarda maneviyat ve yaşam kalitesi ilişkisi üzerine yaptığı çalışmada, maneviyat ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğunu belirleyerek maneviyatın iyileştirme konusunda önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır (90). Brown ve arkadaşları HIV'li hastalarda yapmış oldukları çalışmada, maneviyat ile yaşam kalitesi arasında, bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde,

istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğunu, maneviyatın HIV hastalığının ilerlemesini yavaşlattığını HIV'li hastaların yaşam kalitesinin arttırdığını tespit etmişlerdir (91). Dedeli ve Kaptan ağrı ve ağrı yönetimi ile maneviyat arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, ağrıyla başa çıkmada maneviyatın önemli bir etken olduğunu, ağrının azalmasının yaşam kalitesini yükselttiğini tespit etmişlerdir (93).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılarda yaşam kalitesi ile maneviyat arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Yaşlılarda yaşam kalitesi ile maneviyat arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşlıların yaş ve gelir seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği, eğitim seviyesinin düşmesi, fiziksel engelin varlığı durumunda yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

- Yaşlılarda yaş ve eğitim düzeyi yükseldikçe maneviyatın düştüğü, gelir seviyesi arttıkça maneviyatın yükseldiği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Halk sağlığı hemşireleri yaşlı bireylere holistik (bütüncül) bir yaklaşımla bütün yönleriyle değerlendirip, yaşam kalitesini yükselten ve sağlık durumlarını iyileştirmeye yardımcı olan maneviyat boyutunu dikkatle ele almalıdır.

- Hemşireler yaşlılar ile çalışmalarını sırasında manevi yönelimin yaşam kalitesini yükseltmek adına önemli olduğunu göz ardı etmemeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım, F. Abukan, B. Yaşlılıkta Bilgelik Konusunda Bir Derleme, *Türk Psikoloji Yazıları*, 2015, 18 (35), 1-9.
2. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2013, Ankara.
3. Görgünbaran, A. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008, 1(2), 86-97.
4. Öksüz, E. Malhan, S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri, Ankara, Başkent Üniversitesi Yayınları 2005.
5. Eryücel, S. Yaşam Olayları ve Dini Başa Çıkma, Felsefe ve Din Bilimleri (Din Psikolojisi) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2013.
6. Fakhrudinov, A. Rusya’da Din Psikolojisi Çalışmalarında Ben Ötesi Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı (Din Psikolojisi) 2012, Ankara.
7. Bostancı Daşdan, N. Buzlu, S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3(1).
8. Zincir, H. Taşçı, S. Kaya, E. Z. Beşer, M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2008, 17(3), 168-74.
9. Akyol, Y. Durmuş, D. Doğan, C. Bek, Y. Cantürk, F. Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population. *Archives of Rheumatology* 2010, 25(4), 165-73.
10. Oluk Baltayan, A. Yaşlı Hastalara Bakım Veren Kadınların Bakım Yüklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı 2012.
11. Mendoza-Ruvalcaba, Neyda Ma, Fernández-Ballesteros, Rocío, Effectiveness of the Vital Aging program to promote active aging in Mexican older adults, *US National Library of Medicine National Institutes of Health* 2016, 11: 1631–44.

12. Soyuer, F. Soyuer, A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008, 15 (3), 219-24.
13. Beger, T. Yavuzer, H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi, *Klinik Gelişim Dergisi* 2012, S. 25, 1-3.
14. Miroğlu, C. Ankara'da Bir Huzurevi İncelemesi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkbilim - Etnoloji Anabilim Dalı 2009.
15. Öz, F. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme, *Kriz Dergisi* 2002, 10(2), 17-28.
16. Günsoy, G. Tekeli, S. Nüfusun yaşlanması ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir analiz, *Amme İdaresi Dergisi* 2015, Cilt 48, Sayı 1, 35-87.
17. Kızılırmak, Ö. Genç Yetişkinlerde Yaşamda Anlamın Maneviyat ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı 2015.
18. Şahin, H. Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara Sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı Üzerine Bir İnceleme: Erzurum İli Örneğinde, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı 2015.
19. Aközer, M. Nurhat, C. Say, Ş. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması, *Aile ve Toplum Dergisi* 2011, 12 Cilt: 7 Sayı: 2, 103-28.
20. Karadeniz, O. Öztepe, N. D. Türkiye'de yaşlı yoksulluğu, *Çalışma ve Toplum Dergisi* 2013/3, 77-102.
21. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 24644, 16 Mart 2017.
22. Demirtaş, Ş. Güngör, C. Demirtaş, R. N. Sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite: bireysel, psikososyal ve çevresel özelliklerin buna katkısı, *Osmangazi Tıp Dergisi* 2017, 100-108.
23. United Nations. World population situation in 2014, *NY: United Nations* 2014, New York.
24. Eser, S. Saatlı, G. Eser, E. Baydur H. Fidaner, C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(1): 37-48.

