

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞEHİTLİK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ YAŞLILARIN
YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ

Yüksek Lisans Tezi

Yüksek Hemşire Nihal ÇİL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ali CEYLAN

DİYARBAKIR
2010

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET.....	V
ABSTRACT	VII
TEŞEKKÜR.....	IX
TABLolar DİZİNİ	X
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIII
KISALTMALAR	XIV
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık Tanımı ve Sınıflandırma.....	3
2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması	5
2.1.2. Geriatri ve Gerontoloji	6
2.2. Yaşlı Nüfus Demografisi.....	6
2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus Demografisi	6
2.2.2. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Demografisi.....	7
2.3. Yaşlanmanın Karakteristik Özellikleri.....	10
2.3.1. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	11
2.3.2. Solunum Sistemi	11
2.3.3. Kardiyovasküler Sistem	12
2.3.4. Gastrointestinal Sistem	14
2.3.5. Endokrin Sistem	15
2.3.6. Kas İskelet Sistemi	15
2.3.7. Sinir Sistemi	16
2.3.8. Derideki Değişiklikler	17

2.3.9. İşitme Problemleri.....	18
2.3.10. Görme Problemleri.....	18
2.3.11. Andropoz ve Sonrası.....	19
2.3.12. Menopoz ve Sonrası.....	19
2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik ve Sosyal Değişiklikler	20
2.4.1. Psikolojik Değişikliğin Yarattığı Sorunlar.....	20
2.4.2. Yaşlılıkta Uyku	21
2.5. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler.....	22
2.5.1. Dünyada Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler	22
2.5.2. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler	23
2.6. Yaşam Kalitesi	25
2.6.1. Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalitesi.....	26
2.6.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	27
2.6.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Ölçüm Araçlarının Sınıflandırılması.....	27
2.6.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği	29
2.7. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi.....	31
2.8. Aktif Yaşlanma	33
2.9. Sağlıklı Yaşlanma (DSÖ Avrupa Bölgesi İçin Sağlık 21).....	35
GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1.Bölge Hakkında Genel Bilgiler.....	38
3.1.1. Coğrafi Durumu	38
3.1.2.Nüfus	38
3.1.3. Sağlık	39
3.2. Araştırma Modeli	39
3.2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem	39
3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri	40

3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi	41
3.3.1. Anket Formunun Düzenlenmesi	41
3.3.2. Anket Formunun Uygulanması	42
3.3.3. Verilerin Analizi.....	42
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları:	45
BULGULAR	46
4.1. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	46
4.2. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyal Destek ve Kamusal Çevresiyle İlgili Bulgular	49
4.3. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Genel Sağlık Düzeyine İlişkin Bulgular.....	53
4.4. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular ...	59
4.4.1. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-BREF Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	59
4.4.2. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-OLD Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	69
TARTIŞMA	81
5.1 Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyodemografik ve Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	81
5.2 Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Genel Sağlık Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışması.....	86
5.3. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışması.....	88
5.3.1. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-BREF Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışması	88
5.3.2. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-OLD Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışması	89

5.4. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-BREF Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışması	90
5.5. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-OLD Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışması	96
SONUÇ VE ÖNERİLER	102
KAYNAKLAR	106
ÖZGEÇMİŞ	112
EKLER.....	113

ÖZET

ŞEHİTLİK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ

Giriş ve Amaç: Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği, bağımlılığın arttığı bir dönemdir. Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir. Yaş ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki söz konusudur. Çalışmanın amacı Diyarbakır ili Şehitlik Semtinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörler ile cinsiyetler arasındaki yaşam kalitesine ilişkin farklılıkları belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim Araştırma Bölgesi’nde yer alan Şehitlik semtinde yaşayan 60 yaş ve üstü yaşlıların genel sağlık durumlarının, yaşadıkları fiziksel ve sosyal çevrenin; yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Şehit Ali Gaffar Okkan Sağlık Ocağı kayıtlarından Şehitlik ve Benüsen Mahallelerinde yaşayan 60 ve üzeri yaşta 694 kişiden 358’ine ulaşıldı. Çalışmada toplam 358 yaşlı birey ile 1 Şubat 2009– 28 Nisan 2009 tarihleri arasında yüz yüze görüşülmüştür. Çalışma grubundaki bireylere evlerinde yüz yüze görüşme tekniğiyle demografik özellikleri ve hekim tanımlı kronik hastalıklarının varlığını sorgulayan anket ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeği kısa formu, 4 alandan oluşmuş olan Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF TR) uygulandı. Veri analizi SPSS-16.0 programıyla yapıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına giren yaşlıların %47.2’si erkek iken %52.8’i kadındır. Yaşlıların yaş ortalaması 68.1 ± 0.2 olarak saptanmıştır. Yaşlıların %66.2’sinin okur yazarlığının olmadığı saptanmış iken, %5.9’unun orta ve üzeri okul düzeyinde eğitimi olduğu saptandı. Araştırma kapsamına giren yaşlıların %13.1’i halen gelir getiren bir işte çalıştığı, %57.8’inin düzenli bir aylık gelir aldıkları saptanmıştır. Yaşlıların %87.7’sinin sağlık güvencesi mevcuttu, tüm yaşlıların %36’sının sosyal güvencesinin yeşil kart olduğu görüldü. Yaşlıların %65.6’sının eşi

hala hayatta iken, eşi olmayan yaşlılar değerlendirildiğinde eşi olmayan yaşlılar sıklılığının %51.9 oranıyla daha fazla olduğu saptandı.Kronik hastalık sıklıkları değerlendirildiğinde ise; yaşlıların %53.9'unda hipertansiyon, %23.5'inde diabetes mellitus, %10'unda ise kalp yetmezliği olduğu saptandı. Araştırmada yaşlı bireylerin %85.8'inde ev içi ve ev dışı aktivitelerinde başka birine ihtiyaç duymadığı saptanmış iken, yardıma ihtiyaç duyan yaşlıların en çok %12 oranıyla gelin yada damatlarından yardım aldığı saptanmıştır.Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi bedensel alan 10.8 ± 4.7 , ruhsal alan 13.0 ± 3.8 , sosyal alan 9.0 ± 2.9 , çevresel alan 12.5 ± 3.7 , çevresel alan tr puanı ise 13.0 ± 3.4 'dür.Yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; cinsiyet, eşin hayatta olma durumu, gelirin olup olmaması, öğrenim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, özür lüğün bulunması, son bir yıl içerisinde sevindirici olay yaşama durumu, kronik hastalık olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumunun istatistiki anlamlı olarak hayat kalitesini etkileyen faktörler olduğu saptandı.

Tartışma: Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranı toplam nüfusun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus oranı da hızla artmaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgemizin en önemli illerinden Diyarbakır ili Şehitlik sağlık ocağı bölgesinde yaşlı nüfusun yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirildiği çalışmamızda Türkiye'nin diğer bölgelerinde yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bizim bölgemizde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, Yaşam kalitesi, Sağlık belirleyicileri, Sağlık düzeyi

ABSTRACT**QUALITY OF LIFE OLDERLY IN PROVINCE ŞEHİTLİK HEALTH CENTER DİSTRİCT**

Introduction and Aim: Old age is an era of loss of physical capability and increase of dependence to environment and revealing more psychologic problems. Quality of life is a term of being happy and pleased with life and in general ‘condition of being fine’. There is a negative corrolation between age and quality of life. The aim of this study is to determine the quality of life and affecting factors in Diyarbakır province Şehitlik Neighborhood.

Materials and Methods: Study is cross sectional type. The scope of this study is the elderly 60 or over years old and their general health condition, the effect of physical and social environment on their quality of life who live in Şehitlik Neighborhood located in Diyarbakır University Department of Public Health Research Region. 358 old people were reached from Şehit Gaffar Okkan health center district records over total 863 living in Şehitlik and Benüsen Neighborhood. There are face to face conversations with 358 old people in the study between 1 Februrary 2009 and 28 April 2009. With face to face interaction tecnique of people of study group, survey of demographic properties and presence of chronic illnesses diagnosed by physicians, a short form of quality of life scale developed by WHO and Turkish version comprised of four fields (WHOQOL-BREF TR and WHOQOL-OLD) were applied. Data analysis were performad with SPSS-16.0 program.

Results: The old people under investigation are %47.2 male and %52.8 female. It was detected that the mean age of old was 68.1 ± 0.2 . Of the study group % 66.2 is illiterate and %5.9 has education of higher than elementary level. %13.1 of old are working with paid jobs and %57.8 have regular monthly incomes. Of the old %87.7 have health security, and of all %36 have green card as health security. %65.6 have spouse still alive and % 51.9 are livig without a spouse. Evaluation of chronic illnesses shows that %53.9 have hypertension, %23.5 have diabetes mellitus, and

%10 have heart problems. It was also detected that %85.8 need no help for indoor or outdoor activities while %12 who need help, get help from their grooms or brides. The old under study group have quality of life of body field 10.8 ± 4.7 , mental field 13.0 ± 3.8 , social field 9.0 ± 2.9 , environment field 12.5 ± 3.7 and environmental field tr point is 13.0 ± 3.4 . When evaluating the factors affecting the quality of life of old, it was detected that gender, to have a living spouse, having income or not, educational level, the people living with, presence of disability, the condition of living a joyful moment in last one year, presence of a chronic disease and dependence for daily activities are statistically meaningful factors.

Conclusion: In developed countries, older people population comprises significant percent of the whole population. In developing countries, like Turkey, population of old is growing very fast. When comparing with studies of other regions of Turkey we determined that the factors affecting the quality of life are almost same with the old people living in Diyarbakır Province, which is one of the provinces of Southeast Turkey, Şehitlik health center district.

Keywords: Elderly, Quality of life, Health Indicators, Health level

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince her konuda ilgi ve desteklerini gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Perran TOKSÖZ, Doç.Dr. Ali CEYLAN'na, Prof.Dr. Nuran ELMACI'ya Prof.Dr. Melikşah ERTEM'e, Doç.Dr. Günay SAKA'ya, Doç.Dr. Fatma ÇELİK'e, Yrd.Doç.Dr. Veysi ÖZKAYNAK'a, Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde destek olan ve tezin tüm aşamalarında değerli önerileri ile bana yön veren tez danışmanım Doç. Dr. Ali CEYLAN'a, istatistik konusunda danışmanlık aldığım Prof.Dr. Yusuf ÇELİK'e, Yrd.Doç.Dr. İsmail YILDIZ'a

Bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma süresince de desteklerini esirgemeyen aileme,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince gösterdiği anlayış ve destek için saygıdeğer eşime,

Teşekkür ederim.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Dünyada 2000 yılı toplam nüfusları ve yaşlı nüfus oranları.....	7
Tablo 2. Yaşlanmanın solunum fonksiyonlarına etkisi.....	11
Tablo 3. Kardiyak Fonksiyonlarda Yaşa Bağlı Değişiklikler	14
Tablo 4. Serum Hormon Düzeylerine Yaşlanmanın Etkileri	15
Tablo 5. Doğal yaşlanma sürecinde derinin fonksiyonlarındaki azalma	18
Tablo 6. Türkiye’deki resmi ve özel huzurevleri sayısı ve kapasiteleri 2008.....	25
Tablo 7. WHOQOL-BREF 4 temel alan ve temel alan maddeleri	42
Tablo 8. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve temel alan maddeleri	43
Tablo 9. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve 24 temel alan madde soru sayısı.....	44
Tablo 10. Araştırma kapsamına giren yaşlıların bazı sosyo demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı	47
Tablo 11. Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli gelir durumları ve gelir dağılımlarının cinsiyete göre dağılımı	48
Tablo 12. Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte kaldıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı	50
Tablo 13. Araştırma kapsamına giren yaşlılara kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğun nerede olduğu sorulduğunda alınan yanıtların cinsiyete göre dağılımı	51
Tablo 14. Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte yaşamadığı çocuklarıyla iletişim sağlayış şekillerinin cinsiyetlere göre dağılımları.....	52
Tablo 15. Araştırma kapsamına giren yaşlıların, sağlığı, İhtiyaçların karşılanması konusunda esas sorumluluğun kimde olduğu sorusuna alınan cevapların cinsiyetlere göre dağılımı.....	53
Tablo 16. Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalıklarının dağılımı....	54
Tablo 17. Araştırma kapsamına giren yaşlıların engeli olma durumunun cinsiyetlere göre dağılımı	55
Tablo 18. Araştırma kapsamına giren yaşlıların günlük yaşamda bağımlı olma durumunun cinsiyetlere göre dağılımı	56
Tablo 19. Araştırmaya katılanlarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı.....	57

Tablo 20. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-BREF ölçeğine göre yaşam kalitesi alan ortalama puanlarının dağılımı (20 puan üzerinden) ..	59
Tablo 21. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitesi WHOQOL BREF Puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	60
Tablo 22. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin aylık gelirlerinin olup olmama olma durumuna göre dağılımı	61
Tablo 23. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin gelir kaynaklarına göre dağılımı	62
Tablo 24. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırılması.....	63
Tablo 25. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğunun yaşadığı yere göre dağılımı.....	64
Tablo 26. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre dağılımı	65
Tablo 27. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin özürlü olma durumuna göre dağılımı	66
Tablo 28. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre dağılımı	67
Tablo 29. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumu göre dağılımı	68
Tablo 30. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumu göre dağılımı.....	69
Tablo 31. Yaşam kalitesi 6 temel alan ve 24 alt alan puan ortalamaları dağılımı ..	70
Tablo 32. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	71
Tablo 33. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin aylık gelirlerinin olup olmama olma durumuna göre dağılımı	72
Tablo 34. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin gelir kaynaklarına göre dağılımı	73
Tablo 35. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırılması.....	74

Tablo 36. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre dağılımı	75
Tablo 37. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin özürlü olma durumuna göre dağılımı.....	76
Tablo 38. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre dağılımı	77
Tablo 39: Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumu göre dağılımı	78
Tablo 40. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumu göre dağılımı	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 65 üstü yaş nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, Türkiye 1945-2045.....	8
Şekil 2. 2008 Türkiye yaş ve cinsiyete göre nüfus pramidi	9
Şekil 3. Yaş Gruplarına Göre Nüfus Projeksiyonları Türkiye 1935-2040.....	10
Şekil 4. Yaşam kalitesi kavramının boyutları ve nitelikleri.....	26
Şekil 5. Şehit Ali Gaffar Okan Sağlık Ocağı 2009 nüfus piramidi.....	40
Şekil 6. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi toplam puanının normal dağılım grafiği.....	59

KISALTMALAR

TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
İPF	: İdiopatik Pulmoner Fibrozis
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NHANES III	: Third National Health and Nutrition Examination Survey
STH	: Safra Taşı Hastalığı
BMH	: Bazal Metabolizma Hızı
T4	: Thyroxine
PTH	: Paratiroid Hormon
IGF-1	: Growth Hormon
PADAM	: Progressive Androjen Deficiency of the Aging Male
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
QALY	: Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları
EQ 5-D	: EuroQol Instrument
SF-36	: Short Form-36,
NHP	: Nottingham Health Profile,
SIP	: Sickness Impact Profile
HUI	: Health Utilities Index,
FEFA	: Kırılgan Yaşlı Fonksiyonel Değerlendirme Anketi
LLFDI	: Late-Life Function and Disability Instrument
AIMS	: Arthritis Impact Measurement Scales
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality Of Life Bref
WHOQOL-OLD	: World Health Organization Quality Of Life Old
G.B.G Aktivite	: Geçmiş, Bugün ve Gelecek Aktiviteleri
GAP	: Güneydoğu Anadolu Projesi
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi

KAH : Kronik Arter Hastalığı

GİRİŞ

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışında ki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder şeklinde tanımlamaktadır (1,2).

Yaşamın uzaması kadar yaşlıların yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve sürdürülmesi de önemlidir. Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında ise yaşlılık gelmektedir. Ev ve aile ile ilgili konular, performans, huzurlu olma, emosyonel ve ekonomik durum, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, benlik saygısı, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir.

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerimizde azalmaya neden olan, süreğen ve evrensel bir süreçtir. Birçok yaşlı insan yaşamlarının sonuna yakın zamanlara kadar aktif ve tamamen bağımsız kalırlar. Ancak yaşlılığın hareketsizlikle birlikte olduğu, sosyal rollerin az olduğu ve bu durumun da çok önemsenmediği bölgeler ve toplumlar mevcuttur. Yaşlıların kaliteli bir yaşam sürmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemli bir hedefdir. Amaç, toplumdaki yaşlı insan imgesinin ya da durumunun, bakım isteyen, başkalarına bağımlı ya da statü kaybına uğramış pasif insan görüntüsünden ya da durumundan kurtarılarak, topluma kendi becerileri ölçüsünde katılım gösteren, deneyimlerinden yararlanılacak insan durumuna kavuşturulmasıdır.

Yirmi birinci yüzyılın en önemli olgularından birisi, son yıllarda bilimsel ve teknolojik ilerlemelerle yaşam standartlarının yükseltilmesi, önlenebilir hastalık ve ölümlerinin azalması, aktivitelerin daha bağımsız yapılabilmesi, yaşam kalitesinin yükselmesi ile doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinin ve toplumdaki yaşlı nüfusunun giderek artmasıdır. 2007 Birleşmiş Milletler verilerine göre dünya nüfusu 6.6 milyarı geçmiştir. Bu nüfusun 650 milyonu 65 yaş ve üstündedir. 2000 yılında

%6.9 olan 65 yaş ve üstü nüfusun, 2025 yılında %10.4, 2050 yılında ise %16.4'e çıkması beklenmektedir. Doğuşta yaşam beklentisinin 2000 yılında dünya genelinde sanayileşmiş ülkelerde 76 yıla, gelişmekte olan ülkelerde 62 yıla, ülkemizde tahmini olarak 70 yıla ulaşmıştır (3). Tüm Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye nüfusunun % 7'sini yaşlı nüfusu oluşturmaktadır. Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus, 2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %6.9, 2007 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre %7.1'dir. Yaşlı nüfusun 2020 yılında %7.7'ye ulaşması beklenmektedir (4,5).

Yaşam sürelerinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artmasının birden fazla nedeni bulunmaktadır. Günümüzden 200- 300 yıl kadar öncesinde pek çok kişi salgın hastalıklar nedeni ile erken yaşlarda yaşamını kaybetmekteydi. Yine o yıllarda savaşlar da çok sayıda gencin ölümüne neden olmaktadır. Günümüzde salgın hastalıkların kontrolü konusunda önemli başarılar sağlanmış, doğum hizmetleri ve çocuk bakımı konusundaki gelişmeler sonucu bebek ve çocuk ölümleri azalmaya başlamıştır (4). Gittikçe artan sağlık bilinci ve bakım oranının artması ile insanlar daha uzun yaşama olanağına kavuşmuşlardır. İnsan ömrünün uzaması ile yaşlıların sayısının artması, çeşitli hizmetlerin yeniden düzenlenmesi gereğini ortaya çıkarmıştır.

İnsan yaşamındaki en önemli dönemlerden biri olan yaşlılık, kayıpların ve fiziksel gerilemenin görüldüğü, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerden etkilenen bir sonuçtur. Yaşlanan toplumlarda yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları, kronik bronşit, diabet, çeşitli kanserler, osteoporoz, ruhsal sorunlar gibi ileri yaşların sağlık sorunları giderek önem kazanmaya başlamıştır(6).

İnsan yaşamının önemli bir kısmını oluşturan yaşlılık döneminin süresi tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artmaktadır. Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin tespiti, yaşlılık dönemindeki yaşam kalitesinin artırılmasında en önemli basamaklardan birini oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkemizde ise, genç nüfus yerini yaşlı nüfusa bırakmaktadır. Artan yaşlı nüfusun sağlık düzeyi ve ilerleyen yaşla birlikte yaşam kalitelerinin artırılması ise bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Bu düşünceden yola çıkarak Diyarbakır Şehitlik Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 60 yaş ve üstü yaşlı bireylerde yaşam kalitesi düzeyini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı ve Sınıflandırma

Yaşlı insandan ve onun saygınlığından söz eden bilinen ilk eser; Homeros'un "İlyada ve Odysseia" adlı eseridir. Bu eserde yaşlı Nestor karakteri ile her anlamda olumlu bir yaşlı görüntüsü çizilmiştir. Seksenbir yaşındaki Platon ise bilgelik ve huzur kapılarını açan tek doğru davranışın "Bilinçli yaşanan bir gençlik ve orta yaşlılık" olduğunu ve bunun yaşlılığa hazırlanmanın en iyi yolu olarak görüldüğünü ifade etmiştir. Sophokles ise seksen dokuz yaşında iken yaşlı insanı "bilge" olarak tanımlamakta ve öğütlerine kulak verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ünlü düşünür Çiçero ise "İnsan yaşlılığında da başarılar imza atabilir" demekte ve üretkenliğin sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır (7).

Dünya var olduğundan beri bilinen yaşlılık, insandaki büyümenin devamı, gelişim sürecinin son halkaları sayılır. Çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık birbirinin devamı, birbiri içine girmiş gelişim ve değişim aşamalarıdır. Geriatri bugün yaşlanma süreci ile ilgilenen yeni bir bilim dalı olarak önem kazanmıştır. Özellikle tıp ve biyokimya dalları yaşlanmanın nasıl olduğu, yaşlanmanın nasıl geciktirileceği, nasıl sağlıklı bir yaşlılık geçirileceği konusunda araştırmalar yapmakta, kuramlar geliştirmektedir. Yaşlanma üzerinde fizyolojik ve sosyal açıdan fikir birliği edinen kuram olmamakla birlikte, yaşlanmanın zamanla değişen biyolojik, sosyolojik, kültürel ve psikolojik süreçlerin etkileşimi sonucu olduğu genel olarak kabul edilir. Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir. Ancak yaşlı grup olarak ele alınan kişilerin bütün özelliklerinin benzer olduğunu söylemek mümkün değildir. İş yaşamının içinde aktif ve üretken olan bir grubun yanında özürü ve bağımlı durumda olan yaşlılarda bulunmaktadır.

Yaşlılık, hangi toplumda ve kültürde, hangi sınıf ve statüde olursa olsun kaçınılmaz bir yaşam sürecidir. Yaşlılık, insanın zihinsel, bedensel ve ruhsal

yapısının değişmesini ve var olan fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin azalmasını ifade eden bir döneme işaret etmektedir (8). Yaşlı nitelemesi, her dönemde belli bir yaşın üstündeki kişiler için kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır. Ancak her dönem ve toplumda “yaşlı” sayılma yaşının değişmekte olduğu görülmektedir. Örneğin, günümüzde orta yaş olarak nitelenen kategori eski toplumlarda “yaşlı” olarak değerlendirilmekteydi. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) (1992)’nün açıklamalarına göre yaşlı denildiğinde “davranış ve ihtiyaçları” değişen heterojen bir gruptan oluşan 65 yaş üzerindeki insanlar anlaşılır. Altmış beş yaş ve üzeri nüfus yaşlı sayılmakla birlikte, yaşlı nüfusun toplam içindeki payının düşük (%4-7) olduğu ülkelerde bu sınır 60 yaş olarak kabul edilmektedir (9). “ Kişilerin artık eski gücünde olmadığı, kapasitelerinde önceki döneme göre bir düşüş olduğu vurgulanır (8).

Yaşlanmanın çok çeşitli tanımları yapılmıştır:

1. Yaşlanma bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süre olarak tanımlanabilir

2. Yaşlılık, vücudun yapı ve işlevlerindeki geriye dönüşü olmayan bozulmaların görüldüğü ve hayatın ölümle sonuçlanan son evresidir.

3. Yaşlılık, zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir.

Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir diye tanımlanmaktadır. İnsan yaşlanması, ilerleyen kronolojik yaşla birlikte ortaya çıkan biyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik değişimlerin toplamıdır. Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir Yaşlanma, organizmada, molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür. Yaşlılık rezerv biyolojik kapasitelerin azalması ile karakterize; fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir (7).

Yaşlılığın birden fazla alt tipi bulunmaktadır:

Biyolojik Yaşlılık: Yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerdir.

Fizyolojik Yaşlılık: Biyolojik yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişikliklerdir.

Duygusal Yaşlılık: Kişinin kendini yaşı hissetmesin bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesidir.

Fonksiyonel Yaşlılık: Aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonlarının devam ettirilememesi

Patolojik Yaşlanma: Normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır.

Kronolojik Yaşlanma: Geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı “yaş”tır (10,11).

Yaşlılık sadece insanlar için değil, toplumlar için de geçerlidir. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından 4 gruba ayrılırlar:

- Genç toplumlar: 65 yaş ve üzeri kişi sayısı tüm nüfus oranının %4'den azdır.

- Erişkin Toplumlar; 65 yaş ve üzeri kişi sayısı tüm nüfus oranının %4-7 arasında olan toplumlardır

- Yaşlı Toplumlar; 65 yaş ve üzeri kişi sayısı tüm nüfus oranının %7-10 arasında olduğu toplumlardır (Türkiye, Kanada, Avustralya, Japonya gibi)

- Çok Yaşlı Toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının %10'un üzerinde olan toplumlar. Bu toplumlarda genellikle fertilité çok düşük orandadır ya da genç nüfus göç etmiştir. Gelişmiş Avrupa ülkeleri genellikle bu gruptadır (Norveç, İsveç gibi) (12,13).

2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı şu üç bölüme ayırmıştır;

Genç yaşlılık dönemi: 65 ile 74 yaş grubunu kapsayan bu dönem sıklıkla emekliliği takip eden bir dönemdir. Fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların gözlenmediği ve beklenmediği bir dönemdir. Hatta bazen genç yaşlılık olarak da anılır.

Orta yaşlılık dönemi: 75-84 yaş arası dönemdir, bu dönemde sıklıkla fonksiyonel kayıplar gözlenir. Kişi genellikle belli bir oranda başkalarına bağlı olmadan yaşamını sürdürebilecek durumdadır.

İleri yaşlılık dönemi: 85 yaş ve üzeri dönemdir. Bakım ihtiyacının ortaya çıkması nedeniyle ayrı bir grup olarak değerlendirilmektedir (13,14).

2.1.2. Geriatri ve Gerontoloji

Gerontoloji; yaşlılık sürecini, yaşlanmanın sebeplerini ve şartlarını, yaşla ilgili davranış biçimlerini ve yaşlanma süreci çerçevesinde değişen tutum ve davranış kalıplarını araştıran bir bilim dalıdır. Fizyolojik olarak yaşlanmanın sosyo-ekonomik, biyolojik ve sosyolojik yönlerini bilimsel metotlarla inceleyen bir disiplindir. Sosyal psikoloji, biyoloji, sosyoloji, sosyal konut, yaşlılar politikası ve şehir planlaması ile yakından ilgili olan Gerontoloji, kişinin hayatına yıllar eklemekten dolayı, kişinin yaşlılık halinde de kaliteli bir hayat yaşamasını temin etmek isteyen bir bilim dalıdır. 1945 yılında Amerika’da ilk Gerontoloji derneği kurulmuştur. 1960’lı yıllarda Gerontoloji, batı dünyasında görülen nüfus azalması ile birlikte toplumda artan yaşlanma oranının etkisiyle akademik bir disiplin olarak hızla gelişmiştir.

Geriatri; tıp biliminin bir kolu olan Geriatri bilimine gelince: “Geras” (“ihtiyarlık yaşı”) ve “iatros” (“fizikçi”) kelimelerinden türemiştir. 65 yaş ve üstü kişilerin sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır. Klinik yönüyle; tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri olan bütünlükçü bir yaklaşımı ve nöroloji, psikiyatri, rehabilitasyon, sosyal hizmetler gibi bir çok disiplinle işbirliği gerektiren bir ekip hizmetini içerir (15). Gerontoloji, daha çok yaşlanma süreciyle ilgilenirken, geriatri daha çok yaşlılarda görülen hastalıkların tedavisi üzerine çalışmalar yapmaktadır. Yaşlılıkla ilgilenen diğer bir disiplin ise antropolojidir.

2.2. Yaşlı Nüfus Demografisi

2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus Demografisi

Yaşlanma, tüm dünya ülkeleri açısından önemi her geçen gün artan evrensel bir gerçekliktir. Yirmibirinci yüzyılın en önemli olgularındandır. Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi ve ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi genel nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasına yol açmaktadır. Böylece dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmektedir (16).

Birleşmiş Milletler 2007 verilerine göre dünya nüfusu 6.6 milyarı geçmiştir. Bu nüfusun 650 milyonu 65 yaş ve üstündedir. 2000 yılında %6.9 olan 65 yaş ve üstü bireylerin oranının 2025 yılında %10.4, 2050 yılında %16.4'e çıkması beklenmektedir. 80 yaş üstü bireylerin oranı ise 2000 yılında %1.1, 2025'te %1.9, 2050 yılında %4.2 olması bekleniyor. Yaşlı nüfusun büyük kısmı Çin, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya ve Japonya'da yaşamaktadır. Yaşlı nüfus gelişmiş ülkelerde yılda %2, gelişmekte olan ülkelerde ise yılda %3 dolayında artmaktadır. Dünya nüfusu her yıl %1.3 artarken, 65 yaş ve üzeri nüfus yıllık artış hızı %2.3'dür. İleri yaş nüfus (80 yaş ve üzeri) artış hızı her yıl %3.5 artmaktadır. Önümüzdeki 25 yılda, 65 yaş ve üzeri nüfus %88 artarken çalışan nüfustaki artış %45 olacaktır. Bu durum giderek azalan sayıdaki çalışan nüfusun artan bir kesime bakması anlamına gelecektir (10,12,17,18).

Tablo 1. Dünyada 2000 yılı toplam nüfusları ve yaşlı nüfus oranları (10,12).

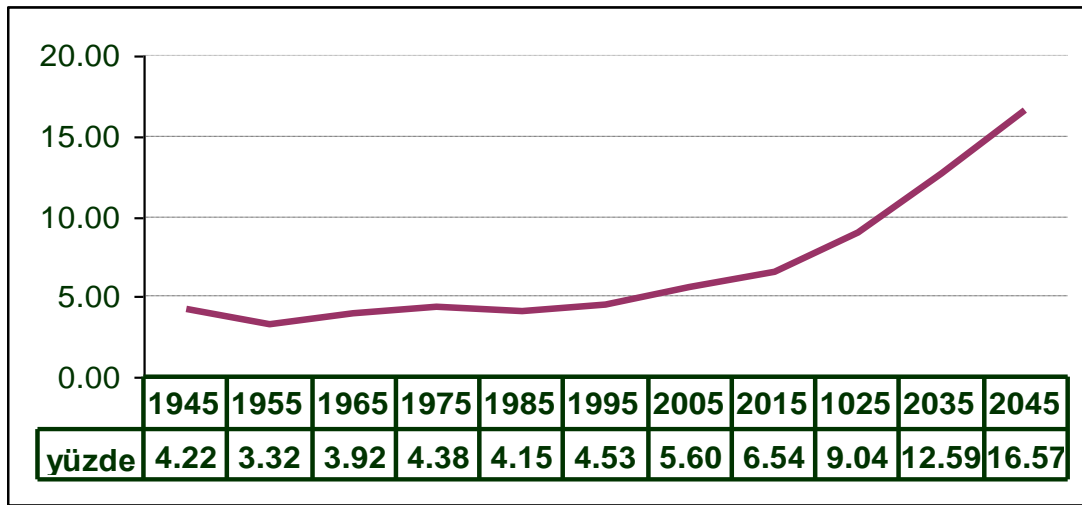
Ülkeler	%	2000 nüfusu (milyon)
İtalya	18.1	57.7
Japonya	17.2	126.9
İngiltere	15.8	59.7
Norveç	15.4	40.5
Çin	6.9	1262.5
Hindistan	5.0	1150.9
Türkiye	5.8	65.3
Somali	2.4	8.8

2.2.2. Türkiye'de Yaşlı Nüfus Demografisi

Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfusta sayıca artışın yanında yaşlılık durumunda da artma gözlenmektedir. Bu artışın başlıca nedenleri; aile planlaması ile yetişkinlik çağına erenlerin sayısının artması, yükselen gelir ve tıp alanındaki gelişmelerin tedavi olanakları sağlaması ve ölüme yol açan birçok faktörün ortadan kaldırılmasıdır (19,20).

