

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EVDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN
ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÇİĞDEM AKAL (DEĞİRMENCİ)

**SİVAS-TEMMUZ
2005**

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EVDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN
ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HAZIRLAYAN
Çiğdem AKAL (DEĞİRMENCİ)**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YARD. DOÇ.DR. Nuran GÜLER**

**SİVAS-TEMMUZ
2005**

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No'lu kararı ile kabul edilen "Tez Yazma Yönergesi" ne göre hazırlanmıştır.

TEŐEKKÖR

Araştırmamdaki danışmanlık ve katkıları için Yard.Doç.Dr. Nuran GÖLER'e, araştırmanın istatistiksel analizlerinin yÖrÖtÖlmesindeki yardımlarından dolayı Yard.Doç.Dr. Ziyet ÇINAR'a, çalışmalarımdaki yardım ve destekleri için Yard.Doç.Dr. Hatice Tel'e, eşim Dr.Burçin Nuri Akal'a ve arkadaşlarıma, Öğrenim hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen Öğr.Gör.Neşe ALPARSLANA'a ve aileme teşekkÖr ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

1. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI	1
2. ARAŞTIRMANIN AMACI	6
3. GENEL BİLGİLER	7
3.1. Yaşlılık.....	7
3.2. Yaşlılık Döneminde Ortaya Çıkan Değişiklikler ve Sorunlar.....	9
3.3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlı Bireylere Verilen Hizmetler.....	13
3.4. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	15
3.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi.....	18
3.6. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi.....	18
3.7. Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Arttırılması.....	19
3.8. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi.....	22
3.9. Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	23
4. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ	25
4.1. Araştırmanın Tipi.....	25
4.2. Araştırmanın Yeri.....	25
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
4.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	26
4.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	28
4.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	29
5. BULGULAR	30
6. TARTIŞMA	82
7. SONUÇLAR	93
8. ÖNERİLER	96
9. ÖZET	98
SUMMARY	
KAYNAKÇA	
EKLER	

TABLÖLAR

<u>TABLO</u>	<u>SAYFA</u>
1. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
2. Bireylerin Protez Kullanma ,Kronik Hastalık ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	34
3. Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
4. Bireylerin Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
5. Bireylerin Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
6. Bireylerin Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
7. Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
8. Bireylerin Emeklilik Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
9. Bireylerin Sağlık Güvence Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
10. Bireylerin Gelir Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
11. Bireylerin Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
12. Bireylerin Yaşadığı Kişilere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
13. Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
14. Bireylerin Çocuk Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
15. Bireylerin Konut Tipine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
16. Bireylerin Evinin Sahiplik Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
17. Bireylerin Komşuluk İlişkilerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67
18. Zamanını Değerlendirme Şekline Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	69
19. Bireylerin Protez Kullanma Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	72
20. Bireylerin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	75
21. Bireylerin Kronik Hastalık Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	77
22. Bireylerin İlaç Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	80

1. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Dünya nüfusu, beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının azalması ile son elli yılda daha hızlı yaşlanmıştır (1). Dünyada bugün, 65 yaş ve üzeri 400 milyon insan olduğu, 2050 yılında ise, bu rakamın yaklaşık 4 kat artış göstererek 1,5 milyarın üstüne çıkmasının beklendiği, bu artışın büyük çoğunluğunun, ülkemizin de içinde bulunduğu, gelişmekte olan ülkeler olacağı ileri sürülmektedir (2). Ülkemizdeki nüfus sayımı bilgilerine göre; 1990 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus, toplam ülke nüfusunun %4.28'ini, 1997 'de %5.73'nü, 2000 yılında %5.69'unu oluşturmaktadır. Bu oranın 2032 yılında %10.9'a kadar artması beklenmektedir (3).

Yaşlılık; biyolojik, fizyolojik, duygusal ve sosyal olmak üzere, farklı şekillerde tanımlanabilir. Biyolojik açıdan; yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun, yapı ve fonksiyonlarında değişikliklerin meydana gelmesidir. Fizyolojik yaşlılık, kişisel ve davranışsal değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Duygusal yaşlılık, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak, yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesidir. Aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında, bireyin toplum içinde fonksiyonlarını devam ettirememesi ise sosyal yaşlılık olarak adlandırılmaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü, 65-79 yaştaki bireyleri "yaşlı", 80 yaş ve üzerindekiileri "çok yaşlı" olarak tanımlamaktadır (5). Yaşlılık genel anlamda; bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaş, eş ve yakın ilişkilerin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması gibi pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (2,6,7).

Ülkemizin bugünkü 65 yaş ve üzeri nüfusunun %90'ında 1, %35'inde 2, %23'ünde 3, %15'inde 4 ve daha fazla sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (8). Bilindiği gibi yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel olarak, bütün

fizyolojik sistemlerde gerileme söz konusudur. Emir¹ođlu'nun, yaptığı araştırmada yaşlıların fiziksel sorunları; kalp-damar hastalıkları, kronik hastalıklar, sinir ve kas sistemindeki zayıflıklar, beslenme bozuklukları, duyu organlarındaki kayıplar ve vücut direncinin düşmesiyle hastalıklara yakalanma sıklığının artması olarak belirlenmiştir (9). Aksakal ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da, incelenen bölgedeki yaşlı bireylerin %47,8'inin herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir (10). Ruhsal sorunlar olarak; yaşlı birey, sevilen birinin veya akrabaların ölümü, işe yaramadığını hissetme, emeklilikle birlikte iş yaşamındaki çevrenin ve arkadaşların kaybı, rol ve statü kaybı, kendini yalnız hissetme gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (9,11,12). Yaşlılığa daha önceden hazır olmama, yaşlılığın beraberinde getirdiği sorunlarla baş edememekte yaşlılığa uyum sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır(7). Ekonomik sorunlar; yaşlılık döneminde fiziksel gücün yavaş yavaş azalmasına bağlı olarak yaşlıların, iş yapabilme güçlerinde azalmalar olmasıyla ortaya çıkmaktadır (13). Emiroğulu'nun yaptığı bir çalışmada, yaşlıların ekonomik sorunları; sosyal güvenliğe sahip olmama, aldıkları maaşla giderlerini karşılayamama, yakınlarından maddi yardım alamama, gelirlerin azlığı ve ek gelirlerin olmaması olarak saptanmıştır (9). Bir diğer sorun da barınma sorunudur; özellikle kimsesi olmayan yaşlı bireyler için ve yaşlılıkta gelirden azalmaya bağlı olarak görülen önemli bir sorundur. Türkiye'de yapılan araştırmalarda, yaşlıların daha çok gecekondulu kesimlerinde, elverişsiz şartlarda yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durumun da, yaşlı bireylerin toplumsal konumunu, sağlık düzeyini olumsuz etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğu belirlenmiştir (9,14).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında çıkarılan, "Sağlıklı Yaşlanma Deklarasyonu"nda yayınlanan, "Herkes İçin Sağlık Hedefleri" listesinde, "Sağlıklı Yaşlanma/Yaşanan Yıllara Yaşam Katılması" hedefi yer almıştır. Bu deklarasyonun amacı; dünyadaki tüm insanların, yaşamlarının her evresinde, sağlıklı yaşamı koruma, sürdürme ve geliştirmenin yanında, insan ömründe sağlıklı olarak yaşanan yılları arttırma, yaşam kalitesini güçlendirme,

aktif, üretken ve başarılı yaşlanma olanaklarını arttırmaktır (15). Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonlarını algılaması“ olarak tanımlamaktadır (16). Yaşam kalitesi kavramı için, ortak bir görüş bulunmamakla birlikte, kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır (17). Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği kabul edilmiştir. Ancak; bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur. En geniş tanımlamalardan biri de Patrick ve Erichson tarafından yapılmıştır (18). Bu tanımda, ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık algısı ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel kavramları belirtmişlerdir (19). Bu kavramın anlaşılmasındaki temel anahtarlardan biri öznelliktir (16,18). Bireyler, kendi algıladıkları sosyal durumlarını diğerleri ile karşılaştırarak umut ve beklentilerini ortaya koyarlar. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu, dini inanışlar, meslek gibi birçok değişken, umut ve beklentilerin şekillenmesinde rol oynamaktadır. Bu değişkenlerdeki farklılıklar; neyin önemli, iyi ya da arzu edilir olduğu konusunda değişik algılamaların ortaya çıkmasına neden olur (20).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbiriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır. Bunlar; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir (21). Yaşlılıkta yaşanan fiziksel ve sosyal değişiklikler bu boyutları, etkilemektedir (22). Öz benlik, aile ve gelir durumu, algılanan kaliteyi etkilemekte bu da, yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır (23). Bazı sosyal

rollerin ve özerkliğin kaybı, emeklilik, arkadaş ve yakınların ölümü, dul kalmak, çocukların evden ayrılması, giderek artan yalnızlık, maddi zorluklar ve bu değişimler sonucu ortaya çıkan çeşitli hastalıklar, yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (24).

Yapılan bir çok araştırma, fiziksel ve ruhsal sağlık, ekonomik ve barınma gibi sorunlarla karşılaşan yaşlı bireylere gereksinimlerine göre uygun bakım ve/veya tedavi verildiğinde yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir (16,25,26,27,28,29,30,31). Ancak bu araştırmaların büyük bir çoğunluğu, hastanelere başvuran ya da huzurevlerinde yaşamakta olan yaşlı bireylerle sınırlı kalmıştır ve bu araştırmalarda yaşlı bireylerin spesifik bazı sorunları ya da hastalıkları ele alınmıştır. Dolayısıyla bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar, yaşlıların sorunlarına/hastalıklarına çözüm getirmede yetersiz kalmaktadır (25,27,29,30,32,33,34,35,36). Ülkemizde, kurumsal bakım alan yaşlı oranının düşük olduğu, %96,4'ünün evlerinde yaşadığı ve kendi evlerinde yaşamayı tercih ettikleri bilinmesine rağmen, ülkemizde evde yaşayan, 65 yaş ve üzeri bireylerle ilgili çalışmalar da sınırlı sayıdadır (4,9,33,37) .

Yaşlı nüfusun büyük çoğunluğu ev ortamında yaşamaktadır ve bu grubun sağlık gereksinimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin sorumluluk alanındadır (4). Aralık 2001'de yürürlüğe giren, "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi" hakkındaki yönergeye göre de, yaşlı sağlığı hizmetlerinin, sağlık ocaklarının görevleri olduğu belirtilmiştir. Aynı yönergede yaşlı sağlığı hizmetlerini yürütmek sağlık ocağında çalışan, hemşire, sağlık memuru ve ebenin görevleri arasında açıkça tanımlanmıştır (37). Ancak; ülkemizdeki sağlık ocaklarında yapılan çalışmalarda, yaşlı sağlığı hizmetlerinin farklı nedenlerden dolayı (Görevi olduğunu bilmeme, yapmak istememe, yaşlıya karşı olumsuz tutum gibi...) yerine getirilmediği belirlenmiştir (38,39). Dünya Sağlık Örgütü'nün, tüm dünya için önerdiği "Sağlıklı Yaşlanma" hedefinin Türkiye içinde gerçekleşebilmesi, yaşlı sağlığına birinci basamak hizmeti sunumunda gereken önemin verilmesi ve bu konudaki çalışmaların arttırılarak devam ettirilmesi ile mümkün olabileceği

düşünülmektedir (40). Dünya Sağlık Örgütü gelecek on yılda pek az ülkenin büyük bir yaşlı nüfusa özel bakım sağlayabilecek konumda olacağını belirtmektedir (8,35). Bu nedenle 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik, geniş pgruplarda yapılmış, yol gösterici çalışmalara ihtiyaç vardır.

Dünya Sağlık Örgütü' nün Avrupa Birliği için belirlediği, “Yaşlı Sağlığı” ile ilgili hedeflere ulaşmasında, yaşlı sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetlerin kapsamında yürütmede, 2001 yılında yürürlüğe giren yönergeye göre, öncelikli sorumlu olan kişiler hemşirelerdir (37). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler, toplum içinde yaşayan yaşlıların bakımında ve desteklerinin harekete geçirilmesinde etkili olabilirler (41). Hemşireler; yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine, yaşlının duygusal sorunları ile baş edebilmesine, kendi kendine yetebilmesine ve yetersizlikleri ile yaşayabilmesine, kendini değerli görmesine yardım ederler (42). Yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin artması için ruh sağlığını koruyacak ve yaşam kalitesinin güçlendirecek sosyal destek kaynaklarının değerlendirilerek, bireylerin gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yerine getirilmesinde hemşire önemli bir rol oynar (43). Yapılan çalışmalarda da, hemşirelerin profesyonel rollerini uygulamalarının, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (27,29,31,34,36). Yaşam kalitesi ölçekleri, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir ve alternatif stratejiler geliştirmede sağladığı kolaylıklar nedeniyle hemşirelik araştırmalarında daha çok kullanılmaktadır (41). Yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan araştırmalarda, büyük grupların sağlık durumu hakkında bilgi toplamak ve sonuçlarını sağlık politikası oluşturmada kullanmak amaçlanmaktadır (44,45,46).

Bu çalışma da, geniş bir grubun üzerinde yapılarak, ülkemizde sınırlı sayıda bulunan çalışmalara katkı sağlaması, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi ile de, birinci basamakta öncelikli olarak hemşireler tarafından verilen yaşlıya yönelik sağlık

hizmetlerinin eksikliklerinin belirlenmesi, planlamasında, etkili ve yol gösterici olması amacıyla yapılmıştır.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin;

- 1- Yaşam kalitesinin,
- 2- Yaşam kalitesine etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. YAŞLILIK

Yaşlılık, yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır (58). Yaşlılık; fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelemeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanabilir (59).

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı, üç dönem olarak sınıflandırmıştır:

a-) Orta Yaşlı Kişiler (45–59 Yaş): 45 ile 59 yaş grubunu kapsar. Bu dönemde, fonksiyonel kayıplar sıklıkla genç erişkinlik dönemi ile karşılaştırılınca % 10–30 arasındadır.

b-) Yaşlılar (60–74 Yaş): 60 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 tanımlanır.

c-) İleri Derecede Yaşlılar (75 Yaş ve Üzeri): 75 yaş ve üstü yaş grubunu içeren bu dönemde, sıklıkla fonksiyonel kayıplar gözlenir. Yinede kişi, genellikle belli bir oranda başkalarına bağlı olmadan yaşamını sürdürebilecek

durumdadır. Fakat yaş 85 ve üzeri bireyler özel bakıma, özel evlere veya yardımcıya ihtiyaç duyabilirler (15).

Yaşlılığı sadece kronolojik olarak sınıflandırmak yeterli olmayacaktır. Her durumda geçerli olabilecek bir yaşlılık tanımı yapmakta oldukça zordur (59). Birçok yazarlar tarafından yaşlılık, farklı yönlerden ele alınıp tanımlanmıştır. Bu tanımları 7 başlık altında toplayabiliriz:

A - Normal yaşlılık: Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlem değişikliği tanımlanmaktadır.

B-)Patolojik yaşlılık: Sağlık sorunları ile etkileşen patolojik olayların tümü ifade edilir.

C-)Sosyal yaşlılık: Kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen sosyal yaşlanma, zaman akışı içinde edinilen sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanır.

D-)Psikolojik yaşlılık: Bireyin davranışsal yeteneğindeki değişimler tanımlanmaktadır.

E-)Ekonomik yaşlılık: Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi, kişinin çalışma yaşamını sonlandırdıktan sonraki yaşam sürecini belirtir.

F-)Kronolojik yaşlılık: Geçen zamana göre, bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır.

G-)Biyolojik yaşlılık: Yumurtanın döllenenmesinden başlayan, tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimler olarak ta tanımlanır (9,59,60,61).

Bir toplumun yaşlılık durumunu belirtirken ölçüt olarak kronolojik yaş kullanılır. Yaşlılık durumu, bir toplumda belirli bir yaşın üzerindeki toplam sayısının, o toplumun genel nüfusuna oranının yüzdesidir. Kronolojik yaşla biyolojik, sosyal ve ekonomik yaşlılık ölçütleri arasında, ülkeden ülkeye değişen belirli bir ilişki vardır. Kronolojik yaş, yaşlılığın iyi bir ölçütü değildir. Ancak

uygulamada kolaylık sağladığı için çoğu kez bu ölçüt kullanılmaktadır. Bu ölçütün yerine yaşam beklentisinin kullanılmasını önerenler vardır (59).

Yaşam beklentisi, belirli bir yaştaki kişinin daha ne kadar yaşayacağı tahmin edilmesidir. Ancak; doğustaki yaşam beklentisinin, özellikle az gelişmiş ülkelerde, bebek ölümlerinden büyük ölçüde etkilendiği için, toplumun yaşlılık durumunu belirten bir ölçüt olarak kullanmak yanlıştır (62). Nitekim, doğuştan yaşam beklentisi, az gelişmiş ülkelerde 60 yıldan daha az olduğu halde, gelişmiş ülkelerde 70 yılın üzerindedir. Kadınlarda erkeklerden 3-6 yıl daha fazladır. Ama yetişkinlik dönemini, yani 64 yaşını aşan kişilerdeki yaşam beklentisi, yaşlılık durumunu belirlemek amacıyla kullanılabilir. Çünkü; bu tür yaşam beklentisi yönünden, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasındaki ayırım, gerçek bir ayırımdır (59).

Dünyada yaşlıların sayısı değil, oranları da artmaktadır. Çünkü bir yandan bebek ve çocuk ölümlerinin azalması sonucu yetişkinlik çağına erişenlerin sayısı artarken, diğer yandan üreme düzenindeki değişiklikler ve aile planlaması uygulamaları, yeni doğanların sayısını azaltarak, yaşlıların oranının yükselmesine neden olmaktadır (1). Üstelik yetişkinlik çağındaki ölümler azalmakta, dolayısıyla yaşlılık dönemine erişenlerin sayısı artmaktadır. Bireysel farklılığın yanı sıra yaşlanma sürecini etkileyen en önemli bir faktör de, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerdir. Tüm bunların sonucunda doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzerindeki nüfus artmıştır(3).

3.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE ORTAYA ÇIKAN DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR

3.2.1. Fizyolojik Değişiklikler ve Sorunlar:

Yaşlılık, çeşitli beden sistemlerinde gerilemeleri ve her bir biyolojik sürecin etkinliğinde azalmayı beraberinde getiren bir süreçtir (63). Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler de; toraksın anatomik yapısı değişir,

akciğerlerde rezidüel hacim artar, solunum hacmi azalır. Maksimal solunum kapasitesi, 30 yaşındaki düzeye oranla 70 yaşına gelindiğinde yarıya iner. Dolaşım sistemi ile ilgili olarak kalp debisi azalır, damarların direnci artar ve sonuçta organların kanlanması azalır. Merkezi sinir sistemi perfizyonunun azalması, beyin fonksiyonlarında gerilemeye neden olur. Sindirim kanalının peristaltizmi yavaşlar, sekresyonlar azalır. Sindirim fonksiyonu zayıflar. İskeletin mineral içeriği azalır, kas dokusu azalır, vücut birleşiminde yağ oranı artar. Hormonlar azalır. Libido düşer, glikoz toleransı azalır, bazal metabolizma düşer. Duyu organları ile ilgili olarak da en önemli değişimler görme ve işitme duyusunun zayıflaması şeklinde olur (64,65). Görüldüğü gibi kardiyovasküler, solunum, renal, gastrointestinal, hepatik, hemotolojik, immünolojik, endokrin, kas-iskelet, merkezi ve periferik sinir sistemi gibi tüm sistemlerde belirgin değişiklikler ve azalmalar olur (65). En sık görülen geriatric problemler ise İngilizce baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın 7 "I" sı olarak ifade edilmiştir. Bunlar;

1. Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik)
2. Immobility (Hareketsizlik)
3. Instability (Dengesizlik)
4. Incontinence (İnkontinans)
5. Insomnia (Uykusuzluk)
6. Iatrogenic Problems (İyatrojenik Sorunlar)
7. Involvement of families (Ailenin Katılımı) (9,12).

Yaşlılıkta yaşanan bu sağlık sorunları, daha önce ifade edildiği gibi normal biyolojik gerilemelere, kayıplara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Biyolojik alanda yaşanan kayıplar, fonksiyonel olan tüm organlarda az ya da çok değişimlere neden olmakta, dolayısıyla yaşlının beden direncini azaltıp, hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Böylece yaşlılıkta pek çok kronik hastalıklar birbirini etkileyerek klinik tablonun değişmesine yol açmaktadır(10). Genellikle 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %90'ının bir kronik hastalığı olduğu, bunların %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %15'inde 4 yada daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu bildirilmektedir (66). Yapılan başka bir çalışmaya göre, ortalama

olarak kronik hastalıklara ait başlangıç belirtilerinin, en sık rastlandığı yaş 40-55 yaş arasındadır (7). Ülkemizde, 1988 yılında yapılan çalışmalarda, 65 yaş ve üzeri kişilerde ölümlerin %61'ini, kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (64,67). Diğer kanser, diabet, kronikobstrüktif akciğer hastalığı, karaciğer sirozu gibi nedenler de göz önüne alındığında, kronik dejeneratif hastalıklar 65 yaş ve üzeri ölüm nedenlerinin yaklaşık %72'sini oluşturmaktadır (67). Bu durumda kronik hastalıklara toplumsal açıdan yaklaşıldığında önemi, gerek morbidite ve gerekse mortalite yönünden önemli sağlık sorunlarının gerisinde olmasıdır. Kişisel açıdan önemi ise; kişiye verdiği acı, sıkıntı ve kişinin yaşam kalitesinde azalmalara neden olmasıdır (64).

Yaşlanma süreci ile ortaya çıkan değişiklikler ve kronik hastalıklar, yaşlıların günlük ve sosyal yaşamda kısıtlanmasına neden olmaktadır. Fonksiyonel ve sosyal yönden kısıtlanan yaşlıların, yaşam kalitesi de giderek azalmaktadır (68). Amerika Geriatri Derneğinin yaptığı bir çalışmada, 65-75 yaşlarındaki insanların %40'ının, temel günlük yaşam aktivitelerinde başarısız olduklarını göstermiştir (69). Yine ABD'de Ulusal Sağlık Derneğinin yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin 65-74 yaşları arasında olanların %10,5'i için, 85 yaş ve üzeri olanların % 71,8'inin, hareketlerinde yardıma gereksinimi oldukları saptanmıştır (20).

3.2.2. Psiko-Sosyal Değişiklikler ve Sorunlar:

Yaşlı birey, sevilen birinin kaybı veya akrabaların ölümü, işe yaramadığını hissetme, emeklilikle birlikte iş yaşamındaki, çevrenin ve arkadaşların kaybı, kendini yalnız hissetme gibi ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşme ve kentleşme nedeni ile köyden kente göç, kentleşme ile birlikte azalan ilişkiler, kadının eğitim düzeyinin yükselmesi ile çalışma hayatına girmesi, gençlerin öğrenim ve evlenme nedeniyle evden ayrılmaları, geniş ailenin yerini çekirdek aile tipinin alması gibi nedenlerle ailelerin yaşlılara sağladığı desteklerin azaldığı ve yaşlı bireylerin evde bakım sorunlarının gündeme geldiği kaynaklarda belirtilmektedir (7,11,18,32,49,50,52,68).

Aile yapısının değişmesiyle yaşlı bireylerin aile içinde etkin olduğu rollerini kaybetmesi, kişilerarası ilişkilerinin kısıtlanması, emeklilik sureci, üretkenliğin ortadan kalkması, gelirin azalması gibi değişiklikler maddi ve sosyal sorunları yaratmakta, yaşla birlikte gelen fiziksel ve mental değişiklikler de, sosyal sorunları artırmaktadır (70,71). Bireylerin fiziksel olarak yetersiz hale gelmesi, bireysel bakımını aksatmasının yanı sıra, duyu sistemlerindeki değişiklikler de, sosyal yonden kısıtlılıklara yol açmaktadır. Bunun sonucunda bireylerin diğer bireylerle ilişkileri, sosyal etkileşimleri zayıflamaktadır. Görme ve işitme kaybı TV izlemesini, kitap gazete okumasını, kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, da yaşlıların % 23'ünün görme kusuru, %9.3'nde ise işitme sorunu olduğu belirlenmiştir (72). Başka bir çalışmada ise yaşlıların %27.9'unda işitme kaybı, %45.3'nde görme kusuru saptanmıştır (73). Bu durumlar, hem bakım hem de ekonomik gereksinimleri nedeni ile yaşlıların bağımsızlıklarını kaybetmeleri anlamına gelmektedir (72,73).

Bu sosyal değişimler yaşlının aile içinde bakımı ve korunmasını güçleştirerek giderek artan bir şekilde kurum yaşamını gündeme getirmiştir (49,74). Ülkemizde yaşlı nüfusun %2 den azı, ABD'de ise %5'i, huzurevinde kalmaktadır (71,75). Yaşlı bireylerin huzurevinde kendilerini dünyadan soyutlanmış hissettikleri, yalnızlık ve terkedilmişlik duygularına kapıldıkları belirtilmektedir (49,76). Yapılan bir başka çalışmada ise, hem yaşlı bireylerin hem aile bireylerinin kurum yaşamına olumlu bakmadıkları sonucu ortaya çıkmıştır (77). Ülkemizde sağlıklı yaşam için konut yetersizliği, yoksulluk, gelir yetersizliği, yetersiz ve dengesiz beslenme, ihmal ve istismar yaşlı bireylerin yaşadıkları diğer sosyal sorunlardır (78).

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fiziksel ve sosyal değişiklikler bireylerin ruhsal durumunu da etkiler (70). Yaşlı bireylerin hareket yetilerinin azalması ile daha önce yapabildiği işleri zorlanarak yapmaları ve azalmış maddi

olanakları başkalarına bağımlı hale getirir. Bu kısıtlılık ve bağımlılıklar ile bireysel bakımlarını karşılama sorunları, ailelerine yük olduklarını hissetmelerine neden olur. İş kaybı, toplumsal rol kaybı, üretken olamama gibi duyguları yoğun yaşamalarına, yaşamı olumsuz algılamalarına ve benlik saygılarının düşmesine neden olur. Bu durum yaşlının, sağlığı geliştirmeye yönelik olumlu davranışlar geliştirebilmesine de engel olur (7,76). Benlik saygısı, bireyin kendi sınırlılıklarını tanınması ve kendi gücüne güvenmesi anlamına gelip, bireyin kendini değerli bulup bulmadığını ya da ne derecede değerli bulunduğunu ifade eder. Maslow, insanın temel gereksinimlerini sıralarken, benlik saygısının önemli bir gereksinim olduğunu vurgulamış, insanın kendine saygısı azaldığında ve diğerlerinden saygı görme ihtiyacı karşılanmadığında, kendini yarımsız ve işe yaramaz hissedeceğini belirtmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %60.8'inin benlik saygısının düşük olduğunu saptamışlardır (77). Yapılan bir diğer çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların %42'sinin, evde kalanların %29.8 'inin yalnızlık yaşadığı tespit edilmiştir (76). Başka bir çalışmada da yaşlıların % 48'inin yalnızlık çektiği saptanmıştır (9). Bu faktörlerin de etkisiyle ve diğer nedenlerle evinde ya da huzurevinde kalan yaşlı bireylerde; depresyon, manik depresif psikoz, demans, anksiyete bozuklukları gibi çeşitli ruh sağlığı sorunları ortaya çıktığı görülmüştür (76,77,79).

3.3. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAŞLI BİREYLERE VERİLEN HİZMETLER

Yaşlılara verilen hizmetlerin tarihine bakıldığında, hizmetlerin toplumların kültürel ve dinsel özelliklerine, yaşlıların o toplumdaki yerine göre şekillendiği ve farklılık gösterdiği görülmektedir. Halen tüm dünyada yaşlıların çoğunluğu kurum dışında yani evde yaşamaktadır ve toplumun isteğinin de bu yönde olduğu belirtilmektedir (71,80,81). Sosyo-kültürel farklılıklar yaşlının evde bakımını da güçleştirmektedir (9).

Demografik yapıdaki değişikliğin getirdiği sorunların çözümü için, yaşlı bireylere kurumda ya da evde verilecek hizmetler giderek önem kazanmaya başlamıştır (71). Gelişmiş ülkelerde yaşlı bireylere verilen hizmetler özellikle

yaşlı nüfusun yoğun olduğu ülkelerde (65 yaş üzeri nüfus Almanya'da %22, Hollanda'da %20 İsveç'te %15 arasındadır) oldukça genişlemiştir. Bunlar;

1. Okul çağından başlayarak halkın yaşlanma ve yaşlı bakımı konusunda eğitilmesi,
2. Eve hizmet götürme; ev işlerinde, yemek pişirmede alışverişte yardım yada eve yemek götürerek yardım ziyaretleri, uğraşı, tedavisi, destek hizmeti,
3. Yalnız yaşayan yaşlıların oturduğu, içinde spor salonu, kütüphane, dinlenme salonları olan yaşlı apartmanları,
4. Yemek ve diğer günlük yaşam desteği gereksinimi duyan yaşlıların barındığı bakımevleri,
5. Yatağa bağımlı yaşlıların aileleri tarafından geçici olarak bırakılabilecekleri kurumlar,
6. Yaşlı bireylerin zamanlarını değerlendirebilecekleri, kendi yaş grubu ile birlikte olabilecekleri, yalnızca gündüz hizmet veren, yatılı olmayan gündüz bakımevleri, yaşlı kulüpleri,
7. Geriatri hastaneleri gibi özelleşmiş sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon programları olan birimler,
8. Yaşlı bireylere bakım veren aileleri destekleyici hizmetler,
9. Bir sorunla karşılaşan yaşlılar için danışma servisleri,
10. Yaşlı bireylerin taşımacılık ve posta hizmetlerinden indirimli yararlanmaları gibi hizmetlerdir (71,81).

Ülkemizde yaşlılara verilen hizmetlere bakıldığında, Türk toplumunda her dönemde yaşlılara yardım edildiği, yaşlıların korunmaya alındıkları desteklendikleri bilinmektedir. Cumhuriyet döneminde yaşlılara ilişkin politikalarda önceleri kurum bakımı vurgulanırken, 1990'lı yıllardan bu yana ailenin desteklenerek, destekleyici rolünün güçlendirilmesi ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinden söz edilmektedir (71,82,83). Devlet Planlama Teşkilatının 8.5 yıllık kalkınma planında, günümüzde ailelerin bazı fonksiyonlarını devralmış kurumların hizmetlerine duyulan ihtiyacın arttığı, yaşlı bireylerin bakımı konularında ailenin eğitilerek desteklenmesinin

sağlanacağı, birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilerek yaşlı sağlığı evde bakım hizmetleri gibi bir dizi hizmete yönelik programlar geliştirileceğinden söz edilmektedir (80). Günümüzde yaşlılara verilen sosyal hizmetler 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) yasası kapsamında belirtilmiştir (83). Yasanın amacı; sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma, yardıma muhtaç yaşlılara devletin denetim ve gözetiminde, halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak, bir bütünlük içinde hizmet sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda, muhtaç yaşlı kişilerin, ihtiyaçlarını karşılamak için huzurevleri kurulmaya başlamış, bunun yanı sıra yaşlı dayanışma merkezi, evde yaşlıya yardım projesi, ihtiyarlık maaşı gibi hizmetler de uygulanmaya başlatılmıştır (83).

SHÇEK'e bağlı 64 huzurevi, 6550 kapasite ile hizmet vermektedir (83). Bireylerin bu hizmetten yararlanabilmeleri için; 60 yaş ve daha yukarı yaşlarda olmak, günlük yaşam faaliyetlerini (yeme, içme, tuvalet gibi) yapabilecek nitelikte olmak, yatalak ya da tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olmamak, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyacını karşılamasına engel hastalığı bulunmamak, ruh sağlığı yerinde olmak, sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu, sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak şartları aranmaktadır. SHÇEK'in dışında bazı bakanlıklara, belediyelere, azınlık ve gerçek kişilere, dernek ve vakıflara ait kuruluşlar olmak üzere ülke genelinde 110 adet huzurevi hizmet vermektedir (2005 yılı tarihi itibarı ile) (83).

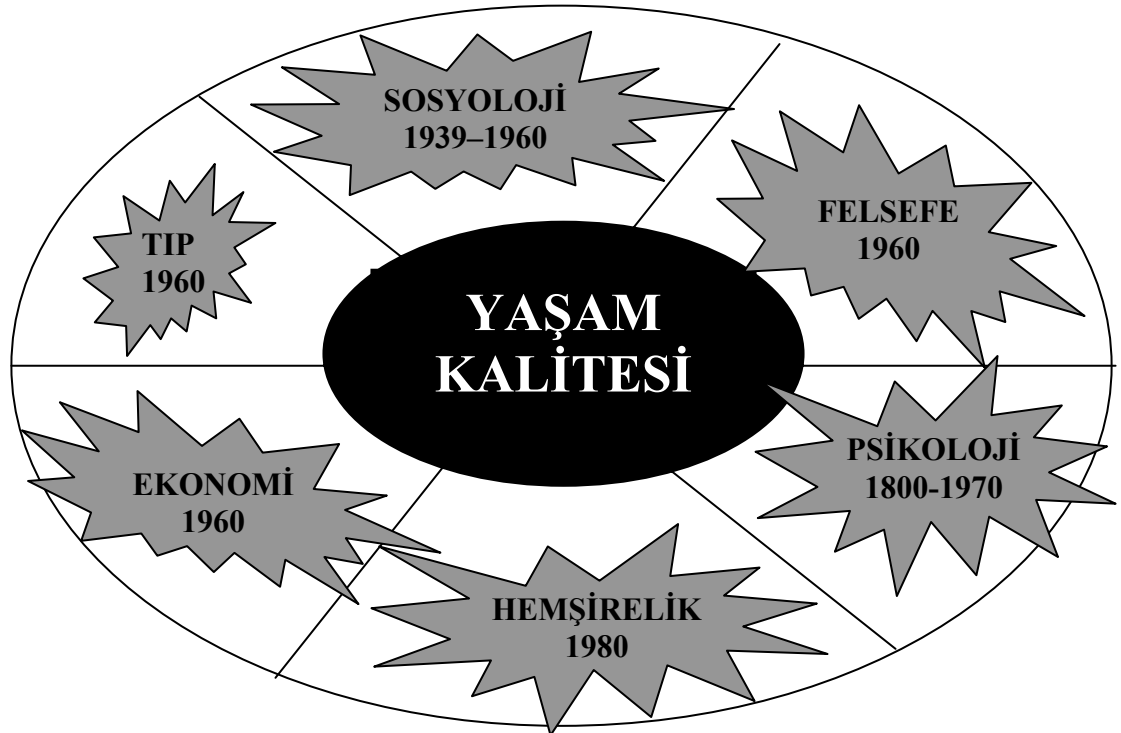
SHÇEK'e bağlı huzurevlerinin bir kısmı, özel bakım hizmetine ihtiyaç duyan yaşlılar için sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezi olarak hizmet vermektedir. Yaşlı dayanışma merkezi; Bu merkezde kendi evinde yalnız ya da ailesiyle yaşayan, çevresel ilişkilerini güçlendirmek isteyen yaşlıların gündüzleri bir araya gelerek yaşlıları ile birlikte olabilecekleri, çeşitli etkinliklere katılabilecekleri ortam sağlanmaktadır (83). Evde Yaşlıya Yardım Projesi; Yaşlı bireylerin toplumsal hayattan soyutlanması, kendi ortamında kalabilmesi için kurum bakımı yerine evde bakım projesi

geliştirilmiştir. Bu proje, yaşlı bireylerin ya da birlikte yaşadıkları aile bireylerinin koşulları nedeniyle karşılayamadıkları gereksinimlerinin, karşılanmasını içermektedir. Bu gibi hizmetlerle yaşlıların desteklenmesi, çevrelerinden kopmadan yaşamlarını evlerinde sürdürmelerine yardımcı olmak hedeflenmektedir (83).

3.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam kalitesi kavramı, toplumun ve bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olup, bu yönüyle doyum ve mutluluğu ifade eden, yaşamın ve yaşamın alt alanlarına ilişkin mutluluk ifadelerinin niteliğini belirlediği ortak bir boyutu içermektedir (42).

ŞEKİL 1: Yaşam Kalitesi Kavramlarının Bilim Dallarına Göre İlk Kullanımları



(85).

Bilim dalları, yaşam kalitesine kendi disiplinlerini ilgilendiren açılardan yaklaşmaktadır. Sosyoloji, yaşam kalitesinin refahla ilişkisine odaklanırken, fizyoloji temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine

odaklanmıştır. Tıp ve hemşirelik ise sağlık çalışmalarının ilgilendikleri alan olan sağlığın, semptomların, hastalıkların, tedavilerin ve bakımın yaşam kalitesi ile olan ilişkisine odaklanmıştır (86). Örneğin, 1968 yılında böbrek yetmezliğinin iki farklı tedavi yönteminin maliyet etkinliğine ilişkin bir çalışmada, ekonomi bilim dalı ön planda tutulmuş, "kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları" kavramı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada böbrek nakli ile kazanılan 1 yıllık yaşamın, diyalizle sağlanan 1.25 yıllık yaşama eşit olduğu dolayısıyla organ naklinin yaşam kalitesine katkısının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (21). Son yıllarda yaşam kalitesi çalışmaları, sosyal bilimlerde de yapılmış ve farklı hastalık gruplarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi; alternatif kaynak kullanımının yararlarının ölçülmesi, hastaların tedavi ve bakımlarına karar verme ve klinik çalışmalarda girişimlerin etkinliğinin belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır (87).

Geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, doğrudan sağlıkla ilgili konuların yanı sıra, sağlığı dolaylı yollardan etkileyen işsizlik, çevre ve diğer yaşam koşullarını da ele almaktadır (21). İlk olarak, ölçme ve veri değerlendirmede ortaya çıkan teknik ilerlemeler sonucu, bireylerin, grupların hatta toplumların yaşam kalitesini incelemek mümkün olmuştur. İkinci olarak, davranış bilimcileri tarafından sosyal çevrenin bireyin yaşam tarzında oldukça önemli etkisi olduğu gösterilmiştir (20,21). Bu sosyal güçlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini anlamak, planlayıcıların iyi yaşam için hazırladıkları sosyal programları daha etkili biçimde hazırlayabilmelerine ve olası hatalardan kaçınmalarına yardımcı olmaktadır. Üçüncüsü, kişinin yaşantısını, deneyimlerini, beklentilerini daha iyi anlamak ve yaşantılarını daha iyi sürdürebilmeleri için kararlar alabilmeleri yönündedir. İnsanlar değişen dünyada nasıl doyum sağladıkları ve yaşam kalitesini arttıracaklarını öğrenmek istemektedirler. Esas olarak, yaşam kalitesi yaşamın iyiliği ile ilgili bir kavramdır (88).

Psikologlar, yaşam kalitesi kavramının yaşam koşullarının ötesinde, yaşam koşullarından doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi, subjektif bir kavramdır. Yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanımlamalar yapılmışsa da genel anlamda, kişinin bireysel iyilik durumunun anlatımı ve fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olmasıdır (18). Yaşam kalitesi değişik göstergeler kullanmayı gerektirir. Yaşam kalitesi güzellik ve estetik olarak algılanabildiği gibi; yaşam memnuniyeti olarak da ele alınabilmektedir (17).

Yaşam kalitesi bileşenlerini ilk olarak inceleyen Cambell ve arkadaşları, yaşam kalitesinin barınma, yaşama standardı, evlilik durumu, iş doyumunu, iş durumu, komşuluk, kendi kendine yeterlilik alanlarından oluşan bir kavram olduğunu ve yaşam kalitesi algısının bu alanların etkileşiminden oluştuğunu belirtmiştir (55). Rene Dobus yaşam kalitesinin büyük ölçüde subjektif değer yargıları içerdiğini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken duyulan memnuniyete eşit olduğunu öne sürmüştür (18). Abroms, yaşam kalitesini kendi yaşamları konusunda çeşitli görüşleri olan insanların memnuniyet ya da memnuniyetsizlik hissetmelerinin derecesi olarak tanımlamaktadır (89). Hornquist'e göre yaşam kalitesi bireyin yaşam içeriğinin getirdiği bir deneyim olup, bireysel bir kavramdır. Farklı deneyimler ve farklı yaşantılar nedeniyle yaşam kalitesinin de farklılık göstermesi doğaldır (85). Slevin, yaşam kalitesini mutluluk ve bağımsızlıkla ilişkili boyutları olan, bireysel ve subjektif bir kavram olarak tanımlamaktadır (90). Bir başka tanımda da yaşam kalitesi, sosyolojik açıdan parasal kaynak, iş sahibi olma, iyi sosyal ilişkiler içinde olma ve üretkenlik aktivitelerini kapsamaktadır (91). Young ve Longman yaşam kalitesini bireysel, subjektif bir algı olarak tanımlarken, Torter ve arkadaşları yaşam kalitesini bireyin davranışsal ve bilişsel kapasitesini, emosyonel iyilik halini, ev ve mesleki aktivitelerini, sosyal rollerini içine alan kapsamlı bir kavram olarak tanımlamaktadırlar (92).

Yaşam kalitesi kavramının birçok tanımı yapılmasına karşın; ortak bir yaşam kalitesi tanımı bulunmamaktadır. Kavramın yanlış kullanımının

önlenmesi için kavram analizi çalışmaları yapılmış ve yaşam kalitesinin iki bileşeni şu şekilde belirtilmiştir: Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın sübjektif değerlendirilmesidir (86,91).

3.5. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN ÖNEMİ

Yaşama anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değer koruması ve geliştirilmesidir (101). Bireysel açıdan baktığımızda hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı bulunmaktadır. Uyguladığımız tıbbi girişimlerin sonucunda, hastalarımızın yaşam sürelerinin uzayacağına, ileride sağlık durumlarının bozulmasını önleyeceğimize ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağımıza inanırız. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlarımıza bir bütün olarak baktığımızda bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle kişilerin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (102).

3.6. YAŞLILIK DÖNEMİNDE YAŞAM KALİTESİ

İnsan yaşamının giderek uzaması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde artması, insanın ileri yaşlarında da sağlıklı kalmasını gündeme getirmiştir (18,35). 2034 yılında Avrupa nüfusunun %26'sını yaşlı nüfus oluşturacaktır. Türkiye'de ise; 2030 yılına gelindiğinde nüfusun %21,8'inin 65 yaş üstü kişilerden oluşacağı tahmin edilmektedir (35). Bu durumda yaşlının 65-75 ve hatta 85 yaşından sonra bile fiziksel ve mental yönden bağımsızlığının devamı sağlanmalı ve bu bağımsızlığını uzun süre devam ettirebilmesi için, yaşlılarında yaşam kalitesine önem verilmesi gerekmektedir (18,35).

Bireyin yaşamını sürdürmesinde sağlık anahtar role sahiptir. Sağlık aynı zamanda, bireyin toplumdaki aldığı desteği de yansıtır. Bu nedenle her yaşlı birey, toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına sahip olmalıdır (18). Lentzer ve arkadaşları, yaşamlarının son yılında bireylerin sağlık durumlarını ortaya koymak amacıyla yaptıkları bir çalışmada, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %14'ünün

yaşamlarının son yılında tam fonksiyonel olduğunu, %10'nunun ise, ciddi düzeyde kısıtlılık yaşadığını saptamışlardır. Bu çalışmada yaşam kalitesinin değerlendirilmesi beklenen yaşam süresinde olan değişikliklerin getirdiklerinin tanımlanmasında önemli bir ölçüt olarak kullanılmıştır (112).

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdendir (113,114). Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da, yaşlılara yakın ilişki içindedirler ve yaşlı insanların sağlıklı ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, alıyorsa tedavilerin planlanmasında önemli değişkenlerdir. Nesnel parametreler, klinisyenlere yaşlıların tedavilerini düzenlemek konusunda yardımcı olabilir. Sağlık sorunlarının (fiziksel veya ruhsal) varlığı ve şiddeti, tedaviden önceki yaşam tarzı ve memnuniyet derecesi, sağ kalım (prognoz) ve veya hastalığın sağlık sorunlarına neden olma olasılığı bu parametrelere örnek olarak verilebilir (113) .

3.7. YAŞLILARIN YAŞAM KALİTELERİNİN ARTIRILMASI

21. Yüzyıl Hedeflerinin beşincisi olan "Sağlıklı Yaşlanma" da; 2020 yılında 65 yaş ve üzeri kişiler potansiyel sağlıklarının zirvesinde ve sosyal olarak aktif olacaklar denilmektedir (115). Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi, bölgedeki yaşam beklentisinin 75 yıl olmasını ve 65 yaş üzeri kişilerin sağlıklarının sürekli geliştirilmesini hedeflemiştir (116).

Yaşam beklentisi, toplumların sağlık durumlarının belirlenmesinde bir ölçüt olarak kullanılmaktadır ancak yaşlı nüfus için değerlendirilmesi gereken asıl ölçüt hastalık ya da maluliyetin olmadığı, sağlıklı ve aktif yaşam beklentisi olmalıdır. Dünyadaki yaşlı nüfusun büyük bölümü, kalabalık nüfusa sahip ülkelerde bulunmaktadır (Çin, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya ve Japonya). Yaşlı nüfusu en kalabalık ülke de Çin'dir (117).

Konuya halk sağlığı bakış açısıyla yaklaşıldığında, yaşlıların gereksinimleri değerlendirilerek öncelikler belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik, maliyet etkili müdahaleler yapılmalı, izlenmeli ve etkileri değerlendirilmelidir. Yaşlıların yaşam kalitelerinin arttırılmasında birincil, ikincil ve ncl koruma prensipleri temel alınarak verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada dşnlmelidir. Sağlanacak hizmetler şu şekilde sınıflandırılabilir (117):

1. Sağlığın geliştirilmesi

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

2. Kamu hizmetleri

- a. Semt bakım evleri, (district nursing)
- b. Ev ziyaretleri
- c. Evde bakım

3. Sosyal servisler

- a. Gündüz bakım evleri (Day centre)
- b. Seyyar aşevleri
- c. Geçici bakımlar
- d. Komşu desteği projeleri
- e. Başkasının bakımı altına girme (adult fostering)
- f. Tatil aktiviteleri
- g. Mesleki tedavi (occupational therapy)

4. Hastane

- a. Acil tıbbi bakım
- b. Acil psikiyatrik bakım
- c. Erken taburculuk programları

- d. Özel birimler: inme, ortogeriatri...
- e. Rehabilitasyon
- f. Ev ziyaretleri
- g. Gündüz poliklinikleri

Günümüzde yaşlıları, daha önce hep gençleri ele alan sağlığı geliştirme programlarına dâhil etme yönünde bir çaba vardır. Bağışıklama özellikle influenzaya karşı olmak üzere, bu alanda etkinliği gösterilmiş bir uygulamadır. İngiltere’de 75 yaşın üzerindeki herkes influenzaya karşı aşılansmakta ve yaşlılara hizmet veren sağlık personelinin de aşılansmasının etkili olduğu bildirilmektedir. Günümüzde sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak genellikle hastalığa özel programlar (kanser, kalp hastalıkları) düzenlenmektedir ve bu tip programlar genellikle çoklu risk faktörlerine (beslenme, sigarayı bırakma, egzersiz) yönelmektedirler. Bunların yanında, yalnız yaşamanın yükünü hafifleterek aktif bir hayat sağlamayı amaçlayan Kaliteli Yaşlanma (Age Well) programları düzenlenmektedir. Bazı çevresel düzenlemelerin de yaşlıların yaşamlarını kolaylaştıracağı düşünülmekle birlikte bu gibi uygulamaların etkililikleri henüz değerlendirilmemiştir (117).

Taramalar, sağlığın geliştirilmesinde, ikincil koruma kapsamında önem taşımaktadır. Yaşlılar sağlık kuruluşlarına sık başvuran kişiler olduklarından, bu başvurular taramalar için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. 1990’den beri İngiltere’de yaşlılara yönelik olarak birinci basamağa başvuranlara; kas iskelet sistemi, mental durum, görme ve işitme ve fiziksel fonksiyonellik alanlarında çeşitli taramalar uygulanmaktadır. Yaşlılar birinci basamak sağlık hizmetlerini sık kullanmaktadırlar ancak, birinci basamak sağlık çalışanlarının geriatrik bilgileri, mezuniyet öncesi eğitiminde geriatrinin yerinin az olmasından dolayı yeterli değildir (117).

Kamu ve Sosyal Hizmetler, bu hizmetlerin varlığı, yaşlıların evlerinde bakımlarının sağlanması ve gereksiz hastane kullanımlarının engellenmesi için önemlidir. Gelişmiş ülkelerde bu tür hizmetler yaygın olmakla beraber: gelişmekte

olan ülkelerde çoğunlukla yüksek gelir seviyesine sahip kişiler bu tür hizmetlerden faydalanabilmektedir. Ayrıca, gelişmiş ülkelerde bu hizmetlere büyük kaynaklar harcanmakla birlikte, etkililikleri henüz değerlendirilmemiştir (117).

3.8.YAŞAM KALİTESİNİN HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN ÖNEMİ

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir, ancak kalite kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (118). Sosyoloji, ekonomi, felsefe psikoloji ve tıp gibi çeşitli özel alanlardaki çalışmalar içinde de yer almaktadır. Hemşirelikte yaşam kalitesi 1980li yıllardan sonra sıkça kullanılmaya başlanmıştır (51,118).

Özellikle sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sınırlı medikal kaynakların dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması ve hastalığa uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmalara yöneltmiştir (118,119).

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı mesleğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik psikososyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır (118).

Yaşlı bireylerin, bozulan dengesini yeniden kurabilmesi sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Yaşlı bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır (41). Hasta ve tedaviye muhtaç bireyin yaşam kalitesi, aileye, çevreye ve önemli ölçüde de onun tedavi ve bakımını üstlenen hemşireye bağlıdır (120). Yeni sağlık hizmeti felsefesine göre; hemşireler, hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve

işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir. Düşük veya yüksek yaşam kalitelerini nelerin belirlediği, hangi parametrelerin geçerli olduğu, objektif ve sübjektif ölçümlere ne derece önem verilmesi gerektiği konusunda ortak bir görüşün sağlanabilmesi için yaşam kalitesi tanımlarının açık yapılması zorunludur. Bunu sağlamak için, temelde yatan değerlerin ve felsefenin belirginleşmesi gerekir. Bu konuda bir çok hemşirelik modeli ve teorisine rastlamak mümkündür (22,42,51,76,92,120).

3.9. YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Yaşlı bireyler için oluşturulan sosyal ve sağlık politikalarının temel amacı, yaşlıların mümkün olduğu kadar aktif faaliyetlerini sürdürmelerine imkân sağlamaktır. Artan yaşam süresi, artan yaşam kalitesini de beraberinde getirebilmesini sağlamaktır. Yaşam kalitesi, yaşlı bireylerin, fiziksel, toplumsal ve ruhsal esenliklerini, hastalık ve özürülük düzeylerinden ne ölçüde uzak kalarak koruyup, sürdürebildikleriyle ölçülebilir (13,93). Bunun için yaşlıların yaşam standartlarını yükseltilmesi, yaşlıların çalışmalarının ve kaliteli yaşamalarının sağlanması, sağlık, ekonomik ve sosyal imkânlarının artırılması, yaşlılara karşı her türlü şiddet ve ayırımın ortadan kaldırılması yaşlı refahında büyük önem taşımaktadır (69,76).

Toplumların yaşlıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla yapacakları her tür yatırım, yaşlıların refahının sağlanmasıyla beraber, genç nüfusa, geleceğe yönelik güven duygusunun kazandırılmasında büyük önem taşıyacaktır (41,43).

Yaşlıları yaşam kalitesinin iyileştirilmesi çalışmalarında; halk sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanları, beslenme uzmanları, sosyologlar, psikologlar, halk sağlığı uzmanları, ev ekonomistleri, her tür ürün ve hizmet tasarımcıları gibi farklı çalışma alanlarından uzmanların koordineli çalışmaları ile olumlu sonuçlar alınabilmesi mümkündür (90,93). Halk sağlığı hemşiresinin yaşlı bireylere yönelik hizmet planlayıp, uygulamaya koyması sonucu, bireylerin yaşam kalitesinin artması sağlanacaktır (2)

Halk Sağlığı Hemşiresinin Düzenli İzlemeleri Sonucu;

- Yaşlı kişi düzenli olarak hemşire ile görüşecek, sağlık problemlerini anlatabilecektir,
- Olası semptomların erken teşhisi söz konusu olabilecek ve hastalıkların ilerlemesi önlenilebilecektir,
- Kronik hastalığı olanlar (ilaç-diyet-egzersiz yönünden) takip edilecek ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar önlenilebilecektir,
- Hemşire yaşlıyı tanıdığı, sürekli ve düzenli ziyaret ettiği için manevi destek sağlayacaktır (41,43,69,76).

Yaşlı bireylerin toplum içerisinde yaşamalarını desteklemek, bağımsızlıklarını en üst düzeyde kullanmalarını ve kaliteli bir yaşam düzeylerine ulaşmaları için götürülen hizmet anlayışı, toplum temelli hizmet anlayışı olmalıdır. Burada götürülen hizmetler bütünsel yaklaşımı temel almakta sektörler arası (sağlık ve sosyal hizmetler) ve disiplinler arası işbirliğini gerektirmektedir (4,5,8).

Mevcut sağlık sistemimiz içerisinde tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler arasındaki entegrasyonun sağlanması gerekmektedir. Bu, ülkemizde hem halk sağlığı hemşireliğinin aktive edilmesini sağlayacak hem de Aile Hemşireliği'nin kurumsallaşmasını sağlayacaktır.

4. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Sivas İli Belediye sınırları içerisinde yer alan toplam 10 sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır. Sivas ili nüfus sayımına göre 252.000 nüfusa sahiptir. Bu nüfusun (12.344) %4,89'u 65 yaş ve üzeri bireylerdir (56). Yukarı Kızılırmak havzasında yer alan Sivas'ın denizden yüksekliği 1285 metre ve yüzölçümü 3226 km² dir (56). Sivas ili uzun bir tarihsel geçmişe sahip olan, düşük eğitim düzeyi ve yüksek işsizlik oranları ile geleneksel tutumların devam ettiği, Türkiye'nin az gelişmiş illerinden birisidir.

Sağlık ocaklarında; poliklinik hizmetleri, aile planlaması, aşı, çevre sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi, ilkyardım ve acil tedavi hizmetleri verilmektedir. Bunun yanında sağlık ocaklarında yaşlıya her türlü sağlık hizmetleri verilmesi gerekirken, sadece sağlık ocağına başvuran yaşlılara tedavi hizmetleri verilmektedir.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın Evreni: Sivas il merkezinde bulunan, toplam 10 sağlık ocağında kayıtlı 12.344, 65 yaş ve üzeri birey araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme: Örnekleme 12.344 65 yaş ve üzeri bireylerden, 403 birey alınmıştır.

Araştırma örnekleme alınan yaşlı birey sayısı;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad \text{formülü ile bulunmuştur (47).}$$

(p = 0.30, q = 0,70, d = 0,044, t= 1,96)

Daha sonra, araştırma yapılacak sağlık ocaklarında ki, 65 yaş ve üzeri yaşlı birey sayıları ele alınarak ve tabakalı rasgele örnekleme yardımıyla, her bir sağlık ocağı bir tabaka kabul edilerek, örnekleme alınan yaşlı birey sayıları belirlenmiştir (47).

Sağlık ocaklarına göre, bölgede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler ve örnekleme alınan bireyler, tablo-1’de gösterilmiştir:

Tablo1: Sağlık ocaklarına göre yaşlı sayıları ve örnekleme alınan yaşlı sayıları (48).

SAĞLIK OCAĞI ADI	YAŞLI SAYISI	ÖRNEKLEME ALINAN BİREY SAYISI
ALİBABA	1742	57
AYDOĞAN	1572	51
BAKKAL VE BAYİLER	135	5
ÇAYYURT	1043	34
EMEK	1850	61
ESENTEPE	1406	46
KARŞIYAKA	406	13
KILAVUZ	1359	44
KIZILIRMAK	2360	77
MİMARŞINAN	471	15
TOPLAM	12.344	403

Her sağlık ocağından, örnekleme giren yaşlı bireyler belirlenirken ise, Ev Halkı Tespit Fiş’leri dikkate alınarak sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır.($N/n=Kaç$ birimde bir birimin örnekleme alınacağı, rasgele sayılar tablosu ile belirlenir) (47).

4.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veriler iki ayrı form aracılığıyla toplanmıştır.

- 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere yönelik, bilgi formu, (Ek1).

- Pınar (1995) tarafından, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, (Ek2)

4.4.1. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere yönelik sosyo-demografik bilgi formu (Ek1)

Bu form ilgili literatür, (13,24,49,50,51,52), incelenerek hazırlanmıştır ve 25 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, emeklilik durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, aile tipi, bulunduğu mahalle, ne kadar süredir bu bölgede yaşadığı, kiminle birlikte yaşadığı, çocuk sayısı, konut tipi, kaldığı evin kime ait olduğu, komşuluk ilişkileri, zamanlarını nasıl geçirdikleri, protez kullanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığının olup olmadığı, ilaç kullanma durumu gibi sorular bulunmaktadır.

4.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek2)

Ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere Ware and Sherbourne (1992) tarafından Short-Form Health Survey (SF-36) adıyla geliştirilmiştir. Ölçekte, alt başlıkları ile birlikte 8 sağlık kavramı ve 36 ifade yer almaktadır. Pınar (1995) tarafından ölçeğin, ülkemiz koşullarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak kullanılabilirliği saptanmıştır.

Yaşam kalitesi sonuç ölçümlerinden bir kaçı sağlık durumlarındaki değişiklikler için, geçerlilik, güvenilirlik ve duyarlılık gibi rutin kullanım için gerekli kriterleri taşımaktadır. Bu ölçümlerden SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin 65 yaş ve üzeri kişilerde, ayaktan tedaviye gelen olgularda kullanımı test edilmiştir ve geçerliliği gösterilmiştir (52,53).

Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği, sağlığın hem pozitif hem de, negatif yönlerini ölçme imkanı veren, üç temel sağlık kavramı, sekiz sağlık boyutu ve 36 soru içeren bir ölçektir. Ölçekte yer alan üç ana sağlık kavramı; fonksiyonel durum,

iyilik hali ve genel sağlık değerlendirilmesidir. Fonksiyonel durum; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlaması, duygusal rol sınırlaması ve sosyal fonksiyonellik boyutlarını içermektedir. Fiziksel fonksiyonellik boyutunda on soru (3a-3j) ile bireylerin sağlık durumları nedeniyle merdiven çıkma, yürüme, koşma, banyo yapma, giyinme gibi normal günlük aktivitelerinde engellenme yaşayıp yaşamadıkları ve engellemenin düzeyi belirlenmektedir. Fiziksel rol sınırlaması boyutunda; dört soru (4a-4d) ile bireylerin son bir ay içinde fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak iş, okul ve evdeki günlük aktivitelerinde sınırlamalarla karşılaşıp karşılaşmadıkları belirlenmektedir. Duygusal/emosyonel rol sınırlaması boyutunda; üç soru ile (5a-5c) son bir ay içinde duygusal problemlerden dolayı sınırlama yaşayıp, aşamama durumları belirlenmektedir. Sosyal fonksiyonellik boyutunda; iki soru ile (6-9j) bireylerin mevcut sağlık durumlarının arkadaş ziyareti gibi sosyal aktivite ve ilişkilere etkisi belirlenmektedir. Genel mental sağlık boyutunda; beş soru ile (9a, 9c, 9d, 9f, 9h) ile bireylerin, son bir ay içindeki depresyon, endişe ve psikolojik iyilik hali ile ilgi durumları belirlenmektedir. Canlılık-enerji boyutundaki sorularla (9a, 9e, 9g, 9i) bireylerin yorgunluk, bitkinlik, enerji düzeyleri hakkındaki sübjektif algıları belirlenmektedir. Ağrı boyutunda yer alan sorularla (7,8) bireylerin ağrı yaşama sıklığı ve ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu belirlenmektedir. Genel sağlık değerlendirmeleri boyutundaki sorularla (1,10a-10d) bireylerin sağlıkla ilgili genel değerlendirmeleri incelemektedir. Genel sağlık değerlendirmeleri boyutunda bireylerin genel sağlık durumunun, son bir yıl içindeki değişimini değerlendiren bir soru (2) bulunmaktadır. Ancak bu sorunun puanı skala skoruna katılmamaktadır (19,54,55, 86).

4.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

4.5.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, 15 Kasım- 25 Kasım 2004'de, Sivas ili Merkezi Kızılırmak Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, 65 yaş ve üzeri 20 birey ile yapılmıştır. Ön uygulamada soru formu her bireye araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra uygulamaya

geçilmiştir. Ön uygulamada yaşam kalitesi ölçeği de, araştırmacının kendisi tarafından, bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır. İki formunda uygulaması yaklaşık 15-20 dakika arasında sürmüştür.

4.5.2. Araştırmanın Uygulanması

Soru formlarının uygulanabilmesi için, Sağlık Müdürlüğü'nden ve Sağlık ocaklarından gerekli izinler alınmıştır. Daha sonra, belirlenen sağlık ocaklarındaki Ev Halkı Tespit Fişlerinden, örnekleme alınacak 65 yaş ve üzeri bireylerin evleri belirlenmiştir. Uygulama 5 ay sürdü. Belirlenen evlere gidilerek, yaşlı bireylerden izin alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile her iki form (Ek1, Ek2), araştırmacı tarafından (arka arkaya) uygulanmıştır. Yaşlılar tarafından herhangi bir nedenle anlaşılamayan sorular, aile yakınlarına sorularak cevaplandırılmaya çalışılmıştır. SF-36 ölçeğinin 9a sorusunda yer alan tam enerjik (zinde) hissettiniz sorusu anlaşılmadığından, güçlü kuvvetli hissettiniz şeklinde, 10a da yer alan diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim sorusu, yaşıtlarımdan (akranlarımdan) daha sık hasta oluyor gibiyim şeklinde, sorulmuştur.

4.6. Verilerin değerlendirilmesi

Soru formu ve Yaşam Kalite Ölçeği kullanılarak elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 12.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak, yüzdelik değerlendirme, student t test, tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

4.6.1. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Sf- 36'da yer alan 8 sağlık boyutunun her biri için ayrı ayrı toplam 8 skor sağlayan yaklaşımla değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekleri boyutlarla ilgili puanlar bireylerin verdikleri yanıtların skorlarının belirlenmesiyle elde edilmekte ve ilgili boyutun düzeyini belirlemeyi sağlamaktadır. SF-36'da sağlık boyutlarının puanlarının belirlenmesi dört aşamada gerçekleşmektedir. İlk olarak, skala da, işaretlenen soru değerlerinin yeniden kodlanması gerekmektedir. Bu yeniden

kodlama işlemi, ölçekteki tüm sorular için değil yalnızca 1, 6, 7, 8, 9a-9d, 9e, 9h, 10b, 10d soruları için yapılmaktadır. Bu soruların değerlendirilmesinde yüksek skor daha iyi sağlık durumunu, düşük skor olumsuz sağlık durumunu yansıtmaktadır.

İkinci aşamada; ölçekte yanıtlanmayan soruların skorları belirlenmektedir. Bunu yapabilmek için, her bir boyutla ilgili soruların en az yarısının yanıtlanmış olması gerekmektedir. Yanıtlanmış soruların ortalaması belirlenerek, yanıtlanmamış sorunun skoru belirlenir.

Üçüncü aşamada; her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak, ham skala skorunun, belirlenmesi gerekir.

Dördüncü aşamada; ham skala skorlarının 0–100 arasında değerlendirilmesi işlemi yapılır. Ham skala skoru dönüştürülürken şu formül kullanılır.

Ham skala skorunun dönüştürülmesi:

Dönüştürülmüş puan: Ham skala puanı-en düşük olası puan/olası puan x 100

Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puan şu şekilde dönüştürülür.

$$[(21-10)/20] \times 100 = \%55$$

$$(19,54,55)$$

1. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan, 65 yaş ve üzeri bireye ilişkin;

- A. Tanımlayıcı özellikler ile ilgili bulgular,
- B. SF-36 yaşam kalitesi puanının, tanımlayıcı verilerle karşılaştırılmasının değerlendirilmesi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

A. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULAR

TABLO1: Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	SAYI	%	n=403
YAŞ GRUPLARI			
65-69	183	45,4	
70-74	113	28,0	
75-79	64	15,9	
80-84	29	7,2	
85 ve üzeri	14	3,5	
CİNSİYET			
Kadın	209	51,9	
Erkek	194	48,1	
MEDENİ DURUM			
Evli	251	62,3	
Dul	152	37,7	
EĞİTİM DURUMU			
Okur yazar değil	175	43,4	
Okur-yazar	91	22,6	
İlk okul	95	23,6	
Orta okul	22	5,4	
Lise ve üzeri	20	5,0	
EMEKLİLİK DURUMU			
Emekli	205	50,9	
Değil	198	49,1	
SAĞLIK GÜVENCESİ			
SSK	188	46,7	
Yeşil kart	22	5,5	
Bağkur	73	18,1	
Emekli sandığı	97	24,1	
Yok	23	5,7	
GELİR DURUMU			
Kötü	120	29,8	
Orta	138	34,2	
İyi	135	33,5	
Çok iyi	10	2,5	

(Tablo 1'in devamı) Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	SAYI	%	n=403
AİLE TİPİNİZ			
Çekirdek aile	220	54,6	
Geniş aile	183	45,4	
KİMLİKLE BİRLİKTE YAŞADIĞI			
Yalnız	90	22,3	
Eşim ile	172	42,7	
Çocuklarım ile	134	33,3	
Uzak/ yakın akrabalarım ile	7	1,7	
ÇOCUĞU OLUP-OLMADIĞI			
Evet	385	95,5	
Hayır	18	4,5	
SAHİP OLUNAN ÇOCUK SAYISI			
Yok	18	4,5	
1-3	92	22,8	
4-6	232	57,6	
7 ve üzeri çocuk	61	15,1	
KONUT TİPİ			
Müstakil	231	57,3	
Apartman	172	42,7	
KALINAN EVİN KİME AİT OLDUĞU			
Kendisinin	220	54,6	
Kira	30	7,4	
Çocuklarının	56	13,9	
Eşinin	86	21,3	
Uzak/yakın akrabalarının	11	2,7	
KOMŞULARLA OLAN İLİŞKİ DURUMU			
Kötü	12	3,0	
Orta	49	12,2	
İyi	261	64,8	
Çok iyi	81	20,1	
ZAMANINI DEĞERLENDİRME ŞEKLİ			
El işi	58	14,4	
Kitap/gazete okuma	16	4,0	
Yürüyüş/alışveriş	33	8,2	
Tv/radyo dinleme	54	13,4	
İbadet	126	31,3	
Toplantı-sohbet	116	28,8	

Tablo 1’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamına alınan bireylerin %45,4’ü (n=183) 65-69 yaş arasında, %28’i (n=113) 70-74 yaş arasında, %3,5’i (14) 85 ve üzeri yaşta olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin, %51,9’u (n=209) kadın, %62,3’ünün (251) evli olduğu belirlenirken, %43,4’ünün (n=175) okur-yazar olmadığı, %22,6’sının (n=91) okur-yazar olduğu, bunlara karşılık %5’inin ise (n=20) lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bireylerin emeklilik durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, %50,9’unun (n=205) emekli olduğu, bulunmuştur. Bireylerin sağlık güvencesinin olma durumuna göre dağılımlarına bakıldığında; %46,7’sinin (n=188) SSK’sı (Sosyal Sigortalar Kurumu) varken, %5,7’sininde (n=23) herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin gelir durumuna göre dağılımlarında ise; bireylerin %29,8’inin (n=120) kendi ifadesine göre; kötü, %2,5 ‘inin (n=10) çok iyi düzeyde gelir durumuna sahip oldukları bulunmuştur. Bireylerin %54,6’sının (n=220) çekirdek aileye sahip oldukları, %22,3’ünün (n=90) yalnız, %42,7’sinin (n=172) eşi ile birlikte, %1,7’sinin (n=7) uzak/yakın akrabaları ile birlikte yaşadıkları tespit edilirken, %95,5’inin (n=385) çocuğunun olduğu, bunun; %22,8’inin (n=92) 1-3 arasında çocuğa sahip olduğu, %15,1’inin (n=61) 7 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Bireylerin, %57,3’ünün (231) müstakil evlerde yaşadıkları ve bu evlerin %54,6’sının (n=220) kendisine ait olduğu, %2,7’sinin (n=11) ise uzak/yakın akrabalarına ait olduğu belirlenmiştir. Bireylerin komşuluk ilişkileri sorulduğunda; %3’ü (n=12) kötü, %64,8’i (n=261) iyi ve %20,1’i (n=81) çok iyi olarak ifade etmişlerdir. Bireylere boş zaman aktiviteleri sorulduğunda; %4’ü (n=16) kitap/gazete okuduğu, %31,3’ü (n=126) ibadet ettiği, %28,8’i (n=116) arkadaş grupları ile toplanıp sohbet ettiklerini ifade etmişlerdir.

TABLO2:Bireylerin Protez Kullanma ve Kronik Hastalık ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

	SAYI	% n=403
PROTEZ KULLANMA DURUMU		
Kullanmıyorum	76	18,9
Kullanıyorum	327	81,1
PROTEZ KULLANMA SAYISI		
Kullanmıyorum	76	18,9
1 tane	157	39,0
2 tane	148	36,7
3 tane	22	5,5
KULLANILAN PROTEZLER		
Gözlük	242	60
Takma diş	228	56
İşitme cihazı	10	2,5
Baston	39	9,5
KRONİK HASTALIK DURUMU		
Evet	333	82,6
Hayır	70	17,4
KRONİK HASTALIK SAYISI		
Bir	305	75,7
İki	23	5,7
Üç ve daha fazla	9	2,2
Hastalığı olmayan	66	16,4
EN ÇOK GÖRÜLEN KRONİK HASTALIKLAR		
Kardiovasküler sist.	177	43,9
Kas-iskelet sist.	103	25,6
Sindirim sist.	58	14,4
Solunum sist.	42	10,4
Diğer (Üriner, göz, kulak)	36	8,9
Endokrin sist.	24	6,0
Sinir sist.	23	5,7
SÜREKLİ İLAÇ KULLANMA DURUMU		
Evet	267	66,3
Hayır	136	33,7

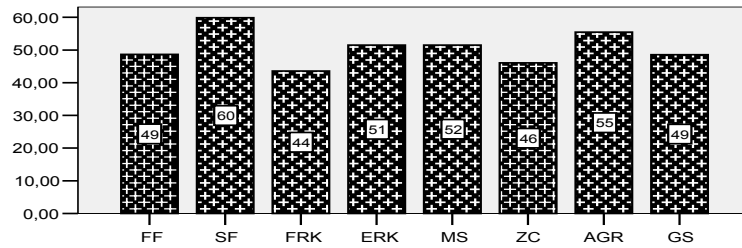
Tablo 2’de bireylerin protez kullanma ve kronik hastalık durumuna göre dağılımları verilmiştir. Tabloya göre araştırma kapsamına alınan bireylerin protez kullanma durumuna bakıldığında; %81,1’inin (n=327) 1 yada birden fazla protez kullandığı, bunun %39’unun 1 ve %5,5’inin (n=22) 3 tane protez kullandığı belirlenmiştir. Bu protezlerin de, %60’ının (n=242) gözlük, %56’sının (n=228) takma diş, %2,5’inin (n=10) işitme cihazı ve %9,5’inin (n=39) baston olduğu bulunmuştur. Bireylerin, % 82,6’sının (n=333) bir ya da birden fazla kronik hastalığı olduğu, bunlardan %75,7’sinin (n=305) 1, %2,2’sinin (n=9) 3 ve daha fazla kronik hastalığı olduğu, belirlenirken, bu hastalıkların da, %43,9’u (n=177) kardiovasküler sistem hastalıkları, %25,6’sı (n=103) kas-iskelet sistemi hastalıkları, %14,4’ü (n=58) sindirim sistemi hastalıkları, %8,9’u (n=36) diğer sistem hastalıkları (Üriner sistem, göz, kulak) olarak belirlenmiştir. Bireylerin sürekli ilaç kullanma durumları sorulduğunda ise %66,3’ünün (n= 267) sürekli ilaç kullandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

**B. SF-36 YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARININ
TANIMLAYICI VERİLERLE KARŞILAŞTIRILMASININ
DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR**

TABLO3: Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

BOYUT	$\bar{X}\pm S$
Fiziksel Fonksiyon (FF)	48,62±30,23
Sosyal Fonksiyon (SF)	59,82±24,50
Fiziksel Rol Kısıtlaması (FRK)	43,42±47,31
Emosyonel Rol Kısıtlaması (ERK)	51,49±48,23
Mental Sağlık (MS)	51,50±10,60
Zindelik/Canlılık (Z/C)	45,96±20,38
Ağrı (AGR)	55,36±30,77
Genel Sağlık (GS)	48,51±22,32

ŞEKİL4: Bireylerin SF-36 Sekiz Sağlık Boyutu Ortalama Değerleri Dağılımı Grafiği



Tablo 3 ve şekil 4'te, görüldüğü gibi; bireylerin SF-36 sekiz sağlık boyutu puanı ortalama değerleri verilmiştir. Tabloya göre; bireylerin SF puanı 100 puan üzerinden $X=59.82$ iken, FRK puanı $X=43.42$ ve ZC puanı $X=45.96$ bulunmuştur.

TABLO4:Bireylerin Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞ	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
65-69 (n=183)	60,13±27,41	61,38±22,69	57,78±47,07	66,66±45,28	51,06±10,49	50,24±19,43	61,26±30,34	51,83±21,68
70-74 (n=113)	44,69±26,91	60,76±26,27	36,72±46,05	43,36±48,36	52,03±10,75	44,64±19,95	52,40±24,13	45,48±22,69
75-79 n=64	37,73±27,61	57,81±22,93	33,20±44,33	39,06±46,59	53,56±10,75	43,51±20,82	52,25±24,13	46,09±18,67
80-84 (n=29)	35,51±35,69	57,08±27,33	20,68±41,22	27,58±45,48	49,79±9,47	37,41±21,53	42,91±27,33	48,79±28,33
85 ve üzeri (n=14)	6,78±14,62	46,84±31,48	3,57±9,07	26,19±39,61	47,14±11,65	29,64±16,92	42,06±32,95	40,00±25,11
	F=4,06 p<0,05	F=2,25 p>0,05	F=20,61 p<0,05	F=1,41 p<0,05	F=10,61 p>0,05	F=9,92 p<0,05	F=1,54 p<0,05	F=6,18 p>0,05

Tablo 4'te, bireylerin yaşa göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Yaş gruplarına göre fiziksel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, farklılık önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş gruplarına göre fiziksel fonksiyon puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; 65-69 yaş grubu ile 70-74, 75-79, 80-84, 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık; 70-74 yaş grubu ile 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık; 80-84 yaş grubu ile 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p < 0,05$), diğer yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). Bireylerin yaş gruplarına göre sosyal fonksiyon, mental sağlık, genel sağlık puanları karşılaştırıldığında fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$).

Bireylerin yaş gruplarına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları karşılaştırıldığında fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). Yaş gruplarına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; 65-69 yaş grupları ile 70-74, 75-79, 80-84, 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p < 0,05$), diğer yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). Bireylerin yaş gruplarına göre zindelik puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; 65-69 yaş grupları ile 80-84, 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p < 0,05$), diğer yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$).

Bireylerin yaş gruplarına göre emosyonel rol kısıtlaması puanları karşılaştırıldığında fark önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş gruplarına göre emosyonel rol kısıtlaması puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; 65-69 yaş grupları ile 70-74, 75-79, 80-84, 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p < 0,05$), diğer yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). Bireylerin yaş gruplarına göre ağrı duyma puanları karşılaştırıldığında fark önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş gruplarına göre ağrı duyma puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; 65-69 yaş grupları ile 80-84, 85 ve üzeri yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p < 0,05$), diğer yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). Yaş ile yaşam kalitesi

puanları karşılaştırıldığında, yaşın artması ile yaşam kalitesi puanlarında anlamlı oranda düşme görülmüştür. Özellikle fiziksel fonksiyon ve fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlamasında düşme önemli orandadır. Yaş yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmendir.

TABLO5: Bireylerin Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

CİNSİYET	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
KADIN (n=209)	42,22± 27,99	56,19±25,31	34,56±45,97	41,98±48,04	49,99±11,26	40,62± 19,89	46,94± 29,60	43,77± 20,10
ERKEK (n=194)	55,51± 31,10	63,74±23,03	52,96±47,00	61,68±46,44	53,13±9,61	51,72± 19,36	64,43±29,48	53,60±23,50

t=4,52
p<0,05

t=4,49
p<0,05

t=3,12
p<0,05

t=3,97
p<0,05

t=4,17
p<0,05

t=3,00
p<0,05

t=5,67
p<0,05

t=5,93
p<0,05

Tablo 5’de, bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Kadınların özellikle erkeklerden anlamlı oranda fiziksel fonksiyon ve buna bağlı rol kısıtlamasında düşme olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet yaşam kalitesi etkileyen önemli bir etmendir.

TABLO6:Bireylerin Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

MEDENİ DURUM	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
EVLİ (n=251)	54,72±28,34	61,39±22,75	50,09±47,56	56,66±47,54	51,72±10,31	49,96±19,43	59,89±30,75	52,11±21,47
DUL (n=152)	38,55±30,65	57,23±27,02	32,40±44,92	42,98±48,31	51,13±11,10	39,37±20,28	47,88±29,41	42,56±22,50

t=3,86
p<0,05

t=5,38
p<0,05

t=1,65
p>0,05

t=3,69
p<0,05

t=2,78
p<0,05

t=0,54
p>0,05

t=5,21
p<0,05

t=4,27
p<0,05

Tablo 6'da, bireylerin medeni duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Medeni duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal fonksiyon ve mental sağlık yönünden farklılık önemsiz bulunurken ($p>0,05$), diğer parametreler yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p< 0,05$). Evli olanların yaşam kalitesi puanları, dul olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmendir.

TABLO7: Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

EĞİTİM DÜZEYİ	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Ssğlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
OKUR YAZAR DEĞİL (n=175)	41,17±28,72	56,38±25,57	34,42±45,52	44,63±47,74	52,04±11,32	43,60±21,51	48,88±44,06	46,31±21,31
OKUR YAZAR (n=191)	51,53±32,57	60,92±25,62	37,91±47,48	47,98±48,99	50,46±9,30	44,06±19,11	52,38±49,26	46,15±24,66
İLKOKUL n=95	54,73±29,44	62,33±22,00	58,42±45,34	61,05±46,54	52,42±10,01	49,26±18,56	63,50±48,40	51,63±21,15
ORTA OKUL (n=22)	52,27±26,98	68,68±19,28	51,13±49,08	62,12±48,57	52,54±9,01	48,40±22,16	66,66±57,00	45,68±18,97
LİSE VE ÜZERİ (n=20)	67,50±23,19	63,33±23,39	67,50±46,66	70,00±47,01	46,00±12,81	57,00±17,87	74,44±45,96	66,75±20,34

F=6,17
p<0,05

F=2,00
p>0,05

F=6,00
p<0,05

F=2,99
p>0,05

F=1,92
p>0,05

F=3,01
p<0,05

F=6,85
p<0,05

F=4,73
p<0,05

Tablo 7’de, bireylerin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyine göre sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık yönünden gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim düzeylerine göre fiziksel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumlarına göre fiziksel fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayanlar ile ilkokul mezunları arasında, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Eğitim düzeylerine göre fiziksel rol kısıtlaması puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumlarına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayanlar ile ilkokul mezunları arasında, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında farklılık; ilkokul mezunları ile okur-yazar olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p< 0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim düzeylerine göre emosyonel rol kısıtlaması puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim düzeylerine göre zindelik puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumlarına göre zindelik puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayanlar ile lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında fark bulunurken ($p< 0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Eğitim düzeylerine göre ağrı puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumlarına göre ağrı puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayanlar ile ilkokul mezunları arasında, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında farklılık; okur-yazar olanlarla, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p< 0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim düzeylerine göre genel sağlık puanları karşılaştırıldığında gruplar arası

farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumlarına göre genel sağlık puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayanlar ile lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında; okur-yazar olanlar ile lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında, ilkokul mezunları ile lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasında; ortaokul mezunları ile lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p< 0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmıştır. Eğitim düzeyi yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmendir.

TABLO8: Bireylerin Emeklilik Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

EMEKLİLİK DURUMU	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
EMEKLİ (n=205)	55,24±30,77	63,25±22,27	50,48±47,35	58,37±47,38	52,19±9,72	50,75±19,67	63,03±30,45	52,78±23,65
DEĞİL (n=198)	41,76±28,14	56,28±26,20	36,11±46,27	44,33±48,18	50,78±11,43	41,01±19,97	47,41±29,11	44,09±19,98
	t=4,58 p<0,05	t=2,87 p<0,05	t=2,94 p<0,05	t=1,33 p<0,05	t=4,93 p>0,05	t=5,25 p<0,05	t=5,25 p<0,05	t=3,97 p<0,05

Tablo 8’de, bireylerin emeklilik duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Emeklilik duruma göre mental sağlık yönünden gruplar arası farklılık bulunamazken ($p>0,05$), diğer parametreler yönünden gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p< 0,05$). Emeklilik gibi sosyal bir güvenceye sahip olanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Emeklilik durumu yaşam kalitesini etkileyen bir etmendir.

TABLO9:Bireylerin Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SAĞLIK GÜVENCESİ	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
SSK (n=188)	43,77±30,19	60,63±25,13	40,15±46,71	50,88±48,19	51,74±11,07	47,95±20,86	54,90±31,76	48,75±22,16
YEŞİL KART (n=22)	52,50±31,15	61,11±28,01	34,09±47,27	43,93±48,67	51,09±8,45	43,63±20,24	45,95±28,54	47,72±21,58
BAĞKUR (n=73)	52,60±30,85	63,77±22,37	48,63±48,39	56,16±48,39	52,16±11,32	43,15±17,27	58,14±32,42	48,49±24,06
EMEKLİ SANDIĞI (n=97)	58,24±27,18	59,10±21,96	54,38±48,00	57,98±48,18	50,51±9,70	49,69±18,88	60,59±27,63	52,88±19,82
YOK (n=23)	31,30±26,42	42,51±27,14	16,30±30,71	21,73±38,41	52,00±10,44	25,21±19,85	37,19±24,52	28,91±19,76

F=6,27
p<0,05

F=3,51
p<0,05

Ft=3,96
p<0,05

F=2,99
p<0,05

Ft=0,32
p>0,05

F=8,17
p<0,05

F=3,45
p<0,05

F=5,62
p<0,05

Tablo 9’da, bireylerin sağlık güvence duruma göre yaşam kalitesi puan ortalaması dağılımı değerlendirilmiştir. Sağlık güvencesi duruma göre; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, ağrı ve genel sağlık puanları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), mental sağlık puanları yönünden aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlık güvence durumuna göre fiziksel fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; SSK’sı olanlarla emekli sandığı olanlar arasında, bağ kur ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, emekli sandığı olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değerrişkenler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Sosyal fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; SSK’sı olanlarla hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, bağ kur olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, emekli sandığı olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değerrişkenler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Fiziksel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; bağ kur olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, emekli sandığı olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değerrişkenler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Emosyonel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; SSK’sı olanlarla hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, bağ kur olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, emekli sandığı olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değerrişkenler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Zindelik puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir sağlık güvencesine sahip olanlar ile hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değerrişkenler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Ağrı puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, bağ kur olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasında, emekli sandığı olanlar ile hiçbir güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değerrişkenler

yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Genel sağlık puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir sağlık güvencesine sahip olanlar ile hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer değişkenler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olanların yaşam kalitesi puanları, hiçbir sağlık güvencesi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Emekli sandığına bağlı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanları en yüksek bulunmuştur.

TABLO10: Bireylerin Gelir Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

GELİR DURUMU	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
KÖTÜ (n=120)	40,04±28,49	52,12±25,10	33,54±45,31	39,21±46,66	53,86±10,38	40,50±20,41	46,38±29,19	41,04±22,06
ORTA (n=138)	50,21±30,37	65,13±23,02	43,65±47,95	56,76±48,56	51,13±10,83	49,13±19,90	56,36±30,30	51,84±21,50
İYİ (n=135)	53,03±29,69	60,16±23,40	50,18±47,06	54,81±47,74	49,74±9,92	46,66±19,85	60,98±30,86	50,70±21,55
ÇOK İYİ (n=10)	70,00±33,24	74,44±28,23	67,50±47,21	80,00±42,16	52,00±14,96	58,50±20,55	73,33±31,07	62,50±25,84

F=6,20
p<0,05

F=7,66
p<0,05

F=3,59
p<0,05

F=4,61
p<0,05

Ft=3,33
p<0,05

F=5,47
p<0,05

F=6,33
p<0,05

F=7,60
p<0,05

Tablo 10'da bireylerin gelir durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları dağılımı değerlendirilmiştir. Gelir durumuna göre fiziksel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre fiziksel fonksiyon puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile orta gelir durumuna sahip olanlar arasında, iyi gelir durumuna sahip olanlar arasında, çok iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Gelir durumuna göre sosyal fonksiyon puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre sosyal fonksiyon puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile orta gelir durumuna sahip olanlar arasında, iyi gelir durumuna sahip olanlar arasında, çok iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Gelir durumuna göre fiziksel rol kısıtlaması puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre sosyal fonksiyon puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki, farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Gelir durumuna göre emosyonel rol kısıtlaması puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre emosyonel rol kısıtlaması puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında, kötü gelir durumuna sahip olanlar ile orta gelir durumuna sahip olanlar arasında, iyi gelir durumuna sahip olanlar arasında, çok iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Gelir durumuna göre mental sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre mental sağlık puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki, farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar

arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Gelir durumuna göre zindelik puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre zindelik puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile iyi gelir durumuna sahip olanlar arasında, çok iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Gelir durumuna göre ağrı puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre ağrı puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile orta gelir durumuna sahip olanlar arasında, iyi gelir durumuna sahip olanlar arasında, çok iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Gelir durumuna göre genel sağlık puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumuna göre GS puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında kötü gelir durumuna sahip olanlar ile orta gelir durumuna sahip olanlar arasında, iyi gelir durumuna sahip olanlar arasında, çok iyi gelir durumuna sahip olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Gelir durumu yüksek olan yaşlı bireylerin, yaşam kalitesi puanları, daha kötü gelir durumuna sahip olanlardan yüksek bulunmuştur.

TABLO11: Bireylerin Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

AİLE TİPİ	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
ÇEKİRDEK (n=220)	50,70±29,80	60,50±24,56	43,29±47,15	49,61±48,35	50,60±9,88	46,29±20,44	57,32±29,93	48,43±21,65
GENİŞ (n=183)	46,12±30,63	59,01±24,47	43,57±47,64	53,73±48,13	52,59±11,34	45,57±20,37	53,00±31,68	48,60±23,17

t=0,11
p>0,05

t=0,02
p>0,05

t=0,71
p>0,05

t= 0,33
p>0,05

t=3,83
p>0,05

t=0,00
p>0,05

t= 0,76
p>0,05

t=1,22
p>0,05

Tablo 11’de, bireylerin aile tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Aile tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Aile tipi yaşam kalitesini etkilemeyen bir etmen olarak bulunmuştur.

TABLO12: Bireylerin Yaşadığı Kişilere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞADIĞI KİŞİ/KİŞİLER	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
YALNIZ (n=90)	45,66±29,86	63,20±27,45	33,61±45,92	40,07±48,50	49,64±9,99	43,94±20,54	52,46±29,37	46,11±22,98
EŞ (n=172)	51,83±30,05	57,17±23,47	44,76±47,23	56,00±47,51	51,86±10,70	48,34±19,28	55,62±30,71	49,82±21,62
ÇOCUKLAR (n=134)	47,42±30,52	60,61±23,74	48,32±47,61	53,73±48,00	52,23±10,48	44,92±21,50	56,55±32,31	48,76±23,01
UZAK/YAKIN AKRABALAR (n=7)	30,71±28,34	66,66±20,28	42,85±53,45	42,85±53,45	52,57±16,88	33,57±17,72	63,49±19,99	42,14±17,52

F=0,14
p>0,05

F=0,22
p>0,05

F=0,14
p>0,05

F=0,07
p>0,05

F=0,30
p>0,05

F=0,10
p>0,05

F=0,68
p>0,05

F=0,52
p>0,05

Tablo 12’de, bireylerin yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımını değerlendirilmiştir. Yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kendi ortamında eşi ile yaşan bireylerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur.

TABLO13: Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇOCUĞU OLUP/ OLMADIĞI	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
VAR (n=385)	48,79±30,45	60,23±24,43	43,96±47,33	52,60±48,10	51,44±10,63	46,02±20,28	55,72±31,05	48,66±22,43
YOK (n=18)	45,00±25,61	51,23±25,03	31,94±46,81	27,77±46,08	52,66±10,28	44,72±23,03	47,53±23,43	45,27±20,10

t=0,52
p>0,05

t=1,52
p>0,05

t=1,05
p>0,05

t=2,14
p<0,05

t=0,47
p>0,05

t=0,26
p>0,05

t=1,10
p>0,05

t=0,62
p>0,05

Tablo 13’de, bireylerin çocuk sahip olunma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Çocuk sahip olunma göre emosyonel rol kısıtlaması yönünden gruplar arası farklılık bulunurken ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden gruplar arası farklılık önemsiz olduğu bulunmuştur ($p> 0,05$). Çocuğu olanların yaşam kalitesi puanları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

TABLO14: Bireylerin Çocuk Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇOCUK SAYISI	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
YOK (n=18)	41,94±22,36	49,38±22,29	26,38±44,11	27,77±46,08	52,66±10,28	42,50±21,84	46,29±25,35	44,16±20,38
1-3 (n=92)	55,32±31,11	65,82±22,41	49,18±47,81	63,76±46,52	51,78±10,03	45,27±18,85	62,07±28,29	50,05±20,82
4-6 (n=232)	48,01±30,47	60,48±25,31	44,07±47,27	50,79±48,23	50,79±10,98	47,09±20,74	56,70±31,49	48,70±23,26
7 VE ÜZERİ (n=61)	42,78±28,65	51,36±22,14	37,29±46,90	42,62±47,58	53,44±10,04	43,77±20,96	42,80±29,52	46,72±21,63

F=5,70
p>0,05

F=2,62
p>0,05

F=5,59
p<0,05

F=1,59
p>0,05

F=4,24
p<0,05

F=1,12
p>0,05

F=0,67
p>0,05

F=5,70
p<0,05

Tablo 14’de, sahip olunan çocuk sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Çocuk sayısına göre, bireylerin Çocuk sayısına göre sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması ve ağrı yönünden gruplar arası farklılık bulunurken ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden gruplar arası farklılık önemsiz olduğu bulunmuştur ($p> 0,05$). Sosyal fonksiyon yönünden puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında, hiç çocuğu olmayanlar ile 1-3 arasında çocuğu olanlar arasında, 1-3 arasında çocuğu olanlar ile 7 ve üzeri sayıda çocuğu olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).). Emosyonel rol kısıtlaması yönünden puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında, hiç çocuğu olmayanlar ile 1-3 arasında çocuğu olanlar arasında, 1-3 arasında çocuğu olanlar ile 7 ve üzeri sayıda çocuğu olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).). Ağrı yönünden puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldığında 1-3 arasında çocuğu olanlar ile 7 ve üzeri sayıda, 4-6 arasında çocuğu olanlar ile 7 ve üzeri sayıda çocuğu olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Çocuk sayısı yaşam kalitesini etkileyen önemli bir belirleyicidir. Bireyin sosyal yaşantısını etkilemektedir.

TABLO15: Bireylerin Konut Tipine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

KONUT TİPİ	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
MÜSTAKİL (n=230)	46,40±30,67	57,62±25,00	38,96±46,76	47,24±48,05	52,31±10,59	44,76±21,31	51,32±31,07	49,28±23,06
APARTMAN (n=172)	51,59±29,46	62,79±23,56	49,41±47,52	57,17±48,03	50,41±10,56	47,58±19,01	60,78±29,61	47,47±21,31

t=0,51
p>0,05

t=0,62
p>0,05

t=0,53
p>0,05

t=0,22
p>0,05

t=0,14
p>0,05

t=2,81
p>0,05

t=0,82
p>0,05

t=0,78
p>0,05

Tablo 15’de, bireylerin konut tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Konut tipine göre yaşam kalitesi puanları aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Apartmanda yaşayanların yaşam kalitesi puanları, müstakil evde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

TABLO16: Bireylerin Evinin Sahiplik Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

EVİN SAHİPLİK DURUMU	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
KENDİSİNİN (n=220)	53,75±30,103	63,98±25,46	49,77±47,30	57,27±47,91	52,00±10,46	48,43±20,69	60,85±31,43	52,06±23,08
KİRA (n=30)	46,50±29,361	60,00±15,32	36,66±47,67	57,77±47,08	53,73±9,72	43,16±17,19	52,96±24,87	45,00±19,16
ÇOCUKLARININ (n=55)	33,30±31,295	50,59±23,87	29,91±45,83	38,78±48,33	49,92±11,51	38,21±21,52	44,44±29,81	36,69±22,74
EŞİNİN (n=86)	47,61±27,63	56,20±24,00	41,86±47,96	45,73±48,24	50,23±11,10	45,52±19,80	50,51±30,61	48,72±19,22
UZAK/YAKIN AKRABALARININ (n=11)	37,72±21,728	51,51±13,40	15,90±20,22	27,27±38,92	53,45±4,480	47,27±9,582	45,45±11,60	45,45±14,39
	F=5,86 p<0,05	F=4,51 p<0,05	F=3,31 p<0,05	F=2,92 p>0,05	F=1,16 p>0,05	F=3,05 p<0,05	F= 4,53 p<0,05	F=5,82 p<0,05

Tablo 16’da, bireylerin kaldığı evin sahiplik durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Kaldığı evin sahiplik durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları aralarındaki farklılık fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, zindelik, ağrı genel sağlık yönünden önemli bulunurken ($p<0,05$), emosyonel rol kısıtlaması ve mental sağlık yönünden önemsiz ($p>0,05$) bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon bakımından yaşam kalitesi puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, ev kendisinin olanlarla çocuklarının olanlar arasında, çocuklar ile eşinin olanlar arasında farklılık bulunurken ($p<0,05$) diğer parametreler yönünden farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Sosyal fonksiyon yönünden ev kendisinin olanlarla çocuklarının olanlar arasında, farklılık bulunurken ($p<0,05$) diğer parametreler yönünden farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Fiziksel rol kısıtlaması yönünden ev kendisinin olanlarla çocuklarının olanlar arasında, farklılık bulunurken ($p<0,05$) diğer parametreler yönünden farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Zindelik yönünden ev kendisinin olanlarla çocuklarının olanlar arasında, farklılık bulunurken ($p<0,05$) diğer parametreler yönünden farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Ağrı yönünden ev kendisinin olanlarla çocuklarının olanlar arasında, farklılık bulunurken ($p<0,05$) diğer parametreler yönünden farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Genel sağlık yönünden ev kendisinin olanlarla çocuklarının olanlar arasında, çocuklarla eşinin olanlar arasında farklılık bulunurken ($p<0,05$) diğer parametreler yönünden farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Bireyin evinin sahiplik durumu yaşam kalitesinin etkileyen bir etmendir. Kendi ev ortamında eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur.

TABLO17: Bireylerin Komşuluk İlişkilerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

KOMŞULUK İLİŞKİLERİ	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
KÖTÜ (n=12)	34,58±36,33	52,77±23,74	31,25±46,61	30,55±45,96	56,33±10,15	49,58±23,78	48,14±32,93	46,66±29,25
ORTA (n=49)	47,95±32,59	58,27±24,79	38,26±45,67	52,38±45,13	54,12±10,39	44,48±23,14	48,52±30,23	46,53±26,99
İYİ (n=261)	50,15±29,46	59,77±23,96	45,78±48,20	53,58±48,75	50,89±10,56	45,44±19,97	57,47±31,48	48,29±21,44
ÇOK İYİ (n=81)	46,17±30,15	62,00±26,28	40,74±45,66	47,32±48,55	51,16±10,70	48,02±19,60	53,77±28,07	50,67±21,20
	F= 1,27 p>0,05	F= 0,60 p>0,05	F=0,76 p>0,05	F=1,12 p>0,05	F=2,15 p>0,05	F=0,54 p>0,05	F=1,51 p>0,05	F=0,41 p>0,05

Tablo 17’de, bireylerin komşuluk ilişkilerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Komşuluk ilişkilerine göre bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Komşuluk ilişkileri yaşam kalitesini etkileyen bir etmen olarak bulunamamıştır.

TABLO18: Zamanını Değerlendirme Şekline Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

ZAMANINI GEÇİRDİĞİ UĞRAŞI	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
EL İŞİ (n=58)	47,15±28,39	60,72±25,08	44,39±47,53	57,47±47,05	52,27±11,62	46,12±20,64	53,06±30,16	43,18±15,94
KİTAP/GAZETE OKUMA (n=16)	72,50±15,38	61,11±21,08	48,43±48,70	50,00±51,63	47,75±10,37	47,18±20,81	67,36±30,21	55,31±21,48
YÜRÜYÜŞ /ALIŞVERİŞ (n=33)	60,15±27,90	64,30±18,79	50,00±47,18	78,78±38,02	54,18±10,44	48,33±15,99	64,30±29,23	54,54±23,72
TV/RADYO DİNLEME (n=54)	35,18±33,64	51,85±28,22	28,24±43,17	33,33±46,24	48,14±10,39	37,12±23,22	46,91±30,80	36,85±23,51
İBADET (n=126)	47,65±28,53	59,43±24,35	39,48±47,47	44,80±48,28	50,06±10,75	48,84±21,99	52,02±31,13	52,30±23,09
TOPLANTI/ SOHBET (n=116)	50,08±30,58	62,06±24,03	51,72±47,51	56,60±47,99	54,00±9,399	46,03±17,09	59,86±30,02	49,82±21,27
	F=5,48 p<0,05	F=1,60 p>0,05	F=2,20 p<0,05	F=4,78 p<0,05	F=3,84 p<0,05	F=2,68 p<0,05	F=2,77 p>0,05	F=5,47 p<0,05

Tablo 18’de, zamanını geçirme şekline göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Zamanlarını nasıl geçirdiğine ilişkin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık, zindelik, genel sağlık puanları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Zamanlarını nasıl geçirdiğine göre fiziksel puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, el işi yapanlar ile kitap/gazete okuyanlar arasındaki farklılık; kitap/gazete okuyanlar ile tv/radyo izleyip/dinleyenler arasında, ibadet edenler arasındaki farklılık; tv/radyo izleyip/dinleyenler arasında, toplantı/sohbet edenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer uğraşlar bakımından farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Zamanlarını nasıl geçirdiğine göre fiziksel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, tv/radyo izleyip/dinleyenler ile toplantı/sohbet edenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer uğraşlar bakımından farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Boş zamanlarını nasıl geçirdiğine göre ERK puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, yürüyüş/alışveriş yapanlar ile tv/radyo izleyip/dinleyenler arasında, ibadet edenler arasındaki farklılık; tv/radyo izleyip/dinleyenler arasında, toplantı/sohbet edenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer uğraşlar bakımından farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Zamanlarını nasıl geçirdiğine göre mental sağlık puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, tv/radyo izleyip/dinleyenler ile toplantı/sohbet edenler arasında, ibadet edenler ile toplantı/sohbet edenler arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer uğraşlar bakımından farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Boş zamanlarını nasıl geçirdiğine göre genel sağlık puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, kitap/gazete okuyanlar ile tv/radyo izleyip/dinleyenler arasında, tv/radyo izleyip/dinleyenler ile yürüyüş alışveriş yapanlar arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer uğraşlar bakımından farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Zamanlarını nasıl geçirdiğine ilişkin sosyal fonksiyon ve ağrı puanları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Bireyin zamanını geçirme şekli yaşam kalitesine etki eden önemli bir etkidir. Bireylerin hayata daha aktif olarak katılmalarını sağlayan etkinliklerin yaşam kalitesi puanlarını arttırdığı bulunurken tv/radyo izleyip/dinleme gibi pasif aktivitelerin yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlenmiştir.

TABLO19: Bireylerin Protez Kullanma Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

KULLANILAN PROTEZ SAYISI	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
KULLANMIYOR (n=76)	61,38±28,90	65,93±24,83	62,82±46,63	65,78±45,20	51,89±10,51	42,10±21,85	59,50±34,17	50,72±20,79
1 TANE (n=157)	50,60±29,54	60,65±24,41	45,54±48,16	56,47±48,13	52,91±10,43	50,06±20,01	56,82±29,61	51,11±21,27
2 TANE (n=148)	45,91±27,92	58,70±23,47	35,97±44,91	44,21±48,12	50,05±10,72	46,04±19,03	54,35±29,92	47,39±22,94
3 TANE (n=22)	8,631±14,97	40,40±21,56	11,36±29,60	15,15±33,69	49,81±10,59	29,54±16,68	37,37±27,54	29,77±22,49
	F=20,58 p<0,05	F=6,60 p<0,05	F=9,52 p<0,05	F=8,51 p<0,05	F=2,08 p>0,05	F=8,19 p<0,05	F=3,18 p<0,05	F=6,50 p<0,05

Tablo 19’da, bireylerin protez kullanma sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Protez kullanma durumuna göre fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, ağrı, genel sağlık puanları aralarındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), mental sağlık puanları yönünden aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Protez kullanma sayısına göre fiziksel fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile 1 tane kullananlar arasında, 2 tane kullananlar arasında, 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık, 2 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Protez kullanma sayısına göre sosyal fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık, 2 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Protez kullanma sayısına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile 1 tane kullananlar arasında, 2 tane kullananlar arasında, 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık, önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Protez kullanma sayısına göre emosyonel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile, 2 tane kullananlar arasında, 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık, 2 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Protez kullanma sayısına göre zindelik puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile 1 tane kullananlar arasında, 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile

3 tane kullananlar arasındaki farklılık, 2 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Protez kullanma sayısına göre ağrı puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık, önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Protez kullanma sayısına göre genel sağlık puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında; herhangi bir protez kullanmayanlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık,; 1 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık, 2 tane kullananlar ile 3 tane kullananlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kullanılan protez sayısı arttıkça bireylerin bağımlılıklarının artmasına paralel olarak yaşam kalitesi puanları da azalmaktadır. Kullanılan protez sayısı yaşam kalitesini etkileyen bir etmendir.

TABLO 20: Bireylerin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

KRONİK HASTALIK OLMA DURUMU	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
VAR (n=339)	44,41±28,53	57,19±23,99	38,28±46,10	46,98±47,92	51,07±10,76	44,38±19,78	52,15±29,05	45,67±21,39
YOK (n=70)	68,64±30,27	72,38±23,14	67,85±45,67	72,85±44,06	53,54±9,66	53,50±21,67	70,63±34,20	62,00±21,89

t=6,38
p<0,05

t=4,84
p<0,05

t=4,88
p<0,05

t=4,16
p<0,05

t=1,77
p>0,05

t=3,44
p<0,05

t=4,68
p<0,05

t=5,78
p<0,05

Tablo 20’de, bireylerin kronik hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Kronik hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Bireyin kronik bir hastalığın olması yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmendir. Kronik hastalığın varlığı ile her bir boyutta yaşam kalitesi puanlarının anlamlı oranda düştüğü bulunmuştur.

TABLO21: Bireylerin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

KRONİK HASTALIK SAYISI	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $X\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
BİR (n=305)	45,27±28,37	58,50±23,58	39,59±46,37	49,28±47,91	51,50±10,80	45,62±19,24	53,62±28,95	46,26±21,39
İKİ (n=23)	45,00±30,63	51,69±24,06	28,26±42,84	31,81±45,39	48,52±8,20	40,21±23,23	38,64±26,56	48,26±19,22
ÜÇ VE ÜZERİ (n=9)	19,44±22,42	25,92± 12,42	8,33±25,00	-	10,34± 3,44	22,22± 16,60	30,86± 22,06	24,44±14,24
KRONİK HASTALIĞI OLMAYAN (n=66)	69,31±29,98	73,40±22,80	71,21±44,55	75,25±43,09	53,69±9,79	52,80±22,01	72,55±33,82	62,27±22,27

F=12,36
p<0,05

F=11,28
p<0,05

F=8,65
p<0,05

F=8,19
p<0,05

F=2,65
p<0,05

F=5,63
p<0,05

F=9,52
p<0,05

F=10,58
p<0,05

Tablo 21’de, bireylerin kronik hastalık sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. Kronik hastalık sayısına ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalık sayısına göre fiziksel fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile 2 kronik hastalığı olalar arasında, 3 kronik hastalığı olanlar arasındaki farklılık; 2 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kronik hastalık sayısına göre sosyal fonksiyon puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile 3 kronik hastalığı olanlar arasında, 3 kronik hastalığı olanlar arasındaki farklılık; 2 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasında, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık; 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), Diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 2 kronik hastalığı olalar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kronik hastalık sayısına göre emosyonel rol kısıtlaması puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasında, 3 kronik hastalığı olanlar arasındaki farklılık, 2 kronik hastalığı olalar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısına göre mental sağlık puanları 2’şerli olarak karşılaştırıldığında, 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi

bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kronik hastalık sayısına göre zindelik puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasında, 3 kronik hastalığı olanlar arasındaki farklılık, 2 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısına göre ağrı puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 2 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık, 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısına göre genel sağlık puanları 2'şerli olarak karşılaştırıldığında, 1 kronik hastalığı olanlar ile 3 kronik hastalığı olanlar arasında, 3 kronik hastalığı olanlar arasındaki farklılık; 2 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasında, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık; 3 kronik hastalığı olanlar ile herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısı yaşam kalitesini anlamlı oranda düşürmektedir.

TABLO22: Bireylerin İlaç Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

İLAC KULLANMA DURUMU	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X}\pm S$	Fiziksel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Emosyonel Rol Kısıtlaması $\bar{X}\pm S$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm S$	Zindelik $\bar{X}\pm S$	Ağrı $\bar{X}\pm S$	Genel Sağlık $\bar{X}\pm S$
EVET (n=267)	40,18±27,56	54,93±22,86	33,80±45,23	43,23±47,73	51,47±10,33	42,60±19,52	49,97±28,97	43,29±20,34
HAYIR (n=136)	65,18±28,43	69,44±24,85	62,31±45,74	67,64±45,16	51,55±11,17	52,57±20,51	65,93±31,57	58,75±22,562

t =8,51
p<0,05

t=5,84
p<0,05

t=5,96
p<0,05

t=4,94
p<0,05

t=0,07
p>0,05

t=4,76
p<0,05

t=5,06
p<0,05

t=6,94
p<0,05

Tablo 22’de, bireylerin ilaç kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı değerlendirilmiştir. İlaç kullanma durumuna göre yaşam kalitesinin, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, ağrı, genel sağlık puanları arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), mental sağlık puanı yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). İlaç kullanımı bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir etmen olarak bulunmuştu, ancak mental sağlık yönünden istatistiksel bir önem bulunamamıştır.

6. TARTIŞMA

Bu bölümde, Sivas il merkezinde evde yaşayan 65 yaş ve üzeri 403 bireyin, tanıtıcı özellikleri, protez kullanma ve sayısı kronik hastalık durumları ve sayısı, ilaç kullanma durumları ile yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmaktadır.

Bu çalışmaya alınan yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Tablo 1), bireylerin %45,4'ünün 65-69 yaş arasında olduğu, %43,4'ünün okur-yazar olmadığı, %29,8'inin gelir durumunun kötü, %54,6'sının çekirdek tipi aileye sahip olduğu ve %4'ünün kitap/gazete okuduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan bireylerin, yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4), aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş artıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları önemli oranda düşmektedir. Mikami ve Ogihara'nın çalışmalarında da yaşlanma ile yaşam kalitesinin önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır (123). Ülkemizde huzurevinde yapılan bir araştırmada ve Canbaz ve arkadaşlarının büyük bir grupta yaptığı benzer bir çalışmada da, yaşla yaşam kalitesi ölçeğindeki her bir alt başlığındaki puanlarda anlamlı düşme olduğu bulunmuştur (52,126). Ancak bazı çalışmalarda ise, yaşın yaşam kalitesine etkisinin olmadığını belirlenmiştir (124,125). Bu durumda, yaşlı olan birinin her zaman daha kötü bir yaşam kalitesine sahip olacağı gibi bir genelleme yapmakta doğru değildir. Ancak yaş ile yaşam kalitesinin düşmesi, fiziksel ve sosyal fonksiyonların yavaş yavaş yitirilmesi sonucunda, fiziksel ve emosyonel rol kayıplarının ortaya çıkması, bağımlılığın artması, yaş ayrımcılığının başlaması, bağışıklık sisteminin azalması, artan kronik hastalıklar ve ağrıların etkisi şeklinde açıklanabilir.

Bireylerin cinsiyet ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5), aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Yurtdışında yapılan farklı çalışmalarda da cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyen bir etmen olduğu ve kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (128,142,143). Denizli huzurevinde yapılan bir çalışmada, genel sağlık statüsü boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı çalışmada, kadınlarda fiziksel fonksiyon, ağrı, sağlığın genel olarak algılanması, enerji boyutu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (144). Ulusal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha bağımlı olduğu, bunda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda görülen depresyon oranının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur (145). Aynı şekilde yapılan farklı iki çalışmada da kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (126,127).

Yapılan birçok çalışmada, kadınların sağlık düzeyi ile toplumdaki statüleri arasında, yakın bir ilişki olduğu belirlenmiştir (147,148,149). Kadınların yaşantısında tamamen fizyolojik ve normal bir evre olan gebelik, doğum, loğusalık dönemlerinde ortaya çıkan ve zaman zaman yaşam kaybı ile sonuçlanan sağlık sorunlarının belirleyici faktörleri, kadının toplumsal durumu ile yakından ilişkilidir (150). Tarihsel gelişim süresince tüm toplumlarda kadınlara karşı ayrımcılığın uygulanmış olduğu belirlenmiştir (151,154). Kadının statüsü genelde kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, aile ve toplum içindeki rolü, değeri gibi faktörlere bağlıdır. Ayrıca toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir (150). Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, kadın erkek eşitsizliği görülmektedir (153,154). Anne ölümlerinin yüksek olduğu yerlerde kadınların sosyal statüsü düşük, gereksinimleri tamamen göz ardı edilmiş veya çocukluktan beri erkeklerin gereksinimlerinden sonra gelmiş, yani ikinci planda kalmıştır (150). Bütün bu faktörler, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olmasına neden olabilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin medeni durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6), sosyal fonksiyon ve mental sağlık yönünden aralarındaki farklılık önemsiz ($p>0,05$) bulunurken, diğer parametreler yönünden önemli bulunmuştur. Bireylerden dul olanların, yaşam kalitesi puanları evli olanlara göre önemli oranda daha düşük olarak saptanmıştır. Sosyal fonksiyon ve mental sağlık yönünden farklılık olmamasını bireylerin özel yaşantılarından ve sosyal ilişkilerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kaya'nın çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt başlıkları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olanların yaşam kalitesi daha yüksek düzeyde bulunmuştur (141). Tseng ve Ruey tarafından, Taiwan'da yaptıkları bir çalışmada ise, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki belirlenmemiştir (143).

Bireylerin, eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 7), eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Tseng ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesinin artması ile kişinin sosyo ekonomik statüsünün de arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (143). Bangladeş'te uygulanan bir projede, çiftçi kızlarına okula gitme olanağı sağlanmış ve bu kızların yaşam kalitesinin önemli oranda arttığı belirlenmiştir (157). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda da eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmen olduğu ve eğitim seviyesi artan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının da, anlamlı oranda yükseldiği saptanmıştır (49,52,114,156). Eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemesi; bireyin eğitim düzeyi arttıkça bilinçliliğinin artması, hayata bakış açısı, algılayışı, imkânlarının değişmesi ve iyileşmesi, iş olanaklarının artması, emeklilik ve bazı sosyal haklara sahip olması gibi faktörler ile açıklanabilir.

Emekli olan bireyler ile olmayanlar arasındaki yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 8), aralarındaki farklılık mental sağlık

yönünden önemsiz bulunurken ($p>0,05$), diğer parametreler yönünden önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Herhangi bir kurumdan emekli olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde Canbaz tarafından yapılan bir çalışmada da, emekliliğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (126). Hızlı bir şekilde yaşlanan toplumlarda meydana gelen en önemli sosyal risklerin başında, doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte, bakıma muhtaçlık riski geldiği düşünülmektedir (158). Yaşlı bireylerin başkalarına bağımlı olma riski, kişinin, özürülük, yaşlılık, hastalık veya malullük gibi sebeplerden dolayı başkalarının sürekli olarak bedenî desteğine ihtiyaç duyma tehlikesini göstermektedir (159). Bakıma muhtaçlık sorunu ve bundan kaynaklanan sosyal bakım hizmetlerine talep de, bu riskin somut olarak ortaya çıkmasıyla açıklanabilir. Bakım güvencesi, bakıma muhtaç kişinin sosyal bakım ihtiyacını karşılayan bir uygulamadır. Bakım güvencesi kapsamına bakıma muhtaç kişinin, sosyal güvenlik ve gelir durumuna göre, aynî ve nakdî yardımlar da girebilmektedir. Türkiye’de emeklilik aylığı almaya hak kazanmış kişilerin, sosyal güvenliklerinin sağlanması, yaşlıya verilen hizmetler içinde önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir (160). Emeklilik hakkı yaşama verilen değeri, sosyal güvenliği, herhangi bir nedenle oluşabilecek düşüşü engelleme, bu olamazsa etkilerini giderme mekanizması şeklinde yaşamı etkilediği içinde, yaşam kalitesine olumlu yansıdığı düşünülmektedir.

Yaşlı bireylerin herhangi bir sağlık güvencesine sahip olunma ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 9), aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olanların olmayanlara göre yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Emekli sandığına sahip olanlarında yaşam kalitesi puanları diğer sağlık güvencesi olanlar içinde en yüksek bulunan grup olarak belirlenmiştir. Saatli ve Eser’in Manisa’da yaptığı çalışmalarında da bireylerin bir sağlık güvencesi olması ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (161). Sağlık güvencesine sahip olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olması, emeklilik hakkına sahip olan bireyler gibi sosyal imkânlarının artması ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin

artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Emekli sandığına sahip olan bireylerin ise, yaşam kalitelerinin daha yüksek çıkması, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının daha iyi ve bu gruptakilerin eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Aile tipine göre bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 11) aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Geniş aile tipine sahip olan yaşlı bireylerin, yaşam kalitesi puan ortalamaları değerleri çekirdek aile tipine göre daha düşük bulunmuştur. Geniş aile tipinde puan ortalamalarının daha yüksek olmasını, sosyal desteklerin daha çok artması, Sivas ilinde daha çok geleneksel aile tipinin yaygın olması ve geleneksel aile özelliklerinde, yaşlıya verilen değerin daha fazla olması şeklinde düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmada bireylerin, birlikte yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 12), birlikte yaşadığı kişiler ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kendi aile ortamında, eşi ile ya da çocukları ile yaşayanların yaşam kalitesi puanları, yalnız yaşayanlardan ve uzak/yakın akrabalarıyla yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kwee ve arkadaşlarının Japonya'da, yaşlı bireylerin evde ve dinlenme evlerinde yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmalarında, evde kendi ortamında yaşamlarını sürdüren bireylerin yaşamdan memnuniyetlerinin, dinlenme evlerinde kalanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (162). Tseng ve Rue'inin çalışmalarında da ailesiyle birlikte yaşayanların yaşam kalitesi puanının yükseldiği saptanmıştır (143). Kerem ve arkadaşlarının huzurevi ile evde yaşayan yaşlı bireyleri karşılaştırdığı çalışmada, huzurevinde yaşayan bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden daha fazla zorluk yaşadığı belirlenmiştir (162).

Bireylerin çocuklarının olup/olmadığına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 13), emosyonel rol kısıtlaması yönünden farklılık bulunurken ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Çocuğu olanların yaşam kalitesi puanları, olmayanlara göre daha yüksek

bulunmuştur (tablo13). Bireylerden çocuğu olanların emosyonel rol kısıtlaması yönünden farklı çıkmasını, sosyal ilişkiler bakımından çocuğu olmayanlara göre daha farklı ve yoğun ilişkiler yaşamasından kaynaklandığı düşünölebilir.

Sahip olunan çocuk sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 14), farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,059$). Hiç çocuğu olamayanlar ile 7 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olanların yaşam kalitesi puanları 1-3 arasında çocuğa sahip olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çok çocuğu olan ailelerin ekonomik, sosyal ve psikolojik sıkıntılar yaşayabilecekleri, en çokta kadınların fizyolojik ve psikolojik olarak yıpranmasına bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarında kadınların yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 5).

Konut tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 10), aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Bireylerden apartmanda yaşayanların yaşam kalitesi puanları, müstakil evlerde yaşayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma, müstakil evlerde yaşayanların daha çok gecekodu tipi sağlıksız konutlar olması, bireylerin gelir durumunun daha düşük olmasının neden olduğu düşünölmektedir. Bireylerin gelir durumu ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında (Tablo 10), gelir durumu düşük olanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Araştırmada oturulan evin sahiplik durumu ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında (Tablo 16), herhangi bir konuta sahip olanların yaşam kalitesi puanları, kira ve uzak/yakın akrabalarının olanlardan, daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin komşuluk ilişkileri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel olarak karşılaştırıldığında (Tablo 17), farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Ancak, komşuluk ilişkilerinin kötü olduğunu söyleyenlerin yaşam kalite puanları daha düşük bulunmuştur. Xavier ve arkadaşlarının araştırmasında ise, olumlu arkadaş, akraba ve aile ilişkilerinin sosyal fonksiyonları ve rolleri dolayısıyla yaşam kalitesini etkilediğı belirlenmiştir

(163). Bir başka çalışmada da, yaşlıların sosyal hayatlarının ve ilişkilerinin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olduğu belirlenmiştir (155).

Yaşlı bireylerin zamanlarını değerlendirme şekline göre yaşam kalite puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 18), fiziksel fonksiyon, mental sağlık, zindelik, genel sağlık yönünden aralarındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$), sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, ağrı yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Zamanlarını tv/radyo izleyip/dinleme ve el işi yapma şeklinde pasif aktivitelerle geçirdiğini belirten bireylerin yaşam kalite puanları, aktif uğraşlarla zamanlarını geçirenlere göre daha düşük bulunmuştur. Houx ve Jalles tarafından yapılan bir çalışmada, yaşlılardaki hafıza kayıplarında, yaşın dışında kalan eğitim, entelektüel aktivite ve örneğin, haftalık okuma süresinin önemli etkileri olduğu saptanmıştır (164). Koenig ve arkadaşları ise çalışmalarında dinsel uğraşlarla ilgilenen depresif yaşlı bireyleri izlemiş ve bu dönemde depresyon şiddetinin azaldığını belirlemişlerdir (168).

Egzersiz, ilerleyen yaşla birlikte birçok kronik hastalığı önlemek, geciktirmek ve kronik hastalıkların yönetimi için önerilen bir davranıştır. Egzersiz, iskemik kalp hastalığı, diyabet ve hipertansiyonu önleme, geciktirme ve mortalite riskini azaltma, fonksiyonel bağımsızlığı ve hastalığa karşı direnci artırma gibi sağladığı fiziksel yararlarla yaşam kalitesini arttırabilir. Bu nedenle, egzersizi artırma sağlık bakım maliyetini azaltabilir. Kas gücünü artırma, dengeyi sağlama ve kilo kaybı da diğer özel yararları arasında sayılabilir (166). Egzersiz ve aktivitenin psikososyal yararları ise sosyal ve emosyonel iyilik halinin artmasıdır. Egzersiz, ayrıca fiziksel ve kognitif iyilik halinin gelişmesiyle bireylerin sosyal aktivitelere katılımlarını arttırabilir. Aktivite ya da egzersiz genelde yaşlılar gibi fiziksel yetilerinde değişiklik deneyimleyen bireylerin benlik saygısını arttırabilir.(134,161,167). Dünya Sağlık Örgütü'nün "Aktif Yaşlanma" raporundan, düzenli ve orta derecede yapılan fiziksel aktivitenin, fonksiyonel zayıflamayı geciktirdiği, ayıca kronik hastalıklara ve kalp hastalıklarına bağlı

oluşabilecek özür lülüğün şiddetini azatlığı belirtilmiştir. Fiziksel aktivitelerin yaşlıların sosyalleşmesi ve ruh sağlıkları açısından da önemli yeri olduğu düşünölmektedir. Buna rağmen yaşlıların çoğu sedanter yaşamı tercih etmektedir (168). Xavier ve arkadaşlarının çalışmalarında gün boyu yapılan aktivitelerin yaşlı bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (163). Stephan ve Castel'in yaşlılar üzerinde yaptıkları bir çalışmanın sonucunda, yaşa bağılı olarak gelişen fiziksel fonksiyonlardaki azalmanın, fiziksel aktivitedeki azalma ve kişilerin günlük yaşam aktivitelerinde oldukça pasif bir yaşam biçimi sürdürmeleri nedeniyle, olduğu belirlenmiştir (169). Yaşlılar üzerine yapılan bir başka çalışmada, düzenli egzersiz yapılmasının ve aktif bir yaşam sürdürülmesinin, yaşlılıkla birlikte artış gösteren sistem hastalıklarının oranında bir azalma ya yol açtığı saptanmıştır. Ayrıca, uygun egzersiz programı uygulanan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin arttığı belirlenmiştir (170).

Yaşlı bireylerin protez kullanma, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumları incelendiğinde (Tablo 2), bireylerin %81,1'inin bir ya da daha fazla sayıda protez kullandıkları, bunlardan %60'ının gözlüğü, %56'sının takma dişi olduğu, %82,6'sının en az bir kronik hastalığa sahip oldukları, bu hastalıklardan yarıya yakınının (%43,9) kardio-vasküler sistem ve dörtte birinin (%25,6) kas-iskelet sistemi hastalıkları olduğu saptanmıştır. Bireylerin ilaç kullanma durumlarına baktığımızda ise, %60,3'ünün her gün ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

Avrupa'da farklı toplumlarda yaşlı erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada, Finladiya'lı erkeklerin %56'sında, İtalyan erkeklerin %52'sinde, Hollandalı erkeklerin %44'ünde en az bir kronik hastalık tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada, Finlandiya'lı erkeklerde birinci sırada (%40,5) kardiovasküler sistem hastalıkları görülürken, ikinci sırada (%17,2) kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve üçüncü olarak %9,1'inde diabetes mellutus saptanmıştır. İtalyan erkeklerinde bu oran sırasıyla %30,2, %22,8, %9,2 olarak bulunmuştur (127). Granik ve arkadaşlarının 65 ile 85 yaş arası bireylere uyguladığı çalışmasında da

birinci sırada kardio-vasküler sistem hastalıkları yer almaktadır (152). Yardımcı ve arkadaşlarının huzurevinde yaptıkları çalışmalarında, yaşlı bireylerin %82,9'unun kronik bir hastalığı olduğu, bu hastalıklarında %47,9'unun hipertansiyon, %43,6'sının kas-iskelet sistemi hastalıkları, %18,8'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu bulunmuştur (129). Bostancı ve Yılmaz'ın Denizli huzurevinde yaptıkları çalışmasında, bireylerin %87'sinin en az bir kronik hastalığı oldukları, %34,3'ünün bir, %29,6'sının iki, %15,43'ünün üç, %7,7'sinin dört ve üzeri sayıda kronik hastalığa sahip olduklarını belirlenmiştir. Aynı çalışmada, en sık rastlanılan hastalıklar sırasıyla, kardio-vasküler, kas-iskelet sistemi ve nörolojik hastalıklar olarak saptanmıştır (130). Bu çalışmalar dışında yapılan bir çok çalışmada da yaşlı bireylerde kronik hastalıkların fazla görüldüğü belirlenmiştir (135,136,137,138,139,140).

Bireylerin kronik hastalığa sahip olması ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 20), aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Herhangi bir kronik hastalığı olmayanların yaşam kalitesi puanları, en az bir kronik hastalığa sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bireyde var olan kronik hastalık sayısının artması da yaşam kalitesinin önemli oranda düşmesine neden olmaktadır (Tablo 21). Yapılan bir çok çalışmada yaşlılarda kronik hastalıkların arttığı görülmektedir (132,133,134,135,136,137,138,139,140). Bu durumda yaşlı bireyler için önemli oranda yaşam kalitesi düşüklüğüne neden olabileceği söylenebilir. Yaşlı hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların yaşam kaliteleri düşük bulunmuş ve bu durum hastaların bağımlılıklarının artmasına bağlanmıştır (171). Özellikle 65 yaşın üzerindeki kişilerde ağrı ve sakatlık nedeni olan kemik hastalıklarından en sık görüleni osteoporozdur (165). Bu araştırmada da, kas iskelet sistemi hastalıklarının görülme sıklığı %25,6 olarak bulunmuştur (tablo2). Osteoporozun komplikasyonları özellikle yüksek morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir. Osteoporozun toplumdaki maliyeti yalnız medikal ve rehabilitasyon tedavilerine bağlı değildir. Kronik ağrı ve fiziksel bağımlılık yaşlıların yaşam kalitesinide bozmaktadır (172). David ve Shulamith'in

çalışmalarında ağrının fiziksel ve emosyonel fonksiyonları son derece önemli bir şekilde etkilediği ve yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir (173). Jaracz ve Kozubski araştırmalarında bir grup sağlıklı birey ile felçli hastaların yaşam kalitesi puanları karşılaştırmış ve felçli hastaların yaşam kalitesi puanları oldukça düşük bulunmuştur (174). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka araştırmada, hastalarda solunum fonksiyon parametrelerine göre belirlenen hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi skorları ve dispne düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (175).

Kronik hastalıklardan sonra ev kazaları ve sakatlanmalar yaşlılıkta sık görülen sorunlardan biridir. Dönmez ve arkadaşlarının Antalya'da yaptıkları araştırmalarında sakatlanmaların yaşlı bireylerin kendi bakımlarını yerine getirmede %85,2 oranında, günlük aktivitelerini yerine getirmede ise %85,2 oranında etkilediği saptanmıştır. Aynı çalışmada neden olan kazaların ve sakatlıkların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (176). Düşme korkusu ve günlük yaşam aktivitelerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelendiği diğer bir araştırmada, düşme korkusu ile banyo yapma ve giyinme gibi temel günlük aktiviteler arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Düşme korkusunun yaşam aktivitesini direkt ve olumsuz olarak etkilediği; daha fazla düşme korkusu yaşayan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi puanı aldıkları belirlenmiştir (30).

Çalışmamızda bireylerin ilaç kullanma durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 22, aralarındaki farklılık fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, ağrı, genel sağlık, yönünden önemli bulunurken ($p<0,05$), mental sağlık yönünden önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). İlaç kullanmayan bireylerin yaşam kalitesi puanları, kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumu, sağlıklı bireylerin ilaç kullanmıyorum şeklinde cevap vermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diker ve arkadaşları yaşlı bireylerin %78'inin, Öztürk ve arkadaşları %70,5'inin, Aksakal ve arkadaşları %70,9'unun her gün ilaç aldıklarını yaptıkları

farklı çalışmalarda belirlemişlerdir (132,133,134). Bu çalışmada da olduğu gibi, yaşlıların ilaç kullanım oranları oldukça yüksektir.

Kullanılan protez sayısı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 19), aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Kullanılan protez sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanı anlamlı derecede azalmıştır. Protez sayısının artması ile bireyin bağımlılığının artmasına bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü dşnlmektedir.

7. SONUÇLAR

Bu araştırma, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin, yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesine etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar:

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, %45,4'ünün (n=183) 65-69 yaş arasında, %3,5'inin (n=14) 85 ve üzeri yaşta, %51,9'unun (n=209) kadın, %62,3'ünün (n=251) evli, %43,4'ünün (n=175) okur-yazar olmadığı, %50,9'unun (n=205) emekli, %5,7'sinin (n=23) herhangi bir sosyal güvencelerinin olmadığı, %29,8'inin (n=120) gelir durumun kötü olduğu (Tablo 1),

Bireylerin %81,1'inin (n=327) 1 yada birden fazla protez kullandığı, %60'mın (n=242) gözlük, %56'sının (n=228) takma dişi, %82,6'sının (n=333) bir ya da birden fazla kronik hastalığının olduğu, bunlardan %75,7'sinin (n=305) 1, %2,2'sinin (n=9) 3 ve daha fazla kronik hastalığı olduğu belirlenirken, bu hastalıklarında, %43,9'u (n=177) kardiyovasküler sistem hastalıkları, %25,6'sı (n=103) kas-iskelet sistemi hastalıkları, %14,4'ü (n=58) sindirim sistemi hastalıkları olduğu; %66,3'ünün (n=267) sürekli ilaç kullandıkları (Tablo 2),

Bireylerin yaşa göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılığın önemli ($p<0,05$) ve yaş arttıkça bireylerin yaşam kalitesi puanlarının düştüğü (Tablo 4),

Bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarındaki farklılığın önemli ($p<0,05$), kadınların erkeklere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu (Tablo 5),

Bireylerin medeni duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal fonksiyon ve mental sağlık farklılığın önemsiz ($p>0,05$), diğer parametreler yönünden farklılığın önemli ($p<0,05$), dul olanların yaşam kalitesi puanlarının evli olanlara göre daha düşük olduğu (Tablo 6),

Bireylerin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık yönünden gruplar arası farklılığın önemsiz ($p>0,05$), fiziksel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılığın önemli bulunduğu ($p<0,05$), eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının arttığı (Tablo 7),

Bireylerin emeklilik duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında mental sağlık yönünden gruplar arası farklılığın olmadığı ($p>0,05$), diğer parametreler yönünden gruplar arası farklılığın önemli ($p<0,05$), emekliliği olan bireylerin yaşam kalitesi puanları, herhangi bir kurumdan emekli olmayanlara göre daha yüksek bulunduğu (Tablo 8),

Bireylerin sosyal güvence duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılığın önemli ($p<0,05$), emekli sandığına sahip olanların yaşam kalitesi puanının diğerlerine göre en yüksek olduğu (Tablo 9),

Bireylerin gelir durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılığın önemli olduğu ($p<0,05$), gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı (Tablo 10),

Bireylerin aile tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılığın önemsiz olduğu ($p>0,05$) (Tablo11),

Bireylerin yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılığın önemsiz bulunduğu ($p>0,05$) (Tablo 12),

Bireylerin çocuk sahip olunma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında emosyonel rol kısıtlaması yönünden gruplar arası farklılığın bulunduğu ($p<0,05$), diğer parametreler yönünden gruplar arası farklılığın önemsiz ($p>0,05$) ve çocuğu olan bireylerin, yaşam kalitelerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu (Tablo13),

Sahip olunan çocuk sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılığın önemli ($p<0,05$) ve 1-3 arası çocuğu olanların hiç olmayanlardan ve daha fazla sayıda çocuğu olanlara göre yaşam kalitesi puanının daha yüksek olduğu (Tablo14),

Bireylerin konut tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılığın önemsizi ($p>0,05$) ve apartman tipi evde yaşayanların yaşam kalitesi puanlarının, müstakil evde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu (Tablo 15),

Bireylerin kaldığı evin sahiplik durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarındaki farklılığın önemli ($p<0,05$) ve kirada ve uzak/yakın akrabalarıyla oturan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının ev sahibi olanlara göre daha düşük olduğu (Tablo 16),

Bireylerin komşuluk ilişkilerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılığın önemsiz bulunduğu ($p>0,05$) (Tablo 17),

Bireylerin zamanlarını değerlendirme şekline göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık, zindelik, genel sağlık puanları arasındaki farklılığın önemli ($p<0,05$) sosyal fonksiyon, ağrı puanları arasındaki farklılığın önemsiz ($p>0,05$) ve Tv/radyo izleyip/dinleme ve el işi gibi pasif aktivite de bulunanların yaşam kalitesi puanlarının diğer aktif aktivitelere göre daha düşük olduğu (Tablo 18),

Bireylerin protez kullanma sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon, ağrı, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, genel sağlık puanları aralarındaki farklılığın önemli ($p<0,05$), mental sağlık puanları yönünden aralarındaki farklılığın önemsiz bulunduğu ($p>0,05$), kullanılan protez sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanının düştüğü (Tablo 19),

Bireylerin kronik hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında arasındaki farklılığın önemli bulunduğu ($p<0,05$) (Tablo 20),

Bireylerin kronik hastalık sayısına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında arasındaki farklılığın önemli ($p<0,05$) ve kronik hastalık sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanının düştüğü (Tablo 21),

Bireylerin ilaç kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon, ağrı, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, genel sağlık puanları aralarındaki farklılığın önemli ($p<0,05$), mental sağlık puanları yönünden aralarındaki farklılığın önemsiz bulunduğu ($p>0,05$), (Tablo 22) belirlenmiştir.

8. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin, değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel bir yer teşkil eden yaşlılara sunulacak hizmetlerin planlanması ve uygulamasında geniş bir bakış açısı sağlanmalı, yaşam kalitelerine etki eden, yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, zamanı değerlendirme şekli, yaşanılan yer, protez kullanımı, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu, göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerektiği,
2. Egzersizin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri göz önüne alınarak yaşlıların sağlık ve bireysel sınırlılıklarına uygun egzersiz programları hazırlanmalıdır.
3. Yaşlıların sahip oldukları, kronik hastalıklarla ilgili olarak, kişisel özenleri geliştirilmeli, kullandıkları ilaçları doğru ve düzenli almaları sağlanmalı, özellikle bu hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinin,
4. Eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilediğini düşünerek, okuma yazma kurslarının başlatılması, okuma bilincini artırılması,
5. Yaşlıların kurumdan çok ev ortamında kendi yakınlarıyla yaşamları desteklenmesi,

6. Yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olması göz önüne alınarak, kadınlara yönelik hizmetlerin üreme çağından başlatılarak, artırılması gerektiği,
7. Ekonomik yetersizlik nedeniyle düşen yaşam kalitesine yönelik, belli bir yaş üzerine devlet tarafından oluşturulacak fonlarla yaşlılara destek verilmesi,
8. Dul olarak yaşamlarını devam ettiren bireylerin, daha fazla desteklenilmesi,
9. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen sağlık güvencelerinin bütün yaşlılara belli bir yaştan sonra eşit düzeyde ulaşılabilirliğinin sağlanması,
10. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda yaşam kalitesini etkileyen etmenler arasına uyku ve beslenme alışkanlıklarının da alınması önerilmektedir.

9. ÖZET

Araştırma evde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya Sivas İl merkezinde evde yaşayan 12.344 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyden, örnekleme yöntemi ile 403 birey alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, “65 Yaş ve Üzeri Bireylere Yönelik Sosyo-Demografik Bilgi Formu” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” kullanılarak, bireylere araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Elde edilen veriler, yüzdelerle değerlendirilmiştir, student t test, tek yönlü varyans analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, bireylerin %81,1’inin (n=327) bir yada birden fazla protez kullandığı, bunun %39’unun 1 ve %5,5’inin (n=22) 3 tane protez kullandığı, bu protezlerinde, %60’ının (n=242) gözlük, %56’sının (n=228) takma diş olduğu, % 82,6’sının (n=333) bir ya da birden fazla kronik hastalığının %75,7’sinin (n=305) 1, %2,2’sinin (n=9) 3 ve daha fazla kronik hastalığı olduğu belirlenirken, birinci sırada (%43,9) kardio-vasküler sistem hastalıkları yer almıştır. Sürekli ilaç kullanma durumları sorulduğunda ise %66,3’ünün (n= 267) sürekli ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Bireylerin yaşının, cinsiyetinin, medeni durumunun, eğitim düzeyinin, emekliliğinin, sosyal güvencesinin, gelirinin, çocuk sahibi olmasının ve çocuk sayısının, zamanını değerlendirme şeklinin, protez kullanmasının ve sayısının, kronik hastalık var olmasının ve sayısının, ilaç kullanmasının yaşam kalitesini etkileyen etmenler olduğu, buna karşılık aile tipi, konut tipi, yaşadığı kişiler ve komşuluk ilişkilerinin yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler ele alınarak, yaşlılık sorunlarına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, yaşlılar, yaşlılık, yaşam kalitesini etkileyen etmenler.

SUMMARY

The Research has been done to evaluate the factors which affect the life quality of people 65 and over, living in the house. 403 people are taken to the survey by the method of illustrating among 12.344 people 65 and over living in the house, centre of Sivas. Sociodemographic information form and life quality criterion (SF-36) have been used to the people 65 and over as data collecting equipment and this is applied by the researcher. The data which are obtained are counted by using assessment of percentage, independent sample test and one way anova.

According to the findings which are obtained from research, 81,1 %of people have used one or more prosthesis. 39% of these people have used one prosthesis. 5,5% of the people have used 3 prosthesis's. Of the people who have used prosthesis, 60% have worn glasses and 56% have had false teeth. 82,6% have had one or more chronic illnesses. 75,7% of these people have had only one chronic illness. 22,2% of these people have had three or more chronic illnesses. In the first line there are cardio vascular system illnesses. Permanent drug usage has been questioned to these people. It is observed that 66,3 % of these people have used drugs permanently. Age ,sex, marital status, education level, retirement social insurance, income, having child and number of child , style of spending time, using prosthesis of a person are effective factors of life quality. On the other hand, type of family and house, parents, neighborhood relationship isn't effective factors of life quality.

According to the results obtained from the research, as the factors which affect the life quality of old people are analyzed, advices related to the old age are presented.

Key words: Life quality, old people, old age, the factors affecting life quality

KAYNAKÇA

1. WHO İstatistikleri (2002), Yaşlanma Uluslar Arası Eylem Planı, <http://www.who.sis>
2. Fletcher K, Cynthia J, Westley (2000) Community Health Nursing: Elder Health. Community Health Nursing, Newyork, Mosby, s597-612.
3. Devlet İstatistikleri Enstitüsü (2003), <http://www.die.gov.tr>
4. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Programı (2002) 24.07.2002 Tarih ve 6886 Sayılı Yazısı, Ankara, <http://www.saglik.gov.tr>
5. WHO Technical Report Series 835 (1993) Aging and Working Capacity (1-49) ,www.propg.ufscar.br/publica/4jc/posgrad/resumos/0017-monteiro.htm - 31k
6. Ergin K (1992) Yaşlanma ile İlgili Fizyolojik Değişiklikler: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(2):75-82.
7. Erci B, Ünal G, Bingöl M (1992) Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı: Yaşlılığa Uyumu Güçleştiren Faktörler, Ankara, s68-75.
8. National Health Policy of Turkey (1999) Republic of Turkey: Ministry of Health. Health Project General Coordination Unit, Ankara, s. 67.
9. Emiroğlu V (1996) Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara, Şafak Matbaacılık, s.12-59.
10. Aksakal N, Maral I, Özkan S, Aygün R (2001) 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı: Gölbaşı Bölgesi'nde 60 Yaş ve Üzeri Nüfusta Ameliyat Geçirme ve Kronik Hastalık Görülme Sıklığı, Eskişehir, s. 32.
11. Fadıloğlu Ç (1992) Yaşlılıkta Psiko sosyal Sorunlar: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(2):63-71.
12. Terakye G (1992) Yaşlanma Sempozyum Kitabı: Sağlıklı Yaşlanma; Duygusal Yaşam, Ankara, s.41-48.
13. Bahar Z (1998) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı: Aile ve Aile Hemşireliği Süreci, Erefe İ (Ed), İstanbul, Birlik Ofset ltd. Şti, s12-19.
14. Koşar GN (1990) Yaşlılara Yönelik Hizmetler: Sosyal Hizmetler Dergisi 1(1):18-22.
15. 1999 DSÖ raporu, <http://didb.saglik.gov.tr/yayinlar/1999>

16. Tüzün Ç, Tıkız C (2003) Yaşlılarda ayak sorunları: Turkish Journal of Geriatrics, 6(4):135-141.
17. World Health Organization Quality of Life Group, What is quality of life? The WHOQOL Group: World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum, 17(4):354-356.
18. Arslan Ş, Kutsal Y (1999) Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi: Turkish Journal of Geriatrics 2(4):173-178.
19. Patrick DL, Erichson P (1993) Health status and health policy, New York, Oxford University Press, s117-119.
20. Malkina-Pykh IG (2001) Rhythmic Movement Psychotherapy: Quality of Life Research Working Paper, Russian Academy of Sciences Center for International Environmental Cooperation, INENCO, St.-Petersburg Available from URL: <http://www.inenco.org>
21. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Joners D, Spiegelhalter D (1992) Quality of Life Measures in Healthy Care. I: Applications and Issues in Assessment, 305(6861): 1074-1077.
22. Keister KJ, Blisen CE (1998) Quality of Life and Aging Journal of Gerontological Nursing: Gerontological Nursing, 24(5):22-25.
23. Cihan AÜ, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu H, Ecebay A (2001) 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı: Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza İlişkili Faktörler, Eskişehir, s. 21.
24. Yetim Ü (1985) Değişik Sosyo-Kültürel Kesimlerden Kişilerde Yaşam Kalitesi Algısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
25. Dündar P, Oral A, Eser E, Dinç G, Gümüşer G (2003). Kadınlarda Osteoporoz ve Yaşam Kalitesi: Sağlık ve Toplum, 13(4):47-50.
26. Günay O, Öztürk A, Keskinoğlu P, Bilgiç N (2001) 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı: Çamdibi 1 No'lu Sağlık Ocağı Yaşlılarında Yetersizlikler ve Kronik Hastalıklar Prevelansı, Eskişehir, s.1.
27. Oukbadejo AA, Janes PW, Wedzicha JA (1996) Quality of Life Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Severe Hypoxemia: Torax. (51):44-47.
28. Sütoluk Z, Tamam L, Savaş N, Kahraman Y, Nazlıcan E, Akbaba M. (2003) 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı: Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Depresyon Arasındaki İlişki, Sivas, s.54.

29. Yaman H (2003) Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi: Turkish Journal of Geriatrics, 6:4 (142-146)
30. Yıldırım KY, Karadakovan M (2004) Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki: Turkish Journal of Geriatrics, 7(2):78-83.
31. Zhao SZ (2000) Celecoxib Improves Quality of Life in Patients with Osteoarthritis, [http://: www.osteoarthritis.com](http://www.osteoarthritis.com)
32. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N (2004) Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi: Turkish Journal of Geriatrics.3(4):133-140.
33. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U (2001) Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi: Turkish Journal of Geriatrics,4(3):106-112.
34. Oran NT, Öztürk S (2004) 1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongre Kitabı: Yaşlanmayla Birlikte Sık Görülen ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Vulva Problemleri, Antalya, s. 212.
35. Özer M (2004) A Study on the Life Satisfaction of Elderly Individuals Living in Family Environment and Nursing Homes: Turkish Journal of Geriatrics, 7(1):33-36.
36. Scerra C (2001) Cataract Surgery Benefits Even Those in Their Mid-80s: Elderly Patients Experience Improved Visual Acuity As Well As Improved Quality of life, (Brief Article), www.opthalmology.com/cataract.htm
37. Kısacık A (2002) Sivas İl Merkezinde İkamet Eden 60 Yaş ve Üzeri Yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumlarının belirlenmesi. <http://www.shecek.gov.tr>
38. Gözüm S, Tan M (2003) Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin, Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları: Turkish Journal of Geriatrics, 6(1):112-116.
39. Durmuş B (1992) Yaşlı Hasta Bakımında Karşılaşılan Hemşirelik Sorunlarının İncelenmesi: Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, Ankara, Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, s.87-92.
40. Uncu Y, Özçakır A (2003) Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım: Turkish Journal of Geriatrics, 6(1):31-37.
41. Akyol AD (1993) Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(3): 71-75.