25. Aydın, Z. D. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006, 13 (4), 43-48.
26. Öztürk, A. Üniversite Gençlerinin Sağlıklı Yaşlanmaya İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2009.
27. Baran, E. B. Özvarış, Ş. Yaşlılık Döneminde Sağlığın Geliştirilmesi, Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler, (Ed. Dilek Aslan, Melikşah Ertem) 2012, 25-29.
28. Güleç, D. Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı 2011.
29. Kaçan S. Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli Geliştirme, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2014.
30. Özer, M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2001.
31. Bilir, N. Sağlıklı Yaşam, Sigara ve Gençlik (Genç Kalmak İçin Sağlıklı Yaşam İlkeleri),
http://www.undp.org/content/dam/turkey/docs/Publications/nhdrs/background_papersforNHDR2008/NHDRBPNazmiBilir.pdf (E. T. 24.09.2017).
32. Nalbant, S. Yaşlanmanın biyolojisi, *Türk Fizyoloji Tıp Rehabilitasyon Dergisi* 2006, 52(Özel Ek A):A12-A17.
33. Konak, A. Çiğdem, Y. Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi örneği, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* 2005, Cilt: 29 No:1 23-63.
34. Beğler, T. Yavuzer, H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi, *Klinik Gelişim Dergisi* 2012, Sayı: 25, 1-3.
35. Cangöz, B. Yaşlılığın Psikolojik Boyutu Yaşlıların Nöropsikolojik ve Psikolojik Açısından Değerlendirilmesi, http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/psikolojik_boyut_160210.pdf (E.T. 16.09.2017).
36. Bölükbaş, N. Arslan, H. Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi, *Düşünen Adam Dergisi* 2003, 16 (4), 235-39.
37. İçli, G. Yaşlılar ve yetişkin çocuklar, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008, (1): 29-38.

38. Sözen, F. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği 2014.
39. Avcı, K. Pala, K. Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004, 30 (2) 81-85.
40. Sönmez, Y. Uçku, R. Kıtay, Ş. Korkut, H. Sürücü, S. Sezer M. Çalık, E. Kayalı, D. Yetiş, Ç. Şentürk, E. Kuralay, M. Gülcan, M. A. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 21(3), 145-53.
41. Göçgeldi, E. Babayiğit, M. A. Hassyoy, H. Açikel, C. H. Taşçı, İ. Ceylan, S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi* 2008, 50, 172-79.
42. Çolak, M. Özer, Y. E. Sosyal politika anlamında aktif yaşlanma politikalarının ulusal ve yerel düzeydeki analizi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2015, 14(55), 115-124.
43. Görgün B. A. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008 (2): 86-97.
44. Aylaz, R. Güneş, G. Karaoğlu, L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005, 12(3) 177-83.
45. Perim, A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2007.
46. Genç, A. Şener, Ü. Karabacak, H. Üçok, K. Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Kocatepe Tıp Dergisi* 2011, 12: 145-50.
47. Balcı, E. Bedensel Etkinlik ve Yaşlılık, Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler, (Ed. Dilek Aslan, Melikşah Ertem) 2012, 25-29.
48. Yüceltan, Sevinç, Tüketici Sağlığı, Yaşam Kalitesi ve Optimal Beslenme, Yüketici Yazıları (1), (Ed. Müberra Babaoğlu, Arzu Şener), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tüketici – Pazar – Araştırma – Danışma Test ve Eğitim Merkezi 2007.

