

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

**60 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE HUZUREVİNDE
YAŞAMANIN YAŞLANMA TUTUMU VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Çiğdem KURT

EDİRNE-2018

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

**60 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE HUZUREVİNDE
YAŞAMANIN YAŞLANMA TUTUMU VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

ÇİĞDEM KURT

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2018

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Burcu TOKUÇ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Çiğdem KURT tarafından tez başlığı “ 60 Yaş Üstü Bireylerde Huzurevinde Yaşamın Yaşlanma Tutumu Ve Yaşam Kalitesine Etkisi” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 28/05/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.

İmza

Unvanı Adı Soyadı

JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Faruk YORULMAZ

İmza

Unvanı Adı Soyadı

ÜYE

Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

İmza

Unvanı Adı Soyadı

ÜYE

Doç. Dr. Gamze VAROL

SARAÇOĞLU

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam boyunca birlikte çalışma şansına sahip olduğum, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösterip, sabrıyla ve titizliğiyle çalışmamın istatistiksel analizlerini yapmamda yardımcı olan danışman hocam Prof. Dr. Burcu TOKUÇ'a, eğitimim süresince akademik gelişimimi destekleyen hocalarım Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a, Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK ve Prof. Dr. Galip EKUKLU'ya, benden manevi desteğini esirgemeyip, her zaman yanımda olan eşime ve oğluma, sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
YAŞLILIK VE YAŞLANMA SÜRECİ	3
DÜNYA'DA DEMOGRAFİK YAŞLANMA	4
TÜRKİYE'DE DEMOGRAFİK YAŞLANMA	5
YAŞLANMANIN GETİRDİĞİ SORUNLAR	7
YAŞLILIKTA SAĞLIK SORUNLARI VE SIK KARŞILAŞILAN HASTALIKLAR	8
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	13
YAŞLILARIN YAŞAM BİÇİMLERİ	14
HUZUREVLERİNE TALEP NEDENLERİ	15
EVDE BAKIM HİZMETLERİ	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	24
TARTIŞMA	38
SONUÇ VE ÖNERİLER	46
ÖZET	48
SUMMARY	50
KAYNAKLAR	52
ŞEKİLLER LİSTESİ	60
ÖZGEÇMİŞ	64
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AYTA-TR	: Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi-Türkçe
DALYs	: Disability-Adjusted Life Year
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HALE	: Healthy Adjusted Life Expectancy
IDF	: International Diabetes Federation
MOS SF 36	: Medical Outcomes Study Short Form 36
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UHY-ME	: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması

GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumların yaş ortalamaları göstergeleri arasında yer alan doğušta beklenen yaşam süresi değerlendirildiğinde; bu değerlerin bütün ülkeler genelinde önceki yüzyıllara göre nispeten arttığı gözlenmektedir. Ancak bu artışın ülkeler, toplumlar ve bölgeler arasında eşit olmayışı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir ayrıcalık olarak tanımlanan “sağlıklı yaşlanabilme” hedefine eşit olarak ulaşmak için, ülkelerin sosyoekonomik koşullarında iyileşme ve beraberinde güçlü bir halk sağlığı politika ve uygulamalarına ihtiyaçları vardır (1).

Doğumdan itibaren ortalama yaşam süresinin dünya genelinde istatistiksel olarak yükselmesi, sağlıklı yaşlanmanın önemini artırmakla beraber, yaşanan yılların kalitesi de daha fazla dikkat edilir hale gelmiştir. Dolayısıyla "yaşam kalitesi kavramı" bütün toplumlarda ileri doğru değişim gösteren evrensel, dinamik bir kavram haline gelmiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde; amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarını tanımlar (2). Toplum sağlığının değerlendirilmesinde; sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kullanılması, toplumu oluşturan bireylerin tek tek tıbbi ve psikososyal hizmetlere ulaşım kolaylığı ve (hasta mahremiyetinin dikkate alınması şartıyla) bu sektörler arasındaki iletişimin derecesi önem arz etmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi aynı zamanda yaşlı ve bakıma muhtaç kişilere yönelik hizmet sunan kurum ve kuruluşların performanslarının değerlendirilmesini de kolaylaştırmaktadır (2). Yaşam kalitesini değiştiren durumların başında yaşlılık dönemi gelmektedir (3).

Son yıllarda bu konulardaki çalışmaların sayısı artmıştır. Bunun özellikle yaşlı insanların yaşam kalitelerine odaklanmasının nedeni, son elli yılda yaşlı nüfusunun artışı ve gelecek yüzyılda da artışın devam edeceğinin bilinmesidir (4).

Yaşlılıkla ilgili politika ve programlar geliştirilirken bireylerin yaşam beklentisini uzatmaktan ziyade, yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanılmakta ve sonuç olarak aktif, katılımcı, bağımsız, sağlıklı, huzurlu ve başarı oranı yüksek bir yaşlanma amaçlanmaktadır. Bireylerin ve toplumların yaşlanması ele alındığında, yaşlıların toplum içerisindeki statüleri ve kişisel verimlilikleri o toplumdaki yaşam kalitesini belirleyen önemli bir olgu olarak karşımıza çıkar (5).

Hastalık, engellilik veya zamanla ortaya çıkan bedensel güçsüzlük nedeniyle günlük yaşam etkinliklerinde kısıtlı, bu yüzden başka kimselerin yardımına veya bakımına ihtiyaç duyan yaşlıların durumuyla ilgili bilgiler ve onların durumunu açıklayan uygun bir teorik perspektif, yaşlılara ve onların bakımını yapan bireylere daha iyi yaşam koşullarının yaratılmasına katkı sağlayacaktır (6).

Bu çalışmada, 60 yaş üstündeki bireylerin, Kırklareli Huzurevi, Edirne Huzurevi ve Lüleburgaz Ramazan Yaman Huzurevi Ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşamasının yaşlılık tutumlarına ve yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Tüm bunlar yaşlılık döneminin daha kaliteli geçirilmesini sağlamaya yönelik adımlardır. Nüfusumuzun yaşlanmasıyla ve endüstrileşmeyle birlikte huzurevlerinin, gelecekte çok daha fazla önem kazanacağı açıktır. Gittikçe yaşlanan ve huzurevi gibi merkezlerde yaşamanın arttığı bir toplumda, yaşlı bireylerin huzurevinde kalmasının yaşlılık tutumlarını ve yaşam kalitelerini nasıl etkilediği belirlenecek ve bu tür yerlerde yaşam kalitesini arttırmak için ne gibi değişiklikler yapılması, ne gibi önlemler alınması gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır. Yaşlı kişiler kimi zaman huzurevlerinde kalmalarını aileden uzaklaştırılma ve istenmeme olarak algılamaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında buralarda kalan yaşlıların yaşam kalitesinin yeterli düzeye çıkarılması için girişimlerde bulunulması yaşlıların en azından bu kurumlarla ilgili sıkıntılarını azaltacak ve huzurevlerinin artan yaşlı nüfus için daha iyi bir alternatif olmasını sağlayacaktır.

GENEL BİLGİLER

YAŞLILIK VE YAŞLANMA SÜRECİ

Yaşlılığın pek çok tanımı bulunmaktadır. Bunlardan birisi de, çevresel faktörlere uyum sağlama yeteneğinde azalmadır. Başka bir tanımla yaşlılık dönemi daha önceki yaşlarla karşılaştırıldığında, bedensel ve zihinsel işlevlerindeki bozulmanın belirgin olarak arttığı dönemdir. Yaşlanma, insan vücudunda zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan ve geriye dönüşü olmayan dejeneratif değişikliklerdir (5).

Yaşlılıkla ilgili tanımlar sürekli değişmekte ve çeşitlilik göstermektedir. Çünkü değişen yaşam koşulları, çevresel, sosyal ve ekonomik dinamikler sürekli değişmektedir. Bu nedenle yaşlılık da aynı zamanda değişen bir süreçtir. Dolayısıyla herkes tarafından kabul edilebilecek tek bir tanımlı yapılamamıştır (7,8).

Genel olarak 60 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilir, fakat yaşlılık sınıflandırılması ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan beklenen yaşam süresine göre değişiklik göstermektedir (7,8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı bir sınıflandırmaya göre;

45-59 yaş arası orta yaş,

60-74 yaş arası yaşlılık,

75-89 yaş arası ileri yaşlılık,

90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır (9).

Yaşlanmaya bağlı olarak, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklere **biyolojik yaşlılık**, buna bağlı olarak organlarda meydana gelen değişikliklere **fizyolojik yaşlılık**, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam

şeklinin değişmesine **duygusal yaşlılık**, aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında, toplum içinde fonksiyonların devam ettirilmesine ise **fonksiyonel yaşlılık** denir (9). Özellikle biyolojik ve fizyolojik yaşlılıktaki farklılıkların en büyük nedenlerinden birisi genetik faktörler, diğerleri ise çevresel ve ekonomik faktörler olduğu göz önüne alındığında, toplumlar arasında yaşlılıktaki yaşam kaliteleri arasında büyük farklılıkların ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Yaşam kaliteleri aralarındaki bu farklılıklar duygusal ve fonksiyonel yaşlılığın da sınırlarını değiştirdiği için bu süreç kısır bir döngü haline gelmektedir (9,10).

Henry Ford ‘Yaşı ellinin üzerinde olan insanın tecrübesini ve karar verme kabiliyetini yeryüzünün dışına çıkarın, geriye dünyanın varlığını garanti altına alacak pek bir şey kalmaz’ diyerek, yaşlılığın ve yaşlıların toplumsal süreçteki yerini ve değerini asla kaybetmeyeceğini vurgulamıştır (11).

Yaşlılığın, toplumsal, bireysel, kültürel ve ruhsal faktörlere bağlı, belli başlı alanlarda kayıpların meydana geldiği, fakat bazı alanlarda da kazançların elde edilebildiği bir dönem olduğu bilinmeli ve yaşlılık üzerine mümkün olduğunca erken kafa yorulmalıdır. Sadece bireylerin değil, toplumun da bu konu üzerinde durması şarttır (11).

DÜNYA’DA DEMOGRAFİK YAŞLANMA

Demografik anlamda yaşlanma, toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasını ifade eder (12).

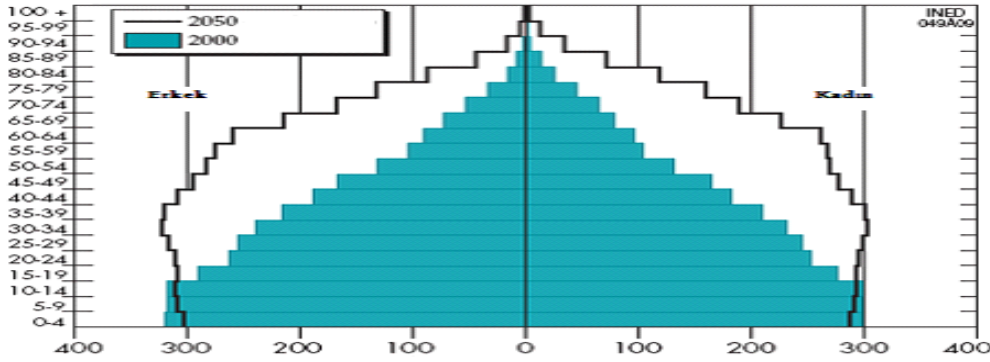
Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması, yaşlı insanların payının göreceli olarak artmasıdır (13,14).

Küresel yaşlanma süreci “demografik dönüşüm” olarak adlandırılmaktadır. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmekte, mortalite ve fertilitede azalma ile birlikte doğumdan sonra beklenen yaşam süresinde artış olmakta, çocuk ve gençlerin nüfus içinde oranı azalırken, yaşlıların yüzdesi artış göstermektedir (13,15,16). Ancak bunun nispeten tersi bir durum vardır ki, o da gelişmemiş veya az gelişmiş bazı ülkelerde ortaya çıkan gerek savaşlar, gerekse endemik hastalıklardır. Bunlar da ek olarak yaşlılık sürecini ve o süreçteki yaşam kalitesini doğrudan değiştiren etkenlerdir (17,18).

Günümüzde, Dünya’daki gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir ve bu yaş grubunun 2020 yılında 232 milyona, 2030’da ise 1,4 milyara ulaşacağı düşünülmektedir. 65 yaşın üzerindeki nüfus her yıl % 2.7 oranında artmaktadır. Günümüzde en yaşlı nüfusa sahip olmasına rağmen Avrupa, Japonya ve

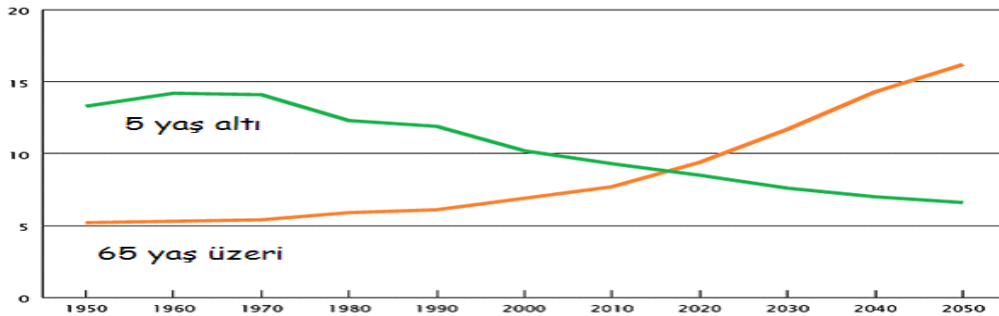
Amerika'nın gelecek 30 yıl içerisinde 65 yaşın üzerinde insan sayısında % 40' lük bir artış olacağı tahmin edilmektedir (19,20).

Yaş dağılımında uluslararası göçlerin rolünün az sayıda ülkede etkili olduğu bilinmektedir. Şekil 1' de dünya nüfusunun yaşa ve cinsiyete göre 2000 ve 2050 yıllarındaki durumu gösterilmektedir (13,15,17).



Şekil 1. Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050

Şekil 2'de de dünyada çocuklar ve yaşlıların nüfus içindeki oranlarının değişimi gösterilmiştir (13,16).



Şekil 2. Dünyada çocuklar ve yaşlıların nüfus içindeki oranlarının değişimi: 1950-2050

TÜRKİYE'DE DEMOGRAFİK YAŞLANMA

Dünya ülkelerinde ve ülkemizde yaşlı sayısının giderek artması, genel olarak farklılıklar gösterse de tıbbi, bilimsel ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak hastalıkların erken teşhis, tedavisi ve önleyici sağlık hizmetleri sayesinde doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması, doğrudan yaşam süresini ve 65 yaş üstü nüfus sayısını artırmıştır (21,22,23). Tablo 1'de cinsiyete göre doğuştan beklenen yaşam süresine baktığımızda bir artış olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Cinsiyete göre doğuştan beklenen yaşam süresi

Yıl	Toplam	Erkek	Kadın
2013	76.9	74.7	79.2
2015	77.1	74.9	79.4
2017	77.3	75.1	79.6
2023	77.9	75.8	80.2

TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2015-2023 (24)

Tablo 2. Yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı, 1935-2075

Yıl	Toplam Nüfus (Bin)	Yaşlı Nüfus (65+) (Bin)	Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı
1935	16.158	628	3.9
1955	24.065	822	3.4
1975	40.348	1.853	4.6
2000	67.804	3.859	5.7
2007	70.586	5.000	7.1
2009	72.561	5.083	7.0
2011	74.724	5.491	7.3
2012	75.627	5.682	7.5
2013	76.668	5.892	7.7
2014	77.696	6.193	8.0
2015	78.741	6.495	8.2
2023	84.247	8.624	10.2
2040	92.258	15.243	16.5
2050	93.476	19.485	20.8
2060	92.717	22.248	24.0
2070	90.589	24.156	26.7

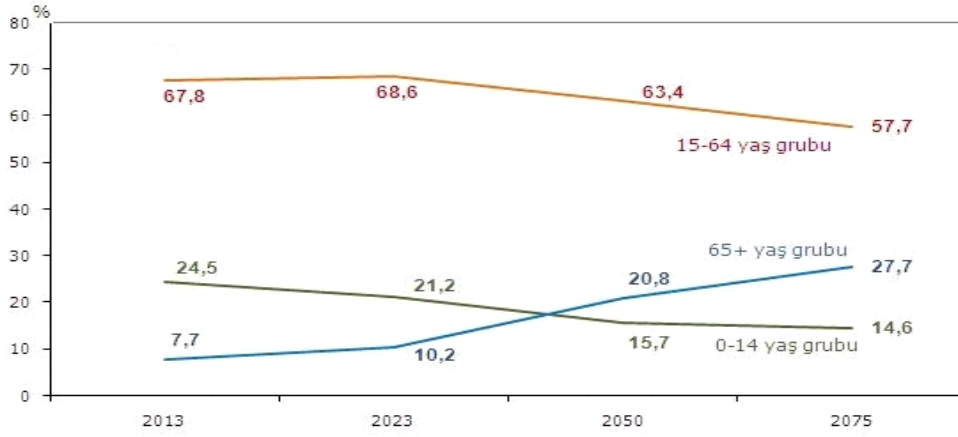
TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-1990-TÜİK, Nüfus Tahminleri, 2000-2006

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2007-2015-TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075 (24)

Tablo 2’de görüldüğü gibi Türkiye’nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında % 10.2’ye yükselerek yaşlı nüfus yapısına sahip ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir.