42. Tüzün HE, Eker L (2003) Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi: Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(2):3-8.
43. Demir F (2002) Yaşlılık ve Geriatri Hemşireliği: Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 4(1):48-51.
44. Deyo RA (1991) Quality of Life Research and Care: Ann. Intern. Med, 114:695-697.
45. Lubkin IM (1990) Chronic Illness: Impact and Interventions, Second Edition, London Jones and Barlett Publishers.
46. Pınar R (1995) Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
47. Görak G (2002) Hemşirelikte araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri: Araştırma Raporu Hazırlama, Erefe İ (Ed), İstanbul ,Odak Ofset, s. 259.
48. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2001) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara
49. Günaydın N (1996) Yaşlı Bireylerde Yalnızlığın İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
50. Koca H (1994) Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi .
51. Tel H (1998) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesinin ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
52. Veyisoğlu DG (2002) Dinlenme ve Bakımevlerinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Başkent Üniversitesi.
53. Demirköser A (1998) Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Olgularda Muskuloskeletal Yakınmalar ve SF-36 ile Yaşam Kalitesi Ölçümü. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi.
54. Şahin B (1996) Baypas ameliyatı Olan Hastaların Algılanan Sağlık Statüleri Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
55. Ware JF, Sherbourne CD (1992) The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (sf-36) : Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care, 30(6):473-483.

56. Sivas ili 2003 Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2003) Sivas İl Sağlık Müdürlüğü, Sivas, s37-38.
57. Özgür G. (1992) Emeklilik ve Sağlık: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,8:3 (127-130)
58. Kutsal Y.G. (2003) Yaşlanan Dünya Yaşlanan İnsan, Geriatri Derneği Yayınları, Ankara, s.1.
59. Diricen R, Bilgel N (1993) Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), II. Baskı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, s.293-308.
60. Ertürk H. (1997) Geriatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.17-31.
61. Güler Ç, Çobanoğlu Z (1994) Kazalar ve Önlenmesi, TC. Sağlık Bilimleri Yayınları, Ankara, s.36-48.
62. Rengin E (1989) Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Yayın No: 89/50, Ankara, s.1-29.
63. Atalay B ve ark. (1992) Türk Aile Yapısı Araştırması, Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü, Ankara, s.152-158.
64. Bertan M, Güler Ç (1997) Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı, 2. Baskı, Ankara, s.359-368.
65. Besler T (1993) Yaşlılık, Beslenme İmmün Sistem İlişkileri: Sendrom Dergisi, 5(2):25-29.
66. Köşgeroğlu N ve ark. (1992) Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Karşılaştıkları Sorunları ve baş etme Yollarının Değerlendirilmesi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Ankara. SHCEK Basımevi. S.338-349.
67. Afşar Z (1999) Toplum İçinde Yaşayan ve Kurumda Yaşayan Yaşlıların Psiko-sosyal Yönden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
68. Kırdı N ve ark. (1992) Doğal Çevrelerinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Ankara. SHCEK Basımevi. S.130-138.
69. Buckwalter K, Weiler K (1995) Geropsychiatric Nursing: Community Programs, Hostgek M (Ed), Missouri, Mosby Year Book, s.341-365.
70. Kaya B (1999) Yaşlılık ve Depresyon I. Tanı ve Değerlendirme: Turkish Journal of Geriatrics, 2(2):76-82.

71. Akdemir N (1997) Geriatri I : Hemşirelik Bakımı, Gökçe K ve ark (Ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.116-145.
72. Biçer S (1996) 60 + Üzeri Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
73. Uçku R, Küey L (1992) Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi: Nöropsikiyatri Arşivi, 29(1):15-20.
74. Durgun B, Tümerdem Y (1997) Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler: Turkish Journal of Geriatrics, 2:(3)115-120.
75. Jalecon CS (1995) The Effect of Living in Nursing Home on Socialization in Elderly People: Journal of Advanced Nursing, (22):539-546.
76. Büyükçoşkun A (1990) Yaşlı bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
77. Palabıyıkogulları R, Horan S (1992) Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu: Kriz Dergisi, 1(1):26-31.
78. Bayık A, Özgür G (2000) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel ve Psiko-sosyal Sağlık Sorunları. Uluslar Arası Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. İstanbul. S.148.
79. Özcan A ve ark. (1992) Huzurevi ve Aileleri İle Birlikte Kalan Yaşlıların Psikolojik Değerlendirmeleri. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Ankara. SHCEK Basımevi. S.264-267.
80. Akın B, Seviğ Ü (2001) Türkiye Gerontoloji Hemşireliği Eğitimi I: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(1):33-39.
81. Trimetrick JM (1997) The Impotance of Social Support Among the Elderley : Journal of Communitiy Psychology, (11):3-20.
82. Türel G (2004) Yaşlılık:Yaşlılık ve Yaşlılar İçin Sunulan Kentsel Servisler, Kalinkara V (Ed), Odak Yayınevi, Ankara, s.81-100.
83. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (2005) Yaşlılık Alanında Verilen Hizmetler. www.shcek.gov.tr.
84. Alper A (2002) Kadın ve Sağlık: Yaşam Kalitesi, www.metu.edu.tr/home/www810/thesis/t-alper.

85. Şahin H (1997) Eski Bir Kavram Yeni bir Ölçüt Yaşam Kalitesi: Toplum ve Hekim Dergisi, 12(2):12-24.
86. SF-36 Yaşam Kalitesi Web Sayfası. www.sf36.com.
87. Eski S (1999) Myokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
88. Şimşek Z (2001) Yaşam Kalitesi Ölçeğini Psikometrik Değerlendirilmesi: Toplum Ve Hekim Dergisi, 2(2):18-25.
89. Bertere C (1993) Quality of Life Adults with Acute Leukemia: Journal of Adv Nursing, 18:1346-1353.
90. Dale A (1995) A Research Study Exploring the Patients View of Quality of Life: The Case Study Method Nursing, 2:1128-1134.
91. The WHOOL Group (1996) What Quality of Life ? : World Health Forum, 17(4):354-355.
92. Meeberg GA (1993) Quality of Life a Concept Analysis: Journal of Advenced Nursing, 18:32-38.
93. Talas S (2001) Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri. III. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyum Bildiri Kitabı. Ankara. S122-124.
94. Aslan E (1999) Stres İnkontinansta Ped Testin Önemi ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
95. Erngquist CL ve ark. (1979) Can Quality of Life be Evaluated?: Hospitals, 53(22):99-100.
96. Hornquist JO (1990) Quality of Life, Concept and assesment: Scand J Soc Med, 18(1):69-79.
97. Schipper H (1990) Guidelines and Caveats for Quality of Life Measurement in Clinical Practice and Research: Oncology, 4(5):51-57.
98. Muldoon MF ve ark. (1998) What are Quality of Life Measurements Measuring?: BMJ, 316(7130):542-545.
99. Donovan K ve ark. (1989) Measuring Quality of Life in Cancer Patients: J Clin Oncol 7(7):959-968.

100. Diener E ve ark. (1997) Recent Findings on Subjectiv Well Being : İndian Journal of Clinical Psychology, 24:25-41.
101. Aral V, Yaşamda Sevgi, <http://gridergi.8k.com/felsefe/sevgi.htm>.
102. How to Use Articles About Health Related Quality of Life Measurement. www.cche.net/usersguides/life.asp.
103. Guyartt GH ve ark. (1993) Measuring Health Related Quality of Life: Ann Intern Med, 118(8):622-629.
104. Ferrans CE, Power Mj (1992) Psychometric Assesment of the Quality of Life İndex: Res Nurs, 15(1):529-538.
105. Bowling A (2001) Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales, Second Edition, Open University Pres Philadelphia, s.1824-1860.
106. Garrat A ve ark (2002) Quality of Life: BMJ, 324(7351):1417.
107. Ruta DA (2001) Developing a Valid and Reliable Measure of Health Out Come for Patients with Low Back Pain: Spine, 19(17):1887-1896.
108. Wheeler AH ve ark. (1999) Development of the Neck Pain and Disability Scale Item Analysis, Face and Criterion- related Validity: Spine, 24(13):1290-1294.
109. Buckhard C ve ark. (1991) The Fibromyalgia Impact Questionnaria, Development and Validation: The Journal of Rheumatology, 18: 728-733.
110. Meenan RF ve ark. (1980) Measuring Health Status in Arthritis, The Arthritis Impact Measurement Scales: Arthritis Rheum, 23(2):146-152.
111. Beck A ve ark. (1961) An Inventory for Measuring Depression: Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.
112. Letzner HR ve ark. (1992) The Quality of Life in the year before death: Ara J.Pub Health, 82(8):1093-1098.
113. Abrams WB ve ark. (1995) The Merck Manual of Geriatrics, Second Edition, Merck Co, Inc Whitehouse Station NJ, USA, s824-850.
114. Birtane M ve ark. (2000) Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İredelenmesi: Turkish Journal of Geriatrics, 3:(2)141-145.
115. World Health Organisation (1999) The “New” Old Age-Challenging the Myths of Aging: Report of Sixth Annual Conference of The Regions for Health Network, Katow Ice, Poland, Regional Office for Europe.

116. Brenner H, Shelly E (1998) Adding Years to Life and Life to Years, A Health Promotion Strategy for Elder People, National Council on Ageing and Older People.
117. Ebrahm S (2002) Haeth of Elderly People: Oxford Textbook of Public Health, Volüme 3, Oxford University Pres.
118. Pınar R (1997) Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi: Sendrom, 9(9):117-123.
119. Pınar R (1996) Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi: Sendrom, 8(10):109-114.
120. Tuncel S ve Ark. (1995) Astımlı Hastanın Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisi. Uluslar Arası Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir s.141-151.
121. Geraldine VP, Marcina MG (1985) Quality of Life as Cancer Nursing Out Come Variable: Advance in Nursing Science 8(1):45-60.
122. Holmes G (1989) Health Care and the Quality of Life, A Review: Journal of Advanced Nursing 14(18):833-839.
123. Mikami H, Ogihara T (1999) Quality of Life in the Pharmacologicallay Treated Elderly Patients: Nippon Roney Igalekai Zasshi, 36(3):186-190.
124. Kahi I ve ark (1991) Quality of Life a Possiple Health İndex for the Elderly: Asia Pac J Public Health, 5(3):221-227.
125. Carpiniello S ve ark (1997) Quality of Life Among Patients with Cronic Mental İlness: A Critical Examination of thr Self-Report Methodology: American Journal of Psychiatry, 154(1):99-105.
126. Canbaz S v e ark (2001) Samsun İl Merkezindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesi. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir, s.2.
127. Menotti A ve ark (2001) Prevalence of Morbidity and Multimorbidity in Elderly Male Populations and Their İmpact on 10-Year All Cause Mortality: The Fine Study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly), Jounal of Clinical Epidemiology, (54):680-686.
128. Granik R, Simson S (1987) Survey of Curriculum Consent Realted to Geriatrics in Physical Therapy Education Programs, Phys, Ther 67(2):234-237.
129. Yardımcı E ve ark (2000) Huzurevi Yaşlılarında Medikosoyal Bir Araştırma. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. s25.

130. Bostancı M, Yılmaz B (2002) Denizli Huzurevi Sürekli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezindeki Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Sorunları. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Diyarbakır, s703-708.
131. Diker ve ark (2001) 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktivitesi Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir, s.26.
132. Turpie I ve ark (1997) Health Status Assessment of the Elderly: *Pharmacoeconomics*, 12(5):533-546.
133. Öztürk A ve ark (2002) Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu: *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4):138-143.
134. Yaman H, Karadakovan A (2004) Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki: *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(4):142-148.
135. Beştepe G ve ark (2002) Afyon Huzurevi Yaşlılarında Medikososyal Bir Araştırma. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Diyarbakır, s689-702.
136. Diker ve ark (2001) Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı Ve Değirmendere Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerde, Medikal-Sosyal Göstergeler. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir, s.10.
137. Koçoğlu F ve ark (2001) Sivas İl Merkezindeki Yaşlılarda Bazı Kronik Hastalıkların Görülme Sıklığı. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir, s.13.
138. Akgün D ve ark (2004) Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Görmüş 65 Yaş ve Üstü Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunları ile Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi: *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(3):133-138.
139. Tanır F ve ark (2001) Doğanşehir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Özelliklerinin Araştırılması. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir, s.28.
140. Sünter T ve Ark (2001) Samsun İl Merkezindeki Yaşlıların Kronik Hastalıklarının ve Sürekli Kullandıkları İlaçların Dağılımı. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Eskişehir, s.39.
141. Kaya MD, Aydın N (2003) Yaşlılıkta Bilişsel Yıkım ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, 2. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. S.316-320.
142. Borgling G ve ark (2005) Self Reported Health Complaints and Their Prediction of Overall and Health Related Quality of Life Among Elderly People: *Int J. Nurs Stud*, 42(2):147-158.

143. Tseng Su-Zu, Ruey H (2000) Quality of Life and related Faktors Among Elderly Nursing Home Residients in Southern Taiwan: Public Health Nursing, 18(5):304-311.
144. Azak A ve ark (2004) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, s.22.
145. Ulusel B ve ark (2004) Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri: Turkish Journal of Geriatrics, 7(4):199-205.
146. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
147. Akın A (2003) Toplumsal Cinsiyet ve Kadın: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
148. Roysten E, Amostrong S (1989) Preventing Maternal Death, WHO Geneva.
149. Yıldız A (1991) Toplumda Kadının Sorunları: Hemşirelik Bülteni, 9(35):45-51.
150. Akın A. (2004) Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
151. Akın A ve ark (1999) Türkiye’de Kadının Statüsü ve Doğum Öncesi – Doğum-Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır, s.210-213.
152. Bilgel N (1997) Dünyada ve Türkiye’de Kadınların Durumuna Genel Bir Bakış, www.kssgm.gov.tr
153. Baser M (1998) Dünya Kadınlarının Durumu: Türk Hemşireler Dergisi, 45(5):28-32.
154. Bilgel N (2004) Tarihsel Süreçte Dünyada Kadınların Durumu, www.kssgm.gov.tr
155. Ho Kwee H ve ark (2003) What Determines the Life Satisfaction of The Elderly? Comperative Study of Residential Care Home and Community in Japon: Geriatrics and Gerontology International, (3):79-85.
156. İnal S ve ark (2001) Yaşlıların Fiziksel Kapasitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi: Turkish Journal of Geriatrics,6(3):95-99.

157. Nilsson J (2004) Assessing Health –Related Quality of Life Among Older People in Rural Bangladesh: *Journal of Transcultural Nursing*, 15(4):298-307.
158. Yaşlı Sağlığı TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ağustos, s.714.
159. Sağlıkta Dönüşüm Projesi, www.Worldbank.org
160. Sosyal Hizmet ve İnsan Hakları Kalkınma Projesi, www.shudernegi.org
161. Saatli G, Eser E (2004) 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, s.30.
162. Kerem M ve ark (2001) Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi: *Turkish Journal of Geriatrics*, 4(3):106-112.
163. Xavier FM ve ark (2003) Elderly Peoples Definition of Quality of Life: *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1):31-39.
164. Houx PJ, Jolles J (1993) Age Related Decline of Psychomotor Speed Effects of Age Brain Health Sex and Education: *Perc.Motor Skills*, (46):195-211.
165. Koenig H ve ark (1992) Religious Coping and Depression Among Elderly Hospitalized Medically Ill Men: *Am J. Psychiatry* (149):1693-1700.
166. Desrosiers J ve ark (1999), Age Related Changes in Upper Exremity Performance of Elderly Peopla Longitudinal Study: *Exp Gerontol*, 34(3):393-405.
167. Gökbel H. (2004) Egzersiz Fizyolojisi. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N (eds). *Tıbbi Rehabilitasyon*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, s.477-490.
168. Dünya Sağlık Örgütü www.who.org
169. Steppen L, Castel S (1984) Effect of Exercise on Balance Stregth and Reaction Time in Older People : *Journal of Physiotherapy*, 40(2):83-88.
170. Wagstaff P, Coakleu D (1988) *Physiothrapy and Elderly Patient*. Croom Holm LTD, London, s:1-80.
171. Levendoğlu F ve ark (2004) Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Disabilite, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(4):195-198.
172. Sivri A (1991) Osteopoz Yaklaşım Tanı ve Tedavi: *Romotoloji&Tibbi Rehabilitasyon Dergisi*, 2(3):191-199.
173. David N, Shulamith K (2001) Pain and Quality of life: *Pain Practice*, 1(2):150.

174. Jaracz K, Kozubski W (2003) Quality of Life in Stroke Patients: Acta Neurologia Scandinavia, 107(5):324.

175. Havlucu Y ve ark (2004) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, s35.

176. Dönmez L ve Ark (1996) Antalya Kent Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Sorunları ve Günlük Yaşam Aktiviteleri: Aile ve Toplum Dergisi, Nisan-Haziran, s43-49.

Ek1 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERE YÖNELİK SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- 1. Cinsiyetiniz:** 1-) Kadın 2-) Erkek
- 2. Medeni durumunuz:** 1-) Bekar 2-) Evli 3-) Dul 4-) Boşanmış
- 3. Eğitim durumunuz:** 1-) Okur yazar değil 2-) Okur yazar
3-) İlkokul 4-) Orta 5-) Lise 6-) Üniversite
- 4. Mesleğiniz**.....
- 5. Herhangi bir kurumdan emekli oldunuz mu?**
1-) Evet 2-) Hayır
Evet ise kaç yıldır.....
- 6. Sosyal güvenceniz:** 1-) SSK 2-) Yeşil Kart 3-) Bağkur
4-) Emekli sandığı 5) Yok 6-) Diğer.....
- 7. Gelir durumunuz:** 1-) Kötü 2-) İyi 3-) Orta 4-) Çok iyi
(Bireyin kendi ifadesine göre)
- 8. Hangi mahallede oturuyorsunuz?**.....
- 9. Bu mahallede ne kadar süredir yaşıyorsunuz?**
1-) 0- 5 yıl 2-) 6- 10 yıl 3-) 11- 15 yıl 4-) 16 yıldan fazla
- 10. Aile tipiniz nedir?** 1-) Çekirdek aile 2-) Geniş aile
- 11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?** 1-) Yalnız 2-) Eşim ile 3-) Çocuklarım ile
4-) Akrabalarım ile 5-) Diğer.....
- 12. Çocuklarınız var mı?**
1-) Evet 2-) Hayır
Evet ise sayısı.....
- 13. Konut tipiniz?** 1-) Müstakil 2-) Apartman dairesi
- 14. Kaldığınız ev kime ait?** 1-) Kendisinin 2-) Kira 3-) Çocuklarının
4-) Eşinin 5-) Akrabalarının 6-) Diğer.....
- 15. Komşularınız ile olan ilişkilerinizi nasıl nitelersiniz?**
1-) Kötü 2-) Orta 3-) İyi 4-) Çok iyi

16. Günlük yaptığınız işler nelerdir?

17. Boş zamanlarınızda neler yaparsınız?

- 1-) El işi 2-) Kitap/Gazete okuma 3-) Yürüyüş 4-) Radyo/Tv dinleme/izleme
5-) İbadet 6-) Oyun 7-)Toplantı- sohbet 8-) Diğer.....

18. Herhangi bir protez kullanıyor musunuz?

- 1-) Kullanmıyorum 2-) Gözlük 3-) Takma diş 4-) Baston
5-) İşitme cihazı 6-) Diğer.....

19. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1-) Evet 2-) Hayır
Evet ise, günde kaç adet.....

20. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1-) Evet 2-) Hayır
Evet ise, miktarı.....

21. Şu anda herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

- 1-) Evet 2-) Hayır
Evet ise, nedir?.....

22. Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?

- 1-) Evet 2-) Hayır
Evet ise, nedir?
1-) Kardio-vasküler S. 2-) Solunum S. 3-) Sinir S. 4-) Kas-iskelet 5-) Diğer...

23. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?.....

- 1-) Evet 2-) Hayır

1. Genel olarak sağlığını:

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZ**3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınıza, aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz.)****AKTİVİTELERİNİZ**

Evet çok Engelliyor Evet biraz Engelliyor Hayır hiç Engellemiyor

a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <u>büyük çaba gerektiren</u> aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi <u>orta/hafif</u> aktivitelerde	1	2	3
c. Paket ve çanta taşırken	1	2	3
d. <u>Birkaç</u> merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. <u>Bir kilometreden fazla</u> yol yürürken	1	2	3
h. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
i. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan</u> daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?</u>	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (Örneğin sinirli ve stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan</u> daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşleriniz veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <u>daha az dikkatli mi yaptınız?</u>	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakam işaretleyiniz.)

a. Pek etkilemedi	1
b. Çok az	2
c. Orta	3
d. Oldukça	4
e. Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakam işaretleyiniz.)

Hiç	1
Çok Hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, çektiğiniz ağrı normal işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakam işaretleyiniz.)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alınız.

GEÇEN AY BOYUNCA

NE KADAR SÜRE

	Her Zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5