49. Atılgan, E. Kronik Bel Ağrılı Olgularda Yoganın ve Fizyoterapi Programının Yaşam Kalitesi, Denge, Ağrı Düzeyi ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Protez-Ortez Biomekanik Programı 2013.
50. Karakurt T. E. Yaşam kalitesi ekseninde şekillenen alternatif bir kentsel yaşam modeli: yavaş kentleşme hareketi, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2013, Cilt: 32, Sayı: 1, 215-37.
51. Aydın Boylu, A. Paçacıoğlu, B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* 2016, 8(15), 137-50.
52. Çubuk, N. Güney Doğu Anadolu'da yoksulluğun sosyal göstergeleri, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi* 2003, 43,2, 41- 65.
53. Koçoğlu, D. Akın, B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009, 2 (4), 145-54.
54. Görün, M. Kara, M. Kentsel dönüşüm ve sosyal girişimcilik bağlamında Türkiye’de kentsel yaşam kalitesinin artırılması, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2010, 8(2), 137-64.
55. Arun, Ö. Yaşlı bireyin Türkiye serüveni: kaliteli yaşlanma imkânı üzerine senaryolar, *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2008, 7(2): 313-30.
56. Özmete, E. Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması, *Aile ve Toplum Dergisi* 2008, Yıl: 10 Cilt: 4 Sayı: 15, 7-20.
57. Küçükberber, N. Özdili, K. Yorulmaz, H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, *Anadolu Kardiyol Dergisi* 2011, Sayı: 11, 619-26.
58. Müezzinoğlu, T. Yaşam kalitesi, Üroonkoloji Bülteni, Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması 2005, S. 1, 25-9.
59. Danış, M. Z. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık, http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf (E. T. 28.09.2017).
60. Yılmaz, E. Altınok, V. Okul Yöneticilerinin Yalnızlık ve Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2009, 15(59), 451-69.
61. Şener, A. Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/yasamdoyumu.pdf>, (E. T. 29.09.2017).

62. Altay, B. Aydın A. İ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki, *Dicle Tıp Dergisi* 2009, 36(4), 275-82.
63. Özer, M. Karabulut, Ö. Ö. Yaşlılarda yaşam doyumu, *Geriatrı Dergisi* 2003, 6 (2), 72-74.
64. Karadakovan, A. Yaşlılığa Genel Bakış Yaşlı Bireyin Sağlık ve Temel Gereksinimleri Yaşlıda Fizyolojik Değişiklikler ve Bakım Yaşlıda Önemli Sağlık Sorunları ve Bakım, Ankara: Akademisyen Kitapevi 2014.
65. Düzgüner, S. Maneviyat Algısı ve Diğerkâmlıkla İlişkisi (Kan Bağışı Örneğinde Türkiye ve Amerika Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma), Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı 2013.
66. Kızılırmak, Ö. Genç Yetişkinlerde Yaşamda Anlamın Maneviyat ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı 2015.
67. TDK Sözlük, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59dd773552dd17.03241625 (E. T. 03.10.2017).
68. Okyay, N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı 2008.
69. Yeşilkayalı, E. Sosyal çalışmada maneviyata duyarlı müdahale, *The Journal of Academic Social Science Studies*, Sayı: 53, 2016, 227-237.
70. Kavas, E. Kavas, N. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği, *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* Volume 9/2 Winter 2014, p. 905-915.
71. Akgün K. M. Çelikalp, Ü. Demir, M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı 2010, 218-25.
72. Karataş, Z. Manevi Sosyal Hizmet Mümkün Mü?, Yüksek Lisans Tezi, Rize: Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2009.
73. Karataş, Z. Manevi temelli sosyal hizmet yaklaşımı, *Sosyal Hizmet E-Dergi Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 2015, 1(1), 3-15.

74. Kara, H. Örgütlerde yeni çağ değerleri'nin din ve maneviyat kavramlarının oluşturduğu anlam kayması üzerinden araştırılması, *Researcher: Social Science Studies* 2017, 5(9), 122-41.
75. Yeşilkayalı, E. Sosyal çalışmada maneviyata duyarlı müdahale, *The Journal of Academic Social Science Studies* Number: 53 2016, 227-37.
76. Özdoğan, Ö. İnsanı anlamaya yönelik bir yaklaşım: Pastoral Psikoloji, *AÜİFD* 47, S. 2, 127-41.
77. Şimşek, O. Türkiye'de ve batı'daki medeniyet kavramlarına zihniyet- özgün sosyal bilim-iktisat etkileşimi bağlamında yaklaşım, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2008, 10(2), 115-39.
78. Okumuş, E. Toplumsal değişme ve din, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2009, 8(30), 323-47.
79. Boztilki, M. Ardıç, E. Maneviyat ve Sağlık, *Gazi Osman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2017, 3 (Ek sayı), 39-45.
80. Özgür, A. Ö. Demirbilek, T. Gümüş ekonomi ve aktif yaşlanma bağlamında yaşlı istihdamı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2017, 10(1).
81. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı. Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu 2011, Ankara.
82. Demir Çelebi, Ç. Yukay Yüksel, M. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış, *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi* 2014, 4 (2), 175-202.
83. Kılıç, D. N. Türkoğlu, A. D. Armut, S. Geriatrik yaş grubundaki kişilerin yaşam doyumu ve yaşam tutum profilleri arasındaki ilişki, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016; 5(1): 1-8.
84. Boztilki, M. Ardıç, E. Maneviyat ve sağlık, *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN* 2017, 3 (Ek sayı): 39-45.
85. Kılıç, D. Yaşlı Sağlığı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Ed. Behice Erci, Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri 2016.
86. Kasapoğlu, F. Manevi Yönelim Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015, 16(3), 51-68.
87. Göcen, G. Pozitif psikoloji düzleminde psikolojik iyi olma ve dini yönelim ilişkisi: yetişkinler üzerine bir araştırma, *Toplum Bilimleri Dergisi* 2013, 7 (13),: 97-130.

