

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

**EDİRNE MERKEZİNDE EV ORTAMINDA YAŞAYAN 65  
YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Ebru SARI**

**Referans no: 459439**

**EDİRNE – 2013**

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

**EDİRNE MERKEZİNDE EV ORTAMINDA YAŞAYAN 65  
YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Ebru SARI**

**Destekleyen Kurum :**

**Tez No :**

**EDİRNE – 2013**

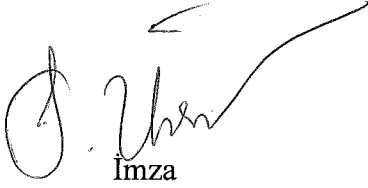
T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

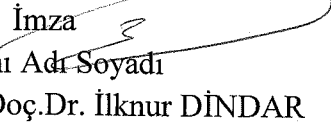
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç.Dr. İlknur DİNDAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Ebru SARI SÖNMEZ tarafından tez başlığı "Edirne Merkezinde Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 04/02/2013 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Yüksek Lisans Tezi" olarak kabul edilmiştir.



İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Doç.Dr. Serdar ÖZTORA



İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Doç.Dr. Serap ÜNSAR



İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Yrd. Doç.Dr. İlknur DİNDAR

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Tammam SİPAHİ  
Enstitü Müdür V.

## **TEŞEKKÜR**

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde, Lisans ve Y¼ksek Lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayış ile y¼nlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR'a, destek ve önerilerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a, verilerin analizinde yardımlarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Galip EKUKLU'ya, çalışmamın veri toplama aşamasında destek veren değerli arkadaşım Sinem AKBAŐ'a, t¼m hayatım boyunca sevgi ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, ihtiyacım olan her anda sabır ve anlayış ile hep yanımda olan daima teşvik ve özveride bulunan değerli eşime sonsuz teřekk¼r ederim.

Ebru SARI

Edirne, 2013

## İÇİNDEKİLER

|  |    |
|--|----|
| <b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....                                 | 1  |
| <b>GENEL BİLGİLER</b> .....                                | 3  |
| <b>YAŞLILIĞIN TANIMI VE DEMOGRAFİSİ</b> .....              | 3  |
| <b>YAŞLILIĞIN ORGANİZMAYA ETKİLERİ</b> .....               | 8  |
| <b>YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ</b> .....                     | 13 |
| <b>YAŞLI SAĞLIĞININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ</b> ..... | 18 |
| <b>YAŞLI BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ</b> .....               | 25 |
| <b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....                            | 29 |
| <b>BULGULAR</b> .....                                      | 34 |
| <b>TARTIŞMA</b> .....                                      | 45 |
| <b>SONUÇLAR</b> .....                                      | 50 |
| <b>ÖZET</b> .....  | 54 |
| <b>SUMMARY</b> .....                                       | 56 |
| <b>KAYNAKLAR</b> .....                                     | 58 |
| <b>TABLolar LİSTESİ</b> .....                              | 69 |

**ÖZGEÇMİŞ..... 70**

**EKLER..... 71**

ANKET FORMU

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ

## SİMGE VE KISALTMALAR

|               |  |
|---------------|--|
| <b>ANOVA</b>  | : Tek Yönlü Varyans Analizi                |
| <b>Ark</b>    | : Arkadaşları                              |
| <b>ASA</b>    | : Asetil Salisilik Asit                    |
| <b>DSÖ</b>    | : Dünya Sağlık Örgütü                      |
| <b>NSP</b>    | : Nottingham Sağlık Profili                |
| <b>SF-36</b>  | : Kısa Form 36                             |
| <b>TNSA</b>   | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması      |
| <b>WHOQOL</b> | : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu |

## GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir (1).

Çocukluk, ergenlik, gençlik, olgunluk gibi yaşlılık da insanoğlunun yaşam dönemlerinden biridir. Yaşlılık biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kronolojik boyutları olan ve değişik yönlerden tanımlanabilen bir kavramdır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık evresini 65 yaş ve üstü olarak kabul etmiştir (3).

Yaş ilerledikçe bireyin günlük yaşam aktiviteleri azalmaktadır. Birey başkalarına bağımlı hale geldiğinde günlük gereksinimleri aile, arkadaş veya komşular tarafından kısmen karşılanarak yaşlıya destek sağlanmaktadır. Ancak gelişen endüstrileşme ve şehirleşme ile toplumda aile yapısı küçülmekte ve yaşlının aile içinde bakımı zorlaşmakta, bu durumda yeterli bakım ve destek alamayan bireyin yaşam kalitesi düşmektedir (4).

“Yaşam kalitesi” karmaşık ve soyut bir kavramdır. Yaşam kalitesi, maddi çevrenin uygunluğu ve insanların bunu algılayış biçimi olarak yorumlanmaktadır. Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin “iyi olma” durumu olarak da değerlendirilmektedir (5).

Genel nüfus yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinmesi artmaktadır (1). Özellikle bedensel ve ruhsal hastalıklar, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle, DSÖ yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan "aktif yaşlanma" kavramını geliştirmiştir. DSÖ "aktif yaşlanma"yı insanların yaşlanırken yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlik ihtiyaçlarının optimum düzeye çıkarılması olarak tanımlamaktadır (6).



Yaşam kalitesinin ilerleyen yaşla birlikte bozulmaya eğilimli olduğu gösterilmiştir (7). Toplumda önemli ve problemleri bir sosyal grup oluşturan yaşlılarda yaşam kalitesini irdeleyen çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, hayat konforunun genellikle belirli alt etmenlerden etkilendiği görüşü yaygındır (8,9). Yaşla birlikte bu alt etmenlerdeki bozulmanın, kalitenin düşmesinden sorumlu olması olası görülmektedir. Bu etmenler fiziksel sağlık, fonksiyonel durum, psikososyal durum, kognitif durum ve sosyal iletişimidir (9).

Teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları ve sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı tüm dünyada giderek artmaktadır (10). 1988 yılında dünyada 200 milyon yaşlı insan bulunmaktayken, bu sayı 2000 yılı sonunda 585 milyona ulaşmıştır. Nüfus projeksiyonları ile yapılan hesaba göre ise dünyadaki yaşlı nüfus 2034 yılında Avrupa nüfusunun %26'sını oluşturacaktır. Türkiye'de ise yaşlı nüfusun 2025 yılında %9.3 oranında olacağı tahmin edilmektedir (3).

Tüm toplumların giderek yaşlanması, yaşlı bakımını önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme getirmektedir (11). DSÖ'nün 21. yüzyılda herkes için sağlık hedeflerinde; "2020 yılına dek, 65 yaş üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olmalı ve etkin toplumsal rol oynayabilmelidirler" anlatımı yer almıştır. Bu da, gelecekte yaşlı sağlığının oldukça önem kazanacağını göstermektedir (12).

Yaşlılık dönemindeki sağlık sorunları diğer dönemlerden farklı özelliklere sahiptir (13). Yaşlı hastalarda tüm fonksiyonlar geriye dönüşümsüz olarak azalmış ya da kaybolmuştur. Bu nedenle yaşlı hastaya özel hemşirelik bakımı gerekir (14). Hemşirelerin yaşlı bireylerin gereksinimlerine yanıt verebilmeleri için normal yaşlanma sürecini anlamaları ve akut ya da kronik sorunları olan yaşlıların bakımları için hazırlanmaları gerekir. Bu nedenlerle temel eğitim içinde tüm bilim dallarına entegre biçimde yaşlanma ile ilgili temel bilgi, beceri ve tutumun kazandırılması önemlidir (15).

Bu araştırma, Edirne Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan, ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

## GENEL BİLGİLER

### YAŞLILIĞIN TANIMI VE DEMOGRAFİSİ

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir (1).

Vücudumuzun molekül, hücre, doku, organ ve sistemlerinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüne “yaşlanma” diyoruz (16).

Yaşlılık yaşamın diğer evreleri gibi doğal ve kaçınılmaz bir olgudur. Tüm insanlar için söz konusu olan bir durumdur. Aynı zamanda bireysel bir olgudur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalara göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur (2). Yaşlılık genel anlamda artan fiziksel hastalıklar ve yetiyitimi nedeniyle bireyin çevreye bağımlı hale geldiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (4,17,18). DSÖ yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamakta, bazı durumlarda 60 yaşı yaşlılık sınırı olarak alırken, bazı durumlarda 65 yaşı sınır olarak almaktadır (19,20). Sağlık hizmetlerinin planlanması için, genellikle 65 yaş ve üzeri insanlar yaşlı nüfus olarak tanımlanır (21). Yasaların ve DSÖ'nün yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda ve ülkemizde

yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak belirtilmektedir (19,20). Oysa fiziksel ve beyinsel yönden kişinin bağımsızlıktan, bağımlılığa geçiş döneminin başlangıcı 75 yaş civarındadır (22).

Birleşmiş Milletler, 1982 yılında Viyana'da düzenlenen "Dünya Yaşlılık Asamblesi"nde 60 yaş ve üzeri yaş grubunu yaşlı olarak kabul etmiş, yaşlanma sürecini kronolojik olarak üç döneme ayırmıştır;

1. 45-59 yaş (Orta yaş)
2. 60-74 yaş (Yaşlı)
3. 75 yaş ve üzeri (İleri Yaş) (23).

DSÖ;

- 60-74 yaşlılık
- 75-89 ihtiyarlık
- 90 ve üzerini ileri ihtiyarlık olarak gruplandırmaktadır (24).

Teknik ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak yaşlı nüfus oranındaki artış ve bu nüfusun sorunlarının artışı, bu hususa olan bilimsel ilgiyi de arttırmış ve bu hususla ilgili yapılan çalışmalar geriatri ve gerontoloji gibi çeşitli disiplinlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Geriatri, medikal yaşlanma sürecini ve yaşlılığa bağlı hastalıkları incelerken; gerontoloji ise yaşlanma sürecini sistematik olarak bütün yönleriyle (biyolojik, psikolojik, sosyal) inceleyen bir bilim dalı olarak önem kazanmaktadır (25).

Normal yaşlanma terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır.

Biyolojik yaşlılık; yumurtanın döllemesiyle başlar. Tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Yaşam biçimimiz, hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlandırabilmektir (26,27).

Fizyolojik yaşlılık; vücudun fizyolojik olarak yeterliliğinin beklenenden erken yaşlarda azalmasının altında yatan gerçekler, yaşama bakış ve yaşama ile iletişim yöntemlerinde başarısızlıktır (27).

Psikolojik yaşlılık; yaşın kronolojik ilerlemesine bağlı olarak bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek gücü ile kişilik kazanma alanlarında uyum sağlama kapasitelerindeki değişimleri kapsar. Diğer deyişle, bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturur (2).

Ekonomik yaşlılık; Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesidir. Emekli olmakla başlayan evredir. Emekli olma yaşı, ülkelerin sosyal yapılanmalarına göre değişmektedir (24,27).

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

Kronolojik yaşlılık; geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı "yaş"tır.

Patolojik yaşlanma, fakirliğe ya da alışkanlığa bağlı olarak (yetersiz beslenme, sağlık ve dış bakım yetersizliği, aşırı beslenme, hareketsizlik vb.) ortaya çıkar. Normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır (24,26).

Yaşlanma, Hobson'a göre moleküler, hücresel, bireysel, toplumsal, doku ve organ yaşlanması olarak 5 bölüme ayrılmaktadır:

1. Moleküler yaşlanma: Kronolojik yaşın ilerlemesiyle biyolojik niteliklerdeki değişikliklerle gerçekleşir. Kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra-intermoleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastikiyetinde azalmaya yol açması ile olmaktadır.
2. Hücresel yaşlanma: İlerleyen yaşla birlikte mutasyonlu hücrelerin artmasıdır.
3. Doku ve organ yaşlanması: Birçok organda, yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır.
4. Bireysel yaşlanma: Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte, giderek ölümle sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının bozulmasıdır.
5. Toplumsal yaşlanma: Toplumdaki yaşlıların oranının artmasıdır (24,28).

Yaşlanma doğumdan hatta intrauterin dönemden itibaren başlamaktadır. Demografik yaşlanma özellikle gelişmiş ülkelerde karşılaşılan bir durumdur (2).

Gerek dünya ülkelerinde, gerekse de ülkemizde yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Bilimsel farklılıkların yanı sıra, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin

gelişimiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması, ortalama ömre olumlu olarak yansıyor, ölüm yaşının yükselmesini sağlamıştır. Böylece 65 yaş üstü nüfusun oranı da artmıştır (17). Beklenen yaşam süresinin artması yaşlı bireylerde hayat kalitesini artırma ve fonksiyonel bağımsızlığı sürdürmenin önemini artırmaktadır (29).

Toplumların nüfus piramitlerini incelediğimizde, yaşlı nüfusun her yıl giderek artmakta olduğu görülür. Günümüzde genel nüfusun tabanındaki artışlar geride kalarak, bundan sonra genel nüfusun tavanında artışlar meydana gelecektir. Yaşlı nüfusun oranının ve sayısının artması, aynı zamanda genel nüfusun da yaşlanması demektir. 21. yüzyıl, tüm toplumlarda nüfusun yaşlanmasına tanıklık edecektir. Toplumsal yaşlanma, günümüzde küresel bir olgu haline gelmiştir (30).

Nüfusun yaşlanması, 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir. Bütün dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır. Nüfus yaşlanması; sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyal kültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir (31). Yaşlılıkla ilgili önemli bir demografik veri de, kadınlarda beklenen ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle, yaşlı nüfus içinde kadınların erkeklerden daha fazla olmalarıdır (32).

Yaşlılık sadece insanlar için değil toplumlar için de geçerlidir. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından 4 gruba ayrılmışlardır;

1. Genç toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 4'den azdır,
2. Erişkin toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,
3. Yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,
4. Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10 üzerindedir (22).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. 1985 genel nüfus sayımında % 4.2 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranı, 1990 yılında %4.3, 2000 yılında %5.6'ya yükselmiştir. 2050 yılında ise %17.6'ya ulaşacağı öngörülmektedir (22,33). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2010 verilerine göre 65 yaş ve üstü nüfus %7.2'dir (34).

**Tablo 1: Yaş gruplarının toplam Türkiye nüfusu içindeki yüzde dağılımları (35).**

| Yıl  | Toplam Nüfus | Yaş Grupları (%) |             |
|------|--------------|------------------|-------------|
|      |              | 0-14             | 65 yaş üstü |
| 1935 | 16 158 365   | 41.4             | 3.9         |
| 1940 | 17 820 950   | 42.1             | 3.5         |
| 1950 | 20 947 188   | 38.3             | 3.3         |
| 1960 | 27 754 820   | 41.2             | 3.5         |
| 1970 | 35 605 176   | 41.8             | 4.4         |
| 1980 | 44 736 957   | 39.1             | 4.7         |
| 1990 | 56 473 035   | 35.0             | 4.3         |
| 2000 | 67 803 927   | 29.8             | 5.7         |
| 2008 | 71 517 100   | 26.3             | 6.8         |

1997 yılı verilerine göre dünya nüfusu yaklaşık 6 milyardır ve dünya nüfusunun 385 milyonu 65 yaş ve üzerindedir. Gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş üzeri nüfus yılda %3 artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus artışı yılda %2'ye düşmektedir ancak, gelişmiş ülkelerde en fazla artan yaş grubu 65 yaş ve üzeridir (36). Amerika'da 65 yaş ve üstü kişilerin sayısı 1990 ve 2000 yılları arasında 31 milyondan 34 milyona yükselmiştir (37).

2000 yılında yaşlı nüfusun %62'si gelişmekte olan ülkelerde yaşıyorken 2030'da bu oran %75-80'e ulaşacaktır. Günümüzde sayısal olarak en fazla yaşlı (106 milyon) Çin'de yaşamaktadır. Ardından Hindistan (59.6 milyon), Amerika Birleşik Devletleri (38.7 milyon) ve Japonya (27.7 milyon) gelmektedir. Türkiye'de yaşayan yaşlı sayısı 5.1 milyondur ve dünya sıralamasında 19. sırada bulunmaktadır (38).

Türkiye, 65 yaş ve üzeri nüfus dağılımının toplam nüfus içerisindeki durumu göz önüne alındığında, erişkin bir toplum olarak değerlendirilir. Fakat eğilimler dikkate alındığında, Türkiye'nin kısa bir süre sonra yaşlı toplum kategorisine gireceği görülmektedir. DSÖ'nün tanımlamasına göre yaşlıların nüfusta giderek artması insan nesli için bir zafer anlamındadır (22).

1998 yılında ilk defa toplumdaki yaşlı nüfus yüzdesi (19.1) çocuk nüfusunun yüzdesini (18.8) geçmiştir. 20. yüzyılın sonunda yaşlı nüfusun yarısından çoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artışı daha fazladır. Örneğin, 60 yaş ve üzerindeki nüfusun 1998-2050 yılları arasında

dokuz kattan daha fazla artacağı üzerinde durulmaktadır. Yaşlı nüfustaki bu artışın gelecek yıllarda özellikle Asya kıtasında belirgin olacağı ifade edilmektedir (39).

Günümüzde nüfus yaşlanması sosyal ve ekonomik bir sorun olarak görülmektedir ve sadece zengin gelişmiş olan ülkelerde değil, tüm dünyada, gelişmekte olan ülkelerde de yaşanan bir süreçtir. Bu demografik değişim ekonomik, sosyal ve sağlık alanlarındaki sorunları da beraberinde getirmektedir. Birçok gelişmiş ülkede yaşlılık konusunda çalışan sosyal politika analistleri yaşlılık dönemine “bağımlılık dönemi” olarak yaklaşmakta, yaşlı bireyleri bağımlı, sosyal özerklikten yoksun, dışlanmış ve üretici bir dünya için yük olan bireyler olarak tanımlamaktadırlar (40). DSÖ, sanayileşmiş ülkelerin yaşlanmadan önce zenginleşmiş olduklarını, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerin zenginleşmeden önce yaşlanacaklarını belirtmekte, bu nedenle dünyadaki bütün ülkelerin, yaşlanmanın artışı anlamına gelen demografik sürecin yaratacağı olumsuz sonuçlara karşı hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamaktadır (41).