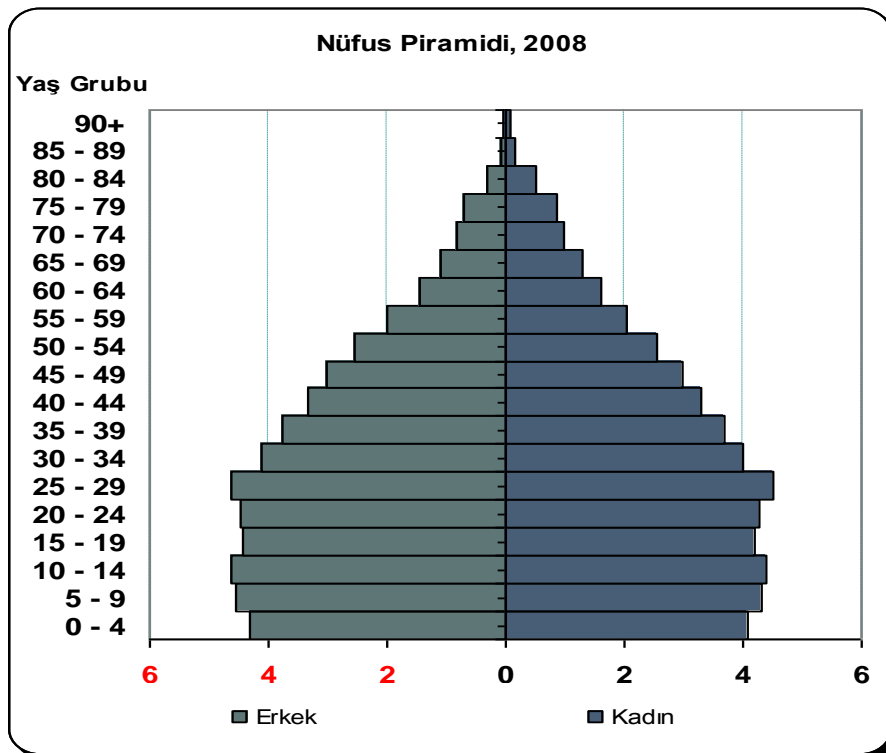
Ülkemizde 1990 lara kadar %5'in altında kalan yaşlı nüfus oranı son on beş yılda ciddi bir artış eğilimi içerisine girmiştir. 1990 yılında yapılan genel nüfus

sayımı sonucunda 65 yaş ve üzeri nüfusunun ülke nüfusuna oranı %4.3, toplam sayısı ise 2.419.200 olarak tespit edilmiştir, 1997’de bu sayı 3.021.000’e, 2000’de 3.621.000’e ulaşmıştır (4). Ülkemiz 2000 verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %5.8’ iken 2007 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemiz nüfusunun %7.1’inin 65 yaş ve üzerini oluşturduğu görülmektedir (4). Türkiye de 65 yaşındaki yaşam beklentisinin 14.26 yıl olduğu yapılan araştırmalardan görülmektedir (21). 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) bulgularına göre yaşlı nüfusun, tüm nüfusa oranı %6.9, toplam sayısı 5 milyon civarındadır (22). Türkiye nüfusu 2007 TÜİK verilerine göre 70.586.256 kişidir. 65 yaş üstü nüfus 5.011.624 kişi ile tüm nüfusa oranı %7.1’e ulaşmıştır. Bu oranın 2020 yılında %7.7’ye ulaşması beklenmektedir. 2050 yılında Türkiye nüfusunun 100 milyona ulaşması ve Avrupa Birliği nüfusunun yaklaşık dörtte birini kapsamaması beklenmektedir (4).



Kaynak: UN Popülasyon Projeksiyonu, 2005

Şekil 1. 65 üstü yaş nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, Türkiye 1945-2045

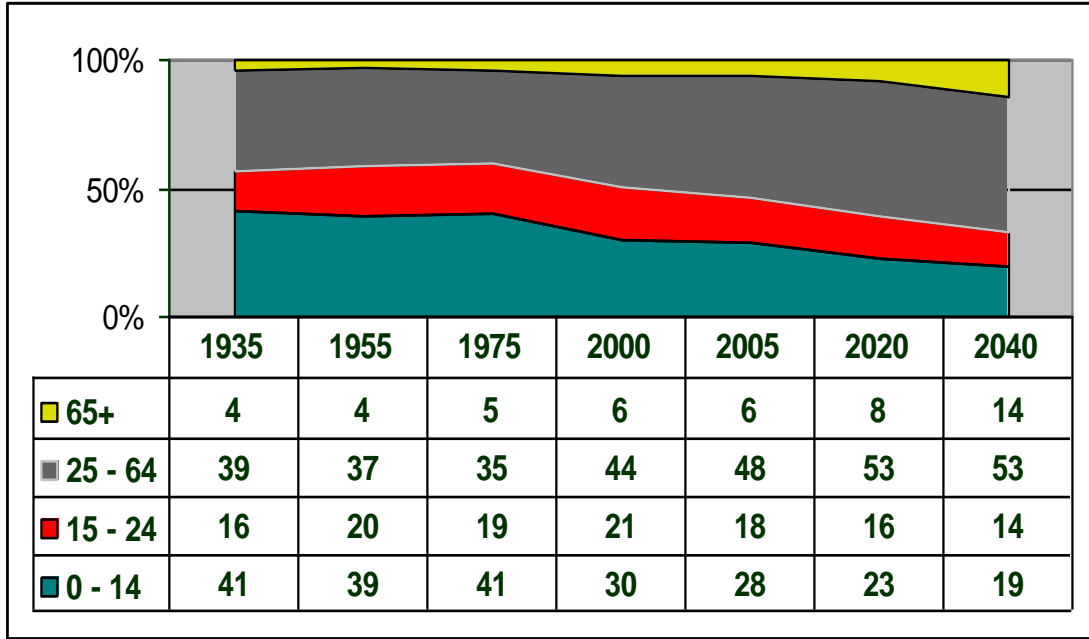


Kaynak: TÜİK 2009

Şekil 2. 2008 Türkiye yaş ve cinsiyete göre nüfus pramidi (4).

TNSA-2003 sonuçlarına göre yerleşim yerleri ayrımında 60 yaş ve üzeri nüfusun yaş yapısı incelendiğinde önemli farklılıklar gözlenmektedir. Kentte yaşıyan nüfusun % 5.7'si yaşlı iken, kırsal nüfusunun %9.3'ü yaşlıdır. 65 yaş üstü nüfusun cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların yüzdesel olarak daha fazla buldukları görülmektedir. Toplam yaşlı nüfusun % 54'ü kadınlardan oluşmaktadır. Tüm yaş grupları arasında kadın ve erkek nüfus arasında eğitim sürecine katılmada bir farklılaşma olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfusun eğitim düzeyleri incelendiğinde; 65 yaş üstü nüfus içerisinde, kadınların %70'inin eğitiminin olmadığı ya da ilkokulu bitirmedikleri görülmektedir, bu oran erkeklerde % 54'tür. Lise veya daha yüksek bir eğitim almış kadın 65 yaş üstü nüfus içerisindeki payı %2'dir. Öte yandan erkeklerin %7'si lise veya daha yüksek bir eğitim almışlardır (22).

Geçmiş yıllardaki nüfus eğilimlerinin sonucuna göre Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir; nüfusun %7'si 65 yaş ve üzerinde, %9'u 5 yaşın, %29'u ise 15 yaşın altında olmasına rağmen dünya nüfusunun küresel olarak yaşlanmasına paralel olarak ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır.



Kaynak: TÜİK, 2000

Şekil 3. Yaş Gruplarına Göre Nüfus Projeksiyonları Türkiye 1935-2040

Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi 1990’da 66 yıl, 2000 yılı için doğuşta beklenen yaşam süresi toplamda 70.4; 2001 yılı için 70.6; 2002 yılı için 70.7; 2003 yılı için 70.9; 2004 yılı için 71.1; 2005 yılı için 71.3; 2006 yılı için erkeklerde 69.1 kadınlarda 74.0, toplamda 71.5 yıldır (23).

2.3. Yaşlanmanın Karakteristik Özellikleri

Normal yaşlanma sürecinde zamana bağlı olarak vücut yapısında, organlarda ve organların fonksiyonlarında bir takım değişiklikler ortaya çıkar. Yaşlılardaki patolojik değişiklikleri anlayabilmek için yaşlanmanın normal seyrini öğrenmek gerekmektedir. Gerçek biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır. Genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar, travmalar ve stresle fizyolojik başa çıkma yolları çok değişiklikler göstermektedir. Yaşlanmanın nedenleri kısaca sıralanacak olursa:

- Özellikle stres periyotlarında belirginleşen organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma.

- Homeostatik kontrolde azalma: Termoregülasyon (vücut ısısını ayarlayan mekanizmalar) sisteminde bozukluk; hipotermi veya hipertermi, baroreseptör duyarlılığında azalma

- Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma: Pozisyon değişikliği ile ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen ısıya adaptasyonda zayıflık

- Stres cevap kapasitesinde azalma olarak sıralanabilir (9).

Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve giderek artan bu kayıpların sonunda kişi hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız bir hale gelmektedir.

2.3.1. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma; ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Yaşlanma ile birlikte organizmada fizyolojik ve biyolojik değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler kişinin bağımsızlığı için gerekli fonksiyonel kapasitesini sınırlandırmakta ve yetmezliğe neden olmaktadır (24). Öte yandan olumsuz sağlık davranışları ve bazı çevre faktörleri, bu fizyolojik değişikliklerin etkisini daha da olumsuz hale getirmektedir (12). Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta oluşan değişimler ile menopoza ve andropoz dönemlerini de içeren fizyolojik değişiklikler olmaktadır (25).

2.3.2. Solunum Sistemi

Yaşlanma ile birlikte vücuttaki en belirgin değişikliklerin görüldüğü organlardan birisi akciğer ve solunum sistemidir. Yaşlanma ile birlikte akciğer fonksiyonlarında bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlanmanın solunum fonksiyonlarına etkisi

Egzersiz kapasitesinde azalma
Solunum sistemi enfeksiyonlarında artma
Düffüzyon kapasitesinde azalma
Ekspirasyon akım hızlarında azalma
Solunum kas fonksiyonlarında ve göğüs duvarı kompliansında azalma
Uyku fonksiyonlarında bozulma

Toplam akciğer kapasitesindeki azalma 25 ile 65 yaşları arasında yaklaşık % 4-6 dır. Vücudun savunma sistemi zayıflar. Bu değişiklikler değişiklik yaşlılarda akciğer enfeksiyonu riskinin artmasına yol açar.

Yaşlılarda immün sistem fonksiyonlarının gerilemesi özellikle alt solunum yolu enfeksiyonlarının sık görülmesine neden olmaktadır. Yaşlılarda en fazla ölüme yol açan nedenlerin başında pnomoni, bronşit gibi alt solunum yolu enfeksiyonları gelmektedir (26). Ancak yaşlılarda pnömöni belirti ve bulguları gençlere göre farklılık gösterebilir (26).

İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF) genellikle yaşlıların hastalığı olarak kabul edilebilir. Bu hastalığın ortalama görülme yaşı 66'dır ve hastalık belirtileri ortaya çıktığında tüm hastaların %75'den fazlasının 60 yaş üzerinde olduğu belirtilmektedir (26).

Akciğer kanseri gençlere oranla yaşlılarda daha fazla sıklıkta görülmektedir. Malignansi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir. 2005 DSÖ verilerine göre yılda 1.3 milyon kişi akciğer kanseri nedeniyle ölmektedir (27).

Ayrıca solunum sistemi hastalıklarından olan astım dünyada yaşlılar arasında önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Yaşlı hastalar arasında astım prevalansı yaklaşık %6.5 ve %17 arasında değişmektedir (28). Yaşlılarda solunum sistemini etkileyen hastalıkların en sık görüleni KOAH'tır. KOAH yaşlılarda en önemli hastalık ve ölüm nedenlerindedir (29,30). KOAH'ın tüm dünyadaki mortalitesinde artış gözlenmekte, solunum sistemi hastalıklarında dünyada mortalite sıralamasında 4. sırada, Türkiye ise 3. sırada yer almaktadır. Yaş ilerledikçe KOAH prevalansı artmaktadır (31). 65-74 yaşları arasında KOAH'a bağlı ölüm hızı erkeklerde kadınlardakinin iki katına ulaşmaktadır. 75 yaş ve daha üzeri grupta ise bu artış 3 katına çıkmaktadır (32).

2.3.3. Kardiyovasküler Sistem

Yaşlılıkta vasküler sahada önemli değişiklikler oluşur. Vasküler kalınlıkta artmaya bağlı ateroskleroz ve hipertansiyon gelişmektedir. Yaşlılıkta kardiyovasküler rezerv düşer. Vasküler yükte artma, intrisik myokardiyal kontraktilitede düşme ve beta adrenerjik modülasyonda azalma (kalp hızında azalma, myokardiyal kasılma gücünde azalma, vasküler tonusta azalma) sonucunda kalp yetmezliğine gidış oluşur.

Genç bir kalp ile yaşlı bir kalp arasındaki fark önemsizdir. Aradaki fark egzersiz ya da hastalık esnasında daha çok belirginleşir. Yaşlı kalbi genç kalbi gibi çabuk hızlanamaz. Düzenli egzersiz yaşlılığın kalp ve dolaşım sistemi üzerine gelişen birçok olumsuz etkiyi de ortadan kaldırır (33).

Yaşlılıkta kardiyovasküler yapıda sık görülen hastalıklar;

- Aterosklerozis
- Koroner arter hastalığı
- Esansiyel hipertansiyon
- Konjestif kalp yetersizliği
- Kardiak aritmiler
- Aort stenozu'dur.

Türkiye ulusal düzeyde 60 yaş ve üzeri grupta yapılan bir çalışmada; 60 yaş ve üzeri grupta en sık görülen hastalık %20.4'lük bir oranla iskemik kalp hastalıkları olarak saptanmıştır. Bu sıralama erkeklerde %20.3 iken, kadınlarda %20.6'dır. Her iki grupta da serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır (erkeklerde %16.6, kadında %15.7) (21). Ülkemizde son yıllarda en sık saptanan ölüm nedenleri kalp hastalıkları, kanserler ve felç (inme) olarak sıralanmaktadır. Yaşlılarda bildirimi yapılmamış hastalık sayısı ve oranı çok yüksektir. Altmışbeş yaş üstündeki bireylerin %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalık bir aradadır (34). Bu hastalıklar bir yandan kişilerin yaşam kalitesini önemli şekilde bozarken, bir yandan da uzun süreli tedavi ve bakım gereksinimi ortaya çıkarmaktadır.

Kötü beslenme ile sedanter yaşam biçiminin yaşlanmayla beraber giderek artan bir şekilde devam ettirilmesi ve hareket yeteneğinin azalması gibi nedenlerle sonucunda, kardiyovasküler yapı ve fonksiyonlarda yetersizlikler oluşturur. Hipertansiyon, vasküler hastalıklar sonucunda kalp yetmezliği oluşma riski artar (35). Son otuz yıl içindeki epidemiyolojik çalışmalar, hipertansiyon ile kardiyak iskemi, konjestif kalp yetmezliği ve stroke arasındaki ilişkiyi bütün yaş gruplarında kesin olarak göstermiştir.

Hipertansiyon prevalansı yaşlıda yüksektir. Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)' nin Amerika'da yaptığı araştırmada 65-74 yaşları arasındaki popülasyonda hipertansiyon prevalansı %54'dür (36).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasında geriatric popülasyonda ($65 \geq$ yaş) hipertansiyon prevalansı % 75.1 (erkeklerde % 67.2, kadınlarda % 81.7) saptanmıştır (37). Kan basıncı, kadınlarda (menopozdan) 50 yaşına kadar erkeklere göre daha düşük seyrederken bu yaştan sonra yaşla beraber progresif olarak artar.

Tablo 3. Kardiyak Fonksiyonlarda Yaşa Bağlı Değişiklikler (35).

	Kardiyak indeks	Kalp hızı	Stroke volüm	Preload ve diastolik volüm	Afterload komplians	Periferik vasküler direnç	Sistolik volüm	Kontraktilite
Erkek	Değişmez	Düşer (%10)	Artar (%10)	Artar (%12)	Azalır	Hafif artar	Artar	Değişmez
Kadın	Düşer	Düşer (%10)	Değişmez	Değişmez	Azalır	Hafif artar	Değişmez	Değişmez

2.3.4. Gastrointestinal Sistem

Yaşlanmanın gastrointestinal sistemdeki genel etkisi hareket, salgı ve emilim kapasitelerinde ki azalmadır. Ancak, organların yedek kapasiteleri yeterince büyük olduğu için, fizyolojik parametrelerdeki bu değişiklikler gerçek işlev bozukluklarına neden olmaz.

Yaşlıların %40'ı ağız kuruluşundan yakınır (35). Yaşla birlikte tat, koku, görme, işitme ve dokunma duygularında azalma görülür. Dilde, ağrılar da görülebilir. Çiğneme kasları kitlesi azalır. Bunların hepsi kalori ve besin alımını azaltır. Gastrointestinal sistem kapasitesi çok fazla olduğundan yaşlanmayla oluşan değişikliklere rağmen GİS fonksiyonların bozukluğu hafif seyirli olabilmektedir. Yaşlılarda Vitamin B12 absorpsiyonu değişmez. Kalsiyum ve demir absorpsiyonu azalır. Yağların ve karbonhidratların emilimi azalır, protein emiliminde bir değişiklik olmaz. Kalın barsak yapılarında da yapısal anlamda değişiklikler azdır (25,35).

Yaşla birlikte hem fekal inkontinans prevalansı artarken yaşlıların %50 kadarında fekal inkontinans olduğu bildirilmektedir (35). Kolesterol miktarı artar.

Safra taşı hastalığı (STH) prevalansı yaşla artar. 70 yaşının üzerindeki olguların %30 ile %50'sinde safra taşları vardır (35).

2.3.5. Endokrin Sistem

Yaşlanma süreci ile birlikte glikoz toleransı azalır. Yağsız doku kitlesindeki azalma nedeniyle 30-90 yaşları arasında bazal metabolizma hızı (BMH) % 20 azalmaktadır. Hormon sistemleri ve protein sentez ve yıkımındaki değişmelere paralel olarak yaşla bazal metabolik hızda % 10-20 düşüş olur. Yaşla enerji alımında azalma olur. Yetişkinliğin ilk 10 yıllarında enerji dengesi artıdır ve şişmanlık riski fazladır. Yaş ilerledikçe besin alımında azalmaya bağlı olarak enerji dengesi eksiye döner.

Thyroxine (T4) metabolizmasının yavaşlamasına bağlı olarak hipotiroidizmin prevalansı yaşlılarda artmaktadır. 65 yaş üzerinde hipotiroidi sıklığı %2-5 kadardır. Erkeklerde seks hormonları salınımındaki azalma kadınlara göre daha geç ve yavaştır. Yaşla paratiroid (PTH) hormon salgısında artış olur. Menopoz ve PTH salgısındaki artış kemiklerden kalsiyum çekilmesini hızlandırır ve osteoporoz riski artar (Tablo 4).

Tablo 4. Serum Hormon Düzeylerine Yaşlanmanın Etkileri

Düzeyi artar	Normal düzeyde kalır	Düzeyi azalır
Atrial natriüretik peptid	Kalsitonin	Kortikotropin TSH
İnsülin	Kortizol	Growth hormon IGF-1
Norepinefrin	Epinefrin	Renin
Parathormon	Prolaktin	Aldesteron
Vazopressin	Tiroksin(T4)	T3

2.3.6. Kas İskelet Sistemi

Yaşlanmayla özellikle iskelet yapısında değişimler olur. Kas ve iskelet sistemi, yaşlanma ile hem doğrudan hem de diğer sistemlerde oluşan değişimler nedeniyle etkilenir. Yaşlanma ile kemik, kıkırdak ve kas dokusunda hem miktar hem de nitelik değişimleri olmaktadır. Bu değişimler sonucunda ağrı, fonksiyon kaybı, depresyon gibi yaşam kalitesini etkileyen sorunlar oluşabilmektedir.

Yaşlanma kemik dokusunun hem miktarının hem de niteliğini etkiler. Kemik kitlesinde ve kemik kuvvetinde azalma meydana gelir. Yaşlılık döneminde eklem kırıklarında intervertebral disklerde bozulmalar ve sıkışmalar oluşur. Kemik yapımı ile yıkımı arasındaki denge bozularak kemik mineral dansitesi düşer. Yaşlılıkta kemiklerdeki kalsiyumda azalmalar olur. 50 yaşından sonra kadınlarda daha fazla olmak üzere, her iki cinsten kemik dansitesi progresif bir şekilde azalır. Kadınlar, yaşlılık döneminde, yarısı menopozdan sonraki ilk 5 yılda olmak üzere toplam iskelet kalsiyumunun % 40'ını kaybederler. Kemikler daha az yoğun ve kırılabilir hale gelir. Kemik kitlesindeki kayıp sonucu osteoporosis gelişir ve her iki cinsinde de etkiler. Omurga, vertebra ve kalça kırıklarının sebebidir. Eklem esnekliğindeki azalma adım genişliği ve yürüyüş hızını etkilemektedir. Eklem hareketleri tendon ve ligamentlerdeki değişiklikler nedeniyle kısıtlanır.

Ayrıca, eklem esnekliğinde azalma ve eklem hareketlerinde kısıtlılık nedeni ile hareketlilik azalır. Bu etki, hem besinlere ulaşmada zorluk nedeni ile yetersiz beslenme hem de fiziksel aktivite kısıtlılığı nedeni ile şişmanlık riski yaratabilir (35,38).

Yağsız doku kitlesindeki azalma, kas miktarında ve kuvvetinde de azalmaya neden olarak yürüyüş ve dengeyi etkiler, düşme ve kırık riskini artırır. Kas kuvvetinde azalma ile birlikte kas protein sentezindeki azalmaya bağlı olarak kas kitlesinde küçülme görülür. 30 ile 75 yaş arasında kas kuvveti ve kitlesinde yaşa bağlı görülen azalma yorgunluğu artırır (39). Bunun en büyük nedeni iskelet kas kitlesinin kaybıdır. Kavrama kuvveti azalır. Yaşlıların, yaşlarına uygun egzersiz ve yürüyüş yapmaları, kas aktivitelerini sağlayarak, kasların küçülmesinin önlenmesi ve kas kasılma kuvvetlerinin korunması bakımından önerilen davranışlardır (39).

2.3.7. Sinir Sistemi

Yaşam süreci içerisinde en fazla gerileme görülen sistemdir.

Yaşlılık dönemi sinir sisteminde meydana gelen değişiklikleri şu başlıklar altında toplayabiliriz:

- Nöron kaybı olur
- Beyin ağırlığı azalır
- Ventriküllerin hacminde artış gözlenir

- Motor yanıt süresinde uzama olur
- Psikomotor performansta yavaşlama gözlenir
- Entelektüel performans azalır
- Kompleks öğrenme yeteneği azalır
- Uyku süresi kısalır
- REM uyku süresi kısalır (35).

Herhangi bir nörolojik hastalığı olmayan bir yaşlının entelektüel performansında en az 80 yaşına kadar bir değişiklik olmaz. Yaşla öğrenme ve bilgi depolama (bellek) yeteneklerinde azalma olur. Bu durum 65 yaşından sonra belirginleşmeye başlar. Yaşla beraber kelime sayısında azalma, kelime anlam ve kelimelerin uygun kullanma yeteneğinde azalmalar olmaktadır. Özellikle dil olmak üzere öğrenme yeteneğinde azalma olmaktadır ve unutkanlık artmaktadır. Öğrenme ve öğrenileni depolama yeteneği yaşlının yaşam biçimi ve ruhsal durumu ile yakından ilişkilidir. Depolanan bir bilgiyi anımsayamama yaşlıyı endişeye sürükleyebilir. Bu da bellekteki yetersizliği daha da artırabilir. Beyin metabolizma hızında çok az azalma olurken, bazı ilaçlara karşı sinirlerin duyarlılığı artar. Yaşlılarda tepkime zamanı uzar. Bu durum dikkat gerektiren sürücülük gibi işlevleri sınırlayabilir, tepkime zamanında uzama özellikle psikiyatrik ilaç kullanan yaşlılarda önem taşır (35,38).

2.3.8. Derideki Değişiklikler

Yaşlanmayla deri ve eklerinde (sinir, bezler, saç, tırnak) önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlanmayla oluşan deri değişimleri yaşlılığın simgelerindendir. Yaşlılığa bağlı gelişen deri değişimleri; kuruluk, kabalık ve pürüzlülük, sertlik, kırışıklık, gevşeklik şeklinde olurken aynı zamanda malign ve selim deri tümörlerinde artış olmaktadır. Derinin hücre yenilenmesi, bariyer fonksiyonu, yara iyileşmesi, immün fonksiyonu ve termoregülasyon yeteneği yaşla azalmaktadır. Ter bezlerinde atrofi, yağ dokusu azalma, kıllarda azalma ve beyazlaşma gözlenir. Yaşlanma ile beliren deri kırışıklıkları, bağ dokusu dermisdeki değişikliklerin bir sonucudur. İlerleyen yaşla birlikte dermis elastikiyetini kaybeder. Sonuç olarak, dermisin sık sık katlandığı bölgelerde, özellikle göz ve ağız kenarları ile alında kırışıklıklar belirir (35,38).

Tablo 5. Doğal yaşlanma sürecinde derinin fonksiyonlarındaki azalma (7)

Hücre yenilenme hızı	Duyu algılama
İmmün yanıt	Mekanik koruma
Isı düzenlenmesi	Hasara yanıt
Ter ve yağ salgısı üretimi	Vitamin D sentez kapasitesi
Bariyer fonksiyonu	Yara iyileşmesi
Vasküler reaktivite	Kimyasal maddeleri arındırma

2.3.9. İşitme Problemleri

İşitme kaybı yaşlılıkta çok sık karşılaşılan problemlerdendir. Genel olarak 65-74 yaş arası nüfusun 1/3'ü, üzerindeki yaş grubunun ise yarısı işitme sorunları ile karşı karşıyadır. 65 yaş üstündeki popülasyonda işitme kaybı sıklığı %50 üzerindedir. Yaşlılığa bağlı olarak kulak zarı esnekliğini ve frekansa özgü titreşim özelliğini yitirir. Çok özel eklem sistemleri ile sesin fiziksel özelliğini bozmadan aktarma özelliğine sahip orta kulak kemikçikleri arasındaki eklemler özelliğini kaybeder. Sertleşen, direnci ve sürtünme katsayısı artan orta kulak sistemi sesleri tüm özellikleri ile transfer edemez. Bu durumda da iletim tipi işitme kaybı ve ses kalite bozuklukları ortaya çıkar (40). İşitme bozuklukları kişinin öz saygısını azaltır, duygusal incinmeler, irritabilite, sosyal izolasyon, depresyon ve kognitif bozukluklara yol açar (41).

2.3.10. Görme Problemleri

Görme bozuklukları yaşlılarda sakatlık, düşmeler ve sonunda fonksiyonel bozukluğa yola açan ve sık rastlanan sorunlardandır. Görme keskinliğinin azalması, aydınlanma düzeyi ve parlak ışıklardan etkilenme, karanlığa uyum sağlama gibi fonksiyonlardaki bozulma yaşla artar. Yaşlıların %90'ından fazlası gözlük kullanır, 85 yaş üzerindeki grubun beşte biride gözlükle görmekte güçlük çekmektedir. En sık rastlanan sorunlar presbiyopi, katarakt, glokom, diabetik retinopati ve maküler dejenerasyondur. Genel olarak 65 yaşından sonra düzenli görme muayenelerinin yapılması önemlidir (25).

2.3.11. Andropoz ve Sonrası

Erkeklerde androjen (testosteron) seviyeleri ilerleyen yaşla beraber azalmaktadır. Bazı erkeklerde testosteron seviyelerinin düşmesi ile cinsellikte ve genel enerjide azalma, ruhsal durumda bozulma görülebilmektedir. Esas olarak cinsel istekte azalma, genel halsizlik ve isteksizlik olarak kendini gösteren ve özellikle 40-55 yaşları arasında görülen testosteron seviyesinde düşme ile karakterize bu duruma andropoz ya da yaşlanmakta olan erkeklerde ilerleyici androjen eksikliği (PADAM [Progressive Androjen Deficiency of the Aging Male]) adı verilmektedir. Yaşlanma ile birlikte gözlenen duygusal ve fiziksel değişimlerde testosteron seviyesinin düşmesinin de önemli bir payı olduğu gerçektir. Türkiye’de andropozun sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Yaşam beklentisindeki artışla birlikte yaşlı nüfus sayısı ve andropoz sıklığı da artmaktadır. Elli yaşlarındaki erkeklerin yaklaşık %30’unda andropoz belirtilerine neden olabilecek düşük testosteron düzeyleri görülmektedir. Vücut yapısında değişiklik çok yavaş ortaya çıkarken beraberinde davranışlarda ve ruhsal durumda değişiklik, bitkinlik, enerji kaybı, cinsel istek ve hareketlerde yavaşlama görülebilir. Testosteron seviyelerinde azalma aynı zamanda kalp hastalığı ve kemiklerde zayıflamaya da yol açmaktadır.

Artan yaşla beraber testosteron düzeyinde azalma erkeklerde artmış osteoporoz riskine neden olmaktadır. Özellikle 40–70 yaşlar arasındaki erkeklerde kemik dansitesi yaklaşık %15 oranında düşmektedir. Elli yaşın üzerindeki her 8 erkeğin birinde osteoporoz görülmektedir. Erkeklerde osteoporozun ikinci sıklıkta rastlanılan nedeni androjen eksikliğidir. Femur (uyluk kemiği) başı kırığı olan yaşlı erkeklerin %50’sinde androjen eksikliği bulunur. Femur boynu kırığı erkekte önemli bir morbidite nedenidir (7).

2.3.12. Menopoz ve Sonrası

Perimenopozal geçiş dönemini tanımlayabilecek en iyi objektif gösterge menstrual düzensizliktir. Menopoz tanımı ise bu menstrual düzensizliğin nihayetinde, over faaliyetinin sona ermesine bağlı olarak adetlerin tamamen kesilmesi durumudur. Ortalama menopoz yaşı bazı coğrafi farklılıklar gösterse de 51 yaş civarındadır; ancak, over işlevinde azalma bundan yaklaşık 13 yıl önce 37-38 yaşlarında başlamaktadır. Ancak, epidemiyolojik çalışmalarda kadınların hepsinin bu

menopoz yaşlarına ulaşamadığı, %10 kadarının 45 yaşından önce menopoza girdiği rapor edilmektedir. Perimenopozal dönemde kadınların baş etmekte en zorlandıkları durumun vazomotor septomlardır. Sıcak basması terimi aniden başın arkasından başlayan ve enseye, boyuna ve göğse doğru yayılan ve yine aniden biten, gün içinde çok çeşitli frekanslarda olabilen bir artmış vücut sıcaklığı hissidir. Geç menopoz döneminde çok düşük östrojen seviyeleriyle uyumlu olarak vajinal atrofi meydana gelir. Ortaya çıkan genitoüriner atrofi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Menopozda ve sonrasında azalmış östrojen seviyeleri sebebiyle vajen giderek kollajen ve yağ dokusunu yitirir ve sıvı tutma yeteneğini kaybeder. Menopoz sırasındaki toplam kemik kitlesi ve menopoz sonrası ortaya çıkan kemik kaybı hızı kırık riskiyle doğrudan ilişkilidir. Her ne kadar kemik dokusunda kayıp en çok menopoz zamanında belirgin olarak artsa da osteoporoz-bağımlı kırıklar asıl yıllar sonra artmaktadır. 90 yaşından yaşlı kadınların %30'unda vertebra kırığı olacağı ve bunlarında %20'sinin 3 ay içinde ölümlerle sonuçlanacağı tahmin edilmektedir. Bütün kadınlarda kemik kaybı yaşla birlikte giderek artar (7).

2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik ve Sosyal Değişiklikler

2.4.1. Psikolojik Değişikliğin Yarattığı Sorunlar

Yaşlanma ile birlikte psikiyatrik belirtilerden bazılarında artma görülmektedir. En sık rastlanan psikiyatrik hastalıklar arasında ilk sırayı depresyon almaktadır. Bunu demans, deliryum, psikotik hastalıklar takip etmektedir. Fonksiyon kaybı, fiziksel hastalığın varlığı, sosyal destek azlığı, kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi ve kognitif bozukluklar gibi koşullar depresyon için kolaylaştırıcı faktörlerdir (28). Yaşlılıkta psikolojik değişiklikler; eskiye aşırı bağlılık, yeni durumlara uyum sağlayamama ve yeniliklerden korkma ile egoizm başlıkları altında incelenebilir. Bilinçte bulanıklık, Alzheimer hastalığı, depresyon, intihar, hastalık hastalığı, narsistik kişilik bozukluğu, nevroz, stres, uyku bozuklukları, yönelim bozuklukları, ölüm korkusu bunlardan bazılarıdır. Yaşlanma ve yaşlanma ile birlikte bedenin görüntüsünün değişmesi, bedenin eskimesi, organların bazı işlevlerinin bozulmasının sonucu olarak bir organın cerrahi olarak çıkarılması ve fiziksel görüntüsünün bozulması herkeste değişik psikolojik tepkilere neden olur. Bireyin kişilik yapısı, beden imgesi, fiziksel görünümünü kabul ediş biçimi ve yorumlar başkalarının

kendilerini küçümseyebileceği kaygılarıyla toplum içine karışmak kişiler arası ilişkiler kurmakta çekinceler yaşayacak boyuta ulaşabilir.

Yaşlı ve ölüm arasındaki ilişki göz ardı edilemez. Eşini, arkadaşlarını ve yakınlarını kaybetmesi yaşlının ölüm korkusunu artırır. Yaşlılıkta ölüm korkusu dinsel inançlara aşırı bağlılık, gerçekleştirilmek istenen amaçlara ulaşamayacağı endişesi ile yaşamın kısalığından şikayetlerin artması, hastalıkların ciddiyetini önemsememeye bağlı olarak sağlıkla ilgili yasaklara uymama ve önerileri dinlememe davranışlarının görülmesi ile açığa çıkmaktadır (42).