88. Bekelman, D. B. Parry, C. Curlin, Farr A. Yamashita, Traci E Fairclough, Diane L. Wamboldt, Frederick S. A Comparison of Two Spirituality Instruments and Their Relationship to Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure, *J Pain Symptom Manage*. US National Library of Medicine National Institutes of Health 2010 Mar; 39(3): 515–26.
89. Albayrak, A. Kurt, E. Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mastektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi, *Deuifd Din Piskolojisi Özel Sayısı* 2016, 41-81.
90. Leeson, Laura A. M. Nelson, Ashley, Rathouz, Paul J. Juckett Mark B. Coe, Christopher L. Caes, Elizabeth W. Costanzo, Erin S. Spirituality and the Recovery of Quality of Life Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation, *US National Library of Medicine National Institutes of Health, Health Psychol* 2015 Sep; 34(9): 920–28.
91. Brown, J. Hanson, J. E. Schmotzer, B. R. Webel, Allison, Spirituality and Optimism: A Holistic Approach to Component-Based, Self-Management Treatment for HIV, *US National Library of Medicine National Institutes of Health, J Relig Health* 2014 Oct; 53(5): 1317–328.
92. Küçükünal, A., Altunay, I. K., Salman, K. E., Atis, G. Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus ve yaşam kalitesi ilişkisi, *Turkderm* 2015, 49, 23-7.
93. Dedeli, Ö. Kaptan, G. Spirituality and Religion in Pain and Pain Management, *US National Library of Medicine National Institutes of Health, Health Psychol Res*. 2013 Sep 24; 1(3): 29.
94. Koenig, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Published online 2012 Dec 16. doi: 10.5402/2012/278730.
95. Altuğ, F. Yağcı, N. Kitiş, A. Büker, N. Cavlak, U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Yaşlı Sorunlarını Araştırma Dergisi* 2009, (1): 48-60.
96. Rahimi, A. Anosheh, M. Ahmadi, F. Foroughan, M. Exploring spirituality in Iranian healthy elderly people: A qualitative content analysis, *Iran J Nurs Midwifery Res*. US National Library of Medicine National Institutes of Health 2013 Mar-Apr; 18(2): 163–70.

EKLER

EK – I. Özgeçmiş

Mehmet UÇAR 1991 Adıyaman doğumlu. İlköğretim ve lise eğitimini Adıyaman'da tamamladı. 2010-2014 yılları arasında Malatya İnönü Üniversitesi'nde hemşirelik eğitimini tamamladı. 2014-2015 yılları arasında Turgut Özal Tıp Merkezinde hemşire olarak görev yaptı. 2015 yılında göreve başladığı Darende Devlet Hastanesinde halen görev yapmaktadır.

EK – II. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formu

Değerli Katılımcı

Bu anketin amacı, “Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ile Spiritüalite Arasındaki İlişki” hakkındaki görüşleri analiz etmektir. Her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra şıklarda size en yakın bir cevabı (x) işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Mehmet Uçar