65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında % 7.5’tir. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında % 10.2, 2050 yılında % 20.8, 2075 yılında ise % 27.7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun % 10’u geçmesi nüfustaki yaşlanmanın önemli bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Ülkemizde yaşlı nüfusun artış oranı, diğer yaş gruplarındaki artışa göre daha fazladır (Şekil 3). Buradan genel nüfustaki artış oranıyla kıyaslandığında yine yaşlı nüfusun artış sürecinde olduğu görülmektedir (25).



Şekil 3. Türkiye’de nüfusun yaş yapısının değişimi, 2013-2075

YAŞLANMANIN GETİRDİĞİ SORUNLAR

Yaşlılıkta sosyal statü ve prestij kayıplarının yanı sıra sosyal paylaşım alanları (ev, aile, iş, dost ve arkadaş grupları) ve sağlık gibi etmenlerde kayıplarla da karşılaşmaktadır. Sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal sonuçlarından ziyade, doku ve organlardaki rezerv kapasitesinin azalması, çevresel etmenlere uyum sorunları ve sonuç olarak bozulmuş bir homeostaz ile olur. Bununla beraber yaşla artan kanser, diyabet, akciğer hastalıkları gibi hastalıklar görülür. Ek olarak dejeneratif kas-iskelet sistemi hastalıkları, artan kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar (özellikle demans, parkinson, inme ve inmeye bağlı hemiplejik-paraplejik vs hastalıklar), bunlara bağımlı ya da bağımsız travmatik ve psiko-sosyal hastalıklar, yetenek kayıpları vs. yaşlılık sürecini ve kalitesini doğrudan etkileyen ve aynı toplum içerisinde bile norm değişikliklerine neden olan faktörler olarak ortaya çıkar. Sonuç olarak günlük yaşam aktivitelerinde sınırlı, bir başkasına bağımlı ve ekonomik maliyeti yüksek bir yaşam ortaya çıkar (26).

Sosyal Sorunlar

Yaşlılık dönemindeki bir diğer sorun sosyal uyum sorunudur. Bu sorunun şiddeti yaşlıların ve bakımını yapacak kişilerin sosyo-kültürel ve ekonomik seviyeleriyle ters orantılı olarak değişmektedir (27,28).

Yaşlılık döneminde emeklilik sonrası ya da öncesi çocukların ayrı bir evde yaşamaları sonucu aileler gittikçe küçülmektedir. Özellikle eşlerin kaybedilmesiyle birlikte ortaya çıkan yalnızlık, sadece sosyal aile yapısı ile çözülebilecek bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılık ve yalnızlık sorunu, tüm dünyadaki yaşlıların ortak bir sorunu olsa da,

çözümleri konusundaki farklılıklar da kaçınılmazdır. Bu farklılıklar yine o toplumun ya da ailenin sosyo-kültürel ve ekonomik seviyesinden kaynaklanmaktadır (21,29,30).

Yaşlılık döneminin en çok sorun olan kısmı, yaşlı kimselerin bakıma muhtaç hale gelmesidir. Bu tür yaşlıların bakımları ya kurumlar ya da aile ve akrabalar tarafından gerçekleştirilse bile bu dönemde, sorunların çözümü küçülen aile yapıları da göz önüne alındığında iyice zorlaşmakta ve bu doğrultuda yeni oluşumları zorunlu kılmakta ve özel bakım merkezlerinin önünü açmaktadır (31,32).

Ekonomik Sorunlar

Diğer bir yaşlılık sorunu da hiç kuşkusuz ekonomik sorunlardır. Ekonomik yetersizlikler nedeniyle birçok yaşlı ciddi sosyal ve psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunların şiddeti ülkenin ekonomik düzeyiyle ilgili olmakla beraber ailenin gelirini sağlayan kişinin (özellikle eşin) ölmesiyle de doğrudan ilgilidir (27,28).

Yaşlılık döneminde ekonomik gelirden azalmayla beraber, işsizlik artışı mevcuttur. Özellikle yoksul kesimlerdeki kronik işsizlik, sosyal güvence eksikliği, ücretlerdeki düşüklük ve ücret belirlemede yaş faktörünün hesaba katılması, yaşam kalitesini iyice düşürmektedir. Yaşlılar gelir elde edebilmek için ek iş yapmak durumunda kalmaktadır (33). Bireyler yaşlandıkça daha az çalışmakta, üretmekte ve kazanmaktadırlar (34,35).

Yaşlılıkta yoksulluk konusunda üzerinde durulması gereken bir diğer husus da; sosyal güvencesizlik, düşük maaşları ve ortalama yaşam sürelerinin erkeklerden daha yüksek olması nedeniyle kronik hastalıkların kadınlarda daha yüksek olması ve bu nedenle kadın yoksulluğunun daha derinden yaşanmasıdır. Ülkemizde yaşı altmışın üzerinde olan 3,2 milyon kadının yüzde doksanından fazlası yoksulluk sınırının altında kalan bir gelire yaşamını sürdürmektedir (33).

YAŞLILIKTA SAĞLIK SORUNLARI VE SIK KARŞILAŞILAN HASTALIKLAR

Özellikle kronik hastalıklar olmak üzere, yaşlılığın her aşamasında kişinin sağlık durumu yaşam kalitesini sürekli olarak ve doğrudan etkilemektedir (4,36,37).

Tablo 3. Dünyada Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre 60 Yaş ve Üzeri Grup İçin Hastalık Yükü Nedenleri (%) (3,38)

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

Yaşam kalitesinin azalmasının ilk sebebi yaşlılık dönemidir. Tablo 3’de görüldüğü gibi ekonomik seviyesi yüksek ve düşük olan toplumlarda istatistiksel olarak birbirine yakın diyeceğimiz bir hastalık olarak alzheimer dikkati çekmektedir. Bunun haricinde işitme kaybı, osteoartrit ve iskemik kalp hastalıkları ve görme bozuklukları gibi hastalıklar toplumun ekonomik seviyesiyle ters orantılı olarak değişmektedir (3,38). Bu hastalıklar bireylerin yaşam kalitelerini yakından etkilemektedir (3).

Tablo 4. Türkiye’de 60 yaş ve üzeri grupta ölüme ve DALYs’e neden olan ilk on hastalık (UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye)

SIRA	ÖLÜM NEDENLERİ	HASTALIK YÜKÜ(DALYs)
1	İskemik kalp hastalıkları	İskemik kalp hastalıkları
2	Serebrovasküler hastalıklar	Serebrovasküler hastalıklar
3	KOAH	KOAH
4	Hipertansif kalp hastalıkları	Diyabet
5	Trekea, bronş ve akciğer kanserleri	Hipertansif kalp hastalıkları
6	İnflamatuvar kalp hastalıkları	Alzheimer ve diğer demans biçimleri
7	Alt solunu yolu enfeksiyonları	Trekea, bronş ve akciğer kanserleri
8	Diyabet	Osteoartritler
9	Mide kanseri	İşitme kayıpları
10	Mesane kanseri	İnflamatuvar kalp hastalıkları

Tablo 4'te Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasına göre (2000) Türkiye'de 60 yaş ve üzeri grupta meydana gelen ölümlerin ilk on nedeni, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), hipertansif kalp hastalıkları, trakea, bronş ve akciğer kanserleri, inflamatuvar kalp hastalıkları, alt solunum yolu enfeksiyonları, diyabet, mide ve mesane kanseridir (39,40).

Gelişmekte olan ölkelerdeki yetişkin ölümlerinin % 42'si 60 yaş ve üzeri grupta meydana gelirken, gelişmiş ölkelerde bu oran % 78'dir. Bütün dünyada bugün 60 yaşına ulaşan kişilerin yaklaşık yarısı (% 45) 80 yaşına kadar yaşamaktadır. Gelişmekte olan ölkelerde 60 yaşındaki bir kişinin 80. doğum gününü görme olasılığı %40, gelişmiş ölkelerde ise % 60'tır (39,41).

Uzun yaşamak kadar sağlıklı ve yeti kaybı olmaksızın yaşamak da önem taşımaktadır. Bu nedenle hastalık ve yeti kaybı olmaksızın geçirilebilecek yılların hesaplanmasına yönelik olarak geliştirilen 'Doğumda Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi' (HALE; Healthy Adjusted Life Expectancy) Türkiye için 2007'de 66 yıl olarak hesaplamıştır (39,42).

Yaşlılıktaki sağlık sorunlarının ortaya konmasıyla ilgili diğer bir sorun da, ortaya çıkan problemlerin yeterince ortaya konamaması ve teşhis-tanı sürecindeki aksaklıklardır. Tanı konmamış sağlık sorunları, yaşlılarda birtakım nedenlerle genç yaş grubuna göre daha sıktır. Buzdağı fenomeni olarak tanımlanan bu duruma neden olan faktörlerin başında, yaşlının sağlık kurumlarına gençlere göre daha az başvurması, yakınmalarını olağan kabul edip daha az bildirmesi ya da bildirmemesi, belirtileri göz ardı etmesi, hastalık korkusu nedeniyle hiç hekime başvurmaması, sağlık kuruluşlarının yaşlı gruba ilgisinin az olması, yaşlılarda yeterli tıbbi inceleme yapılmaması, hekimlerin tanı koymada yetersiz kalması gibi nedenler bulunmaktadır. Aynı zamanda yaşlılar, idrar kaçıırma, anormal kanamalar, depresyon vs gibi bazı hastalıkları utanılacak şeyler olarak değerlendirmekte ve bu nedenlerle sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısını etkilemektedir. Bunun haricinde demans, görme, işitme yetersizlikleri ve lokomotor yeti yitimi gibi sağlık sorunlarının varlığında diğer yaş gruplarına göre 60 yaş üstü grup sağlık kurumlarına daha az başvurmaktadır (39,43-46).

Yaşlılarda ortaya çıkan hastalıkların tedavi protokollerinde reğeteleri düzenlenirken, hastanın takvim yaşından ziyade fizyolojik yaşı dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda tedavi maliyetleri ve morbidite-mortalite oranları da dikkate alınarak, koruyucu yaklaşımlarla beraber erken teşhis ve tedavilerle ileri yaş grubunun yaşam kalitesi artırılacaktır (47-51).

Genellikle 65 yaş üstü bireylerde hastalık sayısı birden fazla olmakla beraber, sekonder hastalıkların sayısı da artmaktadır. Ülkemizde iki binli yıllarda yapılan çalışmalarda on yaşlının dokuzunda kronik ama bulaşıcı olmayan en az bir hastalık olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; diyabet, kalp yetmezliği, hipertansiyon, astım, osteoartrit gibi kemik eklem hastalıkları, görme bozuklukları, serebro-vasküler hastalıklar ve felçlerdir. Bu yaş grubundaki diğer sorun hastalığın belirlenememesidir. Yaşlılardaki hastalıklar bazen atipik bulgularla ortaya çıkabildiği gibi, yaşlılıkta normal kabul edilen yanılardan da kaynaklanabilir (5).

Yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları ve özellikleri kısaca şöyle özetlenebilir:

Kalp-damar Hastalıkları (KDH): Bu grup içerisinde pek çok hastalık tanımlanmıştır. Ancak ileri yaş grubunda en sık karşılaşılanlar kalp krizi (enfarktüs) ve inme (felç) olup KDH içinde dünya genelinde en önemli, aynı zamanda önlenebilir ölüm nedenleri arasındadır. TEKHARF Çalışması'nda, 2009 yılı taramasında koroner ve serebrovasküler ölümler genel mortalitede yarıdan yüksek paya sahip bulunmuştur. Koroner kökenli ölümler 45-74 yaş kesiminde 1000 kişi-yılında 5.2 gibi bulunup, yüksekliğini sürdürmektedir (47,52).

Hipertansiyon: Kalp-damar hastalıkları içinde yer alan ve özellikle hayati organlarda, multiple organ hasarına neden olabilen yüksek tansiyon, erken tanı ve diyet alışkanlıklarının değiştirilmesiyle önlenebilen bir hastalıktır. Aksi takdirde yaşlının yaşam boyu bağımlı kalmasına yol açabilecek, yaşam kalitesini etkileyebilecek sekonder sorunlara neden olabilir (42). Düzenli kan basıncı takibi, hiperlipideminin önlenmesi ve 65 yaş üstü riskli hastalarda (sigara içen, diyabetik, hipertansif) tarama yapılması önerilmektedir (47,52).

DSÖ 'ye göre 2000 yılında dünya genelinde meydana gelen yaklaşık 55 milyon ölümün 7 milyondan fazlası hipertansiyona bağlı olaylar nedeniyle oluşmuştur. Hipertansiyon, sık görülmesi ve uzun süreli bir hastalık olması nedeniyle sağlık harcamalarının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Örneğin ABD'de 2006 yılında hipertansiyonun toplam maliyetinin 63,5 milyar olduğu hesaplanmaktadır (53).

Diabetes Mellitus: İleri yaşlarda görülen diyabet semi-letal genetik faktörlere bağlı olabileceği gibi beslenme alışkanlıklarına, obesiteye, travmalara ve strese bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kan şekerinin sürekli olarak yüksek seyretmesi, diğer doku ve organlarda nöropatik ve kapiller sistem hasarına yol açarak kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, körlük ve inme gibi daha birçok sinir sistemi hasarına neden olurlar (5).

Dünya genelinde diyabet vakaları hızla artmaktadır. 1985 yılında tüm dünyada 30 milyon diyabetli varken, bu rakam 2000 yılında 156, 2003'te 194, 2007'de ise 246 milyona yükselmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) üye ülkelerinden elde ettiği verilerden yaptığı değerlendirmelerde bu artış çarpıcı bir şekilde görülmektedir. 2000 yılında yapılan projeksiyonda, 2025 yılı için 300 milyon diyabetli olacağı tahmin edilirken, 2007 yılındaki yeni projeksiyonda bu rakam 380 milyona çıkarılmıştır (53).

Kanserler: Yaşın ilerlemesi ile birlikte hem kanserler daha sık görülmekte, hem de kansere bağlı ölümler artmaktadır. Ülkemizde yaşlı erkeklerde en sık görülen kanser akciğer, kadınlarda da meme kanseridir (5). Görülme sıklığı ve oluşturduğu ekonomik yük dikkate alındığında kanser, Türkiye'nin de en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Eldeki verilere göre her yıl ülkemizde 150 bin dolayında yeni kanser vakası görülmekte ve 90 bin dolayında kişi kanser nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (39). Türkiye'de 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8 kadınlarda yüz binde 173,6'dır. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 210,2'dir (54).

Kronik tıkalı akciğer hastalığı (KOA): Solunum sisteminin kronik gidişli hastalıkları arasında olan kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA) bütün dünyada hastalık yükü sıralamasında kadın ve erkeklerde 10. sırada yer almaktadır (38,39). Türkiye'de ise KOA hastalık yükü sıralamasında 8. sırada bulunmaktadır (39,41). Hava yollarındaki tıkanıklık ile kendini gösteren bu hastalığın en önemli nedeni tütün kullanımınıdır (5). Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de içte birinden sorumlu bulunmuştur (55). Bu nedenle toplumda tütün kullanımının önlenmesi ile bu hastalıktan önemli ölçüde korunulabilir. Bu nedenle toplumda tütün yasağının güçlenerek sürdürülmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi KOA'nın önlenmesi açısından önemlidir (39).

Kas iskelet sistemi hastalıkları: Yaşlılıkta en sık görülen hastalık grubu olup hayati riskleri düşük olsa bile hareket kısıtlılığı ve bağımlılığa neden olarak yaşam kalitesini bozan ciddi bir hastalık grubudur.