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmekte, 2050 yılında Türkiye nüfusunda 16 milyon civarında yaşlının bulunacağı öngörülmektedir (42).

## **YAŞLILIĞIN ORGANİZMAYA ETKİLERİ**

Yaşlanma, birçok biyolojik olayın yer aldığı progresif, tahmin edilebilen ve engellenemeyen değişikliklerle karakterize, organizmalarda hastalıktan bağımsız olarak gelişen bir dizi değişikliklerdir. İleri yaşta hastalığa olan yatkınlığın da artmasıyla bazı hastalıkların prevalansı da artar. Bir kişideki farklı organlar farklı hızlarda yaşlanırlar. Bu yaşlanma hızlarını belirleyenler yaş, genetik yapı, hayat tarzı ve çevresel faktörlerdir (43).

Yaşlılıkta bedensel sağlık sorunları ile karşılaşma riski artmaktadır (44). Kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner ve endokrin sistemler ve vücut kompozisyonu yaşla birlikte değişir. İşitme, görme, tat alma ve koklama duyularında önemli derecede gerileme olur ve bunlar malnutrisyona yol açar. Bunun yanında böbrek bozuklukları, kemik hastalıkları, diyabet, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar yaşlılarda sık görülmektedir. Beslenme bozukluğu nedeni ile protein enerji

malnutrisyonu, anemi ve bazı vitamin eksiklikleri de gözlenmektedir (45). Yaşlanmayla birlikte görülen fizyolojik değişikliklere psikolojik problemler de eşlik eder (46).

### **Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri**

Kardiyovasküler risk faktörleri yaşlılarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (47). Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar ve her bir kasılmada pompalanan kan miktarı da azalır. Maksimal oksijen tüketimi ve maksimal kardiyovasküler fonksiyon indeksi 25 yaşından sonra her on yılda %5-15 ve maksimal kalp atımı her on yılda bir 6-10 atım/dakika düşer. Yaşlanmayla beraber kardiyak fonksiyonda yani kalp debisinde, kalp atım hacminde, kalp atım sayısında ve maksimal oksijen tüketiminde düşüşlerin yanında, kalp kapakları da sertleşip endokard kalınlaşır (48).

Kan damarları, yapısındaki elastik liflerin kaybından dolayı daha az esnek olurlar ve kan basıncı artar. Bu da sonuçta hipertansiyona sebep olur. Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada ölüm nedenleri sıralamasında ilk sıralarda yer alırken, ülkemizde de tüm ölümlerin yaklaşık %50'si hipertansiyonun büyük ölçüde etkilediği serebrovasküler hastalık ve kalp hastalığı nedeniyle olmaktadır (48,49).

### **Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri**

Yaşlanmanın sindirim sistemindeki genel etkisi hareket, salgı ve emilim kapasitesindeki azalmadır. Fakat organların yedek kapasiteleri yeterince büyük olduğu için, fizyolojik parametrelerdeki bu değişiklikler gerçek işlev bozukluklarına neden olmaz. Yaşlanma ile mide mukozasında atrofi, mide boşalmasında ise hafif bir gecikme gözlenmeye başlar. Yaşlılıkta kalın bağırsak ve kolondaki motilitenin azalması nedeniyle de konstipasyon yaygın olarak görülür. Fakat ince bağırsakların motilitesi yaşlılıkta etkilenmez (2). Ayrıca yaşlanma ile enzimlerin salgılanmasında, karaciğerin metabolik faaliyetlerinde ve besinlerin, minerallerin ve ilaçların emiliminde azalma olur (47).

### **Solunum Sistemi Değişiklikleri**

Yaşlanma akciğerlerin sadece fizyolojik fonksiyonlarını (ventilasyon ve gaz değişimi) değil, kendilerini savunma yeteneklerini de etkiler. Bu değişiklikler enfeksiyon, hipoksi ve oksijen kullanımında azalmaya yol açar. Periferik akciğer bir dizi anatomik değişikliğe uğrar (43). Göğüs kafesinin elastikiyetindeki azalma nedeniyle, toraks hareketleri zorlaşır, solunum



sisteminde verim düşüklüğü ortaya çıkar ve toraks solunumunun yerini karın solunumu alır. Ayrıca rezidüel akciğer hacmi artarken vital kapasite de azalmaktadır (48). Egzersiz çalışmalarıyla bu değişikliklerin çoğu normale döndürülebilir (43). Kronik solunum sistemi hastalıkları nedeni ile akciğerlerin yapısı bozulabilir. Siliaların yeterince işlev görememesi nedeni ile sıklıkla solunum yolu enfeksiyonları ortaya çıkar (47).

### **Kas ve İskelet Sistem Değişiklikleri**

Yaşlanma ile beraber kas-iskelet sisteminde de bir takım değişiklikler meydana gelir. Yaşlanmayla kemik kaybı oluşur, kemik mineral yoğunluğu azalır, kemik yapısı bozulur. Eklemlerde bulunan kıkırdak yapısı inceler; kıkırdağın yapısında bulunan bazı maddeler esnekliğini kaybeder, sertleşir ve daha katı, kırılğan bir hal alır. Bağlar ve tendonlar yırtılmaya yatkın hale gelir, oluşan yırtıklar da zor iyileşir. Yine omurgadaki disklerin sıvı içeriği azalır, beslenmesi bozulur, çatlaklar ve aşınmalar oluşur. Kas liflerinin sayısı ve büyüklüğü giderek azalır, bu da iskelet kası kütlelerinde ve gücünde azalmaya yol açar. Kas-iskelet sisteminde meydana gelen bu ve bunun benzeri değişiklikler sonucunda yaşlılarda bazı hastalıklar daha sık görülür hale gelir (50).

### **Sinir Sistemi Değişiklikleri**

Yaşlılığa bağlı değişiklikler arasında sinir sistemine ait olanlar özel bir önem taşımaktadır (47). Yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olur. Serebellum yaşlanmayla yaklaşık %25'lik bir hücre kaybına uğrar (48).

Yaşlı insanlar daha yavaş reaksiyon verebilirler. Kelime hazinesi, kısa süreli hafıza, yeni materyelleri öğrenmek, kelimeleri hatırlamak gibi bazı mental fonksiyonları azalabilir. Öğrenme ve hafıza güçlükleri yaşlılığın, özellikle 70 yaş sonrasında en önemli sorunlardandır (47). Altmış yaşından sonra, spinal kordda da hücre sayısı azaldığından yaşlı insanlarda duyu kayıpları da başlayabilir. Yaşlandıkça, sinir ileti hızı yavaşladığından bu değişiklikler çok küçüktür ve insanlar bunu fark etmeyebilir. Sinir sisteminin darbelere karşı cevabı da azalır. Sinir dokusu gençlere göre kendisini daha yavaş ve kısmen tamir eder. Dolayısıyla, yaşlı insanlar darbelere karşı daha hassas ve kırılğandır (51). Fonksiyonlardaki gerileme ile ilgili olarak ortaya çıkan sorunlarla, süresi kişinin entelektüel alt yapısına ve zeka düzeyine, düzenli ve organize çalışma alışkanlığı olup olmamasına bağlı olarak bir süre başa çıkılabilir (47).

### **Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler**

Yaşla birlikte tat, koku, görme, işitme ve dokunma duygularında azalma görülür (2). Beyin yapısında glukoz kullanımında kayıplar, yaşlanmayla duyuşal kavrayışta düşüşlere neden olur. Yakın nesnelere odaklama güçlüğü 40'lı yaşlarda, ince detayları ayırt edebilme 70'li yaşlarda düşmeye başlar. Gözler daha gri görünür ve katarakt gelişebilir. Ayrıca gözyaşı azalması sık karşılaşılan bir sorundur ve enfeksiyonlara zemin hazırlaması nedeniyle önemlidir. Görme bozuklukları; aynı zamanda yaşlı bireyin yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyebilecek düşmeler için başlı başına bir risk faktörüdür. Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir. İşitme ile ilgili sorunlar yaşlının yaklaşan tehlikeyi algılamasına engel olduğu için kazalara yatkınlığı arttırıcı bir faktördür. Ayrıca iletişim güçlüklerine de neden olup yaşlı bireyin zor durumda kalmasına neden olur. Tat ve koklama duyularındaki az bir kayıp iştahı ve beslenmeyi etkiler. Dokunma duyusunun ve koordinasyonun yeteneğinin azalmasına bağılı olarak küçük objeleri tutmada, yazmada güçlük ve yanıt verme zamanının uzaması gibi durumlar ortaya çıkabilir (47,48).

### **Metabolik Değişiklikler**

Yaşlanmayla birlikte, kan glukozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır. Bu da tip 2 diabete neden olur. İnsülin etkisindeki ve glukoz toleransındaki azalmada, yaşlanma sürecinde etkili, ikincil olayların da etkisi olabilir. Fiziksel aktivitedeki azalma ve yağ dokusundaki artış, özellikle de abdominal bölgenin yağlanması insülin direnci gelişmesinde rol oynar (48).

### **İmmün Sistem Değişiklikleri**

İmmün sistem fonksiyonları yaşlanmayla genel olarak baskılanır. Bu değişiklikler enfeksiyon riskinde ve sonuç olarak da morbidite ve mortalite oranında artışa yol açar. Düzenli fiziksel aktivite, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltabilmektedir (48).

### **Üriner Sistem Değişiklikleri**

Yaşlılıkla beraber nefron ünitelerinin progresif olarak kaybedildiği bilinmektedir; 40 ile 80 yaş arasında böbrek kitlesi de %20 oranda azalmaktadır. Buna paralel olarak böbrek fonksiyonları da 30-80 yaşları arasında %50 oranda azalmakta ve böbrek yetersizliğine

yakalananların sayısında da artış olmaktadır. Mesanenin kapasitesi ilerleyen yaşla birlikte azalır. 65 yaş civarında normalin yaklaşık yarısına iner. Diğer yandan mesanenin kasılmalarının zayıflaması nedeni ile 100 ml'ye varabilen miktarlarda idrar retansiyonu gözlenir. Vücudun bağışıklık sisteminin zayıflaması ve idrar retansiyonunun oluşması nedenleri ile yaşlılarda boşaltım sistemi enfeksiyonlarına eğilim fazladır (2).

### **Psikosoyal Değişiklikler**

Yaşlanma sürecinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, yine yaşlanma sürecinde devam eden psikolojik, biyolojik ve çevresel olaylardan bağımsız olarak gerçekleşmez. Bu süreçte gerek fiziksel, gerek psikolojik gerekse de psikosoyal değişimler birbiriyle ilişkilidir. Yaşlılığın psikolojik yönü, genel olarak, bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişimleriyle ilgilidir. Bilişsel beceriler zeka, dikkat, öğrenme, bellek, dil, görsel-uzamsal yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlardaki değişiklikleri; ruhsal davranış değişimleri ise duygudurum, güdülenimler ve baş etme becerileri gibi çeşitli nitelikleri içermektedir.

Yaşlanma sürecinde bilişsel alanla ilgili fonksiyonların tümünde gerileme görülmez. Bilişsel fonksiyonların bir kısmı, kendi özelliğine bağlı olarak veya bireysel olarak çok fazla değişime uğramayabilir. Bununla birlikte bireyin yaşam kalitesini belirleyen sosyoekonomik şartlar, eğitim seviyesi, geçirilen hastalıklar ve psikolojik durumu, bireyin anatomik yapısı vb. gibi faktörler, bireyin yaşlılıktaki bilişsel becerilerini etkilemektedir.

Yaşlandıkça, bireylerde ruhsal açıdan birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Eskiye olan özlemin gün geçtikçe artması ve genç kuşaklarla arasındaki mesafenin artması yaşlı insanlarda ruhsal açıdan görülen değişim belirtilerinden birkaçıdır (25).

Yaşlıların sağlık sorunları başlıca kronik ve dejeneratif hastalıklar olup, görülme sıklığı yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Sosyokültürel düzeyle paralel bir ilişkiye sahip bu hastalıklar, yaşlıların günlük yaşamda bağımsızlığını olumsuz etkilemekte, sosyal izolasyona neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (52).

### **YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ**

“Yaşam Kalitesi” kavramına karşı ilgi; DSÖ'nün 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak

olumlu bir şekilde tanımlamasından sonra oldukça artmıştır (53). Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez 1960'larda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni; gelir, eğitim, sağlık ve barınmanın yaşam kalitesiyle yakından ilgili olmasıdır (54). Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmektedir (53).

Yaşam kalitesine ilginin son yıllarda artmasının bir diğer nedeni de, teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Günümüzde artık çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Ayrıca hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha önemli hale gelmektedir (53).

Yaşlılık, yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, bu aktivitelerdeki kısıtlılıklar yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. 65 yaş ve üstündeki bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin bir veya daha fazlasında bağımlı olduğu belirtilmektedir. Günümüzde yaşlılıkta yaşanan yılların süresinden çok kalitesi önem kazanmıştır (4).

Yaşlılar toplumun ayrılmaz üyeleri olarak kabul edilmelidir. İyi bir yaşam kalitesi ve optimal sağlık için genellikle hizmetleri tam olarak eşit kullanma hakkına sahip olmalıdırlar (55). DSÖ, kültürler arası olarak yaşam kalitesinin çekirdek yanlarını tanımlayan altı geniş alan belirlemiştir: fiziksel alan (enerji, yorgunluk gibi) psikolojik alan (olumlu duygular), bağımsızlık düzeyi (hareketlilik), sosyal ilişkiler (örneğin, pratik sosyal destek), çevre (örneğin, sağlık hizmetlerine erişim) ve kişisel inançlar/manevilik (örneğin hayatın anlamı). Sağlık ve yaşam kalitesi alanları birbirini tamamlar ve iç içedir (56).

Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, fizyolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkilerini etkileyen ve bunların çevre ile ilişkilerini inceleyen oldukça geniş bir kavramdır. Bu tanım dahilinde üç temel değerlendirme alanı tanımlanmaktadır: fiziksel iyilik hali, kendine güven, hastalık semptomları ve mobilite; fizyolojik iyilik hali, emosyonel durum, davranış ve kognitif durum; sosyal iyilik hali, kişinin toplum içindeki rolü ve diğer bireylerle ilişkileri. Son olarak, geniş bir alanı ifade eden dördüncü alan ise: çevre, herhangi bir terapidenden memnuniyet, seksüalite, manevi tatmin ve yaşam memnuniyeti olarak sayılabilir (57).

Toplumların yaşlanması, yani yaşlı nüfusun artması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Burada yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yaşamın kalitesinin korunması ve artırılması hem bu yüzyıl hem de önümüzdeki yüzyılda sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olmalıdır (36,58).

Yaşam kalitesinin önemi birçok yazıda vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur (59). Calman yaşam kalitesini hastaların beklentileri ile elde ettikleri arasındaki açık (gap theory) olarak tanımlamaktadır (60). Hunt ve ark. ise, yaşam kalitesini gereksinimlerin belirlenmesi olarak tanımlamaktadır. Buna göre henüz elde edilmemiş olsa da bu gereksinimler yaşam kalitesini elde etmek için kişinin yaşamı boyunca ortaya koyduklarını yansıtmaktadır (61). Gill ve ark. ise “hastaların kendi sağlık durumları ve/veya yaşamlarının sağlık dışında kalan alanı ile ilgili olarak hissettiklerini gösteren, kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır (62). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; “Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımla birlikte hastanın kendi yaşamıyla ilgili olarak yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği üzerine odaklanılmıştır (53). En geniş tanımlamalardan biri Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır. Yazarlar ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır (63).

Son yıllarda yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların sayısı artmıştır. Yaşam kalitesinin ilerleyen yaşla birlikte bozulmaya eğilimli olduğu farklı araştırmalarda gösterilmiştir (64,65). Toplumda önemli ve problemleri bir sosyal grup oluşturan yaşlılarda yaşam kalitesini irdeleyen çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre hayat konforunun genellikle belirli alt etmenlerden etkilendiği görüşü yaygındır. Yaşla birlikte bu alt etmenlerdeki bozulmanın kalitenin düşmesinden sorumlu olması olası görülmektedir. Bu etmenler fiziksel sağlık, fonksiyonel durum, psikososyal durum, kognitif durum ve sosyal iletişimidir (8,9).

Yaşam kalitesini etkileyen pek çok sosyodemografik özellik vardır (5).

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne

kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedirler ve yaşlı insanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, alıyorlarsa tedavilerinin planlanmasında önemli değişkenlerdir (8,36).

Günümüzde yüksek kalitede, üretken ve bağımsız bir yaşlılık süreci temel ilke olarak benimsenmektedir (33).

Fiziksel durumu, postürü, aile ve toplum içindeki yeri etkilenmedikçe kişinin kendine güveni ve yaşamından memnuniyeti, dolayısıyla yaşam kalitesi korunabilmektir (62). Ayrıca yüksek kaliteli sosyal ilişkiler yaşlıların yaşam kalitesini arttırmaktadır (58).

65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen Farquhar, sosyal iletişim, sağlık aktivite, aile, mali durum ve aile üyelerindeki kaybın yaşam kalitesi üzerine negatif etkilerinin olduğunu tanımlamıştır (57). Yine 65 yaş ve üzeri kişilerde yapılan bir araştırmada kişilerin yaşam kalitesi terimine aşına oldukları gözlenmiş ve katılımcıların 2/3'ü yaşam kalitelerini pozitif ya da çok pozitif olarak değerlendirmişlerdir. Kişiler yaşam kalitelerini özellikle aile ve çocukları ile sosyal iletişim, sağlık, materyal çevre, aktiviteler ve başkaları ile karşılaştırma temelinde pozitif olarak değerlendirmişlerdir. Negatif değerlendirmelerde; bağımlılık ve fonksiyonel kısıtlılıklar, mutsuzluk, arkadaş ve aile bireylerinin kaybı nedeniyle azalmış sosyal iletişim üzerine vurgu yapılmıştır. Aile, aktiviteler ve sosyal ilişkiler yaşam kalitesini belirleyen faktörler olarak bildirilmiştir. Fonksiyonel kısıtlılıklar ve sağlıktaki bozulmalar gibi farklı kayıpların da yaşam kalitesini kötüleştirdiği görülmüştür. Yapılan bir çalışmada yaşam kalitesini azaltan faktörler ile ilgili sorulara en fazla verilen yanıt sağlık olmuştur (58).

Yaş ilerledikçe bireyin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, birey başkalarına bağımlı hale geldiğinde günlük gereksinimleri aile, arkadaş veya komşular tarafından kısmen karşılanarak yaşlıya destek sağlanmaktadır. Ancak gelişen endüstrileşme ve şehirleşme ile toplumda aile yapısı küçülmekte ve yaşlının aile içinde bakımı zorlaşmakta, bu durumda yeterli bakım ve destek alamayan bireyin yaşam kalitesi düşmektedir (4).

Yaşlının sağlık durumu yaşamının her yönünü sürekli olarak etkilemektedir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği araştırmalarda ifade edilmektedir. Kore'de yapılan bir çalışmada, 45 yaşından sonraki dönemlerde yaşam kalitesi ölçümlerinin fiziksel alan skorunun kötü olduğu ve kronik hastalıkların varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Tayvan'da yapılan başka bir çalışmada ise yaşlılar arasından kronik hastalığı olduğunu bildirenlerde yaşam kalitesinin uyku düzeyi, ağrı, sosyal etkinlikler, emosyonel durum, enerji düzeyi ve

fiziksel alan gibi tüm alt alanlarının ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olduğu gösterilmiştir (64).

Yaşlı kişilerde kronik dejeneratif hastalıkların sıklığı, toplumun geri kalan kısmından anlamlı derecede daha fazladır. Yaşlılık döneminde, beraberinde gelen kronik hastalıklar yüzünden toplum içindeki aktiflik kısıtlanmakta ve yaşam kalitesi de düşmektedir (67).

Kronik hastalıklar hızla artmaktadır. Üç temel hastalığın (kalp ve damar sistemi hastalıkları, kanser ve inme) tedavisindeki gelişmeler ile bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşlı hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Yine bazı hastalıklar (kronik akciğer hastalıkları, Alzheimer, Parkinson, duyu ve görme bozuklukları ) bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Bunlar yaşlılarda görülen hastalıklardır ve yaşam süresinin uzaması ile gelecekte daha sık görülür olacaklardır. Ayrıca ölüm ile ilgili istatistiklerde yer almayan, fakat önlenemeyen Alzheimer, Parkinson, Osteoporoz ve Osteoartroz gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özürüllüğe neden olmaktadır. Tüm hastalıklarda amaç işlevlerin iyileştirilmesi veya aynı düzeyde kalmasının sağlanmasıdır. Dolayısı ile yaşlı sağlığı açısından tedavinin amaçları arasında yaşam kalitesinin yüksek tutulması önemli yer tutmaktadır (16).

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 (68).

Genel olarak kişi giyinme, kendine bakım, beslenme gibi gereksinimlerini karşılayamıyorsa, bağımlı olarak tanımlanır. Yaşlı bireyleri sağlıklı, bağımsız ve hareketli tutmak için en iyi yol onları hastalıklardan ve sakatlıklardan korumaktır (69).

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

1. Sağlığın geliştirilmesi,
  - a. Temel sağlık hizmetleri,
  - b. Bağışıklama,
  - c. Taramalar,
  - d. Birinci basamak sağlık hizmetleri,
  - e. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
  - f. Göz sağlığı hizmetleri,

2. Kamu hizmetleri,
  - a. Semt bakım evleri,
  - b. Ev ziyaretleri,
  - c. Evde bakım,
3. Sosyal servisler,
  - a. Gündüz bakım evleri,
  - b. Seyyar aşevleri,
  - c. Geçici bakımlar,
  - d. Komşu desteği projeleri,
  - e. Başkasının bakımı altına girme,
  - f. Tatil aktiviteleri,
  - g. Mesleki tedavi.
4. Hastane,
  - a. Acil tıbbi bakım,
  - b. Acil psikiyatrik bakım,
  - c. Erken taburculuk programları,
  - d. Özel birimler: inme, ortogeriatrici.
  - e. Rehabilitasyon,
  - f. Ev ziyaretleri,
  - g. Gündüz poliklinikleri (36).

Yaşlılıkta yaşam kalitesinin göstergelerini farklı araştırmacıların açıklamaları çerçevesinde, özetle dört kategoride değerlendirmek mümkündür. Bunlar;

1.Ekonomik göstergeler: Bu kapsamda teknolojik gelişme ve ekonomik büyüme yer almaktadır. Gayri safi milli hasıladan kişi başına düşen yıllık gelir, mülkiyet sahipliği, çalışma koşullarına uygunluk, dayanıklı tüketim malları sahipliği gibi ekonomik göstergelerin görece iyilik halini ifade eder.

2.Sosyal göstergeler: Bu kategoride yaşlıların toplum düzeyinde ve gündelik yaşamlarını sürdürmelerine ilişkin değişkenler üzerinde durulur. Burada önemli olan yaşam kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanmasıdır. Bu değişkenlerin içinde en dikkat çekici olanlar; sosyal ilişkilerde aktiflik, sosyal güvence, bilgi ve deneyim sahipliği, dengeli beslenme durumu, konut ve çevre koşullarının bireyin yaşamasına olan uygunluğu, kamu güvenliği, sağlık durumunun görece iyi olma hali, fiziki hareketlilik kapasitesine sahiplik (seyahat ve gezi olanaklarına yönelik performans) tir.



3.Psikolojik göstergeler: Bu göstergenin kapsamında yaşlının genel mutluluk ve doyum duygularının yer aldığı görülür. Yaşlı bireyler açısından aile, akraba ve arkadaş çevresi dediğimiz sosyal çevresinden aldığı doyum, kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyet, kısaca yaşamından aldığı doyum gibi faktörler akla gelir.

4.Sağlık göstergeleri: Bu kapsamda tümüyle bireyin sağlığına yönelik faktörler bulunur. Bunlar zihinsel, ruhsal ve fiziksel sağlık durumu ile ilgili olmak ile birlikte bu hizmetlerden yararlanma durumunu da içerir (70).

Literatürde yaşam kalitesinin ölçülmesi için birçok ölçek yer almaktadır. Bu ölçekler kişinin sağlığına genel bakışını, hastalıkların kişiler üzerindeki etkilerini boyutlar aracılığıyla incelemektedir (33).

Yaşlıların sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması bilimsel araştırmalardan kaynaklanan önerilerin yaşama geçirilmesine bağlıdır. Bu yaş grubunun gereksinimlerinin anlaşılması konusunda ciddi mesafeler kat edildi ise de, halen bu konuda yeterli donanıma sahip olunamamıştır. Özellikle de sadece bilimsel araştırma alanında değil hizmet alanında da yaşlılara yönelik multidisipliner bir yaklaşım sergilemenin önemi üzerinde durulmalıdır. Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısı ile genç popülasyonda tıbbın hedefi tedavi iken, geriatric popülasyonda esas hedef; yaşam kalitesinin korunmasıdır (71).

## **YAŞLI SAĞLIĞININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ**

Yaşlı nüfusun artışında doğumların azalmasının önemli etkisi vardır. Doğan bebek sayısı az olunca, bir süre sonra toplumda bebek ve çocuk nüfusu oransal olarak azalır, buna karşılık yaşlı nüfus oranı artar. Doğurganlığın yüksek olduğu ülkelerde toplumda çocukların sayısı fazladır. Buna karşılık doğumların az olduğu toplumlarda çocuk nüfusu az, yaşlı nüfus oranı ise yüksektir (72).

Tüm toplumların giderek yaşlanması, yaşlı bakımını önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme getirmektedir (11)

Yaşam koşullarındaki değişimler, tıbbi, sağlıklı beslenme, eğitim olanaklarının çoğalması, çalışma koşullarının iyileşmesi gibi etkenlerin kompleks bir yapıda karşılıklı etkileşimleri, toplumsal yaşlanmanın hızlı gelişmesinin sebeplerinden bazılarıdır (73). Yaşlı nüfusla ilgili sorunlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunu olmakla birlikte temel farklılık gelişmiş ülkelerin yaşlanmadan önce zenginleşmelerine karşın, gelişmekte olan

ülkelerin zenginleşmeden önce yaşlanmaya başlamalarıdır. Bütün dünyada artan yaşlı nüfus, sağlık alanında da farklılaşan sorunları gündeme getirmektedir. Doğuşta beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması ile nüfusun yaşlanmasının değişik toplumlarda farklı biçimlerde yansımaları söz konusudur. Bu yansımalar sağlık bakım hizmetlerinde, sağlık harcamalarında, sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesi ve finansmanında ve diğer birçok alanda kendini gösterebilir (74).

Kişilerin fiziksel kapasiteleri yaşla birlikte azalmaktadır, bu durum yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır (bazı hastalıklar ve çevresel faktörlerin yaşamlarına getirdiği yeni koşullara uyum sağlamalarını güçleştirmektedir). Uyum sağlama yeteneğinde azalma meydana gelmesinin halk sağlığı açısından iki önemi vardır. Birincisi kişilerin fonksiyonel kapasitelerinin çocukluk ve erken erişkinlik dönemlerinde yüksek tutulması sağlanarak yaşlılıkta bağımlı olma dönemi ertelenebilir. İkincisi ise, yaşlıların yaşamını güçleştiren sosyal ve çevresel faktörler azaltılabilir (36).

Yaşlılık dönemindeki sağlık sorunları diğer dönemlerden farklı özelliklere sahiptir. Yaşlıların sağlık sorunları özellikle kronik ve dejeneartif hastalıklar toplumda ön plana çıkmakta, bu hastalıklara sahip veya özürlü/engelli bireylerin sayısında artış sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumu yaşlı bireylere yönelik yeniden yapılanmalı, sağlık hizmetlerinde bu grubun korunması, tanı ve tedavisine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Artan yaşlı nüfusla birlikte toplumdaki hastalık örüntüsü ve sağlık gereksinmelerinin de değiştiği görülmektedir. Demografik değişimle birlikte sağlık önceliklerinin yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Öte yandan kronik ve dejeneartif hastalıklarda erken tanının önemi çok büyük olduğundan özellikle hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, bazı kanserler gibi yaşlılardaki başlıca morbidite ve mortalite nedeni olan sorunlar için uygun tarama programları geliştirilmesi gerekmektedir (74). Böyle bakıldığında halk sağlığı yaklaşımında birincil, ikincil ve üçüncül korumanın önemi yaşlılık dönemi için daha da önem kazanmaktadır (13).

Yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak bu gruba verilen hizmetlerin planlanması ve sunulmasına özel önem verilmelidir. DSÖ bu konuda yayınladığı Birleşmiş Milletler ilkelerinde yaşlılar için yapılacak değişikliklerde dikkate alınmasını istediği konuları belirlemiştir. Bu ilkeler yaşlı bireylerin;

- bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilecek imkanların sağlanması,
- toplumla ilişkide bulunmaları ve katılımlarını arttıracak yaklaşımlarda bulunulması,

- aile ve toplum desteği ile gerekli bakımlarının karşılanması,
- kendilerine yeterli olmaları ve potansiyelleri doğrultusunda üretkenliklerine olanak sağlanması,
- saygınlık ve insanlık onuruna yakışır yaşam sürdürebilmeleridir (74).

Ülkemizde yaşlı sağlığı ile ilgili sorunların başında bugüne kadar, bu grubun önemsenmemesi gelmektedir. Yaşlıların gereksinimlerinin anlaşılması konusunda alınan mesafe yetersizdir. Bu yaş grubunun sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması bilimsel araştırmalardan kaynaklanan önerilerin yaşama geçirilmesine bağlıdır. Bununla beraber hizmet alanında yaşlılara yönelik multidisipliner bir yaklaşımda sergilenmesi gereklidir (74).

Geriatrik yaş grubunun bireysel düzeyde değerlendirilmesinde aşağıdaki başlıkların önemli olduğunun vurgulanmasında yarar bulunmaktadır:

1. Fonksiyonel kapasite (giyinme, banyo yapma, tuvalete gitme, beslenme, ulaşım gibi temel düzeyde günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, ev içinde ve dışında ev işleri ile uğraşmak, telefon kullanmak, alış-veriş yapabilmek, yemek hazırlamak, ilaç almak gibi bağımsız yapılabilen faaliyetlerin değerlendirilmesi)

2. Düşme riski (65 yaş ve üzeri her üç bireyden birisinin ve 80 yaş ve üzeri her iki bireyden birisinin her yıl düştüğü bilinmektedir. Bu olumsuz durum bireyi bağımlı hale getirebilmektedir. Düşmelerin engellenmesi için kapsamlı bir değerlendirmeye gereksinim vardır).

3. Kognitif durum,

4. Duygu durumu,

5. Polifarmasi; yaşlılık döneminde polifarmasi önemli bir sorundur. Yaşa bağlı olarak farmakokinetik değişimler (emilim, dağılım, metabolizma, atılım), farmakodinamik değişimler (ilacın fizyolojik etkileri) meydana gelebilmektedir.

6. Sosyal destek mekanizmalarının varlığı

7. Ekonomik koşullar

8. Kişinin bakıma gereksinim olup olmadığıdır.

Birincil korunma yaklaşımları; hastalıklar olmadan yapılması gereken müdahaleleri içermektedir. Bu konuda öncelikli başlıklar aşağıda sunulmuştur:

1. Herhangi bir tütün ürünü kullanmamak; Tütün ürünü kullanımı yaşlılık döneminde diğer yaş gruplarında göre daha düşüktür. Oysa yaşlı nüfus arasında sigara içme süresi diğer

gruplara göre daha uzundur ve sigaraya bağı kanser, kalp-damar hastalığı ve KOAH sıklığı daha fazladır. Bu yaş grubunda da sigaranın bırakılması kalp hastalığı, kanser, KOAH sıklığının azalmasını sağlamaktadır. Yapılan bir araştırmada yaşlılık döneminde beş yıl süre ile sigaranın bırakılması mortalite hızlarını sigara içen bireylere göre daha alt seviyelere çekmiştir.

2. Bedensel etkinlik; yaşlılık döneminde sağlıklı olma halinin sürdürülmesi açısından son derece değerlidir. DSÖ yaşlılık dönemi için haftada 150 dakika orta düzey bir bedensel etkinlik (örneğin yürüyüş) önermektedir. Etkinliğin bir defada en az 10 dakika olması gerekmektedir. Yaşlılık döneminde kas güçlendirici, esneklik kazandıran, denge sağlayıcı-geliştirici etkinliklerin ayrıca önemi bulunmaktadır. Bu yaş grubunda bedensel etkinlik kalp ve damar hastalığı, trombo-emboliye bağı inme, tip 2 Diyabetes Mellitus, osteoporoz, şişmanlık, kolon kanseri, meme kanseri, anksiyete, depresyon, kognitif yetersizlik, düşme, fonksiyonel kapasitede gerileme, demans, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği, konstipasyon, uyku bozukluğu gibi durumların sıklığında azalma sağlamaktadır. Bedensel etkinliğe bağı yararın 78-85 yaşlarında en fazla yarar sağladığı ifade edilmektedir.

3. Alkol kullanmamak,

4. Yeterli ve dengeli beslenmek; yaşlılık döneminde yetersiz beslenme sıklıkla görülen bir sorundur. Sosyal, psikolojik, tıbbi ve farmakolojik faktörlerin neden olduğu yetersiz gıda alımı başlıca görülen sorunlar arasındadır. Bununla birlikte şişmanlık da sık görülen kronik hastalıklar için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin genel kuralları birincil korunma yaklaşımları içinde değerlendirilmelidir.

5. Aşılama; ülkemizde yaşlılık döneminde rutin hizmetler içinde İnfluenza ve Pnömonokok aşısının yapılması önerilmektedir. Ayrıca risk gruplarına özel aşılama seçenekleri de (menengokok gibi) bulunmaktadır.

6. Diğer; bu başlık altında dünyada farklı uygulamalar bulunmaktadır. Örneğin, asetil salisilik asit (ASA) kullanımı Amerika Birleşik Devletleri için rutin bir öneridir. Bu ülkede yapılan “Women’s Health Study” sonuçlarına göre ASA kullanımı erkekleri ilk kez geçirilen miyokard enfarktüsünden ve kadınları da ilk kez geçirilen iskemik inmeden korumaktadır. Ancak bu uygulamanın gastrointestinal kanama riski olduğu da belirtilmektedir. İlgili önerinin her toplum için rutin bir uygulama olmadığına tekrar edilmesinde yarar bulunmaktadır.

İkincil korunma yaklaşımları; hastalıkların erken tanısını ve tedavisini kapsar. Bu başlık altında kanser taramaları (kolorektal, meme, prostat, serviks), kan basıncı ölçümü, lipid

profili değerlendirmeleri, osteoporoz değerlendirmesi, abdominal aort anevrizması değerlendirmesi gibi farklı değerlendirme başlıkları ikincil korunma yaklaşımları içerisinde bulunmaktadır.

Üçüncül korunma yaklaşımları; rehabilitasyon hizmetlerini kapsar. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, kognitif değerlendirme, görme ve işitme bozukluklarının giderilmesi, düşmelere bağlı gelişen yetersizliklere yönelik müdahaleler, sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi, günlük aktiviteyi engelleyen koşulların iyileştirilmesi gibi başlıklar rehabilitasyon hizmetleri arasında yer almaktadır.

Yukarıda adı geçen üç tür koruma yaklaşımları sağlık hizmetlerinde entegre bir biçimde sunulmalıdır. Birinci-ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti bütünlüğünde sunulması gereken bu hizmetlerin herkes için eşit ve ulaşılabilir olmasının önemi büyüktür. Sağlık hizmetlerinin toplum tabanlı bir model içerisinde sunulması hastalıkların toplumsal düzlemde/nüfus tabanlı tanısı ve tedavisi için gerekli bir yaklaşımdır. Birey düzleminde kurgulanan sağlık hizmet modellerinin bu noktada eksik olduğunun bilinmesinde yarar bulunmaktadır.

Yaşlılık dönemi için halk sağlığı yaklaşımının bir başka boyutu da sağlığın geliştirilmesi ile ilgili temel ilkelerin rutin hizmetler içerisine yerleştirilmesidir. Bu yaklaşım doğuşta beklenen yaşam süresinin uzun olmasının sağlanmasının yanı sıra yaşamın nitelikli olmasının gereklerinin yapılmasını da içerir. Kamusal hizmet modellerinin hakim olduğu planlamalar içerisinde farklı örgüt ve sektörlerin desteğine de gereksinim bulunmaktadır. Örneğin; bedensel etkinliğin toplumsal düzlemde istenilen düzeye çıkarılması için yerel yönetimlerin desteğine gereksinimin yanı sıra sunulan hizmetlere toplum katılımının sağlanması da gerekmektedir. Kullanılmayan yeşil alanların, çocukların olmadığı oyun parklarının yapılması için bütçe-kaynak aktarımının bir anlamı bulunmamaktadır (13).

Yaşlılarda öncelikle önlenmesi ve aranması gereken sağlık sorunları, düşme ve kazalar, osteoporoz, göz ve görme sorunları, işitme sorunları, akıl sağlığı sorunları, diş ve beslenme sorunları, kronik ağrılar ve uyku bozuklukları, idrar ve dişkı inkontinansı, vücut ısısının kaybı ve ilaç bağımlılığı, gereksiz ilaç kullanma, alkol bağımlılığı ve iyatrojenik sağlık sorunlarıdır (75).

Bugün gelişmiş ölkelerde temel sağlık bakımını yürüten kuruluşların yaşlılara yaklaşımı "hastalıktan koruma" kavramına öncelik verecek şekildedir. Ama bu kurumlar; kurum içinde uzun süreli bakım, günlük hastane bakımı gibi diğer yaklaşımları da göz önüne alarak çalışmalarını yürütmektedirler. Personelin eğitim ve çalışmaları da bakım kalitesinin

düzeltilmesinin yanı sıra hastalıkların önlenmesini de amaçlamaktadır. Eskiden ailesiyle birlikte kalan yaşlı oranı daha fazla iken günümüzde çekirdek aileye geçiş nedeniyle yaşlılar yalnız bırakılmakta ve hastalıklarıyla, bakım, beslenme, tuvalet, giyinme vb. gibi sorunlarıyla kendileri başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Bu durum da hastalık oluşumunu ve hastalığın ağırlaşmasını getirmektedir. Yalnızlığa itilmenin verdiği psikolojik çöküntü yaşlının sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Eşini de yitiren yaşlı, yalnızlık içinde ölümü beklemektedir. Çalışabilecek, en azından torunlarına bakabilecek, az çok üretken durumdaki yaşlının emek ve deneyimlerinden yararlanılmakta, işe yaramaz diye düşünölmektedir.

Bu nedenlerden dolayı; yaşlıların özel bakıma muhtaç bir grup olarak ele alınması ve sağlık bakımlarının da ona göre yapılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra yaşlıların karşı karşıya kaldıkları sorunların çözümü de sağlanmalıdır. Yaşlıların sağlık bakımında birey ve toplum olarak yapılması gerekenler şunlardır:

1. Yaşlıyı ailesi yalnız bırakmamalıdır. Huzurevi ve hastane yaşlıların kendilerini daha yalnız ve hasta hissettikleri yerlerdir. En uygunu ailesinin yanında bakımının sağlanmasıdır.

2. Yaşlının ekonomik sorunları giyim, yeme içme, banyo yapma, tuvalete gitme gibi ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olunmalıdır.

3. Sağlık sorunlarının çözümünde sağlık personelinden tedavi ve kontrol konusunda yardım sağlanmalıdır.

4. Yaşlının hastalık ve kazalardan kendini koruyabilmesinin yolları öğretilmeli ve mümkünse bunlardan uzak tutucu önlemler alınmalıdır. Özellikle ev kazaları yaşlıların önemli bir bölümünü etkilemektedir.

5. Yaşlıların emek ve deneyimlerinden yararlanılmalıdır. Çocuklara bakmak gibi en ufak işlerin bile onları yalnızlıktan kurtaracağı ve işe yaramazlık duygusunu yok edeceği unutulmamalıdır.

6. Yaşlıların hastalığı olsun ve olmasın sık sık sağlık kontrolünden geçmeleri sağlanmalıdır. Toplumda yaşlı nüfusun artması sosyoekonomik gelişmenin bir göstergesidir ve sağlık hizmetlerinin başarısıdır. Ekonomik gelişme, eğitimin artması, beslenmenin daha iyi hale gelmesi, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve gelişmiş teknolojiye sahip olması sonucunda başlıca erken dönemdeki bebek ölümleri azaltılabilir ve bunun sonucu olarak da yaşlı nüfusta artma olur. Böylece yaşlı nüfusun artması toplumlar açısından istenen arzu edilen bir gelişmedir. Ancak, toplumun yaş yapısının değişmesi ile birlikte, toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentileri de değişecektir. Çocuk nüfusunun azalması sonucunda çocukluktaki sağlık sorunları önemini kaybedecek, yaşlı nüfusun artmasına paralel

olarak da, bu yaş grubunun sağlık sorunları ve sosyal beklentileri öne çıkacaktır. Bu değişiklikler toplumsal yaşamda da etkilerini gösterecektir. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte toplumsal yaşamda beklenecek olan değişiklikler ve bunlarla ilgili olarak yapılması gereken düzenlemelerden başlıcaları şunlardır:

a) Aile yaşamında değişiklik gerekir: Yaşlıların bulunduğu ailelerde ev içindeki eşyanın yerleştirilmesi, beslenmenin düzenlenmesi, ortam aydınlatması vb. konularda düzenlemeler yapılması gerekir.

b) Toplumsal yaşamda yeni düzenlemeler gerekir: Toplumda yaşlıların hareket etmelerine olanak verecek şekilde ulaşım kolaylıkları getirilmeli, yaşlıların ücretsiz yararlanacakları hizmetler sağlanmalı, park ve bahçelerde yapılacak düzenlemelerde yaşlıların beklentileri ve gereksinimleri de dikkate alınmalıdır.

c) İstihdam politikalarında değişiklik yapılmalıdır: Yaşlı nüfus artıp genç nüfus azaldıkça bazı işleri yaşlı kişilerin yapması zorunluğu doğacaktır. Bu yüzden yaşlıların çalışmalarına olanak verecek hukuksal düzenlemeler yapılmalı ve işyerlerinde yaşlılar için gerekli kolaylıklar sağlanmalıdır.

d) Emeklilik sistemlerinde değişiklik yapılmalıdır: Genç nüfusun çoğunlukta olduğu toplumlarda gençlere daha fazla istihdam yaratabilmek amacı ile genç yaşta emekliliğe olanak veren düzenlemeler yapılır. Ancak nüfusun yaşlanması durumunda emeklilik sistemlerinde yaşlıların çalışmalarına olanak verecek şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

e) Sağlık hizmetlerinde yeni düzenlemeler gerekir: Yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak yaşlıların sağlık sorunları olan başlıca kronik ve dejeneratif hastalıkların toplumda ön plana çıkması beklenir. Bu yüzden sağlık hizmetleri bakımından da bu hastalıkların tanı ve tedavisi ile korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Öte yandan kronik ve dejeneratif hastalıklarda erken tanının önemi çok büyük olduğundan, özellikle hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, bazı kanserler gibi yaşlılardaki başlıca morbidite ve mortalite nedeni olan sorunlar için uygun tarama programları geliştirilmesi gereklidir (72). 1999 yılı DSÖ tarafından “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak belirlendi. Yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde duruldu. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır.

Pek çok platformda gündeme getirilen 1982 yılındaki birinci “Dünya Yaşlanma Asamblesi” raporundaki önemli noktaları tekrar anımsatmakta yarar vardır; yaşlılar fiziksel ve

mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeli, yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerde yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir. 2002 yılındaki “2. Dünya Yaşlanma Asamblesi” tarafından yayınlanan “Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı”nın amacı; “Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek” şeklinde ifade edilmektedir (41).

### **YAŞLI BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ**

Ülkemizde yaşlanan nüfus ile birlikte yaşlılara yönelik hizmetlere olan gereksinimlerin giderek artacağı bilinen bir gerçektir. Yaşlılara yönelik sağlık hizmeti sunumu birçok disiplinin rol aldığı interdisipliner bir ekip tarafından verilmektedir. Yaşlı bakımını hedef alan hemşire bu ekibin aktif ve önemli üyelerinden biridir (76).

Hemşirelik; insanın yaşadığı her yerde, bütün insanlara sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi, hastalıktan korunma, kendine bakımda yetersizlik halinde nedenini belirlemeye yönelik tanı koyma, yardımın derecesini ve nasıl yapılacağını belirleyerek ve uygulayarak bireyin kendine yeter hale gelmesini sağlamaya yönelik bir fonksiyon olarak tanımlanmaktadır (77).

Yaşlı hastalarda tüm fonksiyonlar geriye dönüşümsüz olarak azalmış ya da kaybolmuştur. Bu nedenle yaşlı hastaya özel hemşirelik bakımı gerekir (FatoşKanbur1998). Hemşirelerin yaşlı bireylerin gereksinimlerine yanıt verebilmeleri için normal yaşlanma sürecini anlamaları ve akut ya da kronik sorunları olan yaşlıların bakımları için hazırlanmaları gerekir. Bu nedenlerle temel eğitim içinde tüm bilim dallarına entegre biçimde yaşlanma ile ilgili temel bilgi, beceri ve tutumun kazandırılması önemlidir (15).

Yaşlı bakımını hedef alan hemşirelikte temel hemşirelik bilgi ve becerileri yaşlı nüfusun farklı ve çeşitli gereksinimlerine yönelik bilgilerle bütünleştirilmelidir. Yaşlıların uzun süreli bakım gereksinimleri bulunmaktadır; bu bakımdan hemşirelik bir bakım disiplini



olması nedeniyle yaşı bakım alanında çalışan hemşirelerin yaşlılara özgü fiziksel, psikososyal, yasal, etik ve ekonomik konularda, yaşlılara yönelik ulusal ve yerel yardım kaynakları konusunda bilgi sahibi olması gereklidir (76).

Hemşire; yaşı ve ailesinin gereksinimlerini belirlerken teorik bilgi ve becerinin yanında, yaşlının ve ailesinin değişebilen duygusal gereksinimlerini de belirleyerek uygun girişimlerle ele alabilmelidir (78).

Yaşı bireylere sunulan hemşirelik hizmetlerinin amacı, bu bireylerde ortaya çıkacak her türlü hastalıkları erken tanımak, olası hastalıklara neden olacak yetersizlikleri, ev hastane ve bakım yurtlarında en aza indirmek, bireylerin moral güçsüzlüklerini azaltmak, sağlıklarını en uygun duruma getirmek ve yaşlılarda varolan bağımlılığı en aza indirmektir (76).

Hemşirenin yaşlıya bakım verme ve yaşanan güçlüklerin çözümüne yönelik bilgi sahibi olması; konuya duyarlı olmasında, hem yaşı hem de ailenin yaşam kalitesini yükseltmede, bakım verenin tükenmişlik yaşamasını önlemede, sorunun çözümüne yönelik hemşirelik yaklaşımlarının geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir (79).

Yaşı sağlığına ilişkin hemşirenin fonksiyonları genel olarak;

- Yaşı birey ve bakım verenlerin eğitimini yapmak,
- Yaşı birey ve bakım verenlere danışmanlık yapmak,
- Sağlığı korumak ve fiziksel değerlendirme yapmak,
- Öz bakım ve kişisel hijyeni öğretmek,
- Ev ziyaretleri yapmak,
- Kazaya neden olacak durumları değerlendirmek ve gerekli önlemleri almak,
- Yaşı bireyin kapasitesini artırmak,
- Akut sağlık sorunları, kronik hastalıkların değerlendirmesini yapmak, hemşirelik tanılarına yönelik girişimleri uygulamak başlıkları altında toplanabilir (77).

Yaşlılarla çalışan hemşireler diğer toplum sağlığı alanında çalışan hemşirelerle aynı rollere sahiptir (76).

Hemşireler bakım verici rolleri ile sağlık ekibi içinde diğer ekip üyeleri ile birlikte işbirliği içinde çalışırlar. Hemşirenin en önemli rollerinden biri olan bakım verici rolü ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışmayı gerektirir. Bakım verici rolünde hemşire, hastalık sürecine özel tedavi uygular ve hastanın sosyal-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak için

önlemler alır. Durumun birey ve aile üzerindeki fiziksel, psikososyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur (20).

Hemşireler eğitici rolü ile kendi kendine ilaç kullanma, sağlığın yükseltilmesi, inkontinansın desteklenmesi ve sağlık taramaları gibi öz bakım faaliyetlerini öğretir (80). Yaşlı birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak, doğru sağlık davranışları kazandırmak için planlı olarak eğitim verir. Sağlık, tedavi ve yaşam biçimindeki değişiklikler hakkında yaşlıya ve ailesine bilgi sağlar (20). Hasta ve ailesinin deneyimlerinden anlam çıkarmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Yaşlı hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramları ve gerçekleri açıklar. Öğrenmeyi destekler ve davranış değişikliğini değerlendirir (81).

Savunuculuk rolü ile hemşire, yaşlıyı bilgilendirme, karar vermesine yardım etme, gerektiğinde sözcülük yapma, tanı ve tedavilerin yan etki ve komplikasyonlarından koruma gibi görevleri yerine getirir (20). Hemşirelerin savunucu rolü kapsamında; bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır (82).

Rehabilitate edici rolü ile hemşire, maksimum bağımsızlık ve fonksiyonel yetenekler için bozulma ve sakatlıkları önleyerek yaşam kalitesini arttırmayı amaçlar (80). Hastalık gibi nedenlerle yapısal ya da işlevsel kayıpların bulunduğu durumda, yaşlı bireyin varolan potansiyelini en üst düzeyde kullanması, kayıp sonucu oluşan değişimlerle baş etmesi için yaşlı bireye ve ailesine yardım eder (81).

Araştırmacı rolü ile hemşire, hemşirelik hizmetlerinde sağlık bakım yöntemlerinin geliştirilmesi, uygulanması, hizmet kalitesinin artırılması için araştırmalar planlar, gerçekleştirir ve sonuçlarını alanda uygular ve ilgili mesleklerle işbirliği yapar (83). DSÖ'nün tanımında ifade edildiği gibi, hemşireliğin çalışma alanı insanın olduğu her yerde ve her zaman sağlığın yanı sıra yaşam kalitesinin korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yönünde olmalıdır. Hemşirelerin yaşam kalitesi ile yaptığı çalışmaların sayısı da yıllar içinde giderek artmıştır (84). Eseniyel çalışmasında yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin arttıkça uyku kalitelerinin iyileştiğini, Akal yaşlılarla yaptığı çalışmasında kronik hastalık sayısının arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını, Ferrell' de çalışmasında çeşitli sosyodemografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, gelir) yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğunu bulmuştur (85-87).

Danışmanlık rolü ile hemşire, yaşlı birey ve ailesinin sağlığını korumaları, geliştirmeleri ya da hastalığın etkileri ile baş etmeleri için kendi kaynaklarını/sağlanabilecek kaynakları tanımlarına, kullanmalarına, durumlarını tam olarak anlamalarına ve sağlıklı bir karar vermelerine yardım eder (81).

Sağlık-hastalık durumunda ve ölüm süreci boyunca hemşire hasta haklarını ve yasal haklarını korumak için çaba harcar.

Yaşlının bireysel sosyo-ekonomik kaynaklarını tanımlar ve yönetir. Sorumluluğu doğru zamanda doğru kişiye verir. Diğer personeli denetler. Uygulama ortamındaki kaynakları etkili kullanır ve yönetir. Yaşlının aktivitesini koordine eder, sağlık kurumunu yaşlıya, yaşlıyı sağlık kurumuna yönlendirir (20).

Hemşire genellikle bu rollerin birçoğunu aynı anda yerine getirir. Bakım verirken eğitir, aynı zamanda danışmanlık eder ve savunur (81).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır (84).

Hemşire yaşlıların psikososyal, duygusal, çevresel ve fiziksel iyilik durumunu arttırmak için yaşlının fiziksel yeteneklerini, problemlerini ve ihtiyaçlarını iyi bilmeli ya da belirlemelidir. Değerlendirme yaşlının günlük yaşam aktivitelerini, sosyal kaynaklarını, ekonomik kaynaklarını, fiziksel ve mental sağlık durumunu tanılamayı amaçlar. Hemşire, hemşirelik tanısı koyabilmek ve girişimlerde bulunabilmek için hemşirelik sürecini kullanır. Yaşlılarda hemşirelik süreci, sistematik hemşirelik süreci ile aynı aşamaları kapsar. Hemşirelik süreci; veri toplama, analiz etme, sorunların saptanması ve tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşur (76).

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma, Edirne Merkezindeki 19 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

### **ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

#### **Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyoekonomik durum, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, herhangi bir özürün olup olmadığı, mevcut hastalığın olup olmadığı, herhangi bir yardımcı aygıt kullanıp kullanmadığıdır.

#### **Bağımlı Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir.

### **ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR**

1. 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde, sosyodemografik özelliklerle yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark var mıdır?
2. 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde, sağlık durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark var mıdır?

3. 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde, özürlü olma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark var mıdır?

### **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, Edirne Merkez Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü 13057 birey oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini, Aralık 2010- Aralık 2011 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü bireylerden Aile Sağlığı Merkezlerine ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemi ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak, %95 güven aralığına göre belirlenmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve sorularımıza yanıt verebilecek düzeyde olan 1312 yaşlı birey oluşturdu (% 10.04).

### **VERİLERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE GEREÇLERİ**

Araştırmada, ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ortaya koyabilecek verilerin elde edilmesinde anket tekniğinden yararlanıldı.

Araştırmada, yaşlıların özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanan yaşlı bireyin sosyodemografik özelliklerini içeren Anket Formu (Ek 1) ve yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2) veri toplama araçları olarak kullanıldı. Veriler; araştırmacı tarafından, yaşlılarla yüz yüze görüşülerek toplandı.

#### **Sosyodemografik Anket Formu**

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan sosyodemografik anket formu, yaşlı bireye özgü tanımlayıcı bilgileri içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Sosyodemografik anket formunda; sosyoekonomik durum, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, herhangi bir özürün olup olmadığı, mevcut hastalığın olup olmadığı, herhangi bir yardımcı aygıt kullanıp kullanmadığı gibi 10 soru yer almaktadır. Tüm bu sorulara alınan yanıtlar yaşlıların subjektif görüşlerini içermektedir.

#### **SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF-36, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (88). Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (89).

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir (90). Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir (88).

Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipte (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (88). Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir (90). SF-36'da yer alan 3 majör sağlık alanı 'Fonksiyonel durum, Esenlik ve Genel sağlık anlayışı'dır (89).

SF-36, 1995 yılında Pınar tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda güvenilirlik ve geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (87). SF-36'nın Türk toplumu için toplum standart değerleri de Demiral ve ark. tarafından belirlenmiştir (92,93).

Güvenilirlik çalışmasında en sık kullanılan yöntem içsel tutarlılık yöntemi olan Cronbach alfa katsayısının hesaplanmasıdır. SF-36'nın Cronbach alfa katsayısı; her bir alt ölçek için orijinal çalışmada 0.62-0.94, Türkçe çalışmada 0.81 ile 0.92 arasında elde edilmiştir. (91,92,94,95). SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır (90).

SF-36'nın Türkçe için geçerliliğinde SF-36'nın yanında Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullanılmıştır. Her iki ölçeğin benzeşen alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar benzeşmeyenlerden elde edilen korelasyonlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlarda SF-36'nın Türkçe için geçerli olduğunu göstermektedir (90).

Bu çalışmada SF-36'nın Cronbach alfa katsayısı; 0.79 bulundu, her bir alt ölçek için 0.71-0.94 arasında elde edildi (Tablo 2).

**Tablo 2: Araştırmada SF-36'nın alt ölçeklerinden elde edilen ortalamalar ve Cronbach alfa katsayıları**

| Alt Ölçek                   | Ort.+SS  | Cronbach alfa değeri |
|-----------------------------|----------|----------------------|
| Fiziksel fonksiyon          | 22.6±6.9 | 0.94                 |
| Sosyal fonksiyon            | 9.0±1.7  | 0.77                 |
| Ağrı                        | 10.5±2.2 | 0.88                 |
| Vitalite (enerji)           | 16.8±5.0 | 0.71                 |
| Rol kısıtlılığı (emosyonel) | 5.3±1.4  | 0.79                 |
| Rol kısıtlılığı (fiziksel)  | 6.9±1.9  | 0.81                 |
| Mental sağlık               | 20.9±5.1 | 0.77                 |
| Genel sağlık anlayışı       | 14.7±4.6 | 0.81                 |

#### **ARAŞTIRMANIN UYGULAMASI**

Araştırmanın verileri, Aralık 2010- Aralık 2011 tarihleri arasında, anket ve ölçek aracılığı ile araştırmacı tarafından yaşlılarla yüzyüze görüşülerek toplandı. Ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü, iletişim kurmaya engel teşkil edecek herhangi bir problemi bulunmayan (işitme engeli), araştırmaya katılmaya istekli 1312 yaşlıya, çalışmanın amacı açıklandı ve gönüllü katılımları sağlandı. Çalışmaya katılmak istemeyenler çalışma dışı tutuldu. Her bir yaşlı ile bir kez görüşüldü ve her bir görüşme ortalama 15 dakika sürdü.

#### **ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Verilerin değerlendirilmesinde; yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri bağımsız, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bağımlı değişken olarak alınmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 7.0 (Lisans no: 31N6YUCV38) paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında; tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile; sosyodemografik özellikler ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma uymayan değişkenler için bağımsız örnekleme parametrik olmayan t testi (Mann Whitney U testi) ve bağımsız örnekleme t testi (ileri analiz olarak post hoc SNK) ile değerlendirildi. İlişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına p değerlerine göre karar verildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

## **ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın yapılması için İl Sağlık M¼d¼rl¼ė¼'nden resmi izin (EK 3) ve yaşlı bireylerden s¼zli onay alındı.



## BULGULAR

Edirne Merkez’de ev ortamında yaşıyan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada araştırma kapsamına alınan yaşlılara ait bulgular aşağıda verilmektedir.

**Tablo 3: Yaşlı bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri (n=1312)**

| <b>Tanıtcı Özellikler</b>  | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|-------------|----------|
| <b>Cinsiyet</b>            |             |          |
| Kadın                      | 727         | 55.4     |
| Erkek                      | 585         | 44.6     |
| <b>Yaş Grubu</b>           |             |          |
| 65-74 yaş                  | 1022        | 77.9     |
| 75-84 yaş                  | 257         | 19.6     |
| 85 yaş ve üstü             | 33          | 2.5      |
| <b>Eğitim Durumu</b>       |             |          |
| Okur-yazar değil           | 328         | 25       |
| Okur-yazar                 | 134         | 10.2     |
| İlkokul mezunu             | 630         | 48       |
| Ortaokul mezunu            | 91          | 6.9      |
| Lise mezunu                | 79          | 6        |
| Yüksek öğrenimli           | 50          | 3.8      |
| <b>Sosyoekonomik Durum</b> |             |          |
| İyi                        | 344         | 26.2     |
| Orta                       | 490         | 37.3     |
| Kötü                       | 478         | 36.4     |

Araştırma kapsamına alınan 1312 yaşlının yarısından fazlasının (%55.4) kadın, büyük çoğunluğunun (%77.9) 65-74 yaş grubunda, yarıya yakının (%48) ilkokul mezunu ve yaklaşık 1/3'nün (%37.3) sosyoekonomik durumunun orta olduğu görüldü (Tablo 3).

**Tablo 4: Yaşlı bireylerin bazı sağlık özellikleri (n=1312)**

| <b>Özellikler</b>                         | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
|---|-------------|----------|
| <b>Tanı Konmuş Kronik Hastalık Durumu</b> |             |          |
| Yok                                       | 258         | 19.7     |
| Var                                       | 1054        | 80.3     |
| <b>Kronik Hastalık Türü* (n=1054)</b>     |             |          |
| Diyabetes Mellitus                        | 310         | 29.4     |
| Koroner Arter Hastalığı                   | 95          | 9        |
| Kalp Yetmezliği                           | 112         | 10.6     |
| Hipertansiyon                             | 796         | 75.5     |
| Serebro-Vasküler Olay                     | 62          | 5.8      |
| Osteoartrit                               | 368         | 34.9     |
| Romatoid Artrit                           | 45          | 4.2      |
| Öteki Romatizmal Hastalıklar              | 102         | 9.6      |
| Osteoporoz                                | 51          | 4.8      |
| Prostat                                   | 14          | 1.3      |
| Katarakt                                  | 22          | 2        |
| Astım                                     | 10          | 0.9      |
| Diğer**                                   | 27          | 2.5      |
| <b>Özür Durumu</b>                        |             |          |
| Yok                                       | 1280        | 97.6     |
| Var                                       | 31          | 2.4      |
| <b>Özür Türü* (n=32)</b>                  |             |          |
| İşitme Zayıflığı                          | 12          | 38.7     |
| Yürüyemiyor                               | 14          | 45.1     |
| Diğer†                                    | 10          | 32.2     |
| <b>Yardımcı Aygıt Kullanım Durumu</b>     |             |          |
| Kullanmayan                               | 653         | 49.8     |
| Kullanan                                  | 659         | 50.2     |
| <b>Kullanılan Yardımcı Aygıt* (n=659)</b> |             |          |
| Gözlük                                    | 511         | 77.5     |
| Koltuk Değneği                            | 13          | 1.9      |
| Baston                                    | 82          | 12.4     |
| Protez Diş                                | 200         | 30.3     |
| Protez Ekstremit                          | 4           | 0.6      |
| Tekerlekli sandalye                       | 5           | 0.7      |

\* Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Böbrek Yetmezliği, Alzheimer, KOAH, Guatr, CA, Epilepsi.

†Parmak yok, Görme engelli, Kalça Çıkığı, Ampute ayak.

Yaşlı bireylerin çoğunun (%80.3) tanı konmuş kronik bir hastalığının olduğu, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin yaklaşık 2/3'ünün (%75.5) hipertansiyonu olduğu görüldü. Yaşlı bireylerin %2.4'ünün özürünün olduğu, özürü olan yaşlı bireylerin yarıya yakınının (%45.1) yürüyemediği, yarısının (%50.2) yardımcı bir aygıt kullandığı ve yardımcı aygıt olarak gözlüğün %77.5'lik bir oranla ilk sırada yer aldığı bulundu (Tablo 4).

**Tablo 5: Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamaları (n=1312)**

| <b>SF-36 Ölçeği Alt Grupları</b> | <b>Ortalama ± SS<br/>(minimum-medyan-<br/>maksimum)</b> |
|----------------------------------|---|
| Fiziksel Fonksiyon               | 22.6±6.9<br>(10-26-59)                                  |
| Sosyal Fonksiyon                 | 9.0±1.7<br>(2-10-11)                                    |
| Ağrı                             | 10.5±2.2<br>(2-12-12)                                   |
| Vitalite (Enerji)                | 16.8±5.0<br>(4-16-65)                                   |
| Rol Kısıtlılığı (Emosyonel)      | 5.3±1.4<br>(3-6-26)                                     |
| Rol Kısıtlılığı (Fiziksel)       | 6.9±1.9<br>(4-8-28)                                     |
| Mental Sağlık                    | 20.9±5.1<br>(5-21-30)                                   |
| Genel Sağlık Anlayışı            | 14.7±4.6<br>(5-14-45)                                   |

SS: Standart sapma.

Araştırma grubundaki yaşlıların SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde, fiziksel fonksiyon alt grubu 22.6±6.9 puan ile en yüksek ortalamaya sahipken, rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubunun 5.3±1.4 puan ile en düşük ortalamaya sahip olduğu bulundu (Tablo 5).

**Tablo 6: Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=1312)**

| ÖZELLİKLER                 | SF-36 Ölçeği Alt Grupları |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
|----------------------------|---------------------------|------------------|----------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|
|                            | Fiziksel Fonksiyon        | Sosyal Fonksiyon | Ağrı           | Vitalite (Enerji) | Rol Kısıtlılığı (Emosyonel) | Rol Kısıtlılığı (Fiziksel) | Mental Sağlık  | Genel Sağlık Anlayışı |
|                            | X ±SS                     | X ±SS            | X ±SS          | X ±SS             | X ±SS                       | X ±SS                      | X ±SS          | X ±SS                 |
| <b>CİNSİYET</b>            |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| Kadın (n=727)              | 22.2±7.0                  | 9.0±1.8          | 10.5±2.3       | 16.5±5.2          | 5.3±1.4                     | 6.9±2.0                    | 20.5±5.4       | 14.3±4.4              |
| Erkek (n=585)              | 22.9±6.8                  | 9.0±1.7          | 10.6±2.0       | 17.2±4.7          | 5.3±1.3                     | 6.9±1.8                    | 21.3±4.7       | 15.3±4.7              |
| P                          | <b>*0.039</b>             | 0.942            | 0.395          | <b>*0.005</b>     | 0.321                       | 0.483                      | <b>*0.011</b>  | <b>*0.001</b>         |
| <b>YAŞ GRUPLARI</b>        |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| 65-74 yaş (n=1022)         | 23.2±6.7                  | 9.1±1.6          | 10.7±1.9       | 17.0±4.8          | 5.4±1.4                     | 7.0±1.9                    | 21.0±4.9       | 14.9±4.6              |
| 75-84 yaş (n=257)          | 20.8±7.3                  | 8.7±1.9          | 9.9±2.5        | 16.0±5.4          | 4.9±1.4                     | 6.5±1.9                    | 20.0±5.5       | 14.0±4.3              |
| 85 yaş ve üstü (n=33)      | 17.7±7.1                  | 8.4±2.5          | 9.2±2.9        | 15.3±5.7          | 4.6±1.5                     | 5.9±1.9                    | 20.2±5.9       | 13.1±4.8              |
| P                          | <b>**0.001</b>            | <b>**0.001</b>   | <b>**0.001</b> | <b>**0.003</b>    | <b>**0.001</b>              | <b>**0.001</b>             | <b>**0.008</b> | <b>**0.002</b>        |
| <b>EĞİTİM DURUMU</b>       |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| Okur-yazar değil (n=328)   | 20.5±7.7                  | 8.7±2.0          | 10.2±2.4       | 16.3±5.3          | 4.9±1.4                     | 6.4±1.9                    | 20.1±5.7       | 14.0±4.7              |
| Okur-yazar (n=134)         | 22.4±6.8                  | 9.0±1.8          | 10.5±2.4       | 15.6±4.4          | 5.6±2.0                     | 7.0±1.6                    | 20.0±4.6       | 13.7±4.1              |
| İlkokul bitirmiş (n=630)   | 23.2±6.7                  | 9.1±1.5          | 10.6±2.0       | 17.3±4.7          | 5.3±1.2                     | 7.0±2.0                    | 21.4±4.9       | 15.2±4.6              |
| Ortaokul bitirmiş (n=91)   | 24.1±5.7                  | 9.0±1.8          | 10.9±1.7       | 18.0±6.9          | 5.5±1.1                     | 7.2±1.6                    | 21.3±5.3       | 15.4±4.5              |
| Lise bitirmiş (n=79)       | 23.9±6.4                  | 9.2±1.6          | 11.0±1.9       | 15.7±4.0          | 5.5±1.0                     | 7.0±1.6                    | 20.4±4.3       | 14.3±3.9              |
| Yüksek öğrenimli (n=50)    | 24.0±6.1                  | 9.3±1.7          | 11.0±1.8       | 16.7±4.6          | 5.7±0.8                     | 7.4±1.4                    | 20.9±4.6       | 15.2±4.6              |
| P                          | <b>**0.001</b>            | <b>**0.033</b>   | <b>**0.002</b> | <b>**0.001</b>    | <b>**0.001</b>              | <b>**0.001</b>             | <b>**0.004</b> | <b>**0.001</b>        |
| <b>SOSYOEKONOMİK DURUM</b> |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| İyi (n=344)                | 23.8±6.6                  | 9.5±1.2          | 11.3±1.6       | 16.4±4.5          | 5.7±0.9                     | 7.4±1.4                    | 20.8±4.9       | 14.4±4.4              |
| Orta (n=490)               | 21.0±7.2                  | 8.7±1.9          | 10.2±2.3       | 16.7±5.2          | 5.1±1.6                     | 6.7±2.3                    | 20.9±5.2       | 15.0±4.6              |
| Kötü (n=478)               | 23.2±6.7                  | 9.0±1.8          | 10.3±2.3       | 17.2±5.0          | 5.2±1.3                     | 6.8±1.8                    | 20.8±5.2       | 14.7±4.7              |
| P                          | <b>**0.001</b>            | <b>**0.001</b>   | <b>**0.001</b> | 0.067             | <b>**0.001</b>              | <b>**0.001</b>             | 0.796          | 0.118                 |

\*Bağımsız gruplarda t testi.

\*\*Tek yönlü ANOVA.

Yaşlı erkeklerin SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon, vitalite (enerji), mental sağlık ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında, yaşlı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan yaşlılarda, SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon ve ağrı alt gruplarında tüm yaş grupları birbirinden anlamlı derecede farklı bulundu. Sosyal fonksiyon, vitalite (enerji), rol kısıtlılığı (emosyonel), rol kısıtlılığı (fiziksel), mental sağlık ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında 65-74 yaş grubu, 85 ve üstü yaş grubundan anlamlı derecede farklı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Araştırma grubunun SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt gruplarında okur-yazar değil grubu ile diğer tüm eğitim durumları birbirlerinden anlamlı derecede farklı bulundu. Ağrı alt grubunda lise bitirmiş ve yüksek öğrenimli grubu diğerlerinden anlamlı derecede farklı bulundu. Vitalite (enerji) ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında okur-yazar grubu, ortaokul bitirmiş grubundan anlamlı derecede farklı bulundu. Rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubunda okuryazar değil grubu diğerlerinden anlamlı derecede farklı bulundu. Rol kısıtlılığı (fiziksel) alt grubunda okur-yazar değil grubu yüksek öğrenimli grubundan anlamlı derecede farklı bulundu. Mental sağlık alt grubunda da okur-yazar grubu ile ilkokul bitirmiş grubu birbirinden anlamlı derecede farklı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Araştırma grubunda fiziksel fonksiyon alt grubunda sosyoekonomik durumu orta olan grup, sosyoekonomik durumu iyi ve kötü olan gruptan anlamlı derecede farklı bulundu. Sosyal fonksiyon alt grubunda tüm sosyoekonomik durumlar birbirlerinden anlamlı derecede farklı bulundu. Ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) alt gruplarında sosyoekonomik durumu iyi olan grup ile sosyoekonomik durumu orta ve kötü olan grup arasında anlamlı derecede farklılık saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7: Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı (n=1312)**

| ÖZELLİKLER                    | SF-36 Ölçeği Alt Grupları |                  |               |                   |                             |                            |               |                       |
|-------------------------------|---------------------------|------------------|---------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------|
|                               | Fiziksel Fonksiyon        | Sosyal Fonksiyon | Ağrı          | Vitalite (Enerji) | Rol Kısıtlılığı (Emosyonel) | Rol Kısıtlılığı (Fiziksel) | Mental Sağlık | Genel Sağlık Anlayışı |
|                               | X ±SS                     | X ±SS            | X ±SS         | X ±SS             | X ±SS                       | X ±SS                      | X ±SS         | X ±SS                 |
| <b>KRONİK HASTALIK DURUMU</b> |                           |                  |               |                   |                             |                            |               |                       |
| Var (n=1054)                  | 21.7±7.0                  | 8.9±1.8          | 10.5±2.2      | 16.2±4.9          | 5.3±1.4                     | 6.8±1.8                    | 20.2±4.9      | 13.9±4.1              |
| Yok (n=258)                   | 25.9±5.2                  | 9.2±1.6          | 10.8±1.9      | 19.3±4.6          | 5.5±1.0                     | 7.5±2.3                    | 23.5±5.0      | 17.9±4.9              |
| P                             | <b>*0.001</b>             | <b>*0.017</b>    | <b>*0.018</b> | <b>*0.001</b>     | <b>*0.035</b>               | <b>*0.001</b>              | <b>*0.001</b> | <b>*0.001</b>         |
| <b>ÖZÜR DURUMU</b>            |                           |                  |               |                   |                             |                            |               |                       |
| Var (n=31)                    | 15.3±7.6                  | 6.8±3.2          | 7.7±3.8       | 12.6±6.9          | 4.2±1.4                     | 5.5±1.9                    | 16.5±8.0      | 11.0±4.6              |
| Yok (n=1281)                  | 22.7±6.8                  | 9.0±1.6          | 10.6±2.0      | 16.9±4.9          | 5.3±1.4                     | 6.9±1.9                    | 20.9±4.9      | 14.8±4.6              |
| P                             | <b>*0.001</b>             | <b>*0.001</b>    | <b>*0.002</b> | <b>*0.001</b>     | <b>*0.001</b>               | <b>*0.001</b>              | <b>*0.001</b> | <b>*0.001</b>         |

\*Bağımsız gruplarda t testi.



Araştırma grubunda, kronik hastalık durumu ile yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ve kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

Yaşlı bireylerin özür durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ve özürü olmayanların özürü olanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 8: Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının yardımcı aygıt kullanma durumu ve kullanılan yardımcı aygıt türüne göre dağılımı (n=1312)**

| ÖZELLİKLER                       |                       | SF-36 Ölçeği Alt Grupları |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|----------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|
|                                  |                       | Fiziksel Fonksiyon        | Sosyal Fonksiyon | Ağrı           | Vitalite (Enerji) | Rol Kısıtlılığı (Emosyonel) | Rol Kısıtlılığı (Fiziksel) | Mental Sağlık  | Genel Sağlık Anlayışı |
|                                  |                       | X ±SS                     | X ±SS            | X ±SS          | X ±SS             | X ±SS                       | X ±SS                      | X ±SS          | X ±SS                 |
| <b>YARDIMCI AYGIT KULLANMA</b>   | Kullanmıyor (n=653)   | 22.9±6.9                  | 8.8±1.9          | 10.4±2.3       | 17.0±5.3          | 5.4±1.4                     | 6.9±1.9                    | 20.9±5.0       | 15.0±4.8              |
|                                  | Kullanıyor (n=659)    | 22.2±7.0                  | 9.2±1.5          | 10.7±2.0       | 16.5±4.7          | 5.2±1.3                     | 6.8±1.9                    | 20.7±5.2       | 14.4±4.4              |
|                                  | p                     | 0.051                     | <b>*0.001</b>    | <b>*0.018</b>  | 0.062             | 0.067                       | 0.201                      | 0.363          | <b>*0.007</b>         |
| <b>KULLANILAN YARDIMCI AYGIT</b> | <b>Gözlük</b>         |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
|                                  | Kullanıyor (n=511)    | 22.5±6.8                  | 9.2±1.5          | 10.7±1.9       | 16.9±4.5          | 5.2±1.3                     | 6.8±1.8                    | 21.0±5.0       | 14.7±4.4              |
|                                  | Kullanmıyor (n=801)   | 22.6±7.0                  | 8.9±1.9          | 10.4±2.3       | 16.7±5.3          | 5.4±1.4                     | 6.9±2.0                    | 20.7±5.2       | 14.8±4.7              |
|                                  | p                     | 0.965                     | <b>*0.002</b>    | <b>*0.022</b>  | 0.386             | <b>*0.049</b>               | 0.113                      | 0.240          | 0.801                 |
|                                  | <b>Koltuk Değneği</b> |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
|                                  | Kullanıyor (n=13)     | 13.8±5.9                  | 7.4±2.8          | 8.2±3.3        | 12.4±6.0          | 4.5±1.5                     | 5.8±2.0                    | 18.7±7.3       | 11.9±4.6              |
|                                  | Kullanmıyor (n=1299)  | 22.6±6.9                  | 9.0±1.7          | 10.6±2.1       | 16.8±4.9          | 5.3±1.4                     | 6.9±1.9                    | 20.9±5.1       | 14.8±4.6              |
|                                  | p                     | <b>**0.001</b>            | <b>**0.001</b>   | <b>**0.001</b> | <b>**0.001</b>    | <b>**0.045</b>              | <b>**0.046</b>             | 0.126          | <b>**0.027</b>        |
| <b>Baston</b>                    |                       |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| Kullanıyor (n=82)                | 15.6±6.8              | 8.5±2.1                   | 9.9±2.6          | 13.7±4.8       | 4.7±1.5           | 6.0±1.9                     | 17.4±5.6                   | 12.1±3.7       |                       |
| Kullanmıyor (n=1230)             | 23.0±6.7              | 9.0±1.7                   | 10.6±2.1         | 17.0±4.9       | 5.3±1.4           | 6.9±1.9                     | 21.0±5.0                   | 14.9±4.6       |                       |
| p                                | <b>*0.001</b>         | <b>*0.002</b>             | <b>*0.008</b>    | <b>*0.001</b>  | <b>*0.001</b>     | <b>*0.001</b>               | <b>*0.001</b>              | <b>*0.001</b>  |                       |
| <b>Protez Diş</b>                |                       |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| Kullanıyor (n=200)               | 23.7±6.4              | 9.5±1.2                   | 11.1±1.4         | 16.5±4.6       | 5.5±1.1           | 7.2±2.2                     | 20.8±4.9                   | 14.2±4.3       |                       |
| Kullanmıyor (n=112)              | 22.3±7.0              | 8.9±1.8                   | 10.4±2.2         | 16.9±5.0       | 5.3±1.4           | 6.9±1.9                     | 20.9±5.2                   | 14.8±4.6       |                       |
| p                                | <b>*0.011</b>         | <b>*0.001</b>             | <b>*0.001</b>    | 0.317          | <b>*0.030</b>     | <b>*0.032</b>               | 0.921                      | 0.087          |                       |
| <b>Ptotez Ekstremit</b>          |                       |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| Kullanıyor (n=4)                 | 17.5±9.0              | 8.5±3.0                   | 7.4±4.3          | 15.5±8.2       | 4.5±1.7           | 6.0±2.3                     | 20.8±9.4                   | 14.1±3.9       |                       |
| Kullanmıyor (n=1308)             | 22.6±6.9              | 9.0±1.7                   | 10.5±2.1         | 16.8±4.9       | 5.3±1.4           | 6.9±1.9                     | 20.9±5.1                   | 14.7±4.6       |                       |
| p                                | 0.145                 | 0.550                     | <b>**0.003</b>   | 0.602          | 0.244             | 0.346                       | 0.966                      | 0.782          |                       |
| <b>Tekerlekli Sandalye</b>       |                       |                           |                  |                |                   |                             |                            |                |                       |
| Kullanıyor (n=5)                 | 13.6±8.0              | 5.8±2.5                   | 8.0±3.8          | 6.8±5.7        | 3.6±1.3           | 4.8±1.8                     | 9.8±6.9                    | 8.9±4.6        |                       |
| Kullanmıyor (n=1307)             | 22.6±6.9              | 9.0±1.7                   | 10.5±2.1         | 16.8±4.9       | 5.3±1.4           | 6.9±1.9                     | 20.9±5.0                   | 14.8±4.6       |                       |
| p                                | <b>**0.004</b>        | <b>**0.001</b>            | <b>**0.008</b>   | <b>**0.001</b> | <b>**0.005</b>    | <b>**0.014</b>              | <b>**0.001</b>             | <b>**0.004</b> |                       |

\*Bağımsız gruplarda t testi.

\*\* Bağımsız gruplarda parametrik olmayan t testi.

Araştırma grubundaki yaşlıların yardımcı aygıt kullanma ile sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık anlayışı SF-36 Ölçeği alt grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Sosyal fonksiyon ve ağrı alt grubunda yardımcı aygıt kullananların yardımcı aygıt kullanmayanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı ancak genel sağlık anlayışı alt grubunda yardımcı aygıt kullanmayanların kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı saptandı (Tablo 8).

Yaşlı bireylerin gözlük kullanma durumu ile sosyal fonksiyon, ağrı ve rol kısıtlılığı (emosyonel) SF-36 Ölçeği alt grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Gözlük kullananların, sosyal fonksiyon ve ağrı alt grubunda gözlük kullanmayanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı; rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubunda ise gözlük kullanmayanların kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı belirlendi (Tablo 8).

Araştırma grubunda koltuk değneği kullanma durumu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, vitalite (enerji), rol kısıtlılığı (emosyonel), rol kısıtlılığı (fiziksel) ve genel sağlık anlayışı SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, koltuk değneği kullanmayanların koltuk değneği kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Yaşlı bireylerin baston kullanma durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, baston kullanmayanların baston kullananlardan yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin protez diş kullanma durumu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, protez diş kullananların; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) alt gruplarında protez diş kullanmayanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Protez ekstremiteler kullanmayan yaşlıların SF-36 Ölçeği alt grupları içinde ağrı alt grubunda, protez ekstremiteler kullananlardan anlamlı olarak daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Yaşlı bireylerin tekerlekli sandalye kullanma durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, tekerlekli sandalye kullanmayanların tekerlekli sandalye kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

## TARTIŞMA

Bu bölümde, Edirne Merkez’de ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü 1312 bireyin; tanıtıcı özellikleri, bazı sağlık özellikleri, yardımcı aygıt kullanma durumu ve türleri ile yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışıldı.

Araştırma kapsamına alınan 1312 yaşlının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yarısından fazlasının (%55.4) kadın, büyük çoğunluğunun (%77.9) 65-74 yaş grubunda, yarıya yakınının (%48) ilkokul mezunu ve yaklaşık 1/3’nün (%37.3) sosyoekonomik durumunun orta düzeyde olduğu görüldü (Tablo 3). Çubukçu (2005) çalışmasında yaşlıların yarısından fazlasını kadın ve ilkokul mezunu, çoğunu 65-74 yaş grubunda ve yaklaşık yarısının sosyoekonomik durumunu orta olarak bulmuştur (96). Akal’ın (2005) çalışmasında da yaşlıların çoğu kadın, yarıya yakını 65-74 yaş grubunda, yaklaşık 1/3’ünün sosyoekonomik durumu orta olarak bulunmuştur (86).

Yaşlıların %80.3’ünde tanısı konmuş kronik hastalığı olduğu tespit edildi (Tablo 4). Yapılan çeşitli çalışmalarda yaşlılarda kronik hastalık prevalansları %54.3-%83.5 arasında bulunmuştur (97-101). Bu çalışmada yaşlılarda en çok görülen kronik hastalık hipertansiyondur (%75.5). (Tablo 4). Uçku’nun çalışmasında yaşlıların %47.8’inde, Güven’in çalışmasında yaşlıların %51.5’inde, Diker’in çalışmasında %44.1’inde de hipertansiyon saptanmıştır (101-103). Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Araştırma grubunda, kronik hastalık durumu ile yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.005$ ). Kronik hastalığı olmayan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları kronik hastalığı olanlardan daha yüksek bulundu (Tablo 7). Samsun’da kronik hastalığı bulunan ve alanda yaşayan yaşlılarda, yaşam kalitesi SF-36 ile ölçüldüğünde kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (104).

Birilerine bağımlı yaşamının ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği de bildirilmektedir (105,107). Özyurt ve ark. (2007) çalışmalarında yaşlılar arasından kronik hastalığı olduğunu bildirenlerde yaşam kalitesinin özerklik, sosyal katılım alt alanları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur (67). Bu anlamda sonuçların bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görüldü. Kronik hastalık bireyin bağımsız yaşam sürmesini engellemekte ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (107,108).

Araştırmaya alınan bireylerin, yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının azaldığı bulundu (Tablo 6). Yaş arttıkça yaşam kalitesi önemli oranda düşmektedir. Mikami ve Ogihara'nın çalışmalarında da yaşlanma ile yaşam kalitesinin önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır (7). Birtane ve ark. (2000) huzurevinde kalan 21'i kadın, 75'i erkek olmak üzere toplam 96 yaşlı bireyin yaşam kalitesine etki eden faktörleri inceledikleri çalışmalarında; yaşlanma ile yaşam kalitesinin azaldığını rapor etmişlerdir (8). Çalıştır ve ark. (2006) Muğla il merkezinde yaşayan 1047 yaşlı bireyin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır (109). Gülseren ve ark.nın (2000) huzurevinde yaşamakta olan 30 yaşlı birey ile kendi evlerinde yaşayan 20 yaşlı bireyin bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılmasının amaçlandığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (110). Zincir ve ark. (2008) 65-74 yaş grubundaki bireylerin yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı ( $p>0.05$ ) ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının ( $p<0.05$ ) 75-84 ve 85 ve üzeri yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (111). Avustralya'da yapılan bir çalışmada yaşın artışıyla birlikte her iki cinsiyette de yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu gösterilmiştir (112). Benzer çalışmalarda da, yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur (4,113). Bu anlamda sonuçların bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görüldü. Artan yaşla birlikte kişilerin karşılaştıkları kronik sağlık sorunları da artmakta; hastalıklar ve emekli olma gibi nedenlerle yaşlı bireyin sosyal hayata katılımı azalmakta ve yaşam kalitesi kötüleşmektedir (63,113).

Yaşlı erkeklerin SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon, vitalite (enerji), mental sağlık ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında, yaşlı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 6). Denizli huzurevinde yapılan bir çalışmada da, genel sağlık statüsü boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı çalışmada, kadınlarda fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık

anlayışı ve vitalite (enerji) boyutu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (114). Özyurt ve ark. (2007), Manisa Muradiye bölgesinde yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla WHOQOL-OLD ile yaptıkları çalışmada, erkeklerin duyuşal yetiler ve ölüm ve ölmek alt alanları hariç diğer alan puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (67). Hsu'nun, Tayvan'da yaşayan yaşlıların sağlıklı ilgili yaşam kalitesinde cinsiyet farklılığını incelemek amacıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, yaşlı kadınların yaşam kalitesi yaşlı erkeklerden daha düşük bulunmuştur (115). Birtane ve ark. (2000) 96 yaşlı bireyin yaşam kalitesine etki eden faktörleri inceledikleri çalışmalarında; yaşlı kadınların yaşam kalitesinin yaşlı erkeklere göre daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir (8). Yaşlılarda cinsiyet farklılıklarının fonksiyonda önemli bir belirleyici olduğu ABD kaynaklı yayında belirtilmiştir (116). Bu anlamda benzer araştırma sonuçları, bu çalışmayı destekler niteliktedir. Yaşlı kadınların yaşam kalitesinin yaşlı erkeklerden daha düşük olması, kadınların yaşam beklentisinin artması nedeniyle kronik hastalık sıklığı daha fazladır ve kronik hastalık bireyin bağımsız yaşam sürmesini engellemekte ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (63,107,108).

Bireylerin, eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalaması artmakta idi (Tablo 6). Tayvan ve Türkiye'de yapılan iki çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (117,118). Çalıştır ve ark.nın (2006), Muğla il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerini incelemek amacıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaptıkları çalışmada öğrenim durumu arttıkça yaşam kalitesi ortalama puanlarının arttığı saptanmıştır (109). Arslantaş ve ark.nın (2006), Eskişehir Mahmudiye ilçesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir. Böylece, eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı söylenebilmektedir (120). Tseng ve Wang'ın (2001) çalışmasında eğitim seviyesinin artması ile kişinin sosyoekonomik statüsünün de arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (121). Eğitim ile kazanılan yaşam şeklinin, kişilerin mental durumlarına olumlu etki yaptığı ayrıca eğitim ile kazanılan maddi ve sosyal imkanların bireyin yaşam şeklini olumlu etkilediği ve yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir (122,123).

Araştırmaya alınan bireylerin, sosyoekonomik durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ).

Sosyoekonomik durum arttıkça yaşam kalitesi artmakta idi (Tablo 6). Tseng ve Wang'ın (2001) Tayvan'da huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi ile ilgili faktörleri incelemek amacıyla Yaşam Kalitesi İndeksi-Huzurevi Versiyonu ile yaptıkları çalışmada, sosyoekonomik durumu iyi olan yaşlıların, kötü olan yaşlılara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmişlerdir (121). Çalıştır ve ark. (2006) çalışmalarında ekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit etmişlerdir (119). İngiltere'de yapılan bir çalışmada yaşlı nüfusta düşük sosyoekonomik seviye ile yaşam kalitesinde düşüş olduğu belirlenmiştir (124). Benzer çalışmalarda da sosyoekonomik durum arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (10,44). Bu anlamda sonuçların bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görüldü. Sosyoekonomik durumu iyi olanların yaşam kalitesinin yüksek olmasının, sosyoekonomik düzey arttıkça sağlık bakımına daha kolay ulaşılabilmesinin ve daha bağımsız davranılabilmesinin bir sonucu olduğu söylenebilir (5,10).

Araştırma grubumuzda özür durumu %2.4'dür. En çok görülen özür türleri yürüme sorunu (%45.1), işitme zayıflığı (%38.7) ve diğerleridir (parmak yok, görme engelli, kalça çıkığı, ampute ayak %32.2). Arslan ve ark.nın (1999) Türkiye genelinde yaptığı çalışma sonucuna göre fiziksel yetersizlik oranı kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.4, tüm iller göz önüne alındığında toplam özürlülük oranının %31.1 olduğu belirlenmiştir (59). Günay'ın (1990) yaptığı çalışma sonuçları da bu çalışma ile benzerlik göstermekte olup yaşlıların %69.7'sinde görme, %53.2'sinde yürüme sorunu olduğu saptanmıştır (125). Yaşlı bireylerin özür durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ve özürü olmayanların özürü olanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 7). Çubukçu (2005) çalışmasında da özürlülüğü (fiziksel yetersizliği) olmayan yaşlıların tüm yaşam kalitesi alanları ortalama puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (96). Bu anlamda sonuçların bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görüldü. Yaşlılık döneminde kronik hastalıklara bağlı kısıtlılık ve özürlülük artmaktadır (126). Özürlülük durumu da genel olarak yaşam kalitesini düşüren bir etken olarak bilinmektedir (6). Özürlülük durumu yaşlının günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmasına neden olabilir. Birey başkalarına bağımlı hale geldiğinde günlük gereksinimleri aile, arkadaş veya komşular tarafından kısmen karşılanarak yaşlıya destek sağlanmaktadır. Ancak gelişen endüstrileşme ve şehirleşme ile toplumda aile yapısı küçülmekte ve yaşlının aile içinde bakımı zorlaşmakta, bu durumda yeterli bakım ve destek alamayan bireyin yaşam kalitesi düşmektedir (127-130).



Araştırma grubumuzda yardımcı aygıt kullanma durumu %50.2 ve en çok kullanılan yardımcı aygıt sırasıyla gözlük (%77.5), protez diş (%30.3), baston (%12.4) ve koltuk değneğidir (%1.9) (Tablo 3). Yarış ve ark. (2001) yaşlıların en sık kullandıkları yardımcı aracın kadınlarda %57.1 oranı ile takma diş, erkeklerde %49.3 oranı ile gözlük olduğunu saptamışlardır (131). Dudak ve Çakıl'a (2006) göre ise yaşlıların %64.8'i gözlük, %4.1'i işitme cihazı, %19.4'ü baston kullanmakta olup %75.9'unda takma diş vardır (132). Araştırma grubundaki yaşlıların yardımcı aygıt kullanma ile sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık anlayışı SF-36 Ölçeği alt grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Sosyal fonksiyon ve ağrı alt grubunda yardımcı aygıt kullananların yardımcı aygıt kullanmayanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı ancak genel sağlık anlayışı alt grubunda yardımcı aygıt kullanmayanların kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı saptandı (Tablo 8). Kullanılan yardımcı aygıtın kullanılma sebebine göre ağrı durumunu olumlu yönde etkilediği ayrıca varolan problemi çözerek bireylerin daha sosyal olmalarını sağladığı ve yardımcı aygıt kullanmayanların herhangi bir engelliliği olmadığı varsayılarak genel sağlık anlayışının daha iyi olduğu düşünülmektedir. Çubukçu (2005) çalışmasında yaşlıların tamamına yakınının alet/protez ve cihaz kullandığı, %87.4'ünün gözlük, %74.0'nın diş protezi kullandığını bulmuştur (96). Arslan ve ark.nın (1999) çalışmasında %54.6 ile yaşlıların en fazla baston kullandığı belirlenmiştir (59). Biçer'in (1996), Çivi'nin (2000), Yardımcı'nın (1998) ve Ersoy'un (2001) çalışmalarında da sonuçlar benzer olup yaşlıların çoğunluğunun gözlük, baston ve diş protezi kullandığı belirlenmiştir (97,133-135). Bu anlamda sonuçların bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görüldü. 65 yaş ve üzeri bireylerde fiziksel yetersizlik oranlarının dolayısıyla alet/protez ve cihaz kullanımının fazla olduğunu göstermekte ise de işitme cihazı, protez ekstremiteler gibi aletlerin az kullanılmasının nedeni, yaşlıların sosyoekonomik düzeylerinin düşük olmasına ve sosyal güvenlik kuruluşlarının bu cihazların masraflarının tamamını karşılamamasına bağlı olabilir (96).

## SONUÇLAR

Bu araştırma Edirne Merkez’de ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar:

- Araştırma kapsamına alınan 1312 yaşlının %55.4’ünün kadın, %77.9’unun 65-74 yaş grubunda, %48’inin ilkokul mezunu ve %37.3’ünün sosyoekonomik durumunun orta olduğu (Tablo 3),
- Yaşlı bireylerin %80.3’ünün tanı konmuş kronik bir hastalığının olduğu, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %75.5’inin hipertansiyonu olduğu; yaşlı bireylerin %2.4’ünün özürünün olduğu, özürü olan yaşlı bireylerin %45.1’inin yürüyemediği, %50.2’sinin yardımcı bir aygıt kullandığı ve yardımcı aygıt olarak gözlüğün %77.5’lik bir oranla ilk sırada yer aldığı (Tablo 4),
- Araştırma grubundaki yaşlıların SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde, fiziksel fonksiyon alt grubu  $22.6\pm 6.9$  puan ile en yüksek ortalamaya sahipken, rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubunun  $5.3\pm 1.4$  puan ile en düşük ortalamaya sahip olduğu (Tablo 5),
- Yaşlı erkeklerin SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon, vitalite (enerji), mental sağlık ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında, yaşlı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları ( $p<0.05$ ) (Tablo 6),
- Araştırmaya katılan yaşlılarda, SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon ve ağrı alt gruplarında tüm yaş gruplarının birbirinden anlamlı derecede farklı bulunduğu

ve yaşın artmasıyla yaşam kalitesinin azaldığı; sosyal fonksiyon, vitalite (enerji), rol kısıtlılığı (emosyonel), rol kısıtlılığı (fiziksel), mental sağlık ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında 65-74 yaş grubunun, 85 ve üstü yaş grubundan anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları ( $p<0.05$ ) (Tablo 6),

- Araştırma grubunun SF-36 Ölçeği alt grupları içinde fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt gruplarında okur-yazar olmayan grup ile diğer tüm eğitim durumlarının birbirlerinden anlamlı derecede farklı bulunduğu; ağrı alt grubunda lise bitirmiş ve yükseköğrenimli grubunun diğerlerinden anlamlı derecede farklı bulunduğu; vitalite (enerji) ve genel sağlık anlayışı alt gruplarında okur-yazar grubu, ortaokul bitirmiş grubundan anlamlı derecede farklı bulunduğu; rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubunda okuryazar değil grubunun diğerlerinden anlamlı derecede farklı bulunduğu; rol kısıtlılığı (fiziksel) alt grubunda okur-yazar değil grubunun yüksek öğrenimli grubundan anlamlı derecede farklı bulunduğu; mental sağlık alt grubunda da okur-yazar grubu ile ilkokul bitirmiş grubunun birbirinden anlamlı derecede farklı bulunduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 6),
- Araştırma grubunda fiziksel fonksiyon alt grubunda sosyoekonomik durumu orta olan grubun, sosyoekonomik durumu iyi ve kötü olan gruptan anlamlı derecede düşük puan aldığı; sosyal fonksiyon alt grubunda tüm sosyoekonomik durumların birbirlerinden anlamlı derecede farklı bulunduğu ve sosyoekonomik durumu orta olan grubun daha düşük puan aldığı; ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) alt gruplarında sosyoekonomik durumu iyi olan grubun, sosyoekonomik durumu orta ve kötü olan gruptan anlamlı derecede yüksek puan aldığı ( $p<0.05$ ) (Tablo 6),
- Kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 7),
- Yaşlı bireylerin özür durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ve özürü olmayanların özürü olanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı ( $p<0.05$ ) (Tablo 7),
- Araştırma grubundaki yaşlıların yardımcı aygıt kullanma ile sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık anlayışı SF-36 Ölçeği alt grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ); sosyal fonksiyon ve ağrı alt grubunda yardımcı aygıt kullananların yardımcı aygıt kullanmayanlardan daha yüksek yaşam

kalitesi puanı aldığı ancak genel sağlık anlayışı alt grubunda yardımcı aygıt kullanmayanların kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı (Tablo 8),

- Yaşlı bireylerin gözlük kullanma durumu ile sosyal fonksiyon, ağrı ve rol kısıtlılığı (emosyonel) SF-36 Ölçeği alt grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ); gözlük kullananların, sosyal fonksiyon ve ağrı alt grubunda gözlük kullanmayanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı; rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubunda ise gözlük kullanmayanların kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldığı (Tablo 8),
- Araştırma grubunda koltuk değneği kullanma durumu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, vitalite (enerji), rol kısıtlılığı (emosyonel), rol kısıtlılığı (fiziksel) ve genel sağlık anlayışı SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, koltuk değneği kullanmayanların koltuk değneği kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları ( $p<0.05$ ) (Tablo 8),
- Yaşlı bireylerin baston kullanma durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, baston kullanmayanların baston kullananlardan yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 8),
- Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin protez diş kullanma durumu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, protez diş kullananların; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) alt gruplarında protez diş kullanmayanlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları ( $p<0.05$ ) (Tablo 8),
- Protez ekstremiteler kullanmayan yaşlıların SF-36 Ölçeği alt grupları içinde ağrı alt grubunda, protez ekstremiteler kullananlardan anlamlı olarak daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları ( $p<0.05$ ) (Tablo 8),
- Yaşlı bireylerin tekerlekli sandalye kullanma durumu ile SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, tekerlekli sandalye kullanmayanların tekerlekli sandalye kullananlardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı aldıkları belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Yaşlı kadınların erkeklere oranla yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olması göz önüne alınarak kadınlara üreme çağından itibaren eğitimler verilmesi,
- Yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin kötüleşmesi nedeniyle ileri yaştaki yaşlıların daha yakın takibinin yapılması,
- Yaşlılarda kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşünerek, toplumda kronik hastalıkları önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve erken yaşlarda bu konularda bilinçlendirmek adına eğitimler düzenlenmesi,
- Yaşlıların sahip oldukları, kronik hastalıklarla ilgili olarak kullandıkları ilaçları doğru ve düzenli almalarının sağlanması,
- Yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili daha çok saha çalışması yapılması önerilmektedir.

## **EDİRNE MERKEZİNDE EV ORTAMINDA YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ**

### **ÖZET**

Araştırma, Edirne Merkez'deki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı, ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılardaki yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Aralık 2010- Aralık 2011 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü bireylerden Aile Sağlığı Merkezlerine ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden ve sorularımıza yanıt verebilecek düzeyde olan 1312 yaşlı araştırmaya dahil edildi. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Anket Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, ANOVA, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi kullanıldı. Yaşlıların %55.4'ünün kadın, %37.3'ünün sosyoekonomik durumunun orta, %80.3'ünün tanı konmuş kronik bir hastalığının, kronik hastalığı olan yaşlıların yaklaşık %75.5'inin hipertansiyonu olduğu, %50.2'sinin yardımcı bir aygıt kullandığı ve gözlüğün %77.5'lik oranla ilk sırada yer aldığı bulundu. SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde, fiziksel fonksiyon 22.6±6.9 puan ile en yüksek ortalamaya, rol kısıtlılığı (emosyonel) 5.3±1.4 puan ile en düşük ortalamaya sahip olduğu bulundu. Yaşlı erkeklerin SF-36 Ölçeği alt grupları içinde yaşlı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları, kronik hastalığı olmayanların olanlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu. Fiziksel fonksiyon alt grubunda sosyoekonomik durumu orta olan grubun, sosyoekonomik durumu iyi ve kötü olandan; sosyal fonksiyon alt grubunda tüm sosyoekonomik durumların

birbirlerinden anlamlı derecede farklı ve sosyoekonomik durumu orta olan grubun diğerlerinden; ağrı, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) alt gruplarında da sosyoekonomik durumu orta ve kötü olan grubun sosyoekonomik durumu iyi olandan anlamlı derecede düşük puan aldıkları saptandı.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, SF-36, yaşam kalitesi, hemşirelik.

## **QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY AGED 65 AND OVER LIVING AT HOME IN THE CENTER OF EDIRNE**

### **SUMMARY**

The study was planned as a descriptive study to evaluate the quality of life in the elderly aged 65 and over living in the home environment and registered to family health centers of Edirne city center. In date of between december 2010 - december 2011, of individuals 65 years and over registered to Family Health Centers, a total of 1312 elderly who agreed to participate in the study and who would be able to respond to our questions were included in the study by the stratified sampling method in accordance with their sex and Family Health Centers. The data were collected VIA a questionnaire generated by the researcher and the SF-36 quality-of-life scale. In the evaluation of the data, Number, percentage, arithmetic mean and standard deviation, ANOVA, t-test in independent groups, Mann-Whitney U test were used. It was found that %55.4 of elderly were female, socio-economic status of 37.3% was median, 80.3% of those were diagnosed with a chronic disease, approximately 75.5% of the elderly with chronic diseases had hipertension, 50.2% of those used an auxiliary device and that the use of glasses ranked first with a ratio of 77.5%. When sub-group scores of the SF-36 scales were evaluated, it was found that physical function had the highest average with a score of  $22.6 \pm 6.9$ , whereas role limitations (emotional) had the lowest average with a score of  $5.3 \pm 1.4$  points. It was found that in sub-groups of the SF-36 scale, older men scored significantly higher than old women and that the quality of life of those without chronic disease is higher than those with chronic disease. In the physical function sub-group, it was found that the group whose socioeconomic status is



relatively median scored significantly lower than the group whose socioeconomic status is high or low. In the social function sub-group, it was found that all the socioeconomic conditions were significantly different from each other and that the group whose socioeconomic status is relatively median scored significantly lower than the group whose socioeconomic status is high or low. In the pain, role limitations (emotional) and role limitations (physical) sub-groups, it was found that the group whose socioeconomic status is relatively median or low scored significantly lower than the group whose socioeconomic status is high.

**Key words:** elderly, SF-36, quality of life, nursing.

## KAYNAKLAR

1. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatr Derg 2006;7:232-9.
2. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Ankara: Turk İşçi Emeklileri Derneği, 2005:15.
3. Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda yaşam doyumu. Turk Geriatr Derg 2003;6(2):72-4.
4. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. HEMAR-G Derg 2011,2:59-67.
5. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turk Geriatr Derg 2006;9(3):143-9.
6. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam 2005;18(4):187-95.
7. Mikami H, Ogihara T. Quality of life in the pharmacologically treated elderly patients. Nihon Ronen Igakk Zasshi. 1999;36(3):186-190.
8. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçı C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Turk Geriatr Derg 2000;3(4):141-5.
9. Pascual-Millan LF. Quality of life and dementia. Rev Neurol 1998;26(152):582-4.
10. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatr Derg 2001;2(2):79-86.
11. Faison KJ, Faria SH, Frank D. Caregivers of chronically III elderly: Perceived burden. J Commun Health Nurs 1999;16(4):243-53.

12. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne huzurevinde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. Turk Geriatr Derg 2002;5(4):144-9.
13. Akçay Ş, Aslan D, Başar MM, Biberoglu K, Çengel A, Dağdelen S ve ark. Hekimler için temel geriatri. Ankara: Ankara Tabip Odası, 2011:11-3.
14. Kanbur F. Yaşlı hastalarda hemşirelik bakımı. Geriatrik hasta ve sorunları sempozyumu s.143-6, İstanbul, 1998.
15. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi(I): Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması-programın dayandığı temeller, deneyimler ve eğitim programı önerisi. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2001;5(1):33-9.
16. Kutsal YG. Yaşlılıkta kaliteli yaşam. (Erişim Nisan 2012: [www.gebam.hacettepe.edu.tr](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr)).
17. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2009;4(12):85-98.
18. Yıldırım YK, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Turk Geriatr Derg 2004;7(2):78-83.
19. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2007;2(4):32-9.
20. Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2010;5(13):125-41.
21. Liu E, Wong E. Health care for elderly people. Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat 1997;1-35.
22. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Turk Geriatr Derg 2004;7(2):105-10.
23. Terakye G, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: Yaşlılık. Kriz Derg 1997;5(2):95-101.
24. Kalkan M. Yaşlılık: Tanımı, sınıflandırılması ve genel bilgiler. Ersanlı K, Kalkan M (Editörler). Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ankara: Pegem Akademi; 2008. s.1-17.
25. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2009;4(11):131-44.
26. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Yaşlı ve çevre. Ankara: Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, 1994:13.

27. Tümerdem Y. Gerçek yaş (Real age). Turk J Geriatr 2006;9(3):195-6.
28. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. CÜ Sosyal Bilimler Derg 2005;29(1):23-63.
29. Yavuz BB. Geriatrik değerlendirme ve testler. İç Hast Derg 2007;14(1):5-17.
30. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Derg 2010;24(2):32-9.
31. Mekansal Bir Sentez: Türkiye. (Erişim Nisan 2012: [egitek.meb.gov.tr/aok/Aok\\_Kitaplar/AolKitaplar/Cografya.../7.pdf](http://egitek.meb.gov.tr/aok/Aok_Kitaplar/AolKitaplar/Cografya.../7.pdf)).
32. Göka E, Aydemir Ç. Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. Demans Dizisi 2000;2(1):5-26.
33. Baykan Z, Naçar M, Çetinkaya F. Kayseri Büyükşehir Belediyesi huzurevindeki yaşlıların yaşam kalitesi. Akad Geriatr 2011;(3):35-40.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. (Erişim Nisan 2012: [www.tusak.saglik.gov.tr/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2010.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf)).
35. Pınar R, Sert H. Türkiye'nin ulusal yaşlı bakım politikası nasıl olmalıdır? HEMAR-G Derg 2009;(2):46-55.
36. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Turk Geriatr Derg 2004;7(3):162-5.
37. U.S. Department of health and human services. Health care in America trends in utilization. 2004. (Erişim Mart 2012: [www.cdc.gov/nchs/data/.../healthcare.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/.../healthcare.pdf)).
38. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Derg 2010;49(3):39-45.
39. Erkılıç M, Aydoğdu F, Aslan D, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlının evi ve çevresi-Yaşlılık dönemi için uygun çevre koşulları nasıl düzenlenmelidir? Ankara: Geriatri Derneği, 2006:3.
40. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Turk Geriatr Derg 2004;7(4):225-30.
41. Eser S, Saatlı G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Turk Psikiyatr Derg 2010;21(1):37-48.
42. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. (Erişim Mayıs 2012: [www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri\\_2009/5.pdf](http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/5.pdf)).

43. Ersan T, Arioğul S. Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler. Hacettepe Tıp Derg 2002;33(2):68-72.
44. Gülseren ř, Koçyiđit H, Erol A, Bay H, Kùltür S, Memiř A ve ark. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Turk Geriatr Derg 2000;3(4):133-40.
45. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A ve ark. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. CÜ Tıp Fak Derg 2005;27(3):89-94.
46. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2001;4(3):106-12.
47. Göz F, Erkan M. Yaşlılık sorunlar ve bakım ilkeleri. Samsun: Oscar Tıbbi Yayıncılık, 2008:11-72.
48. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Univ Tıp Fak Derg 2008;15(3):219-24.
49. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, şahin R. Yaşlılarda hipertansiyon prevelansı: Manisa örneği. Turk Geriatr Derg 2006;9(4):197-201.
50. Öztıp P. Yaşlılıkta sık görùlen kas- iskelet sistem hastalıkları. (Erişim Nisan 2012: [www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/9.pdf](http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/9.pdf)).
51. Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus [online dergi]. 2007. [www.nobelmedicus.com/PageViewer.aspx?sn...clt...](http://www.nobelmedicus.com/PageViewer.aspx?sn...clt...)
52. şimşek TT, Öztürk A, Tütün-Yümin E, Sertel M, Yümin M. Aile ortamı ve huzurevinde yaşayan kronik hastalığa sahip yaşlıların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması. Yaşlı Sorunları Araştırma Derg 2010;(1):14-22.
53. Müezzinođlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Derneği 2004 güz dönemi konuşması. Üroonkoloji Bùlteni 2005;(1):25-9.
54. Akça F, şahin G. Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Turk Geriatr Derg 2008;11(4):190-9.
55. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Japan: WHO;2004.
56. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. (Erişim Nisan 2012: [sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sağlığın%20teşviki.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sağlığın%20teşviki.pdf)).

57. Şimşek TT, Yümin ET, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Mental mobilite ve fonksiyonel özürllüğün yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi: Karşılaştırmalı çalışma. Turk Geriatr Derg 2011;14(4):321-30.
58. Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2010;13(4):278-84.
59. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turk Geriatr Derg 1999;2(4):173-8.
60. Calman KC. Quality of life in cancer patients:An hypothesis. J Med Ethics 1984;10:124-27.
61. Hunt SM, McKenna SP, McEwan J, Backett EM, Williams J ve Papp E. A quantitative approach to perceived health status:A validation study. J Epidemiol Commun H 1980;34:281.
62. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. JAA 1994;272:619-26.
63. Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy:Allocating Resources to Health Care Oxford. Oxford University Press 1993.
64. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Derg 2009;(1):48-60.
65. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;(56)2:23-35.
66. İnal S, Subaşı F, Ay SM, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O ve ark. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2003;6(3):95-9.
67. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2007;10(3):117-23.
68. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M ve ark. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fak Derg 2007;21(3):145-53.

69. Yıldırım NÜ, Özengin N, Çınar-Özdemir Ö, Gökdoğan F. Yaşlı bireylerde fonksiyonellik, performans ve reaksiyon zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Turk J Geriatr 2011;14(1):68-74.
70. Baran AG. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Derg 2008;(2):86-97.
71. Kutsal YG. Editörden. Turk Geriatr Derg 2007;10(3).
72. Kara E. Yaşlı sağlığı. (Erişim Nisan 2012: <http://cukurovatip.cu.edu.tr/halksagligi/dersnotlari/B%C3%B6l%C3%BCm-15-Kronik%20Hastal%C4%B1klar-KARA.pdf>)
73. Tufan İ. Gerontolojiye Giriş. (Erişim Mart 2012: [itgevakif.com/pdfs/Gerontolojiye\\_Giriş\\_itufan\\_sicher.pdf](http://itgevakif.com/pdfs/Gerontolojiye_Giriş_itufan_sicher.pdf)).
74. Aslan D. Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar. Ankara: Ankara Tabip Odası, 2009:271-3.
75. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Turk Geriatr Derg 2001;4(1):22-7.
76. Erci B, Avcı İA, Hacıalioğlu N, Kılıç D, Tanrıverdi G. Halk sağlığı hemşireliği. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2009. s.149-50.
77. Akdemir N, Akyar İ. Geriatri hemşireliği. Akad Geriatr 2009;(1):73-81.
78. Kızılkaya M, Koştu N. Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2006;9(4):69-74.
79. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2005;8(3):101-6.
80. Royal College of Nursing Toolkit. Nursing assessment and older people. London: Royal College of Nursing;2004.
81. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg 1998;2(1):59-63.
82. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2003;7(2):23-7.
83. Altuntaş S. Hemşirelerin işlerine karşı tutumlarının belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2004.
84. Pınar R. Türkiye’de hemşirelik alanında yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu s.5-10, Manisa, 2012.

85. Esenyel C. Edirne huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2012.
86. Akal Ç. Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2005.
87. Ferrell BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum* 1995;22(6):915-22.
88. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
89. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma* 2005;20(1):55-63.
90. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezoon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *3 P Derg* 1999;7 (Ek 2).
91. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi-bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Hemşirelik Bülteni* 1995;9:85-95.
92. Demiral Y, Ergör G, Ünal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B ve ark. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health* 2006;6:247.
93. Aydemir Ö, Ergün H, Kesebir S, Soygür H, Tulunay C. Major depresif bozukluğun akut dönem tedavisinde sitalopram ve essitalopram'ın yaşam kalitesi üzerine etkisi: Karşılaştırılmalı açık bir çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2011;21(3):210-8.
94. Ware JE, Snow KK, Kosisnki M, Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute;1993.
95. Yıldız H, Pınar R. Miyokard infarktöslü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyol Derg* 2004;4:309-17.
96. Çubukcu S. Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi;2005.
97. Biçer S. 60+ Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin etkilene durumu (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi;1996.
98. Suzuki M, Kesioglu P, Bilgiç N, Pıçakçitefe M, Uçku R. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nurs Health Sci* 2002; 4:155-61.



99. Kesioğlu P ve ark. Çamdibi 1 nolu sağlık ocağı bđlgesinde yaşayan yaşlılarda yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. 7. Halk Sağlığı Gđnleri (Bildiri Kitabı). Osman Gazi Üniversitesi. 10-15 Eylđl. Eskişehir 2001; 13.
100. Koçoğlu G, Sđmer H, Polat H, zdemir L, Nur N, Aker A ve ark. Sivas il merkezindeki yaşlılarda bazı kronik hastalıkların gđrđlme sıklığı. 7. Halk Sağlığı Gđnleri (Bildiri Kitabı). Osman Gazi Üniversitesi. 10-15 Eylđl. Eskişehir 2001; 10-12.
101. Gđven D. Nevşehir İl Merkezinde 65 Yaş ve zeri Bireylerde Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Prevalansı (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Kayseri, 2003.
102. Uçku R. Ergin S. Yaşlılarda gđnlđk yaşam aktiviteleri. Hacettepe Toplum Hekimliği Bđlteni 1992.
103. Diker J. Kđrfez 6 no'lu sağlık ocağı ile yđzbařılar sağlık ocağı bđlgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ila kullanımı. Turk Geriatr Derg 2000;3(3):91-7.
104. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Pekflen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci 2003; 33: 335-40.
105. Sitoh YY, Lau TC, Zochling J, Schwarz J, Chen JS, March LM ve ark. Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. Intern Med J 2005; 35:131-4.
106. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Mosconi P ve ark. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res 2004; 13:283-98.
107. Gđneř G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların gđnlđk yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon dđzeyleri. Turk Geriatr Derg 2005;8:78-83.
108. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda gđnlđk yaşam etkinliklerinde bağlılık dđzeyi ve etkileyen risk etmenleri. Turk Geriatr Derg 2004;7:199-205.
109. alıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantđrk A. Muğla il merkezine yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turk Geriatr Derg 2006; 9(1): 30–3.
110. Gđlseren ř, Koyieğit H, Erol A, Bay H, Kđltđr S, Memiş A ve ark. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti dđzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatr 2000; 3(4):133–40.

111. Zincir H, Taşcı S, Erten ZK, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireyleri yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Derg 2008;17(3):168-74.
112. Hawthorne G, Osborne R. Population norms and meaningful differences for the Assessment of Quality of Life (AQoL) measure. Aust N Z J Public Health 2005;29(2):136-42.
113. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu SA, Doruk C, Dokur U, Biçici V ve ark. Ankara'da Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. Turk Geriatr Derg 2008; 11(1):12-7.
114. Azak A, Karamanoğlu A, Sert H, Çetinkaya B, Çınar İ, Kartal A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Derg 2005; 55-9.
115. Hsu HC. Gender differences in health-related quality of life among the elderly in Taiwan. Asian J Health Inf Sci 2007;1(4):366-76.
116. Merrill SS, Seeman TE, Kasl SV, Berkman EF. Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. J Gerontol A Biol Med Sci 1997;52(1):19-26.
117. Subasi F, Hayran O. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Arch Gerontol Geriatr 2005;41:23-9.
118. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. J Formos Med Assoc 2004;103:196-204.
119. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turk Geriatr Derg 2006; 9(1):30-3.
120. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osman Gazi Tıp Derg 2006;28(2):81-9.
121. Tseng ZS, Wang RH. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. Public Health Nurs 2001;18(5):304-11.
122. İnal S, Subaşı F, Ay SM, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O ve ark. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2003;6(3):95-9.
123. Altay B, Gönener HD, İslam K, Göv P. Fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Derg 2010;16(2):29-35.
124. Breeze E, Jones DA, Wilkinson P, Latif AM, Bulpitt CJ, Fletcher AE. Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position baseline data from a randomised controlled trial. J Epidemiol Commun H 2004;58:667-73.

125. Günay O, Öztürk Y. Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların mediko sosyal sorunları. Sağlık Dergisi (Sağlık Bakanlığı) 1990;62(1):13-8.
126. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya’da e Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Turk Geriatr Derg 2004;7:105-10.
127. Palabıyıkoglu R, Haran S, Yücat T, Köse K. Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu. Kriz Derg 1992;1:26-31.
128. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Derg 2001;1:50-60.
129. Kneipp MS, Castleman JB, Gailor N. Informal care giving burden: An overlooked aspect of the lives and health of women transitioning from welfare to employment? Public Health Nurs 2004;21:24-31.
130. Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent Üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durularının değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2004;7:133-8.
131. Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M. Trabzon 2 nolu merkez sağlık ocağı merkezinde yaşayan yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi. Turk Geriatr Derg 2001;4(4):159-71.
132. Dudak A, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri il merkezindeki yaşlıların mediko-sosyal sorunlarını belirlemek ve hayattan memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Turk Geriatr Derg 2006;9(4):202-12.
133. Çivi S, Tanrıkulu Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevelansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Turk Geriatr Derg 2000;3(3):85-90
134. Yardımcı E, Tümerdem Y, Yardımcı O. Huzurevi yaşlılarında mediko-sosyal bir araştırma. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı s.280-91, İstanbul, 1998.
135. Ersoy F, Edirne T, Yıldırım C. Kronik hastalığı olan 65 yaş ve üzerindeki hastaların fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. 7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı s.12, Eskişehir, 2001.

## TABLULAR LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 1.</b> Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki Yüzde Dağılımları.....  | 7  |
| <b>Tablo 2.</b> Araştırmada SF-36'nın alt ölçeklerinden elde edilen ortalamalar ve Cronbach alfa katsayıları.....   | 33 |
| <b>Tablo 3.</b> Yaşlı bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri.....  | 35 |
| <b>Tablo 4.</b> Yaşlı bireylerin bazı sağlık özellikleri.....   | 37 |
| <b>Tablo 5.</b> Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamaları.....   | 38 |
| <b>Tablo 6.</b> Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....                                 | 39 |
| <b>Tablo 7.</b> Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı.....  | 41 |
| <b>Tablo 8.</b> Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının yardımcı aygıt kullanma durumu ve kullanılan yardımcı aygıt türüne göre dağılımı..... | 43 |

## ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında İstanbul'da doğan Ebru Sönmez Sarı ilk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamlamasının ardından 2003-2007 yılları arasında T.Ü. Sağlık Y.O. Hemşirelik bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2009 yılında T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2007-2010 yıllarında Balıklı Rum Vakıf Hastanesi yoğun bakım ünitesinde, 2010-2011 yıllarında Denizli Özel Ege Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitesi ve Pamukkale Üniversite Hastaneleri KVC ve Göğüs Cerrahisi servisinde hemşire olarak, 2012 yılında Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı programında öğretim görevlisi olarak görev yapmıştır. Halen bu görevdedir.

## **EKLER**

Ek 1: Anket Formu

Ek 2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü'nden Resmi İzin

## ANKET FORMU

**Sayın katılımcı;**

Size 65 yaş ve üstü kişilerde yaşam niteliğini değerlendirmeye yönelik bir anket uygulamak istiyoruz. Eğer izin verirseniz bu bilgiler Edirne ilini temsil edecek bilimsel bir araştırmada, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için teşekkür ederiz.

Ebru SÖNMEZ

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Adı-Soyadı:

2. Cinsiyeti:

3. Doğum Tarihi:

4. Adresi:

5. Eğitim Durumu:

1. Okur-yazar değil

3. İlkokul bitirmiş

5. Lise bitirmiş

2. Okur-yazar

4. Ortaokul bitirmiş

6. Yüksek öğrenimli

6. Kişinin bir özürü var mı?

1. Evet ....ay.....yıldır

2. Hayır

7. Kişinin ne tür bir özürü var?.....

8. Özgeçmiş:

| Önemli Sorunlar              | Yok | Var | Varsa ne süredir |
|------------------------------|-----|-----|------------------|
| Diyabetes Mellitus           |     |     |                  |
| Koroner arter hastalığı      |     |     |                  |
| Kalp Yetmezliği              |     |     |                  |
| Hipertansiyon                |     |     |                  |
| Serebro-vasküler olay        |     |     |                  |
| Osteoartrit                  |     |     |                  |
| Romatoid artrit              |     |     |                  |
| Öteki romatizmal hastalıklar |     |     |                  |
| Osteoporoz                   |     |     |                  |
| Diğer<br>(.....)             |     |     |                  |

9. Herhangi bir sağlık kurumundan veya hekimden aldığınız sağlık durumunuza ilişkin bir rapor ya da reçete varmı? Görebilir miyiz?

1. Yok

2. Var

.....kurumundan,.....doktorundan.....tarihi

ve.....tanısını içeriyor.

10. Kişi yardımcı aygıt kullanıyor ise, ne denli süredir kullanılıyor?.....ay.....yıl



### KISA FORM-36 (SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aŐađıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
a) Mkemmek b) ok iyi c) iyi d) orta e) kötü
2. Bir yıl öncesiyle karŐılaŐtırdıđımızda, Őimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. AŞağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız Őimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

**-KoŐmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Günlük alıŐveriŐte alınanları kaldırma veya taŐıma**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Merdivenle çok sayıda kat ıkma**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Merdivenle bir kat ıkma**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Eğilme veya diz çökme**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Bir iki kilometre yürüme**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Birkaç sokak öteye yürüme**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Bir sokak öteye yürüme**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

**-Kendi kendine banyo yapma veya giyinme**

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır, hiç kısıtlamıyor

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

**-İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?**

Evet Hayır

**-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?**

Evet Hayır

**-İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?**

Evet Hayır

**-İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?(örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)**

Evet Hayır

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

**-İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?**

Evet Hayır

**-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?**

Evet Hayır

**-İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?**

Evet Hayır

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) çok hafif
- c) hafif
- d) orta
- e) şiddetli
- f) çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak seçiniz.

**-Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Kendinizi enerjik hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Kendinizi mutlu hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

**-Kendinizi yorgun hissettiniz mi?**

Her zaman    Çoğu zaman    Oldukça    Bazen Nadiren    Hiçbir zaman

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman      b) oğu zaman      c) Bazen      d) Nadiren      e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

**-Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.**

Kesinlikle doğru      çoğunlukla doğru      çoğunlukla bilmiyorum      Yanlış  
Kesinlikle yanlış

**-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.**

Kesinlikle doğru      çoğunlukla doğru      çoğunlukla bilmiyorum      Yanlış  
Kesinlikle yanlış

**-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.**

Kesinlikle doğru      çoğunlukla doğru      çoğunlukla bilmiyorum      Yanlış  
Kesinlikle yanlış

**-Sağlığım mkemmek**

Kesinlikle doğru      çoğunlukla doğru      çoğunlukla bilmiyorum      Yanlış  
Kesinlikle yanlış

(Ek-3)

T.C.  
EDİRNE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4220009/17320  
KONU : Araştırma

30 /11/2010

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi :10.11.2010 tarih ve 302.14.707 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinâden Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ebru SÖNMEZ 'in Edirne Merkez'deki tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde "Yaşlılarda Öğrenme ve Bellek Kaybı, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesini Değerlendirme" konusunda araştırma ve anket çalışması yapması ile ilgili alınan Valilik Oluru yazımız ekinde sunulmuştur.  
Gereğini arz ederim.

İznilen Hatice GÜL  
İl Sağlık Müdürü V.

EKLER:

1- Olur (1 sayfa)

İl Sağlık Müdürlüğü EDİRNE  
Telefon: (0 284) 214 90 10 (10 Hat)  
Elektronik Ağ: [www.edirnesm.gov.tr](http://www.edirnesm.gov.tr)

Faks: (0 284) 225 15 01

e-posta: [edirne@saglik.gov.tr](mailto:edirne@saglik.gov.tr)