1. Kaç Yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
Kadın () Erkek ()
3. Medeni durumunuz nedir?
Bekâr () Evli ()
4. Eğitim düzeyiniz nedir?
Okuryazar () İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite/Yüksekokul mezunu ()
5. Çocuğunuz var mı? Evet -çocuk sayısı () Hayır ()
6. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
İyi () Orta () Kötü ()
7. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
Tek başına () Çocuklarının yanında () Eşiyle birlikte ()
Eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte () Akrabalarının yanında ()
Diğer (açıklayınız)
8. Yaşamınızda kimseden destek alıyor musunuz? (Cevabınız Evet ise açıklayınız)
Evet () Desteksiz ()
9. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
İyi () Orta () Kötü ()
10. Kronik bir hastalığınız var mı? (Cevabınız evet ise nedir?)
Evet () Hayır ()
11. Sosyal Güvenceniz var mı?
Evet () Hayır ()
12. Fiziksel bir engeliniz var mı? (Cevabınız evet ise açıklayınız)
Evet (.....) Hayır ()
13. Yardımcı aygıt kullanıyor musunuz?
Evet () AyYıl Hayır ()

EK – III. WHOQOL-OLD. TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

Yönerge

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

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

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

| No | Sorular | Hiç | Çok Az | Orta Derecede | Çokça | Aşırı Derecede |
|--|--|-----|--------|---------------|-------|----------------|
| 1 | Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir? | | | | | |
| 2 | İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir? | | | | | |
| 3 | Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz? | | | | | |
| 4 | Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız? | | | | | |
| 5 | Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız? | | | | | |
| 6 | Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız? | | | | | |
| 7 | Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor? | | | | | |
| 8 | Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz? | | | | | |
| 9 | Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız? | | | | | |
| Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır. | | | | | | |
| 10 | Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir? | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-----|--------|---------------|-------|----------------|
| 11 | Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız? | | | | | |
| 12 | Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz? | | | | | |
| No | Sorular | Hiç | Çok Az | Orta Derecede | Çokça | Aşırı Derecede |
| 13 | Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz? | | | | | |
| 14 | Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz? | | | | | |
| Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir. | | | | | | |
| 15 | Hayatınızda başardığımız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 16 | Zamanınızı kullanma biçiminden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 17 | Yaptığımız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 18 | Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 19 | Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 20 | Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır? | | | | | |
| 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 | Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz? | | | | | |
| 22 | Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz? | | | | | |
| 23 | İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor? | | | | | |
| 24 | İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor? | | | | | |

EK – IV. Manevi Yönelim Ölçeği

Manevi Yönelim Ölçeği, 7'li likert tipi bir ölçek olup maddeleri olumlu yönde puanlanmakta ve 16-112 puan alınabilmektedir. Ölçek derecelemesi; (1) "kesinlikle katılmıyorum", (7) "kesinlikle katılıyorum" şeklinde. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzeyde bir manevi yönelimi göstermektedir.

YÖNERGE

Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı size verilen maddenin karşısındaki numaralardan birini aşağıda verilen örnekteki gibi daire içine alarak işaretleyiniz.

Örnek madde: Lütfen aşağıdaki maddeyi okuyunuz ve maddeyle ilgili "Kesinlikle Katılmıyorum"dan "Tamamen Katılıyorum"& doğru sizi en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. Sadece bir numarayı daire içine alınız.

* İnsanlar temelde iyidir. 1 2 3 4 5 6 7

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Tamamen Katılıyorum |
|--|----------------------------|------------------------|
| 1 Yüce bir gücün varlığını ruhumun derinliklerinde hissedirim. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2 Bana huzur veren manevi yaşantılarım vardır. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3 İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissedirim. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4 İnsanı nihai noktada, ancak sonsuz bir varlık anlayabilir. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5 Dua/meditasyon, manevi yaşantımın önemli bir parçasıdır. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6 İlahi bir güce olan inancım, hayattaki zorluklarla başa çıkmamda bana yardımcı olur. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7 Bir kimse hayatının anlamını gerçekten ararsa, cevaplar bulabilir. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8 İlahi bir varlığa olan inancım davranışlarım üzerinde etkilidir. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9 Dua/meditasyon bana duygusal destek sağlar. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10 Dua ederek, kendimi inandığım şeye daha yakın hissedebilirim. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11 İlahi bir varlığa olan inancım, hayatıma anlam kazandırır. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12 Manevi boyutla olan iletişimim, ruh sağlığıma iyi gelir. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13 Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissedirim. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14 Dua/meditasyon dinginliğinde bir bütünlük duygusu yaşarım. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15 Doğayı hayranlık içinde seyretmek manevi duygularımı güçlendirir. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16 İnancım çevremdeki insanlarla iletişimimi güçlendirir. | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 |