Bununla beraber, özellikle yaşlı kadınlarda daha fazla görülen osteoporozla bağlı olarak daha çok vertebralarda görülen çökme kırıkları hem tedavilerinin çok zor olması hem de ortaya çıkan nörolojik hasarlardan dolayı özellikle hem hayati riskler içeren hem de yaşam kalitesini en olumsuz etkileyen hastalıklardan birisidir (5).

Demans: Yaş ilerledikçe görülme sıklığı, derecesi ve yaygınlığı son zamanlarda %5-10 arasında değişmekle beraber sürekli artan önemli bir sağlık sorunudur. Yaşlılarda görülen en sık demans tipi alzheimer olup, sürekli olarak hastalığın ilerlemesi nedeniyle hastanın bakımı zorlaşmakta, bağımsızlığı azalmakta, ve çok ciddi bakım ve takip gerektirmektedir. Yaşlı nüfusun artması, bu nüfus için daha sağlıklı koşulların oluşturulması ve yeni sağlık-sosyal güvence sistemlerini gündeme getirmiştir. Yaşlı nüfustaki bilişsel bozuklukların oranını ve artış hızını belirlemek hem sağlık hizmetlerinin planlanmasında hem de uygulama aşamasında önemli bir kolaylık sağlayacaktır (54).

Depresyon: Yaşlılık döneminin en sık akıl sağlığı problemlerinden birisi de depresyondur. Bu dönem birçok kaybın yaşandığı bir dönem olması itibariyle yaşlıların eski yeteneklerinin azalması ya da kaybolması, ölümler, ayrılıklar vs gibi ailesel sebepler, iş gücü kayıpları veya iş kayıpları nedeniyle ortaya çıkan sosyo-ekonomik problemler, sosyal statü kayıpları ve daha sayılabilecek birçok sebepten dolayı depresyon kaçınılmaz bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyonla mücadele ederken bu sorunların da çözümüne yönelik sosyo-kültürel girişimler birçok yaşlı için büyük oranda ilaçsız bir tedavi yolu olacaktır (5).

Görme – İşitme Bozuklukları: Pek çok yaşlıda görme ve işitme yetersizlikleri görülmektedir. Gözlük ve işitme cihazlarının kullanılması işitme ve görmeye bağlı sorunların çözümünü kolaylaştırır bile, bunların verimli kullanılıp kullanılmadığının takibinin çok iyi yapılması ve bu tür cihazların teknik bakımlarının düzenli olarak yapılması gereklidir. Dolayısıyla bu hizmetlere ulaşım sorunu da ortadan kaldırılmalıdır (5).

Kazalar: Kazalar yaşlılarda çok sık görülen beklenmedik olaylardır. Özellikle ev içi kazaları yaşlılarda karşılaşılan en sık kaza türüdür. Ölüm, doku-organ kayıpları ve felçlere neden olabilmeleri açısından aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bunun tekrar edebileceği korkusu ise yaşlılarda yaşama katılmayı engellemesi açısından önemli bir sekonder sorundur (5). Düşen yaşlıların üçte birinde kırıklar olmaktadır. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin her yıl en az bir kez düştükleri tahmin edilmektedir. Bu oran 85 yaş ve üzerindeki bireylerde 65-69 yaş grubuna göre sekiz kat artmaktadır. Yapılan egzersiz yaşlılarda düşme insidansını azaltır (53).

Düşme dışında yanma, zehirlenme, kesici delici aletle yaralanma, elektrik çarpması, boğulma da yaşlılarda görülebilir (5).

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

Kişilerin etkinlik ya da etkinliğe katılma seviyesini; yaştan ziyade kişinin yaşam biçimi, çevresel ve sosyo-kültürel yapı etkilemektedir. Dengeli beslenme, düzenli egzersiz ve benzer yaşam aktiviteleriyle, fiziksel sağlık ve etkinliğin yüksek tutulması sağlanabilir. Özellikle egzersiz birçok yaşlının fizyolojik yaşına göre değişik seviyelerde katılım sağlayabileceği bir aktivitedir. Bu nedenle egzersiz seçimi, aynı zamanda yaşlının sağlık durumuna göre yapılmalıdır (7,55).

Yaşlılara yönelik sağlık hizmeti sunulurken amaç, yaşlıların işlevsel kapasitelerinin korunması ve hatta artırılmasına yönelik olmalıdır. Çoğunun kronik hastalıklar nedeniyle hareket kabiliyetlerinin azaldığı dikkate alınırca, öncelik bu kaybın durdurulması ve takibinde kayıpların yeniden kazanılmaya çalışılması olmalıdır. Bununla beraber işlevsel olarak bağımsızlığını koruyabilen hastalar ise, süreç içerisinde bu bağımsızlıklarını kaybetme tehlikesiyle karşı karşıyadırlar (7,58). Bu noktada önleyici sağlık hizmetlerinin sunumu ve uygulanabilir hale getirilmesi hayati önem taşımaktadır.

YAŞLILARIN YAŞAM BİÇİMLERİ

Günümüzde gelişmiş birçok ülkenin yaşlı nüfusun bakım maliyetini karşılamakta zorlandığı; gelişmekte olan ülkelerin ise sosyal hizmet alt yapılarının bulunmaması, ekonomik ve aile yapısındaki değişiklikler nedeniyle gelişmiş ülkelere daha büyük sorunlarla karşılaşacağı belirtilmektedir (59). Gelişmişlik ve kentleşme ile ailelerin küçülmesiyle çocukların yaşlılarına bakması giderek zorlaşmaktadır. Doğurganlığın azalmasıyla gittikçe daha az çocuk sahibi olma, coğrafi uzaklık vb. nedenlerle yaşlıya bakacak kişi sayısı da azalmaktadır.

Ülkemizde yaşam şartlarının değişmesiyle, özellikle sanayileşme ve buna bağlı kentsel büyümeler geniş aile yapısını da değiştirmiş ve çekirdek aile sayısında hızlı bir artışa neden olmuştur (59). Özellikle büyük şehirlerde ve metropollerde ailede eşlerin her ikisinin de iş hayatına katılmış olması ve çekirdek aileler için tasarlanmış evlerde oturmaları uzak mesafelerde ya da farklı şehirlerde yaşayan yaşlı ebeveynlerinin bakımını daha da zorlaştırmaktadır (32,60,61).

Kentsel yaşam koşullarının değişmesine bağlı olarak yaşlılar, kendilerine bakmakla yükümlü olanlara bir sorun haline gelmiş ve yükleri sürekli artmaya başlamıştır. Özellikle sosyo-ekonomik olarak geri olan ailelerde, bu sorunun şiddeti daha belirgin olarak

görülmektedir. Kaybedilen manevi duyguların ve saygınlığın azalması da, yine bunların doğal bir sonucu olarak yaşlılık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Aile için “yük” olarak nitelendirilen yaşlı ve yaşlının bakımı, günümüz koşullarında sorunların daha fazla yaşanmasına neden olmakta, yaşlı ile bakım verenler aile yaşamındaki değişikliklerden en çok etkilenen grup haline gelmektedir (32,60-64).

Yaşlılık sorunlarıyla mücadele, o toplumun sosyo-kültürel seviyesine göre değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlılar çoğunlukla huzurevleri ve yaşlılar için geliştirilmiş toplu yaşam alanlarında yaşarken, Türkiye'de halen güçlü olan aile bağları nedeniyle huzurevi seçimi daha az olmaktadır. DPT' nin 2005 yılında ülke genelinde yaptığı aile yapısı çalışmasında, yaşlıların %63'ünün yalnız, %36'sının çocukları ile birlikte, %1'inin kurumlarda yaşadığı saptanmıştır (65,66).

Türkiye'de ve benzer gelişmekte olan ülkelerde devletin tüm yaşlılar için sosyal güvence sağlayamaması nedeniyle bu gibi ülkelerde aile kurumu, yaşlıların bakımında zorunlu olarak önemli bir rol almaktadır. Sosyal güvencesi olan yaşlıların emekli maaşları, bu paradan faydalanmak isteyen aile bireylerinin o yaşlının bakımını üstlenmesini kolaylaştırmaktadır. Özellikle bu durum Türkiye'de yaygın olarak görülmektedir. Buna rağmen, çocukları tarafından bakılamayan ve dışlanmış yaşlıların sayısı da hızla artmaktadır. Bu nedenle yaşlıların bakım ve barınma sorunlarını çözecek kurumlara ve yeni oluşumlara her zaman ihtiyaç olacaktır (67).

HUZUREVLERİNE TALEP NEDENLERİ

Yaşlı bakım hizmetlerinin ve yaşlılara yönelik kamu hizmetlerinin biçimi yasalarla belirlenmiştir. Burada amaç korunmaya ya da bakıma muhtaç aile, çocuk, sakat kişilere sosyal hizmetin götürülmesi ve etkinliklerin düzenlenmesidir. Bu yasaya bağlı olarak 24.11.1984 tarihinde 18585 sayılı resmi gazete de yayınlanarak yürürlüğe giren ‘Huzurevi Yönetmeliği’ ülkemizde huzurevlerinin kuruluş ve görevlerinin açıklamaktadır. Bu yönetmeliğe göre Huzurevleri, ‘Desteksiz yaşamı sıkıntısız olarak sürdürmeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık mutluluklarını sağlamak; onların fiziksel, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için’ kurulmuştur (68-70).

Bakıma muhtaç yaşlıların sayısı, demografik gelişmelere bağlı olarak artmaktadır. Kurumsal bakım altındaki yaşlıların sayısı azdır. Huzurevine yerleşen bir yaşlı için bu durum aileden uzaklaştırılma, dışlanma veya istenmeme olsa veya öyle algılansa bile huzurevi;

onların bu sorunlarla başa çıkma, sosyalleşme ve yaşlılık sorunlarıyla mücadele etmede hayatı kolaylaştırma ve verimliliği artırma açısından en uygun bir ortam olarak değerlendirilebilir (71,72).

Huzurevleri; bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireyleri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuş yataklı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Bu doğrultuda, huzurevleri, bireyin barınma ve beslenme gereksinimlerini sağlamanın yanı sıra, sağlık ve sosyal gereksinimlerine de cevap vermek durumundadır. Dolayısıyla, yaşamlarını huzurevinde sürdürmek zorunda kalan yaşlıların yaşam kalitelerini ve yaşam doyumlarını arttırmak için fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül bakış açısıyla ele alarak hizmetlerin planlanması gerekmektedir (73,21).

Ülkemizde, yaşlılara yönelik yatılı kurum hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı faaliyet gösteren Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri ve Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları bünyesinde açılan Huzurevleri eliyle sunulmaktadır.

Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri; sosyo-ekonomik yönden yoksun olan 60 yaş üzerindeki, korunma, bakım ve yardıma muhtaç kişilerin huzurlu bir ortamda korunması, bakımı, rehabilitasyonu ve sosyo-kültürel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır (74).

Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde yaşlılara götürülen hizmetler; öncelikli olarak beslenme, barınma ve sağlık hizmetleri olmak üzere, psikolojik ve sosyal sorunların çözümüne yönelik psiko-sosyal destek, fizik aktivitelerin geliştirilmesine yönelik egzersizler ve fizyoterapiler, boş zamanları değerlendirme ile başka sosyal faaliyet ve hizmetler olarak sıralanabilir (75).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde ekonomik durumu iyi olan ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılarımıza **ücretli**, ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan ve 1005 sayılı Kanun gereği İstiklal Madalyası verilen yaşlılarımıza ise **ücretsiz** yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır (75).

Tablo 5. Kamu, özel, belediye, dernek, vakıf ve azınlıklara ait huzurevleri sayısı, kapasiteleri ve bakılan yaşlı sayısı (24).

Yatılı Bakım Huzurevleri	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan yaşlı sayısı
Aralık 2017 Mart 2018			
Aile Bakanlığı'na Bağlı Huzurevleri	141	14.422	13.362
Yaşlı Yaşam evi	41	160	154
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	570	566
Belediyelere ait Huzurevleri	22	3.402	2.381
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	29	2.454	1.717
Azınlıklara ait huzurevleri	5	508	355
Özel Huzurevleri	176	9.846	6.892
Toplam	375	31.362	25.427

Tablo 5'te Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına Bağlı Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri sayısı kapasitesi, Tablo 6' da ise huzurevlerinde kalan yaşlı birey sayısının yıllara göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 6. Huzurevinde kalan bireylerin sayısının yıllara göre değişimi (24).

Yıllar	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
2017(Mart)	141	14.422	13.362
2016	141	14.412	13.248
2015	132	13.488	12.299
2014	124	12.647	11.688
2013	115	12.241	11.293
2012	106	11.706	10.951
2011	102	9.783	10.590
2010	97	9.260	7.979
2009	81	8.126	7.220
2008	79	8.002	6.773
2007	70	7.552	6.477
2006	69	7.605	6.082
2005	66	7.173	5.603
2004	62	6.760	5.389
2003	63	6.580	5.188
2002	63	6.477	4.952

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Türkiye’de ve diğer gelişmekte olan ülkelerde, çoğunlukla, gereksinimi olanlara bakım aileler ya da toplum tarafından sağlanmaktadır. Ülkemizde evde bakım hizmetleri henüz tam olarak sistematik ve takip edilebilir hale gelmediği için hem evde bakım hizmeti verenler hem de bu hizmeti alanlar birçok sorunla karşılaşmaktadır (76).

Sosyo-kültürel ve ekonomik seviyeleri çok farklı olan ve çok sayıda yaşlının barındırıldığı bir ortamda, herkesin ihtiyaç ve beklentilerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi ve yerine getirilmesi, kontrol edilmesi, planlanması ve tüm bunların otonom hale getirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle 20. yüzyılın ortalarından itibaren gelişmiş ülkelerde toplu bakım esasına dayalı huzurevi yapımı azalmış, İsviçre ve İskandinav ülkeleri ile İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde bu tarihten sonra evde bakım ve gündüzlü hizmetler gelişmeye başlamıştır (68,77).

Ülkemizde ise evde bakım hizmeti sunan kuruluşlar son derece yetersizdir. Özellikle evde bakım hizmetlerinin maliyetlerinin sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmaması ve genel sağlık sigortasına entegre bir evde bakım hizmeti imkanı olmaması bakım gerektiren kişilerin hastane ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurmalarına neden olmaktadır. Ayrıca evde bakım veren kişilerin bu konudaki yetersizlikleri evde bakılan kişilerin yaşam sürelerini kısaltmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (31,78).

Günümüzde yaşlı bireylere yönelik verilen hizmetlerin kurumsal boyutta olmasının yanı sıra yaşlı bakımında çeşitli sorunlar yaşanmakta ve sorunun çözümlenmesi için yaşlı köyleri, yaşlı apartmanları, bakım evleri, huzurevleri gibi değişik yaklaşımlarla hizmet götürülmektedir. Bu kurumlardan ekonomik ve sosyal nedenlerle sınırlı sayıda yaşlı bireyin yararlanması, özellikle buralardan yararlanamayan yaşlı nüfusun sorunlarının artmasına neden olmakta ve hizmetlerin planlanmasını güçleştirmektedir. Bununla beraber, akut ve kronik hastalıkları olan bakım hastaları bu sorunlarına yönelik sağlık hizmeti aldıktan sonra yine eski ortamlarında eski sorunlarıyla baş başa bırakılmakta, yalnız yaşayanlar ise tamamen kendi kaderlerine terk edilmekteler. Tüm bu nedenlerden dolayı, bakıma muhtaç kişilere ve ailelerine yönelik kendi evlerinde koruyucu, tedavi edici ve takip edilen hizmetlerin yanı sıra, bu hizmetlerin sürekliliğini de sağlayan evde bakım hizmetleri gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, tüm bu nedenler, yaşlı bireyin yaşadığı ev ortamında ve kurumlarda sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde ve yaşam kalitesinin arttırılmasında hemşire ile birlikte diğer sağlık çalışanlarının iş birliğini gerekli kılmaktadır (79).

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın, sosyal hizmetler ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yetki ve sorumluluk alanındadır (80).



GEREÇ ve YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TİPİ

60 yaş üstündeki bireylerin huzurevinde yaşamasının yaşlılık tutumlarına ve yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış, kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN ZAMANI VE YERİ

Çalışma 15.06.2015 ve 15.06 2016 tarihleri arasında, Edirne Merkez İlçe, Kırklareli Merkez İlçe ve Lüleburgaz ilçesinde yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Edirne ve Kırklareli Merkez İlçelerinde, Kırklareli ili Lüleburgaz ilçesindeki huzurevinde ve huzurevi dışında yaşayan 60 yaş üstü nüfus oluşturmaktadır.

Edirne Huzurevi, Kırklareli Huzurevi ve Lüleburgaz Ramazan Yaman Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan bilinci açık, koopere, tamamen yatağa bağımlı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlıların araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Bu koşulları sağlayan Edirne Huzurevi'nden 50 kişi (%50), Kırklareli Huzurevi'nden 31 kişi (%73,8), Lüleburgaz Ramazan Yaman Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi'nden 27 (%32,5) kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Aynı merkezlerden, huzurevinde yaşamayan, aynı özelliklere sahip benzer sayıda kişinin (Edirne Merkez: 50 kişi, Kırklareli Merkez: 35 kişi, Lüleburgaz: 28 kişi) araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Edirne Merkez, Kırklareli Merkez ve Lüleburgaz Merkez'de her mahalleden örnekleme dahil edilecek yaşlı sayısı Merkez İlçe mahallelerindeki yaşlı nüfusuna

göre (TÜİK – Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine dayanarak) tabakalandırılarak belirlenmiştir. Belirlenen sayıda yaşlı mahallelerden basit rastgele örnekleme ile seçilmiştir. Toplam 221 kişi araştırmaya katılmıştır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

- 60 yaş üstü bireylerin yaşlanma ile ilgili tutumları
- 60 yaş üstü bireylerin yaşam kaliteleri

Bağımsız Değişkenler

60 yaş üstü bireylerin;

- Yaş
- Cinsiyeti
- Eğitim Durumu
- Yaşadığı yer
- Sağlık durumu
- Katz indeksine göre bağımlılık durumu

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Edirne Merkez İlçe, Kırklareli Merkez İlçe ve Lüleburgaz İlçesinde yaşayan 60 Yaş üstü bireylerin cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer (huzurevinde kalma durumu), sağlık durumu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumuna göre, yaşlanma tutumları ve yaşam kaliteleri farklılaşmamaktadır.

H₁: Edirne Merkez İlçe, Kırklareli Merkez İlçe ve Lüleburgaz İlçesinde yaşayan 60 Yaş üstü bireylerin cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer (huzurevinde kalma durumu), sağlık durumu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumuna göre, yaşlanma tutumları ve yaşam kaliteleri farklılaşmaktadır.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve ARACI

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarını sorgulamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen 20 soruluk anket formu kullanılmıştır. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları “*Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği*” ile değerlendirilmiştir.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nde temel günlük yaşam aktiviteleri olan banyo yapma, giyinme, öz bakım, ulaşım, inkontinans, beslenme işlevleri neleri yapıp, neleri yapamadıklarına göre değerlendirilir. Banyo yapma, giyinme, tuvalete gitme, oturup kalkma, dışkı ve idrar kontrol edebilme ve yemek yeme aktivitelerini yardımsız yapıyor olma 1 puan, yardımsız yapamama 0 puan olarak hesaplanır. Puan azalması bağımlılığı göstermektedir. Bu ölçeğin, Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yardımcı ve ark. tarafından yapılmıştır (81). Bu çalışmada toplam 0-5 puan bağımlı, 6 puan ve üzeri bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürüyor şeklinde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaşlılık algısının ölçümü amacıyla "*Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi*" kullanılmıştır.

Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA), üç boyut (Psikososyal Kayıp, Bedensel Değişim ve Psikososyal Gelişme) değerlendirildiğinde, 24 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 1-5 arası değer alan 5'li Likert tipi yanıt ölçeği ile değerlendirmektedir. Boyut (en küçük 8, en büyük 40) arasında değerlendirilmektedir. Psikososyal kayıp boyut skoru ters çevrildikten sonra, ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir. AYTA'nın Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özellikleri ile ilgili çalışma Eser ve ark. Tarafından yapılmıştır (82). Ölçeğin iç tutarlık göstergesi olarak Cronbach alfa değerleri, Genel ölçek, Psikososyal Kayıp ve Bedensel Değişim boyutlarında iyi (>0.75), Psikososyal gelişim boyutunda ise kabul edilebilir sınırlarda (0.60) bulunmuştur (82).

Araştırmamızda yaşam kalite ölçeği olarak MOS SF-36 kullanılmıştır. Ware tarafından (1987) geliştirilen **Yaşam Kalitesi Ölçeği "Medical Outcomes Study Short Form-36"** (MOS SF-36) klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Ölçekte fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, duygusal sağlık, enerji durumları olmak üzere 8 sağlık alanını değerlendiren 36 ifade bulunmaktadır. Her soruda elde edilen cevaplar aynı aralıkta değerlendirilmiştir. 0 'kötü sağlık', 100 'iyi sağlık' durumunu göstermektedir (83). Yapılan farklı çalışmalar da Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (84).

Anket formunun ön denemesi Edirne'de Huzurevinde yaşayan 7 yaşlı üzerinde yapılmıştır, anket formunda kimi değişiklikler yapılması nedeniyle bu kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Anketler 15.06.2015 ve 15.06.2016 tarihleri arasında katılımcılar Huzurevinde ve evlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşerek uygulanmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler, IBM SPSS Ver 22.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda ölçüm değerleri için Student t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, sayımla belirtilen değerler için Pearson Ki Kare analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek 1 ve 2).

BULGULAR

Araştırmamızın örnekleminde yer alan 221 yaşlının % 51.1'ini (113 kişi) evinde ailesiyle birlikte yaşayan yaşlılar, % 48.9'unu (108 kişi) huzurevinde kalan yaşlılar oluşturmaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. Yaşlıların yaşadığı yere göre dağılımı

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaş ortalaması 77.4 ± 8.2 (min:63-med:77-max:99), huzurevi dışında kalan yaşlıların ise 71.8 ± 8.2 (min:60-med:71-max:90)'dir. 221 kişiden oluşan örneklem grubumuzun kimi sosyodemografik özellikleri Tablo 7'de gösterilmektedir. Huzurevi ve dışarıda yaşayanların arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark gözlenmezken, huzurevinde kalanların çoğunluğu dul (% 43.5), huzurevi dışında kalanların çoğunluğunun evli (% 60.2) olduğu gözlenmiştir ($p=0.000$). Hem huzurevinde hem dışarıda kalan yaşlıların çoğunluğunu ilkokul mezunu olanlar oluşturmaktadır (sırasıyla; % 40.7 ve % 56.6).

Huzurevinde kalanların % 36.1'i, evinde ailesiyle yaşayanların % 49.6'sı SSK'lıdır. Huzurevinde yaşayanların % 35.2 si ücretsiz hizmet aldığı için SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme) kapsamında sigortalıdır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Huzurevi dışında kalan yaşlıların aylık gelir ortalaması, huzurevinde kalanlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri

	Huzurevinde yaşayan		Huzurevi dışında yaşayan	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Erkek	73	(67.6)	65	(57.5)
Kadın	35	(32.4)	48	(42.5)
Yaş Grupları				
60-70 yaş	25	(23.1)	54	(47.8)
71-80 yaş	36	(33.3)	41	(36.3)
81 yaş ve üzeri	47	(43.5)	18	(15.9)
Medeni Durum				
Evli	5	(4.6)	68	(60.2)
Bekar	32	(29.6)	14	(12.4)
Boşanmış	24	(22.2)	5	(4.4)
Dul	47	(43.5)	26	(23.0)
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	20	(18.5)	10	(8.8)
Okur-yazar	26	(24.1)	11	(9.7)
İlkokul bitirmiş	44	(40.7)	64	(56.6)
Ortaokul bitirmiş	7	(6.5)	6	(5.3)
Lise bitirmiş	7	(6.5)	12	(10.6)
Yüksek öğrenimli	4	(3.7)	10	(8.8)
Sosyal Güvence				
SSK	39	(36.1)	56	(49.6)
Emekli Sandığı	15	(13.9)	24	(21.2)
Bağ-Kur	16	(14.8)	26	(23.0)
SHÇEK	38	(35.2)		
Diğer			7	(6.2)
Aylık Gelir(Ort)	662 TL		1150 TL	

Huzurevinde yaşayan yaşlıların % 33.3'ünün huzurevinde hiçbir ücret ödemedi kaldığı, % 61.1'inin ise huzurevi ücretinin kendisi tarafından, % 5.6'sının yakınları tarafından ödendiği tespit edilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların huzurevinde kalış süresi ortalaması 3.81 ± 3.5 (min:0-med:3-max:17) yıl olarak belirlenmiştir.

Katılımcılara, son bir ay içinde bedensel sağlık durumlarını nasıl hissettikleri sorulduğunda; huzurevinde yaşayan yaşlıların % 0.9 'u çok kötü, % 5.6'sı kötü, % 44.4'ü orta, % 38'i iyi, % 11.1' i bedensel sağlıklarını çok iyi hissettiklerini bildirmişlerdir. Huzurevi dışında yaşayanların ise, % 10.6'sı kötü, % 38.9'u orta, % 33.6'sı iyi, % 16.8'si çok iyi olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılara, son bir ay içinde ruhsal sağlık durumlarını nasıl hissettikleri sorulduğunda; huzurevinde yaşayan yaşlıların %0.9 'u ruhsal sağlıklarını çok kötü, %11.1'i kötü, % 41.7'si orta, % 38'i iyi, % 8.3' ü ruhsal sağlıklarını çok iyi hissettiklerini bildirmişlerdir. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların ise % 0.9 'u çok kötü, % 12.4'ü kötü, % 37.2'si orta, % 35.4'ü iyi, % 14.2'si çok iyi olarak değerlendirilmiştir.

Daha sonraki karşılaştırmalarda kolaylık olması amacı ile katılımcıların bedensel ve ruhsal sağlık algıları “çok kötü”, kötü” ve “orta” olarak belirtenlerin sağlık algısı kötü, “iyi” ve “çok iyi” olarak belirtenlerin sağlık algısı iyi olarak gruplandırılmıştır. Katılımcıların son bir ay içindeki bedensel ve ruhsal sağlık algıları Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Son Bir Aydaki Bedensel ve Ruhsal Sağlık Algıları

Sağlık Algısı		Huzurevinde yaşayan		Evinde yaşayan		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Bedensel	Kötü	55	50.9	56	49.6	111	50.2
	İyi	53	49.1	57	50.4	110	49.8
Ruhsal	Kötü	58	53.7	57	50.4	115	52.0
	İyi	50	46.3	56	49.6	106	48.0

Tablo 9’ da yaşlıların %78.3’ünün (173 kişi) en az bir kronik hastalığı olduğu ve en sık görülen üç kronik hastalığın hipertansiyon %61.5 (136 kişi), kalp yetmezliği %20.8 (46 kişi) ve Diabetes Mellitus %18.6 (41 kişi) olduğu tespit edilmiştir. Huzurevinde kalan yaşlıların %79.6’sında (86 kişi), evinde yaşayanların %77.0’sinde (87 kişi) en az bir kronik hastalık mevcut olduğu bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcılarda Kronik Hastalık Varlığı

Hastalık	%	n
Diabetes Mellitus	41	18.6
KAH	28	12.7
Kalp yetmezliği	46	20.8
HT	136	61.5
SVH	20	9.0
Osteoartrit	9	4.1
R.Artrit	6	2.7
Öteki Romatizmal Hastalıklar	1	0.5
Osteoporoz	42	19.0
Diğer	60	27.1

Araştırmaya katılan yaşlıların Katz İndeksine göre bağımlılık durumları sorgulandığında, huzurevinde yaşayanların %18.5’inin (20 kişi), huzurevi dışında yaşayanların %6.2’sinin (7 kişi) tam bağımlı olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$) (Tablo 10).

Tablo 10. Katz indeksine göre huzurevinde yaşayan ve evinde yaşayan yaşlıların bağımlılık durumlarının karşılaştırılması

Katz indeksine göre	Huzurevinde yaşayan		Evinde yaşayan		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Tam Bağımlı	20	18.5	7	6.2	27	12.2	0.005
Bağımsız	88	81.5	106	93.8	194	87.8	

Tablo 11’ de katılımcıların yardımcı aygıt kullanma durumları değerlendirilmiştir. Huzurevinde kalanların %91.7’si (99 kişi), evinde yaşayanların %69.9’u (79 kişi) yardımcı aygıt kullanmakta olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.000).

Tablo 11. Katılımcıların yardımcı aygıt kullanım durumu

Yardımcı aygıt Kullanımı	Huzurevinde yaşayan		Evinde yaşayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	99	91.7	79	69.9	178	80.5
Hayır	9	8.3	34	30.1	43	19.5

Yaşanılan yere göre SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanları değerlendirilmiştir. Genel sağlık algısı ve fiziksel fonksiyon alanları dışında tüm alt alanlarda huzurevinde yaşayanların puanları yüksek bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alanı dışında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 12).

Yaş ile SF-36 ölçeğinin alt ölçekleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyonlar alt ölçeğiyle yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.000). Yaş arttıkça fiziksel fonksiyonlarda azalma görülmektedir. Aynı zamanda ileri yaşta olanların vitalite (p=0.000) ve genel sağlık algısı (p=0.000) puanları da anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini cinsiyetlerinin etkileyip etkilemediğine bakıldığında; kadınlarda fiziksel fonksiyon (p=0.000), fiziksel rol güçlüğü

($p=0.007$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0.000$), vitalite ($p=0.000$), ruhsal sağlık ($p=0.001$), sosyal işlev ($p=0.000$), ağrı ($p=0.000$), genel sağlık algısı ($p=0.001$) puanları anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesi eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon ($p=0.000$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0.014$), vitalite ($p=0.006$) ve genel sağlık algısı ($p=0.001$) alt ölçeklerinde daha fazla eğitimi olanların anlamlı olarak yüksek puanları olduğu saptanmıştır.

Sağlık durumlarını bedensel ve ruhsal sağlıklarını iyi hissedenler ve kötü hissedenler olarak iki grupta toplanmıştır. SF 36 Yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarına bakıldığında bedensel ve ruhsal sağlık durumlarını iyi hissedenlerin ölçek puanları, kötü hissedenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

SF 36 Yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarına bakıldığında, Katz indeksine göre bağımsız olanların ölçek puanları, bağımlı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşlılığa karşı tutumlarının birbiriyle ilişkisi değerlendirildiğinde, yaşlılığa karşı tutum olumlu oldukça yaşam kalitesinin arttığı gözlenmiştir ($R=0.726$, $p=0.000$).

Tablo 12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarının Kimi Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sf -36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT ALANLARI

		Fiziksel Fonksiyon (Ort± SS)	Fiziksel Rol Güçlüğü (Ort± SS)	Emosyonel Rol Güçlüğü (Ort± SS)	Vitalite (Ort± SS)	Ruhsal Sağlık (Ort± SS)	Sosyal İşlev (Ort± SS)	Ağrı (Ort± SS)	Genel Sağlık Algısı (Ort± SS)
Yaşam yeri	Huzurevi	55.3±33.9	33.3±23.1	37.5±21.5	62.9±21.2	69.9±19.1	74.1±32.5	71.0±27.9	58.2±20.1
	Huzurevi dışında	61.0±35.2	25.8±24.1	34.0±22.8	60.4±24.1	67.7±19.0	67.9±33.9	62.1±31.8	58.9±24.5
	p	0.224	0.020	0.253	0.411	0.399	0.163	0.029	0.818
Yaş	60-70 yaş	72.4±29.3	32.1±23.0	39.4±20.0	69.4±20.9	71.1±17.7	79.2±29.5	72.4±28.6	65.0±22.1
	71-80 yaş	62.5±31.8	29.8±24.0	35.0±22.7	62.6±22.6	69.7±20.1	70.2±32.0	65.9±30.3	60.4±20.6
	81 +	36.0±33.3	25.9±24.8	32.0±23.8	51.0±21.2	64.8±19.0	61.7±36.9	60.0±31.0	48.5±21.7
	p	0.000	0.298	0.131	0.000	0.117	0.007	0.050	0.000
Cinsiyet	Kadın	41.5±34.1	23.9±24.1	28.1±24.4	50.7±22.5	63.4±19.2	59.4±34.8	53.6±28.7	52.2±24.0
	Erkek	68.3±30.9	32.9±23.2	40.3±19.5	68.2±20.3	72.0±18.2	77.8±30.4	74.2±28.4	62.4±20.5
	p	0.000	0.007	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.001
Eğitim	OY değil	32.0±31.9	22.5±24.8	30.0±24.9	49.6±18.9	62.6±16.5	64.1±32.4	57.9±28.7	46.1±21.5
	Okuryazar	51.7±31.0	30.0±24.1	30.1±24.4	58.5±19.9	65.0±21.8	70.9±32.2	66.9±30.0	55.2±21.2
	İlkokul mezunu	64.1±33.1	28.6±24.1	35.8±22.0	64.0±23.1	70.1±18.8	70.2±34.2	64.6±29.9	59.4±23.0
	Ortaokul ve üstü	66.9±34.3	35.8±21.8	43.8±16.2	66.4±23.8	72.6±17.8	77.1±32.6	76.2±30.4	67.3±18.7
	p	0.000	0.112	0.014	0.006	0.072	0.411	0.053	0.001

Tablo 13. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarının Sağlık Durumları ve Katz İndeksine Göre Karşılaştırılması
Sf -36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT ALANLARI

		Fiziksel Fonksiyon (Ort± SS)	Fiziksel Rol Güçlüğü (Ort± SS)	Emosyonel Rol Güçlüğü (Ort± SS)	Vitalite (Ort± SS)	Ruhsal Sağlık (Ort± SS)	Sosyal İşlev (Ort± SS)	Ağrı (Ort± SS)	Genel Sağlık Algısı (Ort± SS)
Sağlık Durumuna Göre	Beden sağlığını iyi hissedener	74.8±28.6	40.5±18.9	43.0±16.9	74.1±17.6	77.2±16.6	86.2±23.3	82.4±1.9	73.0±13.8
	Beden sağlığını kötü hissedener	41.9±32.3	18.6±23.5	28.5±24.4	49.2±20.4	60.5±17.7	55.8±34.9	50.7±29.0	44.3±20.1
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	Ruhsal sağlığını iyi hissedener	72.3±29.6	39.0±20.1	45.1±14.7	73.1±18.3	79.4±14.8	84.1±26.7	78.7±25.1	70.5±17.7
	Ruhsal sağlığını kötü hissedener	45.3±34.0	20.8±23.9	27.1±24.4	51.0±21.3	59.0±17.2	58.8±34.2	55.2±30.2	47.5±20.6
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Katz İndeksine göre	Bağımlı	7.6±13.5	17.5±23.8	22.2±25.3	36.9±17.7	58.0±14.3	39.8±33.6	50.8±30.6	37.2±21.7
	Bağımsız	65.3±30.6	31.2±23.5	37.6±21.1	65.0±21.2	70.3±19.2	75.3±30.9	68.6±29.5	61.5±20.9
	P	0.000	0.005	0.001	0.006	0.002	0.000	0.004	0.000

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi ve alt alan puanları Tablo 14’ de görüldüğü gibi değerlendirilmiştir. AYTA toplam puanı ve alt alan puanlarının tümü evinde yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Yalnızca psikososyal kayıp alt alanında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcıların yaşı arttıkça AYTA toplam puanı ve alt alan puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır (Tablo 14). Erkeklerin tüm AYTA alt alan puanları ve toplam AYTA puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkeklerde bedensel değişim alt alanı ve AYTA toplam puanı farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre AYTA puanları

Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi Alt Alanları				
Özellik	Psikososyal Kayıp (Ort±SS)	Bedensel Değişim (Ort±SS)	Psikososyal gelişme (Ort±SS)	Toplam Puan (Ort±SS)
Yaşadığı yer				
Huzurevi	25.7±5.7	25.7±8.8	27.6±4.4	79.1±15.5
Huzurevi dışında	27.9±6.1	25.8±7.7	28.7±4.9	82.4±15.9
p	0.008	0.950	0.094	0.124
Yaş				
60-70	29.3±5.9	28.7±9.0	28.9±4.9	87.0±15.9
71-80	26.3±6.09	26.1±7.4	28.5±4.5	81.0±15.0
81 ve üzeri	24.4±4.5	21.4±6.2	26.8±4.2	72.7±12.8
P	0.000	0.000	0.022	0.000
Cinsiyet				
Erkek	27.3±5.6	27.1±8.2	28.5±4.5	83.1±14.3
Kadın	25.9±6.52	23.3±7.7	27.5±4.9	76.8±17.2
P	0.093	0.001	0.114	0.004
Eğitim				
Okur-Yazar değil	24.3±4.9	20.9±5.4	25.6±4.5	70.9±10.9
Okur-Yazar	25.5±4.9	23.7±6.2	26.1±4.2	75.4±12.5
İlkokul	26.7±6.3	26.7±8.9	28.5±4.4	82.0±16.2
Ortaokul ve üstü	29.8±5.5	28.2±8.1	30.7±4.2	88.8±15.2
P	0.000	0.000	0.000	0.000

Katılımcıların sağlık durumları bedensel sağlık ve ruhsal sağlık olarak gruplandırılmıştır. Tablo 15’te AYTA alt alanlarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi görülmektedir. Bir önceki yıla göre bedensel ve ruhsal sağlığını kötü hisseden, günlük işlerini yaparken başkasına ihtiyaç duyup bağımlı olduğu saptananların psikososyal kayıp, bedensel değişim, psikososyal gelişme ve toplam puanları daha düşük olduğu saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre AYTA toplam ve alt alan puanları değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça tüm puanların arttığı gözlenmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların sağlık durumlarına göre AYTA Puanları

Özellik	Psikososyal Kayıp (Ort±SS)	Bedensel Değişim (Ort±SS)	Psikososyal gelişme (Ort±SS)	Toplam Puan (Ort±SS)
Kronik Hastalık Varlığı				
Var	26.12±5.9	24.61±7.7	27.92±4.8	78.66±15.4
Yok	29.57±5.3	29.85±9.1	29.19±4.2	88.61±14.9
p değeri	0.000	0.000	0.101	0.000
Bedensel Sağlık				
İyi	29.5±5.4	29.8±7.8	29.5±4.4	88.9±14.0
Kötü	24.1±5.2	21.7±6.4	26.8±4.5	72.6±13.0
p değeri	0.000	0.000	0.000	0.000
Ruhsal Sağlık				
İyi	29.1±5.8	29.9±7.8	29.7±4.6	88.8±14.6
Kötü	24.7±5.2	21.8±6.5	26.7±4.2	73.4±13.0
p değeri	0.000	0.000	0.000	0.000
Katz indeksine göre bağımlılık durumu				
Bağımsız	27.5±5.7	26.9±7.9	28.5±4.6	82.9±14.9
Bağımlı	22.3±5.7	17.4±5.3	25.4±4.3	65.2±12.6
p değeri	0.000	0.000	0.000	0.000

Huzurevinde yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi ve alt alan puanları Tablo 16’ de görüldüğü gibi değerlendirilmiştir.

Tablo 16. Huzurevinde yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre AYTA puanları

Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi Alt Alanları				
Özellik	Psikososyal Kayıp (Ort±SS)	Bedensel Değişim (Ort±SS)	Psikososyal gelişme (Ort±SS)	Toplam Puan (Ort±SS)
Yaş				
60-70 (n:25)	29.5±4.9	29.2±6.5	28.1±3.5	86.8±11.0
71-80 (n:36)	24.8±6.7	27.08±7.8	28.2±5.0	80.2±16.7
81 ve üzeri (47)	24.4±4.3	21.9±6.2	26.9±4.1	73.3±12.4
P	0.001	0.000	0.303	0.000
Cinsiyet				
Erkek (n:73)	26.3 ± 4.9	26.7 ± 7.0	27.7 ± 4.2	80.7 ± 12.6
Kadın (n:35)	24.6±7.0	22.4 ± 7.7	27.5 ± 4.6	74.5 ± 17.5
P	0.032	0.471	0.421	0.025
Eğitim				
Okur-Yazar değil	24.2 ± 4.2	21.0 ± 5.8	26.1 ± 4.5	71.4 ± 11.1
Okur-Yazar	24.9 ± 4.7	23.7 ± 5.9	25.7 ± 3.7	74.5 ± 11.1
İlkokul	24.9 ± 6.3	25.9 ± 7.8	27.8 ± 3.8	78.7 ± 15.1
Ortaokul	32.0 ± 4.6	32.0 ± 8.4	32.5 ± 4.5	96.5 ± 15.3
Lise	29.7 ± 4.6	30.8 ± 3.6	30.5 ± 2.7	91.1 ± 6.4
Yüksekokul	30.0±4.1	28.7 ± 10.3	31.5 ± 4.4	90.2 ± 13.6
P	0.242	0.039	0.593	0.084

Katılımcıların yaşı arttıkça AYTA toplam puanı ve Psikososyal kayıp, Bedensel değişim alt alanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır (Tablo 16). Huzur evinde kalanlarda 71-80 yaş grubun AYTA puanları daha yüksektir. Erkeklerin tüm AYTA alt alan puanları ve toplam AYTA puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkeklerde psikososyal kayıp alt alanı ve AYTA toplam puanı farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 16).

Tablo 17. Huzurevinde yaşayanların sağlık durumlarına göre AYTA puanları

Özellik	Psikososyal Kayıp (Ort±SS)	Bedensel Değişim (Ort±SS)	Psikososyal gelişme (Ort±SS)	Toplam Puan (Ort±SS)
Bedensel Sağlık				
İyi	28.1 ± 5.3	28.3 ± 7.2	28.3 ± 4.5	84.9 ± 13.9
Kötü	23.4 ± 5.1	22.4 ± 6.6	26.9 ± 4.1	72.8 ± 12.9
p değeri	0.499	0.601	0.733	0.483
Ruhsal Sağlık				
İyi	27.8 ± 5.7	29.2 ± 6.5	29.0 ± 4.7	86.1 ± 13.6
Kötü	23.9 ± 5.1	21.9 ± 6.6	26.4 ± 3.6	72.4 ± 12.4
p değeri	0.223	0.688	0.113	0.498
Katz indeksine göre bağımlılık durumu				
Bağımsız (n:105)	25.9 ± 5.7	25.6 ± 7.3	27.7 ± 4.3	79.4 ± 14.3
Bağımlı (n:3)	19.6 ± 4.2	13.3 ± 0.57	23.3 ± 1.1	56.3 ± 3.5
p değeri	0.391	0.013	0.92	0.52

Katılımcıların sağlık durumları bedensel sağlık ve ruhsal sağlık olarak gruplandırılmıştır. Bir önceki yıla göre bedensel ve ruhsal sağlığını kötü hissedenden, günlük işlerini yaparken başkasına ihtiyaç duyup bağımlı olduğu saptananların psikososyal kayıp, bedensel değişim, psikososyal gelişme ve toplam puanları daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Evinde yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre AYTA puanları

Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi Alt Alanları				
Özellik	Psikososyal Kayıp (Ort±SS)	Bedensel Değişim (Ort±SS)	Psikososyal gelişme (Ort±SS)	Toplam Puan (Ort±SS)
Yaş				
60-70 (n:54)	29.2±6.4	27.8±7.7	29.2±5.5	86.4±16.6
71-80 (n:40)	27.6±5.13	25.3±7.1	28.8±4.1	81.8±13.5
81 ve üzeri (n:17)	24.2±5.3	20.0±5.9	26.7±4.5	71±14.0
p	0.009	0.001	0.173	0.002
Cinsiyet				
Erkek (n:64)	28.6±6.04	27.0±7.4	29.5±4.6	85.25±14.6
Kadın (n:47)	27.0±6.0	24.0±7.7	27.5±5.1	78.57±17.0
p	0.683	0.852	0.298	0.179
Eğitim				
Okur-Yazar değil	24.5±6.2	20.7±4.6	24.8±4.6	70.0±11.1
Okur-Yazar	26.8±5.1	23.7±7.1	27±5.3	77.5±15.9
İlkokul	28.0±6.0	26.5±7.6	28.9±4.8	83.6±15.4
Ortaokul	31.5±4.7	29.8±7.4	29.6±5.6	91.0±17.1
Lise	27.7±5.7	23.4±8.3	28.9±4.1	80.0±16.2
Yüksek öğrenimli	29.8±7.3	28.4±8.4	32.2±3.9	90.4±16.5
p	0.621	0.284	0.871	0.936

Evinde yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi ve alt alan puanları Tablo 18’ de görüldüğü gibi değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaşı arttıkça AYTA toplam puanı ve Psikososyal kayıp, Bedensel değişim alt alanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır (Tablo 18). Erkeklerin tüm AYTA alt alan puanları ve toplam AYTA puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 19. Evinde yaşayanların sağlık durumlarına göre AYTA puanları

Özellik	Psikososyal Kayıp (Ort±SS)	Bedensel Değişim (Ort±SS)	Psikososyal gelişme (Ort±SS)	Toplam Puan (Ort±SS)
Bedensel Sağlık				
İyi	30.9±5.2	30.5±5.8	30.7±4.0	91.1±11.9
Kötü	24.8±5.3	20.9±6.3	26.6±4.9	72.5±13.3
p değeri	0.735	0.625	0.037	0.542
Ruhsal Sağlık				
İyi	30.3±5.8	29.8±6.6	30.3±4.5	90.5±14.3
Kötü	25.5±5.3	21.7±6.5	27.1±4.8	74.4±13.6
p değeri	0.398	0.998	0.254	0.951
Katz indeksine göre bağımlılık durumu				
Bağımsız (n:110)	27.9±6.0	25.8±7.7	28.7±4.9	82.5±16±03
Bağımlı (n:1)	28±0.0	17±0.0	26±0.0	71±0.0
p değeri				

Evinde yaşayanların sağlık durumları bedensel sağlık ve ruhsal sağlık olarak gruplandırılmıştır. Bir önceki yıla göre bedensel ve ruhsal sağlığını kötü hisseden, günlük işlerini yaparken başkasına ihtiyaç duyup bağımlı olduğu saptananların psikososyal kayıp, bedensel değişim, psikososyal gelişme ve toplam puanları daha düşük olduğu saptanmıştır. Evde yaşayanlardan bağımlı olanların sayısı 1 kişi olduğundan dengeli dağılım olamamış, p değeri hesaplanamamıştır.

TARTIŞMA

Yaşlı nüfusun artması, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik, sakat bırakan ve stres yaratan hastalıklar artmış ve yaşanılan yılların kalitesi önem kazanmaya başlamıştır. Yaşlıların yaşam kalitesinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, riskli yaşlılara yönelik koruyucu ve önleyici girişimlerin sağlanması açısından önemlidir. Ülkemizde hızlı kentleşme, endüstrileşme ve modernleşme ile birlikte sosyodemografik yapıda ve geleneksel sosyal değerlerde değişiklikler meydana gelmektedir. Bu nedenle geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş olmakta, ekonomik ve sosyal nedenlere bağlı olarak da huzurevleri yaşlılar için hayatın son döneminde güvenilir mekanlar haline gelmektedir. Bu değişim huzurevlerinin önemini ve bu konu üzerinde daha fazla çalışma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırma ile; Huzurevinde yaşayan 60 yaş ve üstü bireyler ile ev ortamında yaşayan 60 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesinin ve yaşlanma tutumunun araştırılarak her iki grubun yaşam kalitesinin ve yaşlanma tutumunun karşılaştırılması amaçlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşlılığı tanımlarken 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir. Fakat 21.02.2001 tarih 24325 sayılı Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliğine göre huzurevine kabulde yaş sınırı 60 olduğundan dolayı 60 yaş üstü bireyler çalışmamıza dahil edilmiştir. Araştırmaya alınan Kırklareli, Lüleburgaz ve Edirne Huzurevinde kalmakta olan sakinlerin büyük çoğunluğu Trakya bölgesinde doğup büyüyen kişilerdir. Bu açıdan bakıldığında çalışma ve kontrol gruplarının kültür ve yaşam anlayışları birbirine benzerdir. Bu benzerliğin göreceli olan yaşam kalitesi ve yaşlanma tutumu algısı arasındaki farkın en asgariye indirgenmiş olmasına katkıda bulunacağı olasıdır.

Huzurevinde kalanların yaş ortalaması 77.48 ± 8.2 , evde yaşayanların yaş ortalaması 71.84 ± 8.2 olarak bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması

75.03 Yaşar'ın yaptığı çalışmada 77.8 olarak bulunmuştur (85,86). Diğer çalışma bulguları bizim çalışma bulgularımızla örtüşmektedir. Türkiye'de hayatta kalma beklentisi 2015 yılı itibari ile 72.3 yıldır ve 2023'de 74.1 yıl olacağı düşünülmektedir (87). Bu nedenle araştırmamıza katılan huzurevi yaşlılarının ülkemiz koşulları içinde yaşlılığın ileri dönemlerinde olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmaya alınanlar içinde huzurevinde kalanların %67.6'sı, evde kalanların ise %57.5'i erkektir. Çohaz'ın yapmış olduğu çalışmada da Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'na bağlı 84 huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde yatılı olarak bakım hizmeti verilen 7375 yaşlının %61'inin erkek olduğu bildirilmiştir (73). Karadelioğlu'da yaptığı çalışmada benzer şekilde huzurevinde kalan yaşlı bireylerin % 60'ını erkeklerin oluşturduğunu bildirmiştir (30). Bu sonuçlar ülkemizde yaşlılık döneminde erkeklerin öz bakımlarını sağlamada kendilerini daha yetersiz hissettiklerini, yalnız kalmak istemediklerini ve huzurevini daha fazla tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Huzurevi ve evde yaşayanların arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken, huzurevinde kalanların çoğunluğu dul (%43.5), huzurevi dışında kalanların çoğunluğunun evli (%60.2) olduğu gözlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde, huzurevlerinde kalan yaşlılarda evli olma oranını Bahar ve ark. %21.1, Uncu ve ark. %10.9, Kişioğlu ve ark. %4.3, Işıklı ve ark. %11.1 olarak bulmuşlardır (23, 88-90). Ankara'da yapılan benzer bir çalışmada ise huzurevinde kalan 220, evlerinde yaşayan 153 yaşlı kişi incelenmiş ve huzurevinde kalmakta olan kişilerin daha yaşlı ve çoğunluğunun bekar/dul/boşanmış olduğu tespit edilmiştir (91). Bu bulgular, dul/boşanmış ya da hiç evlenmemiş bireylerin yaşlandıklarında çoğunlukla huzurevlerinde yaşamayı tercih ettiklerini düşündürmektedir. Nitekim, ülkemizde yapılan araştırmalarda, yaşlıların huzurevine başvuru nedenleri arasında gündelik yaşamda kendine bakamama, yalnızlık duygusu, aileye yük olmama isteği ve geçim sıkıntısı ile beraber en sık söylenen nedenler arasındadır (92).

Huzurevinde kalan yaşlıların %40.7'sinin, evinde yaşayanların %56.6'sının ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Ölüç'ün ve Çubukçu'nun Edirne Merkez İlçede evinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarda ve Öğüt'ün huzurevinde kalan yaşlılarda yaptığı çalışmasında eğitim durumu ile ilgili benzer sonuçlar bulunmuştur (66,93,94). Sonuçlar ülkemizde 60 yaş üstü bireylerde eğitim düzeyinin yüksek olmadığını göstermekte ve eğitim

düzeyi düşük bireylerin sosyoekonomik açıdan da kötü durumda olabileceğini ve bu tarz kurumlara ihtiyaçlarının daha fazla olabileceğini düşündürmektedir.

Huzurevinde yaşayanların aylık ortalama geliri 662 TL, evinde yaşayanların ise 1150 TL olarak belirlenmiştir. Huzurevinde kalan 108 yaşlının 38'i kurumda ücretsiz kaldığı ve sosyal hizmet kuruluşlarınca ücretsiz bakım alan yaşlılara verilen aylık 155 TL harçlık ile geçindiği göz önüne alındığında bu beklenen sonuçtur ve ülkemizde yapılan pek çok araştırmada da bizim sonuçlarımızı destekler biçimde evinde yaşayan bireylerin huzurevinde yaşayanlara göre daha yüksek gelire sahip olduğunu tespit edilmiştir (88, 95-102).

Çalışmamızda, huzurevi ve dışarıda yaşayan tüm yaşlıların sosyal güvencelerinin olduğu tespit edilmiştir. Huzurevinde kalan yaşlıların % 35.2'si Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapsamında sigortalıdır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, Sökmen'in İstanbul ilinde huzurevinde yapmış olduğu araştırmasında katılımcıların % 93.3'ünün bir sosyal güvencesinin bulunduğu, Dörter'in çalışmasında ise huzurevinde yaşayan yaşlıların %95.9'unun sosyal güvencesinin olduğu ortaya konmuştur (103, 104).

Araştırma kapsamındaki tüm yaşlıların yüksek oranda (% 78.3) doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönlerden değişimler ve gerilemeler görülmekte ve bu fizyolojik değişimlere ve yaşam biçimlerine bağlı olarak yaşlılarda kronik hastalık görülme oranı da artmaktadır. Benzer şekilde, Çubukçu'nun Edirne merkezinde yaptığı çalışmada en az bir kronik hastalık görülme oranı % 84.3 olarak bulunmuştur (93).

En sık görülen üç kronik hastalık hipertansiyon (% 61.5), Kalp yetmezliği (% 20.8) ve Diabetes Mellitustur (% 18.6). Ülkemizde yapılan pek çok çalışmada yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar; hipertansiyon, kas-iskelet sistemi hastalıkları, iskemik kalp hastalığı ve diyabet olarak bildirilmiş olup, bu bulgular bizim çalışmamızla paraleldir (88,95,96,98,102,105,106).

Yaşlı bireylerin senil, dejeneratif ve kronik hastalıklarının daha sık olması, bu hastalıklarına bağlı günlük işlerini yapmakta zorlanmaları ve bakım hizmetine ihtiyaç duymaları da bu sonuçları anlamlı kılmaktadır.

Araştırmaya katılanlara son bir ay içerisinde bedensel sağlık durumlarını nasıl hissettikleri sorulduğunda; hem huzurevinde ve hem dışarıda yaşayanların çoğunluğu bedensel sağlıklarını 'orta' olarak değerlendirmiştir (sırasıyla % 44.4 ve 38.9). Ruhsal sağlık durumlarını nasıl hissettikleri sorulduğunda ise yine; huzurevinde ve dışarıda yaşayanların

çoğunluğu ruhsal sağlıklarını 'orta 'olarak değerlendirmiştir (sırasıyla % 41.7 ve 37.2). Benzer biçimde, Aylaz ve ark. Malatya Huzurevinde yapmış oldukları bir araştırmada, yaşlıların % 47.5'inin genel sağlık durumlarını normal, % 36.1'inin ise iyi olarak değerlendirdiğini, Öztunç ve Büyüksürücü'nün Adana'da bir huzurevinde yürüttükleri çalışmada da, yaşlıların % 30' unun sağlığını iyi olarak değerlendirdiğini tespit etmişlerdir (106,107). Sağlık durumunu algılama yaş ve eğitim düzeyinden etkilenebilir, yaş artıkça sağlık düzeyini iyi derecede algılama azalır; bu durum algılamadaki zayıflamadan da kaynaklanabilir. Araştırmada huzurevi yaş ortalamasının 77.4 ± 8.2 olmasına rağmen, yaşlıların kurum içinde sürekli bir sağlık ekibi tarafından sağlık bakımlarının yapılması, sağlık sorunlarını yaşın gereği olarak kabul etmeleri, sağlıklarını iyi algılamalarında etkili olabilir.

Yaşlanmayla birlikte bireyin, fonksiyonlarında yetersizlikler meydana gelmekte ve bu nedenle birey günlük yaşam aktivitelerini gerçekteşirmede problemler yaşamaktadır. Bizim çalışmamızda da Katz indeksine göre bağımlılık durumları sorgulanmış ve huzurevinde yaşayanların % 18.5'inin, huzurevi dışında yaşayanların % 6.2'sinin tam bağımlı olduğu saptanmıştır. Tel ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak evde ve kurumda yaşayan yaşlıların yarıya yakınının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu saptanmıştır (108). Bizim çalışmamızda, araştırmaya katılanların, çoğunluğunun kendine yetebilen yaşlıların olması nedeniyle, bağımlı olan yaşlıların oranı düşük bulunduğunu düşündürmektedir. Huzurevinde yaşayanlarda bağımlılık oranının anlamlı biçimde yüksek olması, bağımlılık artıkça huzurevine taleplerin arttığını düşündürmektedir.

Katılımcıların yardımcı aygıt kullanma durumları değerlendirildiğinde huzurevinde kalanların % 91.7'si, evinde yaşayanların % 69.9'u yardımcı aygıt kullanmakta olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Berberoğlu ve ark.'nın çalışmasında da bizimkine benzer biçimde, yaşlı bireylerin genellikle 75 yaş üzerinde çoğunluğunun yardımcı aygıt kullandığını ve en çok kullanılan yardımcı aygıtın gözlük ve diş protezi olduğu ifade edilmiştir (105). Olgun ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise benzer biçimde, yaşlıların % 58.5'inin bağımsız olarak fiziksel gereksinimlerini karşılarken, % 72.6'sının baston, gözlük, tekerlekli sandalye, diş protezi gibi yardımcı aygıtlar kullandığı belirtilmiştir (109).

Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. Yaşanılan yere göre SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanları değerlendirildiğinde, genel sağlık algısı ve fiziksel fonksiyon alanları dışında tüm alt

alanlarda huzurevinde yaşayanların puanları yüksek bulunmuştur. Zincir ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin evde yaşayan yaşlı bireylere göre yaşam kalitesinin tüm alanlarının ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (110). Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, zamanların değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması amacıyla tüm hizmetler; doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, gibi uzman kişiler tarafından koordineli bir biçimde verilmektedir. Huzurevinde kalanların duygusal ve sosyal anlamda kendilerine destek olan kişi veya kişilerin varlığı, yaşlıların yaşam kalitesini de yükselttiğini düşündürmektedir. Bu durum da yaşlıların huzurevi bakımına olumlu bakmalarını, huzurevini bakım görecekları, sağlık hizmetlerinden yararlanacakları, arkadaş edinecekleri, başkalarına yük olmaktan kurtulacakları yer olarak algılayıp, olumlu duygular geliştirmelerini sağladığını söyleyebiliriz

Yaş ile SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanları ilişkisi değerlendirildiğinde, yaş arttıkça tüm puanların azaldığı görülmektedir. Fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal işlev ve genel sağlık algısında bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Avustralya'da yapılan benzer bir çalışmada da yaşın artışıyla birlikte her iki cinsiyette de yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu gösterilmiştir (111). Kaya ve ark.'da Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaptıkları çalışmada artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığını belirtmişlerdir (112). Yaşın artması ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği çalışmamızda da ortaya konulmuştur.

Yaşlıların cinsiyet ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları görülmektedir. Tüm alan puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkeklerin kadınlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu pek çok araştırma da bildirilmiş, Türkiye'de değişik bölgelerde yapılan yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer şekilde, kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkeklere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (113 – 117). Tayvan ve Norveç'te yapılan çalışmalarda da cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etken olduğu ortaya konmuş ve bizim çalışmamızla uyumlu biçimde yaşlı kadınların yaşam kalitesi yaşlı erkeklerden daha düşük bulunmuştur (118,119). Kadınların erkeklere göre daha uzun yaşaması nedeniyle, morbidite

oranları da daha yüksektir ve özellikle üreme sağlığı ile ilgili sorunlar kadınlarda daha fazla oranda görülmektedir. Toplumsal cinsiyet rolü nedeniyle yüklendiği bir takım sorumluluklarının da kadının sağlığını olumsuz yönde etkilemesi sonucu kadınların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların eğitim durumları ve yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları arasındaki ilişkiye değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça tüm ölçek puanlarında artış saptanmıştır. Tezel ve ark. polikliniğe başvuran yaşlı hastalarda yaptığı çalışmada da benzer şekilde, okuryazar olmayanların eğitilmiş olanlara göre, MOS SF 36 alt ölçeklerinden daha düşük puanlar aldıklarını tespit etmişlerdir (120). Çalıştır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrenim durumu arttıkça yaşam kalite ölçeğinden alınan ortalama puanların arttığı görülmüştür (119). Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda da kişilerin eğitim seviyesinin yaşam kalitesi puanını önemli oranda etkilediği, eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir (121,122). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir. Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin eğitim seviyelerinin ilköğretim ve altında olması bireylerde yaşam kalitesine yönelik duyarlılığın düşük olabileceğini akla getirmektedir.

SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarına bakıldığında bedensel ve ruhsal sağlık durumlarını son bir ay içinde iyi hissedenenlerin ölçek puanlarının, kötü hissedenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Aynı şekilde Katz indeksine göre günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olanların ölçek puanları, bağımlı olanlara göre yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Başkalarına bağımlı olmadan yaşamak, kendi sağlığını iyi olarak algılamak, beklenildiği biçimde, yaşlılarda yaşam kalitesini önemli düzeyde yükseltmektedir.

Yaşlıların yaşlılık algısı zamanla değişebilmektedir ve çok boyutludur. Bu boyutlar; fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığı içermektedir (123). Araştırmaya katılan yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumları Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre Avrupa Yaşlanma Tutum Anketi (AYTA) ve alt alan puanları değerlendirildiğinde AYTA toplam puanı ve alt alan puanlarının tümü evinde yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Yalnızca psikososyal kayıp alt alanında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar, huzurevinde yaşamının yaşam kalitesini ve psikososyal kayıp algısını olumlu yönde etkilerken, bedensel değişim ve psikososyal gelişim tutumunu olumsuz yönde etkilediğini söylemekte ve aile desteğinden yoksun olma

yaşlıların yaşlanma ile ilgili tutumlarını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Kuruma giden yaşlının, kendini kabul etme ve kendine saygı duymayı belirleyen çevreyi tanıma ve denetleyebilme olanakları kaybolmakta, yaşlı birey soyutlanma, yadsınmışlık, kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmekte, yaşlanma tutumları bu durumdan etkilenmektedir (85).

Çalışmamızda katılımcıların yaşı arttıkça AYTA toplam puanı ve alt alan puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır. 60-70 yaş grubundaki yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumlarının diğer yaş gruplarına göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Yapılan kimi çalışmalarda yaş arttıkça yaşlılığı anlama ve farkındalığın anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (82,123-126). Buna rağmen bizim çalışmamızda yaşlılık tutumu yaş arttıkça azalmaktadır.

Yaşlılıkla ilgili tutum cinsiyetten de etkilenmektedir. Bizim çalışmamızda erkeklerin tüm AYTA alt alan puanları ve toplam AYTA puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Özyurt ve Tunç'un yaptığı çalışmada ve AYTA Türkçe sürümü geçerlilik çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak cinsiyetin yaşlılık tutumu üzerine bir etkisi saptanamamıştır (123,82). Ülkemizde yürütülmüş olan çok merkezli 'Yaşlıların Dünyası Araştırması'nda da bizim çalışmamızın tersine kadınların % 80'inin yaşlılığı kabul ettiği ve yaşlılığı olumlu algıladıkları bulunmuştur (126). Cinsiyetler arasındaki bedensel değişim alt alanı ve AYTA toplam puanı farkı anlamlı bulunmuştur. Cinsiyetlerinden dolayı kadınlar şiddete, ayrımcılığa ve psikososyal sorunlara daha fazla maruz kalmaktadır. Menstrual sorunlar, gebelik, doğum ve ailenin diğer bireylerin bakımını üstlenme gibi durumlar kadının stres faktörlerini arttırmakta ve kadınlar bedenlen erkeklerle oranla daha hızlı bir çöküş yaşamaktadırlar. Diğer çalışmaların tersine bizim çalışmamızda bu çöküşle paralel olarak kadınların yaşlılıktaki bedensel değişime karşı olumsuz bir tutum içinde olduğu görülmüştür.

Eğitim durumuna göre AYTA toplam ve alt alan puanları değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça tüm puanların arttığı gözlenmektedir. Bu artış, eğitim arttıkça kişilerin yaşlanmayı ve değişimi kabul ettiği ve daha olumlu bir tutum geliştirdiğini düşündürmektedir.

Katılımcılardan kronik hastalığı olmayanların, bedensel ve ruhsal sağlıklarını son bir ay içinde iyi hissedenlerin ve Katz indeksine göre bağımsız olarak yaşamını sürdürenlerin AYTA toplam ve alt alan puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada sağlık algısının iyi olmasının pozitif yaşlılık algısına neden olduğu ve olumlu sağlık davranışlarına neden olduğu bulunmuştur (123). Özyurt ve Tunç 'un yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan, son bir yıl öncesine göre sağlığının daha kötü olduğunu

belirten ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede başkasına bağımlı olan yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. AYTA toplam ve alt alan puanları daha düşük bulunmuştur (123).

Beklenildiği gibi katılımcıların yaşlılıkla ilgili tutumları olumlu oldukça, yaşam kalitelerinin de arttığı gözlenmiştir. Sözen'in Ankara'da ve Altay ve ark.nın Samsun'da yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır (127,128).



SONUÇ VE ÖNERİLER

- Yaşı daha büyük olan, bekar ya da dul olan ve gelirleri daha düşük olan yaşlılar Huzurevinde kalmayı tercih etmektedir.
- Yaşlıların $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlasının en az bir kronik hastalığı mevcuttur ve en çok görülen hastalıklar hipertansiyon, kalp yetmezliği ve dibaetes mellitustur. Hem evde hem Huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık yarısı bedensel ve ruhsal sağlıklarını kötü hissetmektedir.
- Tam bağımlı olarak yaşama ve yardımcı aygıt kullanımı Huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha yüksektir.
- Huzurevi dışında yaşayan, daha genç olan, daha yüksek eğitilmiş olan ve erkek olan katılımcıların yaşlanmaya karşı tutumları daha olumludur. Yaşlılarda kronik hastalık varlığı, bağımlı olarak yaşama, bedensel ve ruhsal sağlığını kötü algılama yaşlanma tutumunu da olumsuz etkilemektedir.
- Genel sağlık algısı ve fiziksel fonksiyon alt alanları dışında Huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksektir. Yaşam kalitesi, yüksek eğitimlilerde, daha genç yaşlılarda ve erkeklerde daha yüksektir. Bağımlı yaşamak ve bedensel ve ruhsal sağlığını kötü hissetmek yaşlılarda yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir.
- Katılımcıların yaşlılık tutumlarının olumlu olması yaşam kalitelerini de olumlu olarak etkilemektedir.

ÖNERİLER

Yaşlıların yaşam haklarının korunması ve iyi yönde geliştirilmesi için devlet tarafından yaşlılara yönelik hukuki destek mekanizmaları geliştirilmelidir.

Yaşlılar politik açıdan güçlendirilmelidir. Bu ise yaşlıların kendilerine yönelik karar alma süreçlerine aktif olarak katılımlarının teşvik edilmesi yoluyla gerçekleştirilebilir.

Türkiye’de henüz yeterli sayıda olmayan geriatri hastaneleri, geçici bakım kurumları, evde bakım hizmetleri, gündüzlü hizmetler ve yaşlıyı yeniden yaşama kazandırma amacına yönelik serbest zaman değerlendirme hizmetleri uygulamaya aktarılmalıdır.

Ülkemizde, birinci basamakta evde ve kurumsal alanlarda yaşayan tüm yaşlı gruplarında ilk başvuru yeri olarak aile hekimlerinin bulunması önemlidir.

Sağlık sistemi içinde, yaşlıların evde ve sosyal kurumlarda düzenli olarak bedensel ve ruhsal sağlıkları açısından, başvuruya dayalı olmayacak biçimde, aile hekimleri ve oluşturulacak geriatrik ekipler tarafından izlemine sağlayacak sürdürülebilir bir yapı oluşturulmalıdır.

Yaşlılara hizmet veren kurumlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır.

Kurumlarda ve Huzurevlerinde yaşlılarla çalışan tüm görevlilere yaşlılık süreci, yaşlıların ruh sağlığı, sosyal desteğin önemi gibi konularda mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler planlanmalıdır.

Ülkemizde yaşlılara hizmet veren kurum ve organizasyonların, hizmet dağıtım sürecindeki verimliliği daha sık denetlenmeli, bu doğrultuda etkili hizmet sunumu ve hizmet alan yaşlıların memnuniyeti yönünde çalışmalar yürütülmelidir.

Yaşlıların yaşamını değerli kılacak sosyal çevreler ve mekanlar oluşturulmalı ve bunların sürdürülebilir olmasına özen gösterilmelidir.

Yaşlıların sosyal kapitalinin geliştirilmesi amacıyla alternatif programlar (Örneğin; yaşam boyu eğitim) uygulamaya aktarılmalıdır.

Yaşlılık konusu yalnızca 18- 24 Mart haftası kutlama etkinlikleri çerçevesinde yılda bir kez değil her zaman kamuoyunun gündeminde yer almalıdır.

ÖZET

Yaşlanma, herkese özgü bir şekilde gerçekleşen bireysel bir süreçtir. Bunun nedeni, yaşam seyrini ve yaşam kalitesini etkileyen fizyolojik, sosyal, psikolojik, ekonomik, çevresel ve kültürel faktörlerdir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin kuzey batısındaki iki kentte, altmış yaşın üzerindeki yaşlılarda huzurevlerinde yaşamın yaşam kalitesi ve yaşlılığa yönelik tutumlarına etkisini araştırmaktır.

Araştırma, Kırklareli ve Edirne'de kendi evinde yaşayan 113 yaşlı, huzurevlerinde yaşayan 108 yaşlıyı kapsayan, kesitsel bir çalışmadır.

Yaşlıların demografik ve sağlık özelliklerini sorgulayan araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket dışında, veri toplamada iki uluslararası veri ölçüm aracı kullanılmıştır; Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA) ve Tıbbi Sonuçlar Çalışması Kısa Form-36 (SF-36).

İstatistiksel analizler, 0.05 anlamlılık düzeyi uygulayarak, IBM SPSS Ver 20.0 ile gerçekleştirilmiştir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaş ortalaması 77.48 ± 8.2 , huzurevi dışında kalan yaşlılar 71.84 ± 8.2 dir ($p < 0.001$). Huzurevinde yaşayanlar ile diğerleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmazken, huzurevlerinde yaşayanların çoğu dul (% 43.5) ve bekar (% 29.6), evlerinde yaşayanların büyük çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir (% 60.2) ($p < 0.001$).

SF-36 skorları yaşam alanına göre değerlendirildiğinde, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların puanları tüm alt alanlarda diğerlerinden daha iyi bulunmuştur. Farklılık fiziksel rol

güçlüğü ve ağrı alt alanları dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Huzurevinde yaşayanların ve diğerlerinin AYTA puanları benzer bulunmuştur (sırasıyla 79.1 ± 15.5 ve 82.4 ± 15.9 , $p > 0.05$). Sadece psikososyal kayıp puanı evlerinde yaşayan yaşlılar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi bulunmuştur.

Sonuçlar, yaşam kalitesi ile yaşlılarda yaşlanma ile ilgili tutumlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = 0.726$; $P < 0.001$).

Yaşlıların evde yakınlarıyla yaşamlarının ruh sağlığına olumlu etkisi dikkate alınarak, yaşlıya aile desteği ve toplumsal destek sağlanması, aile bireyleriyle yaşlı arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için katkıda bulunulması, evde bakım projelerinin geliştirilmesi, yaşlıların evde bakımlarını teşvik edecek sosyal düzenlemelerin yapılması gereklidir. Bu alandaki düzenlemeler sosyal devlet anlayışıyla, herkes için eşit ve ulaşılabilir olacak biçimde planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma Tutumu, Yaşam Kalitesi, Huzurevi

THE IMPACT OF LIVING IN REST HOMES ON ATTITUDES TO AGEING AND THE QUALITY OF LIFE AMONG OLDER PEOPLE ABOVE SIXTY

SUMMARY

Aging is an individual process that happens in a peculiar way to everyone. This is due to different factors that influence this aspect of the course of life, such as: physiological, social, psychological, economic, environmental and cultural factors; may also affect the quality of life.

This study aimed to investigate the impact of living in rest homes on the quality of life and attitudes to ageing among older people above sixty in two cities in the north west of Turkey.

It is a cross-sectional study involving 113 elderly living in rest home and 108 elderly living in their own houses in Kırklareli and Edirne in Turkey.

Except a questionnaire for demographic and health features of elderly, two international data measurement tools were used for data collection; WHO – Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) and Medical Outcomes Study Short Form-36.

Statistical analysis was performed with IBM Statistical Package for Social Sciences Ver 20.0, applying a 0.05 significance level.

The mean age of the elderly living in rest homes is 77.48 ± 8.2 , and the elderly living outside nursing homes is 71.84 ± 8.2 ($p < 0.001$). While there was no significant difference between the rest home residents and the others in terms of sex, most of the residents in rest homes were widowed (43.5%) and single (29.6%), and the most of others living in their homes were married (60.2%) ($p < 0.001$).

When SF-6 QoL scores were evaluated according to the living place, the scores of elderly living in rest homes were found better than others in all sub domains. The difference was not found statistically significant except physical role strength and pain subdomains. The AAQ scores of residents in rest homes and others were similar (respectively, 79.1 ± 15.5 and 82.4 ± 15.9 , $p > 0.05$). It was only differentiated in psychosocial loss domain and better in elderly living in their home.

The results indicated that there was a positive significant relationship between QoL and attitudes to ageing among older people ($r = 0.726$; $P < 0.001$).

According to our results, living in a rest home constitutes positive aging attitudes and affects the quality of life positively. Understanding and investigating the impact of living in rest homes on attitudes to aging and QoL in elderly in Turkey and other developing countries could assist policy makers for planning meaningful programmes for older adults to contribute their physical and mental health, quality of life and perceptions of physical and psychological loss.

Key words: Attitudes to aging, Quality of life, elderly, rest homes

KAYNAKLAR

1. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın sağlığı bakışı. Yaşlanan Kadın Sempozyum Bildiri Kitabı s.1-6, Ankara, 2009.
2. Saygun M, Eser E. Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz? İçinden: Yaşlı Sağlığı: sorunlar ve çözümler. Aslan D, Ertem M (Editörler). Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Palme yayıncılık; 2012.s.66.
3. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. Ankara: BM-INIA, HÜ-GEBAM, Geriatri Derneği Yayınları. Rekmay ofset basımı, 2009:199-204.
4. Altuğ F, Yağcı N ve ark. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Yaşlı Sorunları Araştırma Derg 2009;15:48-60.
5. Uçku R. Yaşlı Bakımında Temel Bilgiler. Ünite 1. “Yaşlı ve Bakım Hizmetleri” Arslantaş D (Editör). Eskişehir: T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2012. s.4-6.
6. Tufan İ. Bağımsız Yaşam ve Sınırları; Bakıma Muhtaç Yaşlıların Yaşam Olanakları, Antalya ve Çevresinde Yaşayan Bakıma Muhtaç Yaşlılar Üzerine Ampirik Bir Araştırma. 2008. (Bu araştırmanın yayın hazırlıkları devam etmektedir)
7. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Derg 2005;29:23-63.
8. Nahçıvan N, Demirezen E. Birinci Basamakta Yaşlılarda Depresyon ve İlişkili Faktörler, Sosyo-Demografik Özellikler, Deneyimlenen Sosyal Kayıplar, Sağlık Sorunları ve İyilik Durumu. 35.Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı s.26, Trabzon, 1999 .
9. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara, 2012.
http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_plani.pdf (E.T:10.12.2015)

10. Balogun JA, Katz JS. Physiological changes and functional limitations associated with aging: A critical literature review. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 2002; 13:37-59.
11. Tufan İ. Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık. İstanbul: Kitap Matbaacılık; 2002:8.
12. Danış D. Demografi: Nüfus Meselelerine sosyolojik bir bakış. http://www.academia.edu/1427183/DEMOGRAFI_Nüfus_meselelerine_sosyolojik_bir_bakış (E.T: 09.09.2015)
13. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ege Tıp Derg 2010;49(3):39-45.
14. DPT: Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No DPT: 2741, 2007. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemla.pdf> (E.T:10. 2015)
15. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division: WorldPopulationAgeing,1950-2050. <http://www.un.org/esa/population/ouublications/worldageing19502050/> (accessed on November 2015)
16. Sardon JP. Recent demographic trends in the developed countries. Population. 2006; 61:197-266.
17. Kinsella K, Wan H. U.S. Census Bureau: International Population Reports. An Aging World: 2008, Washington:U.S. Government Printing Office, DC, 2014: 1-209. <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>. (accessed on November 2015)
18. Pison G. Population ageing will be faster in the South than in the North. Population & Societies 2014; No.457: 1-4. http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1468/publi_pdf2_pesa457.2.pdf (accessed on November 2015)
19. Yağcıoğlu R. Huzurevinde kalan 65 yaş üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
20. DSÖ Raporu, 1998. A Population Aged 65 and Above, 1997. <http://www.who.org/whr/1998/age-97-e.gif> (erişim tarihi Kasım 2015)
21. Öner FS. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yaşam doyumunu etkileyen faktörler (tez). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
22. Onat Ü. Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Yaşlı Hizmetlerinin Düzenlenmesi. Sosyal Hizmet Sempozyumu (16-18 Ekim 1996), Bildiriler Kitabı

- İçinde. Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, 2001. s.48-52.
23. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005;6:227-239.
 24. Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler, Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı, İstatistik Bülteni, Ocak 2016 http://eyh.aile.gov.tr/data/551169ab369dc57100ffbf13/engelli_ve_yasli_bireylere_iliskin_istatistiki_bilgiler_2016.pdf (Erişim Tarihi:10.02.2016)
 25. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar: 2012, Sayı:13466, 20 Mart 2013 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466> (Erişim tarihi Ekim 2015)
 26. Keskinoglu P. Yaşlılık ve yeti yitimi. İçinden: Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Arslan D, Ertem M (Editörler). Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Palme Yayıncılık; 2012. s.75-79.
 27. Kurt G, Beyaztaş FY. Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyetleri. *Adli Tıp Derg* 2010;24(2):32-39.
 28. Kurt G. Türkiye’de yaşlılık olgusuna sosyolojik bir bakış: Sivas il örneği (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
 29. Göz F, Erkan M. Yaşlılık Sorunları ve Bakım İlkeleri. İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008:11-72.
 30. Karadelioğlu P. Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Ölüm Kaygı Düzeyine Etkisi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
 31. Bahar G, Bahar A. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* 2009;4(12):85-98.
 32. Adak N. Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Aile ve Toplum Derg 2003;6(2):74-82.
 33. Daniş Z. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf (E.T:10.04.2016)
 34. Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Ankara: Şafak Matbaacılık; 1995:15-28.
 35. Onat Ü. Sosyal Politikalar Açısından Yaşlılık, Gökçe-Kutsal, Y. (Editörler), Geriatri 2002 Sempozyumu Bildirileri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını; 2002:266-276.

36. Şenocak Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Journal of Neurological Sciences (Turkish) 2008;25(3):169-175.
37. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S. ve Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci 2003;33:335-340.
38. Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization Publications. 2008; p.35.
39. Akın L ve ark. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3.Cilt. Güler Ç, Akın L (editörler). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. s.1532-1538.
40. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2004
41. The World Health Report:2003-Shaping the future.World Health Organization, Geneva 2003
<http://www.who.int/whr/2003/en/> (E.T:10.09.2015).
42. World Health Statistics 2010, World Health Organization 2010, France.s:54
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf
(ET:10.09.2015).
43. Dünya Sağlık Raporu 1998: 21 Yüzyılda Yaşam Herkese Ortak Bakış Özet Rapor, (Çeviri:İzgi GÜNGÖR, Fatma Saçlı), Ankara, 1998.
<http://www.absağlık.com> (E.T:10.10.2015).
44. Bilir N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları. İçinden: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Ankara: Güneş Kitabevi; 1995.s.359-368.
45. Bilir N. Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, 1986:30.
46. Bilir N. Kronik Hastalıklar, Kalp Hastalıkları. Yeni Türkiye Derg 2001;39:953-951.
47. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Tütkiye Sağlık Raporu. Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz T, Ayoğlu F, Kaya M (Editörler). Ankara: Hasuder; 2012. s.506-509.
48. Tüzün S, Eskiuyurt N, Akarımak U, Saridoğan M, Şenocak M, Johansson H, Kanis JA; Turkish Osteoporosis Society. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study. Osteoporos Int. 2012;23(3):949-55.
49. Gökçe-Kutsal Y, Özdemir O, Karahan S, Akyol Y, Borman P, Doğan A, Eyigör S, Güzel R, Ortancil O, Savaş S, Senel K, Turhanoğlu AD. Musculoskeletal pain in osteoporotic elderly patients; A multicenter study. Turkish Journal of PMR. 2011

50. Eyigör S. Geriatric syndromes. Turk J Phys Med Rehab, 2009;55(2):57-61.
51. Eyigör S, Gökçe Kutsal Y. Approach to the Frail Elderly, Turk J Phys Med Rehab, 2010;56:135-40.
52. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001;156:1-10.
53. Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları No:172, 2011:776-779.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu, Ankara, 2017.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014> (E.T: 10.10.2017)
55. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Z ve ark. Tütün Kontrolü . Toraks Dergisi 2006;7(1): 51-64.
56. Diker J, Etiler N. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2001;2(2):79-86.
57. Işık S. Yaşlılık Sağlık Psikolojisi, Türk Psikologları Derneği Yayınları, No: 19, Ankara, 1999.
58. Büyükçoşkun A. Bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinmelerinin Saptanması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
59. Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
60. Alpteker H. 65 Yaş Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi (tez). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
61. Akın B, Emiroğlu ON. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitateye Bağlı Yeti yitimi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
62. Bilgili N, Kubilay G. Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
63. Akça N. 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003
64. Dönümcü S. Yaşlıya Götürülen Sosyal Hizmetlerin Organizasyonu, 2.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı
<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasligoturulansosyalhizmet.doc> (E.T: 21.06.2015)

65. Erel S, Uygur F. Toplumda ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Fiziksel Performans ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Fیزیyoterapi Rehabilitasyon Derg 2010;21(1):35-42.
66. Akdemir N, Özdemir L. Evde Bakım Sistemleri Ve Ülkemizde Yaşlı Sağlığı Hizmetleri. İçinden: Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğul (editör). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2006. s. 205-35.
67. Tekinsoy P. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların refakatçilerinin gereksinimlerinin saptanması (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005
68. Ölüç F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
69. Yılmaz T. Türk toplumunda yaşlılara götürülen hizmetlerin tarihçesi. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yayinlar/yaslanankadin.pdf>. (E.T:06.04.2015)
70. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfusa eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Derg 2004;7:105-10.
71. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Derg 2004;5(2):76-84.
72. Örsal Ö, Yenilmez Ç. Huzurevinde ve Evinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Turkish Journal of Geriatrics 2012;15(3):332-338.
73. Tambağ H. Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
74. <http://www.eyh.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasli-bakim-hizmetleri> (E.T:15.11.2016)
75. Çohaz A. Türkiye'de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri, Ülkemizde Yaşlılık Politikaları. Akademik Geriatri Sepozyumu s.122-126, Kıbrıs, 2010.
76. Bilgili N, Kubilay G. Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
77. Danış MZ. Toplum temelli bakım anlayışı. <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm>. (E.T:15.06.2015)
78. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye'de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):19-31.

79. Onat Ü. Yaşlanma ve Sosyal Hizmet. Yaşlılık Gerçeği. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. Ankara: H.Ü. Hastaneleri Basımevi, 2004.
80. 1.Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi ve 3.Geriatrik Fizyoterapi Kongresi Bildirileri, 21-23 Kasım 2012, İzmir
81. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et all.Studies of illness in the aged.The index of adl:A standardized measure of biological and psychosocial function JAMA 1963;185:914-919.
82. Eser E, Gerçeklioğlu G, Eser S, Fidaner C, Baysan P, Pala T ve ark. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)' Türkçe sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik özellikleri. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14:101-110.
83. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).I.Conceptual framework and item selection.Med Care 1992;30:473-483.
84. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A.Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonu'nun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Derg 1999;12:102-106.
85. Yıldırım S, Özgür G, Babacan Gümüş A. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2007;23(2):93-103.
86. Koyuncu YE. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
87. Görgün AB, Baran A. Yaşlılıkta sosyal uyum sorunu, Antropoloji ve Yaşlılık (Prof. Dr. Vedia Emiroğlu'na Armağan). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu yayınları, No:006, 2000:68-76.
88. Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa Huzur Evi Yaşlılarının Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2002;28(3):65-69.
89. Kişioğlu N, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta'da huzur evlerinde kalanların sosyo-ekonomik ve sağlık durumları ile huzur evlerinin imkanları hakkında düşünceleri. 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı s.67, Eskişehir, 2001.
90. Işıklı B, Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C. Bir huzurevi yaşlılarında mediko-sosyal durum, 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı s.76, Eskişehir, 2001.
91. Kılıç Ü. Yaşlıları huzurevi yaşamını seçmeye zorlayan nedenlerin belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

92. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Sosyal Riski Azaltma Projesi Koordinasyon Birimi. Yaşlılara sunulan sosyal hizmetlerin değerlendirilmesi Özet Raporu s.13, Ankara, 2006.
93. Çubukçu S. Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevalansı ve Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktivite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü; 2005.
94. Öğüt S, Öğüt K, Polat M. Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yerinde Yaşlanma Konusundaki Duygu ve Düşünceleri, Araştırma Makalesi MCBU-SBED 2017;4(1): 522-526.
95. Beştepe G, Ogur P, Özyürek P, Bayram F. Afyon Huzurevi Yaşlılarında Medikososyal Bir Araştırma. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%204.htm> (E.T:18.08.2007)
96. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3(4):133-140.
97. Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6(1):27-30.
98. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay B. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2006;15(11):199-201.
99. Sütuluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(3):148-151.
100. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2005;6:227-239.
101. İnal S, Subaşı F, Mungan-Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarcay V. Yaşlıların Fiziksel Kapasitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6(3):95-99.
102. Özer Ergün G, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçı E, Akpınar E. Adana Huzurevi'nde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6(3):89-94.
103. Sökmen DÇ. Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevindeki yaşamlarına ilişkin algıları (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2008.

104. Dörter SS. Huzurevinde ya da yerinde yaşlanmayı tercih eden yaşlı bireylerde yaşadıkları çevre ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2014.
105. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Huzurevi'nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikli İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(4):117-12.
106. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2005;12(3):177-183.
107. Öztunç G, Büyüksürücü L. Adana Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstündeki Bireylerin Yaşlılık ve Sağlıklarına İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları İle Mevcut Durumun Saptanması. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı s.46, Ankara, 1992.
108. Tel H, Tel H & Sabancıoğulları. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Türk Geriatri Derg 2006;9:34-40.
109. Olgun N, Eti Aslan F, Yücel N ve ark. Yaşlıların Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg 2013;4(2):72-78.
110. Zincir H, Taşçı S ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Derg 2008;17(3):168-174.
111. Kılıçoğlu A. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. Düşünen Adam Derg 2005;18(4):187-195.
112. Kaya M. Ankara'da Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. Türk Geriatri Derg 2008; 11(1):12-17.
113. Şahin N, Emiroğlu O. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg 2014;57-66.
114. Ersoy AF, Demirel H. Yaşlılarda Sağlık Açısından Yaşam Kalitesi, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı s.248-60, Denizli, 2003.
115. Akal S. Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
116. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A ve ark. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osman Gazi Tıp Derg 2006;28(2):81-89.

117. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H ve ark. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Türk Geriatri Derg 2006;9(1):30-33.
118. Hsu HC. Gender Differences in Health-related Quality of Life among the Elderly in Taiwan. Asian Journal of Health and Information Sciences,2007;1(4):366-376.
119. Drageset J, Natving G K, Eide GE, Clipp EC, Bondevik M, Nortvedt MW, Nygaard HA. Differences In Health-Related Quality Of Life Between Older Nursing Home Residents Without Cognitive Impairment And The General Population Of Norway. Journal Of Clinical Nursing 2008;17:1227-1236.
120. Tezel G, İçağasıoğlu A, Karabulut A ve ark. Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. Türk Geriatri Derg 2004;7:206-10.
121. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 2000;3(2):141-145.
122. İnal S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2001;6(3):95-99.
123. Özyurt BC, Tunç B, Hatipoğlu S. Yaşlıların Yaşlılıkla İlgili Tutumları: Manisa'da Bir Kentsel ve Kırsal Bölge Örneği. Akademik Geriatri Derg 2013;5:29-37.
124. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2007;10:117-23.
125. Lifshitz H. Attitudes toward aging in adult and elderly people with intellectual disability. Educational Gerontology 2002;28:745-59.
126. Yaşlıların Dünyası Araştırması. <http://www.yaslilikrehberi.org> (E.T:10.12.2016)
127. Sözen F. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
128. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(3):181-189.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050	5
Şekil 2. Dünyada çocuklar ve yaşlıların nüfus içindeki oranlarının değişimi: 1950-2050	5
Şekil 3. Türkiye’de nüfusun yaş yapısının değişimi, 2013-2075.....	7
Şekil 4. Yaşlıların yaşadığı yere göre dağılımı	24

TABLolar

Tablo 1. Cinsiyete göre doğuşta beklenen yaşam süresi	6
Tablo 2. Yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı	6
Tablo 3. Dünyada Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre 60 Yaş ve Üzeri Grup İçin Hastalık Yükü Nedenleri (%).....	9
Tablo 4. Türkiye’de 60 yaş ve üzeri grupta ölüme ve DALYS’e neden olan ilk on hastalık(UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye)	9
Tablo 5. Kamu, özel, belediye, dernek, vakıf ve azınlıklara ait huzurevleri sayısı, kapasiteleri ve bakılan yaşlı sayısı.....	17
Tablo 6. Araştırmaya katılan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri.....	17
Tablo 7. Araştırmaya alınanların son 1 ay içinde bedensel sağlık durumlarını nasıl hissettikleri	25
Tablo 8. Katılımcıların son 1 ay içinde ruhsal sağlık durumlarını nasıl hissettikleri.....	26

Tablo 9. Katılımcılarda Kronik Hastalık Varlığı.....	27
Tablo 10. Katz indeksine göre huzurevinde yaşayan ve evinde yaşayan yaşlıların bağımlılık durumlarının karşılaştırılması	28
Tablo 11. Katılımcıların yardımcı aygıt kullanım durumu.....	28
Tablo 12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarının Kimi Sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması	30
Tablo 13. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarının sağlık durumları ve katz indeksine göre karşılaştırılması	31
Tablo 14. Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre AYTA puanları.....	32
Tablo 15. Katılımcıların sağlık durumlarına göre AYTA puanları	33
Tablo 16. Huzurevinde yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre AYTA puanlar....	34
Tablo 17. Huzurevinde yaşayanların sağlık durumlarına göre AYTA puanları.....	35
Tablo 18. Evinde yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre AYTA puanları.....	36
Tablo 19. Evinde yaşayanların sağlık durumlarına göre AYTA puanları.....	37

ÖZGEÇMİŞ

Çiğdem KURT, 1986 yılında Ayvalık'ta doğdu. İlköğretimini Atatürk İlköğretim Okulunda tamamladıktan sonra lise eğitimini Ayvalık Lisesinde tamamladı.

2006 yılında Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulunda Hemşirelik eğitimini başlayıp 2010 yılında mezun olmuştur.2010-2011 yılları arasında Diyaliz hemşiresi sertifikasını alıp özel merkezde çalışmıştır.2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Kırklareli Huzurevi'nde görevine başlamıştır. Şu an hala Kırklareli Huzurevi'nde hemşirelik yapmaktadır.

EKLER



Ek 1

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2013/36	
	PROTOKOL ADI	60 Yaş Üstü Bireylerde Huzurevinde Yaşamın Yaşlanma Tutumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Burcu TOKUÇ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04/ 13		Tarih:13.02.2013
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem KURT'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendirilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Üfret VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Ek 2



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 84459573-605.01- 277

01/10/2013

Konu : Araştırma Talebi(Çiğdem KURT)

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Edirne Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nün 05.08.2013 tarih ve 4340 sayılı yazısı ile Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem KURT'un "60Yaş Üstü Bireylerde Huzurevinde Yaşamın Yaşlanma Tutumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırmasına ilişkin anketleri Edirne ve Kırklareli illerindeki huzurevlerinde uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

İlgili Genel Müdürlük tarafından da olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın; yaşlıların kimlik bilgilerinin ve özel hayatlarının gizliliğine riayet edilerek, gönüllülük esası çerçevesinde yürütülmesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve bir örneğinin Başkanlığımıza gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

Amber TÜRKMEN
Daire Başkan V.

OLUR
01/10/2013

Dr. Nail Abdulgazi ALATAŞ
Müsteşar Yardımcısı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Söğütözü Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon : 5722
e-posta : sçetin@aile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : S. ÖZKURT ÇETİN Sosyal Çalışmacı
Fax :
Elektronik Ağ: www.aile.gov.tr

Ek 3

60 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, YAŞLANMA TUTUMU ve YAŞAM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Sayın katılımcı;

Size 60 yaş üstü kişilerde günlük yaşam aktivitelerini, yaşlanma tutumunu ve yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik 68 soruluk bir anket uygulamak istiyoruz.

Eğer izin verirseniz bu bilgiler Edirne ve Kırklareli ilini temsil edecek bilimsel bir tez çalışmasında, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Katılımınız ve katkınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:.....

3. Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul

4. Nerede yaşıyor:

1. Huzurevinde
2. Kendi evinde eşyle birlikte
3. Kendi evinde yalnız
4. Çocukları ya da akrabaları ile birlikte
5. Diğer

5. (Huzurevinde yaşayanlar için) Kaç yıldır huzurevinde yaşıyor?

6. (Huzurevinde yaşayanlar için) Huzurevinde giderlerini (Huzurevi ücreti ve diğer giderler) ne şekilde karşılıyor?

1. Devlet Yardımı (Ücretsiz)
2. Kendisi
3. Yakınları
4. Diğer.....

7. Halen gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

- 1.Evet
2. Hayır
3. Emekli

8. Ortalama aylık geliri ne kadar?.....

9. Eğitim durumu :

1- Okur-yazar değil
2- Okur-yazar

3- İlkokul bitirmiş
4- Ortaokul bitirmiş

5- Lise bitirmiş
6- Yüksek öğrenimli

10. Sosyal güvenceniz var mı?

1. SSK 2. Emekli Sandığı 3. Bağ-Kur 4. SHÇEK 60-c
5. Diğer.....

11. Kişinin bir engeli var mı?

1- Evetay.....yıldır
2- Hayır

12. Kişinin ne tür bir engeli var ?

13. Kişi yardımcı aygıtlar kullanıyor mu? (Protez dahil)

1. Hayır
2. Evet, Lütfen belirtiniz

14. Kişi yardımcı aygıt kullanıyor ise, ne kadar süredir kullanılıyor?.....ayyıl

15. Bir hekim tarafından tanısı konmuş sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı var mı?

Hastalık	Yok	Var	Varsa ne süredir?
Diyabetes mellitus			
Koroner arter hastalığı			
Kalp yetmezliği			
Hipertansiyon			
Serebro-vasküler olay			
Osteoartrit			
Romatoid artrit			
Öteki romatizmal hastalıklar			
Osteoporoz			
Başka.....			

16. Aşağıda sıralanan etkinlikleri yerine getirmede bireyin bağımlı olup olmadığını belirtiniz

	Bağımsız	Tam bağımlı
Yıkanma		
Giyinme		
Tuvalet gereksinimi		
Transfer		
Kontinens (İdrar ve dışkı kontrolü)		
Beslenme		

17. (Huzurevi dışında kalanlar için) İl Sağlık Müdürlüğünün Evde sağlık hizmetlerinden yararlandınız mı?

1. Evet,kez
2. Hayır

18. (Ailesiyle birlikte kalanlar için) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının sağladığı Evde bakım yardımından yararlanıyor musunuz?

1. Evet,ay/yıl
2. Hayır

19. Son 1 aydır bedensel sağlığınızı nasıl hissediyorsunuz?

1. Çok kötü
2. Kötü
3. Orta
4. İyi
5. Çok iyi

20. Son 1 aydır ruhsal sağlığınızı nasıl hissediyorsunuz?

1. Çok kötü
2. Kötü
3. Orta
4. İyi
5. Çok

AVRUPA YAŞLANMA TUTUM ANKETİ (AYTA-TR)

Aşağıdaki önermeler için size en uygun seçeneği işaretleyiniz

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir					
2. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.					
3. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır					
4. Bilgelik yaşla edinilir					
5. Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır					
6. Yaşlılık hayatın keyfini kaçıran (içe kapanma) dönemidir.					
7. Her yaşta egzersiz yapmak(hareket etmek, spor yapmak) önemlidir					

	Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta Derecede	Çok doğru	Son derece doğru
8. Yaşlanıyor olmak, sandığımdan daha kolaymış					
9. Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor					
10. Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum					
11. Kendimi yaşlı hissetmiyorum					
12. İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum					
13. Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez					
14. Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var					
15. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum					
16. Fiziksel sağlığımla ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor					
17. Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak daha zor oldu					
18. Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir					
19. Hayatımın bir fark yarattığına inanıyorum					
20. Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hissetmiyorum					
21. Gençlere iyi örnek olmak istiyorum					
22. Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum					
23. Sağlığım bu yaşimde beklediğimden daha iyi					
24. Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğunca dinç ve canlı tutuyorum					

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

- Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (Birinin etrafına daire çizin).
1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Fena değil 5. Kötü
- Geçen seneyle karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?
1. Bir yıl önceye göre çok daha iyi 2. Bir yıl önceye göre daha iyi 3. Hemen hemen aynı
4. Bir yıl önceye göre daha kötü 5. Bir yıl önceye göre çok daha kötü
- Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler , örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-Pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometre'den fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. hiç 2. biraz 3. orta derecede 4. epeyce 5. çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. hiç 2. çok hafif 3. hafif 4. orta hafiflikte 5. aşırı derecede 6. çok aşırı derecede

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. hiç olmadı 2. biraz 3. orta derecede 4. epey 5. çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin). Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (Birin etrafına daire çizin).

1. Her zaman 2. Çoğu zaman 3. Bazen 4. Çok ender 5. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
a. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5