Sonuç olarak, yaşlılarda ilerleyen fiziksel gerileme ile birlikte özellikle psikolojik bakımdan sosyal rollerine ve kendilerine olan güvenlerini ve otoritelerini kaybetme, yetersizlik, faydasızlık ve çaresizlik duyguları, başkalarına muhtaç olma, yalnız kalma korkusu belirlemektedir (38).

2.4.2. Yaşlılıkta Uyku

Yapılan araştırmalarda yaşlı kişinin yatakta kalma süresi artarken toplam uyku süresi ve uyku etkinliğinin azaldığı ortaya konmaktadır. Uyku, yaşlanmayla birlikte değişikliğe uğrarken, diğer hastalıklar ve kullanılan ilaçlar da uyku yapısını etkilemektedir. Sık uyanıklıklar sonucu derin uyku azalmakta, uyku yüzeyleşmektedir. Yaşlılarda en sık karşılaşılan sorun uykusuzluk olup prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Uykusuzluk, uykuya dalmada, sürdürülmesinde güçlük, erken uyanma ya da bunların kombinasyonu şeklinde olabilir. Uyku yakınmalarını inceleyen çalışmalar, yaşlıların özellikle uyku kalitesinin bozuk ve uykunun dinlendirici olmadığını vurguladıklarını göstermektedir. 1645 erişkin üzerinde yapılan çalışmada, %5 oranında uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü bildirilmiş, bu yakınmanın kadınlarda ve yaş ilerledikçe daha belirgin ifade edildiği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada, 65 yaşın üzerindeki 9000'den fazla kişinin %28'i uykuya dalma, %42'si hem uykuya dalma hem de uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlamıştır (43).

2.5. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

2.5.1. Dünyada Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler; barınmaya ilişkin hizmetler, gündüz bakım ve destek hizmetleri, boş zamanları değerlendirmeye yönelik faaliyetler, çalışma yaşamı ve ekonomik sorunlara yönelik hizmetleri içermektedir.

Yaşlı eğitimi; Yaşlıların topluma yeniden katılım ve bütünleşmeleri açısından sosyal hizmet türü olan yaşlı eğitimi önemlidir. Yaşlılara verilecek eğitim yanında yaşlıların eğitim ve deneyimlerinden de yararlanma önemlidir. 2002 yılında Madrid’te düzenlenen Dünya Yaşlılık Asemblisi’nde, kabul edilen eylem planında bilgi ve eğitime erişim yer almaktadır (44,45).

Barınmaya ilişkin hizmetler; Yaşlının sağlığı bozulup, eskisi kadar rahat yaşam sürdüremediğinde daha uygun ortamlara ihtiyaç duyar. Sosyal hizmet uzmanları evlerinde yalnız yaşayan yaşlıların ev yaşamlarını kolaylaştıracak düzenlemelerle ilgilenirler; örneğin, evin banyo bölümünde kaymayı önleyici döşemeler, tutamakların yapılması konusunda önerilerde bulunabilirler. Evlerinde tek başına yaşayamayan yaşlılar için, özel mekanlara ihtiyaç vardır. Korunmalı meskenler denilen bu konutların batı ülkelerinde yaşlıların tek ya da çift olarak kaldıkları bağımsız kat veya küçük evlerdir. Bu evlerin yönetim ve denetimi sosyal hizmet örgütünce sağlanır (45).

Evde bakım hizmetleri; İlk olarak 19. yüzyılda Amerika’da başlayan evde bakım hizmetleri giderek organize bir görünüm kazanmış ve 1908 yılına gelindiğinde ilk Ev Hizmetleri Organizasyonu (The Home Service Organization) Amerika’da kurulmuştur (46). Bugün Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi birçok ülkede evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (16).

Evde bakım modeli; Evde bakım, özürülü, yaşlı, süreğen hastalığı olan veya iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal uyumlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey

ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir.

Evde bakım hizmetleri; evde bakım modeli içerisinde yer alan ve başvuranlara götürülen hizmetlerdir. Bu hizmetler, genellikle kendi evlerinde kalan ve temel günlük bakım aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken bireylere, yardım vermek amacıyla merkezi yönetim ve belediyelerin sosyal hizmet birimleri tarafından yürütülür. Evde bakım hizmetleri aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine, alışık olduğu hobi ve sosyal etkinlikleri sürdürebilmesine imkan tanımaktadır (16).

Gündüzlü hizmetler; gündüzlü hizmetler; yaşlının kendisine olan saygısını arttırarak güçlenmesini, bağımsız yaşamasına yardım ederek iyilik halinin yükseltilmesini amaçlar. Yaşlıların toplumla bağlarını koparmadan sosyal, eğitsel, mesleki ve serbest zaman değerlendirme faaliyetleri aracılığıyla gelişmelerine destek olur. Bu hizmetlerin verildiği kurumlardan birisi gündüz merkezleri (day centre)'dir. Temel amaçları, sağlık, spor, beslenme, rehabilitasyon, diyet, kişisel bakım, hukuksal ve mali sorunlara yardım, serbest zamanların değerlendirilmesi, tatil ve gezilerin düzenlenmesine yönelik hizmet ve programları sunmaktır. Bu merkezlerde yaşlıların kişisel temizlikleri ve tıbbi takipleri yapılmakta, öğle yemekleri verilmekte, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal aktivite ve gezi imkanları sunulmakta, ayrıca psiko-sosyal destek de verilmektedir (16,47).

2.5.2. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Cumhuriyet döneminde sosyal hizmetlerin esaslarını daha belirgin olarak ortaya koyan temel kanunlar çıkartılmıştır. Yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevini doğrudan devletin üstlenmesi 1960 Anayasası ile olmuştur. 1982 Anayasasının 61. Maddesinde yaşlılara yönelik olarak “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar Kanunla düzenlenir” hükmü yer almaktadır. Değişen toplumsal koşullar nedeni ile sosyal güvenlik sistemi içerisine alınan yaşlıların maddi risklere karşı korunmaları gerektiği, yaşlılara aylık gelir, sağlık yardımları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere aylık ödemeler yapılması sağlanmıştır. Emekli Sandığı; 2022 sayılı Kanun gereğince; 65 yaşını doldurmuş kimsesiz, bakıma muhtaç olan ve hiçbir maddi geliri

bulunmayan yaşlılara aylık bağlamaktadır. Çeşitli gönüllü ve kamu kuruluşları tarafından dağınık ve programsız olarak yönetilen Sosyal Hizmetin bir şemsiye altına alınması 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (27.05.1983) ile sağlanmıştır. 2828 sayılı Kanunun 34. ve 35. Maddeleri dayanağında hazırlanan 3 Eylül 1997’de yürürlüğe giren Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği ile; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait huzurevlerinin ve bakımevlerinin açılış, hizmet, personel ve işleyiş koşulları ile ücret, denetim, devir ve kapatılma işlem ve esaslarını belirlenmiştir.

Türkiye’de şu anda yaşlılara sunulan huzurevi bakım hizmetleri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Belediyeler, dernek ve vakıflar ile azınlıklara ait kuruluşlarda verilmektedir. Gerek huzurevi gerekse yaşlı bakımevi adı ile anılan kuruluşlarda bir kurum bakımı söz konusudur. Gelişmiş huzurevi bakımı, yaşlıya gerekli tüm sağlık, sosyal yaşam ve tedavi hizmetlerini sunar. Tam bakım veren huzurevleri daha modern bir bakış ile yaşlıya gerekli tüm sağlık, sosyal yaşam ve terapi hizmetlerini bir bütünlük içinde sunarak yaşlının yaşamını düzenler (48).

Türkiye’de evde bakım ile ilgili ilk proje 1993 yılı sonunda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. Evlerinde yalnız yaşayan yaşlılara yardımcı olmak ve evde bakım hizmetinde yer alacak ara personelin yetiştirilmesi hedefi ile başlatılan bu proje, pilot uygulamalardan etkin sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir (25). Türkiye’de ülke genelinde evde bakım ve gündüzlü hizmetleri gelişmemiştir. Ülkemizde güçsüzler veya düşkünler yurdu adıyla anılan yatılı kuruluşlar da vardır (Tablo 6) (44,49).

Sanayileşme ve kentleşme süreci içerisinde geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesine neden olmakta, yaş prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılık nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (50). Bu konudaki bir başka zorluk da sosyal güvenlik sistemimizin kapsamındaki sınırlılıklar ile sosyal yardım sistemimizin yeterince gelişmemiş olmasıdır. Son yıllarda giderek artan yalnızlık ve yoksulluk durumlarında yaşlılara destek sağlamak zorlaşmaktadır.

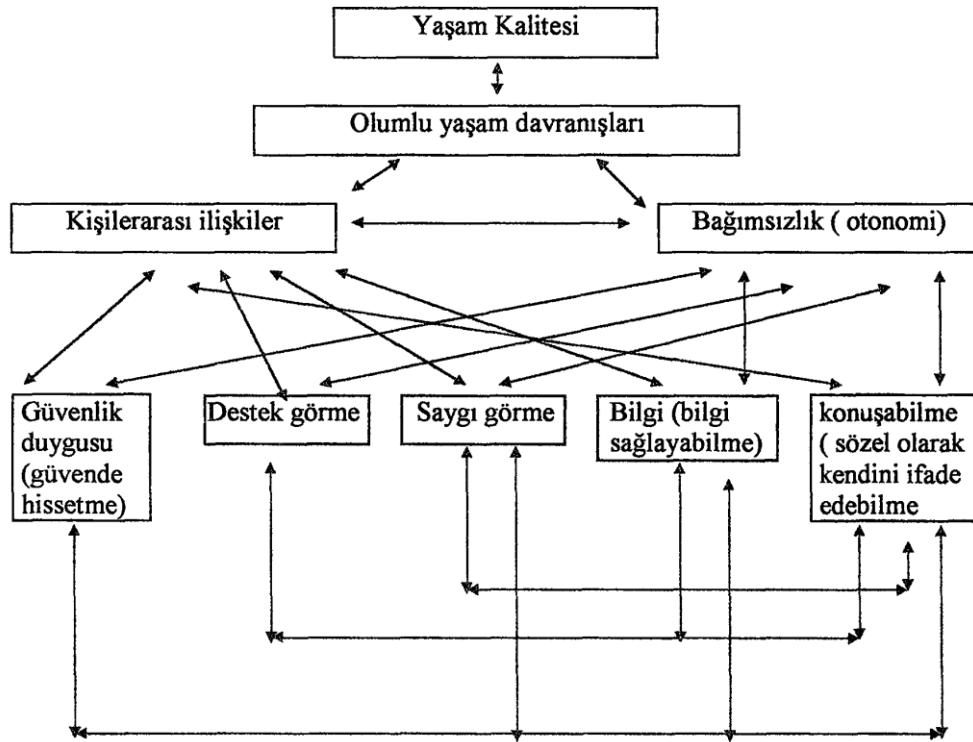
Tablo 6. Türkiye’deki resmi ve özel huzurevleri sayısı ve kapasiteleri 2008 (51)

Huzurevi	Huzurevi Sayısı	Kapasitesi
SHÇEK’ e ait Huzurevi	79	7978
Dernek ve vakıflara ait Huzurevi	35	2691
Azınlıklara ait Huzurevi	7	991
Özel Huzurevi	113	4745
Toplam	244	16405

2.6. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı çok geniş kapsamlı, sınırları belirsiz, oldukça karmaşık ve özellikle de çeşitli çevrelerce farklı şekillerde tanımlanabilme niteliğine sahiptir (52). 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 (1). Yaşam kalitesi, sağlık bakımı ve sosyal politikada önemli bir ilgi alanı haline gelmesine karşın insanların farklı değerleri olması nedeniyle yaşam kalitesini tanımlamada ve ölçmede bir takım sorunlarla karşılaşmaktadır (53,54).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün bu tanımı fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler, ruhsal özellikler olmak üzere altı alanı içermektedir (55). Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık gelmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; yaşam doyumu ile ilgili çalışmalar yaşam kalitesi araştırmalarıyla iç içe geçmiştir (55,56) (Şekil 4).



Şekil 4. Yaşam kalitesi kavramının boyutları ve nitelikleri

Yaşam kalitesi kavramının içerdiği boyutlar:

Psikolojik Durum: Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygulardır.

Fiziksel Durum: Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, zindelik / güçlülük, yorgunluk, sağlık - hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucudur.

Sosyal ve Bireysel Durum: Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır.

Finansal ve Maddi Durum: Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir

2.6.1. Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalitesi

Sağlıkla doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi 4 alanda ortaya çıkar:

- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb)
- Dışsal Doğal Çevre Alanı (hava, su kalitesi vb)
- Dışsal Toplumsal Çevre Alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) (25,57).

2.6.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi jenerik yaşam kalitesi olarak da adlandırılmaktadır. Kişinin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır. Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız (57,58).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde, hastanın sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansımaları olan istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlamalar ve hastanın bu kısıtlamalar karşısındaki tepkisi ve duygusal durumu rol oynamaktadır (59).

2.6.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Ölçüm Araçlarının Sınıflandırılması

Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Ölçümü için yöntemler geliştirilmiştir. Sağlıkta yaşam kalitesinin ölçüm araçları, şekil ve görünüm açısından;

- Genel yaşam kalitesi ölçekleri
- Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri olmak üzere iki sınıfa ayrılır.

1. Genel yaşam kalitesi ölçekleri:

Genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Genel amaçlı ölçekler de kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

- Tercihe dayalı olmayan (profiller) ölçekler,
- Tercihe dayalı ölçekler

Tercihe dayalı olmayan ölçekler: SYK'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği WHOQOL, Nothingam Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluştururlar.

Tercihe dayalı ölçekler: Sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, maliyet yararlanım analizlerinde (cosy utility) kullanılan ve en önemlisi kalite eklenmiş yaşam yılları'nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçekleridir. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları [(Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI)] dir.

2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri:

Belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel, belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (KINDLE) özel ölçekler örnek verilebilir. DLQI genel dermatoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bunun yanında hemen her hastalığa (ör: epilepsi, diyabet, romatoid artrit), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır. Hastalığa ve duruma özel ölçeklerin temel avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri, dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları ve farklı durumlar ve programlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır (25). Yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile kullanılan ölçekler çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır. Yaşam kalitesi ölçüm araçlarından bazıları şunlardır:

- **Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36):** Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Genel sağlık kavramlarını içerir (60,61).

- **Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP):** Kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçmeyi amaçlayan yaşam kalitesi ölçeğidir (59).

- **Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP):** Hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı ölçümünü sağlar. Değişime duyarlılığı sınırlı olmakla birlikte SIP geçerli ve güvenilirdir (62).

- **Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI):** Sağlık yararlanma indeksi, sağlık durumunu ölçmek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek ve yararlanma skorları oluşturmak amaçlı sağlık profilidir (62).

Diğer yaşam kalitesi ölçüm araçları ise EuroQol Instrument (EQ 5-D), Pulses Profili, Barthel ve Modifiye Barthel İndeksi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Kırılgan Yaşlı Fonksiyonel Değerlendirme Anketi (FEFA), Geç Yaşam Fonksiyon ve Disabilite Enstrümanı (LLFDI), Sağlık Değerlendirme Anketi, Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), Mini Mental Durum Muayenesi, Geriatri Komorbidite İndeksi'dir.

2.6.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) çalışması 1992 yılında o güne dek geliştirilen genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin batı kaynaklı olması ve ancak batılı kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanımaları gerekçesi ile dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla başlatılmıştır. Halen 40'tan fazla dil ve kültürde geçerli olan WHOQOL ölçeği geliştirme projesine Türkiye ekibi 1995 yılında katılmıştır. WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-Bref (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur.

WHOQOL-100

100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 alan (domain) ve her bir alanda farklı sayılarda olmak üzere biri genel bölüm olmak üzere 25 bölümden (facet) oluşmaktadır. Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR) ayrı bir "Sosyal Baskı" fasetini oluşturan Türkiye'ye özgü 3 ek soru daha vardır.

WHOQOL-BREF

DSÖ tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeği kısa formu Türkçe versiyonudur. Orjinal ölçekteki (whoqol-100) genel fasetten iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. 27 soruluk Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre tr olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır (63).

WHOQOL-Bref, uzun ölçeği 5 alandan oluşmuş olup alanlar ve alan içerikleri aşağıda sunulmuştur:

Alan I: Fiziksel alan (günelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü)

Alan II: Psikolojik alan (beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama)

Alan III: Sosyal ilişkiler alanı (diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam)

Alan IV: Çevre alanı (maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım)

Alan V: Ulusal çevre alanı (sosyal baskı) Whoqol-Bref TR'ı hazırlayan ekip tarafından , ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan 'cronbach alfa' değerleri, bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 ve ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Soruların her biri için, test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için hesaplanan Pearson katsayılarının 0.57 ve 0.81 arasında değer gösterdiği bildirilmiştir (64). Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır (63).

WHOQOL-OLD

24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar duyuşsal yetenekler, otonomi, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık başlığıyla yer almaktadır. Duyusal yetenekler; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişiklerin yaşam kalitesi üzerindeki

etkisini. Otonomi; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini. Geçmiş, Bugün ve Gelecek Aktiviteleri (G.B.G Aktivite); geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler sorgulanmaktadır. Sosyal Katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu. Yakınlık; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği. Ölüm ve ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırmaktadır.

2.7. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşlanma doğal bir süreçtir, ancak yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği, bağımlılığın arttığı bir dönemdir. Yaş ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki söz konusudur (65,66). Yaşlı bakımında amaç hastalıkların tedavisi kadar yaşlının fiziksel, mental ve psikososyal kapasitesini en üst düzeyde tutmak, uygun barınma koşulları ve sosyal destek ile bağımsız yaşamı sürdürmek ve sonuçta yaşam kalitesini arttırmaktır. Sorunların yaşam kalitesini etkileyebildiği, fakat kaçınılmaz olmadığı unutulmamalıdır (66,67). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör yaşlılığa etki eden kronik hastalıklardır. Ambulatuvar yaşlılarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi incelemesinde yaşam kalitesini en fazla etkileyen durumlar anjinal ağrı, üriner inkontinans, lokomotor problemler, görme yetersizlikleri ve mental problemler olarak bulunmuştur (68,69). Yaşlılarda hareket yeteneği ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Yaşlanma ile birlikte sakatlıklarda bir artış meydana gelmekte ve bu durum yaşlıların yaklaşık yarısını etkileyebilmektedir (70,71). Hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme sorunlarının, hatta düşme korkusunun dahi yaşam kalitesi üzerinde direkt ve olumsuz etkisinin bulunduğu belirtilmektedir (67). Yaşlılarda sakatlıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, bu durumun kadınlarda daha belirgin olduğu ortaya konulmuştur (66,70). Sakatlıklar bireyin yaşamını farklı alanlarda etkiler, ancak en çok etkilenen alan öz bakımdır (70). 2680

kişide yapılan bir izlem çalışmasında yaşlanmayla ortaya çıkan görme sorunlarının fonksiyonel yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (72). Duyma kayıpları da yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen bir diğer problemdir (73). Uyku problemleri yaşlılarda sık görülür ve düşme riskinde artışa, hafıza ve konsantrasyon güçlüklerine neden olarak yaşam kalitesini azaltır (74). Yaşlılarda beslenme yetersizlikleri sık rastlanan ve yaşam kalitesini etkileyen bir diğer durumdur. Kalori alımındaki azalma protein, vitamin ve mineral alımındaki yetersizliğe yol açar. Yaşlılarda önemli sorunlardan olan diş kaybı yaşam kalitesi değişikliklerinde oldukça etkilidir. Son yıllarda ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi üzerinde de durulmaya başlanmıştır (75). İyi beslenme sağlığın geliştirilmesi, malnutrisyonun ve diyetteki yetersizliğe bağlı diğer hastalıkların önlenmesi aracılığı ile yaşam kalitesi arttırılmaktadır (76). Yaşlılarda sık görülen hastalık olan anemi yaşam kalitesi ile genel sağlık durumunu belirgin şekilde etkilemektedir (77).

Yaşam kalitesi kavramı kişinin fiziksel sağlık, ruhsal durum, bağımlılık düzeyi, sosyal ilişkiler, kişisel inanışlar ve çevrenin göze çarpan yaşamın tüm özelliklerini içerir. Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli faktörlerdir (65,66,78). Yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, aktivite seviyesi ve algılanan sağlık durumundan da etkilenmektedir. Kadınlarda, ileri yaşta, boşanmış olanlarda, düşük gelir düzeyine sahip olanlarda ve zayıf sağlık durumu algısına sahip olanlarda yaşam kalitesi daha düşüktür (79). Yaşlılarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen durumlardan biri bilişsel problemlerdir (66,80). İleri yaşta ve kadınlarda daha fazla görülen depresyon, anksiyete, bilişsel bozukluklar gibi sorunların görülme sıklığı; günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve yalnızlık ile ilişkili olarak artmaktadır (76,81,82). Yaşlılarda görülen genitoüriner yapı değişiklikleri nedeniyle üriner inkontinans yaygın görülen bir durumdur ve yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi vardır (83). Üriner inkontinansla birlikte yaşlılarda testosteron seviyesindeki azalma cinsel disfonksiyonu beraberinde getirir ve bireyin yaşam kalitesinde azalmaya neden olur (84). Sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (79,85). Huzurevinde yaşayanların aile ortamında yaşayanlara göre yaşam kalitesinin

düşük olduğu saptanmış, huzurevinde kalış uzadıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (86,87). Sosyal destek sistemleri arttıkça fiziksel ve mental hastalık riski ve mortalite azalmaktadır. Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunun hiçbir zaman düşünülmemesidir. Bu düşünceden kurtulmanın en iyi yolu, mutluluk veren işlerle uğraşmak ve üretken olmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görülmekte, çalışan ve üreten yaşlıların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (66,87). Sorunun çözümünde yaşlıların aktif hale getirilmesi önem taşımaktadır. Yaşlıların aktif hale getirilmesine yaşlının fonksiyonel durumunun, denge problemleri ve düşme riskinin, bilişsel fonksiyonlarının, beslenme durumunun, ağrının, üriner inkontinansın ve sosyal fonksiyonlarının dolayısıyla yaşam kalitesinin kapsamlı değerlendirilmesiyle başlanmalıdır (81). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, topluma kazandırılmalarında ve mutlu olmalarında önem taşımaktadır (87). Yaşlılar için yaşamın uzunluğundan çok kalitesinin önemli olduğu unutulmamalıdır (88).

2.8. Aktif Yaşlanma

Aktif yaşlanma; sağlıklı geçirilen yaşam süresini uzatmak ve yaşlılıkta yaşam kalitesini artırmak için tüm yaşam boyunca fiziksel, sosyal ve mental iyilik hali fırsatlarını en iyi duruma getirme ve sürdürme süreçlerini tanımlar. Amaç, yaşlılık döneminde sağlıklı ve üretici kalabilmek için insanların yaşam boyunca sağlıklı yaşam şekillerini önemseyerek seçim yapabilmelerini sağlamak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Aktif yaşlanma, yaşlı bireylerin ailelerine ve toplumlarına olumlu katkılarının devamına, böylece kuşaklar arası bağlılığın güçlenmesine yardım edecektir. Bu dönemin istenilen yönde olmasını toplumdaki ekonomik, sosyal, çevresel, bireysel, davranışsal, sosyal koşullar belirlemektedir. Aktif yaşlanma programı içinde önceliğin verilmesi gereken konular ise; hastalık ve yetersizliklerin /sakatlıkların erken başlamasına yol açan yoksulluk, eğitimsizlik gibi faktörlerin kontrol altına alınması, sağlıklı yaşam şekillerinin desteklenmesi, uygun beslenme ve aktivitenin sağlanması, tüm yaş gruplarında alkol ve tütün kullanımının kontrolü, gözlük, yürüteç gibi destekleyici araçların ve ilaçların sağlanabilirliğinin artırılması,

yaşlı bireyin aile içi bakım vericilerinin desteklenmesi öngörülmektedir. Aktif yaşlanmada temel yaklaşımlar şunlardır:

Yeterli ve dengeli beslenme; **a.** Bir gün boyunca en az üç öğün yemek yenmeli, öğün atlanmamalıdır. Üç ana, üç de ara öğün yenilmesi önerilmektedir. **b.** Her öğünde dört ana besin grubu olan süt ve süt ürünleri, et,yumurta ve kuru baklagiller, sebze ve meyve, ekmek ve tahıl grubu besinler bir denge içinde tüketilmelidir. **c.** Gıdaları doğru saklamak önemlidir. Aksi takdirde gıda zehirlenmeleri meydana gelebilir. **d.** Taze sebze ve meyve tüketimi çok önemlidir. Dışarıdan alınacak vitamin ve mineral takviyeleri (vitamin hapları, vb) vücut için zararlı olabileceğinden mutlaka bir doktora danışılarak kullanılması önerilmektedir. **e.** Doymuş yağ içeren maddelerden uzak durmak gerekir. Margarinler, kuyruk yağı ve tereyağı doymuş yağları fazla miktarlarda içermektedir. Yaşlı bireylerde günlük alınan enerjinin en fazla %30'u yağlardan sağlanmalıdır. **f.** Su tüketiminin yeterli olmasına özen göstermek gerekir. Bol su ve sıvı tüketimi sağlık için çok önemlidir. Yaşlı bireyin günde iki litre sıvı tüketmesi önerilmektedir. **g.** Posalı yiyeceklerin tüketilmesi de sağlık açısından önemlidir.

Fiziksel egzersiz: Yaşlılık döneminde bedensel etkinlik önemlidir. Bu etkinlikler temel olarak dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri şeklinde olması önerilmektedir.

Sigaradan uzak bir yaşam: Her yaş grubunda olduğu gibi sigara yaşlılık döneminde de çok zararlı bir alışkanlıktır. Yaşlanmaya paralel olarak gelişen değişiklikler ve yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları sigara içen kişilerde daha fazla olarak meydana gelmektedir. Sigara içilmemesi, bu sorunlardan korunma bakımından çok önemlidir.

Boş zamanları üretken bir biçimde değerlendirebilmek: Aktif yaşlanmanın bir gerekliliği kişinin üretime katkıda bulunmasıdır.

Yeterli ve düzenli uyku: Sağlık için her gün düzenli bir şekilde uyku gerekir.

Kazalardan korunabilme:Yaşlılık döneminde kazalar sık görülen sorunlar arasındadır. Bu kapsamda özellikle ev içi ortam koşullarının uygun hale getirilmesi önemlidir.

Bütün bu yaklaşımlar kişilerin daha sağlıklı ve üretken oldukları bir yaşlılık dönemi için kolaylaştırıcı ve geliştirici önerilerdir (89,90). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sayıları giderek artan yaşlı insanların sağlıklı yaşamaları ve bu sayede ailelerine ve topluma katkıda bulunabilmelerini sağlamakta Halk Sağlığı politikalarının ve programlarının önemli rolü vardır. Bu anlamda Halk Sağlığı bakış açısı ile yaklaşıldığında; sağlıklı ve aktif yaşlanmaya yönelik politika ve programlar geliştirmek, bunları uygulamak ve değerlendirmek yaşlı vatandaşlara olası en yüksek sağlık seviyesi ve iyilik hali sağlanması için çok önemlidir.

2.9. Sağlıklı Yaşlanma (DSÖ Avrupa Bölgesi İçin Sağlık 21)

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977 yılında yapılan asamblede dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenler "2000 Yılında Herkes için Sağlık" adı verilen bir bildirgede yayınlamıştır. Son hali 1991 yılında Lizbon'da toplanan Dünya Sağlık Örgütü bölge komitesi bu hedefleri gözden geçirerek güncellenmiştir.

2000 Yılında Herkes için Sağlık adlı bildirgede belirlenen 21 Hedef içinde yer alan 5. hedef yaşlıların sağlığına değinmektedir.

Hedef 5 ve önerilen stratejiler şöyledir.

Hedef 5: 2020 yılına kadar, 65 yaş ve üzerindeki insanlar kendi sağlık potansiyellerinin hoşnut olma ve aktif bir sosyal rol oynama olanaklarına sahip olmalıdırlar. Özellikle:

1. 65 yaşında beklenen yaşam süresi ve sakatlık olmaksızın yaşanan yaşam süresinden en az yüzde 20 artış sağlanmalıdır.

2. 80 yaşında toplumdaki yerlerini, otonomilerini ve özgüvenlerini sürdürmelerini sağlayan bir ev çevresinde ve sağlık düzeylerinden hoşnut olarak yaşayan insanların oranı en az yüzde 50 artmalıdır.

Bu hedefe ancak şu koşullarda ulaşılabilir:

Kişilerin otonomi ve sosyal üretkenliğini etkileyen barınma, gelir ve diğer konularda yaşlıları gözetken ve gereksinimlerini karşılayacak toplumsal politikalar uygulanırsa,

- Daha erken yaşlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle, yaşlılıkta sağlıklı olmaya hazırlayacak sağlık politikaları uygulanırsa,

- Toplum seviyesindeki sağlık ve sosyal servisler yaşlıları günlük yaşamlarında gereksinin ve görüşleri yönünde destekleyici, kendi hayatlarını sürdürebilecek ve daha aktif olmalarına yardımcı olacak çalışmalar yürütülürse,

- Her toplum yaşlılar için yeterli kaynaklara sahip servisleri koordine ederek izler ve değerlendirici programlar geliştirirse,

- Yaşlıların kendi potansiyelleri ile uygun tıbbi bakım, sosyal destek ve bakım ile poliklinik hizmetlerine ulaşabilmelerini sağlayacak politikalar geliştirilirse bu hedefe ulaşılır (91).

Türkiye’de “Herkesin Sağlık Stratejileri” çalışmaları, 1997’de İstanbul’da yapılan DSÖ 47. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı ile hız kazanmıştır. Belirlenen hedefler üzerinde Türkiye’nin görüşleri belirtilmiş, bir yıl sonra Kopenhag’da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısında ise 21 hedef, “Sağlık 21” başlığı altında resmen kabul edilmiştir. Ülkelerin 21. yüzyılda bu hedeflere ulaşabilmeleri için kendi önceliklerini saptayarak eylem planlarını yapmalarının önemi vurgulanmıştır. 21 Hedef içinde yer alan Hedef 7: Ergen, Yaşlı ve Özürlülerin Sağlığının Geliştirilmesi’ne değinmektedir.

Hedef 7 ve yaşlılar için önerilen stratejiler şöyledir:

Hedef 7: 2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve özürlülerin daha sağlıklı ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

- 2020 yılına kadar, kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilen 70li yaşlardaki bireylerin oranını en az % 50 arttırmak.

Genel stratejiler;

- Ergen, yaşlı ve özürlülere yönelik rehberlik, sosyal hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri sunan merkezlerin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması.

- Eğitim ve hizmet veren birimlerde çalışan personelin, özel gruplar ve sorunları ile bu gruplara yaklaşım konularında eğitilmesi.

- Medya mensuplarının başta ergen, yaşlı ve özürlüler olmak üzere özel grupların sorunları hakkında eğitilmesi ve medya aracılığı ile topluma olumlu mesajlar iletilmesinin sağlanması.

- Ergen, yaşlı ve özürllüere yönelik hizmetlerde görev almak üzere yeterli sayıda ve uygun nitelikte personel yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi.

- Sağlık personelinin ergen, yaşlı ve özürllülerin sağlık sorunları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının geliştirilmesi.

- Ergen, yaşlı ve özürllülerin sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinliklere katılım yönünden desteklenmesi, bu amaçla "toplum merkezleri", spor tesisleri gibi merkezlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması.

- Ergen, özürllü ve yaşlılara hizmet sunumunda sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi.

- Ergen, özürllü ve yaşlılara hizmet sunan kurum ve kuruluşların çalışmalarının topluma tanıtılması,

Özel stratejiler;

- Yaşlı ve özürllülerin sağlık ocaklarının rutin izleme programları kapsamına alınması.

- Yaşlıların ve özürllülerin uzun süre bakım görebilecekleri sağlık ve sosyal tesislerin kurulması, yaşlıların hastanelerden kolay hizmet almasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması.

- Yaşlılar ve özürllüler için ulaşım, çevre ve trafik ile ilgili özel düzenlemeler yapılması.

- Yaşlı ve özürllülerin ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması

- Yaşlıların sağlıklı beslenme, kronik hastalıklar ve akılcı ilaç kullanımı konularında bilgilendirilmesi (25,90,92).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Bölge Hakkında Genel Bilgiler

Türkiye Cumhuriyetinin Güneydoğu Anadolu bölgesinde yer alan Diyarbakır ilinin yüzölçümü 15.355 km² dir. Güneydoğu Anadolu bölgesi'nin orta kısmında, Mezopotamya'nın kuzeyinde yer alan Diyarbakır, doğuda Batman ve Muş batıda Şanlıurfa, Adıyaman ve Malatya, kuzeyde Elazığ ve Bingöl, güneyde ise Mardin illeri ile çevrilidir.

3.1.1. Coğrafi Durumu

Diyarbakır, genelde dağlarla çevrili, ortası hafif çukurlaşmış görünümündedir. İl, Güneydoğu Torosların kollarıyla çevrilidir. İlin en yüksek dağı Muş sınırı yakınındaki Anduk Dağıdır (2830 m.). Diyarbakır'ın çevresi çukurluklarla kaplıdır. İlin ortası çukur bir havza durumundadır. Diyarbakır havzası denen bu çukur alanın eksenini batı-doğu doğrultulu geniş Dicle Vadisi oluşturur. Kuzeyden Güneydoğu Toroslar ile kuşatılmıştır. Bu dağlar Doğu Anadolu Bölgesi'yle Güneydoğu Anadolu'yu birbirinden ayırır. Diyarbakır havzasının güneybatısında Karacadağ bulunmaktadır. Urfa-Diyarbakır il sınırı üstündeki bu dağ, koyu renkli lavların yığılmasıyla oluşmuş eski bir volkan kütesidir. Yüksekliği, Kolubaba doruğunda 1.957 metreyi bulur. İlin en önemli akarsuyu Dicle'dir. Elazığ ili sınırları içinden çıkan Dicle, daha sonra Diyarbakır ilinin topraklarına girer. Eğil'in doğusunda Dipni Çayı'nı da içerisine alarak güneye yönelir. Diyarbakır'a ulaşmadan önce Devegeçidi Suyu ile birleşir. GAP kapsamındaki projelerden bazıları Dicle Havzası'ndadır. Dicle, Diyarbakır ilindeki akarsuların tümüne yakınına toplar. Yalnızca ilin kuzeybatı köşesindeki küçük bir alanın suları Fırat ırmağına gider.

3.1.2.Nüfus

Diyarbakır, 2007 nüfus sayımına göre 1.460.714 dır. Diyarbakır merkezinin nüfusu ise 826.000'dir. Diyarbakır'da kilometrekareye düşen insan sayısı 95'tir (TÜİK).

3.1.3. Sağlık

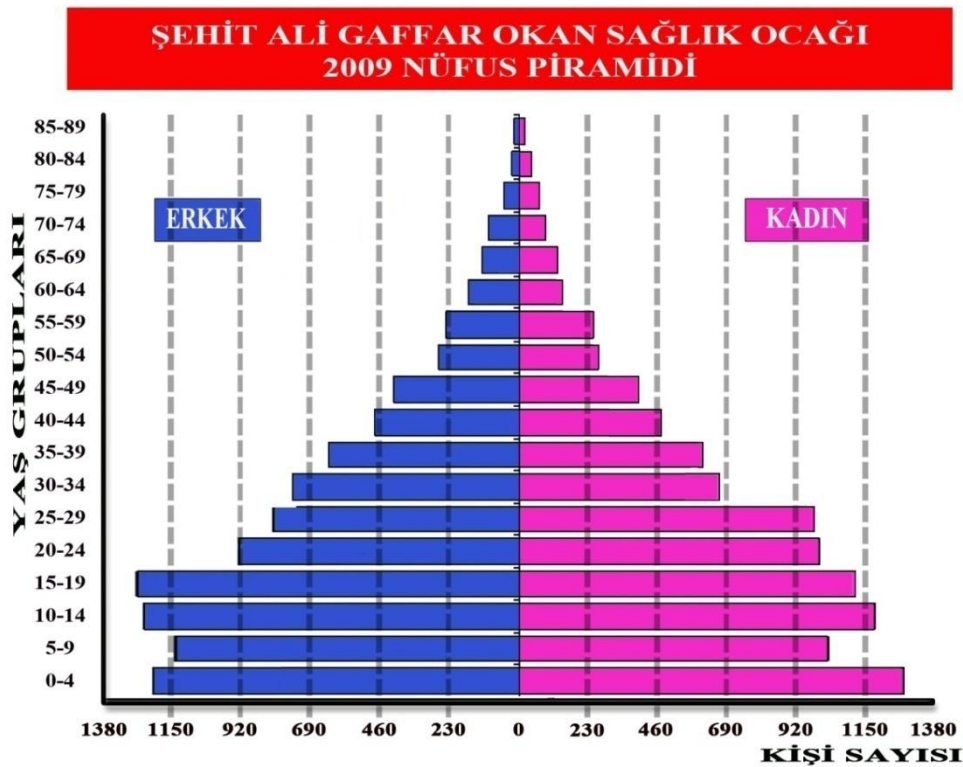
İlde toplam 98 sağlık ocağı, 107 sağlık evi mevcuttur. (TÜİK)

3.2. Araştırma Modeli

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Diyarbakır ili Şehit Ali Gaffar Okkan Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 60 yaş ve üzeri popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler analiz edilmiştir.

3.2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni Diyarbakır ili Şehitlik semtinde Şehit Ali Gaffar Okkan Sağlık Ocağına kayıtlı Şehitlik ve Benüsen Mahallelerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerdir. Sağlık ocağı toplam nüfusu 19786'dır. Şehitlik ve Benüsen mahallelerinde yaşayan Şehit Ali Gaffar Okkan Sağlık Ocağında ev halkı tespit fişi (ETF) kayıtlarına göre 60 yaş ve üzeri toplam 863 kişi bulunmaktadır. Bunun % 50 sine (432 kişi) ulaşmak hedeflenmiş, bu kişiler ETF'lerden rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Toplam 358 kişiye ulaşılmış olup araştırmanın gerçekleşme oranı: %82,3 dür. Çalışmadaki yaşlı bireylerin kronik hastalıkları hekim tanımlı hastalıklar olup engelli olma durumları ise bireylerin söylemleri ve gözlemlerimiz doğrultusunda belirlenmiştir.



Şekil 5. Şehit Ali Gaffar Okan Sağlık Ocağı 2009 nüfus piramidi

3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri:

1. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi bedensel alan puanı
2. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ruhsal alan puanı
3. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi sosyal alan puanı
4. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi çevresel alan puanı
5. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ulusal sorulu çevresel alan puanı
6. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi duygusal yetenek puanı
7. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi otonomi puanı
8. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi geçmiş, bugün, gelecek aktivite puanı
9. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi sosyal katılım puanı
10. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ölüm ve ölmek tutum puanı
11. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi yakınlık (dostluk) puanı
12. 60 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi toplam puanı

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise:

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Öğrenim durumu
4. Sosyal güvence
5. Meslek
6. Gelir durumu, gelir kaynağı
7. Mevcut hastalık durumu
8. Birlikte yaşanan kişiler
9. Araştırmaya katılan kişilerde kendisine en yakın oturan çocuğun nerede yaşadığı
10. Yaşlıların kaldığı kişiler
11. Sigara içme
12. Günlük yaşamda bağımlı olma durumu
13. Fiziksel engellilik durumu
14. İhtiyaçları karşılama konusunda esas sorumluluğun kimde olduğu
15. Çocuklarla iletişimin sağlanış şekli
16. Son bir yıl içerisinde yaşanan sevindirici/üzücü olay durumu

Çalışmadan dışlanma kriterleri: Evde olmama kapıyı açmama gibi nedenlerle iletişim kurulamayan, ya da araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler çalışmaya alınmamıştır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Verilerin toplanması ve analizi üç basamakta gerçekleştirilmiştir. Bunlar sırasıyla; anket formunun düzenlenmesi, anket formunun uygulanması ve verilerin değerlendirilmesidir.

3.3.1. Anket Formunun Düzenlenmesi

Anket formu sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi sorularını içeren 92 sorudan oluşmuştur. Yaşam kalitesi soruları Dünya Sağlık Örgütü'nün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde oluşturulmuş ve WHOQOL Türkiye Grubu tarafından geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmakta olan Dünya Sağlık

Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Ruh Sağlığı Programı WHOQOL-BREF(TR) ve Yaşam Kalitesi Yaşlı WHOQOL-OLD modülündeki sorulardır (bkz. Ek1). Soruların anlaşılma durumlarını kontrol etmek üzere araştırma öncesinde Diyarbakır'da Şehitlik semtinde Şehitlik ve Benüsen mahallelerinde rastgele evlere gidilerek 10 bireye ön deneme anketi uygulanmıştır.

3.3.2. Anket Formunun Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından evlere gidilerek Ek 1,2,3'de sunulan anketlerdeki sorular 60 yaş ve üstü bireylere yüz yüze sorularak toplanmıştır. Görüşmeye uygun olmayan yaşlılarla (sağlık durumunun uygun olmaması, Türkçe bilmeme vb durumlarda) yakınlarının yardımı ile görüşülmüştür. Toplam 358 kişiye anket soruları uygulanmıştır.

3.3.3. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel yöntemle belirlenmiştir. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi, iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Student's t test, ikiden fazla bağımsız grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) testi kullanılmıştır.

Tablo 7. WHOQOL-BREF 4 temel alan ve temel alan maddeleri

Bölüm	Soru sayısı	Alan maddeleri	Ort(Min,Max)
Bedensel Alan	7	3+4+10+15+16+17+18	16 (4, 20)
Ruhsal Alan	6	5+6+7+11+19+26	16 (4, 20)
Sosyal İlişkiler Alanı	3	20+21+22	16 (4, 20)
Çevre Alanı	9	8+9+12+13+14+23+24+25+27	16 (4, 20)

Ölçeğin değerlendirilmesinde ise her bir alan birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade etmektedir. Alan puanları ayrı ayrı

hesaplanmıştır. Alan puanları 0 ile 20 puan arasında değişmektedir. Puan artması yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Tablo 8. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve temel alan maddeleri

Bölüm	Soru sayısı	Alan maddeleri	Ort(Min,Max)
Duyusal Yetenekler	4	1* + 2* + 10* + 20	16 (4, 20)
Otonomi	4	3 + 4 + 5 + 11	16 (4, 20)
Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri	4	12 + 13 + 15 + 19	16 (4, 20)
Sosyal Katılım	4	14 + 16 + 17 + 18	16 (4, 20)
Ölüm ve Ölmek	4	6* + 7* + 8* + 9*	16 (4, 20)
Yakınlık	4	21 + 22 + 23 + 24	16 (4, 20)

*dönüştürme işlemi uygulanmıştır.

Yaşam kalitesi puanlamasında Dünya Sağlık Örgütü'nün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönergedeki puanlama prosedürü uygulanmıştır. Yaşam kalitesi yaşlı modülü 6 alanda toplam 20 maddelik sorulardan oluşmaktadır.

Tablo 9. WHOQOL-OLD 6 temel alan ve 24 temel alan madde soru sayısı

Alan/Bölüm	Soru sayısı	Alan/bölüm	Soru sayısı
Duyusal Yetenekler	4	Sosyal Katılım	4
Günlük yaşamı etkileme	1	Zamanı kullanmadan hoşnutluk	1
Günlük faaliyetlere katılma	1	Yapılan faaliyet miktarından hoşnutluk	1
Duyularla ilgili işlevleri algılama	1	Toplumsal faaliyetlere katılabilme	1
Başkalarıyla ilişki kurma	1	Her gün yapacak işi olması	1
Otonomi	4	Ölüm ve Ölmek	4
Kendi kararlarını verebilme	1	Ölümden korkma	1
Geleceğini kontrol edebilme	1	Ölüm şeklinden kaygı duyma	1
Saygı görebilme	1	Ölümü kontrol edememe korkusu	1
Yapmak istediklerini yapabilme	1	Ölmeden önce acı çekmekten korkma	1
Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri	4	Yakınlık	4
Gelecekte umutlu olma ve beklenti	1	Dostluk ve arkadaşlık duygusunu yaşama	1
Başarılı bir hayat sürdürebilme imkânlarından memnuniyet	1	Sevgiyi yaşama ve hissetme	1
Saygınlığı elde etme	1	İnsanları sevebilme imkânı	1
Başarılarından hoşnutluk	1	İnsanlar tarafından sevilme imkânı	1

Yaşam kalitesi ortalama puanını bulmak için;

1. İlk adımda duyuşsal yeteneklerdeki 1., 2., 10.uncu ve ölüm ölmek alanındaki 6., 7., 8., 9.uncu maddelere dönüştürme işlemi yapıldı. 1 olumsuz, 5

olumlu olacak şekilde yeniden puanlandırıldı. Dönüştürme işleminden sonra her bir maddeye verilen 1-5 arasındaki değerler toplanarak ham puanlar hesaplandı

2. Her bir yaşam kalitesi alan puanı 4 ile 20 arasında değişmektedir. Her bir alanda 4- 20 arasındaki ham puanlar hesaplandıktan sonra her bir alan puanından 4 çıkarılarak alan puanı 0 ile 16 arasında değişecek şekilde standartlaştırıldı.

3. Yaşam kalitesi toplam puanını bulmak için ise ham puandan 4 çıkarılarak elde edilen puan 6.25 sabit sayısı ile çarpılarak 100 üzerinden toplam yaşam kalitesi puanı elde edildi.

Yaşam kalitesini hesaplamak için veriler 15.0 SPSS paket programında WHOQOL-Türkiye Grubuna gönderilmiş ve alan skorları Prof.Dr. Erhan ESER tarafından hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırma Diyarbakır Şehitlik semtinde Şehitlik ve Benüsan mahallelerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylere anket formunun uygulanması şeklinde yapılmıştır. Bu çalışmayla elde edilen bulgular Diyarbakır iline genellenemez.

BULGULAR

Diyarbakır Şehitlik semtinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan araştırmanın bulguları dört başlık altında incelenmiştir:

4.1. Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2. Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyal destek ve kamusal çevresiyle ilgili bulgular,

4.3. Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulgular,

4.4. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulgular,

4.4.1. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-BREF ölçeğine göre yaşam kalitesine ilişkin bulgular.

4.4.2. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeğine göre yaşam kalitesine ilişkin bulgular.

4.1. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinden öğrenim durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Araştırma kapsamına giren yaşlıların bazı sosyo demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

	Cinsiyet				Toplam			
	Erkek		Kadın		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Yaş grubu	60-64	67	39.6	63	33.3	130	36.3	P=0.257 $\chi^2=6.5$
	65-69	32	18.9	55	29.1	87	34.3	
	70-74	33	19.5	39	20.6	72	20.1	
	75-79	24	14.2	18	9.5	42	11.7	
	80-84	6	3.6	7	3.7	13	3.6	
	85+	7	4.1	7	3.7	14	3.9	
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	74	43.8	163	86.2	237	66.21	P=0.001 $\chi^2=75.1$
	Okuryazar	40	23.7	17	9.0	57	15.9	
	İlkokul	36	21.3	7	3.7	43	12.0	
	Ortaokul ve üzeri	19	11.2	2	1.1	21	5.9	
Sosyal Güvence Durumu	Yok	20	11.8	24	12.7	44	12.3	p=0.92 $\chi^2=0.48$
	*ES-BAĞ-KUR-SSK-	85	50.3	100	52.9	185	51.7	
	Yeşil Kart	64	37.9	65	34.4	129	36.0	
Eş Varlığı (Medeni durum)	Var	144	85.2	91	48.1	235	65.6	p=0.00
	Yok	25	14.8	98	51.9	123	34.4	
	Total	169	100.0	189	100	358	100.0	

*Sosyal güvence durumunda özel sigortalı olma analizde birleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %47.2'si erkek, %52.8'i kadındır. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaş ortalaması 68.16 ± 0.2 , ortanca 66 (60-91)'dir. Yaşlıların 237 (% 66.2) 'si okur yazar değil, 57 (%15.9)'si okur yazar, 43 (%12.0)'ü ilkokul mezunu, 21 (%5.9)'u orta ve üzeri okul mezunudur. Erkeklerin 74 (%43.8)'ü kadınların 163 (%86.2)'ü okur yazar değildir. Erkeklerin 40 (%23.7)'i, kadınların 17 (%9.0)'si okur yazardır. Erkeklerin 36 (%21.3)'sı, kadınların 7 (%3.7)'si ilkokul mezunudur. Erkeklerin 19 (%11.2)'u, kadınların 2 (%1.1)'si orta ve üzeri okul mezunudur. Eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında her düzeyde erkeklerin

eğitim düzeylerinin istatistiki anlamlı olarak kadınlardan daha iyi olduğu saptandı ($p<0.00$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 44'ünün (%12.3)'ünün sağlık güvencesi yok iken, sosyal güvenlik kurumu kapsamındakilerin erkekler de (%49.7) kadınlarda (%52.4) olduğu saptandı. Cinsiyetler arasında sosyal güvence durumu arasında istatistiki farklılığın olmadığı saptandı (cinsiyete göre 314'ünün (%87.7) sağlık güvencesi var, 129'u (%36.0)'ı yeşil kartlıdır). Sağlıkta sosyal güvenceye sahip olma durumu iki cins arasında istatistiki olarak benzer dağılımı göstermektedir ($p=0.92$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 235'inin (%65.6) eşi hayatta, 123'ünün (%34.4) ise eşi ölmüş olduğu saptandı. Eşin hayatta olma durumu 144 kişi (%85.2) ile erkeklerde, eşi ölmüş olma durumu ise 98 kişi (%51.9) ile kadınlar arasında daha siktir. Bu farklılıkların istatistiki olarak cinsiyetler arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p=0.00$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların ekonomik durumlarının cinsiyete göre dağılım Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli gelir durumları ve gelir dağılımlarının cinsiyete göre dağılımı

	Cinsiyet				Toplam		P=0.00
	Erkek		Kadın				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gelir kaynağı	Yok	37	21.9	57	30.2	94	26.3
	Kendi emekli maaşı	41	24.3	4	2.1	45	12.6
	Dolaylı emekli maaşı	7	4.1	59	31.2	66	18.4
	Yaşlılık maaşı	37	21.9	59	31.2	96	26.8
	Halen alışıyor	41	24.3	6	3.2	47	13.1
	*Diğer	6	3.6	4	5.4	10	2.8
	Toplam	169	100.0	189	100.0	358	100.0

*Kira-faiz , Türkiye'de akraba ve yurt dışı akraba analizde birleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 47'si (%13.1) halen gelir getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir. Halen alışma durumu erkeklerde daha fazladır 41'i (%24.3), kadınların yalnız 6'sı (%3.2) alışmaktadır ($p=0.00$). Araştırma kapsamına giren

yaşlıların %57.8'inin düzenli bir aylık gelir aldıkları tespit edilmiştir. Düzenli kendi emekli aylık gelir sahibi olmanın erkekler lehine daha iyi iken, dolaylı emekli maaş alma oranının kadınlar lehine olduğu saptanmıştır. Yaşlılık maaşı alma oranlarına bakıldığında kadınların yaşlılık maaşı daha fazla aldıkları saptanmıştır (p=0.00). Halen çalışanlar değerlendirildiğinde ise 41 (%24.3) erkek ve 6 (%3.2) kadının çalıştığı saptandı. Diğer gelir kaynaklarının ise kadın ve erkeklerde eşit olarak 2 (%1.2) şer kişide mevcut olduğu saptandı. Erkeklerin 85'i (%50.3), kadınların 122'si (%64.5) düzenli aylık gelire sahiptir. Araştırma kapsamına giren yaşlılardan düzenli aylık geliri olanların 45'i (%12.6) kendi emekli maaşı olduğunu, 66'sı (%18.4) dolaylı emekli maaşını aldığını, 96'sı (%26.8) ise devletten 3 aylık yaşlılık maaşı aldığını belirtmiştir. Yaşlıların düzenli aldıkları maaşlarının kaynağı cinsiyetler arasında farklıdır (p<0.05). Erkeklerin 41'i (%24.3) kendi emekli maaşlarını alırken kadınların 4'ü (%2.1) kendi emekli maaşlarını almaktadır. Kadınların 59'u (%31.2) eşlerinin emekli maaşını alırken erkeklerin yalnız 7'si (%4.1) eşlerinin maaşını almaktadır. Yaşlılık aylığı alan kadınların sıklığı (%31.2) erkeklerden (%21.9) daha fazladır.

4.2. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyal Destek ve Kamusal Çevresiyle İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte kaldıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 12'de sunulmuştur

Tablo 12. Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte kaldıkları kişilerin cinsiyete göre dağılımı

	Cinsiyet				Toplam			
	Erkek		Kadın		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Şuan kimlerle birlikte yaşıyor	Eşyle	63	37.3	39	20.6	102	28.5	p=0.00
	Yalnız	12	7.1	28	14.8	40	11.2	
	Eş ve Çocuklar	72	42.6	45	23.8	117	32.7	
	Eşi olmaksızın Çocuğu ve Çocuğunun ailesi	20	11.8	76	40.2	96	26.8	
	Diğer	2	1.2	1	0.5	3	0.8	
	Total	169	100.0	189	100	358	100.0	

Araştırma kapsamına giren ve eşyle birlikte yaşayan yaşlıların sayısı 102 (%28.5), yalnız yaşayan yaşlıların sayısı 40 (%11.2), eşi ve çocuklarıyla yaşayan yaşlıların sayısı 117 (%32.7), çocuğu ve onun ailesiyle birlikte yaşayan yaşlıların sayısı ise 96 (%26.8)'dir. Yaşlıların yalnız yaşayanlar ve birlikte yaşadığı kişilerin cinsiyetler arasında her düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (p=0.00). Yalnız yaşayan ile çocuğu ve onun ailesiyle beraber yaşayan kadınların sıklığının erkeklerden fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlılara kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğun nerede olduğu sorulduğunda alınan yanıtların cinsiyete göre dağılımı Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13: Araştırma kapsamına giren yaşlılara kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğun nerede olduğu sorulduğunda alınan yanıtların cinsiyete göre dağılımı

	Cinsiyet				Toplam			
	Erkek		Kadın		sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Kendisine En Yakın Oturan Öz/Üvey Çocuk	Aynı Evde	52	30.8	68	36.0	120	33.5	P=0.25
	Yakın Evde	6	3.6	13	6.9	19	5.3	
	Aynı Yerleşim Yerinde	69	40.8	71	37.6	140	39.1	
	Yakın Bir Yerleşim Yeri	21	12.4	12	6.3	33	9.2	
	Uzak Bir Yerleşim Yeri	13	7.7	16	8.5	29	8.1	
	*Diğer	8	4.8	9	4.8	17	4.8	
	Total	169	100.0	189	100	358	100.0	

*Başka ülkede yaşayan çocuk ve çocuğun olmaması analizde birleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlılara kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuk sorusuna 120 (%33.5)'si aynı evde, 19 (%5.3)'u kendisine yakın bir evde, 140 (%39.1)'ı kendisi ile aynı yerleşim yerinde, 33 (%9.2)'ü kendisine yakın bir yerleşim yerinde, 29 (%8.1)'u kendisine uzak bir yerleşim yerinde yaşıyor yanıtını vermiştir. Öz/üvey çocuklara yakın olma durumu iki cins arasında benzer dağılımı göstermektedir (p=0.25).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların “Beraber yaşamadığınız çocuklarınızla iletişimini nasıl sürdürüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Araştırma kapsamına giren yaşlıların birlikte yaşamadığı çocuklarıyla iletişim sağlayış şekillerinin cinsiyetlere göre dağılımları

	Cinsiyet				Toplam		P=0.03
	Erkek		Kadın		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Çocuklarla İletişimin Sağlanış Şekilleri	Aynı evde yaşıyor	52	30.7	68	32.3	113	31.5
	Telefon*	19	16.3	18	14.8	37	15.5
	Mektup*	3	2.6	0	0.0	3	1.3
	Kendisi Gider*	6	5	0	0.0	6	2.5
	Onlar gelir*	8	6.8	12	10	20	8.4
	Hem Kendisi Gider Hem Onlar Gelir*	80	68.5	88	72.7	168	70.6
	Hiç Haberleşmez*	1	0.8	3	2.5	4	1.7

*Yüzdeler çocukları ile görüşenler arasında hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların “Beraber yaşamadığınız çocuklarınızla iletişimini nasıl sürdürüyorsunuz?” sorusuna 168 (%70.6)’i hem kendim giderim hem onlar gelir, 37 (%15.5)’si telefonla, 20 (%8.4)’si onlar gelir, 6 (%2.5)’si ben giderim, 4 (%1.7)’ü hiç haberleşmiyoruz, 3 (%1.3) mektupla haberleşiyoruz yanıtını vermişlerdir. Yaşlıların birlikte yaşamadığı çocuklarıyla iletişim sağlayış şekilleri her iki cins arasında istatistik olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.03).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların rahatı, sağlığı, ihtiyaçların karşılanması konusunda esas sorumluluğun kimde olduğu sorusuna alınan cevapların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Araştırma kapsamına giren yaşlıların, sağlığı, ihtiyaçların karşılanması konusunda esas sorumluluğun kimde olduğu sorusuna alınan cevapların cinsiyetlere göre dağılımı

	Cinsiyet				Toplam			
	Erkek		Kadın		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Rahatı, sağlığı, ihtiyaçların karşılanması konusunda esas sorumluluğun kimde olduğu	Kendisi karşılar	129	76.3	141	74.6	270	75.4	P=0.00
	Eşi karşılar	20	50.0	6	12.5	26	29.5	
	Öz/üvey Çocuk karşılar	8	20.0	11	23.0	19	21.5	
	Gelin-damat karşılar	12	30.0	31	64.5	43	49	

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 270(%75.4)'i günlük yaşamlarındaki ihtiyaçlarını karşılama konusunda esas sorumluluğun kendisine ait olduğunu belirtmiştir. Günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlıların yardım aldığı kişiler sorusuna sırasıyla 43(%49)'ü gelin/damat, 26(%29.5)'sı eş, 19(%21.5)'u öz/üvey çocuk cevapları verilmiştir. Erkekler en çok eşlerinden (%50), kadınlar en çok gelin/damatlarından (%64.5) yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Yaşlılara günlük yaşamlarında en çok yardım eden kişilerin cinsiyete göre dağılımı istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.00).

4.3. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Genel Sağlık Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 16'de sunulmuştur.

Tablo 16. Araştırma kapsamına giren yaşlıların kronik hastalıklarının dağılımı

Mevcut Kronik Hastalık Durumu	Cinsiyet				Toplam			
	Erkek		Kadın		Sayı	%		
	Var	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hipertansiyon	Var	74	43.8	119	63.9	193	53.9	P=0.00
	Yok	95	56.2	70	37.0	165	46.1	
Diabet	Var	32	18.9	52	27.5	84	23.5	P=0.05
	Yok	137	81.1	137	72.5	274	76.5	
Kalp Yetmezliği	Var	30	17.8	37	19.6	67	18.7	P=0.65
	Yok	139	82.2	152	80.4	291	81.3	
Koroner Arter Hastalığı	Var	18	10.7	18	9.5	36	10.1	P=0.72
	Yok	151	89.3	171	90.5	322	89.9	
Serebravasküler olay	Var	18	10.7	14	7.4	32	8.9	P=0.28
	Yok	151	89.3	175	92.6	326	91.1	
	Toplam*	169	100.0	189	100.0	358	100.0	

* sütun yüzdesi ve toplamlarıdır, diğerleri satır yüzdesidir.

** Soruya birden çok yanıt verilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 193 (%53.9)'ü hipertansiyon, 84 (%23.5) 'ü diabet, 67 (%18.7)'si kalp yetmezliği, 36 (%10.1)'sı koroner arter hastalığı bulunduğunu söylemiş, 32 (%8.9)'si serebravasküler olay geçirdiğini belirtmiştir. Diabet, kalp yetmezliği, hipertansiyon kadınlarda daha fazla görülürken serebravasküler olay ve koroner arter hastalığı erkeklerde daha fazla oranda görülmüştür. Hipertansiyonda cinsiyetler arasındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır. (p=0.00)

Araştırma kapsamına giren yaşlıların engelli olduğunu belirten yaşlıların engelli oldukları alanların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 17'da verilmiştir.

Tablo 17. Araştırma kapsamına giren yaşlılarda engeli olduğunu belirten yaşlıların engeli olma durumunun cinsiyetlere göre dağılımı

Var olan engel	Cinsiyet							
	Var	Erkek		Kadın		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
***Ortopedik	Var	13	16.2	31	32.3	44	25	p=0.01
***Nörolojik	Var	4	5	5	5.2	9	5.1	p=0.87
***Ruhsal	Var	1	1.2	0	0.0	1	0.6	p=0.3
***Dil-konuşma	Var	5	6.2	7	7.3	12	6.8	p=0.7
***Görme	Var	58	72.5	61	63.5	119	67.6	p=0.7
***Zihinsel	Var	3	3.7	2	2.0	5	2.8	p=0.56
***İşitsel	Var	42	52.5	44	45.8	86	48.9	P=0.6
TOPLAM**		80	47.3	96	50.8	176	49.2	p=0.52

Engelli olanların yüzdesi kendi içerisinde hesaplanmıştır.

**Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplanmıştır

*** Soruya birden çok yanıt verilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 176 (%49.2)'sının engeli bulunmaktadır. Engel varlığı cinsiyetler arasında benzer dağılım göstermektedir (p=0.52).

Yaşlılar arasında var olan engel durumu sıklık sırasına göre; 119 (%67.6) görme, 86 (%48.9) işitme, 44 (%25) ortopedik (baston kullanımı, diz-kalça protezi varlığı, bel fitiği), 12 (%6.8) dil-konuşmada engel, 9 (%5.1) nörolojik, 5 (%2.8) zihinsel, 1 (%0.6) kişi ise ruhsal engellidir. Sadece ortopedik engellik varlığı cinsiyetler arasında istatistiki anlamlı farklılık oluşturmuştur (p=0.01)

Araştırma kapsamına giren yaşlıların günlük yaşamda bağımlı olma durumu cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Araştırma kapsamına giren yaşlıların günlük yaşamda bağımlı olma durumunun cinsiyetlere göre dağılımı

	Cinsiyet							
	Erkek		Kadın		Toplam		P=0.00	
	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%		
Günlük yaşamda bağımlı olma durumu	Bağımlı değil	156	92.3	151	79.9	307		85.8
	Ev içi bağımsız ev dışı bağımlı	9	5.3	23	12.2	32	8.9	
	Sadece ev içi hareketli	2	1.2	10	5.3	12	3.4	
	Yatağa bağımlı	2	1.2	5	2.6	7	2.0	
	Toplam	169	100.0	189	100.0	358	100.0	

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 307 (%85.8)'si günlük yaşamda kimseye bağımlı olmazken 51(%14.2)'i günlük yaşam aktivitelerinde bir ya da birkaç kişiye bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Günlük yaşamda bağımlı olanların 32(%8.9)'si ev içi bağımsız ancak ev dışında bağımlı, 12(%3.4)'si sadece ev içi hareketli, 7(%2.0)'si yatağa bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Günlük yaşamda bağımlı olma durumunun istatistiki anlamlı olarak cinsiyetler arasında farklılık oluşturduğu saptanmıştır (p=0.00).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 19'de verilmiştir.

Tablo 19. Araştırmaya katılanlarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı

	Cinsiyet							
		Erkek		Kadın		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
Ev temizliği	Bağımlı değil	4	2.4	145	76.7	149	41.6	P=0.00
	Kısmen bağımlı	149	88.1	23	12.3	172	48.1	
	Bağımlı	16	9.5	21	11.0	37	10.3	
Banyo yapma	Bağımlı değil	151	89.3	157	83.1	308	86.0	P=0.22
	Kısmen bağımlı	11	6.6	18	9.5	29	8.1	
	Bağımlı	7	4.1	14	7.4	21	5.9	
Giyinme	Bağımlı değil	157	92.9	163	86.2	320	89.4	P=0.01
	Kısmen bağımlı	5	3.0	20	10.6	25	7.0	
	Bağımlı	7	4.1	6	3.2	13	3.6	
Tuvalet ihtiyacını karşılayabilme durumu	Bağımlı değil	159	94.1	177	93.7	336	93.9	P=0.45
	Kısmen bağımlı	4	2.3	8	4.2	12	3.3	
	Bağımlı	6	3.6	4	2.1	10	2.8	
Yemek hazırlama	Bağımlı değil	3	1.8	123	65.1	126	35.2	P=0.00
	Kısmen bağımlı	147	87.0	43	22.7	190	53.1	
	Bağımlı	19	11.2	23	12.2	42	11.7	
Beslenme	Bağımlı değil	159	94.1	171	90.5	330	92.3	P=0.09
	Kısmen bağımlı	3	1.8	12	6.3	13	3.8	
	Bağımlı	7	4.1	6	3.2	13	3.1	
Alışveriş	Bağımlı değil	150	88.8	136	72.0	286	79.9	P=0.00
	Kısmen bağımlı	10	5.9	23	12.1	33	9.2	
	Bağımlı	9	5.3	30	15.9	39	10.9	
Ulaşım	Bağımlı değil	159	94.1	131	69.3	290	81.0	P=0.00
	Kısmen bağımlı	6	3.5	30	15.9	36	10.1	
	Bağımlı	4	2.4	28	14.8	32	8.9	
	Toplam	169	100.0	189	100.0	358	100.0	

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 149 (%41.6)'u ev temizliği aktivitelerinde bağımlı değil iken, 172 (%48.1)'si kısmen bağımlı, 37 (%10.3)'si bir başkasına bağımlı kalmaktadır. Yaşlıların kendi kendine banyo yapabilme sıklığında

ise 308 (%86)'i bağımlı olmazken 29 (%8.1)'u yarı bağımlı, 21 (%5.9)'i bir başkasına bağımlı olmaktadır. Cinsiyetler arasında temizlik aktivitelerinde bağımlı olma durumu kadınlara oranla erkeklerde daha sık görülmektedir ($p=0.00$). Ancak yıkanma da ise bağımlı olma durumu erkeklere oranla kadınlarda daha sık görülmektedir ($p=0.22$).

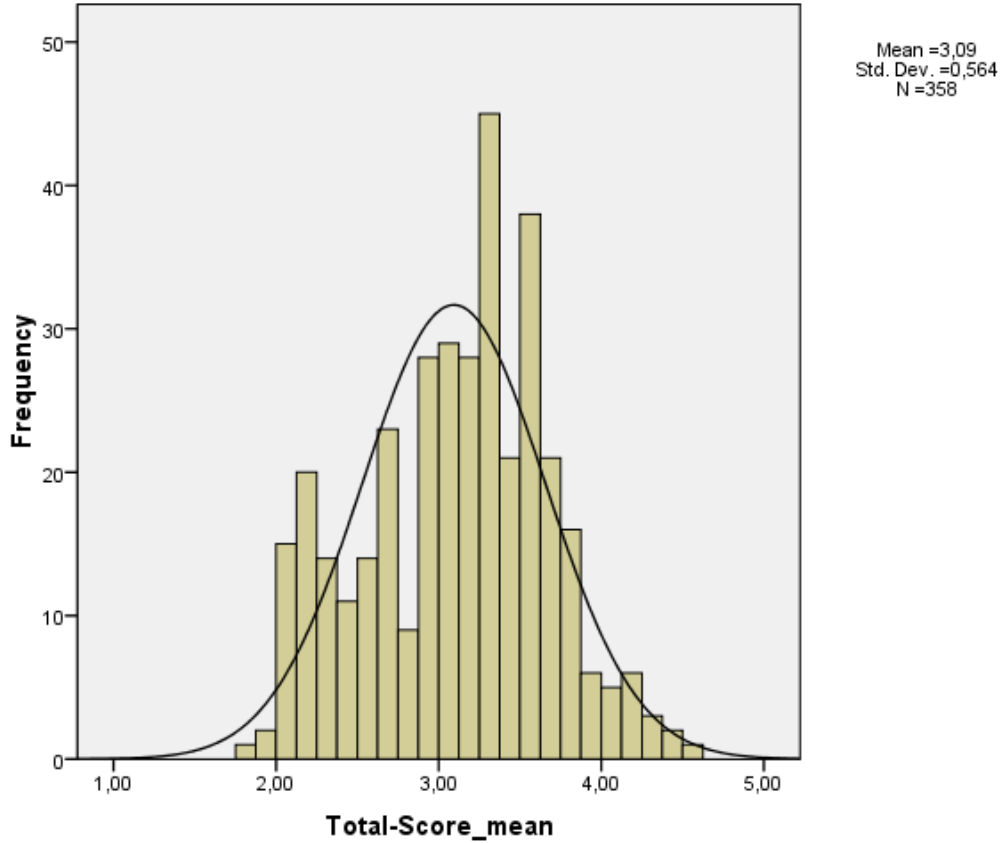
Araştırma kapsamına giren yaşlıların 320 (%89.4)'si kendi kendine yardım almadan giyinebilirken 25 (%7.0)'i kısmen bağımlı, 13 (%3.6)'ü bir başkasına bağımlı kalmaktadır. Tuvalet ihtiyacını 336(%93.9)'sı yardım almadan gerçekleştirebilirken 12 (%3.3)'si kısmen bağımlı 10 (%2.8)'u bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Kendi kendine giyinebilme durumu cinsiyetler arasında istatistiki anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.01$). Ancak tuvalet ihtiyacını karşılama durumu istatistiki farklılık göstermediği saptandı ($p=0.45$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yemek hazırlarken 126 (%35.2)'sı bağımlı değil iken 190 (%53.1)'i kısmen bağımlı, 42 (%11.7)'si bağımlıdır. Kendi kendine beslenebilme durumunda 330 (%92.3)'u bağımlı değilken 13(%3.8)'ü kısmen bağımlı 13 (%3.1)'ü bir başkasına bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Kendi kendine yemek hazırlama ve beslenebilme durumlarında bağımlı olma durumu cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Kendi kendine yemek hazırlamada bağımlı olma durumu kadınlara oranla erkeklerde istatistiki anlamlı olarak daha sık görülmektedir ($p=0.00$) ancak beslenme de farklılığın olmadığı saptandı ($P=0.09$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların 286 (%79.9)'sı tek başına alışveriş yapabilirken 33 (%9.2)'ü kısmen bağımlı 39 (%10.9)'u bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Ulaşımı sağlarken 290 (%81.0)'i bağımsız, 36 (%10.1)'sı kısmen bağımlı, 32 (%8.9)'si bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Alışveriş ve ulaşım faaliyetlerinde bağımlı olma durumu cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.00$).

4.4. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

4.4.1. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-BREF Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular



Şekil 6. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi toplam puanının normal dağılım grafiği

Verilerimiz normal dağılıma uymaktadır.

Tablo 20. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-BREF ölçeğine göre yaşam kalitesi alan ortalama puanlarının dağılımı (20 puan üzerinden)

Alanlar	Minimum	Maximum	Ortalama \pm SD
Bedensel Alan	5.7	20	10.8 \pm 4.7
Ruhsal Alan	6	20	13.0 \pm 3.8
Sosyal Alan	2.7	17.3	9.0 \pm 2.9
Çevresel Alan	5	20	12.5 \pm 3.7
Çevresel Alan- Tr	5.3	19.6	13.0 \pm 3.4

Araştırmaya katılan yaşlıların WHOQOL-BREF ölçeğine göre yaşam kalitesi bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan, çevresel alan ulusal sorulu temel alanları ortalama puanları sırasıyla 10.8 ± 4.7 , 13.0 ± 3.8 , 9.0 ± 2.9 , 12.5 ± 3.7 , 13.0 ± 3.4 'dür.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin cinsiyetlere ve evli olma durumlarına göre dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitesi WHOQOL BREF Puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

ORTALAMA \pm SD							
Özellik		Sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr
Cinsiyet	Erkek	169	12.3 ± 5.3	14.4 ± 3.7	10.0 ± 2.8	13.4 ± 3.5	13.9 ± 3.1
	Kadın	189	9.6 ± 4.0	11.8 ± 3.4	8.1 ± 2.8	11.7 ± 3.7	12.2 ± 3.4
	P değeri		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Öğrenim durumu	OYD	237	9.2 ± 4.0	11.7 ± 3.1	8.1 ± 2.7	11.2 ± 3.4	11.8 ± 3.0
	Okur yazar	57	13.1 ± 4.3	14.8 ± 3.1	10.4 ± 2.7	14.0 ± 2.5	14.4 ± 2.2
	İlkokul	43	14.0 ± 4.4	14.8 ± 4.1	10.6 ± 2.5	14.5 ± 3.5	14.8 ± 3.2
	Ortaokul ve üzeri	21	17.5 ± 2.5	18.9 ± 1.4	12.1 ± 2.8	18.2 ± 1.3	18.3 ± 1.0
	p		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sosyal güvence	Yok	44	9.2 ± 3.3	12.0 ± 3.0	7.9 ± 2.6	10.7 ± 3.0	11.4 ± 2.9
	ES,SSK,B ağ-Kur	184	12.6 ± 4.3	14.3 ± 3.7	9.9 ± 2.9	14.1 ± 3.5	14.4 ± 3.3
	YK	129	9.0 ± 4.9	11.6 ± 3.4	8.1 ± 2.8	10.7 ± 3.0	11.5 ± 2.7
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Eşin olup olmama durumu	Var	235	11.6 ± 5.0	13.5 ± 4.0	9.4 ± 3.0	12.8 ± 3.9	13.2 ± 3.4
	Yok	123	9.5 ± 4.0	12.0 ± 3.2	8.3 ± 2.8	12.0 ± 3.4	12.6 ± 3.2
	P değeri		0.00	0.00	0.00	0.04	0.05

*Özel sigortalı olma durumu analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların cinsiyeti ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında sırasıyla erkekler ve kadınlarda bedensel alan; (12.3 ± 5.3), (9.6 ± 4.0) ruhsal alan (14.4 ± 3.7), (11.8 ± 3.4) sosyal alan (14.4 ± 3.7), (8.1 ± 2.8) ve çevre alan (13.4 ± 3.5) (11.7 ± 3.7) puan ortalamaları kadınlara göre istatistiki anlamlı

olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.00$) Yaşam kalitesi ruhsal alan puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.00$).

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ortaokul ve üzeri eğitim almış yaşlılarda bedensel alan(17.5 ± 2.5), ruhsal alan(18.9 ± 1.4), sosyal alan(12.1 ± 2.8), çevresel alan(18.2 ± 1.3)’da okur yazar olmayan, okur yazar ve ilköğretim mezunu olan yaşlılarla farklılık göstermektedir. Orta okul ve üzeri öğrenim görmüş yaşlılarda istatistiksel olarak anlamlı olarak yaşam kalitesi daha yüksektir ($p=0.00$).

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin sosyal güvence durumuna göre Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur olan yaşlıların yaşam kalitesi puanları bedensel alan (12.6 ± 4.3), ruhsal alan(14.3 ± 3.7), sosyal alan (9.9 ± 2.9), çevresel alan (14.1 ± 3.5) puanları sosyal güvencesi yeşil kart ve sosyal güvencesi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p=0.00$)

Eşin olup olmama durumu yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında evli olan ve olmayan yaşlılarda sırasıyla bedensel alan (11.6 ± 5.0) (9.5 ± 4.0), ruhsal alan (13.5 ± 4.0) (12.0 ± 3.2), sosyal alan (9.4 ± 3.0) (8.3 ± 2.8), çevresel alan (12.8 ± 3.9) (12.0 ± 3.4) puan ortalamalarının tümünde eş olmayan yaşlılara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.00$, $p=0.00$, $p=0.00$, $p=0.04$).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin düzenli aylık gelirinin olup olmama durumlarına göre dağılımı Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin aylık gelirlerinin olup olmama olma durumuna göre dağılımı

ORTALAMA \pm SD							
Özellik		sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr
Gelir durumu	Var	253	11.5 \pm 5.0	13.6 \pm 3.8	9.3 \pm 2.9	13.2 \pm 3.7	13.6 \pm 3.3
	Yok	105	9.5 \pm 3.8	11.6 \pm 3.4	8.2 \pm 2.9	10.9 \pm 3.4	11.6 \pm 3.0
	P değeri		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli gelir ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında geliri olan yaşlıların yaşam kalitesi düzenli geliri olmayanlara göre istatistiki anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin gelir kaynaklarına göre dağılımı Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin gelir kaynaklarına göre dağılımı

ORTALAMA ±SD							
Özellik		Sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr
Gelir kaynağı	Kendi maaşı	45	15.5±2.7	16.2±2.7	11.0±2.1	16.1±2.9	16.1±2.8
	Dolaylı emekli maaşı	66	10.7±4.5	12.9±3.7	8.8±3.3	11.2±3.7	13.7±3.4
	Yaşlılık maaşı	96	8.4±4.4	11.8±2.9	8.0±2.5	11.0±3.0	11.6±2.7
	Faiz-kira	3	13.7±3.9	16.9±2.7	9.8±0.8	16.8±2.3	16.7±2.0
	Çalışıyor	47	14.3±4.0	15.3±3.9	11.1±2.5	14.2±3.0	14.6±2.8
	diğer	4	14.1±4.9	16.2±2.6	11.0±4.4	16.5±1.2	16.9±1.0
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*Gelir kaynaklarından Türkiye’de akraba analiz dışı bırakılmıştır

*Yurt dışı akraba kaynaklı gelirler analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kaliteleri gelir kaynaklarına göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi gelir kaynağı kendi maaşı olan yaşlılarda bedensel alan (15.5±2.7), gelir kaynağı kira/faiz olan yaşlıların ruhsal alan (16.9±2.7), halen çalışıyor olan yaşlıların sosyal alan (11.1±2.5), gelir kaynağı kira/faiz olan yaşlıların çevresel alan(16.8±2.3)puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.00).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımı Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırılması

ORTALAMA \pm SD							
Özellik	sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr	
Kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	40	9.8 \pm 4.5	11.1 \pm 3.0	8.8 \pm 1.9	11.4 \pm 3.0	12.0 \pm 2.4
	Eş ve çocukları	117	12.2 \pm 4.7	13.8 \pm 4.0	9.4 \pm 3.1	13.0 \pm 3.5	13.5 \pm 3.2
	Çocuğu ve onun ailesi	96	9.5 \pm 3.6	11.9 \pm 3.1	7.9 \pm 3.2	12.1 \pm 6.6	12.6 \pm 3.4
	diğer	3	8.2 \pm 6.3	14.0 \pm 3.5	10.7 \pm 2.3	12.0 \pm 6.0	12.9 \pm 3.4
	P		0.00	0.00	0.00	0.10	0.07

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi eş ve çocukları ile yaşayan yaşlılarda; bedensel alan(12.2 \pm 4.7), ruhsal alan(13.8 \pm 4.0), sosyal alan(9.4 \pm 3.1), puanları diğer yaşlılara göre istatistiki anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.00) ancak çevresel alan (13.5 \pm 3.2) da diğer alt guruplarda istatistiki farklılık oluşturmamıştır (p=0.10).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğunun yaşadığı yere göre dağılımı Tablo 25 'de verilmiştir.

Tablo 25. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğunun yaşadığı yere göre dağılımı

ORTALAMA ±SD							
Özellik		sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr
Kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuk	Yakın evde	19	12.9±4.6	14.5±3.7	9.3±2.7	15.1±4.2	15.2±3.7
	Aynı yerleşim yerinde	141	11.2±4.0	13.0±3.9	9.4±2.9	12.6±3.9	13.0±3.6
	Yakın bir yerleşim yerinde	33	9.7±6.6	13.8±2.2	9.4±2.0	11.2±2.3	11.7±2.1
	Uzak bir yerleşim yerinde	29	13.0±5.8	14.3±4.3	9.8±3.7	13.7±4.5	14.3±4.4
	Diğer	15	6.4±1.5	8.7±1.4	7.6±1.4	9.0±1.0	10.2±0.9
	P Değeri		0.00	0.00	0.03	0.00	0.00

* Başka ülkede yaşayan öz/üvey çocuk analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin kendisine en yakın oturan öz/üvey çocuğunun yaşadığı yere göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi yakın evde yaşayan yaşlılarda bedensel alan (12.9±4.6), ruhsal alan (14.5±3.7), sosyal alan (9.3±2.7), çevresel alan (15.1±4.2) puanları diğer yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.03, p=0.00, p=0.00).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre dağılımı Tablo 26 'da verilmiştir.

Tablo 26. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre dağılımı

ORTALAMA ±SD							
Özellik	Sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr	
Diabet	Var	84	9.2 ±4.8	12.1 ±3.7	9.1 ±2.6	12.5 ±3.9	12.9 ±3.5
	Yok	274	11.4 ±4.6	13.3 ±3.7	9.0 ±3.0	12.5 ±3.7	13.0 ±3.3
	P		0.00	0.01	0.8	0.9	0.8
KAH	var	36	9.5 ±3.3	11.3±3.1	9.0±2.9	12.8±3.0	13.3±2.7
	yok	322	11.0 ±4.9	13.2±3.8	9.0±3.0	12.5±3.8	13.0±3.4
	P		0.06	0.00	0.98	0.61	0.52
Kalp Yetmezliği	Var	67	9.7±4.0	12.5±3.3	8.8±2.8	12.8±3.5	13.4±3.0
	Yok	291	11.2±3.3	13.1±3.9	9.0±3.5	12.4±3.8	12.9±3.4
	P		0.01	0.28	0.47	0.50	0.30
Hipertansiyon	Var	193	9.7±4.6	12.4±3.5	9.0±2.7	12.4±3.4	12.9±3.0
	Yok	165	12.3±4.6	13.7±4.0	9.2±3.2	12.6±4.0	13.0±3.7
	P		0.00	0.00	0.22	0.45	0.66
Serebro- vasküler olay	Var	32	10.3±3.7	12.7±3.8	9.0±2.9	12.8±3.8	13.5±3.4
	Yok	326	10.9±4.8	13.0±3.8	9.0±3.0	12.5±3.7	13.0±3.4
	P		0.51	0.70	0.90	0.63	0.45
Romatizma	Var	158	9.4±4.4	12.1±3.5	8.8±2.8	11.8±3.6	12.4±3.2
	Yok	200	12.0±4.7	13.7±3.8	9.2±3.0	13.0±3.8	13.5±3.4
	P		0.00	0.00	0.24	0.00	0.00
Ameliyat geçirme	Var	123	10.3±4.6	12.2±3.9	8.5±3.4	12.4±3.9	12.9±3.5
	Yok	235	11.2±4.8	13.4±3.6	9.3±2.7	12.6±3.6	13.0±3.3
	P		0.01	0.00	0.02	0.69	0.77
Kemik Kırığı	Var	8	8.0±2.2	10.5±3.0	7.8±2.1	11.6±3.2	12.2±3.2
	Yok	350	11.0±4.8	13.0±3.8	9.0±3.0	12.5±3.7	13.0±3.4
	P		0.05	0.05	0.19	0.61	0.59

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre karşılaştırıldığında diabet varlığının; bedensel ve çevresel alan puanlarında, KAH sadece ruhsal alan puanlarında, kalp yetmezliğinin sadece bedensel alanda, hipertansiyonun bedensel ve ruhsal alanda, romatizmanı bedensel ruhsal ve çevresel alanda, ameliyat geçirmiş olmanın bedensel, ruhsal,

sosyal alanda istatistiki anlamlılığa ulaşmış olduğu saptanmış iken, serebro-vasküler olay ve kemiklerde kırık geçirmiş olmanın bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda hiçbirinde anlamlılığa ulaşmadığı saptandı.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin özürlü olma durumuna göre dağılımı Tablo 27 'de verilmiştir.

Tablo 27. Araştırma kapsamına katılan engelli olduğunu belirten yaşlıların yaşam kalitelerinin engelli olma durumuna göre dağılımı

ORTALAMA \pm SD							
Özellik		sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr
Engel durumu	yok	182	12.3 \pm 5.3	14.0 \pm 3.8	9.6 \pm 2.9	13.0 \pm 3.8	13.5 \pm 3.5
	var	176	9.4 \pm 3.6	12.0 \pm 3.5	8.4 \pm 2.9	11.9 \pm 3.6	12.5 \pm 3.3
	P Değeri		0.00	0.00	0.00	0.00	0.01

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin engel durumuna göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi herhangi bir engeli olmayan yaşlılarda bedensel alan (12.3 \pm 5.3), ruhsal alan (14.0 \pm 3.8), sosyal alan (9.6 \pm 2.9), çevresel alan (13.0 \pm 3.8) puanları diğer yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.01).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre dağılımı Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre dağılımı

ORTALAMA ±SD							
Özellik	sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr	
Günlük yaşam aktivitelerini sağlayış şekli	Ev içi ve dışı aktivitelerinde bağımlı değil	307	11.3±4.9	13.4±3.7	9.2±2.9	12.8±3.7	13.3±3.3
	Ev içi bağımsız, ev dışında yardıma ihtiyaç duyuyor	32	9.0±3.1	11.2±3.2	8.2±3.4	10.8±3.6	11.5±3.4
	Sadece ev içinde hareket edebiliyor, ev dışına çıkamıyor	12	7.9±2.0	10.4±3.4	7.9±3.0	10.7±3.9	11.6±3.3
	Yatağa bağımlı	7	5.6±1.6	10.7±4.4	6.3±2.8	10.3±3.0	10.8±2.7
	P		0.00	0.00	0.01	0.00	0.00

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ev içi ve dışı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmayan yaşlılarda bedensel alan (11.3±4.9), ruhsal alan (13.4±3.7), sosyal alan (9.2±2.9), çevresel alan (12.8±3.7) puanları diğer yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.01, p=0.00)

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumlarına göre dağılımı Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29: Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumu göre dağılımı

ORTALAMA \pm SD							
Özellik	sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr	
Temizlik	Bağımsız	149	10.2 \pm 3.9	12.2 \pm 3.3	8.6 \pm 2.7	12.2 \pm 3.7	12.6 \pm 3.4
	Kısmen bağımlı	172	11.8 \pm 5.4	14.0 \pm 3.8	9.5 \pm 3.2	13.1 \pm 3.6	13.6 \pm 3.2
	Bağımlı	37	9.6 \pm 4.0	11.6 \pm 4.2	8.7 \pm 2.4	10.8 \pm 3.9	11.7 \pm 3.5
	P		0.00	0.00	0.01	0.00	0.00
Alışveriş	Bağımsız	286	11.5 \pm 4.9	13.4 \pm 3.7	9.4 \pm 2.9	12.9 \pm 3.6	13.4 \pm 3.3
	Kısmen bağımlı	33	9.1 \pm 4.0	12.4 \pm 3.9	7.6 \pm 2.9	11.6 \pm 3.9	12.2 \pm 3.6
	Bağımlı	39	8.0 \pm 2.4	10.5 \pm 3.4	7.7 \pm 3.2	10.3 \pm 3.3	11.1 \pm 3.0
	P		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ulaşım	Bağımsız	290	11.6 \pm 4.9	13.5 \pm 3.7	9.5 \pm 2.8	13.0 \pm 3.6	13.5 \pm 3.3
	Kısmen bağımlı	36	8.3 \pm 3.0	11.0 \pm 2.6	7.2 \pm 1.9	9.9 \pm 2.4	10.7 \pm 2.2
	Bağımlı	32	7.5 \pm 2.3	10.4 \pm 3.4	6.9 \pm 3.3	10.0 \pm 3.5	10.8 \pm 2.3
	P		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Yemek hazırlama	Bağımsız	126	10.4 \pm 4.0	12.3 \pm 3.4	8.7 \pm 2.7	12.5 \pm 3.7	12.9 \pm 3.4
	Kısmen bağımlı	190	11.6 \pm 5.2	13.7 \pm 3.8	9.3 \pm 3.2	12.7 \pm 3.8	13.2 \pm 3.4
	Bağımlı	42	9.3 \pm 4.0	12.2 \pm 4.0	8.6 \pm 2.6	11.7 \pm 3.4	12.5 \pm 3.0
	P		0.00	0.00	0.09	0.30	0.30
Yıkama	Bağımsız	308	11.3 \pm 4.9	13.3 \pm 3.8	9.3 \pm 2.9	12.7 \pm 3.7	13.2 \pm 3.4
	Kısmen bağımlı	29	8.7 \pm 3.0	11.6 \pm 3.0	7.2 \pm 2.9	10.6 \pm 3.1	11.4 \pm 2.9
	Bağımlı	21	8.5 \pm 3.1	10.9 \pm 3.5	8.0 \pm 3.4	11.8 \pm 3.7	12.2 \pm 3.0
	P		0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
Giyinme	Bağımsız	320	11.2 \pm 4.8	13.3 \pm 3.7	9.2 \pm 2.9	12.7 \pm 3.7	13.2 \pm 3.3
	Kısmen bağımlı	25	7.5 \pm 2.6	9.8 \pm 2.0	6.2 \pm 2.3	9.2 \pm 2.4	10.2 \pm 2.4
	Bağımlı	13	8.9 \pm 3.9	11.9 \pm 3.9	9.1 \pm 3.8	13.0 \pm 3.9	13.0 \pm 3.3
	P		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tuvalet ihtiyacı	Bağımsız	336	11.0 \pm 4.8	13.2 \pm 3.7	9.0 \pm 3.0	12.6 \pm 3.7	13.0 \pm 3.4
	Kısmen bağımlı	12	6.8 \pm 1.9	9.6 \pm 2.2	7.0 \pm 1.8	9.2 \pm 2.0	10.3 \pm 1.7
	Bağımlı	10	10.4 \pm 3.1	11.5 \pm 4.4	10.7 \pm 2.8	13.0 \pm 4.2	13.7 \pm 3.6
	P		0.00	0.00	0.01	0.00	0.00
Beslenme	Bağımsız	330	11.1 \pm 4.8	13.2 \pm 3.7	9.1 \pm 2.9	12.6 \pm 3.7	13.1 \pm 3.4
	Kısmen bağımlı	15	7.0 \pm 1.7	9.2 \pm 1.7	6.3 \pm 2.2	9.4 \pm 1.8	10.3 \pm 1.6
	Bağımlı	13	8.9 \pm 3.9	11.9 \pm 3.9	9.1 \pm 3.8	13.0 \pm 3.8	13.0 \pm 3.3
	P		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumu göre dağılımı Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumu göre dağılımı

Özellik	ORTALAMA ±SD						
		sayı	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Çevresel Alan-Tr
Üzücü olay yaşama	Hayır	310	10.9±4.8	13.0±3.8	9.0±2.9	12.6±3.6	13.0±3.3
	Evet	48	10.8±4.5	12.8±3.9	9.0±3.3	11.9±4.4	12.5±4.0
	p		0.8	0.7	0.2	0.2	0.2
Sevindirici olay yaşama	Hayır	337	10.8±4.8	12.9±3.7	8.9±3.0	12.4±3.7	12.9±3.3
	Evet	21	12.4±3.9	15.4±3.7	10.8±2.6	14.5±4.0	14.7±3.7
	p		0.08	0.00	0.01	0.01	0.01

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında sevindirici bir haber alan yaşlılarda bedensel alan (12.4±3.9), ruhsal alan (15.4±3.7), sosyal alan (10.8±2.6), çevresel alan (14.5±4.0) puanları saptanmış olup bedensel alan dışındaki alanların istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.08, p=0.00, p=0.01, p=0.01).

4.4.2. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-OLD Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeğine göre yaşam kalitesine ilişkin bulgular.

Tablo 31. Yaşam kalitesi 6 temel alan ve 24 alt alan puan ortalamaları dağılımı

Alanlar	Min	Max	Ortalama	SS	SH
Duyusal yetenekler (Toplam)	4	20	12.0	3.1	0.2
Günlük yaşamı etkileme	1	5	2.0	1.3	0.07
Günlük faaliyetlere katılma	1	5	2.1	1.4	0.07
Başkalarıyla ilişki kurma	1	5	2.0	1.3	0.07
Duyularla ilgili işlevleri algılama	1	5	3.0	1.0	0.05
Otonomi (Toplam)	4	20	12.4	5.0	0.3
Kendi kararlarını verebilme	1	5	4.0	1.2	0.06
Geleceğini kontrol edebilme	1	5	3.8	1.3	0.07
Saygı görebilme	1	5	2.8	1.3	0.07
Yapmak istediklerini yapabilme	1	5	4.0	1.0	0.06
Geçmiş, Bugün, Gelecek Aktiviteleri (Toplam)	4	20	10.7	3.0	0.2
Başarılı bir hayat sürebilme	1	5	2.9	1.3	0.07
Saygınlığı elde etme	1	5	3.7	1.1	0.06
Başarılarından hoşnutluk	1	5	3.0	1.2	0.06
Gelecekte umutlu olma ve beklenti	1	5	3.1	1.4	0.07
Sosyal Katılım (Toplam)	4	20	12.6	4.3	0.2
Her gün yapacak işi olması	1	5	2.9	1.4	0.07
Zamanı kullanmadan hoşnutluk	1	5	3.0	1.2	0.06
Yapılan faaliyet miktarından hoşnutluk	1	5	3.0	1.2	0.06
Toplumsal faaliyetlere katılabilme	1	5	3.0	1.6	0.08
Ölüm ve Ölmek (Toplam)	4	20	12.0	4.4	0.2
Ölüm şekline kaygı duyma	1	5	2.8	1.7	0.09
Ölümü kontrol edememe korkusu	1	5	2.8	1.7	0.09
Ölümden korkma	1	5	2.8	1.7	0.09
Ölmeden önce acı çekmekten korkma	1	5	2.9	1.7	0.09
Yakınlık (Toplam)	4	20	14.4	3.5	0.2
Dostluk ve arkadaşlık duygusu	1	5	3.5	1.0	0.05
Sevgiyi yaşama ve hissetme	1	5	3.5	1.0	0.06
İnsanları sevebilme imkânı	1	5	3.7	0.9	0.05
İnsanlar tarafından sevilme imkânı	1	5	3.7	0.9	0.05
Yaşam Kalitesi Toplam	24	120	74.1	23.3	1.3

Tablo 31’de yaşam kalitesi temel alanları duyuşsal yetiler, otonomi, geçmiş bugün gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ortalama puanları

sırasıyla 12.0±3.1, 12.4±5.0, 10.7±3.0, 12.6±4.3, 12.0±4.4 ve 14.4±3.5'dir. Toplam yaşam kalitesi ortalama puanı 74.1±23.3'dür.

Sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi alan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyo demografik özellikler		Ortalama±SD						
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölme	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Yaş grubu	60-64	11.6±2.8	11.8±5.0	10.3±3.0	13.5±4.2	13.4±4.2	14.6±3.2	53.4±14.1
	65-69	12.1±3.3	12.6±4.7	11.1±3.1	12.1±4.2	12.0±4.8	14.2±3.2	52.2±13.4
	70-74	12.2±3.5	12.4±4.7	11.0±3.0	12.0±4.4	10.6±4.0	14.7±3.5	50.5±14.2
	75-79	12.3±2.6	12.9±5.6	11.0±3.1	13.0±4.0	13.0±4.0	14.5±4.3	54.8±14.7
	80-84	11.8±3.2	14.0±5.1	11.5±3.1	10.0±3.6	8.7±3.5	13.5±3.0	47.3±16.0
	85 +	12.7±3.6	14.0±5.0	11.5±2.2	12.0±4.0	9.6±4.0	11.8±4.8	49.7±12.3
	P	0.5	0.3	0.3	0.02	0.00	0.08	0.08
Cinsiyet	Erkek	12.8±2.7	12.4±4.9	11.3±2.8	13.8±4.0	13.2±4.2	15.2±3.7	57.12±12.1
	Kadın	11.2±3.2	12.4±5.0	10.2±3.1	11.5±4.2	11.1±4.2	13.6±3.2	48.0±14.4
	P	0.00	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Öğrenim durumu	OYD	11.8±3.4	12.5±5.0	10.4±3.0	11.5±4.0	10.6±4.0	13.7±3.6	48.4±13.6
	Okur yazar	12.7±2.6	13.8±5.0	12.1±3.4	14.3±3.6	14.3±3.9	15.7±2.5	61.5±11.6
	İlkokul	11.4±2.6	11.4±4.9	10.2±2.9	13.6±4.5	14.5±3.4	15.6±3.4	54.9±12.8
	Orta okul ve üzeri	12.7±1.2.	10.0±3.0	11.9±0.9	18.6±1.8	17.8±1.3	16.2±2.6	66.0±4.0
	P	0.09	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sosyal güvence durumu	Yok	12.3±4.4	12.8±5.0	10.6±2.2	11.3±4.0	10.3±3.5	13.0±4.0	48.3±13.0
	ES,SSK,BAĞ-KUR	12.3±3.1	12.3±5.0	11.2±3.3	14.0±3.9	13.5±4.5	15.3±3.0	57.0±12.4
	YK	11.2±2.3	12.4±5.0	10.0±2.8	10.9±4.1	10.7±3.9	13.6±3.7	46.8±14.3
	P	0.00	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Medeni durum	Evli	11.9±3.0	12.6±4.9	10.7±3.0	12.9±4.2	12.7±4.3	14.6±3.7	53.5±13.6
	Dul	12.2±2.2	12.0±5.1	10.9±3.0	12.0±4.2	11.0±4.3	14.0±3.1	50.0±4.7
	P	0.4	0.2	0.5	0.04	0.00	0.1	0.1

Duyusal yetenekler alan ortalaması erkeklerde (12.8±2.7), sosyal sigortası olmayan yaşlılarda (12.3±4.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Otonomi alan ortalaması okur yazar olan yaşlılarda (13.8±5.0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

G.B.G. aktiviteleri alan ortalaması erkeklerde (11.3±2.8), okur yazar olan yaşlılarda (12.1±3.4) ve orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (11.9±0.9) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sosyal katılım alan ortalaması 60-64 yaş grubu yaşlılarda (13.5±4.2), erkeklerde (13.8±4.0), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (18.6±1.8), halen evli olan yaşlılarda (12.9±4.2), sosyal güvencesi emekli sandığı, SSK, Bağ-kur olan yaşlılarda (14.0±3.9) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Ölüm ve ölmek alan ortalaması erkeklerde (13.2±4.2), 60-64 yaş grubunda (13.4±4.2), ortaokul ve üzeri eğitimi olan yaşlılarda (17.8±1.3), sosyal güvencesi Emekli sandığı, SSK ve Bağ-kur olan yaşlılarda (13.5±4.5), halen evli olan yaşlılarda (12.7±4.3) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Yakınlık alan ortalaması erkeklerde (15.2±3.7), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (16.2±2.6), sosyal güvencesi Emekli sandığı, SSK ve Bağ-kur olan yaşlılarda (15.3±3.0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması erkeklerde (57.12±12.1), orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda (66.0±4.0), sosyal güvencesi Emekli sandığı, SSK ve Bağ-kur olan yaşlılarda (57.0±12.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin düzenli aylık gelirinin olup olmama durumlarına göre dağılımı Tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin aylık gelirlerinin olup olmama olma durumuna göre dağılımı

Sosyo demografik özellikler		Ortalama±SD						
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Gelir durumu	Yok	12.3±3.7	13.0±4.9	10.4±3.0	11.3±4.0	10.1±4.0	13.4±4.0	48.2±14.9
	Var	11.8±2.8	12.2±5.0	10.9±3.0	13.1±4.2	12.9±4.3	14.8±3.2	53.9±13.4
	p	0.2	0.1	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00

Araştırma kapsamına giren yaşlıların düzenli gelir ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında geliri olan yaşlıların sosyal katılım (13.1±4.2), ölüm ve ölmek (12.9±4.3), yakınlık (14.8±3.2), toplam yaşam kalitesi (53.9±13.4) düzenli geliri olmayanlara göre istatistiki anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.00).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin gelir kaynaklarına göre dağılımı Tablo 34’de verilmiştir.

Tablo 34. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin gelir kaynaklarına göre dağılımı

Özellik		Ortalama±SD						
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Gelir kaynağı	Kendi emekli maaşı	11.3±2.0	11.9±4.7	11.4±2.4	15.4±3.7	15.6±2.8	16.0±2.2	60.0±10.0
	Dolaylı emekli maaşı	12.7±3.1	12.3±5.3	10.8±2.9	13.0±3.7	12.8±4.7	14.5±3.2	54.4±12.1
	Yaşlılık maaşı	11.1±2.9	12.8±4.9	10.8±3.2	11.0±4.0	10.3±3.6	13.4±3.4	47.4±14.7
	Çalışıyor	13.7±2.1	13.8±5.0	11.9±1.3	15.0±2.6	13.5±4.1	15.1±3.1	61.4±6.3
	*diğer	12.5±2.0	11.6±5.2	10.5±3.2	14.8±3.9	14.9±3.5	16.5±2.2	59.3±9.0
	p	0.00	0.7	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00

* Gelir kaynaklarından Türkiye’de akraba, yurt dışı akraba, kira-faiz kaynaklı gelirler analizde birleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kaliteleri gelir kaynaklarına göre karşılaştırıldığında halen çalışan yaşlılarda duyuşsal alan (13.7±2.1), toplam yaşam kalitesi (61.4±6.3) kendi emekli maaşını alan yaşlılarda sosyal katılım (15.4±3.7), ölüm ve ölmek (15.6±2.8), yakınlık (16.0±2.2) alan ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.00).

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımı Tablo 35’de verilmiştir.

Tablo 35. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırılması

Özellik		Ortalama±SD						
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Birlikte yaşama	Eşyle	11.6±2.4	12.1±4.9	10.3±2.6	13.4±4.1	12.8±4.1	14.7±3.0	53.3±13.4
	Yalnız	12.5±3.6	13.9±5.0	11.1±3.4	11.0±4.9	10.7±3.9	13.1±4.3	50.5±14.8
	Eş ve çocuklar	12.1±3.2	13.2±4.9	11.0±3.3	13.0±4.1	12.8±4.5	14.7±3.9	55.2±13.6
	Çocuğu ve onun ailesi	11.9±3.4	11.0±4.8	10.7±3.0	11.9±3.9	11.0±4.3	14.0±3.0	48.6±14.4
	Diğer	13.3±1.1	10.7±2.3	10.7±0.6	10.3±7.5	10.7±8.0	16.0±3.5	49.6±15.6
	P	0.4	0.00	0.6	0.00	0.00	0.08	0.08

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırıldığında yalnız yaşayan yaşlılarda otonomi (13.9±5.0), eşi ile yaşayanlarda sosyal katılım (13.4±4.1), eşyle (12.8±4.1) ve eş ve çocuklar ile yaşayan (12.8±4.5) yaşlıların ölüm ve ölmek alan ortama puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(p<0.05). Toplam yaşam kalitesi ise eş ve çocukları ile birlikte yaşayan yaşlılarda (55.2±13.6) yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre dağılımı Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre dağılımı

	Ortalama±SD							
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Diabet	Var	11.5±3.4	12.6±4.8	10.9±2.6	12.4±3.9	12.0±4.1	14.4±3.6	65.0±22.9
	Yok	12.05±2.9	12.3±5.0	10.6±3.1	12.6±4.3	12.1±4.5	14.3±3.4	64.9±21.7
	p	0.2	0.7	0.4	0.7	0.8	0.9	0.9
KAH	Var	11.8±3.1	12.1±5.2	10.0±2.8	11.1±2.9	11.4±4.0	14.1±2.2	63.5±14.3
	Yok	11.9±3.1	12.4±4.9	10.8±3.0	12.7±4.3	12.1±4.4	14.4±3.6	65.0±22.6
	P	0.8	0.7	0.1	0.03	0.3	0.7	0.7
Kalp Yetmezliği	Var	12.3±2.7	13.1±4.8	11.0±2.7	12.4±3.7	11.5±4.1	13.9±3.1	61.9±19.8
	Yok	11.9±3.1	12.2±4.9	10.7±3.1	12.6±4.4	12.2±4.5	14.5±3.6	65.6±22.4
	P	0.3	0.2	0.4	0.8	0.3	0.2	0.2
Hipertansiyon	Var	12.1±3.3	12.0±5.0	10.8±2.9	12.0±3.9	11.5±4.4	14.2±3.6	64.1±22.5
	Yok	11.7±2.9	12.8±4.8	10.7±3.2	13.3±4.6	12.8±4.3	14.5±3.4	65.8±21.4
	P	0.2	0.1	0.8	0.00	0.00	0.4	0.4
Serebrovasküler olay	Var	13.2±3.2	13.0±4.7	11.0±2.8	12.3±3.3	11.0±4.1	14.5±2.7	65.8±16.7
	Yok	11.8±3.0	12.3±4.9	10.7±3.0	12.6±4.3	12.1±4.4	14.3±3.6	64.8±22.4
	P	0.01	0.5	0.5	0.7	0.1	0.8	0.8
Romatizma	Var	12.2±3.4	12.5±5.0	10.7±3.0	11.7±4.0	10.7±4.0	14.1±3.4	63.7±21.0
	Yok	11.7±2.9	12.3±4.9	10.8±3.0	13.3±4.4	13.1±4.4	14.5±3.6	65.9±22.7
	P	0.2	0.8	0.8	0.00	0.00	0.3	0.3
Ameliyat geçirme	Var	11.9±2.8	11.0±4.5	10.3±3.1	12.4±4.5	11.6±3.9	14.3±3.2	64.3±20.3
	Yok	12.0±3.2	13.1±5.0	10.9±2.9	12.7±4.1	12.3±4.6	14.4±3.6	65.2±22.7
	P	0.7	0.00	0.04	0.5	0.1	0.7	0.7
Kırık	Var	11.6±3.1	12.0±3.9	8.6±2.3	10.5±3.2	9.7±3.6	13.8±5.3	61.7±33.1
	Yok	11.9±3.1	12.4±4.9	10.8±3.0	12.6±4.2	12.1±4.4	14.4±3.4	65.0±21.7
	P	0.7	0.8	0.04	0.1	0.1	0.6	0.6

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin mevcut kronik hastalık olma durumuna göre karşılaştırıldığında duyuşsal yetenek alanında sadece serebrovasküler olay (13.2±3.2) varlığı, otonomi puanı ameliyat geçirmemiş

yaşlılarda (13.1±5.0), geçmiş bugün gelecek alan puanları; ameliyat geçirmemiş yaşlılarda (10.9±2.9), extremitelerde kırık olmayan yaşlılarda (10.8±3.0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (P<0.05).

Kalp yetmezliği, diabet varlığı hiç bir alanda , KAH sosyal katılım hariç diğer alanlarda, serebrovasküler olay varlığı duyuşsal yetenek hariç diğer alanlarda , romatizma, ölüm ve ölmek ve yakınlık hariç diğer alanlarda, hipertansiyon ölüm ve ölmek ve yakınlık alanı hariç diğer alanlarda , ameliyat geçirme otonomi ve GBG aktiviteleri hariç diğer alanlarda, extremitelerde kırık varlığı GBG aktiviteleri alanı hariç diğer alanların hiçbirinde anlamlılığa ulaşmadığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin özürülü olma durumuna göre dağılımı Tablo 37 'de verilmiştir.

Tablo 37. Araştırma kapsamına katılan engelli olduğunu belirten yaşlıların yaşam kalitelerinin engelli olma durumuna göre dağılımı

Özellik		Ortalama±SD						
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Engel durumu	Yok	12.8±3.4	12.5±4.9	10.6±3.0	13.3±4.2	13.5±4.2	14.9±3.2	54.3±14.0
	Var	11.2±2.5	12.3±5.0	10.8±3.0	11.8±4.2	10.6±4.1	13.8±3.7	50.2±13.9
	P	0.00	0.7	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00

Araştırma kapsamına katılan engeli olduğunu belirten yaşlıların yaşam kalitelerinin engel durumuna göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi herhangi bir engeli olmayan yaşlılarda duyuşsal yetenek (12.8±3.4), sosyal katılım (13.3±4.2), ölüm ve ölmek (13.5±4.2), yakınlık (14.9±3.2) ve toplam yaşam kalitesi (54.3±14.0) puanları diğer yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00). Engel varlığı otonomi ve GBG aktiviteleri alanlarında anlamlı bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre dağılımı Tablo 38'de verilmiştir.

Tablo 38. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre dağılımı

		Ortalama±SD						
Özellik		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Günlük yaşam aktivitelerini sağlayış şekli	Ev içi ve dışı aktivitelerinde bağımlı değil	11.9±3.0	12.1±4.9	10.5±3.0	12.9±4.2	12.7±4.1	14.4±3.6	65.4±22.4
	Ev içi bağımsız, ev dışında yardıma ihtiyaç duyuyor	13.5±3.0	15.7±3.9	12.9±2.6	11.0±4.4	8.8±4.7	14.2±2.7	63.9±16.8
	Sadece ev içinde hareket edebiliyor, ev dışına çıkamıyor	11.4±3.8	10.7±5.2	11.2±2.8	9.9±5.0	8.0±2.9	14.9±3.0	68.2±19.3
	Yatağa bağımlı	9.8±2.8	10.4±4.2	10.3±2.0	9.3±1.7	5.8±1.5	11.1±3.6	44.6±22.6
	P	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	0.09

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ev içi ve ev dışı hareket edebilme durumuna göre karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ev içi ve dışı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmayan yaşlılarda duysal yetenek (11.9±3.0), otonomi (12.1±4.9), GBG aktiviteleri (10.5±3.0), ölüm ve ölmek (12.7±4.1) alan puanları yatağa bağımlı olan diğer yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00). Günlük yaşamda bağımlı olamayan yaşlıların yakınlık ve toplam yaşam kalitesi alanlarında anlamlılığa ulaşmadığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumlarına göre dağılımı Tablo 39'da verilmiştir.

Tablo 39: Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumu göre dağılımı

Özellik		ORTALAMA± SD						
		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G.Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Temizlik	Bağımsız	11.1±3.0	12.7±4.9	10.1±3.2	12.3±4.2	12.0±4.1	13.8±3.1	61.2±19.5
	Kısmen bağımlı	12.5±2.6	12.0±5.0	11.0±2.8	13.4±4.1	12.9±4.2	15.0±3.6	68.6±22.8
	Bağımlı	12.7±4.5	13.3±4.8	11.9±2.9	10.0±4.2	8.2±4.3	14.0±4.0	62.5±25.3
	P	0.00	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Alışveriş	Bağımsız	11.9±2.9	12.4±5.0	10.5±3.0	13.1±4.1	13.0±4.0	14.5±3.5	65.6±21.9
	Kısmen bağımlı	11.7±2.7	12.8±5.3	11.7±3.6	11.5±5.0	10.7±4.1	12.9±3.3	55.7±20.6
	Bağımlı	12.9±4.1	12.0±4.6	11.5±2.9	9.8±3.4	6.4±2.5	14.9±3.5	67.9±21.9
	P	0.1	0.8	0.02	0.00	0.00	0.03	0.03
Ulaşım	Bağımsız	12.0±3.1	12.4±5.0	10.7±3.0	13.2±4.1	13.0±4.1	14.6±3.5	66.5±22.2
	Kısmen bağımlı	11.4±2.5	13.0±5.0	10.7±3.8	10.3±4.1	9.4±3.2	12.9±2.9	55.±18.2
	Bağımlı	11.7±3.6	12.0±5.0	11.4±2.5	9.3±3.5	6.7±2.4	13.7±3.4	60.9±21.2
	P	0.4	0.7	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00
emek hazırlama	Bağımsız	10.9±3.1	12.5±4.9	10.0±3.0	12.4±4.2	12.5±4.0	13.7±3.1	60.7±19.7
	Kısmen bağımlı	12.5±2.7	12.4±5.0	11.1±2.9	13.0±4.4	12.6±4.4	14.7±3.7	67.0±23.3
	Bağımlı	12.7±3.9	12.0±4.6	11.5±3.1	11.1±3.5	8.4±4.2	14.9±3.3	68.0±20.6
	P	0.00	0.9	0.00	0.02	0.00	0.02	0.02
Banyo yapma	Bağımsız	12.0±3.0	12.5±4.9	10.6±3.0	12.9±4.2	12.6±4.2	14.4±3.6	65.3±22.5
	Kısmen bağımlı	1.6±2.6	13.3±5.6	12.5±3.0	11.0±4.7	9.4±5.0	14.2±2.3	63.8±14.7
	Bağımlı	9.6±3.4	10.2±4.4	11.0±2.4	10.1±3.5	8.5±2.8	13.7±3.6	60.7±22.5
	P	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00	0.6	0.6
Giyinme	Bağımsız	12.0±3.0	1.5±4.9	10.6±3.0	12.9±4.2	12.5±4.3	14.5±3.6	65.4±22.3
	Kısmen bağımlı	11.6±2.7	12.3±5.8	12.1±3.3	10.0±4.6	8.4±4.2	14.4±2.8	65.2±17.3
	Bağımlı	9.9±3.6	10.5±4.0	11.2±2.2	11.1±4.1	8.7±3.3	12.3±3.2	51.9±19.8
	P	0.04	0.4	0.05	0.00	0.00	0.09	0.09
Tuvalet ihtiyacı	Bağımsız	12.0±3.0	12.5±4.9	10.7±3.0	12.8±4.2	12.3±4.4	14.4±3.5	65.3±22.0
	Kısmen bağımlı	10.6±3.6	9.2±5.3	10.3±3.3	8.4±0.8	7.3±0.9	14.0±2.9	62.5±18.5
	Bağımlı	10.2±4.1	11.6±4.0	11.3±2.5	11.5±4.7	9.8±3.0	12.7±3.6	54.4±22.2
	P	0.04	0.05	0.7	0.00	0.00	0.3	0.3
Beslenme	Bağımsız	12.0±3.0	12.6±4.9	10.7±3.0	12.4±4.3	12.4±4.4	14.4±3.5	65.2±21.9
	Kısmen bağımlı	11.0±3.2	10.9±5.7	10.4±4.0	8.8±0.9	7.4±1.6	15.0±3.5	69.2±22.0
	Bağımlı	9.9±3.6	10.5±4.0	11.2±2.2	11.1±4.1	8.7±3.1	12.3±3.2	51.9±19.8
	P	0.02	0.2	0.8	0.00	0.00	0.7	0.7

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların bireysel ihtiyaçlarını sağlamada bağımsız olma durumunun kısmen bağımlı ve bağımlı olma durumlarıyla karşılaştırıldığında duyuşal yetenek alanında; yemek hazırlama (10.9±3.1), temizlik (11.1±3.0) anlamlı olarak daha düşük, banyo yapma (12.0±3.0), giyinme (12.0±3.0), tuvalet ihtiyacını karşılamada (12.0±3.0) bağımsız olan yaşlılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.04, p=0.04) . Duyusal yetenek alanında alışveriş ve ulaşım aktivitelerinde anlamlılık saptanmamıştır.

Otonomi alanında tuvalet ihtiyacını karşılamada bağımsız olan yaşlıların puanları bağımlı olan yaşlılarla karşılaştırıldığında puanının istatistiki anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.05). Otonomi alan puanında giyinme, banyo yapma, yemek hazırlama, ulaşım, alıveriş, temizlik aktivitelerinde bağımlı olma durumu anlamlı bulunmamıştır.

GBG aktivitelerinde alan puanları; temizlik (10.1±3.2), alışveriş (10.5±3.0), yemek hazırlama (10.0±3.0), banyo yapma (10.6±3.0), giyinmede (10.6±3.0) bağımsız olan yaşlıların puanları bağımlı olan yaşlılardan istatistiki anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p=0.00, p=0.02, p=0.00, p=0.00, p=0.05). Tuvalet ihtiyacını karşılama ve ulaşım aktivitelerinde bağımlı olma durumlarında ise istatistiki anlamlılık saptanmamıştır.

Sosyal katılım alanında ise temizlik (12.3±4.2), alışveriş (13.1±4.1), ulaşım (13.±4.1), banyo yapma (12.9±4.2), giyinme (12.9±4.2), tuvalet ihtiyacı (12.8±4.2)'nı karşılamada bağımsız olan; yemek hazırlama (12.4±4.2) ise kısmen bağımlı olan yaşlı bireylerin puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.02, p=0.00, p=0.00, p=0.00).

Ölüm ve ölmek alanında; temizlik (12.0±4.1), alışveriş (13.0±4.0), ulaşım (13.0±4.1), yemek hazırlama (12.5±4.0), banyo yapma (12.6±4.2), giyinme (12.5±4.3), tuvalet ihtiyacını karşılama (12.3±4.4) da bağımsız olan yaşlıların puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00, p=0.00).

Yakınlık ve toplam yaşam kalitesi alanlarında tüm ihtiyaçları karşılamada bağımsız olan yaşlıları bağımlı olanlarla karşılaştırıldığında puanlar anlamlı olarak saptanmamıştır.

Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumu göre dağılımı Tablo 40’da verilmiştir.

Tablo 40. Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumu göre dağılımı

ORTALAMA \pm SD								
Özellik		Duyusal yetenek	Otonomi	G.B.G. Aktivite	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	Toplam Kalitesi
Üzücü olay yaşama	Hayır	11.9 \pm 3.0	12.5 \pm 5.0	10.7 \pm 3.1	12.5 \pm 4.2	12.3 \pm 4.3	14.3 \pm 3.5	64.2 \pm 21.8
	Evet	12.2 \pm 3.3	11.9 \pm 4.3	10.8 \pm 2.4	13.0 \pm 4.7	10.9 \pm 4.7	15.0 \pm 3.6	69.3 \pm 22.7
	p	0.6	0.5	0.8	0.5	0.05	0.1	0.1
Sevindirici olay yaşama	Hayır	11.9 \pm 3.1	12.4 \pm 5.0	10.7 \pm 3.0	12.4 \pm 4.2	12.0 \pm 4.4	14.3 \pm 3.5	64.6 \pm 21.9
	Evet	12.9 \pm 1.8	12.6 \pm 3.8	11.3 \pm 2.2	15.6 \pm 3.6	14.0 \pm 3.9	14.0 \pm 3.8	70.5 \pm 23.6
	p	0.1	0.9	0.4	0.00	0.03	0.2	0.2

Araştırma kapsamına katılan yaşlıların yaşam kalitelerinin son bir yıl içinde sevindirici/üzücü olay yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında sevindirici bir haber alan yaşlılarda sosyal katılım (15.6 \pm 3.6), ölüm ve ölmek (14.0 \pm 3.9) alan puanları daha yüksek;üzücü bir olay yaşayan yaşlılarda ölüm ve ölmek alanında (12.3 \pm 4.3) puanları saptanmış olup diğer alan puanlarında istatistiki anlamlılık saptanmamıştır (p=0.00, p=0.03, p=0.05).

TARTIŞMA

Yaşam kalitesi insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışında ki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançlarını içerir. Son yıllarda uygulanan tedavi seçeneklerinin artması gibi birçok faktör ile yaşam sürelerinde uzama sağlanmıştır. Yaşam sürelerinin uzaması ile birlikte yaşam kalitesinin artırılması ve sürdürülmesi de önemlidir. Yaşlılarda yaşam kalitesinin belirlenmesi yaşam kalitesinin artırılmasının ilk basamağını oluşturmaktadır. Bu çalışmada Diyarbakır ilinde Şehitlik ve Benüsan mahallerinde yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemeye çalışıldı. Yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla bulgular beş başlık altında değerlendirildi;

5.1. Araştırma kapsamına giren yaşlıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması,

5.2. Araştırma kapsamına giren yaşlıların genel sağlık düzeyine ilişkin bulguların tartışması,

5.3. Araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması.

5.3.1. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-BREF ölçeğine göre yaşam kalitesi bulgularının tartışması

5.3.2. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeğine göre yaşam kalitesi bulgularının tartışması

5.4. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-BREF ölçeğine göre yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması

5.5. Araştırma kapsamına giren yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeğine göre yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması,

5.1 Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Sosyodemografik ve Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Okuryazar olmayan yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşması ve yararlanmasının daha zor olmasından dolayı eğitim durumu yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Araştırma kapsamına giren yaşlıların büyük

bir kısmı okur-yazar değildir. Okuryazar olmayan kadınlar erkeklerden iki kat daha fazladır ve bu durum anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p<0.00$). Araştırma kapsamına giren yaşlıların eğitim durumu Türkiye geneline göre düşüktür. 2003 TNSA verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus içerisinde; erkeklerin yarısının, kadınların ise üçte ikisine yakınının eğitiminin olmadığı ya da ilkokulu bitirmedikleri görülmektedir (22). Baran ve ark.larının yaşlıların gündelik yaşamdan tatmin düzeyi üzerine Ankara'da yaptıkları (93) çalışma ile bu çalışmadaki yaşlıların eğitim durumları karşılaştırıldığında okur yazarlık oranının bizim bölgemizden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte okuryazar veya ilkokul mezunu ile ortaokul ve üzeri eğitim almış yaşlılar düşük oranlarda saptanmıştır. Baran ve ark.larının çalışmasının Türkiye'nin eğitim durumu yüksek bir ilinde yapılması nedeniyle bu farklılığın olduğu kanaatindeyiz. Sağlık hizmetlerine ulaşabilmek ve yararlanabilmek için sosyal güvencenin varlığı yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir faktördür. Sağlıkta sosyal güvencenin olmaması, sağlık hizmetlerine ulaşmanın ve sağlıkta eşitliğin sağlanmasının önünde bir engeldir. Bu çalışmada yaşlıların %12.3'ünün sağlık güvencesi yok, %87.7'sinin sağlık güvencesi var, %36.0'ı yeşil kart sahibidir. Araştırma kapsamına giren sosyal güvenlik kurumu kapsamındaki yaşlıların erkekler de %49.7 kadınlarda %52.4 olduğu saptandı. Cinsiyetler arasında sosyal güvence durumu arasında farklılığın anlamlı olmadığı saptandı. Bilir ve arkadaşlarının 2001'de Ankara Altındağ'da yaptığı çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar %7.3, sağlık güvencesi olan yaşlılar %90.8, yeşil kart sahibi yaşlılar ise %1.9 olarak bulunmuştur (94). Ölçü'nün 2007'de Edirne'de 65 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar %5.0, sağlık güvencesi olan yaşlılar %83.0, yeşil kart sahibi yaşlılar %12.0 olarak bulunmuştur (96). 2001 GAP bölgesinde halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma raporuna bakıldığında tüm halkın %42.2'sinin sağlık güvencesi yok, %40.6'sının sağlık güvencesi vardır (95). Yaşlılarda sağlıkta sosyal güvenceye sahip olmak bölgelere göre değişmektedir. Bu çalışmada sağlıkta güvencesi olma durumu diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Araştırmamızda yaşlıların medeni durumlarına bakıldığında yaşlıların büyük bir kısmının hala evli olduğu saptanmıştır. Baran ve ark.larının Ankara çalışmasında araştırma kapsamına alınan yaşlıların %55.3'ü hala evli, %42.9'unun eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır (93). Güneş ve ark.larının Malatya ilinde yaşayan yaşlıların

günlük yaşam aktiviteleri üzerine yaptığı çalışmada ise %44'ü hala evli, %54.8'inin eşi ölmüş olarak saptanmıştı (97). Çubukçu'nun Edirne'deki 65 yaş ve üzeri yaşlılarda hipertansiyon prevalansı ve hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkileri adlı tez çalışmasında yaşlıların %65.2'nin evli, %34.8'inin eşinin öldüğü saptanmıştı (6). Malatya ve Ankara ilinde yapılan çalışmalarda hala evli olan yaşlıların oranı bizim çalışmamıza kıyasla daha yüksek bulunurken, bu çalışmanın sonuçları Edirne'de yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Eşi ölen yaşlıların oranı ise Ankara ve Malatya ili çalışmalarına göre daha düşük olduğu saptanmış, bu çalışmada Edirne'deki çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızda yaşlı nüfusun medeni durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde; erkeklerin %85.2'sinin halen evli olduğu görülmekle birlikte kadınlarda bu oran sadece %48.1'dir. Kadınların yarısından fazlası dul olarak yaşamlarını devam ettirirken erkeklerde ise dul olma sıklığı daha düşüktür. Dul olarak yaşama oranlarının kadınlarda daha belirgin olarak saptanmıştır. Araştırmamıza katılan yaşlı kadınlarda dul olarak yaşamlarını devam ettirme sıklığının fazla olmasının nedeninin yaşlı erkeklerin eşlerini yitirdikleri durumlarda kadınlara göre daha fazla yeniden evlenmeleri olabileceği kanaatindeyiz.

Ekonomik düzey ve gelir durumları yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Araştırmaya katılan her on yaşlıdan yedisinin düzenli bir gelirinin olduğu, üçünün ise herhangi bir gelirinin olmadığı saptanmıştır. Düzenli kendi emekli maaş sahibi olmanın erkekler lehine daha iyi iken, dolaylı emekli maaş alma oranının kadınlar lehine olduğu saptanmıştır. Yaşlılık maaşı alma oranlarına bakıldığında kadınların yaşlılık maaşı daha fazla aldıkları saptanmıştır (p=0.00). Düzenli gelirlerinin dağılımına bakıldığında kadınların eşlerinin maaşını aldıkları ya da devletten yaşlılık maaşı aldıkları saptanmıştır. Kendi emekli maaşını alan kadınların oranı ise çok düşük olarak saptanmıştı. Halen çalışanlar yaşlılar değerlendirildiğinde ise erkeklerde bu oran kadınlara kıyasla sekiz kat daha fazla olarak saptandı. Bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgedeki yaşlı kadınların çalışması ile ilgili toplumsal yargılardan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Baysan ve ark.larının Manisa'da yaptığı, yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörleri üzerine yaptığı çalışmada araştırmaya katılan

yaşlıların %74.5'i düzenli gelire sahip, %25.5'inin ise düzenli gelirinin olmadığı saptanmıştır (98). Aydın ve ark.larının Gaziantep'te yaptığı çalışmada yaşlıların %69'unun düzenli gelirinin olduğu, %31'inin düzenli bir gelirinin olmadığı saptanmıştır. Aydın ve ark.larının çalışmasında erkekler arasında kendi emekli maaşını alma %77.3, kadınlarda eşlerinin maaşlarını alma %52.3 ve devletten yaşlılık maaşı alma %33.0 daha yüksek düzeydedir. Bu çalışmada yaşlıların halen çalışma durumlarına bakıldığında erkeklerin %11.7'sinin kadınların ise %0.3'ünün çalıştıkları belirtilmiştir (25). Yaşlılarda düzenli geliri olma durumu Manisa ve Gaziantep çalışmaları ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir. Düzenli gelirin cinsiyetlere göre dağılımları karşılaştırıldığında kadınlarda yaşlılık maaşı alma bu çalışma ile Aydın ve ark.larının çalışması benzerlik göstermekle beraber eşlerinin maaşını alan kadınların oranı çalışmamızda daha düşük olarak saptanmıştır. Bunun nedeni olarak çalışmamıza katılan bireylerin 60 yaş ve üzeri yaşlılardan oluşması diğer çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin daha ileri yaş grubunda olması gösterilebilir.

Türkiye'de aile bireyleri arasındaki bağın halen güçlü olması, yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihlerinde de farklılaşmaya yol açmaktadır. Çalışmamızda yaşlılar en çok eşi ve çocuklarıyla beraber yaşarken kalan diğer kısmen çok eşiyle yaşadığı saptanmış olup çalışmamızdaki her on yaşlıdan birinin yalnız yaşadığı ise yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Yalnız yaşama durumu cinsiyetler arasında değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Yaşlıların birlikte yaşadığı kişilerin cinsiyetler arasında her düzeyde farklı olduğu saptanmıştır olup kadınlar en sık çocuğu ve onun ailesi ile erkek eşleri ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgunun nedeni olarak yaşlı erkeklerde yaşam süresinin kadınlara göre daha kısa olması ve eşini kaybeden yaşlı kadınların çocuğu ve onun ailesi ile beraber yaşamayı tercih etmesi olabilir. Birleşmiş Milletler 2006 verilerine göre, Dünya'da yaşlı nüfusun %14'ünün yalnız yaşadığı saptanmıştır. Erkeklerin %8'i, kadınların %19'u yalnız yaşamaktadır (99). Çalıştır ve ark. 2004'te Muğla il merkezinde 65 ve üzeri yaştaki bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada, yaşlıların %63.6'sı eşiyle, %8.5'i eşi ve çocuklarıyla beraber, %13.3'ü yalnız yaşadıklarını saptamışlardır (100). Aydın ve ark. Gaziantep ilinde 65 ve üzeri yaş yaşlılarda yaptıkları çalışmada ise yaşlıların 34.8'i eşiyle, %26.7'si eşi ve

çocuklarıyla, %12.7'si yalnız yaşamaktadır (25). Çalışmamız ile Birleşmiş milletler ve Türkiye'nin diğer illerde yapılan çalışmalarla benzer oranda yaşlı nüfusun yalnız yaşama oranları saptanmış olup bu sonuçlar literatürle uyumludur. Ancak birlikte yaşanan kişilere bakıldığında ise; Çalıştır ve ark.larının en sık sadece eşleriyle, Aydın ve ark.larının çalışmasında en sık sadece eşyle ve bizim çalışmamızda ise en sık eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Bu durumun nedeni olarak bu çalışmadaki bireylerin çocuklarının evlendikten sonra bile ailesi beraber yaşlıların yaşamayı devam etmesi olabilir.

Çalışmamızda yaşlıların %49'unun çocukları ile karşılıklı görüştükleri saptanmıştır. Çocukları ile iletişimi devam eden yaşlı bireylerin yarısından fazlasının karşılıklı birbirlerini ziyaret ettikleri belirlendi. Araştırmamızda çocukları ile iletişimlerini devam ettiren yaşlıların içersinde çocukları ile hiç görüşmeyen yaşlıların sıklığı %1.7 olarak saptanmıştır. Buna göre yaşlıların çocuklarıyla görüşmeye yeterli derecede önem verdikleri ve genellikle kitle iletişim araçlarından çok yüz yüze görüşmeyi tercih ettikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşlıların büyük bir oranının günlük aktivitelerini kimseye bağımlı kalmaksızın karşılayabildiği saptanmıştır. Araştırmamızda günlük yaşamlarında yardıma ihtiyaç duyduğunu belirten yaşlıların en çok yardım aldığı kişilere bakıldığında eşi ve çocukları olarak saptanmıştı. Günlük yaşamda yardıma ihtiyaç duyduğunu söyleyen kadınların en sık yardım aldığı kişi gelin ya da damadı iken erkeklerde en sık yardım alınan kişi eşleri olarak saptanmıştı.

Aydın ve ark.larının Gaziantep ilinde 65 ve üzeri yaş yaşlılarda yaptıkları çalışmada ise yaşlıların çocuklarından ve eşlerinden günlük yaşamda yardım aldıklarını saptamıştı (25). Aydın ve ark.larının çalışmalarında kadınların en sık yardımı çocuklarından, erkeklerin ise daha çok eşlerinden yardım aldığı saptanmıştır.

Baysan ve ark.larının Manisa'da 65 ve üzeri yaş yaşlılarda günlük ihtiyaçlarını kendileri karşılayan yaşlıların sıklığı %28.7 olarak saptanmıştı (98). Özyurt ve ark.larının Manisa Muradiye'de 65 ve üzeri yaş yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmada ise günlük ihtiyaçlarını kendileri karşılayan yaşlıların sıklığı %64 olarak saptanmıştı (101). Cingil ve ark.larının Karaman ilinde yaptıkları 65 yaş ve üzeri yaşlılarda bağımlılık düzeyi ile ilgili çalışmalarında yaşlıların %81.2'sinin bağımlı

olmadıkları saptanmıştı (102). Baysan ve ark.larının Manisa’da yaptıkları çalışmanın sonuçları bizim çalışma sonuçlarına göre daha düşük bulunmuştur (98). Bunun sebebi olarak bizim çalışmamızda yaşlılık yaş alt sınırının 60 yaş olarak almamız olabilir. Özyurt ve ark.larının Muradiye’de yaptıkları çalışmanın sonuçları bizim çalışmamıza benzer bulunmuştur.

5.2 Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Genel Sağlık Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda en az bir kronik hastalık tanısı olan yaşlıların mevcut kronik hastalıklar; hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği, kronik arter hastalığı, serebravasküler olay en sık rastlanan hastalık olarak saptanmıştır. Araştırmamızda kronik hastalıkların cinsiyetlere göre sıklıkları karşılaştırıldığında en sık olarak hipertansiyon hastalığının kadınlarda görüldüğü saptanmıştı. Aydın ve ark.larının Gaziantep ilinde 65 ve üzeri yaş yaşlılarda yaptıkları çalışmada %61 hipertansiyon, %24.8 diyabet, %33.2 kalp hastalığı saptamıştı (25). Turhanoglu ve ark.larının Diyarbakır ilinde 55 yaş ve üzeri bireylerde özür lülük ve kronik hastalık sıklığı çalışmasında hipertansiyon sıklığı %50.5 sıklığında kadınlarda, %27 sıklığı ile erkeklerde saptanmıştı (103). Türkiye’de 2000 yılında DALY’e (disability adjusted life years-sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı) neden olan ilk 10 hastalığın 60 yaş ve üzeri yaşlılarda %20.4 iskemik kalp hastalığı, %16.1 serebro-vasküler hastalıklar, %4.9 diyabet, %3.9 hipertansif kalp hastalığıdır (22). Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar 2000 yılı DALY’e neden olan hastalıkların sıklıkları ile karşılaştırıldığında bizim elde ettiğimiz sonuçlar daha yüksektir. Ancak Gaziantep’te yapılan çalışmadaki hipertansiyon görülme sıklığı bizimkinden daha yüksek oranda bulunmuş, yaşlılarda diyabet hastalığı görülme sıklığı benzer bulunmuştur. Hipertansiyon sıklıkları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında Turhanoglu ve ark.larının hipertansiyon sıklığı bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre daha düşük bulunmuş olup bunun sebebi bizim çalışmamızda 60 yaş ve üzeri yaşlıların çalışmaya alınması gösterilebilir.

Araştırmamızda yaşlıların yarısı engeli olduğunu belirtmiştir. Engeli olduğunu belirten yaşlıların en çok görmede daha sonra sırasıyla işitme, ortopedik engeli, yatağa bağımlı olduğu, nörolojik engel saptanmıştır. Aydın ve ark.larının

Gaziantep ilinde 65 ve üzeri yaş yaşlılarda yaptıkları çalışmada %10.1'i fiziksel engelli olarak saptamıştı (25). Gaziantep ilindeki çalışmaya katılan ve engelli olan yaşlılarda %50 nörolojik, %17.2 görme, %23.4 işitme, %9.4 yatağa bağımlıdır. Baysan ve ark.larının Manisa'da yaptıkları 65 ve üzeri yaş yaşlılarda yaptıkları çalışmada yaşlıların %7,8'i engelli olarak saptanmıştı. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz yaşlılarda engelli olma durumu Gaziantep ve Manisa'da elde edilen sonuçlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bizim çalıştığımızda görme sorunu olan yaşlı bireylerin oranının daha yüksek olması engelli birey oranını yükseltmiş olabilir. Aydın ve ark.larının çalışmasında nörolojik engellilik , işitme engeli ve yatağa bağımlı olma durumu daha yüksek iken bizim çalışmamızda görme ve işitme engeli daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan 60 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinden en sık bağımlılık nedenleri sırasıyla yemek hazırlama, alışveriş, ev temizliği, ev dışında bir yere varmak için ulaşım, banyo yapma, giyinme, beslenme, tuvalet ihtiyacını karşılama olarak saptadık. Cinsiyetler arasında temizlik aktivitelerinde bağımlı olma durumu kadınlara oranla erkeklerde daha sık görülmektedir, ancak yardım almadan banyo yapma ve yemek hazırlamada ise bağımlı olma durumu erkeklere oranla kadınlarda daha sık görülmektedir. Kendi kendine giyinebilme durumu cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında erkeklerde daha çok bağımlılık saptanmıştır. Bir yerden başka bir yere ulaşım ve alışveriş yapabilme de ise bağımlılık sıklığı kadınlarda erkeklere kıyasla daha çok görülmektedir. Aydın ve ark.larının Isparta ilinde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik konulu çalışmalarında %27.3 ev dışında bir yere varmak için ulaşım, %25.0 alışveriş, %22.7 ev temizliği, %16.4 banyo yapma, %12.5 giyinme işlevlerinde bağımlı olarak saptamıştı (104). Ölüç ve ark.larının Edirne ili kentsel kesimindeki 65 yaş ve üzeri yaşlılarda sağlıklı ilintili yaşam kalitesini konu alan çalışmalarında en sık bağımlılık nedenleri sırasıyla %23.0 tuvalet ihtiyacını karşılama, %19.7 ev temizliği, %14.7 yemek hazırlama, %9.4 alışveriş, %8.8 ulaşım, %5.9 banyo yapma, %4.6 beslenme, %3.4 giyinme olarak saptamıştı (96). Çalışmamızda en sık bağımlı olma nedenlerinden yemek hazırlama, alışveriş, ev temizliği, ulaşım, banyo yapma, giyinme, beslenme Ölüç ve ark.larının Edirne'de yaptıkları çalışmanın sonuçlarıyla benzer olarak bulunmuş bununla birlikte tuvalet

ihtiyacını karşılamada bağımlılık sıklığı bizim çalışmamızda daha düşük olarak saptanmıştır. Bunun sebebi olarak bizim çalışmamıza katılan bireylerin 60 yaş ve üzeri olmasından kaynaklanmış olabilir. Aydın ve ark.larının çalışmasında ise bağımlı olunan günlük yaşam aktivitelerinin sıklıkları bizimkinden yüksek olarak saptanmıştı. Yemek hazırlama ve banyo yapma sıklıklarının kadınlarda daha fazla olmasının nedeni olarak kadınların eşlerini kaybettikten sonra en çok çocukları ve onların ailesi ile yaşamayı tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.3. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışması

5.3.1. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-BREF Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesinin Tartışması

Araştırmamızda 60 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitelerini (20 puan üzerinden değerlendirildiğinde) tüm alanların puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda en büyük puan ortalaması ulusal çevre ve ruhsal alanında gelmektedir. Ulusal çevre ve ruhsal alan puanının çevresel alan ve daha sonra bedensel alan puanı izlemektedir. Yaşam kalitesinde sosyal alan puanı ise en düşük alan olarak saptanmıştır. Saka ve ark.larının Mardin ilinde 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptıkları çalışmada bedensel alan 11.5 ± 3.3 , ruhsal alan 11.6 ± 2.6 , sosyal alan 10.5 ± 2.6 , çevresel alan 11.5 ± 2.3 olarak saptamıştı (105). Arslantaş ve ark.larının Eskişehir ili Mahmudiye ilçesinde yaptıkları çalışmada ise en büyük puan 14.9 ± 1.8 ortalaması ile ulusal çevre alanında, daha sonra sırasıyla 14.6 ± 1.8 çevresel alan, 14.0 ± 1.6 sosyal alan, 13.7 ± 2.3 ruhsal alan, 13.7 ± 2.9 bedensel alan saptamamışlardı (106). Lee ve ark.larının 2006 yılında Kore’de yaptıkları çalışmada yaşam kalite puanına en büyük oranda fiziksel alan daha sonra ruhsal ve çevresel alanın izlediği, en düşük puanı ise sosyal alanın geldiğini saptamıştı (107). Çalışmamızda yaşam kaliteleri ruhsal ve çevresel alan puanları Saka ve ark.larınıninki ile karşılaştırıldığında daha yüksek olarak saptanmış fakat bedensel, sosyal ve çevresel alan genel puanları daha düşük olarak saptanmıştır. Arslantaş ve ark.larının çalışması ile karşılaştırdığımızda yaşam kaliteleri alan puanları bizim çalışmamızda her alanda daha düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamız yaşam kalitesi alan puanları ilk sırada çevresel ve ruhsal

alan gelirken Kore’de yapılan çalışmada ilk sırada gelen yaşam kalitesi alanı bedensel alan olarak bulunmuştur.

5.3.2. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-OLD Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesinin Tartışması

Çalışmamızda araştırma kapsamına giren yaşlıların 12.0 ± 3.1 duyuşal yetiler, 12.4 ± 5.0 otonomi, 10.7 ± 3.0 geçmiş bugün geleceğe dair aktiviteler, 12.6 ± 4.3 sosyal katılım, 12.0 ± 4.4 ölüm ve ölmek, 14.4 ± 3.5 yakınlık alan puanı ile 74.1 ± 23.3 yaşam kalitesi toplam puanı saptanmıştır. Aydın ve ark.larının Gaziantep ilinde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi alt alanları 11.5 ± 0.1 duyuşal yetiler, 9.0 ± 0.1 otonomi, 8.1 ± 0.1 G.B.G ait aktiviteleri, 5.9 ± 0.1 sosyal katılım, 11.9 ± 0.1 ölüm ve ölmek, 9.4 ± 0.1 yakınlık ve 55.8 ± 0.5 yaşam kalitesi toplam puanları saptanmıştı (25). Eser ve ark.larının Manisa Muradiye’de 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada 11.2 ± 2.3 duyuşal yetiler, 12.7 ± 2.5 otonomi, 12.4 ± 2.3 geçmiş ve bugün geleceğe ait aktiviteler, 11.5 ± 2.6 sosyal katılım, 10.8 ± 3.3 ölüm ve ölmek, 14.4 ± 2.0 yakınlık alan puanları bulunmuştur (101). Saka ve ark.larının Mardin ili merkezinde 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi çalışmasında yaşlıların 11.6 ± 1.9 duyuşal yetenek, 12.4 ± 3.6 otonomi, 11.6 ± 2.1 GBG ait aktiviteler, 11.5 ± 2.4 sosyal katılım, 10.4 ± 3.2 ölüm ve ölmek, yakınlık 12.8 ± 3.0 toplam kalite puanı 48.4 ± 10.2 ’dir. Halvorsrud ve ark.larının Norveç’te yaptıkları yaşam kalitesi yaşlı modülü geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında yaşlılarda 16.4 ± 2.9 duyuşal yetiler, 14.7 ± 2.9 otonomi, 14.7 ± 2.3 geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, 15.1 ± 2.5 sosyal katılım, 14.4 ± 3.5 ölüm ve ölmek, 15.8 ± 2.6 yakınlık alan puanları ile 91.3 ± 11.2 yaşam kalitesi toplam puanı saptanmıştı (108). Çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı ve yaşam kalitesi alan puanları Norveç’te yapılan çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Bu durumun nedeni olarak çalışmanın gelişmiş bir ülkede yapılmış olması gösterilebilir. Çalışmamız Manisa’da yapılan çalışmayla karşılaştırıldığında duyuşal yetenekler, ölüm ve ölmek alanları benzer bulunmuştur. Çalışmamızda GBG ait aktiviteler alan puanı bizde daha düşük diğer alanlar ise daha yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada bütün alanlar arasında en düşük puan geçmiş bugün geleceğe dair aktiviteler alanında bulunmuştur. Bu duruma neden olarak araştırmaya katılan yaşlıların sahip olduğu koşullardan ve çoğunlukla

geçmişlerindeki başarılarından memnun olmadıkları ve gelecekle ilgili olumlu beklentilerinin olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Aydın ve ark.larının çalışması çalışmamız sonuçları karşılaştırıldığında ise ölüm ve ölmek hariç diğer alanlar ile toplam yaşam kalitesi bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılmış olması, sosyal katılım puanının ise bizim çalışmamızda yaklaşık iki kat fazla olmasının nedeni sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılımın Diyarbakır'da fazla olması olabileceği kanaatindeyiz. Ölüm ve ölmek puanları karşılaştırıldığında Aydın ve ark.larının çalışması ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Saka ve ark.larının Mardin ilindeki yaşlılık çalışmasında duyuşsal alan puanı bizim çalışmamızda daha düşük diğer alanlar ise bizde daha yüksek saptanmıştır. Toplam yaşam kalite puanlarında ise oldukça fark bulunurken bizde daha yüksek saptanmıştır. Bu durum çalışmanın yapıldığı Mardin ilinin daha küçük ve sağılık imkanları ile yaşam koşullarının büyük şehre göre daha az uygun olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.4. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-BREF Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmamızda yaşam kalitesi alan puanları erkeklerde ve evli olanlarda tüm alanlarda kadınlar ve eşi olmayan yaşlı bireylere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamızda erkeklerde bedensel alan 12.3 ± 5.3 , ruhsal alan 14.4 ± 3.7 , sosyal alan 10.0 ± 2.8 , çevresel alan 13.4 ± 3.5 bulunmuş olup; eşi olan yaşlı bireylerin bedensel alan 11.6 ± 5.0 , ruhsal alan 13.5 ± 4.0 , sosyal alan 9.4 ± 3.0 , çevresel alan puanı 12.8 ± 3.9 olarak saptadık. Baysan ve ark.larının Manisa'da yaptıkları çalışmada erkeklerde; bedensel alan 14.9 ± 3.3 , ruhsal alan 15.0 ± 2.9 , sosyal alan 13.8 ± 3.2 , çevresel alan 14.5 ± 2.5 ve evli olan yaşlı bireylerde bedensel alan 14.2 ± 3.1 , ruhsal alan 14.7 ± 2.9 , sosyal alan 13.2 ± 2.6 , çevresel alan 14.5 ± 2.6 olarak saptanmıştı (98). Çalışmamızda yaşam kalitesi alan puanları Baysan ve ark.larının çalışması ile karşılaştırıldığında erkeklerde ve eşi olan yaşlı bireylerde bedensel ve sosyal alan puanları arasındaki fark daha fazla bulunmuştur. Kadınlarda kronik hastalıkların daha yaygın olması bedensel alanda yaşam kalitesinin düşük olmasına etki ederken, sosyal alanda yaşam kalitesinin düşük olması ise çalışmayı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapmış olmamızdan kaynaklanıyor olabilir.

Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde; yaşam kalitesini etkilemekte olup en yüksek yaşam kalitesi alan puanları ortaokul ve üzeri eğitim almış yaşlı bireylerde saptanmıştır. Ortaokul ve üzeri yaşlılarda bedensel alan 17.2 ± 2.5 , ruhsal alan 18.9 ± 1.4 , sosyal alan 12.1 ± 2.8 , çevresel alan 18.2 ± 1.3 puan saptandı. Manisa’da yapılan çalışma sonucunda da eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmış, ortaokul ve üzeri mezun olan yaşlı bireylerin en yüksek sırasıyla 16.5 ± 2.9 ruhsal alan, 16.2 ± 2.5 çevresel alan, 16.3 ± 2.6 bedensel alan ve 14.9 ± 3.8 sosyal alan puanı aldıkları saptanmıştı (98). Arslantaş ve ark.larının Eskişehir’de yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin yaşam kalitesi alan puanına etkisi sosyal alan hariç etkili olarak saptanmıştı. Arslantaş ortaokul ve üzeri eğitim almış yaşlı bireylerde en yüksek sırasıyla 15.90 ± 1.27 bedensel alan, çevresel alan 15.7 ± 0.7 , ruhsal alan 15.1 ± 1.3 , sosyal alan 14.4 ± 0.5 olarak saptanmıştı (106). Bizim alışmamızda eğitim düzeyinin yaşam kalitesine etkisi Manisa’da yapılan çalışma ile karşılaştırıldığında ortaokul ve üzeri eğitim görmüş yaşlılarda alan yaşam kalite puanı sıralaması bedensel alanda farklı bulunurken diğer alanlarda aynı bulunmuştur. Arslantaşın yaptığı çalışmada ise ruhsal alan puanı benzer bulunmuş diğer alanlarda ise farklılık saptanmıştır. Yüksek okuma yazma oranı, sağlık durumunu iyileştirme ve geliştirme amacıyla yapılan bilgilendirme çalışmalarını imkan tanımakta, bu da yaşam kalitesini hem fiziksel hem psikolojik olarak olumlu yönde etkilemektedir. Eskişehir’de yapılan çalışmada eğitimin yüksek olması, sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olması ve yaşlıların katılabileceği sosyal faaliyetlerin çeşitliliği gibi nedenlerinin yaşam kalitesi puanlarında farklılık yarattığı kanaatindeyiz.

Araştırmamızda yaşlıların yaşam kalitelerinin sosyal güvence durumuna göre değerlendirildiğinde; sağlıkta sosyal güvencesi olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması sağlıkta sosyal güvencesi olmayan yaşlılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur olan yaşlıların yaşam kalitesi puanları bedensel alan, ruhsal alan , sosyal alan, çevresel alan puanları sosyal güvencesi YK ve sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.00$). alıştır ve ark.larının Muğla il merkezinde yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart sahibi olan yaşlıların yaşam kalitesi alt alan puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (100). Eğitim durumu ve meslek grubunun daha iyi olması nedeniyle emekli sandığına bağlı yaşlıların genel sağlık algısı artmakta, sağlık hizmetlerinden

daha çok faydalanabilmekte, sakatlık riski azalmakta ve yaşlılar aile ve toplum içerisinde daha aktif olmaktadır. Bu saydığımız nedenlerden dolayı sosyal güvencesi emekli sandığı olan yaşlıların güvencesi olmayan ya da YK olan bireylerin yaşam kalitesi literatürle uyumlu olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin geliri olma durumu ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında geliri olan yaşlı bireylerde bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Baysan ve ark.larının Manisa'da yaptıkları çalışmada geliri olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini geliri olmayanlara göre daha yüksek olarak saptamışlardır. Baysan ve ark.larının çalışmalarında yaşam kalitesi alan puanları; bedensel alan 14.9 ± 3.7 , ruhsal alan 15.4 ± 3.2 , sosyal alan 14.6 ± 3.6 , çevresel alan ise 15.2 ± 2.5 olarak saptamıştı (98). Çalışmamızda geliri olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi tüm alan puanları Baysan ve ark.larının yaptığı çalışma sonuçlarına göre daha düşük olarak saptanmış fakat sosyal alan puanında daha fazla fark olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak düzenli geliri olan bireylerin sosyal faaliyetlere daha çok zaman ayırabilmesinden ve çevresinde yer alan diğer kişilerle daha rahat iletişim halinde olmasından kaynaklanıyor olabileceği kanaatindeyiz.

Bu çalışmada halen çalışan yaşlı bireylerin en yüksek yaşam kalite alan puanı ruhsal alan, daha sonra en yüksek bedensel ve çevresel alan gelirken; gelir kaynağı emekli maaşı olan yaşlı bireylerde ise bedensel ve sosyal alan puanları diğer alanlara göre daha yüksek değerde saptanmıştır. Araştırmamızda ruhsal, bedensel ve çevresel alanlarda yaşam kalitesinin halen çalışan bireylerde yüksek olması hafıza ve dikkatini toplayabilme, çalışabilme gücü, maddi kaynakları kullanabilme yetilerinden hoşnutluğun yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu sonuçlar da gösteriyor ki yaşam kalitesi ekonomik durumdan etkilenmektedir. Baysan ve ark.larının Manisa'da yaptıkları çalışmada ise halen çalışan yaşlı bireylerin en yüksek 18.1 ± 1.5 yaşam kalite puanı ile bedensel alan, daha sonra en yüksek 18.0 ± 2.9 ruhsal ve 16.7 ± 3.6 sosyal alan olarak saptamışlardı. Manisa'daki çalışmada gelir kaynağı emekli maaşı olan yaşlı bireylerde en yüksek 14.4 ± 2.1 yaşam kalite puanı ile bedensel alan, ikinci en yüksek yaşam kalite puanı 13.9 ± 1.3 ruhsal alan olarak saptamışlardır (98). Çalışmamızda halen çalışan yaşlıların en yüksek yaşam kalitesi alan puanı ruhsal alan puanı bulunurken Manisa'daki çalışmada en yüksek yaşam kalitesi alan puanı

bedensel alan olarak bizim çalışmamızdan farklı olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda fiziksel performansın çalışma hayatında devam etmesi, toplumdan kendilerini izole etmemeleri yaşlıların psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Emekli olan yaşlıların en yüksek olan alan puanı sıralaması ise bedensel alan ile bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur. Düzenli geliri olan emekli bireylerin ise sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmesi ile sakatlık riskinin azaltılması sağlık algısını daha yükseltecektir.

Araştırmamızda 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sürekli birlikte yaşadıkları kişilerin yaşam kalitesi alanlarına etkilerine bakıldığında eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların yaşam kaliteleri yalnız yaşayanlara, çocuğu ve torunları ile birlikte yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlıların en yüksek puana göre sırasıyla yaşam kalitesi alanları ruhsal alan, çevresel alan TR, çevresel alan, bedensel alan, sosyal alan olarak saptanmıştır. Çocuğu ve onun ailesi ile birlikte yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi alanları en yüksekten sırasıyla çevresel alan TR, çevresel alan, ruhsal alan, bedensel alan ve sosyal alan olarak saptandı. Yaşlılarda beklenen yaşam süresinin yükselmesi günlük işlevlerde bağımlılık oranının artmasına neden olmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlılarda özellikle kadınlarda eşi öldükten sonra çocuğu ve onun ailesi ile yaşamaya başlamakta ve ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların artması bedensel, psikolojik ve sosyal ilişkiler alanında yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Baysan ve ark.larının Manisa'da yaptıkları çalışmada çocukları ve onun ailesi ile yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi alan puanları en yüksekten sırasıyla 14.9 ± 2.9 ruhsal alan, 14.5 ± 2.6 çevresel alan, 14.4 ± 3.3 bedensel alan, 13.9 ± 3.3 sosyal alan olarak saptamışlardı (98). Çalışmamızda yaşam kalitesi alan puanlarını çocuğu ve onun ailesi ile yaşayan yaşlı bireylere göre Baysan ve ark.larının çalışması ile karşılaştırdığımızda bedensel ve sosyal alan puan sıralamaları benzer bulunmuştur. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde çocukları ve onların aileleri ile birlikte yaşayan yaşlıların fiziksel olarak daha güvende olmaları, ev ortamında yaşamaları, fiziksel çevrelerinin daha uygun olması ve ulaşım olanaklarına kolaylıkla sahip olmaları yaşlı bireylerin yaşam kalitesini çevresel alanda olumlu etkilemektedir. Çevresel alan Baysan'ın çalışmasında ikinci sırada yer alırken bizde ilk sırada yer almakta, yaşam

kalitesi ruhsal alan bizde ikinci sırada Baysan'ın çalışmasında ise ilk sırada yer almaktadır.

Kronik hastalığı olan 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerde diabetes mellitus, KAH, kalp yetmezliği, hipertansiyon, serebrovasküler olay, romatizma ile ameliyat geçirme, ekstremelerde kırık gibi bir yada birden fazla hastalığa sahip olan bireylerde en çok sosyal ilişkiler alanı etkilenmiş olup, bu durum sosyal alan puanını düşürmüştür. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda ise; daha çok kronik hastalığın olup olmaması incelenmiş olup kronik hastalık alt tipleri ayrı ayrı değerlendirilmemiştir (25,98,105,109,110). Bizim çalışmamızda ise kronik hastalık alt tipleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesini etkileyen en önemli kronik hastalıklar diyabet, KAH, kalp yetmezliği, hipertansiyon, romatizma, ameliyat geçirme, ekstremelerde kırık olarak saptanmıştır.

Engeli olduğunu belirten yaşlılarda yaşam kalitesi değerlendirildiğinde ise; bizim engelli olgularımızda yaşam kalitesi daha düşük olarak saptanmıştır. Fiziksel engelli olmayan ve olan yaşlılarda en düşük yaşam kalitesi alanı sosyal alandır. Fiziksel engelli olmayan yaşlı bireylerde en yüksek alan ruhsal alan daha sonra sırasıyla çevresel alan, bedensel alan olarak saptanmıştır. Fiziksel engelli olma, yaşlı bireylerin arkadaş ve diğer akrabalarla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilemiş olabileceği ve cinsel yaşama dair sorulara katılımcılarımızın yanıt vermeye çekinmesi engelli olan yaşlıların sosyal alan puanının düşük olmasının nedenleri olabilir. Ayrıca engelli olma ulaşımın sağlanmasını zorlaştırarak sosyal hayata katılımında önemli rol oynadığı kanaatindeyiz. Baysan ve ark.larının yaptığı çalışmada engelli olan ve olmayan yaşlı bireylerde en düşük yaşam kalitesi alanı 11.0 ± 3.1 puanı ile bedensel alan ve 13.8 ± 3.2 sosyal alan olarak saptanmıştır. Fiziksel engelli olmayan yaşlı bireylerde en yüksek alan sırasıyla ruhsal alan, çevresel alan, bedensel alandır (98). Çalışmamızda engelli olan ve olmayan yaşlılarda en düşük yaşam kalite puanları sosyal alan iken Baysan ve ark.larının çalışmasında fiziksel engelli olanlarda en düşük yaşam kalite puanı bedensel alan saptanmış bu bakımdan iki çalışmada da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Baysan'ın çalışmasında engelli olan yaşlıların oranının bizim engelli oranından daha az olması bu farklılığa neden olmuş olabilir. Baysan'ın çalışmasındaki fiziksel engelli olmayan

yaşlı bireylerde en düşük yaşam kalite puanı ise sosyal alan olup bu çalışmanın sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumunun yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda en düşükler sırasıyla bedensel, sosyal ve çevresel alanda saptanırken en yüksek alan puanı ise ruhsal alanda saptanmıştır. Bağımlı olan bireyler gündelik işleri yapabilmekte zorlanırken, cinsel yaşam ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları olumsuz olarak etkilenmektedir. Bağımlı olan yaşlıların psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden aile bireyleri ile akrabaların desteğinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Saka ve ark.larının Mardin ilinde yaşlıların yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan yaşlıların en düşük sırasıyla bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan olarak saptanmıştı (105). Baysan ve ark.larının yaşlıların yaşam kalitesi üzerine Manisa'da yaptıkları çalışmada günlük yaşam ativitelerinde bağımlı olan yaşlı bireylerin yaşam kalite alan puanları en düşük bedensel alan daha sonra sosyal alan, çevresel alan ve ruhsal alan olarak saptanmıştır (98). Çalışmamızda günlük yaşamda bağımlı olanların yaşam kalite alan puanları Baysan ve ark.larının sonuçları ile benzer olarak bulunmuştur. Saka ve ark.larının çalışmasında ise bizimkinden farklı olarak bağımlı olanlarda ruhsal en düşük ikinci sırada yer alırken bizim çalışmamızda ruhsal alan puanı en yüksek alan olarak saptanmıştır.

Ev içi ve ev dışı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmayan yaşlılarda bedensel alan 11.3 ± 4.9 , ruhsal alan 13.4 ± 3.7 , sosyal alan 9.2 ± 2.9 , çevresel alan puanları 12.8 ± 3.7 olarak saptanmıştır. Kimseye bağımlı olmaksızın ev dışında da aktivitelerini sürdürebilen yaşlıların yaşam kalitelerinde en düşük puan sosyal alanda görülmüştür. Bunun nedeni olarak çalışmanın yapıldığı yaşlı bireylerin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması olabilir. Ne kadar aktivitelerde bağımsız olsalar bile sosyal ilişkilerde ulaşımdan kaynaklı sıkıntılar, engelliliğin olması ve çalışmanın yapıldığı bölgenin gelişmişliği ile eğitim durumu gibi nedenlerin sosyal ilişkiler puanını düşürdüğü kanaatindeyiz.

Yaşlı bireylerin son bir yıl içerisinde sevindirici olay yaşama durumları yaşam kalitelerini etkileri değerlendirildiğinde; bedensel alan dışındaki alanların istatistiki olarak anlamlı olarak yaşam kalitesini etkiledikleri saptanmıştır. Sevindirici

olay yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri en yüksek ruhsal alan daha sonra sırasıyla çevresel alan ve sosyal alan olarak saptanmıştır. Baysan ve ark.larının Manisa’da yaptıkları çalışmada ise ruhsal alanda yaşam kalitesinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (98). Yaşlıların yaşadıkları olay yada aldıkları iyi haber mutlu olmalarına neden olacağı için bireylerin psikolojilerini olumlu olarak etkileyeceğini, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağı ve bu durumun onların sosyal ilişkilerine ve çevresine olumlu yansıtacağını düşünüyoruz. Bu nedenle sevinçli bir haber alma ya da olay yaşamamanın yaşam kalitesini artırdığı kanaatindeyiz.

5.5. Araştırma Kapsamına Giren Yaşlıların WHOQOL-OLD Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışması

60-64 yaş grubunda yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 53.4 ± 14.1 iken, 65-69 yaş grubunda 52.2 ± 13.4 , 70-74 yaş grubunda 50.5 ± 14.2 , 75-79 yaş grubunda 54.8 ± 14.7 , 80-84 yaş grubunda 47.3 ± 16.0 , 85 yaş ve üzerinde yaşam kalitesi toplam puanı 49.7 ± 12.3 ’dür. Sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alanlarında yaş arttıkça yaşam kalitesi alan puanları düşmüş, GBG dair aktivite puanları değişmemiş, otonomi, duyuşsal yetenek puanları ise yükselmiştir. Aydın ve ark.larının çalışmasında 85 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi toplam puanı 50.1 ± 2.3 olarak saptanmıştı. Çalışmamızda yaşam kalitelerini yaş guruplarına göre değerlendirdiğimizde Aydın ve ark.larının çalışmaları ile benzer bulunmuştur. Özyurt ve ark.larının Manisa’da yaptıkları çalışmada 70 yaş altındakilerde yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (101). Eskişehir Mahmudiye ve İzmir Narlıdere ilçelerinde WHOQOL-BREF ölçeğı ile yapılan çalışmada ve Çalıştır ve ark.larının Muğla il merkezinde SF 36 ölçeğı ile yaptıkları yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda da yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (100,105,111).

Araştırmamızda yaşlıların yaşam kalitelerinin cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde; yaşam kalitesi toplam puanı erkeklerde daha yüksek saptanmıştır. Yaşam kalitesi GBG dair aktiviteler alanı hariç erkeklerde tüm alanlarda kadınlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. GBG dair aktiviteler ise kadın ve erkeklerde de benzer bulunmuştur ($p=0.00$). Gaziantep’te yapılan çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır. Muradiye’de yapılan çalışmada da kadınlarda alan puan ortalamaları erkeklerden

düşük bulunmuştur (101). Kirchengast ve ark. Avusturalya'da yaşlılarda yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında kadın cinsiyetinde olmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (112). Çalışmamızda bulunan erkeklerde yaşam kalitesinin yüksek olması literatürle uyumludur.

Çalışmamızda da eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır ($p=0.00$). Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması en yüksek orta ve üzeri okul mezunu yaşlılarda iken en düşük yaşam kalitesi puan ortalaması okur yazar olmayan yaşlılarda saptanmıştır. Otonomi alanı dışında diğer alanlarda da eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Otonomi alanında ise eğitim düzeyi düştükçe ortalamaların arttığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarak düşük eğitim düzeyine sahip yaşlılarında genel olarak yaşamlarını kontrol edebilmelerinden kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Manisa'da yapılan çalışmada yaşlı bireylerin eğitim durumu arttıkça otonomi, GBG aktiviteleri, sosyal katılım, yakınlık alt alanları ile toplam yaşam kalitesi puanı artmış buna karşılık duyuşsal yetenek ile ölüm ve ölmek alan puanları daha düşük saptanmıştır (101). Aydın ve ark.larının çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça ölüm ölmek alanı hariç diğer alan puanları artmaktadır (25). Manisa'da yapılan çalışmada duyuşsal yetenek ile ölüm ve ölmek puanları eğitim düzeyi arttıkça düşmüş, bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile birlikte alan puanları yükselmiştir. Türkiye'de yaşlılarda yapılan diğer yaşam kalitesi çalışmalarında da eğitim düzeyinin düşmesiyle yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (106,111).

Sağlıkta sosyal güvencenin yaşam kalitesine etkisi değerlendirildiğinde; sosyal güvencesi emekli sandığı, bağ-kur ve sosyal sigortalar kurumu olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması sağlıkta sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart sahibi yaşlılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=0.00$). Saatli ve ark.larının 2004 yılında Manisa'da yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (18). Çalıştır ve arkadaşlarının Muğla il merkezinde yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart sahibi olan yaşlıların yaşam kalitesi alt alan puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (100). Bu sonuçlar literatürle uyumludur.

Bizim çalışmamızda halen evli olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puanı eşi ölmüş ya da bekar olan yaşlılara göre daha yüksek saptanmıştı. Arslantaş ve ark.larının Eskişehir’de yaptığı çalışmada da evli olan yaşlıların bekar ve eşi ölmüş yaşlılara göre yaşam kalitesi ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (106). Çalışmamızda evli olan yaşlılarda duyuşsal alan puanı evli olmayan yaşlılarla karşılaştırıldığında daha düşük saptanırken GBG dair aktiviteler puanlarında farklılık bulunmamıştır. Yaşlıların, geçmişi düşündüklerindeki duygu durum düzeyleri medeni durumdan etkilenmediği saptanmıştır. Otonomi, ölüm ve ölmek, yakınlık puanları ise halen evli olan yaşlı bireylerde eşi olmayan yaşlılara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni olarak evli olan yaşlıların eşlerinden aldıkları destekle hayatlarını ve tercihlerini daha rahat belirleyebilmeleri ve sosyal hayata katılımlarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Özyurt ve ark.larının Manisa’da yaptıkları çalışmada evli olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi bekar yada eşi ölmüş yaşlılarla karşılaştırıldığında duyuşsal yetiler ile ölüm ve ölmek alan puanları düşük saptanmış buna karşılıklı diğer alan puanları yüksek saptanmıştı (101). Bizim çalışmamızda evli olanların duyuşsal yetiler, otonomi, sosyal katılım, yakınlık puanları Manisa’da yapılan çalışmada ile benzer bulunmuş, ölüm ve ölmek alan puanında farklılık saptanmıştır.

Çalışmamızda düzenli geliri olan yaşların yaşam kalitesi sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplam kalite puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0.00$, $p=0.00$, $p=0.00$, $p=0.00$). Düzenli bir geliri olan yaşlı bireylerde toplam kalite puanı düzenli geliri olmayan yaşlılara kıyasla daha yüksekti. Düzenli geliri olma durumunun geçmiş bugün geleceğe ait aktiviteler alan puanını etkilemediği görülmüştür. Oktik’in Muğla ilinde yaptığı huzurevi çalışmasında yaşlıların gelir durumu ile yaşam kalitesi algıları arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur (55). Çalıştır ve ark.larının çalışmasında da yaşlı bireylerin ekonomik durumları yükseldikçe yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştı (100). Bizim çalışmamızda bulunan sonuçlar literatürle benzer bulunmuştur. Bu durumda yaşlı bireylere asgari yaşam düzeyini sürdürebilmeleri için gereken ekonomik desteğin sağlanması gerekliliği kanaatindeyiz.

Gelir kaynakları ve çalışma durumlarına göre yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirdiğimizde; halen çalışan yaşlıların yaşam kalitesi emekli olan yaşlı

bireylerin yaşam kalitelerinden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0.00$). Bu çalışmada halen çalışan bireylerin yaşam kalitesi emekli olan yaşlıların yaşam kalitesinden daha yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmamızda çalışan bireylerin duyuşsal alan puanları anlamlı olarak artarken emekli olan yaşlılarda; sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0.00$, $p=0.00$, $p=0.00$). Çalışmak ekonomik geliri artırması, yaşlılık algısına olan olumlu etkisi ve bağımsızlık duygusunu pekiştirmesi açısından yaşam kalitesini yükselttiği kanaatindeyiz. Aydın ve ark.larının çalışmasında kalite toplam puanı 72.9 ± 8.8 , emekli olan yaşlılarda 62.5 ± 0.8 olarak saptanmıştır. Halen çalışan yaşlılarda ölüm ve ölmek alan puanı hariç diğer alanların puanları emekli olan yaşlılardan daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda toplam puanın çalışanlarda yüksek çıkması bakımından Aydın ve ark. larının çalışması ile benzer ancak alt alan puanlarında farklılık saptanmıştır.

Yaşam kalitesinin birlikte yaşanan kişiye göre değıştığı saptanmıştır. Bu çalışmada eş ve çocukları ile beraber yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi sadece eşile, yalnız yaşayan yaşlılardan daha yüksek saptanmıştır. Yaşam kalitesi toplam puanı eş ve çocukları ile yaşayanlarda en yüksek iken daha sonra eş ile yaşayanlarda, yalnız yaşayan yaşlılar olarak saptandı. Yalnız yaşayan yaşlıların en düşük puanları sosyal katılım ve ölüm ve ölmek alanlarında bulunmuştur. Yalnız yaşayan yaşlılar çocuğı ve ailesi ile beraber yaşayan bireylere göre duyuşsal yetenek alan puan ortalaması daha yüksek, sosyal katılım puanı daha düşük saptanmıştır. Yaşam koşulları açısından ailesiyle birlikte yaşayanların duyuşsal yetiler alan puan ortalaması tek başına yaşayanlardan daha yüksek iken, sosyal alan puan ortalaması daha düşük olarak saptanmıştır (101). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da eş ile birlikte yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi daha yüksek, yalnız yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi düşük saptanmıştır (25,113,114). Çalışmamız sonuçları Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalarla uyumludur. Yalnız yaşama durumunun yaşlı bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Yaşlıların yaşam kalitesini en çok düşüren hastalık kalp yetmezliğı ve ekstremelerde kırık olması durumu bulunmuştur. Sosyal katılım alanını anlamlı olarak en çok etkileyen romatizma, hipertansiyon ve kronik arter hastalığı hastalıkları iken kronik

hastalıklardan yakınlık alan puanlarının etkilenmediği saptanmıştır. Bu durum yaşlı bireylerin kronik hastalıklarının sınırlı sosyal ve fiziksel aktiviteleri olmasına neden olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda sorgulanan diabet, hipertansiyon, kronik arter hastalığı, kalp yetmezliği, serobravasküler olay varlığı, romatizma, ameliyat geçirme ve ekstremitelerde kırık varlığında tüm alanlar tüm hastalıklarda benzer etkilenmektedir. Kaya ve ark.larının Ankara’da yaptıkları yaşlılıkta yaşam kalitesi çalışmasında da kronik hastalığı olan yaşlıların yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştı (64). Baysan ve ark.larının çalışmasında da kronik hastalıklar yaşam kalitesini düşürmüş ve en çok ölüm ve ölmek alan puanını etkilemiştir. Halvorsrud ve ark.larının Norveç’te ile 2006 yılında yaptığı çalışmasında yaşlılarda kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (108). Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatürle uyumludur.

Çalışmamızda engelli olmanın yaşam kalitesine etkisi değerlendirildiğinde; engelli olan yaşlılarda yaşam kalitesinin engelli olmayanlara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır.Engellilik en çok ölüm ve ölmek ve sosyal katılım alan puanlarını etkilediği saptanmıştır. Baysan ve ark.larının Manisa’da yaptıkları 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesi çalışmasında engelli olan yaşlıların yaşam kalitesi 49.9 ± 10.3 , engelli olmayan yaşlılarda 52.9 ± 10.5 olarak bulunmuştur. Engelli olma durumu yaşam kalitesini en çok ölüm ve ölmek ile sosyal katılım alanlarda etkilemektedir (98). Çalışmamızda engelliliğin yaşam kalitesine etkisi Manisa’da yapılan çalışma ile karşılaştırıldığında sonuçlar benzer bulunmuştur.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ev içi ve ev dışı aktivitelerde bağımsız olan yaşlılarda yaşam kalitesi tüm aktivitelerinde bağımlı olan yaşlıların yaşam kalitesi ile karşılaştırıldığında aktivitelerde bağımsız olan yaşlılarda daha yüksek bulunmuştur. Günlük yaşamda bağımlı olma durumu yaşam kalitesini her alanda etkilemekle beraber en çok ölüm ve ölmek, sosyal katılım ve yakınlık alan puan ortalamalarını düşürdüğü saptanmıştır. Saka ve ark.larının çalışmasında günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan yaşlıların toplam yaşam kalitesi 50.0 ± 9.7 , bağımlı olanlarda ise 43.4 ± 10.3 olarak saptanmıştı (105). Özyurt ve ark.larının Manisa’da yaptığı çalışmada günlük yaşamda bağımlı olan yaşlılarda ölüm ve ölmek alan puan ortalaması düşük saptanmıştı (101). Çalışmamızdaki günlük yaşamda

bağımlı olan yaşlıların toplam kalite puan ortalamaları Saka ve ark.larının çalışması ile benzer bulunmuş ancak günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan yaşlı bireylerin yaşam kalite puanları bizim çalışmamızda daha yüksek saptanmıştır. Bu durum çalışmanın yapıldığı şehirler arasındaki sosyoekonomik düzey farklılıklarından kaynaklanabileceği kanıtlanmıştır. Çalışmamızda günlük yaşamda bağımlı olan yaşlıların ölüm ve ölmek puan ortalamalarının düşük olması Özyurt ve ark.larının çalışması ile benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada günlük yaşam aktivitelerinin bazılarında bağımlı olmak yaşam kalitesini düşürürken bazı aktivitelerde bağımlı olma yaşam kalitesini yükseltmiştir. Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlı olan yaşlılarda yaşam kalitesini en çok düşüren aktiviteler giyinme, beslenme ve tuvalet ihtiyacını karşılamada görülmektedir. Bu çalışmada günlük aktivitelerinde bir başkasının kısmen yardımına ihtiyaç duyan yaşlıların toplam yaşam kalite puanları bağımsız olan yaşlılardan daha yüksek bulunmuştur. Kısmen bağımlı olan yaşlılarda yemek hazırlama, beslenme aktivitelerinde toplam yaşam kalite puanları bağımsız olan yaşlıların toplam puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Bu durum yaşlıların beraber yaşadığı akraba ya da sosyal çevresinin günlük aktivitelerde yaşlıya yardım etmesi günlük aktivitelerde bağımsız olan fark yaratmış olabilir. Bizim çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma yaşam kalitesini anlamlı olarak en çok ölüm ve ölmek alanında etkilemiştir ($p=0.00$).

Yaşlı bireylerin son bir yıl içerisinde üzücü ya da sevindirici olay yaşamış olması yaşam kalitesi üzerinde etkili bulunmuştur ($p<0.05$). Son bir yıl içerisinde sevindirici bir haber alan yaşlıların sosyal katılım ve ölüm ve ölmek puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada son bir yıl içerisinde üzücü bir haber/olay yaşayan yaşlıların ölüm ve ölmek alan puanı anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Yaşlı bireylerin sevindirici bir olay yaşamaları ruhsal yönden kendini daha iyi hissetmesi ve bu nedenle sosyal çevresi ile iletişimin artmasına neden olacaktır diye düşünmekteyiz. Manisa'da yapılan çalışmada sevindirici bir haber alan yaşlılarda yaşam kalitesi en çok ölüm ve ölmek ile duygusal yakınlık alanlarda farklılık oluşmuştur. Son bir yıl içerisinde üzücü bir olay yaşayan yaşlılarda ise yaşam kalitesi otonomi alanı daha çok etkilenmiş yaşam kalitesi alan puanı bu alanda diğer alanlardan farklı olarak daha fazla düşmüştür (98).

SONUÇ VE ÖNERİLER

A- SONUÇLAR

Diyarbakır ili Şehitlik sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirleyerek, eksikliklerin giderilmesi yönünde öneriler yapmamıza olanak sağlayacak çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir.

1. Yaşlı bireyler arasında okuryazar olmayanların oranı %66.2'dir. Okur yazar kişilerin %12'si ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların %65,6'sı evli, %32.7'si eşi ve çocuklarıyla beraber yaşarken, %11.2'si ise yalnız yaşamaktaydı. Yaşlı bireylerin %12.3'ünün sosyal güvencesi olmadığı saptanırken, sosyal güvencesi olanlar içerisinde en sık yeşil kartın mevcut olduğu saptandı. Yaşlıların %49.2'sinin fiziksel engelli olduğu ve kronik hastalıklar içerisinde en sık %53.9 oranı ile hipertansiyonun olduğu saptandı.

2. Katılımcıların günlük yaşam aktiviteleri incelendiğinde; %85.8'i tam bağımsız, %2'si tam bağımlı ve %8.9'unun ise ev içerisinde hareketlerinde bağımsız ev dışında ise bir ya da birkaç kişiye bağımlı oldukları saptandı. En fazla bağımlılık oranı %11.7 ile yemek hazırlama ve %10.9 alışveriş yapmada, en fazla bağımsızlık oranı ise %93.9 ile tuvalet ihtiyacını karşılama işlevinde saptandı. Alışveriş yapma, ulaşım, banyo yapma, ev temizliği işlevlerinde kadınlar bağımlı durumdayken, beslenme, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama işlevlerinde erkekler daha bağımlıydılar. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin rahatının sağlanması, sağlıkla ilgili ve diğer ihtiyaçlarının karşılanması değerlendirildiğinde erkekler en sık eşlerinden yardım alırken; kadınların ise gelin ya da damatlarından yardım aldıkları saptandı.

3. Araştırmamıza katılan yaşlıların %31'i aynı evde çocukları ile beraber yaşarken, çocukları ile beraber yaşamayan bireylerin çocukları ile iletişimini birbirlerini ziyaret ederek sağladıkları saptandı.

4. Araştırmamızda görüldüğü gibi yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri, sağlık düzeyleri ile değerlendirdiğimiz yaşam kalitesini yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, yaşadığı kişiler, sosyal güvence durumu ve kronik hastalıktan primer olarak

etkilendiği görülmüştür. Yaşlıların yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi alan ortalama puanları bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları sırasıyla 10.8 ± 4.7 , 13.0 ± 3.8 , 9.0 ± 2.9 , 12.5 ± 3.7 bulunmuştur. Yaşam kalitesi puan ortalamaları Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara benzer iken gelişmiş ülkelerdeki yaşlıların yaşam kalite puanlarından belirgin olarak daha düşük bulunmuştur.

5. Yaşam kalitesi ortalama alan puanları kadınlarda erkeklere kıyasla daha düşük düzeyde olduğu saptandı. Eşi olmayan bireylerin sosyal alan puanları eşi olan yaşlılara göre daha düşük olarak saptandı. Bu çalışmada geliri olma durumu yaşam kalitesini yükselten faktörlerden biri olarak belirlendi. Araştırmamızda yaşlı bireylerin öğrenim durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisine bakıldığında ise; okuryazar olmayan bireylerin yaşam kalitesinin çok düşük olduğu, yaşam kalitesinin eğitim seviyesi ile doğru orantılı olarak arttığı saptandı. Bireylerin sosyal güvencesinin yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olmayan ve güvencesi yeşil kart olan yaşlıların yaşam kalitesinin sosyal güvence türü emekli sandığı, bağ-kur ve sosyal sigortalar kurumu olan yaşlılara göre tüm alanlarda daha düşük olduğu belirlendi. Bu çalışmada yalnız yaşayan bireylerin yaşam kalitesi tüm alanlarda düşerken; eşi ve çocukları ile beraber yaşayan ya da çocuklarının oturdukları eve yakın bir evde yaşıyor olma durumunun yaşlıların bedensel ve ruhsal alan puanlarını daha da yükselmesine neden olduğu saptandı.

Yaşlılarda engelli olma ya da yatağa bağımlı olma durumunun yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin özellikle de bedensel ve sosyal alanlarda düşürdüğü saptandı. Araştırmamızda son bir yıl içerisinde üzücü bir olay yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin ruhsal ve sosyal alanda düştüğü, sevindirici olay yaşayan bireylerin ise tüm alanlarda yaşam kalitesinin arttığı belirlendi. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri tüm alanlarda bir başkasının yardımına ihtiyaç duymayan yaşlılarla karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur.

B- ÖNERİLER

Toplumların gelişmişlik düzeyleri arttıkça yaşlı nüfus oranları da artmaktadır. Türkiye gelişmişlik düzeyi hızla artan ve yaşlı nüfus oranı yıllar içinde çok daha

fazla artacağı beklenen ülkeler arasındadır. Bu sebeple yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, olumlu etkisi olan faktörlerin artırılması, olumsuz etkisi olan faktörlerin ise engellenmesi ile yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilecektir.

Eğitim düzeyi yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdendir. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi hem erkek, hem de kadınlarda düşük olarak saptanmıştır. Yaşlı nüfusun ileriki yıllarda daha da artacağı göz önüne alınırsa eğitimin yaygınlaştırılması ile fazla eğitimsiz yaşlı nüfusun sayısı azaltılacaktır. Eğitim oranını yükseltmek için toplumda milli eğitim hizmetlerinin güçlendirilmesi ve okuma yazma kurslarının yaygınlaştırılması gereklidir. Bu sebeple; milli eğitim bakanlığı, dernekler, sosyal hizmetler işbirliği ile yaşlılara yönelik eğitim kurslarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması yaşam kalitesini direkt etkileyen faktörler arasındadır. 2002 yılında Madrid’te yayınlanan eylem planında yaşlılarda yoksulluğun azaltılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Bu kapsamda yaşlıları işe yerleştirmede negatif ayrımcılık yapılmaması, iş olanağı sağlanması, zanaat ve beceri eğitimlerinin verilmesi ya da yoksulluğun etkisini azaltmak için yeterli asgari gelirin sağlanması önerilmektedir.

Yaşlılara sağlıkta sosyal güvence sağlanması ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. 2002’de Madrid’de hazırlanan uluslararası eylem planında yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel ve eşit olarak ulaşımının sağlanması için dil farklılıkları dâhil olmak üzere yaş, cinsiyet ya da herhangi bir nedene dayalı sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlıkta sosyal güvencesi olmayan yaşlıların da sağlık bakımına ulaşmasının sağlanması gereklidir. Çalışmamızda her on yaşlıdan birinin sağlıkta sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bu kişilere sağlıkta sosyal güvence sağlanmalı ya da direk bakım için olanak verilmelidir.

Kentlerde yalnız yaşayan yaşlılar özel risk gruplarını oluşturmaktadırlar. Yaşlılarda yalnızlık duygusunu ortadan kaldırmak ve sosyal ilişki sıklığını artırmak için yaşlıların sosyal aktivitelerinin çeşitlendirilmesi, derneklere üye olmalarının teşvik edilmesi, hatta yalnız yaşayan yaşlıların evlenmelerine imkan sağlanması, yaşlıların yaşam kalitelerini yükseltecektir.

Türkiye’de kentleşme ile birlikte geniş aile yapısı yerini çekirdek aile yapısına bırakmıştır. Yaşlılar, çocukları ve torunları ile aynı çevrede yaşamayı tercih etmektedir. Yaşlıların istedikleri yerde yaşamalarının sağlanması önerilen genel politikadır. Ancak bunun için tüm toplumun yaşlanma konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Kuşaklar arası dayanışmanın hem toplum bazında hem aile içinde teşvik edilip güçlendirilmesi önerilmektedir.

Toplumumuzun gelişmesi ve özellikle bakım gerektiren yaşlı bireyler için sunulan öneriler ışığında politikalar oluşturarak toplumsal koşulların iyileştirilmesi gerekir. Toplumun sağlık düzeyi yükseltilmeli ve yaşlanan insanların daha sağlıklı ve daha uygun bir ortamda yaşayabilmeleri sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tüzün EH, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 13: 3-8, 2003.
2. <http://www.who.int/about/definition/en/>
3. UN. (March 2007). World Population Will Increase By 2.5 Billion By 2050 United Nations Population Division.
4. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 Nüfus Sayımı Sonuçları T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. (www.tuik.gov.tr)
5. Aslan Ş, Gökçe-Kutsal G.: Geriatri ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi, Türk Geriatri Dergisi. 2(4), 173-178, 1999
6. Çubukçu S. Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevalansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kayseri, 2005.
7. Kutsal Y. Geriatri, 2002. Hacettepe Üniversitesi GEBAM yayınları, www.gebam.hacettepe.edu.tr
8. Baran AG, Kalıncı V, Aral N. Yaşlı ve Aile ilişkileri: Ankara Örneği. TC. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları. Ankara, 2005.
9. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünya ve yaşlanan insan. http://www.geriatri.org.tr/pdfiler/saglikli_yaslanma2005/
10. Güler Ç. Çobanoğlu Z. Yaşlı ve Çevre. [Elektronik Sürüm]. Ankara: Aydoğdu Ofset (1994).
11. Toprak İ. Soydal T, Bal E. İnan F. Aksakal N, Altınyollar H. Yaşlı Sağlığı. [Elektronik Sürüm]. Ankara: Pelin Ofset, 2002.
12. Bilir N. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitapevi, Ankara, 1995.
13. Tümerdem Y. Gerçek Yaş (REAL AGE). Turkish Journal of Geriatrics, 9 (3): 195- 196, 2006.
14. WHO. 10 Facts on Ageing and The Life Course, 2007.
15. Aydın Z D. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. Turkish Journal of Geriatrics, 2 (4), 179, 1999.
16. Danış Z M. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2007.
17. Kalache A, Lunefeld B. Men, Ageing and Health. [Elektronik Sürüm]. Geneva: WHO publication, 1999.
18. Saatli G. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Bileşenleri ve Bu Bileşenleri Etkileyen Değişkenler. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa 2004.
19. Davies AM. Older populations, aging, individuals and health for all. World Health Forum 10:299, 1989.
20. Gür H, Küçüköğlü S. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. U. Ü. Tıp Fak. Bursa, s 23. 1992.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara 2003.

22. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.html>
23. Devlet İstatistik Enstitüsü. Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. <http://nkg.die.gov.tr/veri.xls>, 2006.
24. Demir H. Geriatriye Fizyoterapi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*;1(27):70-75, 2005.
25. Aydın S. Gaziantep İli Şehitkâmil Ve Şahinbey Merkez İlçelerinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Populasyonda Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2009.
26. Calverley PMA, Rennard SI. Highlights from ATS 2001. *Respiratory Care Matters*, 6:2-7, 2001.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Sağlığa Bakış 2007, Aralık 2007.
28. Lindner K, Panaszek B, Machaj Z. Asthma In The Elderly. *Pol Arch Med Wewn*, 117(8), 350-354, 2007.
29. Çöplü, L. Bronş Astması ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları. Gökçe-Kutsal Y.Çakmakçı M, Ünal S (eds). *Geriatri*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s: 165-176, 1997.
30. Listello D, Glauser F. COPD Primary care management with drug and oxygen therapies. *Geriatrics*; 47:38-38, 1992.
31. Aytemur AZ, Göksel T, Baysak A, Bayındır Ü. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Ataklarında Mortalite. *Toraks Dergisi*, 3(1), 22-25.2002.
32. NCHS Vital and Health Statistics: Current Estimates from the National Health Interview Survey. seri 10, No 200, U.S. GPO, Ekim 1999.
33. Adams J N, Gautam P C. Anticoagulant therapy in elderly patients. *J Clin Exp Gerontol* 14: 183, 1992.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara 2006.
35. Ünal M.T. Yaşlanma ile organ ve sistemlerde gözlenen değişiklikler. IV. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. Antalya: Geriatri Derneği Yayınları. Antalya, 4 Eylül 2005.
36. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), 1988-1991. reported in: the fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 153: 154-83, 1993.
37. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoglu E, Caglar S, for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey . *Journal of Hypertension*. 23(10):1817-1823, 2005.
38. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. 2005, Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara.
39. Akın G. Her Yönüyle Yaşlılık. Ankara, 2006. Palme Yayıncılık
40. Gebam Bülteni, 2006. www.gebam.hacettepe.edu.tr
41. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Rehberi, *Toraks Dergisi*;1 ek:2, 2000.

42. World Health Organization 1999. Sağlık 21 (Öztürk Y, Günay O). Kayseri, Erciyes Üniversitesi Yayınları, 2008.
43. Aydın H. Yaşlılıkta Uyku. III. Ulusal Geriatri Kongresi. Kongre kitabı. Muğla, 2004.
44. Onat Ü. Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Editör Kutsal Y.G. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma (s:93-97) Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayınları, 2004.
45. Yılmaz T. Türk Toplumunda Yaşlılara Götürülen Hizmetler. 2003.
46. Ebrahim S. Health Of Elderley, Detels R, McEven J, Beaglehole R, Tanaka H. (Ed.). People Public Health England: Oxfort Universty Press, s:1713-1732, 2000.
47. National Association for Home Care and Hospice . <http://www.nahc.org/facht>
48. Shore H. "Evaluation and Self Survey in the Modern Intitution". Kaplan, J. ve G. Aldridge (eds).oğ. cilt, ss:6-24
49. Darulaceze Müessesesi. <http://www.darulaceze.gov.tr/bpi>
50. Çekal N. Huzurevinde kalan yaşlıların beslenme servisi örgütünden memnuniyet durumları. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 8(10):43-53, 2006.
51. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı <http://www.shcek.gov.tr/yasli.aspx>
52. Kaya A.G. İzmir'de Yaşam Kalitesi ve Yoksulluk. İzmir İktisat kongresi Araştırma Merkezi Öğrenci Çalışma Raporları Serisi, 02: 1 -14. 2006.
53. Akyol A.D. Yaşam Kalitesi. Ege Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, cilt:9, sayı: 2,1993.
54. Evans R.W, Manninen D.L, Garrison LP,et al. The quality of life of patients with and stage renal disease, N.Eng.J. Med 312: 553-558, 1985.
55. Oktik N. Huzur evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi-Muğla Örneği. Muğla Üniversitesi Yayınları. Muğla, 113 -117, 2004
56. Toprak H. Yaşlı Sağlığı. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları. Ankara, 15-25, 2002.
57. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi Sözlü sunum 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir, Nisan 2004.
58. Burckhardt C. Quality of life compendium, University of Bergen, Norway, 2000.
59. Bölükbaşı N. Yaşam Kalitesi Kavramı. Kutsal, G.Y. (Ed.). Geriatri (s.45-49). Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara, 2007
60. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi-bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Hemşirelik Bülteni. 9:85-95, 1995.
61. Ware E C. SF-36. 2002. <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
62. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. Romatizma Dergisi 20(1),55, 2005.
63. Eser E. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği.(Ed). Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatri'de Kullanılan Ölçekler. Ankara: Medicographics Ajans ve Matbaacılık, 2006.

64. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu SA, Doruk C, Dokur U, Biçici V. ve ark. Ankara Keçiören İlçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11 (1): 12-17, 2008.
65. Teletar TG, Özcebe H. Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3) :162-165, 2004.
66. Pınar R, Çınar S. İstanbul İlinde huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları (kaliteleri) farklı mı? Karşılaştırmalı bir çalışma. *Hemşire Dergisi*. 51(4):10-18. 2001
67. Yıldırım KY, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Geriatrici*. 7(2):78-83, 2004.
68. Maio MD, Perrone F. Quality of life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1: 44, 2003
69. Odubanjo E, Bennett K, Felly J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly a population based study. *Br J Clin Pharmacol*, 58 (5):496-502. 2004.
70. Dönmez L, Gokkoca Z, Dedeoğlu N. Disability and its effect quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40: 213-223, 2005.
71. Metz DH. Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, 149-152, 2000.
72. Knudtson MD, Klein BE, Klein R, et al. Age-related eye disease, quality of life, and functional activity. *Arch Ophthalmol*, 123 (6):807-14, 2005.
73. Cook JA, Hawkins DB. Hearing loss and hearing aid treatment options. *Mayo Clin Proc*, 81(2): 234-7, 2006.
74. Ancoli- İsrail S, Ayalon L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(2):95-103, 2006.
75. Allen FP. Assessment of oral health related quality of life *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(40):1-8, 2003.
76. Nass R, Thorner MO. Life extension versus improving quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 18(3); 381-391. 2004.
77. Eisenstaedt R, Penninx BW, Woodman RC. Anemia in the elderly: Current understanding and emerging concepts. *Blood Rev*, Fev 9, 2006.
78. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G ve ark. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4): 141-145, 2000.
79. Keyes CL, Michales B, Kobau R, et al. Promotion. CDC. Social support and health related quality of life among older adults. *CDC-MMVR*, 54; (17): 433-437, 2005.
80. Grimby A, Svanborg A. Morbidity and Health-related quality of life among ambulant elderly citizens. *Aging (Milano)*. 9(5):356-64, 1997.
81. Barnabie R, Venturiero V, Tarsitani P, et al. The comprehensive geriatric assesment: When, where, how. *Clinical Reviews in Oncology/Hematology*, 33:45-56, 2000.
82. Rejeski WJ, Fielding RA, Blair SN. et al. The lifestyle intervention and independence for elders (LIFE) pilot study: design and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 26:141-154, 2005.

83. Erdem N, Chu FM.: Management of overactive bladder and urge urinary incontinence in the elderly patient. *Am J Med.*119(3 suppl 1): 29-36, 2006.
84. Morley JE, Haren MT, Kim MJ. et al. Testosterone, aging and quality of life. *J Endocrinol Invest,* 28(3 suppl 1):76-80, 2005.
85. Kılıçoğlu A. Yenilmez Ç. Huzurevinde yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etmenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam,* 18: 187–195, 2005.
86. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A. ve ark. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi,;* 3(4): 133–140, 2000.
87. Özer M. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi,* 7(1):33-36, 2004.
88. Coats AJ. Life Quality of life and choice in an ageing society. *İnternal Journal Cardiology,* 78(1):1-3, 2001.
89. Aslan D. Aktif Yaşlanma, 2006.
90. Erkılıç M, Aydoğdu F, Aslan D, Gökçe Kutsal Y. Yaşlının Evi ve Çevresi (ISBN 975-92150-1-2) Geriatri Derneği. Ankara, 2006.
91. Aydın, Z. D. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. *Turkish Journal of Geriatrics,* 2 (4),179, 1999.
92. Herkese Sağlık Türkiye 'nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 21) Önsöz. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1185
93. Baran AG. Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Yaşlıların Gündelik Yaşamdan Tatmin Düzeyleri: Ankara Kentsel Kesit Örneği. *Turkish Journal of Geriatrics;* 10 (1): 10-18, 2007
94. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Siddiqui Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö. Ankara'da Sağlık Ocağı Bölgesine Bağlı Sakarya Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics* 5: 97-102.
95. Bozkurt, A. i, (2002). GAP Halk Sağlığı Projesinde Elde Edilen GAP Bölgesi Demografik Verileri ve Halkın Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu.İçlin, E. (Haz). 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 23-28 Eylül 2002 Diyarbakır Bildiriler (s:30-37). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları
96. Ölüç, F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne, 2007.
97. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics,* 8 (2): 78-83, 2005.
98. Baysan NP. Manisa'da Yaşayan Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008
99. Population Ageing 2006. <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>
100. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi,* 9:30-3, 2006.

101. Özyurt B C, Eser E, Çoban G, Akdemir S, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(3), 117-123, 2007.
102. Cingil D, Bodur S. Karaman İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik ve Medikal Özelliklerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:3, 2008.
103. Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır İl Merkezi'nde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(4)146-150 2000.
104. Aydın ZD, Ersoy İH, Baştürk A, Kutlucan A, Göksu SS, Güngör G, Tamer MN. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik ve İlişkili Faktörler. *Geriatride ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 2:9-18, 2009
105. Saka G, Çiftçi S, Değer V, Arslan E. Mardin İl merkezinde 3 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. İzmir (bildiri), 2010.
106. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Fakültesi*, 28(2):81-89, 2006.
107. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea:A cross-sectional survey *Int J Nurs Stud* 43:293-300, 2006.
108. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A. Reliability and Validity of the Norwegian WHOQOL-OLD Module. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2),292-305, 2008.
109. Tsai JC, Yang HY, Hans Wang WH, Hsieh MH, Chan P. The beneficial effect of regular endurance exercise training on blood pressure and quality of life in patients with hypertension. *Clinical & Experimental Hypertension*, 26(3):255-66, 2004.
110. Li TC, Lee YD, Lin CC, Amidon RL. Quality of life primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of wellbeing and functioning using the SF-36 health questionnaire. *Quality Of Life Research*, 13:1081-88. 2004.
111. Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özüğürlü B, Özgener N, Deveci H. Narlıdere İlçesinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi [Poster]. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir. Nisan 2004.
112. Kirchengast S, Haslinger B. Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-sectional Analysis. *Gend Med*, 5(3),270-273, 2008.
113. Sönmez Y, Dönmez G, Yılmaz U ve ark. 75 Yaş ve üstü bireylerin temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılıkların değerlendirilmesi, 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Van, pp 284-285, 2006.
114. Ergin K. Yaşlanma ile ilgili Fizyolojik Değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 11-15, 1992

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Yozgat ili Sorgun ilçesinde doğdum. İlk ve orta öğretimimi Sorgun'da Mehmet Akif Ersoy İlköğretim okulunda tamamladım (1987-1995). Sorgun Sağlık Meslek Lisesi'nde lise eğitimime devam ettim (1994-1998). Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde lisans eğitimime başladım (1999). Aynı yıl Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine hemşire olarak atandım ve ardından Dicle Üniv. Atatürk Sağlık Yüksekokulunda lisans eğitimime devam ettim (2000-2003). Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.B.D'nda yüksek lisans yapmaya başladım (2007-2010).

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nefroloji Kliniğinde hemşire (2000-2005), Hastane Başhemşireliği Supervizör hemşire (2005-2007), Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Sorumlu hemşire (2007-2009) olarak görev aldım. 2009 yılı Kasım ayından itibaren Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kalite Geliştirme ve Performans Biriminde Hastane Kalite Yönetim Temsilcisi olarak görevime devam etmekteyim. Evli ve 1 çocuk annesiyim.

EKLER

EK-1 Sosyodemografik özellikler anket soruları

EK-2 WHOQOL-OLD anket soruları

EK-3 WHOQOL-BREF anket soruları