EK - V. Etik Kurul Onay Formu

| T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu) | | | |
|--|---|--|-----------|
| Oturum Tarihi | Oturum Sayısı | Karar Sayısı | |
| 06.12.2016 | 16 | 2016/16-8 | |
| <p>Karar No: 2016/16-8: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 06.12.2016 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Doç. Dr. Rukiye AYLAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Darende Devlet Hastanesinde Hemşire Mehmet UÇAR'ın "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ile Spiritüel (Maneviyat) Arasındaki İlişki" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına;</u> oy birliği ile karar verildi.</p> | | | |
| Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı |  | Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof. Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi | KATILMADI |
| Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi | KATILMADI |

EK – VI. Manevi Yönelim Ölçeği İzin Yazısı

Gönderen: figen kasapoğlu <figenkasapoglu.721@gmail.com>

Gönderildi: 30 Mart 2016 Çarşamba 19:40

Kime: RUKUYE AYLAZ

Konu: manevi yönelim ölçeği

Hocam merhaba..

Ölçek maddelerini nasıl puanlandığına dair bilgiyle birlikte gönderiyorum..

çalışmanızda başarılar dilerim..

selam ve saygılarımla..

EK – VII.I. Aile Sağlığı Merkezleri Sorumlu Tabipliği İzin İsteme Yazısı

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU TABİPLİĞİNE

İzmir Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü Yüksek Lisans öğrenciyim.
Hımet Aktığınt Nifus Bölgesinde bulunan 65 yaş ve üstü
yaşlı bireylere "Yaşlılarda yaşam kalitesi ile Spiritüelite
(İbne-işfak) ilişkisi" konulu bir anket çalışması
yapmak istiyorum (Ocak-Mart) 3ay süreyle toplamda
368 yaşlı ile görüşmeyi planladığım. Çalışmayı
Karakavak, Adafı-I, Adafı-II, Adafı-III, Çömük, Çavuşpulu,
Zentkari, Harman Ciftliği, Göztepe-3, Bahçebazı Aile
Sağlığı Merkezlerinde" yapmayı planladığım.
Gerekli izinlerin verilmesi hususunda bilgilerinize
arıyorum.

Mehmet UYAR
Muz


İlyas Mah. Kılıbay
Lisei Karşıst. Başakent köyü
Kad: 5 No: 10
Yeşilyurt / Malatya

ASLI GİBİDİR

URUL
Gözetim
İmza

EK - VII.II. Aile Sağlığı Merkezleri Sorumlu Tabiplerinin Araştırma Onay İmzaları



Jem.Dr. Gökçin ÖZKAN ÖZKAR
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Karakayalı Aile Sağlığı Merkezi
30/01/2017


Dr. Hüseyin UZUN
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği
30.01.2017



Dr. Hakan ÖZKAN
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği
30.01.2017

30/01/2017


Dr. Yıldırım ASLAN
Bahçeşehir Aile Sağlığı Merkezi
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği


30.01.2017


Dr. Ayhan KURT
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği
30.01.2017


30.1.2017


Dr. Mustafa ÖZKAN
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği


Dr. Esup ÖZDEMİR
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği

ASLI GİBİDİR


Dr. Mustafa ÖZKAN
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip.Tes.No: 137446
Aile Hekimliği

ASLI GİBİDİR

EK – VIII. Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

MALATYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MALATYA
HALK SAĞLIĞI DESTEK HİZMETLERİ ŞUBESİ EĞİTİM
BİRLİMİ
18/01/2017 13:36 - 56238350 - 772 02 - E 3
00037587087

Sayı : 56238350-772.02
Konu : Mehmet UÇAR'ın Uygulama İzni

MALATYA İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi:09.01.2017 -E.546 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız gereği, Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mehmet UÇAR'ın, Ocak 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ile Spiritüallite (Maneviyat) Arasındaki İlişki" konulu anket çalışmasını anket sonucunu içeren bir raporun kurumumuza gönderilmesi kaydıyla Karakavak, Adafı 1, Adafı-2, Adafı 3, Çöşnük, Çavuşoğlu, Bentbaşı, Hanımın Çiftliği, Göztepe 3, Bahçebaşı Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Kemal ŞENER
Halk Sağlığı Müdürü

Büyükmustafa Paşa Mah. Zapçoğlu Cad.
Faks No:0(422) 3257377
e-Posta:sebahat.cicek@saqlik.gov.tr İnt.Adresi: sebahat cicek 0(422) 326 22 66 (207)

Bilgi için:Sebahat ÇİÇEK
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşli.
Telefon No: