

**T.C**  
**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİ GELİŞTİRME**

**Havva KAÇAN SOFTA**

**DOKTORA TEZİ**



**İSTANBUL, 2014**

**T.C**  
**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİ GELİŞTİRME**

**Havva KAÇAN SOFTA**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL**

**DOKTORA TEZİ**

**İSTANBUL, 2014**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdiki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Havva KAÇAN SOFTA

# İÇİNDEKİLER

1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	9
4.1. YAŞLILIK .....	9
4.1.1. Yaşlılığın Tanımı .....	9
4.1.2. Yaşlılık Demografisi .....	10
4.1.3. Yaşlılığın Sınıflandırılması .....	12
4.1.4. YAŞLILIK İLE İLGİLİ KURAMLAR .....	13
4.1.4.1. Toplumsal Yaşlanma Kuramları .....	14
4.1.4.2. Psikolojik Yaşlanma Kuramları .....	15
4.1.5. YAŞLILIKTA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR .....	16
4.1.5.1. Fiziksel Değişiklikler ve Sorunlar .....	16
4.1.5.2. Psikolojik Değişiklikler ve Sorunlar .....	18
4.1.5.3. Toplumsal Değişiklikler ve Sorunlar .....	21
4.2. SAĞLIKLI YAŞLANMA .....	22
4.2.1. SAĞLIKLI YAŞLANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....	29
4.2.1.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme .....	32
4.2.1.2. Sigara ve Alkol Kullanımı .....	34
4.2.1.3. Sosyal Yaşam Aktiviteleri ve Sosyal Destek .....	36
4.2.1.4. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite .....	39
4.2.1.5. Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri .....	41
4.2.1.6. Sağlık Sorumluluğunu Alma .....	43
4.2.1.7. Kişilerarası Destek Alma .....	44

4.2.1.8. Kendini Tanıma – Var Olma.....	45
4.3. SAĞLIKLI YAŞLANMA VE HEMŞİRELİK.....	47
4.4. YAŞLI BAKIMI.....	49
4.5. TÜRKİYE’DE YAŞLILARA SUNULAN HİZMETLER.....	54
4.5.1. Rehabilitasyon.....	56
4.5.2. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi.....	60
4.5.3. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Üstlendiği Rol.....	62
4.5.4. Sosyal Hizmetler.....	63
4.6. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAŞLANMA.....	64
4.7. MODEL VE TEORİ GELİŞTİRME SÜRECİ.....	65
4.7.1. Kavramsal Model ve Hemşirelik Analizi.....	79
4.7.2. Hemşirelik Modellerinin Analizi İçin Rehber.....	82
5. MATERYAL VE YÖNTEM .....	84
5.1. ARAŞTIRMA AMACI VE NİTELİĞİ.....	84
5.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	84
5.3. ARAŞTIRMA TASARIMI.....	85
5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	85
5.5. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR.....	85
5.6. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	86
5.7. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	87
5.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	91
5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	97
6. BULGULAR.....	99
6.1. EVDE VE HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA AİT TANITICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI.....	99

6.2. YAŞLILARIN SAĞLIKLI YAŞLANMA DURUMLARINA GÖRE ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI.....	102
6.3. SAĞLIKLI YAŞLANMA MODELİNDE ETKİLİ OLAN DEĞİŞKENLERE AİT BULGULARIN DAĞILIMI.....	115
7. TARTIŞMA.....	117
7.1. SAĞLIKLI YAŞLANMA DURUMLARINI ETKİLEYEN SOSYO- DEMOGRAFİK, FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYO-KÜLTÜREL BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN UNİVARIATE ANALİZ SONUCUNDA ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	117
7.2. SAĞLIKLI YAŞLANMA DURUMLARINI ETKİLEYEN FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYO-KÜLTÜREL BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERDEN, SAĞLIKLI YAŞLANMAYI ETKİLEYEN LOGİSTİK REĞRESYON ANALİZ SONUCUNDA ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	160
8. SONUÇ.....	163
8. 1.ÖNERİLER.....	167
8.2.SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİ GELİŞTİRME (SYBM).....	169
9.TEŞEKKÜR.....	191
10.KAYNAKLAR.....	192
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ADNKS</b>	: Türkiye İstatistik Kurumunun 2008 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>CDC</b>	: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi
<b>ÇBASÖ</b>	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
<b>GDÖ</b>	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
<b>SHÇEK</b>	: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>KAH</b>	: Kroner Arter Hastalığı
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>SYBDÖ</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>SBÖ</b>	: Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>YDÖ</b>	: Yaşam Doyumu Ölçeği
<b>WPA</b>	: Dünya Psikiyatri Birliği

T.C.İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 20.06.2013 tarih /08-60 karar numarası ile onaylanmıştır.

**Araştırma Projesi No:** HEM-D/154213

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil-I:	Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Dağılımı	100
Şekil-II:	Univarite Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Etkileyen Faktörler	174
Şekil III:	Univarite Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Etkileyen Faktörlerin Tek Tek Gösterimi	175
Şekil III-a:	Logistik regresyon (Forward-LR) Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Artıran Değişkenler	183
Şekil III-b:	Logistik regresyon (Forward-LR) Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Azaltan Değişkenler	184
Şekil III-c:	Sağlıklı Yaşlanma Modelinde Etkili Olan Değişkenler	185
Şekil V:	Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modelinin Gösterimi KAÇAN tarafından geliştirilmiştir.	186



## TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
<b>Tablo 5.8.1:</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Kesme Noktasına Göre Uygulama Sayısının Dağılımı	95
<b>Tablo 5.8.2:</b>	Araştırma Kapsamındaki Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Dağılımı	96
<b>Tablo 6.1.1:</b>	Araştırma Kapsamındaki Yaşlı Bireylerin Dağılımı	99
<b>Tablo 6.1.2:</b>	Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	100
<b>Tablo 6.2.1:</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	102
<b>Tablo 6.2.2:</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Fiziksel Değişkenlerin Dağılımı	104
<b>Tablo 6.2.3</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri Puan Ortalamasına Göre Dağılımları	107
<b>Tablo 6.2.4:</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Psikolojik Değişkenlerin Dağılımları	107
<b>Tablo 6.2.5:</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Sıkıntılı Zamanlarda Rahatlamada Kullandıkları Değişkenlerin Dağılımları	109
<b>Tablo 6.2.6:</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerin Dağılımı	110
<b>Tablo 6.2.7:</b>	Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Yaptıkları Sosyal ve Kültürel Faaliyetlerin Dağılımı	112
<b>Tablo 6.3.1:</b>	Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modelinde Etkili Olan Değişkenler-Multivariate Analizi	115

## 1. ÖZET

Bu çalışma sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirmek amacıyla tanımlayıcı, analitik ve retrospektif olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Araştırma Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezleri, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı Çankırı İsmail Özdemir Huzurevi ve Karabük Yücel Huzurevinde yapılmış olup, örnekleme 420 yaşlıdan oluşmaktadır. Huzurevinde kalan yaşlılar ile aile sağlığı merkezine başvuran 65 ve üstü yaşlıların sosyo-demografik özellikleri, fiziksel değişken, psikolojik değişken ve sosyo-kültürel değişkene yönelik hazırlanan sorularla bağımlı değişken olan sağlıklı yaşlanma arasındaki ilişki incelendi. Veriler araştırmacı tarafından Yaşlı Tanıtım Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, (SYBDÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASÖ), Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği (Ways of Coping Inventory-WCI), Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde ve ortalama değerler ile niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare ve Fisher Exact testi kullanıldı. Univariate analizlerde anlamlı çıkan risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için Lojistik regresyon analizi kullanıldı. Lojistik regresyon analizinde Forward LR metodu ile değişkenler seçildi ve ilk kategoriler referans olarak alınarak risk oranları (Odds ratio) hesaplandı. Sonuçta değişkenler tek tek değil, birlikte anlam kazanmaktadır. Bu nedenle depresyon düzeyinin düşük olması, stresle baş etme düzeyinin yüksek olması, arkadaş ziyareti yapma, düzenli yürüyüş yapma, bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye zaman zaman ihtiyaç duyma, günün belli saatlerinde uyuma, çalışma durumu, yeterli gelir düzeyine sahip olma, sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ait uygulamanın olmaması ve günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yapan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma tespit edildi. Elde edilen sonuçlar ve literatür bilgisi ışığında, Model bütüncül yaklaşıma temellendirildi. Araştırma sonunda Türk toplumunun kültürel yapısına uygun Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli geliştirildi.

**Anahtar Kelime:** Yaşlılık, sağlıklı yaşlanma, huzurevi, aile sağlığı merkezleri, sağlıklı yaşlanma bakım modeli, hemşirelik

## **2. SUMMARY**

### **DEVELOPING A HEALTHY CARE MODEL FOR AGING**

This study has been carried out to define and develop a healthy model for caring the elderly people and it has been analytically as well as retrospectively planned. The research has been performed at Family Health Centres of Kastamonu Directorate of Public Health, Çankırı İsmail Özdemir Nursing Home and Karabük Yücel Nursing Home bounded to Provincial Directorate of Family and Social Policies and the sampling has been realised through 420 elderly people. The socio-demographic characteristics of the people who are 65 years old and over residing at the nursing home and having applied to the family health centre have been analysed with questions about physical variants, psychological variants and socio-cultural variants along with the relation with the dependent variant, getting old healthily. The data has been gathered by the researcher through Elderly Identification Form, Healthy Life Style Scale (HLSS), Geriatric Depression Scale (GDS), Life Satisfaction Scale (LSS), Social Support Scale of Multiple Dimensions (SSSMD), Scale for Ways of Coping Inventory (WCI), and Daily Life Activities Scale (DLAS). In the assessment of the data, Pearson Chi-Square and Fisher Exact tests are used to compare the frequency, percentage and average rates and qualitative data. Logistic regression analysis is used to examine the significant risk factors discovered in the Univariate analyses. In the logistic regression analysis, variants are chosen with Forward LR method and risk rates (Odds ratio) are calculated referring to the first categories. As a result, the variants are meaningful altogether, not one by one. Accordingly, the elderly people who prove to have an efficient level in the categories of low level of depression, high level of coping with stress, visiting the friends, going for a walk regularly, being sometimes in need of scientific, technical and cultural knowledge, sleeping in certain hours of the day, working, having sufficient amount of income and having insufficient cultural practices carried out for health and daily life activities have been defined to be getting old more healthily. In the light of the gathered results and the literature knowledge, the study is based on Model Holistic Approach. As a result of the study, a Model for Healthy Aging and Care has been developed appropriate for Turkish cultural framework.

**Key words:** Aging, healthy aging, nursing home, family health centres, model for healthy aging and care, nursing

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere dünyada sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların kontrolündeki ilerlemeler, sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin artmasıyla sağlık hizmetleri de değişebilmektedir (1, 2). Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması, sosyal koşulların düzelmesi, sağlık hizmetlerinin daha yaygın bir şekilde toplumun her kesimine ulaştırılması, beslenme alışkanlığının olumlu yönde gelişmesi gibi faktörler ölüm hızını azaltmıştır (1). Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler de doğurganlık ve bebek ölüm hızını azaltmıştır. Bütün bunların sonucunda, doğuştan beklenen yaşam süresi artmış, insan ömrü uzamıştır. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte toplumda 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (1, 2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998 yılı raporuna göre, 1998 yılı itibari ile 390 milyon olan 65 yaş üstü nüfusun, 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun %10'unu oluşturacağı bildirilmiştir (4). Dünya genelinde; doğumdan beklenen yaşam süresinin 1955 yılında 48 yıl olduğu, 1975 yılında 59, 1995 yılında 65'e yükseldiği ve 2025 yılında 73'e ulaşacağı bildirilmiştir (1, 5, 6, 7, 8, 9). Ülkemizde 2000 nüfus sayımında toplam nüfus 67.803.927 olarak bulunmuştur. 65 yaş üzerindeki bireylerin genel nüfusa oranı %7 olup, 2000 yılında Türkiye nüfusu için ortalama yaşam beklentisi de erkekler için 65,8 yıl, kadınlar için 70,4 yıl, ortalama 68 yıl olarak saptanmıştır (6, 10). 2010 yılında toplam nüfus ise, 73.722.998 65 yaş üzerindeki bireylerin genel nüfusa oranı ise % 7,2'dir. Bu projeksiyonlar ışığında dünyadaki yaşlı nüfusun artışına paralel olarak, ülkemizde yaşlı nüfusun artış gösterdiği görülmektedir (1, 5, 9, 11). Ülkemizde bugün 69 yıl olan insan yaşamının 2045–2050 yılları arasında 78,5 yıl olacağı, bugün için toplam nüfusa oranı %8,9 olan yaşlı nüfus oranının 2050 yılında %25'e yaklaşacağı ve bu oranın gittikçe artan oranlarda olduğu göz önünde bulundurulursa artan ve toplumun önemli bir bölümünü oluşturan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin yüksek bir biçimde sürdürülmesinin sağlanabilmesi için bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine olan gereksinim artmaktadır (6, 8, 9, 12). Bu epidemiyolojik saptamalar, yaşlılık çağı sorunlarının toplumsal

boyutunun giderek arttığını vurgulamakta ve sorunun ekonomik, sosyal, kültürel, biyolojik, psikolojik bir bütünlük içinde ele alınması, bu doğrultuda çözüm üretilmesi gereğine işaret etmektedir (3, 5, 13, 14). Yaşam süresinin uzaması sağlıklı ve aktif kalmanın önemini ortaya koymaktadır.

Türkiye artık nüfusun doğurganlığın yüksek oranlarda olduğu ve ölümlülük hızlarına sahip genç bir nüfus olmaktan çıkarak, düşük doğurganlık oranı ve ölümlülük hızlarına sahip ve gittikçe yaşlanan bir nüfusun özelliklerini kazanmaktadır (15). Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımıyla 21. yüzyılın dünyadaki beklentilerine paralel olarak Türkiye’de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir (15, 16). Bugün üçgen biçiminde olan nüfus piramidi gelişmiş ülkelerde silindir şekline dönüşmeye başlamıştır. Nüfus piramidindeki bu değişiklik dikkate alındığında gelişmiş ülkeler boyutunda olmasa da ülkemizde de gelecekte yaşlılık sorunlarının öncelikli sorunlar arasında yer alacağı söylenmektedir (1, 15). Bu durumda yaşlılığın ülkemizde de yalnızca kişileri ilgilendiren bir sorun olmaktan çıkıp toplumsal bir sorun haline geleceği söylenebilir (13). Bu nedenle yaşlıların topluma kazandırılmalarını ve mutlu olmalarını sağlamak herkesin görevi olmalıdır (5). Bu durum bize, insanın ileri yaşlarında da sağlıklı kalması konusunu gündeme getirmiştir. O halde insanın 60-65-75, hatta 85 yaşından sonra da fiziksel ve mental yönden bağımsızlığın uzun süre sürdürülmesi için çalışılmalıdır (17). İnsanın yaşlanmasını önlemek mümkün değildir. Bu süreç tamamlanacaktır, ancak sürecin hızlı veya yavaş gerçekleşmesinde bazı etkenler rol oynamaktadır. Daha önce yaşanan çevre, yaşam koşulları, alışkanlıklar, geçirilen hastalıklar sürecin hızında önemli rol oynamaktadır (18). İşte bu nedenlerden dolayı yaşlanmayı yavaşlatmak elimizdedir. Yani kişiyi daha uzun süre bağımsız kılmak mümkündür (17).

Nüfusun yaşlanması küresel bir olgudur. Tüm dünya ülkelerinde gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde demografik değişimler farklı boyutlarda yaşanmaktadır (7, 16). Gelişmiş olan ülkeler yaşlanma olgusunu şimdiden yaşarken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlanma olgusunu gelecekte daha fazla hissedecekleri yadsınamaz. Nüfusun yaşlanması sonucu çalışabilecek yaştaki nüfusun azalması ekonomide işgücünün kıt bir üretim faktörü haline gelmesine neden olmaktadır (13). Yaşlı nüfusun artması aynı zamanda bağımlılığı

da arttırmaktadır. Çünkü toplumların hazırlıklı olmadıkları ekonomik, sosyal ve sağlık sorunları ile yaşlılık dönemi ve problemleri ile karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır (16).

Yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığının, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (2, 6). 20.yüzyılın başından itibaren, endüstrileşme süreci ve teknolojik gelişmeler, kırsal kesimden kentlere nüfus akımını başlatmıştır. Bu nüfus akımı aile yapısını ve toplumu etkilemiştir (13). Bu etkileşim sonucunda, toplumdaki geniş aile tipinin yerini çekirdek aile almıştır. Çocukların evden ayrılmaları, geride kalan yaşlı ebeveynleri yalnız ve sorunları çözmeye yetersiz bırakmaktadır. Bu durum da yaşlı birey, kendini çaresiz, desteksiz ve yalnız hissedebilmektedir (3). Yine yaşlılık evresinde yaşanan ekonomik problemler, emeklilik, yakınların kaybı, sosyal rollerde azalma gibi olaylar, değişim sonrası oluşan yeni duruma adaptasyon gerektirir (19). Adaptasyon sağlanamadığında; uyum problemleri, umutsuzluk, uyku bozuklukları, depresyon, sinirlilik ve kaygı gibi çeşitli psikolojik sorunlar görülebilir (4, 19,20, 21).

Yaşlanma ile birlikte fizyolojik olarak doku ve organlarda gerilemeler, beden fonksiyonlarında yetersizlikler ortaya çıkmaktadır (4, 11, 22, 23). Kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, hematopoetik, endokrin, kas-iskelet, sinir sisteminde ve deride değişiklikler, görme ve işitme duyularında azalma olur (4, 5, 6, 7, 24). Bunların sonucunda bireyler hareket, görme, işitme, algılama gibi birçok işlevlerini yerine getirmede zorlanırlar (4, 2, 13, 14, 16, 25, 26). Yaşlanma süreci ile birlikte bedensel ve sosyal yönden ortaya çıkan bu değişiklikler ve sorunlar psikolojik sorunları da beraberinde getirir (27). Yaşlının kişilik yapısı, toplumun yaşlıyı ve yaşlının kendini algılaması ile bağlantılı olarak gelişen psikolojik sorunlar, genel olarak kayıplar, keder, emeklilik, çocukların evden ayrılması, sosyal rollerde azalma, yas tutma ve ölüm kavramı ile bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır (16, 18, 20, 21, 25).

Ülkemizde yaşlıların karşılaştığı sorunlar göz önüne alındığında, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik refahın sağlanmasına yönelik çalışmaların ne denli önemli olduğu açıkça görülmektedir (25, 28). Yaşlıların refahının sağlanmasında “yaşam kalitesinin iyileştirilmesi” geniş kapsamlı bir yaklaşım olarak dikkati çekmektedir (14). İnsanların yaşamlarına yıl katmak amaç değil, yıllarına yaşam kalitesi katmak amaç olmalıdır (29). Bu durum ancak birey yaşlanmadan yaşamına anlam katması öğretilerek gerçekleştirilebilir Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel gerilemeler oluşabilir, ancak yaşlılık tamamen bir gerileme dönemi değildir. İnsan her yaşta aynı insandır. Ancak, her yaşın gerektirdiği sürece göre fiziksel, sosyal ve duygusal durumu değişmiştir (5). Bilinmesi gereken en önemli ilke, yaşlı bireylerin bağımlı, tüketici konumuna girmelerini engellemek, güçleri, eğilimleri ve potansiyelleri doğrultusunda yaşamlarını mutlaka aktif olarak sürdürmelerini desteklemektir (30). Yaşlanmadan önce her bireyin boş vakitten zevk alma ve uygun uğraşlarla değerlendirme, genç kuşakla gelişmiş ilişkiler kurabilme, fiziksel sağlık, emeklilik ve sevilenlerin kaybına ilişkin değişimleri düzenleme, yaşlı grupla bağları geliştirme, yeni sosyal roller alma ve yaşamını haz verici şekilde düzenlenmesi gerekmektedir (5, 7, 17, 31).

Yaşlı nüfusun hızla artması ile uzun yaşamın getirdiği yalnızlık, yoksulluk, özürlülük, kronik hastalıklar, bakım ve destek gereksinimi; sağlığın bozulması ve bağımlılığın artması evde bakımda güçlükler yaşanmasına, diğer aile bireylerinde özellikle, gençlerde psiko fizyolojik sorunların yaşanmasına ve buna ek olarak da, sağlık bakım harcamalarının artması ile ailede ekonomik sorunlara neden olması yaşlı sorunları ve yaşlılık hizmetlerinin tüm yönleri ile ele alınmasını gündeme getirmiştir (11, 16, 21, 29). Yine yaşlılarda yapılan araştırma sonuçlarına göre en yaygın stresörler; kayıplar (sevilen kişinin, sağlığın kaybı, statü, rol ve çevre kaybı), yalnızlık (kayıplara ve depresyon gibi psikiyatrik durumlara bağlı gelişen durum), durumsal krizler (hastalık, emeklilik, fakirlik ve ölüm gibi), sağlık sorunları (kronik hastalıklar), ve stresle başa çıkmada bilişsel, işlevsel ve motor beceri ve yetilerde bozulmaya bağlı zorlanma olarak sıralanabilir (2, 6, 16, 19, 21). Yaşlılardaki fiziksel sorunlar beraberinde psikolojik sorunları doğurmakta ve bu kısır döngü devam etmektedir. Bu nedenle yaşlı bireyin hemşirelik bakım hizmetleri; hemşirenin bakım verici, danışmanlık,

liderlik, araştırmacı rollerini yoğun olarak profesyonelce kullanabilmesi önem taşımaktadır (27, 29, 32, 33, 34). Hemşire yaşlı bireylere sağlığı geliştirici davranışları öğreterek yaşam kalitelerini değiştirebilir ve gelecekte sağlıklı ve aktif yaşamalarını sağlayabilir. Sağlıklı yaşlanma ömür boyu devam eden bir süreç olduğundan hemşireler, sağlık açısından risk grubuna giren yaşlı bireyleri ve sorunlarını iyi tanımalı, bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurmalıdırlar. Bu durum, yaşlı bireye uygun hemşirelik işlev ve yaklaşımların belirlenmesinde önemli rol oynar (17, 33, 34). Böylece, yaşlı bireyle çalışan hemşire sağlıklı yaşlanmanın üç boyutu olan; duygusal sorunlarıyla baş edebilmesinde, fiziksel bakımını yapabilmesinde, kendi kendine yetebilmesinde ve yetersizlikleri ile yaşayabilmesinde etkin olur. Sağlıklı yaşlanma ile ilgili kavram ve bilgileri araştırılarak hemşirelik bilimsel bilgi içeriği artırılarak eğitim ve uygulamalar desteklenebilir. Sağlıklı yaşlanma konusunda toplum eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi, yaşlanmayı hızlandıran faktörlerin kaçınılması konusunun gündemde tutulması ve yaşlılığa yönelik psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden bütüncül bakış açısıyla ele alarak hizmetlerin planlanması gerekmektedir. Bu hizmetlerin gereksinimleri karşılayacak şekilde planlanabilmesi için bu alanda hizmet veren hemşirelerin ve diğer profesyonellerin yaşlıların sorunlarını tanınmasında ve sağlıklı yaşlanmanın sürdürülmesinde yardımcı olacak profesyonel bir bakım modeline ihtiyaç vardır.

Ülkemizde bu alana yönelik geliştirilmiş bir model çalışması yoktur. Ayrıca hemşireliğin geldiği ve getirilmek istenen nokta, ülkemizin sağlık sistemi, sağlık sorunları, kültürel özellikleri düşünüldüğünde geliştirilmiş modelleri test etmenin ötesinde kendi kültürümüze uygun modellerimizi geliştirmek bir zorunluluk olmuştur. Ayrıca Türkiye’de yetkililerin sağlıklı bir yaşlılık politikası üretebilmesi için yaşlılık konusunda yapılacak bilimsel araştırmalara ihtiyaçları artmaktadır. İşte bu ihtiyaı giderebilecek olan en önemli meslek grubu da hemşirelerdir. Hemşire akademisyenler bu konuya önem vermiş olsalar da yapılan çalışmaların yeterli olduğu söylenemez.

Bu araştırmanın amacı; ülkemiz insanının sağlıklı yaşlanıp, yaşlanamadığının araştırılması bunun neden ve sonuçlarının saptanması sonrasında ise kültürel yapıya ve gereksinimlere uygun sağlıklı yaşlanma bakım



modelinin geliştirilmesidir. Elde edilen sonuçlar ve modelin uygulamaya konması ise geleceğe yönelik olarak insanımızın sağlıklı yaşlanmasına, dolayısıyla toplumda psiko-sosyo-ekonomik yönden bir rahatlama neden olabilecek ve dünya’da gelişmiş ülkelerin standartlarına ulaşmayı sağlayacaktır.

Dolayısıyla bu araştırma, sağlıklı yaşlanma durumlarının araştırılması ile ülkemizde ilk kez geliştirilecek olan sağlıklı yaşlanma bakım modelinin önce yaşlının kendisine, ailesine, gençlere, ülke ekonomisine ve yaşlıya hizmet veren başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına ve toplum refahına katkı sağlayacağına inanmaktayız.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. YAŞLILIK

#### 4.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlanma tek boyutlu bir süreç değildir. Bu nedenle yaşlanma tanımı da değişik açılardan yapılmaktadır. Yaşlılık kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreç olup, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesidir. Bir başka tanımla yaşlılık fizyolojik bir olgu olup, kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybetmeleridir (1, 2, 7). Yaşlılık insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, ölümden önce yaşanan ve kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği bir dönem olup genellikle kronolojik bir kavram olarak ele alınır (2). Yaşlanma; her canlıda görülebilen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen, evrensel ve hayat boyu devam eden bir süreçtir. İnsan organizması bu döngünün her aşamasında farklılaşarak değişik özellikler gösterir. Bireyin yaşlanması biyolojik, ekonomik, psikolojik ve sosyal boyutlar içinde etkileşen karmaşık bir olaydır (3, 4, 5, 8).

Bazı yazarlar, sabit ve durağan bir yaşam dönemini çağrıştıran “yaşlılık” terimi yerine normal bir ömrün sürekliliğini ve değişimini anlatan “yaşlanma” terimini kullanmayı tercih etmektedirler (6).

Tufan’a göre (2003) “bedensel yaşlanma, ana rahminde başlar son nefese kadar sürer. Biyolojik açıdan bu bir gerilemedir. Fizyolojik kayıpların yarattığı bu gerileme bir gün ölümlerle noktalanır (7).

Akın’a göre (2000) yaşlanma, “her organizmanın bir özelliğidir. Organizmanın genetik yapısı ve çevrenin etkileşimi ile ortaya çıkan ve organizmanın yapı ve fonksiyonlarında gerilemelere yol açan etmenler sonucu” oluşur (8). Genel olarak yaşlanma, “organizmanın zaman içinde aşama aşama dış uyarıcılara yeterince uyum göstermemesi ve karşılık vermemesidir. Organizmanın iç ve dış uyarıcılara uygun tepkiler göstermemesi sonucunda ortaya çıkan sürekli artan kapasitesizleşme sürecidir (7, 8).

Yaşlılık sözcüğü yaşam sürecinin geç dönemindeki gelişmenin devamını ve bireydeki değişimleri anlatmakta olup, yaşam konusunda kültürel, ekonomik ve çevresel faktörlerin neden olduğu kayıpların görüldüğü bir dönemdir (10). Yaşlılık; özürüllüğün artması ve başkalarına daha fazla bağımlı değildir. Bir başka tanımda zamana bağlı olarak bireyin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ve organizmanın iç ve dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması, ölüm olasılığının yükselmesidir (11, 12).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre ise; yaşlılık, bedenin iç ve dış uyaranlara uygun tepki göstermede giderek kapasitenin azalması olarak tanımlanmıştır (13). Yine DSÖ yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konusudur. Örneğin Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ'nün tanımı esas alınmaktadır (4, 6, 13, 14).

#### **4.1.2. Yaşlılık ile ilgili Demografik Bilgiler**

Dünyada demografik değişim süreci 1800 yıllarda yani 19. yy. da sanayi devriminin başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Sanayi devrimiyle birlikte sağlık önlemlerinin gelişmesi, daha iyi beslenme koşulları, hastalıklara karşı aşuların ve antibiyotiklerin keşfi, sağlık hizmetlerinde gelişmeler ölümleri özellikle bebek ölümlerini hızla düşürmüştür. Dünya nüfusu 1890 yıllarda 1,5 milyona ulaşırken 1987'de dünya nüfusu 5 milyarı geçmiş ve Ekim 2011'de dünya nüfusunun 7 milyara ulaştığı ilan edilmiştir. Dünya nüfusunun bu artışına rağmen, birçok ülkenin nüfus artış hızında doğurganlık oranının azalmasına bağlı olarak önemli düşüşler göstermiştir (16). 20. yy. ortalama yaşam süresinin uzaması açısından bir devrime tanıklık etmiştir. Ortalama yaşam süresi, 1950–2000 yılları arasında 20 yıl artarak 66 yıl olmuştur; 2050 yılına kadar da 10 yıl daha artması beklenmektedir. 21. yy. ilk yarısındaki bu demografik zafer ve nüfusun hızla çoğalması sonucu, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı ve 1998 yılında %10 olan yaşlı nüfus oranının, 2025

yılında %15'e çıkacağı, bu artışın daha çok gelişmekte olan ülkelerde olacağı belirtilmektedir (6, 7, 8, 12, 16). Ülkemizde 2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranı %7,5'tir (16). Yaşam süresinin uzaması başarılmıştır. Ancak aktif ve sağlıklı geçen yıllarda artış yoktur. Bu noktadan hareketle koruma girişimlerine, yaşlılarında dahil edilmesi, 2000 yılı içinde sağlık geliştirme programları arasındaki muayyen hedeflerin kapsamına alınması yaşlı insanlar arasındaki hastalık ve sakatlığı önlemek için daha fazla çaba sarfedilmesini teşvik edecektir (18).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2008 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) veri tabanına bakıldığında Türkiye nüfusunun 3.906.979'unu kadın, 3.174.742'sini erkek olmak üzere toplam 7.081.721'ini 60 yaş üstü kişilerin oluşturduğu görülmektedir. Ülkemiz nüfusunun toplam 71.517.100 olarak belirtildiği 2008 yılı veri tabanı dikkate alındığında 60 yaş üstü kişilerin toplam nüfusa oranının yaklaşık %10 olduğu görülmektedir (16).

Gelecek 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun dört kat artması ve bu artışın gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesi beklenmektedir. Bu belirgin demografik değişim, bu yüzyılın ortalarına doğru, dünya nüfusunda yaşlı ve gençlerin eşit şekilde temsil edilmesi ile sonuçlanacaktır. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye'de önem kazanması beklenmektedir. Küresel olarak, 2000 ile 2050 yılları arasında, nüfus içinde 60 yaş ve üstü kişi oranının, %10'dan %21'e yükselmesi yani iki kat artması beklenirken aynı dönemde çocuk oranının %30'dan %20'e yani üçte bir oranında düşeceği tahmin edilmektedir (16). Günümüzde bile, gelişmiş ülkelerde ve ekonomileri geçiş sürecinde olan bazı ülkelerde, yaşlı sayısı çocuk sayısını geçmiştir ve doğum hızlarının azalması nedeniyle nüfus yenilenememektedir. Bazı gelişmiş ülkelerde, 2050 yılına kadar yaşlı sayısı, çocuk sayısının iki katı olacaktır. Türkiye, 65 yaş ve üzeri nüfus dağılımının toplam nüfus içindeki dağılımı göz önüne alındığında erişkin bir toplum olarak değerlendirilir fakat eğilimler Türkiye'nin kısa bir sürede yaşlı toplum kategorisine gireceğini göstermektedir (7, 8, 11). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine baktığımızda ülkemizde de 65 yaş üstü nüfusun oran ve sayı olarak arttığını görürüz (16).

Ülkemizdeki yaşlı nüfusundaki bu artışın yanı sıra; geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kırsal alanlardan şehirlere göç, evde bakımda önemli rolü olan kadının iş hayatına katılımı, geleneksel kültür değerlerindeki değişimler yaşlıların aile yapısı içindeki eski rolünün de değişmesine ve kurum bakımına talebin artmasına neden olmuştur (19). Dolayısıyla tüm dünyada 65 yaş ve üstü nüfusun artmasıyla tüm bakım alanlarında hemşirelik uygulamaları da bu demografik değişimden etkilenmiştir (17, 27, 28).

#### **4.1.3. Yaşlılığın Sınıflandırılması**

Dünyada ve Türkiye’de doğumdan beklenen yaşam ümidi ya da doğumda yaşam beklentisi olarak bilinen, ortalama yaş değerleri günden güne artmaktadır. Çok sayıda gelişmiş ülkede 75–85 yaşları ortalama değer olarak kayıtlara geçmiştir. Bu değer, tüm olumsuz koşullara karşın son beş yıldır Türkiye’de de 70 yaşı yakalamıştır. Bu değer bilimsel anlamda, takvim yaşı olarak bilinir (9, 14, 16).

DSÖ’nün sınıflamasına göre 40–65 yaş arası orta yaş, 65–74 yaş genç yaşlılık, 75–84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü çok ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır (16). Bu sınıflandırma herkes için geçerli olmayabilir. Çünkü kişilere göre yaşam standartlarına bağlı olarak yaşlılık göstergeleri de değişmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler biyolojik yaşlılık; bu değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişiklikler fizyolojik yaşlılıktır. Kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesi duygusal yaşlılık ve aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında, toplum içindeki fonksiyonlarını devam ettirememesi ise fonksiyonel yaşlılık olarak adlandırılmaktadır (4, 10, 15).

Bir yaklaşımda, yaşlılık beş ana grupta ele alınmıştır.

1-Moleküler yaşlanma: Yaşlılık, kollajen makro moleküllerin birikimi ile oluşan intra-intermoleküler köprülerin tendon, deri ve kan damarlarının elastikiyetinde azalmaya yol açması ile olmaktadır.

2-Hücresel yaşlanma: Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir.

3-Doku ve organ yaşlanması: Bir çok organda yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres durumunda devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır.

4-Bireysel yaşlanma: Kişinin çevreye uyum yeteneğinde azalması ile birlikte giderek ölümlle sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonların bozulmasıdır.

5-Toplumsal yaşlanma: Bir toplumdaki 65 yaş üzeri nüfusu gösteren bir özelliktir (7, 9, 17, 18).

Bilimsel olarak yaşlı nüfusu ile ilgili bir sınıflama daha yapılmıştır. Takvim yaşın 65 yaş üzerinde olması göz önüne alınarak, nüfus oranları saptanmıştır. Bu saptama toplumdan topluma (ülkeden ülkeye) göre değişmektedir. Buna göre toplumlar;

1-Genç nüfuslu toplumlar; 65 yaş ve üstü nüfus oranı %4'ten düşüktür. Doğu Akdeniz ve Afrikada oranlar %2-3 oranlardadır. Özellikle de sahra üstü Afrika'da HIV/AIDS'ten sonra ortalama yaşam süresi kısalmıştır.

2-Erişken nüfuslu toplumlar; 65 yaş ve üstü nüfus %4-7 oranındadır. Güneydoğu Asya, Pasifik'teki oranlar %5-7 arasındadır.

3-Yaşlı nüfuslu toplumlar; 65 yaşın üstündekilerin oranı %10 ve ötesidir. Almanya; Avusturya, Belçika, Hollanda vb. Bazı Avrupa ülkelerinde, İskandinav ülkeleri, Rusya, Japonya, Yeni Zelanda da değerler yüksektir. Bu bilgilerin ışığında gerçek yaşımı bulmak kolay olacak, uzun ve sağlıklı yaşamı yakalayabilmek de zor olmayacaktır (9, 14).

#### **4.1.4. YAŞLILIK İLE İLGİLİ KURAMLAR**

Yaşlılık ile ilgili kuramları biyolojik etkileri ön plana çıkaranlar ile sosyal yaşam ve uyum noktasında ele alanlar şeklinde sınıflandırılmak mümkündür.

#### 4.1.4.1. Toplumsal Yaşlanma Kuramları

Toplumsal kuramların amacı; yaşlı nüfusun ve yaşlanmanın toplumsal yapıyı nasıl etkilediği ve karşıt olarak da nasıl etkilediğini incelemektedir (23).

**İlişki Kesme Kuramı:** Yaşlılık, psikolojik, fiziksel ve sosyal dünyadan yavaş yavaş çekilme sürecidir. Yaşlanma ile birlikte bireyler, bu üç boyuttaki dış dünyaya yönelttikleri dikkatlerini kendi iç dünyalarına yöneltirler. Fiziksel boyutta, bireyler etkinliklerini yavaşlatır ve enerjilerini elde tutarlar; psikolojik boyutta, dünyayla olan ilişkilerini öncelikle kendilerini ilgilendiren yaşam alanlarında odaklaştırmaya yönelirler, sonra dışarıdaki dünyaya yönelttikleri dikkatlerini kendi duygu ve düşüncelerinin iç dünyasına çevirirler. Sosyal boyutta ise, karşılıklı bir çekilme söz konusu olduğundan toplumun diğer üyeleriyle yaşlı birey arasındaki etkileşimde azalır. Böylece, rollerin ve kurulan ilişkilerin azaltılmasıyla gerçekleştirilen bu süreçte birey toplumdan geri çekilir, toplumda bireyden uzaklaşır ve yaşlılar için ilişki kesilir (24, 25).

**Rol Kaybetme Kuramı:** Bireyin gerek diğer kişilerle gerekse toplumsal kurumlarla kurduğu iletişim yoğunluğu, yaşam süresince aile içindeki pozisyonu, işi ve sosyal çevresinde oynadığı rollerin fazlalığı ile ilgilidir. Bu kurama göre bireyin bu çok yönlü iletişimi ve toplumsal rolleri yaşa bağlı olarak azalacaktır. Emeklilik ve dulluk yaşlı bireyin toplumun iş ve aile gibi temel kuramsal yapılarına katılımını sağlar (26). Yaşlı insanlar açısından değerlendirildiğinde emeklilik, kişiyi hazırlıklı veya hazırlıksız bir rol değişikliği ile karşı karşıya getirebilir. Yaşlı birey emekliliğe hazırlanmamış ise kendisini boşlukta hissetme, maddi sorunlar yaşama ve çevreyle olan iletişimini kesme veya iç dünyasına kapanma gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilir (11, 27, 29). Literatüre baktığımızda, emekli olan kişiler için, özellikle de erkekler için çalışma yaşamındaki rolünde, verimlilikte ve yetişkin hayatı boyunca merkezi bir konumda olan ilişkilerinde bir kayıp ortaya çıkar. Evde yeteri kadar bir etkinliği bulunan çalışan kadınlar için ise, emeklilik çok fazla bir zorluk çıkartmaz, hatta bir lütuf gibi görülür. Kadınlar için sorun olan kendilerinin emekli olması değil, eşlerinin emekliliğidir (12, 16, 28, 29).

**Toplumsal Değişim Kuramı:** Bu kurama göre, bireyler toplumsal ilişkilere girerler, çünkü bundan ekonomik destek, tanınma, güvenlik ve sevgi gibi bir takım ödüller çıkarırlar. Ödül etme sürecinde bireyler olumsuz yaşantılar, yorgunluk ve aşırı çaba gibi bir takım bedellerde öderler. Bu kurama göre, endüstrileşmiş toplumlarda yaşlıların daha önce

sahip oldukları becerileri teknolojik gelişmeler içinde gitgide modası geçmiş kalmakta ve bu değişimler yaşlının güvenlik, saygı, sevgi ve tanınma gibi olanakları azaltmaktadır. Yaşlıların endüstrileşmemiş ve geleneksel toplumlardaki konumu yüksektir; çünkü yaşlılar bilgi birikimini ve denetimini sağlamaktadırlar. Endüstrileşme ise geleneksel bilgi ve denetimin önemini azaltmaktadır (29). Ayrıca, yaşlı çalışanlar işte ne kadar uzun kalırsa genç çalışanların meslekte yükselmelerini o kadar engellemektedir. İnsan yaşlandıkça mücadele gücü de azalacağından genç iken bedelleri göze alan birey yaşlandıkça bu bedellerin altından kalkamaz ve ödülleri bedelleri değiş tokuş ederler.

**Damgalanma Kuramı:** Bu kuram büyük ölçüde sosyo-psikolojik bir yaklaşımla bireylerin geliştirmiş oldukları benlik, kişilik yapısı ile toplumsal ilişkiler arasındaki bağlantıdan yola çıkarak açıklamalar getirmektedir (29). Kurama göre her bir birey, kendini topluma karşı oynaması gereken bir dizi rol ve fonksiyonu yerine getirmekle yükümlü hisseder. Bireyler, toplumsal rollerine göre diğerleri tarafından nasıl etiketlendirildiklerine ve nasıl yorumlandıklarına bakarak kendi durum ve benliklerini değerlendirirler. Bu kurama göre insanların çoğu kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmek ve istenilen fonksiyonlara sahip olmak için hareket edecek ve sürekli olarak toplum tarafından nasıl değerlendirildiğini araştırmak isteyecektir. Böylece bir toplumda yaşlılar kendi sosyal gruplarının değer yargıları doğrultusunda davranışlar geliştirecek ve bu şekilde varlıklarını sürdürme yolunu benimseyeceklerdir (33, 34).

#### 4.1.4.2. Psikolojik Yaşlanma Kuramları:

Psikolojik kuramlar insan gelişiminin aşamalarını inceleyerek gerek kişilik gerekse toplumsallık açısından ortaya çıkan sonuçları genelleme amacı gütmekte ve böylece yaşlılık aşamasının da daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır.

**Psikososyal Gelişim Kuramı:** Erikson'a göre, bireyler hayatlarının son aşamasına geldiklerinde gerçekleştirecekleri görev yaşamlarını bir bütünlük ve tutarlılık halinde görmeleridir. Bu dönemdeki bireylerin yaşamlarını yaşadıkları gibi kabul etmeye, yaşamın içindeki anlamı görmeye ve mevcut şartlarda ellerinden gelenin en iyisini yaptıklarına inanmaya gereksinimleri vardır. Bu görevi başardıkları takdirde benlik bütünlüğünü geliştirebilirler. Benlik bütünlüğü; olumlu olumsuz, acı tatlı yönleri ile bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilmesidir ve yaşanmış olan geçmişin yeni baştan başka türlü



yaşanabilmesi için pişmanlıkla dolu bir özlemi yoktur. Bu durumda, geleceğin ne olacağı bellidir ve benlik bütünlüğüne ulaşmış birey, sonucu kesin belli olan gelecektekenden yani ölümden ürmez (31). Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun oluşun belirtisi, geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu, hayatı yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusudur. Benlik bütünlüğü oluşmadığı durumda birey, ölümden korkmaya ve hayatını yeniden yaşayabilme gibi istek ve özlemleri ortaya çıkabilir. Bütünlük hakim olduğunda ise birey bilgelik denilen yaşlılığın gücüne sahip olarak yaşlılığından huzur duyar ve ürettiklerinden mutlu olur (26).

**Jung'un kuramı:** Jung nadiren tamamlanmış bir kişiliğin olabileceğine inandığından yaşlıların hala kendini geliştirme çabasında görür. Ona göre her kişide tanımlayan ve uzmanlaşmaya gereksinim duyan çatışan güçler ve eğilimler vardır. Jung pek çok ilkel toplumda yaşlı insanların bilgelik kaynağı olduklarını belirtir. O'na göre, modern insan ise yaşama ilişkin belirli bir amacı ve anlayışı olmadığı için ileriye bakacağına yaşamın ilk yarısına takılıp kalmaktadır. Jung, pek çok insanın ileri yaşlara doyurulmamış isteklerle ulaştığını, ancak geriye bakmalarının da tehlikeli olduğunu ve geleceğe ilişkin bir amaç edinmeleri gerektiğini savunur (29).

## **4.1.5. YAŞLILIKTA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR**

### **4.1.5.1. Fiziksel Değişiklikler ve Sorunlar:**

Yaşlanma ile birlikte organizmada bazı temel değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler hem duyu organları ile ilgili hem de yaşamsal organlardaki değişikliklerle ilgilidir. Ancak, bireyin kalıtım yoluyla sahip olduğu değişikliklere, beslenme biçimine, çevre koşullarına ve sosyal aktivite düzeyine göre erken ya da geç başlayabilir; az ya da çok sorunlu geçebilir. Bu dönemde, fizyolojik yaşlanma sonucu kronik hastalıklara akut rahatsızlıklardan daha sık rastlanır (4, 11, 30).

Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerde; toraksın anatomik yapısı da değişir, akciğerlerde rezidüel hacim artar, solunum hacmi azalır. Dolaşım sistemi ile ilgili olarak kalp debisi azalır, damarların direnci artar ve sonuçta organların kanlanması azalır. Merkezi sinir sistemi perfüzyonunun azalması, beyin kanlanmasında gerilemeye neden olur. Görüldüğü gibi kardiyovasküler, solunum, renal, gastrointestinal, hepatik,

hematolojik, immünolojik, endokrin gibi tüm sistemlerde belirgin değişiklik ve azalmalar olur (30, 32, 33).

En sık görülen geriatrik problemler ise baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın 7 “I” sı olarak ifade edilmiştir.

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) (12, 16, 27, 30).

Yapılan çalışmalarda en yaygın sağlık sorunu olarak hipertansiyon, dolaşım bozuklukları, görme-işitme sorunları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, eklem ağrısı, romatizma, vücut ağrısı, sinirlilik ve uyku sorunu belirtilmiştir (16, 21, 24, 32, 34). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 65 yaş üzeri bireylerin %77’sinde birden fazla kronik hastalık olduğu bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki kronik hastalık sıklığının 1990 ‘da tüm hastalıkların %51’i oluşturduğu belirlenmiştir; 2020 yılına kadar bu oranın %78’e çıkacağı tahmin edilmektedir (35).

Yaş ilerledikçe, kronik hastalıkların oluşması, besin öğelerinin alınımını azaltmaktadır. Yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar nedeniyle birden ilacın kullanılması söz konusu olduğundan; ilaç yan etkileri nedeniyle besin öğelerinin emilimi ve vücutta kullanımı, olumsuz yönde etkilenmekte ve bu durum beslenme bozukluklarının oluşum hızını arttırmaktadır (30). Yaşam beklentisi yükselirken, 65 yaş ve üstü nüfusun yaşamlarını daha sağlıklı koşullarda sürdürmeleri için; sosyal güvenlik sistemlerinin varlığı ve iyi çalışması, yaşlılıkta gerekli sağlık bakımının sağlanabilmesi, yaşlılıkta yetersizlik ve özürülük oranının düşürülmesi gibi konular önem kazanmaktadır. Özellikle yaşam kalitesinin artırılması için kronik hastalık, yetersizlik ve özürülük oranlarının düşürülmesi ve geciktirilmesi gerekmektedir (6, 16, 32,36).

Keskinoğlu ve arkadaşları (2003)’nın 227, 65 ve üstü yaşlı birey üzerinde yaptıkları araştırma sonucuna göre, erkeklerin %60,7’sinin ve kadınların %71,7’sinin kronik hastalığı olduğunu, erkeklerde kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, diyabet, kronik

obstrüktif akciğer hastalıkları ve hipertansiyon prevalansının kadınlarda ise, iskelet kas sistemi hastalıkları ve hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğu saptanmıştır (24).

Stresli durumlarda en üst düzeyde olan kalp debisi ve kalp hızı giderek gerileyerek, yaşamsal organlarda ve periferdeki kan akımında azalmaya, ellerde ve ayaklarda solukluğa neden olur. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği, atrial fibrilasyon ve inme riski nedeniyle tüm yaşlılarda ciddi bir sorun olarak görülmektedir (30). Yaşla birlikte kolesterol düzeylerinin düşmesine ve kilo kaybına karşın koroner kalp hastalığı riskinin giderek arttığı; diğer taraftan inme sıklığında 65 yaş üzerinde 3 kat, 70 yaş üzerinde 4 kat artış olduğu belirtilmektedir. 60 yaş üzerinde atriyal fibrilasyon sıklığının normal popülasyondan 10 kat daha fazla olduğu, yaşlıların % 50'sinde diyastolik murmur gözlemlendiği ifade edilmektedir (24).

#### **4.1.5.2. Psikolojik Değişiklikler ve Sorunlar:**

Erikson (1982) bebeklik döneminde temel güven duygusu ne derece önemliyse yaşlılık dönemindeki benlik bütünlüğünün de o derece önemli olduğunu vurgulamıştır. Erikson'a göre insan yaşamı sekiz evreden oluşur ve her bir evre bir sonraki evreyi etkileyerek hazırlanmayı destekler. Bu süreçte bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik biyopsikososyal açıdan gelişme dönemleri olarak ele alınırken, yaşlılık dönemi gerilemelerin olduğu bir dönem olarak değerlendirilmektedir (31). Günümüzdeki bilimsel ve teknolojik gelişmeler bu gerilemeyi yavaşlatsada hastalıkların ve fizyolojik değişimlerin önüne geçilememektedir. Bununla birlikte yaşlılık dönemi aynı zamanda psikososyal açıdan hala işleyen bir süreçtir (27, 30).

Psikososyal faktörler yaşlılık dönemini olumsuz olarak etkilemektedir (33). Yaşlanma ve yaşlanma ile bedenimizin görüntüsünün değişmesi, bedenin eskimesi, organların bazı işlevlerinin bozulması sonucu olarak bir organın cerrahi olarak çıkarılması ve fiziksel görüntünün bozulması herkeste değişik psikolojik tepkilere neden olmaktadır. Bireyin kişilik özellikleri, kalıtım, aile bağları, kültürel özellikleri, geçirmiş olduğu yaşam deneyimleri, stres karşısındaki başatma ve savunma özellikleri, çevresi ile olan ilişkileri yaşlanmada ruh sağlığını etkileyen önemli faktörlerdendir (33, 37). Bu tür yaşam olayları, değişim sonrası oluşan yeni duruma uyum gerektirir. Uyum sağlanamadığında ise umutsuzluk, depresyon, nevroz ve kaygı gibi çeşitli psikolojik sorunlar görülebilir (11, 27,

29, 37). Yaşlılarda yapılan araştırma sonuçlarına göre en yaygın stresörler; kayıplar(sevilen kişinin, sağlığın kaybı, statü, rol ve çevre kaybı), yalnızlık (kayıplara ve depresyon gibi psikiyatrik durumlara bağlı gelişen durum), durumsal krizler(hastalık, emeklilik, fakirlik ve ölüm gibi), sağlık sorunları (kronik hastalıklar), ve stresle başa çıkmada bilişsel, işlevsel ve motor beceri ve yetilerde bozulmaya bağlı zorlanma olarak sıralanabilir (11, 21, 27, 28, 38, 39, 40).

Yaşlılık döneminde görülen psikolojik sorunların nedenleri;

**Uyku bozuklukları:** İleri yaştaki insanlar fizyolojik olarak gençlere oranla daha az uykuya ihtiyaç duyarlar. Ancak fiziksel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak da uyku süresinde artma- azalma olabilir. Uyku bozuklukları ve gündüz uyuklamaları gibi sorunlar kişinin günlük yaşam enerjilerini etkileyerek hem çevreyle hem de kendisiyle ilişkilerini bozar (30).

**Öğrenme ve hatırlama gücü:** Öğrenme ve hatırlama işlevlerini yürüten bellek oldukça karmaşık bir sistemdir. Yaşlanma bu karmaşık sistemin bazı kısımlarını daha fazla etkiler. Kişi çocuklukta öğrendiklerini ve yaşadıklarını kolayca hatırlayabilirken, birkaç gün öncesinde yaşadıklarını hatırlamakta güçlük çeker. Öğrenme ve hatırlama güçlüklerinin nedenleri ortaya konarak zamanında yapılan tıbbi yardım, bu şikâyetlerin yerleşik hale gelmesini büyük ölçüde engeller (33, 39).

**Depresyon:** Her yaşta görülebilir olmasına rağmen ileri yaşlarda en sık görülen ruhsal rahatsızlıktır. Bedensel ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı, eş kaybı fiziksel yetersizlik nedeniyle çevredekilere sürekli ihtiyaç duyar hale gelmek, ekonomik güçlükler, yakınlarını kaybetme ya da bu olasılığın varlığı depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırır. Kişi çevresiyle konuşmaya isteksiz, halsizdir. Uyku düzensizliği olur. Kimi zaman aşırı huzursuz “her an bir şey olacakmış gibi” tedirgin ve sıkıntılıdır. Geleceğe ait ümitsizlik, yetersizlik düşünceleri belirgindir (21, 37, 38). Depresyon yaşlılarda sık görülen ruhsal bozukluktur. Genel olarak çeşitli hastalıklarla birlikte ya da tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etkidir (4, 41). Zihin süreçlerinde yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır (42). Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi sonuçlar doğururken, uygun tedavi ile yaşlının yaşam kalitesi artmaktadır (43). Toplumumuzdaki yaşlı kişilerin %13,5’inin depresif hastalığı olduğu bildirilmektedir (21, 25, 26, 44). Yapılan çalışmalarda; kadın olmanın

boşanmış ya da ayrı yaşamının, düşük sosyoekonomik düzeyin, sosyal desteğin yetersiz olması ya da bulunmamasının, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ya da yakın dönemde olan olumsuz yaşam olaylarının yaşlı hastalarda ortaya çıkan depresyonla çok yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (36, 37, 38, 42, 45).

**Anksiyete:** Her insanın zorlayıcı, bilinmeyen ya da belirsiz durumlar karşısında yaşadığı çarpıntı hissi, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, baş ağrısı, midede yanma-ekşime ile beraber ortaya çıkan yoğun huzursuzluk tablosudur. İleri yaşlarda gözlenen kaygı kişinin yaşamakta olduğu başka bir fiziksel ya da ruhsal bozukluğu bağlı olarak da ortaya çıkabilir (37). Yaşlanmaya bağlı fiziksel yetersizlikler ile çevrenin yardımına gereksinim duymak, sosyal konumun sınırlandırılarak daha izole yaşama zorunluluğu, tedaviye az yanıt veren hastalıkların ortaya çıkması, sevilen bir kişinin kaybı ya da kayıp tehdidi bunaltıya neden olur. Günlük yaşantısına egemen hale gelen bunaltı, kişinin yaşam kalitesini düşürür (46).

**Performans Kaybı:** Sinir sistemi ve beyinde yaşa bağlı yapısal değişiklikler oluşur. İleri yaşlarda dikkatte azalma, nesnelere isimlerini söze dökmede yavaşlama, yeni bilgiler öğrenme ve önceden öğrenilenleri hatırlamada güçlükler ortaya çıkar. Sorunlar karşısında çözüm üretmek, yeni ortamlara uyum sağlamak zorlaşır. Yaşamın her alanında yayılabilen performans kaybı kişide yetersizlik duygularına ve başka ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilir (34, 46).

**Kişilik Değişikliği ve Alınganlık:** Zaman içerisinde bellek, dikkat, yoğunlaşma gibi alanlarda performans kaybı ortaya çıkabilir. Karşılaşılan sorunu tam olarak değerlendirme ve çözüm üretme yeteneğinde azalma belirginleşir. Karşıdaki insanın davranışlarını yorumlamak güçleşir, yanlış yorumlar sıkça yapılmaya başlanır. Öfke, üzüntü, sevinç gibi duygusal tepkiler daha güçlü olarak yaşanır (47). Alınganlık belirli bir noktaya kadar doğal olarak kabul edilebilir. İleri yaşlarda hem sosyal hem fiziksel anlamdaki kayıplar kişiyi daha duyarlı ve kırılgan hale getirir. Ancak birçok ruhsal rahatsızlığın davranış kalıbı olan alınganlık çevre ile uyumu bozan temel güçlüklerden biridir. Yaş ilerledikçe erkek ve kadınlarda kişiseldeğerler ve yaşam tarzı açısından benzerlikler gözlenmektedir (38).

**Demans:** Demans sıklıkla yaşlılarda görülen bir rahatsızlıktır. Hastanın bilinci yerinde olmasına rağmen bellekte zayıflama ve bazı zihinsel yetilerde azalma olur. Kişi çevresinde olanlara ilgisini yitirmeye başlar. Yeni bilgiler öğrenmede ve bunları

hatırlamakta, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmakta, günlük yaşantıya ait sorunları çözmekte yavaşlama zamanla belirginleşir. Bellekte zayıflama öncelikle telefon numaralarını, isimleri, yaşanan günlük olayları tam olarak hatırlayamama şeklindedir. Dikkat kolayca dağılır. Çevreyle kurulan ilişkiler sınırlanmaya başlar. Kişi huzursuz ve kederlidir. Daha kırılgan, öfke ya da şüpheli olabilir. Zamanla geçmişe ait anılar da silinmeye başlayabilir. Demans hem kişi hem de yakınları için oldukça zorlayıcı bir hastalıktır. Başlangıç döneminde nedene yönelik tedavilerle hastaların bir kısmı tamamen düzelebilir. Çoğu zaman ise hastalığın ilerlemesi engellenerek kişinin sosyal uyumu korunabilir (42, 41, 46).

#### **4.1.5.3. Toplumsal Değişiklikler ve Sorunlar:**

20. yy. başından itibaren, endüstrileşme süreci ve teknolojik gelişmeler, kırsal kesimden kentlere nüfus akımını başlatmıştır. Bu nüfus akımı aile yapısını ve toplumu etkilemiştir. Bu etkileşim sonucunda, toplumdaki geniş aile tipinin yerini çekirdek aile almıştır. Çocukların evden ayrılmaları geride kalan yaşlı ebeveynleri yalnız ve sorunları çözmeye yetersiz bırakmaktadır. Bu durumda yaşlı birey, kendini çaresiz, desteksiz ve yalnız hissedebilmektedir (40, 41, 42, 44, 46, 47). Geleneksel toplumlarda yaşlıların sahip olduğu konum, modern zamanlarda ve toplumlarda değerini kaybettiğinden, yaşlının bir işe yaramadığı düşüncesini geliştirmesi hemen hemen kaçınılmazdır. Bunun yanı sıra birey yaşlılıkta varlığını inciten birçok talihsizlikle karşı karşıya gelmektedir. Sosyal ortamında yer alan önemli insanları, sevdiklerini giderek yitirmektedir (48). Diğer insanlara güven azlığı, şiddete maruz kalma korkusu, maddi desteklerin azalması da onu toplumdan yalıtmakta, yalnızlık ve yabancılaşma duygularını belirginleşmektedir. Yaşlılığın en önemli sorunu başkalarıyla, çevresiyle, yakınlarıyla, toplumla kurulup sürdürülen iletişimin kaybolmasıdır. Bu kayıp yaşlının çevresinde bulunan eşinin, çocuklarının desteğinin, ilgisinin azalması ya da kişi tarafından bu şekilde yorumlanması biçiminde soyut düzeyde olabileceği gibi eşinin ölümü, çocukların evden ayrılması biçiminde somut düzeyde de olabilir (29, 47). Sonuç olarak toplumsal değişimler sonucu yalnız yaşayan yaşlıların sayısının artması ve yaşam süresinin uzaması yaşlıların sosyal ve duygusal yönden destek almaları gerektiğini ortaya koymaktadır (13, 20). Sosyal ilişkiler bir bireyin kişiliğinin gelişmesinde ve olumlu benlik imgesinin oluşmasında oldukça kritiktir. Sağlıklı

bir yaşlılık dönemi için sosyal ilişkilerin önemi daha da artmaktadır; çünkü yaşlanma ile birlikte azalan sosyal çevre yaşlının içine kapanmasına neden olup yaşlı bireyi yalnızlığa itebilmektedir (17, 21). Yaşlılığa uyum sağlamaya çalışan bireylerin aile, akraba ve arkadaş çevresinin samimi ve destekleyici olması, yeni ilişkiler kurabileceği ortamlar sağlanması, hem bu uyumu kolaylaştırıcı hem de yaşam doyumunu arttırıcı bir etki yaratacaktır (11, 49). Yalnızlık yaygın ve rahatsız edici bir durum olup yaşlı bireylerde fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının oluşmasında rol oynayabilmektedir (21). Bu nedenle yaşlı bireyin sosyal çevresiyle ilişkisini kesmemesi ve toplumda bir şeyler yapabildiğine inanması, bireyin sosyal uyumunu desteklemesi bakımından önemlidir (38, 50). Yaşlının sadece sevdikleri değil, sağlığı da onu terk etmektedir. Eski gücü kalmamıştır; gücü kendisine bakmaya bile yetmez hale gelmiştir. Hareket yetisi azalmış, artık yardım eden, yetkin, veren biri değil, yardım alan biri olmuştur. Bu nedenlerden dolayı, günümüzde yaşlılık kişisel bir sorun olmaktan çıkmış, sosyal bir sorun haline gelmiştir (4, 11, 17, 21, 29, 38).

Yaşlı ve genç katılımcıların endişe duydukları konuların incelendiği bir çalışmada gençlerin, çoğunlukla ailevi ve maddi konularda, yaşlıların ise çoğunlukla sağlıkla ilgili konularda, endişe duydukları belirtilmektedir (51). Diğer taraftan toplumun yaşlılığa verdiği anlam, bireylerin yaşlılığa verdikleri anlamla her zaman örtüşmeyebilir. Yaşamı anlamlı kılan bireysel ya da sosyal etkinliklere bakış açısı bireylere göre değişebilmektedir. Bu bağlamda yaşlıların kendi yaşamlarına ilişkin kişisel bir anlam oluşturmaları yaşamlarını aktif bir biçimde devam ettirebilmeleri açısından günümüzde daha da önem kazanmaktadır (40, 41, 52, 53).

## **4.2. SAĞLIKLI YAŞLANMA**

Sağlıklı Yaşlanmadan önce sağlığın tanımına bakacak olursak; yakın zamana kadar sağlık “hastalık ya da sakatlığın olmayışı” olarak dar bir çerçevede tanımlanıyordu. Tanıma bakıldığında bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal faktörler dikkate alınmamış, oysaki sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, fiziksel ve biyolojik faktörlerden etkilenir. DSÖ’ne göre “Sağlık; sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil; fiziksel, mental ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” (20). Sağlığın tanımının DSÖ tarafından yapıldığı şekilde, yaşlı içinde geçerlidir (4, 6, 13, 16, 20, 54, 55, 56). Dolayısıyla sağlıklı yaşlanma kavramı da birbirleriyle çok

yakınan ilgili üç temel boyutu içermektedir. Bunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır (4). Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer toplumlardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır (4, 26, 38, 57, 58, 59). Sağlıklı yaşam ilkelerini yerine getirmek suretiyle, üç temel boyutta yaşlılıkta ortaya çıkabilecek pek çok sağlık sorunlarından korunmak mümkün olabilmektedir. Sağlık kavramını tam olarak anlayabilmek için objektif ve sübjektif olarak ikiye ayırmak gereklidir.

Sübjektif olarak sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin sübjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir. Sağlığın algılanması ya da algılanan sağlık; sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan bireyin fiziksel, toplumsal, ruhsal ve biyolojik durumunun kendisi tarafından değerlendirilmesidir. DSÖ Avrupa Bölgesi Sağlık Stratejilerinde belirttiği gibi algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol edebilmek için kullanılan başlıca göstergelerden biridir (52, 57).

Objektif olarak sağlık ise; hekimin muayenesi ve tanı testleri ile belirlenen hastalıkların olmamasıdır. Bu tanımlamalar doğrultusunda bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak sağlıklı olması gereklidir. Bu yaklaşımlar kadar kavramsal açıklamalarla, felsefi boyutta konuyu ele alanlar ise esas olarak “sağlık” anlayışını oldukça geniş bir açıdan yorumlarlar. Amaç insanların kendi varlıklarını ortaya koyabilecekleri, potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri doyumlu bir hayat yaşamalarıdır. Bireylerin hayatlarını kontrol altına almaları ve sağlıkları için, kendi sorumluluklarının farkında olmaları önemlidir (52, 57, 60, 61).

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları eylemleri anlatmaktadır. Sağlık davranışı ise “sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır (60, 62, 63).



Thomas'ın aktardığına göre Breslow sağlık davranışını, “*kendinin iyi olduğuna inanan, bir hastalık üzerine herhangi bir belirti göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemlerdir*” şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca kişinin sağlık davranışları içine inançları, beklentileri, güdeleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel tavırlar ve bunlara ek olarak duygusal-psikolojik özellikler davranış biçimleri ve alışkanlıkları girmektedir (64).

Sağlık davranışı kısaca, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlardır (60, 65). Son yıllardaki çalışmalar, vücut organlarının çoğunun, eğer kronik bir hastalık yoksa ve kişi sağlıklı bir yaşam sürmüştü, yaşlılıkta da gençlikteki kadar iyi işlev görebileceğini ortaya koymaktadır (66). Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir (60, 67). Gochman'a göre kişinin sağlık davranışının içine; inançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özellikler gibi faktörler girmektedir (68). *Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), DSÖ tarafından insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü olarak tanımlanmıştır. 1986 Ottawa Bildirgesin de Sağlığı Geliştirme kavramı çerçevesinde “sağlıklı toplum politikası” ve “sağlığı destekleyen çevre ve ortamlar yaratılması” vurgulanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmakla sağlanabilir* (69). Bu hedefe ulaşılabilme için sigara içme, alkol ve madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet ve sağlıksız cinsel davranışlarından uzak durma, kilo kontrolü, olumlu aile iletişimi ve stres yönetimi gibi davranışlar ile olasıdır. Bu davranışları, tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma durumunu sürdürdüğü gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir. Sonuç olarak, sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (34, 39, 40, 60, 63, 68, 69).

Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme süreci olarak tanımlanmaktadır (40, 41). Ancak sağlığı geliştirici davranışları uygulama ile ilgili araştırma sonuçları sağlığı geliştirmede bireye sorumluluk yüklemenin yetersiz bir yaklaşım olduğunu göstermektedir (69).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılan bazı uluslararası konferanslarda sosyal adaletin ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel gereksinimlerini karşılamada sorun yaşamaması, ekonomik, politik ve toplumsal anlamda destekleyici çevre oluşturulması sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartı olarak vurgulanmıştır. Yüzyıllardır sağlıklı olmak, yaşlanmayı yavaşlatmak, enerjik canlı ve pozitif olmak için araştırmalar yapılmıştır (4, 6, 62, 68, 69, 70). Doğumla başlayan biyolojik gelişmede yaşam kalitesini yüksek tutmak, psikolojik olumsuzluklara karşı dirençli olmak, sağlıklı çevrede yaşamak, doğru beslenmek ve hareketli olmak gibi elimizde olan faktörleri kontrol altına alarak sağlıklı ve uzun yaşamın temel anahtarına sahip olabiliriz. Aslında sağlık insanların yaşam biçimiyle doğru orantılıdır (18, 70, 71).

Hipokrat asırlar önce *“Eğer biz her ferde, ne çok az, ne de çok fazla, doğru miktarda gıda ve hareket (spor) verebilseydik sağlık için en güvenli yolu bulurduk”* sözünü söylemiştir (70).

Büyük Türk âlimi İbn-i Sina da *“sağlığı korumanın üç temel prensibi vardır; hareket (spor), gıda ve uykudur”* diyerek sağlıklı yaşamın ana hatlarını göstermiştir (70).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) sağlıklı ve uzun ömürlü olmada 4 ana faktör üzerinde durmuştur. Bunlar;

- a. Düzenli Yaşam Alışkanlıkları (Sağlıklı Davranış) %51
- b. Fiziksel çevre %20
- c. Kalıtsal özellikler %20
- d. Enfeksiyon ve sağlık tedavi servislerinin niteliği, %9 olarak sayabiliriz (70).

Her canlı insanın genetik yapısı ve çevresel etmenlere bağlı olarak bir yaşam süresi vardır. Yaşlanmanın geciktirilmesi için insanın biyolojik ve ruhsal yapısı ile bunlara etki eden çevresel etmenlerin bilinip değerlendirilmesi şarttır. Yaşlının sağlıklı olması ve iyi olma durumun belirlenmesinde önemlidir. Kişinin iyi olma hali; aktivitelerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin olması, kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması ile açıklanır (34, 39, 40, 60, 63, 68, 69, 71, 72).

Sağlıklı yaşlanma; sağlığın fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik halinin, bağımsız yaşayabilme yetisinin, yaşam kalitesinin korunması ve daha iyi hale getirilmesi; ayrıca yaşam süreçleri arasında başarılı geçişlerin sağlanması için olanakların ömür boyu optimize edilmesi olarak tanımlanmaktadır (40, 60, 62, 67). Başka bir

tanımlamada ise sağlıklı yaşlanma, bireye özgü olan, devamlı adaptasyon ve değişim süreci gerektiren bir durumdur. İnsanın yaşlanmasını önlemek mümkün değildir. Bu süreç tamamlanacak; ancak sürecin hızlı veya yavaş gerçekleşmesinde bazı etkenler rol oynamaktadır (64, 66). Bunlar daha önce yaşanan çevre, yaşam koşulları, alışkanlıklar, geçirilen hastalıklar sürecin hızında önemli rol oynamaktadır. İşte bu nedenlerden dolayı yaşlanmayı yavaşlatmak elimizdedir. Yani kişiyi daha uzun süre bağımsız kılmak elimizdedir. 0-6, okul çağı ve adölesan yaş grubu insanın duygusal, fiziksel, sosyal ve mental yönden geliştiği ve olgunlaştığı bir dönem olduğuna göre, sağlıklı yaşlılığı sağlayacak alışkanlıkların, uygulamaların bu dönemde kazandırılması gerekmektedir. Örneğin: dengeli ve yeterli beslenme alışkanlığı bu dönemde kazandırılır. Bu dönemde kazandıracığımız beslenme alışkanlığı ağız ve diş sağlığı açısından da önem taşır. Egzersiz, dinlenme ve çalışma alışkanlığının kazandırılacağı dönem yine bu dönemdir. Özellikle adölesan dönemi bazı zararlı alışkanlıkların edinildiği dönemdir. Bu dönemde aileye ve bireye yardımcı olmak, danışmanlık yapmak önemlidir (62, 71, 72, 73).

Erişkinlik döneminde kadın ve erkek sağlığının ele alınması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması, yaşlanmanın yavaşlatılmasında önemli katkılar sağlayacaktır. Yaşlanmada, yapılan iş, çalışma ortamı da önemli rol oynamaktadır. O halde kişiye ve iş ortamına yönelik koruyucu önlemlerin alınması bunların kullanımı ve gerekliliği hakkında kişinin ve toplumun eğitilmesi önem kazanmaktadır. Yaşlanmanın bir evresi olarak menapoz ve andropozu kişilerin hazırlanması, dönemin rahat geçirilmesinin sağlanması gerekir. Kişiye, emeklilik sonrasında veya yaşlılık döneminde, sosyal aktivitelerini sürdürebilecek alışkanlıklar kazandırılması, yaşlılıkta ortaya çıkan işe yaramazlık duygusu ve depresyon gibi durumları önleyecektir (50, 57). Sonuç olarak, insan yaşamının tüm dönemlerinde, özellikle yaşamın ilk yıllarında kazandırılacak alışkanlıklar, yaşlanma sürecini geciktirecek ve sağlıklı yaşlanma olanağı sağlayacaktır (74). İleri yaşlarda ortaya çıkan sağlık sorunları ve sosyal sorunlar giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Bunlar esas olarak “kronik ve dejeneratif hastalıklar” olarak bilinen hastalıklardır. Günümüzde hemen bütün toplumlarda sık olarak karşılaşılan ve ölümlerin de başlıca nedeni

olan sağlık sorunları önlenebilir sorunlardır. Bu yüzden ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan bu sağlık sorunlarının önüne geçmek, bu hastalıklardan korunmak gereklidir. Aslında sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının temel amacı, insanları hastalıklardan korumaktır (56, 57). İnsanlar doğduklarında sağlıklı olarak dünyaya gelirler kronik ve dejeneratif hastalıklar yaşın ilerlemesinin doğal sonucu değildir. nemli olan sağlıklı olarak dünyaya gelen bir bebeği sağlıklı olarak yaşatmak ve sağlıklı olarak ileri yaşlara ulaşmasını sağlamaktır. Bu amaca ulaşabilmek için çocukluk ve gençlik dönemlerinden başlayarak sağlıklı yaşam ilkelerine uyulması gereklidir (71, 75). Aslında sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının temel amacı, insanları hastalıklardan korumaktır (34). Sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranıldığı takdirde, yukarıda sayılan hastalıkların önemli bir kısmından başarılı Şekilde korunmak olasıdır.

Sağlıklı yaşlanma sürecini etkileyen faktörler üç başlık altında toplanmıştır. Sağlıklı yaşlanma; fizyolojik sağlık (beslenme, yaşam biçimi, genetik, egzersiz, kronik rahatsızlıklar), bilişsel/mental sağlık (eğitim, bilgi, beceri, hafıza) ve sosyal sağlık (aile, din, toplum, öz sayđı, ideolojik zellikler) Şeklinde sınıflandırılmıştır (67, 76).

Sağlıklı yaşlanma;

- Yaşama sağlıklı bir Şekilde başlama,
- Sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması,
- Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması,
- Sağlıklı temizlik anlayışı,
- Düzenli egzersiz yapma,
- Sigara, alkol ve madde bağımlılığından kaçınma,
- Stresle baş etmeyi ğrenme,
- Aktif yaşam ve sosyal destek kaynaklarının kullanılması,
- Sağlıklı bir çevrenin oluşturulması,
- Hastalıklardan korunma ve düzenli sağlık kontrollerini

yaptırma gibi durumların sağlanması ile gerçekleşir (30, 40, 59, 67, 71, 75, 77, 78, 79, 80).

Yaşlılığın olası olumsuz yönlerinin nlenmesine ilişkin iki boyut dikkate alınmaktadır:

### 1. Bedensel sağlığın korunması ve sürdürülmesi

## 2. Mental sağlığın ve bellek işlevlerinin korunması ve sŸrdŸrŸlmesi

Bedensel sağlığın korunması, orta yaşlardan itibaren doğru yaşam biçimi ve davranış kalıplarının seğilmesi ile yaşa bağlı gelişebilecek kayıpların minimize edilmesi ile sağlanabilmektedir.

Yaşam biçimi: Yaşam biçimi, sonuçlarını dŸřnmeksizin sponton olarak yapılan rutin hareketlerdir. Bireylerin pozitif veya negatif olan uygulama veya davranışlardır. Başka bir tanımlamaya gŸre ise, yaşam biçimi bireylerin Ÿzerinde kontrolŸ olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise, *bireyin sağlığını etkileyebilen tŸm davranışlarını kontrol etmesi ve gŸnlŸk aktiviteleri dŸzenlemede kendi sağlık statŸsŸne uygun davranışları seğererek dŸzenlemesi olarak tanımlanmıştır* (78). Sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkili davranışlar; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yŸnetimi olmak Ÿzere altı başlık altında gruplandırılmıştır. Her yaşta olduğu gibi yaşlılık dŸneminde de Ÿnemli bir konudur. Sağlıklı yaşlanmak için de; dŸzenli egzersiz, uygun beslenme, sigara ve alkol kullanımının sınırlandırılması, yeterli uyku, aşılar, diş sağlığı, ayak bakımı, kazaların Ÿnlenmesi, dŸzenli sağlık kontrolŸ yapılmalıdır (34, 39, 40, 67, 71, 77, 78, 81).

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların Ÿnce hastaları iyileştirmeye ıalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları gŸrŸlŸr. TŸm bu ıabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yŸneliktir (82). Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek ıok uygulama geliştirilmiştir. GŸnŸmŸzde bu uygulamaların tŸmŸne birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (*Healthy Life Style*) adı verilmektedir (62, 71, 78, 82, 83). Yani her gŸn bilinışsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (67, 71).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmede, yaşlı bireylerin potansiyelini ve enerjisini etkin biçimde kullanma, doyumlu bir yaşam sŸrdŸrme, Ÿretken olabilme ve sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme yer almaktadır. Ayrıca, yaşlının işlevselliğini arttırma, yaşam sŸresini uzatmayı ve kalan yaşamını rahat, huzurlu, acı ıekmeden sŸrdŸrmeyi ve yıllara yaşam katmayı amağlamalıdır (77, 82, 84). Bireyler sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek

daha sağlıklı beslenmekte, entelektüel kapasiteleri artmakta, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedirler (71, 70, 78, 82, 85, 86).

Walker ve arkadaşları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme, düzenli egzersiz yapma, kişilerarası ilişkiler ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk alması başlıkları altında ele almaktadır (87). Sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılan bazı uluslararası konferanslarda sosyal adaletin ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel ihtiyaçlarını karşılamada sorun yaşamaması, ekonomik, politik ve toplumsal anlamda destekleyici çevre oluşturulması sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartı olarak vurgulanmıştır (87, 88, 89)

#### 4.2.1. SAĞLIKLI YAŞLANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Demografik Faktörler:** Demografik faktörler sağlığı geliştiren davranışları dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi özellikler sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda etkindir (7, 8, 9, 10, 34, 39, 60, 87).

**Biyolojik Özellikler:** Bireyin boy, kilo beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışını etkilediği belirtilmektedir (66, 67, 71, 85).

**Kişilerarası Etkileşim:** Bu faktörlere göre aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (58, 67, 89).

**Durumsal Faktörler:** Bu faktörlere göre bireyin içinde bulunduğu çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir (34, 78, 82). Kişinin sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörlerinden kişisel tutumları ve bunlara ek olarak psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (78, 82, 90).

**Davranışsal Faktörler:** Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (82).

**Kültürel Faktörler:** Kültür, insan topluluklarının içinde yaşadıkları fiziksel ve toplumsal çevreye uyum çabalarından doğan bir yaşam biçimi olarak da tanımlanır. Bir bakıma kültür belli bir toplumun kişiliği demektir, onu başka toplumlardan farklı kılan tüm özelliklerdir. Bir müzik aygıtı her yerde aynıdır, ama ondan çıkarılan ezgiler başkadır. Kültür maddi ve manevi yapıdan oluşmakta olup, maddi kültür somut olan o yöreye yönelik yapıtları, manevi kültür ise o yörenin değerlerini, inançlarını, tutumlarını ve soyut alanlarını içerir. Kültürün bireyin sağlığını etkilemesi ve davranış olarak dışa yansımaları manevi kültürü ile olabilmektedir. Bu nedenle tutumun bilişsel bileşeni olan, yani tutumun davranış olarak dışa yansımalarına neden olan, bilgi kümesinden oluşan inançların kavranması önemlidir (91, 92).

Kültür öğrenilir ve kuşaktan kuşağa aktarılır. İnsanlar kendi öz kültürlerini doğuştan itibaren öğrenmeye başlarlar. Kültürlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasında gelenek, inanç ve değerlerin etkisi vardır ve gelenek, inanç ve değerler tüm kültürlerin sağlam yapılarıdır. Gelenekleri öğrenmek ve tanımak kolaydır (93). Gelenekler, belli koşullar altında alışılmış uygulama yöntemleridir. Eğer bir hasta bileğine mavi boncuklardan oluşan bir bilezik takmışsa, eğer bir erkek cerrahi operasyondan önce vücudundaki kılları tıraş etmemekte direniyorsa ya da bir kadın doğumdan sonra banyo yapmayı reddediyorsa, kültürün derin köklerini sergiledikleri söylenebilir (92).

**Kültürel Değerlendirme:** Kültürel değerlendirme birkaç saat alabilir ancak ayrıntılı bir kültürel değerlendirme için nadiren hemşire böyle uzun bir zamana sahiptir. Hemşire, az zamanda aşağıdaki listedeki sorularla hastanın kültürel değerlendirmesini yapmalıdır.

Hastanın doğduğu yer neresi? Eğer göç etmişlerse, uzun süre hangi şehirde yaşamış?

Hastanın etnik kimliği nedir ve etnik kimliğine bağlılığı ne kadar güçlü?

Hastanın major destekçileri kimler? Arkadaşlarımı, aile üyelerimi?

Hasta hangi etnik toplulukta yaşıyor?

Hastanın primer ve sekonder dilleri nedir ve bu dillerde okuma ve konuşma kabiliyeti var mı?

Nasıl bir sözsüz iletişim tarzı tanımlarsınız?

Hastanın dini inancı nedir?

Günlük hayatında önemli mi ve rutin uygulamaları var mı?

Hastanın yiyecek tercihleri ve yasakları var mı?

Hastanın ekonomik durumu nasıl?

Kendisinin ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayacak durumda mı?

Hastanın sağlık ve hastalık inanışları ve uygulamaları nelerdir?

Hastanın, doğum, ölüm, hastalık gibi durumlara özgü inanış ve gelenekleri nelerdir?

### **Sağlığı ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler:**

1-Ekonomik Durum

2-Aile Yapısı

3-Cinsiyet rolleri

4-Evlilik rntleri

5-Cinsel davranış

6-Nüfus politikaları

7-Hamilelik ve doğum pratikleri

8-Vücut imajındaki değişmeler

9-Kişisel hijyen

10-Beslenme

11-Giyinme

12-Genel Sağlık düzenlemeler

13-Alışkanlıklar

14-Kültüre bağlı stres

15-Kendi kendine tedavi stratejileri ( 92, 93, 94).

Her kültürel grup önemli farklılıklar içermektedir. Herhangi bir hastayı değerlendirirken, gç sebebi ve ikamet süresi, önyargı ya da ırkçılık konusundaki sosyal bağlam, etnik kimliğin baskınlığı, sosyoekonomik durum, cinsel yönelim ve engellilik gibi değişkenleri de dikkate alınmalıdır. Bu değişkenlerin keşiştiği haller ise her bireye özgü durumlar ortaya çıkarmakta ve bunların da kişinin kendi söyledikleri ve kişiliği yardımıyla ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Takip eden bölümler, hasta özellikleri için şablon niyetine kullanılmayıp, iyi bir bakım sağlamak üzere temel alınıp değerlendirilmesi gereken potansiyel faktörler hakkında sağlık personelini bilgilendirmek üzere kullanılmalıdır (92). Hastalar açısından olduğu gibi yaşlılar için de kendi hayatları, kültürleri ve tecrübeleri hakkında uzman olduklarına güvenip, saygıyla ve içten bir şekilde sorarsak,



kendilerine nasıl bakılması gerektiği konusunda sağlık personeline yardımcı olabilirler (94).

#### **4.2.1.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme**

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Beslenmenin sağlıklı olabilmesi için, yeterli ve dengeli olması gerekir. Beslenme düzeni hem günde alınan kalori miktarı olarak yeterli olmalı, hem de çeşitli besin öğeleri dengeli şekilde tüketilmelidir (24, 70, 71, 86). Gereğinden fazla kalori alındığı zaman, fazla olan kalori vücutta yağ olarak birikir, şişmanlık meydana gelir. Tersine alınan kalori miktarının yetersiz kaldığı durumda kilo kaybı olur, zayıflık ortaya çıkar. Öte yandan günlük diyet karbonhidrat, protein ve yağ içeriği bakımından da dengeli olmalı, vitamin ve mineraller ile su, gereken miktarlarda tüketilmelidir. Çeşitli besin öğeleri dengeli olarak tüketilmediği zaman vitamin, mineral ve eser elementlerin eksikliği şeklinde bazı sağlık sorunları ortaya çıkabilir (95, 96, 97).

Kişinin boyuna, kilosuna ve fiziksel aktivitesine uygun yemek tüketmesi, daha kaliteli bir yaşamın ve uzun ömürlü olmanın temelidir (86). Günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, protein içermeli, yağ, kolesterol, sodyum, rafine şeker içeriği az olmalıdır. Buna karşın kompleks karbonhidratlar, minareler ve vitaminden zengin ve bol posalı olmalıdır. Açlıktan ve fazla yemekten kaçınıp yaşa, cinsiyete, yapılan aktiviteye, içinde bulunan gelişimsel döneme göre uygun şekilde yeterli ve dengeli beslenme için; günde üç ana öğün, bir-iki ara öğün tüketilmesi, yiyeceklerin iyi çiğnenerek yavaş emilmesi, öğün atlanılmaması, günlük yağ, şeker ve tuz tüketiminin azaltılması, posalı yiyecek tüketiminin artırılması, her gün düzenli kahvaltı edilmesi önerilmektedir (30, 86, 96, 97). Yapılan araştırmalarda, yaşlılığı geciktirme açısından umut verici olarak düşük kalorili, buna karşılık C, E, B6, B12 vitaminleri, beta-karoten, folikosit ve kalsiyum gibi besin öğelerini bolca içeren bir diyet ortaya çıkmaktadır (86, 96, 97). Yaşlanan organların hücre kapasitelerinde, dolayısıyla metabolizmalarında azalma ayrıca yaşlanma ile birlikte fiziksel aktivitenin azalması buna bağlı olarak

da enerji gereksinimi azalmaktadır. Gereksinimi ile karşılaştırıldığında alınan gıdaların besin değeri artmaktadır.

DSÖ'nün bir çalışmasında, beslenme yönünden riskli yaşlılar şu şekilde sıralanmıştır:

- 1-Yalnız yaşayanlar,
- 2-Fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle alış-veriş ve yemek pişirmede zorluk çekenler,
- 3-Mental sorunu olanlar,
- 4-Son zamanlarda sık sık ölüm korkusundan bahsedenler,
- 5-Yaşlılar evinde kalanlar.

Yaşlıların yetersiz beslenmesine yol açan önemli nedenler arasında tat duyusunda azalma, kötü diş durumu, kültürel ve geleneksel faktörler, yemeğe karşı isteksizlik, sosyal aktivite eksikliği, yaşının yalnız başına yemek zorunda oluşu, hareket kısıtlılığı, bağırsak emiliminde azalma v.b sayılabilir (70, 86, 98, 99, 100). Sağlıklı beslenme alışkanlığı sağlıklı yaşlanmanın bir diğer unsurudur. İyi beslenme alışkanlığı, optimal sağlığı koruyan ve geliştiren bir durumdur. Bu nedenle diyetteki değişimler yaşlanma sürecini değiştiremeyebilir ancak yetişkinlikte sağlıklı kalma süresini uzatmaya yardımcı olur (96). İnsanlarda pek çok hastalığın oluşunda beslenme ile ilgili faktörler önemli rol oynamaktadır. Beslenmedeki yetersizlik ya da fazlalıklar bazı hastalıkların oluşması bakımından önemlidir. Örneğin günlük olarak alınan toplam kalorinin fazla olması şişmanlığa yol açar ki şişmanlığın bazı sağlık sorunlarının oluşunda doğrudan veya dolaylı olarak rol oynadığı bilinmektedir (97). Bunlar arasında kalp-damar sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi ile ilgili hastalıklar, bazı kanserler, sindirim sistemi hastalıkları vs. sayılabilir (100, 101). Yaşam boyu yeterli ve dengeli beslenmenin hedefi; enerji ve diğer besin öğelerinin vücuda yeterli miktarda alınmasıdır (98). Birçok sağlık sorunu beslenmeye özen gösterilerek önlenabilir, geciktirilebilir ya da hastalıkların zararlı etkileri azaltılabilir (30, 86, 97, 101).

Yeterli ve dengeli beslenmede dikkat edilmesi gereken ilkeler;

- Besin çeşitliliği sağlanmalı,
- Günde en az üç öğün beslenilmeli,
- İdeal vücut ağırlığı ve kas gücü korunmalı,
- Besinler doğru hazırlanmalı, doğru pişirilmeli ve doğru saklanmalı,

- Sebze ve meyveler bol ve çeşitli tüketilmeli,
- Doymuş yağ tüketimi azaltılmalı,
- Ekmek ve diğer tahıllar yeterli miktarda tüketilmeli,
- Su ve diğer sıvılar yeterli miktarda tüketilmeli,
- Posa tüketimi arttırılmalıdır (102, 103).

Yaşlı bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi; sadece diyet ile ilişkili hastalıkların oluşumunu azaltmaz aynı zamanda sağlığı geliştirir, yaşlıların çoğunluğunun enerjik ve bağımsız bir yaşam sürdürmelerini kolaylaştırır, hastalık sonrası sağlığın yeniden kazanılması için gereken zamanı azaltır ve sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasına yardımcı olur. Bu durum, aynı zamanda toplumun da sağlık ve mutluluğunu artırır. Yaşlılıkta yeterli ve dengeli beslenebilmek için günde üç ana öğün ve en az iki ara öğün tüketmeleri gerekmektedir (103).

Aksoydan (2006)'nın 106 huzurevinde kalan yaşlı ile 56 kendi evinde kalan 65 yaş ve üzeri yaşlı üzerinde yaptığı araştırma sonucuna göre, erkeklerin %75,0'ı, kadınların %77,4'ü düzenli olarak günde üç öğün yemek tüketmekte, yaş ilerledikçe düzenli yemek yeme sıklığı azalmaktadır. Yine aynı araştırmaya göre, huzurevinde yaşayan yaşlılar, kendi evlerinde yaşayan yaşlılara göre daha düzenli yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu bulunmuştur (103).

#### **4.2.1.2. Sigara ve Alkol kullanımı**

Sağlıklı yaşlanmanın önemli unsurlarından olan sigara ve alkolden kaçınma sağlığı koruyan ve geliştiren bir durumdur (87, 95). Bireysel davranışlar içinde sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanılması durumunda çok sayıda hastalığa yatkınlık artar. Geçtiğimiz 50-60 yıl boyunca yapılmış olan çok sayıda araştırma, sigara kullanımı ile pek çok ciddi hastalık arasında önemli ilişkilerin varlığını ortaya koymuştur. Yaşın ilerlemesi ile zaten vücutta meydana gelen çeşitli değişiklikler sigara kullanımından olumsuz olarak etkilenir, hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilir (30, 68, 95, 104, 105). Yaşlanmanın kaçınılmaz bir süreç olmasına karşılık sağlıklı yaşam ilkeleri ve sigara içilmesi kontrol edilebilir, korunabilir ve değiştirilebilir bir durumdur. Sigaranın yaşlılıkla birlikte gelişen pek çok sağlık sorununda artırıcı rol oynadığı dikkate alındığında, sigara içiminin kontrol edilmesinin gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır (105). İnsanlardaki bütün ölümlerin üçte

birinin sigaraya bağı hastalıklar nedeniyle olduğı ifade edilmektedir. Toplumumuzda sigara tüketimi gelişmiş ÷lkelerdeki oranlardan daha yüksektir. 65 yaş ve üstündekilerde sigara kullanım yaygınlığı %12,9 ile %27,5 olarak bildirilmiştir (95). Akciğer kanserinin çok büyük bir bölümü doğrudan sigara nedeniyle meydana gelmekte ve bu kanserler sigaraya atfedilmektedir. Akciğer kanseri dışında larinks kanseri, mesane kanseri, uterus, serviks kanseri, mide kanseri de sigara ile ilişkilidir (95, 106, 107). Sigaranın neden olduğı hastalıkla içerisinde kalp damar sistemi hastalıkları kanserlerden daha büyük bir yer tutar. İnsanlardaki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan koroner kalp hastalığının meydana gelmesinde de sigara başlıca etyolojik faktörlerden birisidir. Koroner kalp hastalığı dışında genel anlamda arterioskleroz ve periferik damar hastalıkları da sigara içilmesi ile ilişkilidir (95, 96).

Sigara içmenin önlenmesi ile toplumun %77'si trakea, bronş ve akciğer kanserinden %46'sı üst sindirim sistemi kanserinden, %52'si kronik obstrüktif akciğer hastalığının'dan %16'sı kardiyovasküler hastalıklardan korunabilecektir. Bu nedenle her yaştaki kişinin sigarayı bırakması için çaba gösterilmektedir (108). Ayrıca yalnız yaşayan yaşlılar açısından sigaranın yol açtığı yangınlar konusu da çok önemlidir. Yanan sigara nedeniyle meydana gelen yangınlar çoğı kez yaşlı bireyin yaşamının kaybı ile sonlanmaktadır (104).

Ayrıca dünya genelinde alkolün neden olduğı morbidite ve mortalite dünya hastalık yükünün %4,1'ini teşkil etmekte ve sigara ile hipertansiyonun neden olduğı morbidite ve mortaliteye yaklaşmaktadır (82). Alkol tüketiminin, toplumsal ve sosyal sonuçları dışında içlerinde karaciğer sirozu, gastrointestinal kanserler, pankreatit ve ülserinde bulunduğu 60'ın üzerinde tıbbi durumla nedensel ilişkisi bilinmektedir (109, 110, 111).

Sigara toplumlarda önlenebilen tek ölüm nedeni olmasına rağmen sigara içme ile ilgili nedenlerden dünyada her yıl 3 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. Alkol ise, taşikardiye neden olarak kalp kasının oksijen gereksinimini ve damar direncini artırıcı etkisiyle kalp kasının kanlanmasını olumsuz etkileyen bir maddedir. Alkollü içkiler uzun süre kullanıldığında mide duodenum ülseri, siroz, pankreatit, beyin hasarı, sara nöbeti, özofagus kanserleri meydana gelmektedir. Ayrıca alkol, pek çok kaza ve yaralanmaların temel nedenidir (90). Sigara, sağlıksız yaşam biçimi davranışları arasında en önemli risk faktörlerindedir ve en yaygın olanıdır (104, 106, 110, 112).

Sigara içenlerin yaklaşık yarısı, sigaranın neden olduğu bu hastalıklar nedeniyle hayatını kaybeder (95, 104). Bir toplumdaki bütün ölümlerin üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır. Sigaranın yol açtığı sağlık sorunları yüzünden dünyada her yıl 5 milyon dolayında kişi hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde ise sigara nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 100 bin dolayında olarak hesaplanmaktadır. Bir diğer ifade ile dünyada her gün 14 bin kişi, ülkemizde de her gün 270 kişi sigara kullanımına bağlı sağlık sorunları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (104). Bu sağlık sorunları çok sayıda ölüme yol açmanın ötesinde hastalanan kişilerin yaşam kalitesini de ciddi şekilde olumsuz etkilemektedir (82, 106).

#### **4.2.1.3. Sosyal Yaşam Aktiviteleri ve Sosyal Destek:**

Sosyal destek, stres ve uyum arasındaki ilişkiye aracılık eden bir değişken olup; baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyuculuğu da önemli bir yere sahiptir. Sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu etkilediğini gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır (21, 34, 37, 38, 58, 72, 89). Sosyal desteğe ilişkin üzerinde tam anlamıyla görüş birliği sağlanmış bir tanımlı bulunmamakla birlikte; sosyal destek (aile, arkadaş v.b.) bireyin ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel gereksinimleri başka bireylerle kurduğu etkileşimle karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteğin, sağlığı farklı biçimlerde etkilediği belirtilmektedir. Bu etkiler, düşünce, duygu ve davranışları, sağlığı kalkındırarak yönde düzenlemek; gencin, yaşama ilişkin bir anlam oluşturmaya yardımcı olmak; sağlığa katkı sağlayan davranışları kolaylaştırmak biçiminde sıralanmaktadır (72, 73, 89, 113). Sosyal destek, bir insanın diğerine, problemlerini çözmesi ve kendini iyi hissetmesi için katkı sağlaması ve yardımcı olmasıdır. Sosyal desteğin birkaç türü bulunmaktadır. Araçsal sosyal destek, kişinin yaşadığı sorunun çözümüne yönelik somut yardımcı davranışları içerir. Duygusal sosyal destek, empati gösterme, ilgilenme, şefkat gösterme, dinleme, tavsiyede bulunma, güven verme şeklindeki davranışlarla ortaya çıkar. Yapısal sosyal desteğin oluşması için, etrafta gerektiğinde yardım edebilecek insanların bulunması yeterlidir. Bilgi desteği, bilgi verme, önerilerde bulunma ve yönlendirme yardımlarıyla gerçekleşir (89).

Sosyal destek bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardımlardır. Kriz ve duygusal gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve

arkadaşlarına dayanma gereksinimi duyarlar. Gereksinim duyulan destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sosyal destek ve sağlık ilişkisi konusunda destek mekanizmasının işleyişine ilişkin hipotezler ve boyutlarının araştırılmasında desteğin doğası, hafifletici etkisi ya da iyileştirici etkisinin olup olmadığı tartışmalara yol açmıştır (29). Sosyal desteğin doğasına ilişkin kuramsal yaklaşımlardan bazıları desteğin temel etkisini dikkate almaktadır. Bu tür destek kişinin yaşam olayları, kendini kabulü ve değeri üzerindeki etkisiyle psikolojik iyilik durumunda rol oynar. Ayrıca sosyal ağı ile bütünleşme ruhsal ya da bedensel sağlığın bozulmasına yol açabilecek olumsuz davranışlardan da kaçınmaya hizmet eder. Yetersiz sosyal destek ise kaygı ve olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olur. Bu nedenle sağlıklı yaşlanma sürecinde hem fiziksel hem de ruhsal boyutta sağlıklı olmak ve sağlığı geliştirmek için sosyal desteğin önemi büyüktür (4, 11, 12, 29, 37, 38, 58, 89, 98).

Son yıllarda tarım toplumundan sanayi toplumuna doğru geçiş, köylerden kentlere göçlerin artması, geniş aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi, kadının iş hayatına girmesi, yaşlılığın bir sorun olarak ortaya çıkmasına temel hazırlamıştır (98). Köy ortamında çevresi tarafından saygı duyulan, arkadaşlık, komşuluk ilişkilerini doyusya yaşayan yaşlı, ailesi tarafından kendini önemli hissettiği ortamdan uzaklaşmak zorunda bırakılmış ya da alıştığı ortamdan ayrılmak istemediğini dile getiren yaşlı, yine köy ortamında yalnız kalmıştır. Ailesiyle birlikte alıştığı, sosyal olduğu, kendine güvende hissettiği ortamı terk eden yaşlı, kent yaşamında kendini daha da yalnız hissetmeye başlamıştır (4, 7, 8, 89). İlk dönemlerde çocukları ve torunlarıyla yaşamaya başlayan yaşlıların, aile içi bakımının zorlaşması, bakım ihtiyacı olan yaşlılara bakacak kişinin olmaması, yaşlı bakımının sorun haline gelmesine, yaşlı için kent hayatının güvenli olmadığı düşünülmesi, yaşlının tek başına dışarı çıkmasının kısıtlanmasına, yaşlının sosyalleşmesine fırsat tanınmamasına, ailedeki bireylerin kendi sorunlarından dolayı yaşlının sorunlarını unutmamasına, yaşlının yalnızlaşmasına, içine kapanmasına, sosyal, psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur (98). Ailesi tarafından istenmediğini düşünen yaşlı, ekonomik gelirin yeterli olmaması, kendine bakamayacağını düşünmesi ya da yalnız kalmak istememesi gibi nedenlerden dolayı kurum bakımına yönelmiştir. Kurumlarda kaliteli bir hizmet sunulmasına rağmen aileden uzak olması yaşlıyı yeterince mutlu etmemiş, kurumlar tarafından sağlanan destek yetersiz olarak algılanmıştır. Aile yaşlı bireyin en önemli sosyal destek kaynağıdır. Aile yanında yaşayıp, her türlü toplumsal

desteği gören yaşlıların hem daha kaliteli hem de daha uzun süre yaşayacağı düşünülmektedir (12, 29, 58, 89, 98).

Toplumda en çok destek gereksinimi olan gruplardan biri de yaşlılardır. Yaşlılarda fizyolojik rahatsızlıkların artması, en sevdiği insanları kaybetmesi ve çeşitli nedenlere bağlı hayatlarında stres kaynakları artmaktadır. Stresle tek başlarına mücadele edecek gücü kendilerinde bulamayan yaşlılar için sosyal desteğin önemi artmaktadır (41). Her birey için sosyal desteğin varlığı önemli olduğu kadar, sosyal desteğin nasıl algılandığı birey için daha anlamlı olmaktadır. Yaşlı bireyler için sosyal destek anlamlı olursa kendini güvende hisseder ve yaşlılık dönemindeki stres yaratan sorunlarla mücadele edebilir (38). Selekler (2004) yayınladığı bir araştırmada, “kitap–gazete okuma, zevk için yazma, bulmaca çözme, kâğıt oyunu oynama, bir müzik aleti alma ve grup tartışmalarına katılma” gibi altı zihinsel aktivite ile “tenis-golf oynama, yüzme, bisiklete binme, dans etme, grupla yapılan egzersizlere katılma, takım oyunlarına iştirak, egzersiz için yürüme, iki kat merdiven çıkma, ev işleri yapma ve bebek bakımı yapma” gibi on bir fiziksel aktivite değerlendirilmiş ve “kitap okuma, zekâ çalıştıran kâğıt oyunu oynama, bir müzik aleti alma ve dans etmenin” demans riskini azalttığı belirtilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte Alzheimer tip demans hastalığının grlme sıklığı da artmaktadır. 60–64 yaş aralığında %0,3–1 sıklığında görülürken, 65–74 yaş aralığında %6–7, 75–84 yaş aralığında %22, 85–94 yaş aralığında %40–50 sıklığında, 95 yaş üstünde %68,3 sıklığında görülmektedir (114). Yaşlılığın önemli bir sorunu olan Alzheimer’in önüne geçebilmek ve sağlıklı yaşlanmak için zihinsel işlevleri aktif tutan etkinliklere katılmak gerekir (114, 115).

Ruhsal sağlığı sürdürebilmek için, kişilerin yetişkinlik döneminden itibaren kendilerini yaşlılığa hazırlamaları gerekir. Böyle bir dönemin kaçınılmaz olduğunu bilinçli olarak algılayan yaşlılar, çalışma yaşamından koptuktan sonra meşgul olabilecekleri işler bulmaya, örneğin okumak, gönüllü kurumlarda görev almak, bahçeyle uğraşmak vb. gibi alışkanlıklar kazanmaya zen göstermelidir. Yaşlının geleceğinden endişe etmemesi, başka deyişle maddi ve manevi olarak güvenli bir yaşlılık süreceğini bilmesi, onu sadece sosyal yönden değil, ruhsal yönden de sağlıklı kılacaktır (77, 82, 89, 106, 116, 117, 118, 119, 120).

#### 4.2.1.4. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite:

Bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirebilmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir (70, 78, 85, 86, 99, 121). Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri zaman zaman birbirinin yerine kullanılsa da farklı anlamlar taşırlar. Fiziksel aktivite günlük yapılan işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsarken, egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketinin olmasıdır. Egzersiz; haftada en az 3–4 kez, en az 20 dk. süren yürüme, koşma, yüzme bisiklete binme gibi tekrarlar ve ritmik kas hareketlerini içermelidir (122). Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu ve yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda kas kuvvetini, kemik sağlığını, kardiyovasküler cevabı ve aktivite toleransını artırmaya da yardım eder. Ayrıca, egzersizin yaşlıların kendini iyi hissetme duygusunu etkileyen sosyal ve psikolojik yararları olduğu gibi yaşam kalitesini arttırdığı da gösterilmiştir. Yaşlanma, inaktivite ve hastalıklar arasındaki karmaşık ilişkiyi anlamak zor olsa da düzenli egzersiz ve aktivitelere katılımdaki azalma, kısa ve uzun dönem yaşlılık belirleyicisidir. Amerika’da kadınların % 70’i inaktiftir ve inaktivite, yaşlılığın yaşam tarzına bağlı primer risk faktörüdür. Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de yaşlıların aktivite ve egzersizlere katılımı yetersizdir. Yetişkinlerin bile, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı yoktur ve aktivite eğilimi de yaşla birlikte azalır (70).

Fiziksel egzersiz; zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratıp, kaygı, stres ve depresyonu azaltırken, diğer yandan sigara tüketiminde ve fazla kilolarda da azalma sağlamaktadır (123, 124, 125). Yapılan bir araştırmada, yaşlıların kuvvetleri artıkça, merdiven çıkma gibi güç gerektiren aktiviteleri başarma süreleri kısalmakta ve reaksiyonları hızlanmaktadır. Fiziksel performansları yüksek olan yaşlıların yaşamdan memnuniyetleri de artmaktadır. Teknolojik ilerlemelerle birlikte, fiziksel aktivitelere azalma meydana gelmiş ve fiziksel aktivite ile ifade edilen etkinlikler değişime uğramıştır. Dünya genelindeki meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet vakalarının yaklaşık olarak %10–16’sına ve kalp hastalıklarının %22’sine hareketsiz yaşam neden olmaktadır (106).



Sağlıklı yaşlanma sürecinde egzersiz yapmak önemli yer almaktadır. Egzersiz ve fiziksel hareketin yararlarına bakacak olursak, düzenli egzersiz (70, 86, 99, 100, 107):

**1-Biyokimyasal yönden olumlu etkiler yapar.** Egzersiz, zihinsel uyanıklık sağlayan katekolamin hormonlarının salınımını artırır. Egzersizin sürdürülebilmesi kişinin kendini iyi hissetmesini sağlayan beyindeki endorfin hormonu seviyesini artırır.

**2-Sigara içmeyi bırakırken uygulanabilecek en iyi kilo kontrol yöntemidir.** Düzenli egzersiz, sigara içme ve yemek yeme arzusunun önüne geçilmesine yardımcı olur ve daha sağlıklı yiyecek seçenekleri için isteği artırır.

**3-Strese engel olabilir.**

**4-Omurga ve kasları kuvvetlendirir, zihni açar, hormonları düzenler, bağışıklık sistemini geliştirir ve hastalıklara karşı dirençli olmayı sağlar.**

**5-Sakin olmaya ve odaklanmaya yardımcı olur; stresle başa çıkmayı kolaylaştırır.**

**6-Olumlu düşünceler üretilmesini sağlar ve kişiyi psikolojik açıdan olumlu yönde etkiler.** Düzenli egzersiz yapanlar yaşamları boyunca başarı, özgüven ve kendini kontrol hissi kazanırlar. Aynı zamanda daha azimli, duygusal olarak dengeli ve yaratıcı olurlar.

**7-Kasların gevşeyebilmesine yardımcı olur ve uyku kalitesini artırır.**

**8-Her yaşta bireyler için sosyal uyum ve kabul görme oranını artırır.**

**9-Olumlu düşünebilmeyi sağlar.**

**10-Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturur.**

**11-Bunlara ek olarak fizyolojik boyuttaki yararları ise; sistolik kan basıncında düşme, kalp hızında azalma, glikoz metabolizmasını düzenleme, kas, kemik ve tendonları güçlendirme gibi yararları vardır (70, 86, 107, 126).**

DSÖ, hastalıkları önleme ve kontrol merkezine göre fiziksel aktivitenin artması, sağlıklı yaşama süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (127). Elde edilen bulgular, fiziksel aktivite artışı ve düzenli bir egzersiz programının, yaşlanmanın getirdiği ters etkileri ve fonksiyonel kapasite kaybını azalttığını göstermektedir (128).

Yaşla birlikte fiziksel aktivite düzeyi azalmakta ve özellikle kadınlar arasında hareketsiz yaşam daha fazla görülmektedir. Orta yaş ve sonrası kabul edilebilir düzeyde fiziksel aktivite yapan bireylerde, erken ölümlerin ve ciddi hastalıkların önlenmesinde aktivitenin iki kat daha etkili olduğu gösterilmiştir. Kalp hastalıklarının önlenmesi için, dördüncü temel risk faktörü olarak, kabul edilen hareketsizliğin ortadan kaldırılmasının

yüksek tansiyon, yağ metabolizması bozukluklarının ve sigara içmenin engellenmesiyle eşit yarar sağladığı bilinmektedir (26, 127). Yaşlılıkta hareketsizlik ciddi bir sorundur. Egzersiz kaslarımızı harekete geçirerek, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan kendimizi daha iyi hissetmemizi sağlar. Egzersizler her organın özelliklerine göre ayarlanmalıdır. Örneğin: beyin için düşünme egzersizleri satranç, tavla, kâğıt oyunları, kaslar için egzersizler, yürüyüşler, yüzme, dans gibi (70).

Daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için şunlar önerilebilir;

-Kendi yapabileceğiniz işleri başkalarına bırakmayın. Bu hem sizin hareket etmenizi, hem de kendinize olan güveninizi artıracaktır.

-Her gün kitap, dergi, gazete gibi yayınlar okuyun. Okumak hem ruh sağlığımızı olumlu yönde etkiler, hem de sizin için beyin jimnastiği olur.

-Basit egzersizler yapın. Yorgunluk hissi uyandıran solunum ve dolaşım sisteminizde rahatsızlık belirtilerine neden olan egzersizler yapmayın.

-Boş zamanlarınızda açık havada yürüyün.

-Birlikte olmaktan hoşlandığınız kişilerle gezilere katılın. Parkta, bahçede, ormanlık alanda, temiz havada gezintiler yaparak, akciğerlerinize bol oksijen girmesini sağlayabilirsiniz (95, 126, 128, 129).

#### **4.2.1.5. Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemler**

Stres, bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit ya da tehlike olarak algıladığı, uygun baş etme yolları kullanıldığında uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü, uygun baş etme yolları kullanmadığı durumlarda uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreçtir. Yaşamda kalmak, gelişmek, başarılı olmak, doyumlu ve mutlu bir yaşam sürmek için aslında bir miktar stres gereklidir. Çünkü stres yaşamı sürdürmek, sorunlarımızı çözmek, yaşamın kalitesini arttırmak için bireyleri harekete geçirir (62, 111, 113, 130). Birey strese uyum sağlayamadığı zaman, bazı hastalıklarla karşılaşabilir. Bunlar; ishal, kabızlık, kusma ve ülser gibi sindirim sistemi hastalıkları, zayıflık ya da şişmanlık gibi metabolizma hastalıkları, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları ve migren gibi dolaşım sistemi hastalıkları, sedef, egzama, kurdeşen ve kaşıntı gibi deri hastalıkları, diyabet, kanser, alerjiler ve cinsel yetersizliklerdir. Bir olayın stres yaratıcı olarak değerlendirilmesi, o olayın kendinden ziyade birey tarafından algılanışı, yorumlanmasının yanı sıra kişinin

psikolojik savunmaları ve geliştirdiği başa çıkma becerilerine bağlıdır (113, 131). Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireyin stresten fazla etkilenmemesi için adaptasyon kabiliyetlerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir (113).

Genel olarak stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler bulunmaktadır. Etkili yöntemler içerisinde; gevşeme egzersizleri, olumlu düşünme, duyguları paylaşma, meditasyon, etkili iletişim becerilerini geliştirme, etkili problem çözme, sosyal destek sistemlerini geliştirmek yer almaktadır. Etkisiz yöntemler içerisinde ise; ilaç, alkol ve sigara kullanma kötü beslenme, bilişsel çarpıtmalar, içe kapanma, saldırganlık, kaçma davranışları yer almaktadır (113, 130). Stresin etkin bir biçimde yönetilmesini bireyin sorun çözme becerileri, kişilerarası ilişkilerdeki becerileri, olumlu benlik kavramı gibi kişiliğin bazı yönleri ve sosyal destek kaynakları etkilemektedir. Kişinin stresle baş edebilmesi için, hem sorun çözme hem de savunma mekanizmalarını kullanması gerekir. Baş etme tarzları, bireyin belli durumlarda zaman içinde genellikle kullandığı ya da benzer durumlarda zaman içinde tekrarladığı başa çıkma yöntemlerini kapsar. Stresle baş etmedeki bu yöntemler, yaşam içinde öğrenilir ve bireyden bireye ya da duruma göre farklılıklar gösterir. Stresle baş etmede bireylerin uyum yeteneklerini belirlemeleri ve etkin baş etme tekniklerini kullanmaları gerekmektedir (131).

Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkmayı, stresli durumlarla ilgili zorlanmaların üstesinden gelmeye yönelik, kişinin bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlamışlardır (132). Bireylerin büyük veya küçük, yaşamsal olan ve olmayan herhangi bir güçlükle karşılaşmaları, bir başa çıkma sürecini başlatmaktadır. Birey bu süreçte ilk önce stres kaynağına ilişkin bir değerlendirme yapar. Bireyin stres kaynağına ilişkin yapmış olduğu bu bilişsel değerlendirmede iki aşama vardır:

-Birincil değerlendirmede birey, olayın kendisi için ne kadar önemli olduğunu değerlendirir ve olayın kendisi için stres verici olup olmadığına karar verir.

-İkincil değerlendirmede birey, olayı stres verici olarak değerlendirdiyse “Ben bu sorunu nasıl çözerim? Çözebilecek kaynaklarım var mı? Neler yapabilirim?” sorularını kendine yöneltir.

Bu değerlendirmeden sonra birey durumla mücadele etmek için başa çıkma yöntemlerini kullanır. Stresle mücadele etmek için kullanılan teknikler başa çıkma yöntemleri olarak tanımlanır. Bireylerin kullandıkları stresle başa çıkma yolları onların psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlıklarına etki etmektedir. Bununla birlikte stresle başa çıkma yollarının etkin bir biçimde kullanılması oldukça önemlidir (132).

Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkma yöntemlerini sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma olarak iki gruba ayırmıştır.

**\*Sorun odaklı başa çıkmada** birey, durumu değiştirmek, etkilerini önlemek ve azaltmak için neler yapabilir üzerine düşünür ve harekete geçer; stres oluşturan durumu değiştirmeye çalışır. Sorun odaklı başa çıkmayı kullanma eğiliminde olan insanlar, stres yaratan durum esnasında ve sonrasında daha düşük depresyon düzeyi göstermektedirler (130, 132).

**\*Duygusal odaklı başa çıkmada** birey, stresli durumu değiştiremiyorsa, stresle ilgili duygularını ve tutumlarını değiştirmeye çalışır. İnsanlar bir sorun denetlenemez duruma geldiğinde duygu odaklı başa çıkmayı kullanırlar (132).

#### **4.2.1.6. Sağlık Sorumluluğunu Alma:**

Sağlık sorumluluğunu alma, *bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir.* Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

-Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurması,

-Düzenli aralıklarla tıbbi kontrollerini yaptırması,

-Sağlıkla ilgili konularda tartışabilmesi ve ilgili yayınları takip etmesi,

-Sağlığını sürdürmesi ve iyilik halini yükseltmesi,

-Sağlıklı ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini, bireysel çaba sarf ettiğini gösterir (133). Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak

sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına zen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (71, 96, 134, 135, 136).

#### **4.2.1.7. Kişilerarası Destek Alma:**

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili ya da grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği önemli olan bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır (137, 138). Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler, asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi, sosyal destekten etkilendiği gibi kişisel özelliklerden etkilenir ve bireyden bireye farklılık gösterir. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler (138).

Bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir. Chen (1999) alışmasında kişilerarası destek davranışı, bireylerin yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırmaları, başkaları ile anlamlı ve doyumlu ilişkiler kurmaktan, başkalarının başarılarını takdir etmekten, aile ve arkadaş gibi yakın bulunduğu bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile zebilme konularındaki soruları içeren bir ölçekle değerlendirilmiştir (139). Ailelere ev ziyareti ile verilen danışmanlık hizmetinden sonra, deney grubundaki bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur Yapılan bir başka araştırmada ise, huzurevinde kalmayan yaşlıların huzurevindekilere göre kişilerarası destek puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (137). Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık ve sakatlık nedeniyle kontrol kaybı, beden imgesinde, rollerde ve ilişkilerde değişiklikler yaşarlar ve yaşantıları bu dönem veya süreçler üzerine odaklanır. Bu dönemde bireyin ailesinden veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların üzümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur (89, 73).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem sorunun zmne hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına;

bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık gösterir (140). Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk dönemindeki yaşam deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler. Destek ve işbirliğinin gelişmesi için kişilerarası iletişimin sürekliliğinin olması gerekir (141, 142). Kişilerarası iletişim veya ilişki arkadaşlar arasında, aile bireyleri arasında, sosyal çevre ve mesleki çevre arasında olan ilişkilere dir (138).

Kişilerarası ilişkiyi belirleyici faktörler;

-Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler),

-Değerler (değer sisteminde yaş, cinsiyet, inançlar rol oynar),

-Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve adetler),

-Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları) ile sosyal konum kişilerarası ilişkiyi belirleyici rol oynar.

#### **4.2.1.8. Kendini Tanıma–Var Olma:**

Kendini tanıma, *güçlü/zayıf ve gelişmeye açık yönleri bilmek, duyguları tanımak, bu farkındalığı düşünce ve davranışlara rehber olacak şekilde kullanmak ve kendini açık bir biçimde ifade edebilmektir.* İnsan yalnızca geçmişte ne olduğuyla tanımlanmaz, şimdi ne olduğu ve geleceğe doğru hangi yönde hareket ettiği ile anlam kazanır. Sağlıklı bir iletişim kurabilmenin ve karşı tarafı anlayabilmenin ilk koşulu kendini tanımadır (139). Tüm insanların kendileri hakkında bilgileri olmasına rağmen, bu kendini tanıdıkları anlamına gelmemektedir. Kendini tanımayan, diğerlerinden ve durumlardan nasıl etkilendiğini bilmeyen insanlar iletişim güçlükleri ve çatışmalarını sık yaşarlar. Bu çatışmalar sadece mesleki ilişkilerde değil tüm ilişkilerde sıklıkla yaşandığı için oldukça yıpratıcı ve ilişkilerden alınan doyumunu azaltıcı bir durumdur (143). Kişilik gelişimi önemli ölçüde etkileyen, kişilerarası iletişimi biçimlendiren etkenlerden biri de kültürdür. Kültürel özelliklerin kişilik gelişimini etkilediği gibi, kendini algılama, tanıma ve değerlendirmede de büyük rol oynayabileceği söylenebilir (106, 144, 145, 146). Kendi varlığının ve kendisine neler olduğunun bilincindedir. Kendini tanıyan kişi çevresindekilerden nasıl etkilendiğini ve çevresindekileri nasıl etkilediğini bilir. Bu bilgilere dayalı olarak kendi iletişimini yönetebilme olanağına sahip olur. Kendini tanıyan kişi sorunlar karşısında kullanabileceği baş etme yöntemine hızla karar verebileceğinden sorun çözmede başarılı

olacak, kendi kapasitesini tanıyabildiğinden yeterli hissedecek ve kendini var etme gereksinimini karşılayabilecektir. Kendini tanıyan birey, kendisini mutlu ve memnun hissetmek için neler yapabileceğini bilir (146). Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğunu inanması da onun kendini var ettiğini gösterir. Var olma, kişinin kendi içinde gelişmeye ve kişiliğın birliğine yönelik bir güçtür. Bireyin sağlıklı bir kişilik geliştirmesi, çevresine uyum sağlayabilmesi, toplumsal işlevlerini yerine getirmesi ile kendini var etme düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır.

Birçok kuramcının farklı şekilde ele aldığı var olma süreci yaşamın başlangıcında başlamaktadır. Kişinin bu sürece girebilmesi çok önemlidir.

Maslow'un insan gereksinimleri Teorisine göre kendini var etme bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır. Diğer bir anlatımla psikolojik bakımdan sağlıklı bireylerin kendilerini olduğu gibi kabul edip kendilerinden şikâyetçi olmamaları; aynı zamanda kendileri ile doyum sağlayarak, eksiklik veya hayatlarından dolayı rahatsız olmamalarıdır.

Maslow'un insan gereksinimlerine göre, aşağıdaki niteliklere sahip olan kişiler kendini var etme yolunda olan sağlıklı kimselerdir.

- Gerçekçi olma,
- Kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme,
- Sorunların çözümüne dönük olma,
- İnsanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme,
- Kişilerarası derin ilişkiler kurma,
- Demokratik karakter yapısına sahip olma,
- Amacı araçtan ayırma,
- Filozofik gülmece duygusu geliştirme,
- Yaratıcı olma,
- Özel ve yalnız yaşamdan zevk alma,
- Günlük yaşamında yenilikler bulma,
- İçinden geldiği gibi davranma (67).

Sağlıklı bir yaşam için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözüm bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyumsuzlukları çözümlene yeteneğinin, etkin biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif girişimde bulunma kapasitelerinin olması gerekmektedir (90).

### 4.3. SAĞLIKLI YAŞLANMA VE HEMŞİRELİK

Günümüzde sağlık bakım sistemi, çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda sürekli değişime uğramakta ve bu değişim sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünden etkisini sürdürmektedir. Sağlığın geliştirilmesi alanında meydana gelen bu değişikliklere ve DSÖ'nün önerilerine paralel olarak da son yıllarda hem toplum, hem de siyasi kurumlar, sağlık bakım politikalarını sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme üzerine odaklanmaktadır (100). Her ülke kendi hedeflerini belirleyerek, hastalıklara yakalanma oranını düşürecek, sağlığın kalitesini yükseltecek ve sağlıklı uzun ömürlü yaşam sürmeyi sağlayacak amaçlara ulaşacak stratejilerini uygulamaya koymaktadır (147). Hızlı kentleşme, teknolojik gelişmeler günümüz insanının hayatını her an etkilemektedir. Bir yandan insanlara yardımcı birçok araç gereç icat edilirken diğer yandan insanlar daha az hareketsiz ve stresli bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedir. Bir toplumun sağlık düzeyi, sağlıklı bireylerin varlığı ile değerlendirilir. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun korunması ve devamlılığının sağlanması sağlık personelinin temel amacı olduğu kadar kişinin kendi sorumluluğudur (146). Hemşireler mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Hemşirelerin sağlığı geliştirme eylemleri arasında;

- Sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlıklarının tespit edilmesi
- Topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıklı davranışların sağlığı geliştirme davranışları ile yer değiştirmesi sayılabilir (17, 148).

Amerikan Hemşireler Birliği hemşirenin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili rolünü şöyle belirlemiştir. “*Hemşire, bireylerin ve sağlık gruplarının gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur*” (149). Dolayısıyla bireyin kendini gerçekleştirmesinde hemşirenin önemli rolü vardır. Temel sağlık hizmetlerini üstlenen hemşireler, değişik ortamlarda ve çeşitli düzeylerde sağlık sorunları olan kişilerle doğrudan ilişkileri nedeni ile sağlığın



korunması , geliştirilmesi ve sağlık eğitimi için anahtar roller üstlenmektedir (26). Sağlık bakım sisteminde hemşirelik, felsefesi ve uygulamaları ile sağlığı geliştirme konusunda önemli bir konumdadır. Hemşirenin, sağlığı geliştirmede önemli işlevleri vardır. Bunlar;

**1-**Hemşire bireysel, ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle var olan sorun hakkında tanı koyar, sorunun çözümü için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar.

**2-**Hemşire, bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukların taşınmasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanmasına ve uygulanmasına yardımcı olur. Bireyin sorumlulukları, hemşire tarafından belirlenebilir ve birey desteklenebilir.

**3-**Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktivitelerini yapmaya cesaretlendirir.

**4-**Birey ya da hasta kendi durumlarını, sağlık sorunlarını ve tıbbi tanımlarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme hakkına sahiptir. Yine kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakları da vardır. Hemşire, bireyin savunuculuğu ve haklarını bildirici role sahiptir.

**5-**Hemşire yapılması gereken aktiviteleri bir sistem ve program içinde gözden geçirir, öncelikleri belirler, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimde bulunur.

**6-**Hemşire, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici role sahiptir. Sağlık ve hastalık hakkında ya da gereksinim duyulan durumlarda düzenli ve programlı bir şekilde eğitim verir (150).

Hemşirelerin doğrudan bakım, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunmaktadır (151, 152). Hemşire sözü edilen bu işlevleri yerine getirirken, özellikle yaşam kalitesini ve iyilik halini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar veya erken tanı ve tedavinin öncelik taşıdığı sağlıktan sapma durumlarından bilgi verme ve danışmanlık yapma becerilerine sahip olmalıdır. Hemşirenin önemli görevlerinden biri de çalıştığı ortamlarda, riskli grupların sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Yaşlılarda bu riskli gruplar arasındadır. Bu nedenle hemşireler, sağlıklı yaşlıların bakımına katılmalıdır. Amaçları ise, kaliteli bir yaşama sahip

olmak ve yaşamdan doyum almalarını sağlamak için, yaşlıların bağımsızlıklarını sürdürmelerine ve kendi kendine bakımlarını yapmalarına yardımcı olmaktadır (150). Sağlık eğitiminin önemli bir uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için en iyi stratejileri ve son gelişmeleri her zaman yakından takip etmek zorundadırlar (153).

#### **4.4. YAŞLI BAKIMI**

Yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler tüm sistemleri etkiler ve temel olarak duyuşal zayıflıklar, ruhsal sorunlar ve kronik hastalıklar ortaya çıkar, fizyolojik ve anatomik değişiklikler sebebi ile fiziksel güç ve hareketlerde sınırlılıklar yaşanır. Yaşlılar, stres ve değişen koşullara uyum ve bağışıklığın azalması nedeniyle daha sık hastalanırlar. Bu ve benzeri sağlık sorunları nedeniyle daha önce başarıyla yürütölen pek çok temel günlük yaşam aktivitesi yürütölemez hale gelir. Kurumsal bakıma gereksinim duymadan ya da birine bağımlı olmadan, yaşlının yaşamını sürdürmesi, istendik bir durumdur (154). Ancak 65 yaşın üzerindeki bireylerin giyinme, yemek yeme, tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinden en az bir ya da birkaçını yerini getirmede zorlandıkları, 75 yaşın üzerindeki ise hastalık ve sakatlık görölme sıklığının arttığı, bu nedenle de yaşlının, ilerleyen yıllarda bir şekilde bakım almaya gereksinim duyduğu bilinmektedir (155). Tüm bu faktörlere bağılı olarak yaşlılar; sağlık, sosyal ve ekonomik yönden korunmaya, bakıma ve gözetime daha fazla gereksinimi olan insanlar haline gelir (73). Bu bağlamda hızla artan yaşlı nüfusun fiziksel ve mental sağlığını koruyucu önlemler alınmalı, yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler tanınarak yaşlının genel bakımı planlanmalıdır (4, 7, 8, 73, 156).

Dolayısıyla yaşlılık sorunları içinde, önemli sorunlardan biri kuşkusuz yaşlının bakım sorunudur. Tüm disiplinlerin ortak çabası yaşlının bakımı sorunun çözümü noktasında birleşmektedir. Ülkemizde yaşlının bakımı genelde %60-80'i aileler tarafından karşılanmaktadır (155, 157). Bakıma muhtaç yani kendine yetemeyen yaşlıların bakımını genelde çocukları üstlenmektedir. Çocukların

yetersiz kaldığı durumlarda ise kurum bakımı yapılmaktadır. Ama gerek yaşlının bakımı aile içinde gerekse de kurum bakımında yapılsın bir takım sorunlar doğurmaktadır. Bu sorun hem yaşlıyı hem de yaşlıya bakan kişileri etkilemektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları deneyimlerin olumlu olması durumunda yaşlının varlığı aileyi desteklemekte, olumsuz olması durumunda ise bakım verme güçlüğü yaşanmaktadır (29, 56, 59, 151, 157, 158).

Yaşlının bakım sorunu, sanayileşme ve kentleşme süreciyle birlikte geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler yaşlının, aile içindeki eski rolünü yitirmesine neden olmaktadır. Yaş, prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılıklar nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlının bakım sorunu daha çok aileleri etkilemektedir. Eskiden ailelerde yaşayan birey sayısı kalabalık ve yaşlı sayısı azdı. Bugün ailelerde birey sayısı azalmış ve yaşlı birey sayısı artmıştır. Eskiden yaşlının bakımı aile içinde paylaştırılıyordu ve bakım sorunu aile içinde çözülüyordu. Bugün ise aile ve çalışma yaşamının farklılaşması nedeniyle yaşlının bakımı sorun haline gelmiştir. Birçok faktör bu sorunun artmasına etkilemektedir. Özellikle kadının iş hayatına atılması, bakım sorunun gelecekte daha da artacağını göstermektedir (151, 152, 156, 157). Bir taraftan nüfusun yaşlanması, diğer taraftan aile yapısında meydana gelen değişimler yaşlı nüfusun bakım ihtiyacının nasıl karşılanacağı konusunu gündeme getirmektedir.

Yaşlıların sağlığı, parçası oldukları toplumun sağlığı ile yakından ilişkilidir. Bu yüzden yaşlı sağlığı, esas olarak içinde bulunduğu toplumun yaşama koşulları ve çevrenin niteliği tarafından belirlenmektedir. Yaşlıların sosyal durumu ve mevcut kabiliyetlerindeki değişimler özel yaklaşımlar gerektirebilir. Bu noktada, yaşlılıkta sağlığın sürdürülmesi için üç hedef ele alınmaktadır. Bu hedefler; mevcut kabiliyetlerin sürdürülmesi ve artırılması, öz bakım becerilerinin sürdürülmesi ve ilerletilmesi ve sosyal ilişkilerin desteklenmesidir (159).

Dramalı ve arkadaşları (1998)'nin evde bakımı içeren çalışmalarında bakım verenlerin %89'unun kadın ve %56'sının eş olduğu bildirilmektedir (160).

Almanya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre; çalışan ve bakıma muhtaç yaşlısına bakanların %60'ında fiziksel şikâyetlerin bulunduğunu göstermiştir. Ayrıca genel sağlık durumlarının normalin çok altında olduğu ve her an bir hastalık olayının ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (161).

Amerikalı bilim adamları, bakım görevini yürütmek ve aynı anda çalışmak zorunda olan kişilerde; korku, depresyon, uykusuzluk ve baş ağrısı şikâyetlerine daha sık rastlanıldığını belirlemiştir (151, 161).

Yaşlılarımızın çoğu (%63) kendi evlerinde, bir kısmı (%36) çocukların yanında ve sadece %1 kurumlarda bakılmaktadır. Geleneksel değerlerimizin ve buna bağlı aile yapısının isteyerek ya da istemeyerek zorunlu olarak değişimi, yaşlıların aile içinde bakımını zorlaştırmaktadır (156).

Baran ve arkadaşları (2005) tarafından yaşlı ve aile ilişkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; yaşlıya bakım veren bireylerin (oğlu, gelini, kızı, damadı, torunu v.b.) %69,5'i yaşlıya oğlu/gelini veya kızı/damadı'nın bakması gerektiğini düşünürken, yaşlıların ücret karşılığı (%3,5) veya kamu kuruluşları (%5,5) tarafından bakılması gerektiğini düşünenlerin oranı oldukça düşüktür. Ayrıca yaşlıların %93,8'i çocuklarıyla yaşamaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ev kişinin kendisini rahat ve mutlu hissettiği, alışık olduğu bir ortamdır. Bu nedenle ev, fiziksel ve ruhsal olarak, içindeki kişiler ve donanımıyla hastane ve kurum ortamından farklı özellikler taşır (162). Kurum bakımı alma, yaşlı ve aile tarafından sosyo-kültürel değer, dini inanç ve gelenekler nedeniyle, genellikle tercih edilmemekte, son yıllarda da yaşlı bakımında ailenin rolü üzerinde durulmaktadır (155, 157, 162).

Yaşlılıkta bakıma muhtaçlık üzerine yapılan araştırmaların içerisinde birinci sırada, ABD onu Britanya, Japonya, Almanya, Fransa ve İtalya izlemektedir. Türkiye'de tahminen 1.75 milyon bakıma muhtaç yaşlı yaşamaktadır. Bunların 300.000'ni Alzheimer hastasıdır. Bunun yanı sıra bedensel, zihinsel, görme, işitme, konuşma ve özürlü yaşlıda bulunmaktadır (114, 163).

Tufan (2011)'in bakıma muhtaç yaşlısı bulunan 543 aile ve bu durumda olmayan 2 bin 957 aile ile yaptığı araştırmasında; bakıma muhtaç yaşlısı bulunan

aileler, diğerlerine göre 5,7 kat daha fazla sorunla karşı karşıya kalırken, sosyal çevreden 4 kat daha fazla soyutlanıyor ve yaşlısına bakan bireylerde 4,2 kat fazla bedensel rahatsızlıkları bulunuyor ve diğer ailelere göre 2,4 kat daha fazla ekonomik baskıyla karşı karşıya kalmaktadır. Yine aynı araştırma sonucuna göre bakıma muhtaç yaşlısı bulunan bireylerin %82'si geleceğe karamsar bakarken, diğer grupta geleceğe karamsar bakınların oranı % 27'de kalmaktadır (163).

DSÖ ve Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) (1997), kısa bir süre önce “Yaşlıların Ruh Sağlığı için Bakım ve Organizasyon İlkeleri”ni içeren bir görüş birliği raporu yayınlamıştır. Bu rapora göre, il sağlık hizmeti ve iyi yaşam nitelikleri, temel bir insan hakları gerçeği olarak, yaşlı insanların da hakkıdır. Tüm yaşlılar bu yasalar gereği bu hizmetlerden yararlanma hakkına sahip olmalıdır (164, 165, 166, 167). Toplumda siyasal yönetimi ellerinde bulunduran güçler; ruh sağlığı sorunu olan yaşlılar, aileler, bakıcılar ve sivil toplum örgütlerinin etkin katılımını sağlayarak ve iş birliği yaparak, bu alanda sunulacak hizmetin daha iyi hâle getirilmesi, devamlılık kazanması ve yerel gereksinimlerin saptanması sorumluluğunu taşımaktadırlar. Yaşlı bakımının iyi nitelikler taşıması, geniş kapsamlı, kolay ulaşılabilir, uyumlu, bireye özgü, etik ve kültürel değerler karşısında, multidisipliner ve sistematik olmasına bağlıdır (165). Yaşlıların ruh sağlığı açısından bakım gereksinimlerini saptamadan önce önlem alma ve erken tanı öncelik taşır. Psikiyatrik tanıyı da içeren geniş kapsamlı bir tıbbi ve sosyal değerlendirme gereklidir. Bu girişim, olabildiğince hastanın doğal ortamında gerçekleştirilmelidir. Saptanan sorunlarla baş etme ve tedavi yöntemleri, sorunla ilgili tüm odakların işbirliği ile uygulanmalıdır. Bakımın devamlılığı, bilgilendirme, destekleme, danışmanlık ve olası sorunlara erken müdahale esastır. Hangi ortamda olursa olsun, bakım sorumluluğunu üstlenenlerin gözetilmesi, desteklenmesi ve zaman zaman dinlendirilmesi hizmetin verimliliğini artıracaktır. Yaşlı kişilerin yasal haklarının savunulması için hizmetin planlanması gerekir. Hizmeti mümkün olabildiğince yaşlı bireyin doğal ortamında sunulması amaçlanmakla birlikte, bakıcı yokluğu, yalnızlık ve ailede kriz ortaya çıkması gibi birçok nedenle, bakım evlerinin varlığına ve işlevselliğine büyük gereksinim duyulmaktadır (163, 164).

Türkiye’de, huzurevleri yaşlı bireyler için kaliteli bir yaşlılık döneminin geçirileceği yerler olarak görülmekten çok, “sığınılacak bir yer” anlamına gelmektedir. Bu nedenle toplumumuzun olumlu tutumlar geliştirmesini sağlamak, huzurevi ve bakımevlerinin yaşamın son durağı olarak görülmesini engellemek yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Bunlardan ilki, nitelikli bakım elemanı gereksinimidir. Kurum bakımı kapsamında verilen yaşlı hizmetlerinin sunumu yeterli eğitimi almamış, yardımcı hizmetliler tarafından yürütülmektedir. Bu bağlamda yaşlı bakım hizmetlerinde istihdam edilecek eğitimli personellere gereksinim kaçınılmazdır. 2007 yılında Türkiye’de, Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı’nda belirtildiği gibi, günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar, yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmaktadır (9). Üretken, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden başarılı ve bağımsız bir yaşlanma hedeflenmektedir. Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması, yalnızca bireysel özellikleri ile değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psikoloji, sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleri ile de yakından ilişkilidir (166). Türkiye’de yaşlı bakımının, kuruluş amacının bakımın odaklı olduğu bilinen bir gerçektir. Ancak toplumsal gelişim sürecinde yaşlı bakımına yönelik yeni modellerin geliştirilmesi, yaşlı evleri, gündüz bakımevleri ve evde bakım hizmetlerine yoğunlaşması, aile içerisinde bakımın desteklenmesi ve bakım veren kurumlarda kalite standartlarının belirlenmesi bir gerekliliktir. Huzurevinde yaşayanlar için sosyalizasyonu artırmaya ve bireysel yeteneklerini kullanmalarına olanak sağlayacak sosyal ve kültürel etkinliklerin düzenlenmesi ve yaşlıların katılımlarının desteklenmesi de bir gereksinimdir.

Huzurevleri, yaşlı dayanışma merkezi ve yaşlı bakımevlerine duyulan ihtiyaç kaçınılmazdır. Türkiye’deki yaşlı nüfus artışı göz önüne alındığında, şu andaki sayının yeterli olmadığı düşünülmektedir. Var olan kurumların ise nitelikli hâle getirilmesi ve tüm dünyada benimsenmiş olan evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması için çalışmalar hızlandırılmalıdır. Ayrıca yaşlıların birlikte zaman geçirebilecekleri yerlerin sayısının artırılması ve çevre düzenlemelerinin yapılması da gereklidir (165).

Yaşlılara yönelik hizmet sunumu risk yaklaşımı ile ele alınarak, risk düzeyine göre planlanmalı ve sunulmalıdır. Ancak bu şekilde, yaşlılık

dönemindeki sorunlar önlenebilir, geciktirilebilir ya da sakatlık, bağımlılık, erken ölüm gibi ikincil olaylar en aza indirilebilir. Yaşlı sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler yalnızca yaşlılık dönemine özgü değildir. Bu girişimler doğum öncesi dönemden başlayarak yaşam boyu sürdürülmelidir (166). Yaşlı sağlığını koruyucu ve geliştirici girişimlerin başarılı olması, halk sağlığı yaklaşımı ile yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerini göz önüne alarak planlanan bir yaşlı sağlığı politikasına bağlıdır. Bu politika topluma dayalı bakım temelli olmalıdır. Bakım dar anlamda tıbbi bakım olarak algılanmamalıdır. Topluma dayalı bakım, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi, hastalık ve engelliliğin önlenmesi, geciktirilmesi ya da etkilerinin en aza indirilmesi amacıyla yaşlılara kendi yaşam alanlarında sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulmasıdır (167). Bu şekilde; yaşlıların kendi evlerinde bağımsız kalmaları sağlanabilir. Bu bağlamda, erişim engeli olmadan, tüm yaşlıları kapsayacak bir sağlık politikası oluşturmada temel sorumluluk devlete ait olmalıdır.

#### **4.5. TÜRKİYE’DE YAŞLILARA SUNULAN HİZMETLER**

Günümüzde pek çok ülke uluslararası öneriler, kendi gereksinimleri ve olanakları ölçüsünde toplum içinde hassas bir grup olan yaşlılarla ilgili politikalar belirlemiş, mevzuatlarında yaşlıyı koruma ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik hükümlere yer vermiş ve çeşitli hizmetler sunmuştur (8, 9, 10). Yaşlılara sunulan hizmetler; sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik hizmetleri ile ilgilidir. Dünyada yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerine bakıldığında çeşitli gereksinimlere yönelik olarak farklı özellikte hizmetler olabileceği görülmektedir. Yaşlıların çoğunluğu toplum içinde hiç yardım almadan ya da çok az yardımla yaşamaktadır ve bu kişilere yönelik hizmetler yaşlıları fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarından koruyarak bağımsızlığı sürdürmeyi destekleyici türdedir. Bu hizmetler yaşlılara belirli bir kurumsal yapı içinde ya da toplum içinde evinde sunulabilmektedir. Kendine bakımda sınırlılığı ve sürekli ya da kısmi tedavi desteğine gereksinimi olanlar hastane, rehabilitasyon merkezi ya da evde bakım hizmetleri ile desteklenebilmektedir (29, 165, 168).

Yaşlı bakım hizmetleri, sosyal hizmetlerin çalışma alanlarından biridir. Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan yaşlı ilkelerinde, yaşlının aile ve toplum tarafından desteklenmesi,

ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri sağlanması ve yaşlıya yönelik hizmetlerin çoğunun devlet tarafından sağlanması gerektiği bildirilmektedir (169). Türkiye’de yaşlı hizmetleri ilk defa 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla, kamu hizmetleri içerisindeki yerini almıştır. 1982 Anayasanın 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak *“Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir”* hükmü yer almaktadır (170).

Türkiye’de, sosyal hizmetler 1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ile hukuken tanımlanmıştır. Buna göre; “sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü”dür (171).

Yaşlılık döneminde, hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın sürdürülmesi için sosyal ve fiziksel koşullar, diğer yaş dönemlerine göre ön plana daha çok çıkmaktadır. Bunun için bu dönemde verilen sağlık hizmetlerini, sosyal hizmetlerden bağımsız düşünmek olanaksızdır. Yaşlılık döneminde verilen sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin temel amacı, yeti yitimini önlemek olmalıdır. Erken tanı ve erken girişim, yeti yitimini önlemede birincil düzeyde önemlidir. İkincil ve üçüncül düzeyde ise yeti yitiminin ilerlemesini önlemek ve günlük yaşamda bu nedenle yaşanan sıkıntıları hafifletmek vardır (172).

Yaşlılar için verilecek hizmetin temel amaçları şöyle özetlenebilir (173).

- Kendi evlerinde olabildiğince uzun bir süre bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak,
- Yaşlılık, evsizlik ve bakım gereksinimi gibi durumlarda, uyum sağlayabilecekleri alternatif yerleşim olanakları sağlamak,
- Fiziksel ya da mental hastalık nedeni ile gereksinim duyulan durumlarda uygun hastane koşullarını sunmak olmalıdır.

Sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korumaya, bakıma, yardıma muhtaç yaşlılara, devletin denetim ve gözetiminde, halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde hizmet sunma amacı doğrultusunda,



muhtaç yaşlı kişilerin gereksinimlerini karşılamak için Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) yasası kapsamında, huzurevleri kurulmasına başlanmasının yanı sıra yaşlı dayanışma merkezi, evde yaşlıya yardım projesi, ihtiyarlık maaşı gibi hizmetler de başlatılmıştır (174). 2009 yılında İzmir’de gerçekleştirilen Uluslararası Sosyal Bakım Sempozyumu’nun sonuç bildirisinde; yaşlının aile (toplum) içinde üretken ve bağımsız bir yaşam sürdürmesinin önemi vurgulanmış ve yaşlılara sunulacak en yaygın hizmet türünün dışarıdan profesyonellerle desteklenen sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri olduğu gerçeğinin altı çizilmiştir Yaşlılara götürülen sosyal refah hizmetleri iki başlık altında toplanabilir (175).

**1- Sosyal güvenlik hizmetleri:** Sosyal Güvenlik Kurumu’na bağlı olarak çalışmış yaşlılar güvenlik kapsamında yer alırlar. Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan 65 yaş ve üzerindeki bireyler; 1976 yılında yürürlüğe giren 2022 sayılı “65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz, kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkındaki yasa” ile güvence altına alınmaya çalışılmıştır (176, 177).

**2- Sosyal Hizmetler:** Ülkemizde sosyal yoksunluk ve/veya ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların yaşam standartlarını koruma ve yükseltme amaçlı tüm hizmetleri planlamak, düzenlemek, izlemek, koordine etmek ve denetlemekle görevli SHÇEK’in bu hizmetleri kurum, bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı kulüpleri, yaşlı hizmet merkezleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, olmak üzere toplam beş temel alanda toplanmaktadır (173, 177).

#### **4.5.1. Rehabilitasyon**

Rehabilitasyonun temel felsefesi; “saygı, özgüven, sevgi ve değer verme kavramlarına önem vererek yaşlı bireylerin saygınlık ve önemliliğini ortaya koyulmasını içermektedir”. Bu yaklaşımdan yaşlı bireyin potansiyelini geliştirme ve sonuna kadar kullanma hakkı doğmaktadır. Kapsamlı ve çağdaş rehabilitasyon hizmetlerinin her aşamasında farklı görevlere, farklı öneme sahip profesyoneller; multidisipliner ve interdisipliner bir ekip çalışmasıyla, yaşlı bireylerin bu potansiyellerini en üst düzeyde gerçekleştirmelerini amaçlamaktadır. Bu ekibin temel üyelerinden olan hemşire ise; rehabilitasyon sürecinin başlangıcından

sonuna kadar bireyin sınırlılıklar içerisinde, olası en yüksek bağımsızlık düzeyine ulaşmasında bireye tüm olanaklar sağlamakla görevli bir profesyonel bireydir (178). Geriatrik rehabilitasyonda amaç; yaşlı bireye tıbbi ve cerrahi bir olayın neden olduğu kısıtlılıklardan, kayba kadar varan süreçte; işlevsel bağımsızlığı geri kazanmasını sağlayacak girişimlerde bulunmak ve mümkün olduğu kadar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneğini yeniden kazandırmaktır.

Hemşirelerin sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından üç düzeyde ele alınmaktadır.

**1.Birincil korunma:** Hemşire yaşlı bireyi hastalıktan ya da yaralanmalardan korumak için özel önleyici uygulamalarda bulunur.

**2.İkincil korunma:** Erken tanı ve hastalıkların bozuklukların tedavisini içermektedir. Hemşireler yaşlı bireylerin sorun alanlarını belirler, zamanında harekete geçilmesi için girişimlerde bulunur/ uygun tedavi ve bakım uygular.

**3.Üçüncül koruma:** Bu düzeydeki korunmada ise; bireydeki hastalığın olası komplikasyonlarının önlenmesine, sakatlıkların en aza indirilmesine ve rehabilitasyon girişimleri ile işlevselliğin en üst düzeye ulaştırılması amaçlanır. Üçüncü düzey korunma esas alındığında; yaşlı rehabilitasyonunda hemşirenin en önemli hedefleri; hastanın ailenin eğitilmesi, hastanın özbakım becerilerinin geliştirilmesi, hastanın cesaretlendirilmesi, gerekli destek programlarının verilmesi, uğraş ve meşguliyet becerilerinin kazandırılması, hastanın gelişiminin sürekli değerlendirilmesi olarak sıralanabilir (179).

Yaşlıların hemşirelik bakımı, geriatri hemşireliği olarak adlandırılabilir. Geriatri hemşireliği, yaşlıların özgün gereksinimlerini anlayan ve geriatrik bakım ve rehabilitasyonu planlamada beceri sahibi hemşirelerin, bakım etkinliklerini kapsar. Yaşlı bakımı alanında çalışan hemşirelerin yaşlılara özgü fiziksel, psikolojik, yasal, etik ve ekonomik konular ile yaşlılarla ilgili ulusal ve yerel yardım kaynakları konusunda bilgi sahibi olması gereklidir. Hemşirelerin yaşlı bireylerin gereksinimlerine yanıt verebilmeleri için normal yaşlanma sürecini anlamaları ve akut ya da kronik sorunları olan yaşlıların bakımı için hazırlanmaları gerekir. Bu nedenlerle temel eğitim içinde tüm bilim dallarına entegre biçimde yaşlanma ile ilgili temel bilgi, beceri ve tutumun kazandırılması önemlidir. Hemşire yaşlı ile çalışırken bakımın sürekliliğini

sağlamak, kaliteyi iyileştirmek ve bakımı yönetebilmek için hemşirelik bakımını planlayarak vermeli ve kaydetmelidir (178).

Geriatrik Rehabilitasyonda Hastanın Değerlendirilmesi: Rehabilitasyon programına başlamadan önce; yaşlı bireyin işlevsel durumu, genel sağlık durumu ve fizyolojik fonksiyon ve kapasitesi rehabilitasyon ekibi tarafından ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Rehabilitasyon hemşiresi yaşlı bireyi değerlendirirken, fiziksel, sosyal, duygusal, entelektüel ve tinsel (manevi) boyutlara ilişkin tanılama yapmalı bunun için de uygun tanılama araçlar kullanılmalıdır. Hemşire tanılamada elde ettiği verileri değerlendirerek, uygun girişimleri planlar, uygular ve bunların sonuçlarını değerlendirir (178).

Yaşlılarda sağlık sorunları ve çözümleri çeşitlilik göstermektedir. Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesine odaklanmaktadır. Yaşlılara yönelik bakımda hemşireler hasta savunucusu, bakım verici, eğitici, danışman ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedir (180, 181, 182). Ayrıca yaşlı bireyin bakımındaki temel amaçlardan biri bağımsız hareket edebilmesini, yaşlının kendi kendine bakımı için neler yapabileceğini ortaya koyabilmektir. Bunu profesyonel olarak yapacak kişi ise yine yaşlı bakım hemşireleridir. Sağlığın ve fonksiyonların sürdürülmesi, hastalıkların erken dönemde kontrol edilmesi yaşlı bakım hemşireliğinde önemlidir. Yaşlı bakım hemşiresi sorumluluğuna aldığı yaşlıyı iyi tanımalı ve öz bakım gücünün farkına varabilmelidir (181, 183).

Dünyada ve Ülkemizde giderek artan yaşlı nüfusa yönelik olarak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, ulusal ve uluslararası girişimlerle birlikte, yaşlı bireye sunulan hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin de artması gerekmektedir. Dünya literatürüne bakıldığında hemşirelik bakımının yaşlılar içerisinde ağırlıklı olarak ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirildiği görülmekte olup, bu yolla bireylerin hem sağlık hizmetlerine ulaşımının artırılması hem de tanımlanmamış sağlık sorunlarının belirlenerek uygun girişimlerde bulunulması hedeflenmektedir (179).

Koruyucu sağlık bakımı, sağlığı sürdürmenin dinamik boyutudur. Sağlık bakımında bu yaklaşım, sağlığı artırma ve geliştirme üzerine odaklanmaktadır. Dünyada sanayi toplumuna geçiş süreciyle birlikte gündeme gelen” maliyetlerin

düşürülmesi” kavramının sağlık sektörüne yansımalarından birisi de “evde bakım” hizmetleridir. Günümüzde yaşam süresinin uzaması sonucunda ileri yaşta olanların sayısının artması; tıp ve teknolojideki gelişimin sağlık hizmetlerinin bir çoğunun evde verilmesine olanak tanınması; hastanede yatış süresinin kısalması ve günlük cerrahinin artması evde bakımın önemini arttırmıştır. Evde bakıma gereksinim duyanların büyük bir çoğunluğunu yaşlılar oluşturmaktadır (184). Avusturya’da 1998’de hizmet alanların %83’ü, Almanya’da %78’i, Amerika Birleşik Devletleri’nde %63’ü, 65 yaş ve üstündekileri oluşturmaktadır (184). Ülkemizde de evde bakıma gereksinim duyan yaşlı sayısı giderek artmaktadır (152, 185). Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında geliştirilen “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı” stratejilerinden biri yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı 2005 yılında “Evde bakım hizmetlerinin” sunumu hakkında yönetmelik hazırlamıştır. Evde bakım esas olarak bireyin gereksinimlerinin evinde karşılanmasını kapsamaktadır (152). Yaşlının evde bakımı; sağlık ve sosyal hizmet gereksiniminin belirlenip para ödenerek alınacak hizmetlerin ve ödeme yapılmaksızın alınacak aile ve arkadaş yardımlarının koordine edilerek yaşlı bireyin mümkün olduğunca bağımsız yaşamasını sağlamak olarak tanımlanır. Yaşlının evde bakımında amaç, yaşlının sağlığının, işlevinin ve rahatının en üst düzeyde sürdürülmesini ve bozulduğu durumlarda düzeltilmesini sağlamaktır. Yaşlının kendi bakımına aktif olarak katılımı çok önemlidir.

Yaşlının uygun bakım alabilmesi için onun;

- 1- Fizyolojik, ekonomik ve sosyoekonomik durumu
- 2- Yakınları ve bakımında yer alanlar,
- 3- Gereksinim duyduğu hizmetler,
- 4- Yaşadığı ortam olmak üzere dört temel alana ilişkin bilgi toplanmalı ve değerlendirme yapılmalıdır.

Yaşlıya yönelik yapılan bilgi ve değerlendirmeler doğrultusunda, sağlık ekibi tarafından yaşlının da katılımı ile bakım veren kişinin eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Yapılacak eğitimle yaşlıyı kendi bakımı ve bağımsızlığı için gerekli bilgi ve beceriler kazandırılır.

Eğitim ve uygulamalar;

- Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi,

- Yaşlanma nedeniyle gelişen fizyolojik, psikososyal değişiklikler ve yaşlılarda sık görülen kronik hastalıklarla baş etme,
- Evde güvenlik ve emniyetin geliştirilmesi olmak üzere temel üç alanda gerçekleştirilir.

Bakıma yönelik temel bilgi ve becerilerin öğretilmesi, yaşlının geri kalan ömrünü işlevsel ve daha az sorun yaşayarak sürdürmesine katkıda bulunur (185, 186).

#### **4.5.2. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi**

Hastalık ve yeti yitimi gibi riskler, yaşlı insanlarda belirgin bir artış göstermesine rağmen, sağlığın bozulması, yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm, koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli kritik sorun, yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır (185). Yaşlılarda azalan fizyolojik rezerve bağlı olarak ortaya çıkan ve klinik açıdan önem arz eden durumlar şöyle sıralanabilir:

- Yaşlılarda hastalık belirtileri sıklıkla atipiktir,
- Sıklıkla birkaç sağlık sorunu bir aradadır,
- Kompanzasyon mekanizmaları zayıflamıştır,
- İyileşme süreci gençlere oranla daha yavaştır,
- Koruyucu önlemler bu yaş grubunda daha fazla önem kazanmaktadır.
- Azalan rezerv, yaşlıların daha fazla iyatrojenik yaralanmalara maruz kalmalarına neden olmaktadır.

DSÖ'nün "Yirmi Birinci Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası, Avrupa bölgesi için saptadığı 26 hedefinden beşincisi, yaşlı sağlığı ile ilgilidir. Bu hedeflerde 2020 yılında yaşlı bireylerin daha sağlıklı yaşlanmaya ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmaya olanak bulması vurgulanmıştır.

Bu hedefte özellikle iki konu vurgulanmıştır.

- 1-Yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan en az %20 artış sağlanmalıdır.

2-Otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen seksenli yaşlarda bireylerin oranı en az %50 artırılmalıdır.

Yaşlı bireylerde koruyucu bakımın amaçları, yaşa bağlı olarak değişiklik göstermektedir. 65-74 yaş grubunda yer alan yaşlılar için bu amaçlar

- Fiziksel, mental ve sosyal işlevi en üst düzeyde sürdürme,
- Kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan sorunları en aza indirme,
- Yaşlı bireyi emekliliğe hazırlama,
- 75 yaş ve üzerindeki grupta yer alan yaşlı bireyler için amaçlar:
- Etkili aktivite periyodunu, bağımsız olarak yaşama yeteneğini sürdürme ve
- Eğer mümkünse kurumsallaşmadan kaçınma,
- Kronik durumlardan kaynaklanan rahatsızlık ve inaktiviteyi azaltma,
- Fiziksel ve mental sıkıntıyı olabildiğince azaltma ve hastalıkların terminal evresinde hasta ve aileye emosyonel destek sağlama,

2002 yılında Sağlık Bakanlığımız tarafından “Sağlıklı ve Aktif Olarak Yaşlanan Bir Toplum” oluşturmak amacı ile “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı” geliştirilmesi ve uygulanması hedeflenmiştir. Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı’na ilişkin hedef ve stratejiler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

-2020 yılına kadar yaşlıların daha sağlıklı olmalarını ve toplum içerisinde daha aktif rol almalarını sağlamak. DSÖ’nün hedeflerine ulaşabilmek için ülkemiz’de “sağlıklı yaşlanmanın” yollarının bilinmesi gerekir (187). Hemşirelerin bunu gerçekleştirmede aktif rol alan ANAHTAR kişi konumunda oldukları yadsınamaz. Bunun bilimsel yolla gerçekleştirilmesi, kendi kültürümüze uygun bakım modelinin oluşturulması ile olasıdır. Bu çalışmanın amacı da budur. Mevcut durumu ortaya koyacaktır.

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

-Sağlık personelinin yaşlıların sağlık sorunları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına tâbi tutmak.

-Yaşlılara hizmet sunumunda sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi.

-Yaşlıların sağlık ocaklarının rutin izleme kapsamına alınması.

-Yaşlılara yönelik ülke koşullarına uygun, evde bakım uygulamalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,

-Yaşlıların sağlıklı beslenme, kronik hastalıklar ve akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmesi.

İnsanın kendine fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve ekonomik açıdan daha iyi bakabilmeye çalışması, emeklilik döneminde yaşamını yeniden düzene sokması, bu aşamada önüne çıkan olanakları değerlendirmesi ve yaşamının son dekartlarını heyecanlı bir hale getirmesi; yaşamına yıllar katarken yıllara da yaşam katması temel hareket noktaları olmalıdır.

#### **4.5.3. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Üstlendiği Rol;**

Hemşireler bakım verici rolleri ile sağlık ekibi içinde diğer ekip üyeleri ile birlikte işbirliği içinde çalışırlar. Hemşirenin en önemli rollerinden biri olan bakım verici rolü ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışmayı gerektirir (17). Bakım verici rolünde hemşire, hastalık sürecine özel tedavi uygular ve hastanın sosyal-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak için önlemler alır (27). Durumun birey ve aile üzerindeki fiziksel, psikososyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur (187). Hemşirenin yaşlıya bakım verme ve yaşanan güçlüklerin çözümüne yönelik olarak bilgi sahibi olması; konuya duyarlı olmasında, hem yaşlı hem de ailenin yaşam kalitesini yükseltmede, bakım verenin tükenmişlik yaşamasını önlemede, sorunun çözümüne yönelik hemşirelik yaklaşımlarının geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ülkemizde yaşlı bakımına ilişkin yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için bu konuda daha fazla tanımlayıcı ve analitik araştırmalar yapılarak, bizim toplumumuza özgü yönlerinin belirlenmesi, gerekli hemşirelik yaklaşımlarının planlanması, hem yaşlı bakım sorununun çözümlenmesinde hem de mesleki gelişim için önemlidir. Hemşirenin, giderek artan yaşlı nüfusa hizmet verecek donanıma sahip olabilmesi için yaşlı bakımının sağlık politikası olarak benimsenmesi, yaşlı bakımına yönelik ülkemize özgü hemşirelik yaklaşımlarının geliştirilmesi, hemşirelik eğitim müfredatında konunun ayrıntılı olarak ele alınması yararlı olabilir.

Hemşireler eğitici rolü ile yaşlı birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak, doğru sağlık davranışları kazandırmak için planlı olarak eğitim verir (181).

Sağlık, tedavi ve yaşam biçimindeki değişiklikler hakkında yaşlıya ve ailesine bilgi sağlar. Hasta ve ailesinin deneyimlerinden anlam çıkarmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Yaşlı hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramları ve gerçekleri açıklar. Öğrenmeyi destekler ve davranış değişikliğini değerlendirir (182, 185, 188). Savunuculuk rolü ile hemşire, yaşlıyı bilgilendirme, karar vermesine yardım etme, gerektiğinde sözcülük yapma, tanı ve tedavilerin yan etki ve komplikasyonlarından koruma gibi görevleri yerine getirir. Hemşirelerin savunucu rolü kapsamında; bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır (181, 188, 189). Sağlık-hastalık durumunda ve ölüm süreci boyunca hemşire hasta haklarını ve yasal haklarını korumak için çaba harcar (147). Yaşlının bireysel sosyo-ekonomik kaynaklarını tanımlar ve yönetir. Sorumluluğu doğru zamanda doğru kişiye verir. Diğer personeli denetler. Uygulama ortamındaki kaynakları etkili kullanır ve yönetir. Yaşlının aktivitesini koordine eder, sağlık kurumunu yaşlıya, yaşlıyı sağlık kurumuna yönlendirir.

Hemşireler, toplum içinde yaşayan yaşlıların bakımında ve desteklerinin harekete geçirilmesinde en önde gelen ve etkili olabilecek sağlık çalışanlarıdır (38, 98). Yaşlı bakım hemşireliği; yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine, yaşlının duygusal sorunları ile baş edebilmesine, kendi kendine yönetebilmesine ve yetersizlikleriyle yaşayabilmesine, kendini değerli görmesine yardımcıdır. Yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin artması için ruh sağlığını koruyacak ve yaşam kalitesini güçlendirecek sosyal destek kaynaklarının değerlendirilerek bireylerin gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yerine getirilmesinde hemşire önemli rol oynar (98, 188, 190).

#### **4.5.4. Sosyal Hizmetler**

Sosyal hizmet bilimi geriatrik hizmetlerin temel taşlarından birisidir ve giderek önem kazanmaktadır. Yaşlılar için verilecek hizmetin şekli, zamana ve duruma özeldir. Bu hizmetler, kimi zaman bir dostluk ziyareti, kimi zaman yemek servisinin düzenlenmesi,



kimi zaman da günlük kişisel bakıma yardımcı olunması olabilir (176, 177). Bazı ülkelerde bu kapsamdaki hizmetlerin birkaçı şunlardır;

- Sanat ve kültür etkinlikleri göstererek yaşlıların hoşça zaman geçirmesini sağlayan yaşlılık kulüpleri ve merkezleri,
- Daha çok beceri kazandırma programının uygulandığı yaşlılara yönelik eğitim ve öğretim programları.
- Koruyucu büyükannelik ve büyükbabalık programları,
- Yaşlının yaşlı ile arkadaşlığı sağlanarak, birbirlerine yardım etmelerinin amaçlandığı, yaşlıya arkadaşlık programları.

Yaşlılar, fiziksel ve mental yetersizliği olanlar da dâhil olmak üzere, ergonomik olarak inşa edilmiş binalarda küçük gruplar hâlinde ve aynı zamanda toplum içerisinde yaşamalarına olanak tanıyan yerlerde yaşamalıdır. Yetersizlik durumlarını değerlendirebilmek üzere sağlık ekibinin tüm üyeleri tarafından düzenli izlenmelidir. Böyle yerler, yaşlıların daha güvenli ve bağımsız yaşayabilecekleri, sosyal anlamda da kendilerini daha iyi hissedebilecekleri yerlerdir (173).

#### **4.6. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAŞLANMA**

Dünya nüfusunun gelişim aşamaları dikkate alındığında başlangıçta doğum ve ölüm oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Sonraları yüksek doğurganlık oranları devam etmekle birlikte ölüm oranları azalmış, yirminci yüzyılın ortalarından itibaren ise dünya nüfusu düşük doğurganlık ve düşük ölümlülük olarak nitelendirilen bir “demografik yaşlanma” trendinin içerisine girmiştir. Gelecekte de bu trendin devam edeceği kesin gibi görünmektedir. Uzun yaşam, düşük doğurganlık ve düşük ölüm ile birlikte tüm dünyada yaşlı nüfus artacaktır. Eskiden “nüfus patlaması” piramidin tabanında meydana gelirken, önümüzdeki dönemlerde tavanında bir “patlama” olacaktır (191, 192). Diğer bir deyişle çocuk ya da genç nüfus değil yaşlı nüfus sayısı ve oranı artacaktır.

Türkiye Avrupa'nın en genç nüfusuna sahip toplumudur. Hatta ülkemiz“Avrupa'nın Delikanlısı” olarak da tanımlanabilir. Birleşmiş Milletler'in

2012 yılı nüfus projeksiyonlarına göre dünya nüfusu yaklaşık 7 milyar 52 milyon kişidir. 2012 yılında Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 1,1'ini oluşturan Türkiye, nüfus bakımından dünyanın en büyük 18. ülkesidir (193). Sonuçta; demografik yaşlanma sürecinden ülkemiz de etkilenecektir. Birleşmiş Milletler'in 2010 yılı verilerine göre, dünya nüfusunun %7,6'sını 65 ve üzeri yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır (194). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 31 Aralık 2011 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusunun %7,3'ü 65 ve üzeri yaş grubundan oluşmaktadır. 2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranı % 7,5'tir. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında % 10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7 'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (194). “Nüfusunun genç oluşu, yaşlanan bütün toplumların geçirdiği evrelerden biridir. Yaşlılık gelmeden önce, gençleşen, bu özelliğini bir süre koruyan, daha sonra hızla yaşlanan toplumlardan birine sahiptir”. Türkiye'nin nüfus olarak “genç nüfus” olması nedeniyle yaşlılık ve yaşlanmak olgusu hep ihmal edilmiştir. Ama unutmayalım ki bu günün genci, yarının yaşlısı olacaktır.

#### **4.7. MODEL VE KURAM GELİŞTİRME SÜRECİ**

Bilginin sistematik olarak toplanması her disiplinin ilerlemesi için temeldir. Kuram (teori) kelimesi latin dilindeki “görüş” sözcüğünden türemiştir ve bir olgunun genelleştirilmiş bir açıklamasıdır. Akılcı, entelektüel ve gerçekleri ortaya çıkarmada rehberdir. Bu entelektüel süreç, ilişkilerin karşılaştırılmasını, denenmesini ve açıklanmasını içerir (195). Kuramlar, sistematik olarak geliştirilen ve eleştirel düşünme becerisi doğrultusunda karar vermeyi sağlayan rehberlerdir. Aynı zamanda kuramlar, mesleğe ait araştırmalara, meslek eğitimine ve mesleğe ilişkin uygulamalara rehber olarak mesleki otonominin gelişimine katkıda bulunur. Kuram, kavram ve önermeler yoluyla bir olaya bakış açısı sağlar. Kuram sadece bizim düşüncelerimizi ve fikirlerimizi organize etmeye yaramaz aynı zamanda bizim ne yaptığımızı, nasıl ve ne zaman yaptığımızı da açıklamaya yardım eder (196).

**Kuram**, olayları tanımlamak, açıklamak, öngörmek veya kontrol etmek amacıyla, kavramlar arasındaki özel ilişkileri planlayarak, onlara sistematik bir görünüm kazandırır. Kuramın çeşit çeşit tanımları yapılmışsa da en temel tanımı“ *bir olayın oluşumunun açıklanması, bunun olması için de, değişkenler ve kavramlar arasındaki ilişkinin saptanmasıdır*”. Diğer bir tanımı ise kuram; özel olaylar ve bunlar arasındaki ilişkilerle ilgili yapı, hipotez, ilke, tanımlar ve önermeler dizisidir. Kavramlar, bireysel algısal deneyimlerden türetilen obje, özellik ya da olayların karmaşık akılsal bir formülüdür. Yine kavramlar imaj içeren soyut düşünceler; düşünce ve hayal ile ilgili araçlardır. **Kavramlar**, kuramların temel ögeleri olup algılama ve yargılama ile gerçekleşir; ögeleri ise davranışlar, özellikler ve faaliyetlerdir. Kavramlar soyut olabilir, yer ve zaman yönünden bağımsızdırlar veya somut olabilir yer ve zamanları belirlidir.

Bir kuram, bir takım önermelerden meydana gelir. Önerme de kavramlardan oluşur. Kavramlar olmadan kuramlar olamaz, çünkü kavramlar kuramların yapı taşlarıdır (197).

---

Kuram  $\rightleftarrows$  Önermeler  $\rightleftarrows$  Kavramlar

---

Yunanca’da “görüş” anlamına gelen “kuram” sözcüğü “*kavramların tanımlandığı, kavramlar arası ilişkilerin oluşturulduğu ve sonuçlara ilişkin tahminlerin yapıldığı, bir olayın sistematik olarak açıklanması*” olarak tanımlamaktadır. Model ise “*kavramsal önermelere genel bir bakış açısı sağlayarak, uygulamaya aktarılmasına yönelik oluşturulan kavramsal düzenlemeler*” şeklinde açıklanabilir. **Kuram**, elde edilen bilgilerdeki boşlukların belirlenmesine, olayların sınıflandırılmasına ve ayırt edilmesine hizmet eder (198). Daha çok deneysel araştırmalarla çeşitli kaynaklardan bilginin sentezidir. Kuram, araştırmayı oluşturmada, araştırmacının bulgularının anlamını açıklamada rehber olur ve sonuçta kuram, araştırma ile birlikte, bilime yol açar. Araştırmaya dayalı bilginin kurama dönüşmesi kolay bir iş değildir. Hemşirelik bilimselleşme

yolunda alt yapısını oluştururken ilgili kavramları açıklamak ve tanımlamak ve aydınlığa kavuşturmak her bilimin görevidir (197). Kavram geliştirme sadece belirli bir zaman aralığı ile sınırlı değildir. Birey yaşamı boyunca yeni kavramlarla ya da aynı kavramla farklı düzeylerde ve farklı konumlarda karşılaşabilir. Her karşılaşmada genelleme, bütünleştirme ve ayrıştırma işlemini yapar. Bazen de kavramlar arasındaki ilişkilerden yola çıkarak, genellemelere gidebilir.

Kuram bir modelin yapısını oluşturabilir. Modeller kuramlara benzer, izomorfik sistemlerdir, tanımlayıcıdır, ilgili alanları basitleştirirler, anahtar elementleri ve bu elementler arasındaki ilişkileri bilimsel olarak kavramaya yardım ederler. Hemşirelik modelleri soyuttur ve hemşireliğin önemli kavramları arasındaki ilişkiyi gösterir (195). Modeller uygulamayı daha açık, belirgin hale getirir, daha bilinçli karar vermeyi ve uygulamada esnekliği sağlar, hemşirelik bakımında unuttuğumuz ya da fark etmediğimiz farklı yönleri bize hatırlatan bir araç rolü oynar. Hemşireliğe ilişkin düşünme biçimini geliştirir, hemşirelik uygulamasına rehberlik eder. Ancak kuram ve model arasındaki fark genelde açık değildir. Bir model daha çok kuramın veya olayların, yapıların sistemlerin basitleştirilmiş sunumudur. Modeller bir şeyin “ne olduğunu” açıklarken, kuramlar “onun niçin öyle olduğunu” açıklar. Modeller kuramla uygulamaları birleştiren araçlardır (199).

Model, gerçeği incelemeye ve açıklamaya yardım eden, gerçeğin yeniden yapılandırılmış basit bir şekli olarak tanımlanabilir. Model bir dizi amaca hizmet eden, gerçeğin belirlenmesinde sistematik zihinsel bir süreçtir. Sistematik zihinsel süreç ifadesi modelin örgütlü, planlı olması gerektiğini vurgular. Böylece gördüğümüz, duyduğumuz hissettiğimiz şeyleri zihinsel bir süreçten geçirerek açıklayabiliriz. Modeller, kavramlar ve onlar arasındaki ilişkiler hakkındaki düşünceleri kolaylaştırmada ya da araştırma sürecini ayrıntılı planlamada yararlanan sembolik ya da fiziksel görünümlü fikirlerdir. Sembolik modeller; sözel, şematik ya da sayısal olabilir ve soyutturlar. Sözel modeller cümlelerden oluşur. Şematik olan modeller diyagramlar, grafikler, resimlerdir. Sayısal modeller matematiksel sembollerdir (197).

Model, gerçeğin kuramsal bir temsilcisidir, parçalar arasındaki ilişkiyi gösterir. Yapılandırılmış bir model, elementler arasındaki ilişkiyi özelleştirir. Değişkenler arasındaki ilişki en iyi modelle ifade edilebilir. Kavramlar modellerin yapı taşlarını oluşturur (197, 199). Johnson hemşirelik modellerini teorik ve uygulamanın temel komponentleri olan kavramları tanımlayan ve birbiriyle ilişkilerini mantıksal olarak açıklayan ve bilimsel bir temele dayanan sistematik bir yapı olarak tanımlamıştır (198). Modeller bilgiyle oluşturulur ve disiplini daha ileri götürmeyi hedefler. Bir disiplinin kendine özgü bilgi birikimi oluşturabilmesi için modeller gereklidir. 2000’li yıllarda herkese sağlık hedefine ulaşmaya çalışırken, sağlıklı ya da hasta kişinin bireysel gereksinimleri üzerine temellenen, devamlı, düzenli ve yüksek standartta hemşirelik hizmeti büyük önem taşımaktadır (197, 200) Bu hizmet, geleneksel yaklaşımın aksine bireyin, ailenin, toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yöneltilmiş sistemli bilimsel sorun çözme yöntemini kullanarak bireye yardım edilmesine dayanmaktadır. Bu kapsamda önem kazanan hemşirelik modelleri, hemşirenin bireye sistematik yaklaşımını sağlayan ve hemşirelik uygulamalarının gerçeklerini yansıtan araçlardır. Hemşirelik hizmetinde modelin kullanılmasında amaç, bireyin sistematik olarak tanılanmasını sağlamak ve uygulanacak sorun çözme yöntemlerinin kalitesini yükseltmektir (200, 201, 202). Hemşirelik aktivitelerinin temelini oluşturan hemşirelik modelleri, hemşireliğe ilişkin bir düşünme biçimi geliştirir, hemşireliğin özüne ve hemşirelik uygulamasına rehberlik eder, uygulama alanındaki faktörleri ve birbirleriyle nasıl ilişkili olduklarını gösterir ve hemşirelik bakımının unutulmuş farklı yönlerini hatırlatan bir araç rolü oynar (199, 202).

Hemşirelik modelleri hemşirelik uygulamasının fonksiyonunu ve yapısını incelememize izin verir ve realiteyi sunar. Hemşireliğin soyut kavramlarını, somut terimlerle ifade etmemize katkıda bulunur. Hemşirelikteki önemli kavramların arasındaki ilişkileri gösterir. Hemşireliğin ne olduğu, ne yaptığı, nerede ve ne zaman yer aldığı, amaçlarının neler olduğu, fonksiyonlarının ne olduğu ve nasıl yaptığı ile ilgili bir çerçeve sağlar. Aynı zamanda bir çağın hemşirelik anlayışı ile bir başka çağın hemşirelik anlayışını karşılaştırmamıza yarar (203).

Bir modelin hemşirelik uygulamasındaki değerini şöyle sıralayabiliriz:

- 1-Teorik bilgiyi uygulama ile birleştiren bir araçtır.
- 2-Uygulama aşamaları ve bu aşamaların birbiriyle olan ilişkilerine açıklık getirir
- 3-Hemşirelerin birbirleri ile daha anlamlı ve profesyonel iletişim kurmalarına yardım eder.
- 4-Uygulama, eğitim ve araştırma alanlarına rehberlik eder.
- 5-Hemşirelik uygulamalarında hemşireye amaç belirleme ve geliştirme yeteneği kazandırır.
- 6-Hemşirelik rollerinin işlev ve uygulamalarının anlaşılmasına yardımcı olur.
- 7-Hemşirelere analitik düşünme becerisi kazandırır.
- 8-Hemşirelik biliminin gelişmesini sağlar
- 9-Uygulamaya yön verir.
- 10-Multidisipliner sağlık ekibi içinde hemşirenin aktivitelerini kanıtlamasına ve tanımlamasına olanak sağlar.
- 11-Hemşirelik eğitimi için müfredat geliştirmede rehber olur (195, 199, 201, 202, 204).

**Modeller,** hemşirelik uygulamalarının sistematik ve düzenli olmasını sağlayan araçlar olduğuna göre; uygulamada kullanımı gereklidir. Modeller hemşirelik uygulamaları için bir temel oluşturmaktadır. Hemşirelik modellerinin uygulamaya etkin bir şekilde yansıtılması için hemşirelik süreci kullanılabilir.

*Modele dayalı uygulamanın özellikleri şöyle sıralanabilir;*

- Kullanılacak model hemşireliğin anlamını açıklayacak özelliktedir.
- Hemşireliğin temellendiği değer sistemini tanımlar.
- Uygulamaya yön verir.
- Hemşirelik uygulamalarını tanımlar.
- Hemşirenin bireysel sorumluluk almasına ve bağımsız uygulamalarına olanak verir.
- Hemşirenin yazılı olarak kendini ispat etmesini sağlar.
- Etkili uygulama için gerekli olan bilgiyi içerir.
- Belirli ünitelerde denenerek araştırılması gereklidir.

- Hemşirenin uygulamada model seçme özgürlüğü vardır.
- Hemşirelik sürecini oluşturmada ilk temel adımdır.
- Hemşirelik bakım yönteminde köklü değişiklikler yaratır (205).

Modeller olmadan verilerin analizini yapmak ve uygulanacak girişimlere karar vermek güçleşecek ve hemşirelik sürecinin aşamaları gerçekleştirilemeyecektir. Ayrıca modeller olmaksızın uygulama için alınan kararlar bilinçli olmayacaktır. Oysa modeller uygulamanın mantıklı, gerçekçi bir temele dayanmasını ve verilecek bakımın etkili olmasını sağlarlar. Bir modelin geçerliliği, bilimsel yöntemlerle test edilir, böylece modeller hemşirelik uygulamalarını destekleyici, kolaylaştırıcı ve rehberlik edici özellik kazanırlar. Modeller, hemşirelik bakımının amacını ve bu amaca ulaşmada izleyeceğimiz yolları, amacımızı nasıl gerçekleştireceğimizi gösterirler. Aynı zamanda hemşireye uygulayacağı girişimler üzerinde düşünme fırsatı vererek yeni tanımlamalar yapmasını sağlarlar. Bu da modellerin değişimini ve yenilenmesini gerektirir ki, modeller değişime açık bir yapıda olmalıdır. Araştırma, uygulama ve eğitimden elde edilen yeni verilerle modellerin canlı ve güncel olması sağlanmalıdır (195, 206). Uygulama için model seçiminde ilk basamak, model bilgisini iletme ve sunmaktır. Bunun yanı sıra kullanılacak model bilgisi ve hemşirelik uygulamasına yapacağı rehberlik ile ilişkisi düşünülmelidir. Bir modelin uygulamada kullanılabilmesi için modelin temelinde var olan değer ile kişinin kendi değerlerinin uygun olması gerekir. Ayrıca hemşirenin sorunları tanımasında ona yardımcı olan ve kişisel değerlerini en iyi açıklayan model seçilmelidir.

**A- Hemşirelik uygulamaları için model seçiminde dikkat edilecek noktalar aşağıda özetlenmiştir:**

- 1-Hemşireliğin inanç ve değerleri düşünülmelidir.
- 2-İnsan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları ile ilgili inanç ve felsefe kaydedilmelidir.
- 3-Bu kavramlarla ilgili modellerde yer alan tanımlar, incelenmelidir.
- 4-Modelin uygulanabilirliği tahmin edilmelidir.
- 5-Kendi değerlerimizle en çok bağdaşan 2 ya da 3 model seçilmelidir.

6-Seçilen modellerin içeriği yeniden incelenmelidir.

7-Hemşirelik rollerini gerçekleştirirken, seçilen modeller uygulanmalıdır.

8-Hastaya uygulanan hemşirelik girişimleri ve bunların sonuçları modeller karşılaştırılarak değerlendirilmelidir.

9-Modelin uygulanması ile ilgili başarılı ve yetersiz tarafları açısından, geçmiş deneyimler göz önünde tutulmalıdır.

10-Hemşirelik araştırma ve uygulamalarında diğer kişilerce kullanılmış modeller ile ilgili literatürler incelenmelidir.

11-Bir model seçilmeli ve uygulamada kullanılarak geliştirilmelidir (202, 195, 207).

**B- Hemşirelik uygulamalarında kullanılmak üzere seçilen bir model şu üç bileşeni içermelidir:**

1-Modelin temellendiği inanç ve değerler; insana hizmet veren meslekler/ disiplinler, insanın yapısı ve davranışları konusunda ortak bir görüşe sahip olmalıdır. Farklı modeller insanın farklı boyutlarına, dolayısıyla bu boyutlardaki inanç ve değerlerine odaklanır.

2-Uygulayıcının amaçları; sağlık bakımında geleneksel amaç iyileştirmektir.

3-Uygulayıcının amaçlarına ulaşmak için geliştirdiği bilgi ve beceriler; gerekli bilgi ve beceriler tanımlanmalı ve denenmelidir (199, 205, 206, 208, 209).

**C- Kavramsal modellerin öğeleri**

1-İnsanın doğası, yapısı

2-Hemşirelik girişimlerini gerektiren sorunların nedenleri

3-Ön değerlendirme ve hemşirelik tanısının yapısı,

4-Planlama ve hedef saptama sürecinin doğası

5-Hemşirelik bakımının yürütülmesi sırasında girişimlerin düzenlenmesi

6-Hemşirenin rolleridir (199, 202, 206).



#### **D- Bu Çalışma İçin Elde Edilecek Sonuçlara Göre; Model Oluşturmak İçin**

- 1-Bireyler ve sağlık gereksinimleri ile ilgili Önermeler saptanacak. Kavramlar yazılacak ve açıklanacak,
- 2-Hemşirelik Girişimleri gerektirecek sorunlar nelerdir? belirlenecek,
- 3-Bireylerin davranışına, psikolojisine sosyal iyilik haline odaklanıp, onların ne söylediği ve ne yaptığı saptanacak,
- 4-Fizyolojik durumlar, davranışlardaki dengesizlikler, uygun olmayan inançlar, algıları, öz bakım yetersizlikleri incelenip en çok yetersizlik ve eksiklikler nerede bakılacak, buna göre modelde ya holistik yaklaşılacak, ya fizyolojik ve davranışsal yönden yaklaşılacak ya da psikososyal yaklaşıma odaklanılacak
- 5-Amaca ulaşıp, ulaşılamayacağı değerlendirilecek,
- 6-Hemşirenin rolünün ne olacağı belirlenecek,
- 7-Modelin araştırma, eğitim ve uygulamalardaki kullanılabilirlik durumu? Yararları? Öneriler yazılacak.

Hemşirelikte kavram ve kuram geliştirmedeki ilk çalışmalar, mesleki düzeyde bilgi toplayarak onları öğrencilerin eğitiminde, hemşirelik teknik ve becerilerini geliştirmede kullanma amacına yöneliktir. İlk yapılan kavram ve kuram çalışmalarının bir yöntemden yoksun olmasının yanı sıra, hemşirelik disiplini ve hemşirelik uygulamalarının bilgi içeriğini birbirinden ayırmak yönünden de noksanlıkları olduğu belirtilmektedir (208). Bir yöntem izleyenlerin bile metodolojisi açık olmayıp, birçoğunun literatürün gözden geçirilmesinden ibaret olduğu vurgulanmıştır. Ancak 1965 yılından itibaren bazı hemşireler, araştırma süreci için gerekli kavram eksikliğini fark etmişler ve bu konuda daha çok bilgi sahibi olmaya başlamışlardır. Hemşire kuramcılar hemşirelik bakımını incelemede gerçek dünyadaki gözlemlerden yararlanılması gerektiğine dikkat çekmişler, yapılan araştırmalardan elde edilen varsayımsal genellemeler ve bütüncül ilkelerden kaynaklanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Peplau, uygulamanın dokümanite edilmesi ve devamlı kavramsallaştırılması gerektiğine inanmış, çeşitli kuramsal yaklaşımları felsefi bir temel oluşturmak ve kavram geliştirmek üzere kullanmıştır (209).

Günümüzde var olan pek çok hemşirelik modelinden hiçbirisi evrensel olarak kabul edilmediklerinden, hemşirelik uygulamalarına yönelik bir model seçimi risk taşımaktadır. Hemşireler, uygulamalarını destekleyen kavram ve kuramları oluşturacak bilgileri araştırarak, mesleği geliştirmek amacındadırlar ve hemşireliğe özgü kuramsal ve uygulama ile ilgili içeriğin ortaya çıkarılmasının zorunluluğunu kavramaya başlamışlardır. Yani hemşireliğin geldiği ve getirilmek istenen nokta, ülkemizin sağlık sistemi, sağlık sorunları, kültürel özellikleri düşünüldüğünde geliştirilmiş modelleri test etmenin ötesinde kendi modellerimizi geliştirmek bir zorunluluk olmuştur. Veliöğlu (1999) bu zorunluluğu yaratan nedenleri şöyle açıklamıştır: (209)

-Günümüzde araştırmalar sonucu çoğalan bilimsel bilgi içeriğinin hemşireliğe etkisi,

-Üniversite mezunu, yüksek lisans ve doktoralı hemşirelerin, hemşireliği bir disiplin olarak görmek istememeleri ve mesleği diğer sağlık bilim disiplinleri ile karşılaştırarak sorgulamaları,

-Bir disiplinin kendine özgü öğretilecek ve öğrenilecek bir kuramsal bilgi içeriğinin olması ve bunu uygulamalarına yansıtabilmesinin gerekliliği,

-Meslekleşme çabaları,

-Uzmanlaşmanın kaçınılmazlığı

Modeller, araştırmalara dayanarak, aylarca ve yıllarca hemşirelik uygulamalarını gözleyerek ve modelin oluşumu hakkında uzun süre düşünülerek dikkatli ve sistematik bir şekilde geliştirilir (201, 203, 210). Temelde keşfetmeyi, yaratıcılığı, yüksek düzeyde imajınasyonu ve bunların yanında kişisel disiplini gerektirir. Öz disiplin de, fikirle çalışmayı, onu geliştirmeyi ve yazılı şekilde ifade etmeyi gerektirir. Burada bireyin rolü, belirli bir olguyla ilgili alışık olunan bilgiye ya da bilinenlere ulaşmak ve mümkün olduğunca çok klinik uygulama yapmaktır. Model geliştirme hemşirelik için de esra rengiz, sihirli bir aktivite değildir (197). Birçok hemşire mesleğini uygulamaya başladığı ilk günden itibaren kendi fikirlerini geliştirmeye başlar ve okuduklarına, deneyimlerine dayanan varsayımlarını geliştirmeye devam eder. Hemşirelik model ve teorilerinin sistematik gelişimi, hemşireliğin ilerlemesinde en iyi değişimi sağlayacak ve hemşirelik bilimi için temele ulaşmaya yol açacaktır. Bu

hemşireliğin tüm alanlarında çalışan uygulayıcı, eğitici, yönetici, araştırmacı bütün hemşirelerin sorumluluğudur (202, 209).

Yeni bir model ya **tümdengelim** (dedüksiyon) ya da tümevarım (endüksiyon) süreci ile geliştirilebilir. Hemşirelikte her ikisi de kullanılmıştır (197). Tümdengelim, bir olguyu ya da olayı açıklamak için var olan modellerin seçimini ve kullanımını gerektirir. Genel önermelerden veya ilkelerden özel sonuçlarda kendini gösteren mantıksal bir yargılama şeklidir. Tümevarım süreci ise, birçok olgunun gözlenmesini ve analizini gerektirir. Bilmek için sınamak, gözlemek, olayları çözümlenmek ve sonra ayrı olaylardan genellemeler yapmak ve sonuçlar çıkarmak yöntemidir. Buradaki ilk adım gerekli faktörleri tanımlamaktır. Sonraki adım, bu faktörler arasındaki olası ilişkileri açıklamak, üçüncü adım ilişkilerin nedeni ve etkisi hakkında öngörülerin oluşturulması ve test edilmesidir. Son olarak teorist ya arzu edilen sonuçlara ulaşır ya da arzu edilmeyen olayları önleyecek durumları tanımlar. Model baştan sonra analiz edildiğinde ve geniş ölçüde test edildiğinde doğru olarak kabul edilir ve sıklıkla bir kanun olarak tanımlanır (203, 209).

Hemşirelik kuramlarının temel yapı taşları kavramlar ve önermelerdir. Bir kuramda; kavramlar tanımlanır ve her bir kavramın yer aldığı önermeler ile kuramlar oluşturulur. Önerme: Bir teorinin yapı taşları olan kavramlar arasındaki varsayımların açıklanmış halidir. Önermeler kuramcılarının hangi kavramları birlikte kullandıklarını, bu kavramların birbirlerini nasıl etkilediklerini göstererek görüşlerini açıkladıkları cümlelerdir. Kavram: Bir teorinin en temel yapı taşı olup, düşüncelerin aktarılmasında kullanılır. Kavram gözlenebilen ya da hissedilebilen algıların, olayların, durumların adıdır. Kavram, bir objenin ya da durumun zihnimize şekillenmesine yardım eder. Kavramlar, dünyadaki olayların ve nesnelerin isimlendirilmesine, aralarında ilişki kurulmasına yardım eder. Bağımsızlık, uyum ve bakım sık kullandığımız kavramlara sadece birer örnektir. Teoriler bu kavramlar arasındaki ilişkilerin formüle edilmesidir (200, 201, 204, 206). Hemşirelik kuramlarında da birçok kavram kullanılmaktadır. Bazı kavramlar tüm kuramlarda doğrudan o kurama özgü iken bazı kavramlar tüm kuramlarda doğrudan ya da dolaylı biçimde yer alır ve tanımlanır. Hemşirelik kuramlarının tümünde doğrudan ya da dolaylı olarak insan, sağlık, çevre ve

hemşirelik kavramları kullanılmıştır. Bu kavramlar arasında sıkı bir ilişki vardır (196, 211, 212).

### **A: Model Geliştirme Basamakları**

**1- Kavramların belirlenmesi:** Kavramlar, algısal yaşantılardan doğan zihinsel imgelerdir. Duyular aracılığı ile olgular, imajlar ve objeler algıladıktan sonra yargılanıp, düşüncemizde soyut bir hale gelir. Kavramlar, düşüncenin nakil vasıtası olarak tanımlanır, ilgilenilen olgunun tanımlanmasına ve sınıflandırılmasına izin verir. Yani, bireyin algısal deneyimlerinden ortaya çıkan olayların, özelliklerin ve nesnelere kompleks akılsal formülüdür.

Kavramlar o modelin veya kuramın içinde tanımlanır ve tartışılır, bilimsel kavramların anlamı hakkında bir karara varılması önemlidir. Kavramlar çeşitli derecelerde soyut veya somut olabilir. Somut kavramlar özel bir zaman ve yerle ilgiliyken, soyut kavramlar özel bir zamandan ve yerden bağımsızdır. Örneğin sosyal sistem soyut bir kavramdır, Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulu somut bir kavramdır. Kavramlar (hasta, hemşire, çevre gibi) olgunun ayrı sınıfları veya (kendine bakım miktarı, evlilik çatışmalarının derecesi gibi) boyutları ile tanımlanabilir. Olgunun kategorisi veya sınıfını yansıtan kavramlar (örneğin; kadın, erkek v.b.) değişken olmayan (nonvariable) olarak adlandırılır. Değişken olmayan kavramlar birçok farklı yönleri yakalamayı tasarlar. Olgunun boyutlarını yansıtan veya bazı özelliklerine göre olguda kullanılan kavramlar (örneğin 27 yaş, 63 yaş v.b.) değişken (variable) olarak adlandırılır. Değişken kavramların kullanımı olgularla bağlantılı tüm gerçekleri bir boyutun kapsadığı varsayılmaksızın tek bir boyuta odaklanmaya eğilimlidir. Olgunun başka boyutları ölçülerek ilave boyutları ortaya çıkabilir (209, 211, 212).

**2- Kuram ile bazı kavramlar arasındaki ilişki:** Teorik ifadeler, analiz olasılığını gerektiren iki veya daha fazla kavram arasındaki bağlantıyı bildirir. İki veya daha fazla kavram arasındaki ilişkiyi gösteren teorik ifadelerin farklı tipleri vardır. Bunlar *varsayımlar* gerçek olarak kabul edilen (postulates), *önergeler* (proposition), denence-hipotezler (hypothesis), *aksiyom*-doğru-gerçek-hakikat yasalar-kanunlar-ilkeler, deneysel ampirik genellemeler olabilir. Bu ifadeler genellenebilirlik ve deneysel derecesi açısından farklılıklar gösterirler.

**Hipotezler** henüz deneyimlenmemiştir, verinin yokluğunda önceki bilgilere dayanılarak formüle edilir.

**Aksiyom**, başka bir önermeye geri götürülemeyen ve kanıtlanamayan, böyle bir geri götürme ve kanıtı da gerektirmeyip, kendiliğinden apaçık olan ve böyle olduğu için öteki önermelerin temeli ve ön dayanağı olan temel önermedir.

**Yasa**, olguların gelişmesini belirleyen zorunlu, nedensel ve nesnel iç ilişkileri olarak tanımlanabilir ve güçlü deneysel desteğe sahiptir. Hipotezler ve deneysel genellemeler sınırlı evren hakkındaki ifadelerdir. Varsayımlar, aksiyomlar kanunlar sonsuz evrende var olduğu tartışmaya götürmeyen şeyler hakkındadır. Yasalar ve deneysel genellemeler gözlenebilen ve ölçülebilen fenomenlerle ilgilenen fizik ve kimya gibi disiplinlerin temelini oluşturur. İlkelerin ve deneysel genellemelerin genellikle doğru olduğuna inanılır. Örneğin, "anksiyete ağrıyı artırır" bir ilkedir.

Kuramın yapısını analiz etmek için kavramlar arasındaki ilişkiyi tanımlamak gerekir. Kavramlar teorinin bloklarını inşa etmek için düşünülmüş olsalar da teoriyi ortaya çıkarmak için teorik ifadelerin belirlenmesi, kavramlar arasındaki ilişkinin tipinin özelleştirilmesi gerekir. Modelde ifadeler üç genel kategoride sınıflandırılabilir: mevcut ifadeler, tanımlar ve ilgili ifadeler. Mevcut ifadeler ve tanımlar spesifik kavramlarla ilgilidir. Tanımlar kavramların tarif edilmesini sağlarken, mevcut ifadeler basitçe verilen bir kavramı bildirir ve kavram ismi ile tanımlanır-etiketlenir. İlgili ifadeler iki veya daha fazla kavram-değişken arasındaki ilişkileri bildirir (202, 206, 212).

**3- Kuramsal ve İşlemsel Tanımların Yapılması:** Kuramsal tanımlar, teori içinde terimlere anlam verir ve bu tanımın geçerliliğini tanılamamıza izin verir. Model tanımlar yalnız o çatının bir parçası olarak düşünüldüğünde anlam kazanırlar. İşlemsel tanımlar, kavramın somut durumlara nasıl bağlanacağını söylerler. Deneysel göstergeleri açıkça bildirilen gözlenebilir fenomenle ilgili kavramların tanımlarıdır. Tanımlanabilen kavramların geçerliliğini, hipotezlerin değerlendirilmesine, o kavramın her vaka için değerini belirleme görevini yerine getirir. Örneğin, agresyon düzeyi kavramı, işlemsel olarak bir çocuk için oyun saatinde diğer bir çocuğa birkaç kez vurması biçiminde tanımlanabilir. Kavramların işlemsel tanımları teorik anlamın geçerliliğini yansıtmalıdır. İşlemsel tanımlar tanımlanabilen kavramların geçerliliğine, hipotezlerin değerlendirilmesi, diğer bilimlerde yapılan çalışmaların tekrarlanmasına izin verir (211).

**4- Kavramların Arasındaki Bağlantıların Kurulması:** Kuramsal ifadeler, kavramlar arası bağlantıları bildirilmesine rağmen, ifade edilmiş bağlantıların rasyonelliğinin geliştirilmesi için de gereklidir. Kuramsal bağlantıların geliştirilmesi, değişkenlerin niçin aynı biçimde birleştirildiğini açıklamaya izin verir ki, bu kuramsal nedenler özel ilişkileri belirtir. İşlemsel bağlantılarla değişkenlerin nasıl birleştiği açıklanır. İşlemsel tanımlar kavramların ölçülebilirliğini sağlarken, işlemsel bağlantılar bildirilenlerin test edilebilir olmasını sağlar. İşlemsel bağlantılar kavramlar arasındaki ilişkinin doğasını anlamak için bir perspektif sağlar. Şöyle ki kavramlar arası ilişki negatif, pozitif, doğrusal veya belirsiz olabilir. Kavramlar ve kavramlar arasındaki ilişkiler bu işaretler ve semboller yoluyla formalize edilirler (197, 202, 211).

**5- Kavramların, tanımların, ifadelerin ve bağlantıların düzenlenmesi:** Modelin geliştirilmesinin tanımlanması için kavramların, tanımların, ifadelerin ve bağlantıların dışında, kavramların organizasyonu, basit-ikel ve elde edilmiş terimlerin tanımları, önerme ve denklem ifadelerin ve bağlantıların organizasyonu gereklidir.

**B- Geliştirilen Teorinin veya Modelin Değerlendirilme Ölçütleri :** Ortaya çıkan modelin değerlendirilme süreci birçok kişinin işbirlikçi çabasını gerektirir ve yavaş bir süreçtir. Anlamlı ve mantıki uygunluk, işlemsel ve ampirik uygunluk, genellenebilirlik, anlamaya katkısı, önceden sezilebilirlik ve pragmatik uygunluk değerlendirmeye yardım eden kriterler olarak bildirilmiştir. Bu kriterler aynı zamanda kuramların gelişimine rehberlik eder. Öncelikle içeriğe bakılmaksızın sayılan ölçütler açısından değerlendirilmelidir. Bu, tüm ölçütlerin başarılı bir şekilde karşılanacağı anlamına gelmemektedir (211, 212).

**1. Anlamlı ve Mantıklı Uygunluk:** İlk olarak temel varsayımlar (yer almayabilir), kavramlar ve kavramlar arası ilişkilerin belirlenmesi, varsayımların geçerliliği, kavramlara atfedilen anlamın geçerliliği ve kuram sistemin mantığı göz önüne alınmalıdır. Araştırmacı kavramların ve önerilerin kuramın geçerliliği hakkında sonuçlara ulaştığında, tezin tartışmanın mantığı uygunluğu kuram formalize edilerek değerlendirilebilir ve devamsızlık, çelişki, tezatlık açısından incelenir. Ortaya çıkan ilişkiler, bağlantılar mantıki olarak değerlendirilir. Sonra test edilebilirlik açısından değerlendirilir.

**2. İşlemsel ve Ampirik Uygunluk:** Test edilebilirlik için kuramın işlemsel tanımlara sahip olması gerekir. Teorik kavramlar için işlemsel tanımlar oluşturulduğunda teori test edilebilir. İşlemsel tanımların uygunluğunu tanımlamada şunlar düşünülmelidir;

Acaba kavramlar ölçülebilir mi?

İşlemsel tanımlar teorik tanımları kesin olarak nasıl yansıtır?

Test etmekte doğrulmaktan ziyade yanlış ya da sahte olduğunu ortaya çıkarmak için esas olmalıdır. Doğrulma, gerçekleştirme, destek, tasdik etme, yalanlama, destek yetersizliği gibi terimler deneysel temelle ilgilidir. Hipotezlerin sınırlı delillerle doğru, gerçek veya yalan olduğu söylenmeyebilir, fakat uzun zamanda çeşitli kaynaklardan toplanan deliller bu açıdan fikir verebilir. Delillerin hipotezi desteklememesi bunların yalan ya da yanlış olduğu anlamına gelmez. Daha çok denenmesi, test edilmesi gerektiği anlamına gelir. Zaten bir hipotez mutlak ya da doğru ifade demek değil, test edilebilen ifade demektir. Sayısız çalışmalardan elde edilen veriler ve kümülatif deliller, teorinin deneysel derecesini belirler. Uzun bir zaman sonra destekleyen ve yalanlayan deliller toplanır, delillerin güç oranı değerlendirilir ve deneysel uygunluk açısından bazı sonuçlara ulaşılabilir. Hardy, kanıtların kuramı destekleme derecesinin ampirik kesinlik göstergesi olduğunu belirtmektedir ve teorik sav ile deneysel kanıtlar arasında bir karşılaştırma yapılmasına katılmaktadır. Reynolds, bir kişinin objektif deneysel veriler ile belirli bir teori arasındaki uygunluğu analiz edebileceğini savunur. Aynı zamanda, bilimsel insanların elde ettikleri sonuçları kendileri için değerlendirip doğrulayabileceklerini ifade eder (213).

**3. Genellenebilirlik:** Diğer bir ölçüt genellenebilirlik ve soyutluk derecesidir. Daha fazla genellenebilen kuram, daha fazla yararlı demektir. Tüm yaşlardaki kişilere, her hangi bir kültürdeki kişilere ve her hangi bir objenin kaybında uygulanabilen yas kuramı eşin kaybı olan, yalnız orta yaştaki kişilere uygulanabilen yas kuramından daha yararlıdır. Bir kuramın genellenebilirliğinin tanımlanması için, kuramın içindeki kavramların kapsamı ve hedefleri araştırılır. Daha sınırlı kavramları ve hedefleri olan, daha genellenebilir bir kuramdır.

**4. Anlamaya Katkısı:** Anlamaya ne kadar katkısı olduğuna göre değerlendirilebilir. Bilim daima olguyu daha iyi anlamayı sağlayan, yeni fikirler öneren kuramlara bakar.

**5. Önceden Sezilebilirlik:** Sunulan teori süreci tanımlayabilir, anlaşılmasını kolaylaştırabilir fakat sonuçları hakkında herhangi bir tahminde bulunmaya yardım

etmeyebilir. Örneğin krize uyumun şartlarında aile davranışını tanımlayan bir teori, kriz oluşmadan önce bu krize aile üyelerinin davranışlarını doğru olarak öngöremeyebilir.

**6. Pragmatik Uygunluk:** Bir öngörüleni doğrulamaya ve açıklamaya izin verebilir, fakat olguyu kontrol etmeye izin vermeyebilir. Bazı Profesyoneller için olayların kontrol edilmesini sağlayan teoriler önemlidir. Değişen durumlarda kullanılacak bir teori sağlık profesyonelleri için majör öneme sahiptir. Biyolojik bilimlerde çoğu teoriler profesyonellere sonuçları kontrol edebilmede, önlemede katkıda bulunur. Hemşirelik kuramı, araştırma, uygulama, yeni fikir üretiminde rehber olur ve hemşireliğin diğer disiplinlerden farklılığını ortaya koyar. Ellis'e göre kuramlar bilgiyi ortaya çıkarmalıdır (196). Modeller, bir ya da birden fazla kurama dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta; sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (203, 213).

#### **4.7.1. Kavramsal Model ve Hemşirelik Analizi**

Birincil olarak modellerin analizi birçok açıdan bakış açısı sunar. İkincil olarak modellerin incelenmesi öğrenciler için bilimsel önem taşımaktadır. Öğrencilerin kendi görüşleri ile farklı görüşlerin analizini sağlar ve karşılaştırma olanağı sunar. Modellerin geçerliliği farklı yolların denenmesi ile sağlanır.

Modelin kullanımı içindeki kavramların tanımlanması ve uygulamalarda kullanılabilir olmasıdır. Modelin kullanımı kişisel yorumlara bağlı olarak değişiklik gösterir.

Modeldeki kavramların tanımlanması ve kullanılmasında farklı yaklaşımlar vardır. Bunlardan biri kullanılan hemşirelik sürecidir. Hemşirelik süreci modelin tanımlamada önemlidir. Kullanılan hemşirelik modelleri uygulamada standartların geliştirilmesini sağlar. Uygulamada birçok sorunun yanıtlanmasını sağlar. Tıp ve diğer disiplinlerdeki yaklaşımlarda kullanılan yöntemlerle kıyaslama yapılmasını sağlar. Kullanılan yöntemlerin farklılık ve benzerlikleri analizi yapılarak "kültüre bağlı" olup olmadığı incelenir. Örneğin; öz bakım kavramının sınıflarda farklı olması gibi. Bu nedenle modeller kültürel farklılıkların bulunmasını sağlar (215).

Modelde insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarının tanımlanması ve kavramlardaki farklılıkların belirlenmesine yardımcı olur. Nightingale ve diğer hemşirelik



kuramcılarını bu temel dört kavram üzerinde durmaktadır. Nightingale modelinde çevre kavramını üzerinde durmuştur. Kişinin yaşadığı dış çevre koşulları kontrol altına alınarak sağlıklı bakım hedefine ulaşılabilceğini vurgulamaktadır. Modelin gelişiminde bu dört temel kavramın tanımlanarak hemşirelik biliminin doğrulanabilir yollarla elde edilebileceği açıklanmış ve bundan sonra da her bir hemşirelik modelinin oluşmasında dört temel kavram ele alınmıştır. Dolayısıyla modellerin analizinde kavramlar önem kazanmıştır. Hemşirelik modelleri hemşirelik disiplininin oluşmasında rehberdir. Kavramlarda gözle görülen değişiklikler önem kazanmıştır. Hemşireliğin ilgi alanı insandır. İnsan gereksinimleri olan bir varlıktır. Hemşire ise bu gereksinimlerin geçici ya da sürekli olarak karşılanmasında insana yardım eden bir profesyoneldir. Bu yardım sistematik bir süreci gerektirir. Hemşirelik bakımında sistematik süreç hemşirelik biliminin bilimsel boyutunu içerirken, sanatsal boyutu bu sürecin uygulanmasını içerir. Hemşirelik uygulamaları, hemşirelik kavramlarını oluşturan kuramlara yaslanır. Bu nedenle uzun yıllar hemşirelikle ilgili kavram ve kuram geliştirme çabaları sürdürülmüştür. Daha öncede bahsedildiği gibi F.Nightingale ile başlamış ve birçok kuramcı ile devam etmiştir. Hasta hemşire ilişkisine odaklanan “Peplau, Orlando, Henderson ve Widenbach” dört temel kavrama vurgu yaparak modellerini geliştirmişlerdir. Geliştirilen modeller hemşirelik disiplininin bilimsel içeriğinin oluşturulmasının yanı sıra hemşirelik mesleğinin profesyonel rollerin oluşturulması için önemlidir (204). Profesyonel roller ise hemşirelik girişimlerinin boyutunun belirlenmesi ve hemşirelik süreci açısından önemlidir. Dolayısıyla modeller uygulamalara rehberlik eder. Ayrıca, hemşireler hemşirelik hizmetlerini verirken bir bakım modelini takip eder. Hemşirelik modellerinin çoğu insanı fiziksel, duygusal ve sosyal yönleri ile bir bütün olarak ele alan insan gereksinimleri odaklıdır (197, 209).

Hemşirelik modelleri doğrulanmış bir bilginin test edilmesinin yanı sıra hemşirelik biliminin gerçeklere dayalı olmasını sağlar. Donaldson and Crowley (1978), hemşirelikte bilgi gelişiminde diğer disiplinlerin katkısının önemli olduğu ancak hemşirelik mesleğinin uygulamalı olması nedeniyle kendi biliminin oluşması gerektiğini vurgulamıştır. Hemşireliğin bir meslek oluşu iki çeşit temel kavramı gerektirecektir. Bunlardan biri “bilme ve bilginin soyut kavramları”, diğeri ise “süreç” kaynaklı olup, bu bilgilerin hemşirelik sorunlarının çözümünde nasıl yanıt olabileceğidir. Diğeri bir deyişle, kavram açıklamasını da içeren “tanımlayıcı araştırma”, bilmenin yollarını ve hemşirelikle temel araştırmanın bir alanı etrafında odaklanır. Hemşirelik, felsefe, kuram, uygulama ve

araştırma üzerine kurulan bir sağlık disiplini (209). Hemşirelik kuramında çoğulculuk asıldır. Tüm kuramların açıklanması kuramın kullanımını ve hemşirelik disiplininin devamlı gelişmesini sağlayacaktır. Hemşirelikte kuramların gelişimi, araştırma bulgularının izole olmasına duyulan doyumsuzluk ve tepkiler sonucu olmuştur. Hemşirelikte kuramlar, disiplinin kavram ve sorunlarda odaklaşmasını sağlamıştır. Hemşireliğin doğasını açıklamaya yönelik araştırmalar çok yenidir. Hemşireler, insanlara düzenli ve organize bir şekilde bakım vermeye başladıklarından beri bir çeşit kuram geliştirme çalışmalarına katılmış sayılabilirler. Modellerin açıklığa kavuşması için cevaplanması gereken sorular vardır. Bu nedenle sağlık bakım ortamlarında araştırma ve eğitim programları eşliğinde hemşirelik modelleri tartışılmalıdır. Hemşirelik disipliniinde birçok kavramsal model bulunmaktadır ve araştırmacıların, araştırmalarında bu kavramsal modellerden birini kullanmaları, hemşirelik disiplinine önemli katkılar sağlayacaktır. Araştırmalara rehberlik etme ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi sağlama konusunda kuram ve modeller önemli bir role sahiptir.

Kuram ve Model, bir davranışı etkileyebilecek faktörleri, bir bütün olarak görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır. Aynı zamanda araştırma problemlerinin kavramsallaştırılmasına rehberlik ederek ve araştırılabilir sorular ortaya çıkarmaktadır. Modellerin uygulamaya rehberlik etmesi için modeller birçok hemşire tarafından kullanılması için çaba verilmelidir (205). Bond ve arkadaşlar (2010)'ının 2002–2006 yılları arasında yapılmış olan kuram/model temelli hemşirelik araştırmalarını analiz ettikleri çalışmada, beş yıl boyunca yapılan çalışmaların %38'inde kuram/model kullanıldığını ve bu çalışmaların %55'inde hemşirelik kuram/modelleri, %45'inde hemşirelik dışı kuram/modellerin kullanıldığını saptamışlardır (214). Modeller hemşirelik bilgisinin şekillenmesi açısından önemlidir. Kuram ve modeller hemşirelere bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği yüzlerce veriyi organize etme, analiz etme ve bu bilgiyi açıklama olanağı sağlarlar. Araştırma ve uygulamada kuram ve modellerin rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolü ve uygulamalarına odaklanmasına yardımcı olur. Aynı zamanda profesyoneller arasında koordinasyonu sağlayarak, uygulamalarda daha az farklılıklara neden olur. Hemşirelik disipliniinde, kuram/model kullanımı temel olarak iki amaca yöneliktir.

- 1-Hemşirelik disiplini tanımlamak ve uygulamalarına ilişkin açıklamalar getirmek
- 2-Eğitim, araştırma ve uygulamaya yönelik standart bir yapı ve çerçeve oluşturmak (215).

Kuram ve modeller, hem düşünme sürecine hem de uygulamalara rehberlik etmektedir. Kuram/model temelli çalışma; gözlem, deneyim, akıl yürütme sonucunda üretilen bilginin analiz edilmesi, sentezlenmesi, kavramsallaştırılması ve değerlendirilmesine rehberlik eden bir süreç olarak tanımlanan “kritik düşünme süreci” ile bağlantılıdır (216, 217).

Hemşirelik, bilgi ve beceriye dayanan bir sağlık disiplini olduğundan dolayı bilginin formüle edilmesi ve düzenlenerek uygulamaya aktarılmasında, araştırmalar önemli role sahiptir. Araştırmalar, kuramların geliştirilmesini, test edilmesini, bilginin sorgulanmasını ve yeni hipotezler oluşturulmasını sağlamaktadır. Kuramlar/modeller de araştırmada hangi soruların sorulacağını ve bu soruları yanıtlamak için hangi yöntemlerin kullanılacağını belirlemede ve değişkenler arasında gözlenen ilişkileri maksimum düzeyde açıklamada araştırmacıya rehberlik etmektedir. Aslında araştırma ve kuram/model arasında döngüsel bir ilişki vardır. Kuram/model araştırmanın tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesine yönelik bir çerçeve oluştururken, araştırmalardan elde edilen sonuçlarda kuram ve modele ait önermeleri doğrulamak, değiştirmek, desteklemek ya da yeni önermeler ortaya koymada vazgeçilmez bir kaynaktır. Bu nedenle hemşirelik disiplini de kendi kuramlarını geliştirerek uygulamaya yansıtmalıdır (216).

#### **4.7.2. Hemşirelik Modellerinin Analizi İçin Rehber**

##### **I. Giriş**

##### **II. Modele ait temel kavramlar**

- A. İnsan, hemşirelik, sağlık ve çevre
- B. Hemşirelik kavramının tanımlanması ve anlaşılması
- C. İnsanın tanımlanması ve anlaşılması
- D. Sağlık kavramının tanımlanması ve anlaşılması
- E. Çevre kavramının tanımlanması

- F. İnsan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları arasındaki ilişkinin tanımlanması
- D. Dahil olan diğer kavramların açıklanması

### **III. Analiz ve Değerlendirme**

- A. Temel varsayımlar/önergeler
- B. Modelin merkezi bileşenlerinin tanımlanması
- C. Temel kavramlar ve bileşenlerin göreceli önemi
- D. Temel kavram veya bileşenleri arasındaki ilişkilerin kurulması
- E. Tutarlılık analizi
- F. Yeterlilik analizi

### **IV. Modelin dış analizi**

- A. Hemşirelik araştırma ile ilişkisi
- B. Hemşirelik eğitim ilişkisi
- C. Profesyonel hemşirelik uygulamaları ile ilişkisi (217).

Geçmişten günümüze, araştırma ve uygulamalarda, hemşirelik kuram ve modellerin kullanılması ve epistemolojik olarak incelenmesi, hemşire profesyonellerce geniş ölçüde tartışılmış ve hemşirelik literatüründe yer almıştır (218). Profesyoneller arasında kuram ve araştırma arasındaki bağlantıya ilişkin tartışmalar 1970'lerin sonlarında hız kazanarak, hemşirelik disiplinin gelişiminde her birinin rolüne yönelik açıklamalar yapılmaya başlamıştır (219). Hemşirelik modelleri odak noktası olarak bireyi ele alması nedeniyle hemşirelik aktivitelerini "iş merkezli" olmaktan uzaklaştırır. Ayrıca hemşirelik bilgisini ve aktivitelerini sistematize ederek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar (204, 215). Son yıllarda hemşirelik araştırmalarında model kullanımına yönelik ilgi artmaya başlamıştır. Fakat klinik uygulamalarda kullanımına çok nadir rastlanmaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yer verilmemesi, diğeri ise modellerin çoğunun anlaşılması zor, soyut kavramlardan oluşmasıdır. Bu nedenle klinikte çalışan hemşire için, modelleri anlamak ve uygulamak, zor ve zaman alıcı olabilir. Ayrıca birçok kuramın eğitime rehber olması amacıyla geliştirilmesi uygulamam alanında birebir kullanılmamasına bir neden sayılabilir. Budurum hemşireyi uygulamada model kullanımından uzaklaştırır. Bu problemin ortadan kaldırılması için hemşirelik aktivitelerinin açık bir şekilde tanımlanmasına ve modellerin klinik örneklerle açıklanmasına gereksinim olduğunu belirtilmektedir (204, 209, 220).

## 5. MATERYAL VE YÖNTEM

### 5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE NİTELİĞİ

Bu çalışmanın amacı, toplumumuzdaki yaşlılarda sağlıklı yaşlanma sürecini; bunu etkileyen faktörleri ortaya koyarak ve bu süreci güçlendirecek, hemşirelikte sağlıklı yaşlanma bakım modelini geliştirmektir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda geliştirilen sağlıklı yaşlanma bakım modeli ile yaşlıların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ele alınması sağlanarak, yaşlılara sunulan hizmetlerin toplumun gereksinimlerine, evrensel ve bilimsel gerçeklere dayalı olarak planlanması, sunulması ve geliştirilmesi için yol gösterici olması bu çalışmanın en önemli kazanımı olacağı düşünülebilir.

Ayrıca hemşirelerde bütüncül yaşlı bakımına ilişkin bilincin artmasını sağlamak; hemşirelik eğitimine ve bilimsel çalışmalara kaynak oluşturmak amaçlanmıştır.

### 5.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma ilişkisel tarama modelidir. Sağlıklı yaşlanmayı arttıran ve azaltan değişken arasında ilişkiye bakıldı. *“Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez”* (221).

#### **Araştırmanın bağımsız değişkenleri:**

1-Sosyo- demografik değişken

2-Fiziksel değişken

3-Psikolojik değişken

4-Sosyo-kültürel değişken

#### **Araştırmanın Bağımlı değişken:**

1-Sağlıklı Yaşlanma

### **5.2.1. Model Oluşturma Sürecinde Atılan Adımlar:**

**I. Aşama:** Modelin Geçmişi Hakkında Genel Bilgi

**II. Aşama:** Modelde Yer Alan Belli Başlı Kavramlar ve Tanımları

**III. Aşama:** Modelde Yer Alan Diğer Bileşenler (kavramlar) ve Tanımları

**IV. Aşama:** Yaşlı Bakım Modelinin Geliştirilmesinde Yararlanılan Kuramlar

**V. Aşama:** Modelde Etkili Olan Kavramlarla Sağlıklı Yaşlanma Arasındaki İlişkinin Kurulması

**VI. Aşama:** Modelin Şematik Olarak izilmesi

**VII. Aşama:** Modelin İç Tutarlılığının Kontrol Edilmesi

**VIII. Aşama:** Modelin Dış Analizinin Yapılması

### **5.3. ARAŞTIRMA TASARIMI**

Araştırma tümdengelim niteliğinde tanımlayıcı, analitik ve retrospektif olarak yapıldı.

### **5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ**

**H<sub>0</sub> :** Fiziksel, psikolojik, sosyal ve sosyo-kültürel değişkenler sağlıklı yaşlanmayı etkiler.

### **5.5. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR**

1- 65 yaş ve üstü bireyler sağlıklı yaşlandılar mı?

- 2-Ülkemizde, bölgesel sağlıklı yaşlanma oranı nedir?
- 3-Ülkemizde bölgesel sağlıklı yaşlanmayı en çok etkileyen faktörler nelerdir?
- 4-Sağlıklı yaşlananların yaşlanmayanlara göre; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu nasıldır?
- 5-Sağlıklı yaşlanan bireylerde yaşam doyum düzeyleri nedir?
- 6-Sağlıklı yaşlanmayanlarda geriatrik depresyon düzeyi nasıldır? Sağlıklı yaşlananlar ile aradaki fark nasıldır?
- 7-Sağlıklı yaşlanan bireylerde sağlık sorunlarının nicel ve nitel durumu nedir?
- 8-Sağlıklı yaşlanmayanlar ile sağlıklı yaşlananların stres ile başetme düzeyleri nasıldır?
- 9-Sağlıklı yaşlanarlarda sosyal ilişkiler ve destek faktörleri, yaşlanmayanlara göre; daha iyi midir?
- 10-Başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri için sağlıklı yaşlanmaya destek verecek bakım modeli geliştirilebilir mi?

## 5.6. ARAŞTIRMANIN YERİ

Ülkemizde bölgesel sağlıklı yaşlanma sürecini ve buna etki eden faktörleri belirleyerek bir sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirmek için Batı Karadeniz Bölgesi örnek çalışma alanı olarak alındı.

Araştırma, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı Karabük Yücel Huzurevi ve Çankırı İsmail Özdemir Huzurevlerinde kalan yaşlılar ile Kastamonu Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Birinci Basamak Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yaşlılar ile gerçekleştirildi. Karabük Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü (EK-1) ile Çankırı Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünden (EK-2) yazılı izin alındı.

Araştırmanın, Kastamonu Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı 14 Aile Sağlığı Merkezinde uygulanabilmesi için Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğünden 26.08.2013 tarih ve 70909693-842.6723 sayılı yazı ile izin alındı

(EK-3). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2012 yılı tespitine göre; Kastamonu Merkezdeki aile sağlığı merkezlerine bağlı 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusu aşağıda verilmiştir (194).

#### **Aile Sağlığı Merkezi**

#### **65 Yaş Ve Üstü Yaşlı Nüfusu**

1. Nolu ASM;	1576
2. Nolu ASM;	1252
3. Nolu Aktekte ASM;	1826
4. Nolu Şeker ASM;	793
5. Nolu Kuzeykent ASM;	1078
6. Nolu Akkaya ASM;	533
7. Nolu Kaşçılar ASM;	443
8. Nolu Kayı ASM;	313
9. Nolu Subaşı ASM;	444
10. Nolu Elyakut ASM;	587
11. Nolu Esnaf Kefalet ASM;	1924
46. Nolu ASM;	390
47. Nolu ASM;	398
48. Nolu ASM;	447
<b>TOPLAM</b>	<b>12.004</b>

## **5.7. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

**5.7.1. Araştırmanın Evrenini,** Karabük Yücel Huzurevinde kalan 110 yaşlı ve Çankırı İsmail Özdemir Huzurevlerinde kalan 100 yaşlı ile Kastamonu merkezde yaşayan ve bağlı buldukları Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 65 yaş ve üstü yaşlılar oluşturdu. Kastamonu İli Merkezinde 2012 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, TÜİK'in araştırmasına göre, Kastamonu İlinin merkez nüfusu 128.537 'dir. Merkez 65 yaş ve üstü toplam nüfus ise 12.004'dür (194). Kastamonu merkezde toplam 14 adet aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.



**5.7.2. Araştırmanın Örneklemi:** Huzurevinde kalan yaşlılar için örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya alınma kriterleri doğrultusunda koşulları sağlayan tüm yaşlılar alındı. Aile sağlığı merkezlerine bağlı bireyler tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemi ile belirlendi (52).

Huzurevinde kalan yaşlıların dışında Kastamonu merkezde yaşayan 65 yaş ve üstü toplam 12.004 yaşlıdan örnekleme alınacak birey sayısını bulmak için aşağıdaki formül kullanıldı (222).

$$n: Nt^2 \cdot pq/d^2 (N-1) + t^2 \cdot Pq$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma

$$n: \underline{12.004 \times (1.96)^2 \times (0.50 \times 0.50)} + (1.96)^2 \times (0.50 \times 0.50)$$

$$(0.05)^2 \times (12.004 - 1)$$

$$n: 420$$

### Aile Sağlığı Merkezi 65 ve Üstü Birey Sayısı

Kastamonu Merkez	1.No.lu ASM'den 55 yaşı,
Kastamonu Merkez	2.No.lu Darende ASM'den 43 yaşı,
Kastamonu Merkez	3.No.lu Aktekte ASM'den 64 yaşı,
Kastamonu Merkez	4.No.lu Şeker ASM'den 28 yaşı,
Kastamonu Merkez	5.No.lu Kuzeykent ASM'den 38 yaşı,
Kastamonu Merkez	6.No.lu AkkayaASM'den19 yaşı,
Kastamonu Merkez	7.No.lu Kaşçılar ASM'den15 yaşı,
Kastamonu Merkez	8.No.lu Kayı ASM'den11 yaşı,
Kastamonu Merkez	9.No.lu Subaşı ASM'den16 yaşı,
Kastamonu Merkez	10.No.lu Elyakut ASM'den 21 yaşı,
Kastamonu Merkez	11.No.lu Esnaf Kefalet ASM'den 67 yaşı,
Kastamonu Merkez	46.No.lu ASM'den 13 yaşı,
Kastamonu Merkez	47.No.lu ASM'den 14 yaşı,
Kastamonu Merkez	48.No.lu Asm'den 16 yaşı,

Görüleceği gibi örneklem büyüklüğü 65 yaşı ve üstü 420 yaşıdan oluşmaktadır.

Örnekleme her bir aile sağlığı merkezinden kaç 65 yaşı ve üstü yaşı alınacağı ise tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemi ile belirlendi. Bunun için şu formül kullanıldı:

**ni: Ni (n/N)**

Formülde;

i: Tabaka numarası

Ni: i no'lu tabakadaki birim sayısı

N: Evrendeki birim sayısı

ni: i no'lu tabakadan alınacak birim sayısı

n: örnekleme alınacak birim sayısı

Aile sağlığı merkezine başvuran 65 yaş ve üstü yaşlılar ise, sistematik örnekleme tekniği ile seçildi. Aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran, araştırmaya alınma kriterlerinde belirtilen özelliklere uygun her üç yaşlıdan birisi örnekleme alındı.

### **5.7.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- 65 yaşın üstünde olma
- Yatağa bağımlı olmama
- Daha önce psikiyatrik tanı almamış olma (Deliryum, demans ve major depresyon)
- İletişim kurabilme
- İleri düzeyde konuşma ve duyma sorunu olmama
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etme

### **5.7.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma bilgi formları ve ölçeklerin bire bir bölgede yapılması araştırmacı tarafından uygulanması, araştırmanın farklı huzurevlerinde ve aile sağlığı merkezlerinde yapılması, bu çalışmayı yapabilmek için gerekli olan yerlerden izin alma sürecinin uzaması, araştırmanın zor koşullarda ilerlemesine neden olmuştur.

### **5.7.5. Araştırmanın Etik Yönü:**

Araştırma tıbbi etik açıdan İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından uygun bulundu. Araştırmanın yapıldığı huzurevleri için Karabük ve Çankırı Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerinden yazılı izin alındı (EK-1) (EK-2). Kastamonu Aile Sağlığı Merkezlerinde araştırmanın yapılması için Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Çalışmaya katılmada gönüllük ilkesine dikkat edildi, çalışma öncesi yaşlı bireylere

çalışmanın amacı ve yararı sözel olarak anlatıldı. Uygulamaya başlamadan önce huzurevinde kalan ve ASM'lere başvuran yaşlı bireylerden bilgilendirilmiş onam ile yazılı onamları alındı (EK-4). Çalışmada yaşlı bireylerin mahremiyetine ve bilgilerin gizliliğine saygı duyularak kişisel bilgilerin araştırmacı dışında hiç kimseye açıklanmayacağı belirtildi.

#### **5.7.6. Araştırmanın Değişkenleri:**

**Bağımsız Değişken:** Yaşlıların fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel boyutuna yönelik bağımsız değişkenler belirlendi. Bunlar;

**Fiziksel değişkenler:** Hastalık olma durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, cinsiyet, şu anda çalışma durumu, gelir durumu, oturduğu yer (evde kalanlar, huzurevinde kalanlar), günlük yaşam aktiviteleri,

**Psikolojik değişkenler:** Depresyon durumu, yaşam doyumu, stresle başa çıkma durumu,

**Sosyo-kültürel değişkenler:** Algılanan sosyal destek sistemleri, yapılan sosyal faaliyetler, kültürel olarak yapılan uygulama sayısı, bilimsel, kültürel bilgiye ilgi duyma durumu, olarak belirlendi.

Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği fiziksel özellik kapsamında, depresyon ölçeği, yaşam doyumu ölçeği ve stresle başa çıkma ölçeği psikolojik özellikler kapsamında ve algılanan sosyal destek ölçeği sosyal özellikler kapsamında değişken olarak alındı.

**Bağımlı Değişken:** Sağlıklı yaşlanma durumu

### **5.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

**Yaşlı Tanıtım Formu (EK 5):** Literatür taraması sonrası sağlıklı yaşlanmayı etkileyen faktörleri ve 65 yaş ve üstü bireyleri tanıtıcı demografik özellikler oluşturuldu.

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) (EK 6):** 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de Esin (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Cronbach Alfa İç Tutarlılık

Katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (223). Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek, toplam 48 maddeden oluşmuştur ve altı alt grubu vardır. SYBDÖ tüm maddeleri olumludur ve işaretleme Likert tipi ölçek üzerine yapılmıştır. Ölçeğin her bir alt grubunun puanı tek başına kullanılabilirdiği gibi, tümünün toplam puanı da kullanılabilmekte ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarını vermektedir. Ölçeğin tamamı için en yüksek puan 192, en düşük puanı ise 48'dir. Ölçekten yüksek puan alınması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, tersinden puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin alt grupları aşağıda yer almaktadır:

Kendini gerçekleştirme; 3, 8, 11, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. soruyu kapsayan toplam 13 maddeden oluşmaktadır. Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini, kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Sağlık sorumluluğu; toplam 10 maddeden (2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46) oluşmaktadır.

Egzersiz; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersizin birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir ve toplam 5 maddeden (4, 13, 22, 30 ve 38) oluşmaktadır.

Beslenme; 1, 5, 14, 19, 26 ve 35 soruyu kapsayan toplam 6 maddeden oluşmaktadır. Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirleyen toplam 7 maddeden (6, 9, 27, 36, 40, 41 ve 45) oluşmaktadır. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan Esin(1999)'den ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır (EK-12). Bu çalışmanın örneklemi için Cronbach alfa değeri 0,95'dir.

**Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (EK 7):** GDÖ, Yasevage, Brink ve arkadaşları tarafından 1983 yılında oluşturulmuş olup geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. GDÖ; öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenen bir ölçektir. Ölçekte 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 24, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 ve 28.'inci sorular ters anlatım içermektedir. Ölçeğin puanlamasında depresyon lehine verilen her yanıt için "1" puan, diğer yanıt için "0" puan verilmekte ve toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0–30 arasındadır (224). Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan Ertandan ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır (EK-13). Bu çalışmanın örneklemi için Cronbach alfa değeri 0,93'dir.

**Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (EK 8):** YDÖ, yaşlı bireylerin yaşamın çeşitli yönlerine bakış açısını, bu doğrultuda kendine ve çevresini nasıl algıladıklarını anlamak amacıyla 1961 yılında Neugarten tarafından geliştirilmiştir (39). Geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Karataş (1988) tarafından yapılarak Türkçe'ye uyarlanmış ve Cronbach Alfa İç tutarlılık sayısı 0,94 olarak bulunmuştur (225). YDÖ, toplam 20 sorudan oluşmakta, ifadelerde “ evet”, ”hayır” seçeneği kullanılmaktadır. 20 puan üzerinden değerlendirilen yanıtlarda bireyin yüksek puan alması, yaşam doyumu düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte her bir seçenek 1 puandır ve ifadelerden bazılarında (3, 5, 7, 10, 14, 17, 18, 20) “hayır” cevabının verilmesi beklenmektedir. Neugarten yaşam doyumu ölçeğine göre, düşük doyum düzeyi 7 ve altında puan alma, Orta yaşam doyumu düzeyi 8–12 arası puan alma, Yüksek yaşam doyumu düzeyi 13 ve üzerinde puan alma olarak kabul edilmiştir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan Karataş'tan ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır (EK-14). Bu çalışmanın örnekleme için Cronbach alfa değeri 0,80'dir.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 9):** Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 12 maddelik bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç gruptan oluşur. Bunlar aile (3, 4, 8, 11), arkadaşlar (6, 7, 9, 12) ve özel bir insan (1, 2, 5, 10)'dır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçeye çeviri ve uyarlanması ülkemizde Eker ve Arar (1995) tarafından yapılmış olup çalışmanın örnekleminde Cronbach alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur (226). Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan Eker'den ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır (EK-15). Bu çalışmanın örnekleme için Cronbach alfa değeri 0,93'dür.

**Başa Çıkma Yolları Ölçeği (Ways of Coping Inventory-WCI) (EK 10):** Folkman ve Lazarus tarafından 1985 yılında, duruma yönelik olarak geliştirilmiş, başa çıkma işlemini ölçen bir ölçektir. WCI 66 maddeden oluşur, bu maddeler 8 alt gruba ayrılmıştır. Bu sekiz alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar; Yüz yüze gelerek başa çıkma (6, 7, 17, 28, 34, 46. maddeler olup); durumu geliştirmek için saldırgan çabaları tanımlar ve bir miktar düşmanlık ve risk almayı anlatır. Mesafe koyma (12, 13, 15,

21, 41, 44. maddeler olup); olayın önemini en aza indirmek ve kişinin etkilenmemesi için bilişsel çabaları tanımlar. Kendini kontrol etme (10, 14, 35, 43, 54, 62, 63. maddeler olup); kişilerin duygularını ve eylemlerini düzenlemek için gösterdiği çabaları tanımlar. Sosyal destek arama (8, 18, 22, 31, 42, 45. maddeler olup); bilgisel, maddi ve duygusal destek arama çabalarını tanımlar. Sorumluluk alma (9, 25, 29, 51. maddeler olup); işleri yoluna koyarken sorundaki kendi rolünü bilme çabalarını tanımlar. Kaçma-kaçınma (11, 16, 33, 40, 47, 50, 58, 59. maddeler olup); sorundan uzaklaşmak için davranışsal çabaları ve hayalci düşünmeyi tanımlar. Planlı sorun çözme (1, 26, 39, 48, 49, 52. maddeler olup); sorun çözmeye yönelik analitik yaklaşımı da içeren, durumu değiştirmede kullanılan soruna yönelik çabaları tanımlar. Olumlu yaklaşım (20, 23, 30, 36, 38, 56, 60. maddeler olup); kişilik gelişimini odak alarak olumlu anlam çıkartma çabalarını tanımlar. Bu yöntemin aynı zamanda dini boyutu da vardır. Bu ölçek, 4'lü likert tipi bir ölçek olup, bunlar yöntemin ne sıklıkla kullanıldığını belirtmektedir. 0 kullanılmıyor, 1 biraz kullanılıyor, 2 oldukça kullanılıyor, 3 çok kullanılıyor anlamına gelmektedir.

Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan ölçeğin kısaltılmış hali olan Stresle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Kendine Güvenli yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvensiz, Boyun Eğici Yaklaşım olmak üzere dört ayrı alt ölçekten oluşan Başa çıkma Ölçeği'nde toplam 26 madde yer almaktadır (227). Bu çalışmanın örneklemi için Cronbach alfa değeri 0,81'dir.

**GYA/AGYA Ölçeği (EK 11):** Günlük Yaşam Aktiviteleri/Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA/AGYA) Ölçeği, Leon ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Çölgeçen ve Tümerdem tarafından Türk toplumunda geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. GYA/AGYA Ölçeği bireyin kişisel bakımında temel olan ve yaşadığı çevrede günlük ihtiyaçlarıyla ilgili daha karmaşık boyutta ve bağımsızlık gerektiren 14 aktiviteden (banyo, giyinme, tuvalet, kalkıp-oturma, idrar ve dışkı kaçırmak, yemek yeme, telefon etme, alışveriş, yemek hazırlama, ev işi, çamaşır, taşıtlara binme, ilaç içme ve para kullanma) neleri yapıp, neleri yapamadıklarının tespitine yöneliktir (228). '0' puan aktivitelerde bağımlı, '1' puan aktivitelerde bağımsız olmayı ifade etmekte olup GYA' da 6 puan, AGYA' da 8 puan olmak üzere toplam 14 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

GYA/AGYA' den alınan toplam puanların değerlendirilmesinde;

1. 0-7 puan arası yetersiz

2. 8-14 puan arası yeterli olarak alınmıştır. Bu çalışmanın örnekleme için Cronbach alfa değeri 0,84'dür.

**Sağlıklı Yaşlanma Durumunun Hesaplanması:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği medyanı 83 olarak bulundu. Medyan değerinin üzerinde kalan 165 kişi sağlıklı yaşam biçimi davranışları iyi; medyan değerinin altında kalan 149 kişi sağlıklı yaşam biçimi davranışları kötü olarak değerlendirildi.

**Tablo 5.8.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Kesme Noktasına Göre Uygulama Sayısının Dağılımı**

	Uygulama sayısı	sybdomedyan83		Toplam
		<83 (sağlıklı yaşam biçimi Davranışları kötü)	>=83 (sağlıklı yaşam biçimi davranışları iyi)	
1		79	55	134
2		43	53	96
3		13	34	47
4		8	16	24
5		5	2	7
6		1	5	6

Yaşlı tanıtım formundaki “Sağlıklı yaşlanmak için yaptığımız uygulamayı yazınız” sorusundan, yaşlıların yaptıkları uygulamaların sayısı hesaplandı. Bu soruya verilen cevaplar aşağıdaki gibi sınıflandırıldı.

- 1-Düzenli yürüyüş
- 2-Bahçe işleri/ormanda gezme
- 3-Spor/jimnastik
- 4-Sağlıklı besin maddesi tüketme
- 5-Beslenme alışkanlığı
- 6-Günde bir saat uyuma
- 7-Stresten uzak durma

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden medyanı 83 ve üzerinde puan alan kişiler ve sağlıklı yaşlanmak için yaptığı uygulama ikiden fazla olan



(53+34+16+2+5) = toplam 110 kişi bulunmaktadır. Bu sonuçlar literatür ışığında değerlendirilerek sağlıklı yaşlanan yaşlıların sayısı 110 olarak kabul edildi. Fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel boyutta alınan değişkenlerin sağlıklı yaşlanma üzerine etkisi logistik regresyon (Forward-LR) metoduyla sınıandı. Model kısmının oluşturulması için univariate analizinde anlamlı çıkan değişkenler multivariate analizi ile tek tek sınıanarak aralarında ilişki kuruldu. Model için etkili olan değişkenler tesbit edildi.

**Tablo 5.8.2. Araştırma Kapsamındaki Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Dağılımı**

Yaşlanma Durumu	sayı	%
Sağlıklı yaşlanmayan	382	77,6
Sağlıklı yaşlanan	110	22,4
Toplam	492	100,0

### 5.8.9. Ön Uygulama:

Hazırlanan tanımlayıcı form ve ölçekler 65 yaş ve üstü Kastamonu huzurevinde kalan 10 erkek ve 10 kadın yaşlı birey olmak üzere 20 yaşlı birey üzerinde ön uygulama tamamlandı. Ön uygulama sonuçlarına göre; ölçeklerin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği değerlendirilmiş, yaşlı tanıtım formu üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmış, ölçek sayısı, uygulama süresi ve deneklerin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumları dikkate alınarak sayısal azaltmaya gidildi. (Ekteki ölçeklerin kullanılmasına karar verildi). Tüm ölçeklerin uygulama süresi 35 dakikadır. Araştırma kapsamında ölçekler uygulanmadan önce, 1 no'lu aile sağlığı merkezine bağlı 65 yaş ve üstü 70 birey ile görüşülerek güvenilirlik çalışması yapılarak cronbach alfa değerleri hesaplandı.

#### **5.8.10. Araştırmanın Uygulanması:**

Araştırma 3–4 Eylül 2013 tarihinde Çankırı Huzurevinde, 5–6 Eylül 2013 tarihinde Karabük Yücel Huzurevinde veriler toplandı. Araştırma kriterlerine uygun olan yaşlılarla tek tek görüşülerek araştırma konusunda bilgi verildi. Araştırmayı kabul eden yaşlılara form ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Çankırı İsmail Özdemir Huzurevinin, toplam kapasitesi 100'dur. Kurumda 93 yaşlı birey kalmakta olup, 8 yaşlı izinli, 25 yaşlı psikiyatrik tanı almış, 9 yaşlı özel bakım biriminde olmak üzere geri kalan 51 yaşlı bireyden araştırmaya katılmayı kabul eden 34 yaşlı birey ile görüşüldü.

Karabük Yücel Huzurevinin, toplam kapasitesi 110'dur. Araştırmanın yapıldığı zaman diliminde, kurumda 82 yaşlı birey kalmakta olup, 31 yaşlı psikiyatrik tanı almış, 6 yaşlı özel bakım biriminde ve geri kalan 45 yaşlı bireyden araştırmaya katılmayı kabul eden 38 yaşlı birey ile görüşüldü.

Huzurevinde kalan yaşlılar ve Aile Sağlığı Merkezine başvuran yaşlılar olmak üzere toplam 492 yaşlı bireye ulaşıldı. Araştırma gerekli izinlerin alınmasından sonra araştırma verileri 26.08.2013-30.11.2013 tarihleri arasında toplandı.

#### **5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmeleri Statistical Package for Social Science (SPSS) 17,0 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin istatistiksel analizinde;

-Tanımlayıcı demografik özellikler için frekans ve yüzde analizleri

-Ölçeklere ait güvenirlik analizleri için Cronbach Alfa hesaplaması, Ölçeklere ait düzeyleri belirlemek için ortalama ve standart sapma,

-Ölçeklerin tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılmasında, iki grup arasındaki tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde parametrik yöntemlerden t testi,

-İkiden fazla gruplu tanımlayıcı özelliklerde Varyans analizi (Anova), Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere Host-hoc sheffe testi,

-Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test,

-Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) testi,

-Univariate analizlerde anlamlı çıkan risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için Lojistik regresyon analizi kullanıldı. Lojistik regresyon analizinde Forward LR metodu ile değişkenler seçildi ve ilk kategoriler referans olarak alınarak risk oranları (Odds ratio) hesaplandı.

Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde ve  $p<0,01$ ,  $p<0,001$  ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.



## 6. BULGULAR

Toplumumuzdaki yaşlı bireylerde sağlıklı yaşlanma sürecini; varsa bunu etkileyen faktörleri ve bu süreci güçlendirecek, hemşirelikte sağlıklı bir yaşlanma bakım modelini geliştirmek amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular üç başlık altında ele alındı:

1. Evde ve huzurevinde kalan yaşlı bireylere ait bulguların dağılımı
2. Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlı bireylere ilişkin değişkenlere ait bulguların dağılımı
3. Sağlıklı yaşlanma bakım modelinde etkili olan değişkenlere ait bulguların dağılımı

### 6.1. EVDE VE HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA AİT BULGULARIN DAĞILIMI

**Tablo 6.1.1. Yaşlı Bireylerin Dağılımı (N=492)**

Yaşanılan yer	n	%
Evde kalan yaşlı	420	85,4
Huzurevinde kalan yaşlı	72	14,6

Araştırmaya katılan yaşlıların %85,4'ünü (n=420) evde, %14,6'sını (n=72) huzurevinde kalan yaşlı bireyler oluşturdu(Tablo 6.1.1).



Şekil-1. Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Dağılımı

Tablo 6.1.2. Yaşlılarda Hastalık Olma Durumları ve Hastalıkların Dağılımı \*

		Evde kalan yaşlı		Huzurevinde kalan yaşlı		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>Hastalık Olma Durumları ve Hastalıkların Dağılımı</b>	Var	350	83,3	60	83,3	410	83,3
	Yok	70	16,7	12	16,7	82	16,7
Hipertansiyon		257	73,4	43	71,7	300	73,2
Diabetes Mellitus		121	34,6	29	48,3	150	36,6
KAH		82	23,4	12	20,0	94	22,9
KOAHA		39	11,1	9	15,0	48	11,7
Romatizmal hastalık		134	38,3	16	26,7	150	36,6
Sindirim rahatsızlıkları		55	15,7	3	5,0	58	14,1
Prostat		39	11,1	3	5,0	42	10,2

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Araştırmaya alınan yaşlılarda hastalık olma durumları ve hastalıkların dağılımları incelendiğinde; evde kalan yaşlıların %83,3'ünün (n=350) hastanede ya da sağlık kuruluşunda (doktor tarafından) tanısı konmuş uzun süre devam eden bir hastalığı olduğunu; huzurevinde kalan yaşlıların %83,3'ünün (n=60) hastanede ya da sağlık kuruluşunda (doktor tarafından) tanısı konmuş uzun süre devam eden bir hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 6.1.2).

Evde kalan yaşlıların %73,4'ünün (n=257) hipertansiyon, %34,6'sının (n=121) diabetes mellitus, %23,4'ünün (n=82) kroner arter hastalığı, %11,1'inin (n=39) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %38,3'ünün (n=134) romatizmal hastalık olduğu, %11,1'inin(n=3) prostat hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 6.1.2).

Huzurevinde kalan yaşlıların %71,7'sinin (n=43) hipertansiyon %48,3'ünün (n=29) diabetes mellitus, %20'sinin (n=12) kroner arter hastalığı %15'inin (n=9) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %26,7'sinin (n=16) romatizmal hastalık, %5'nin (n=3) sindirim rahatsızlıkları olduğu %5'inin (n=3) prostat hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 6.1.2).



## 6.2. YAŞLILARIN SAĞLIKLI YAŞLANMA DURUMLARINA GÖRE TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI

Tablo 6.2.1.Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (N=492)

Tanıtıcı özellikler		Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar (N=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar (N=382)		p
		n	%	n	%	
Medeni Durum	Evli	77	70.0	205	53.7	X <sup>2</sup> =11.764 p=0,019*
	Bekâr	1	0.9	19	5.0	
	Boşanmış	2	1.8	15	3.9	
	Dul	30	27.3	139	36.4	
	Ayrı yaşıyor	0	0,0	4	1,0	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	20	18.2	155	40.6	X <sup>2</sup> =21.660 p=0,001**
	Okur-yazar	25	22.7	58	15.2	
	İlkokul	45	40.9	123	32.2	
	Ortaokul	5	4.5	19	5.0	
	Lise	8	7.3	17	4.5	
	Yüksekokul Üniversite	7	6.4	10	2.6	
Yaş	65-69	47	42,7	152	39,8	X <sup>2</sup> =0,780 p=0,677
	70-74	28	25,5	91	23,8	
	75 ve üstü	35	31,8	139	36,4	
Cinsiyet	Kadın	30	27,3	178	46,6	X <sup>2</sup> =13,069 p=0,000***
	Erkek	80	72,7	204	53,4	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	107	97,3	349	91,4	X <sup>2</sup> =4,401 p=0,022
	Yok	3	2,7	33	8,6	

\*p<0.05

\*\*p<0.01

\*\*\*p<0.001

Medeni duruma göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %70'inin (n=77) evli, %0,9'unun (n=1) bekâr, %1,8'inin (n=2) boşanmış, %27,3'ünün (n=30) dul olduğu; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %53,7'sinin (n=205) evli, %5'inin (n=19)

bekâr, %3,9'unun (n=15) boşanmış, %36,4'ünün (n=139) dul, %1'inin (n=4) ayrı yaşamakta olduğu belirlendi. Yaşlıların medeni durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=11,764;p=0,019<0,05$ )(Tablo 6.2.1).

Eğitim durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %18,2'sinin (n=20) okuryazar olmadığı, %22,7'sinin (n=25) okur-yazar olduğu, %40,9'unun (n=45) ilkokul mezunu, %4,5'inin (n=5) ortaokul mezunu, %7,3'unun (n=8) lise mezunu, %6,4'ünün (n=7) yüksekokul/üniversite mezunu olduğu; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %40,6'sinin (n=155) okuryazar olmadığı, %15,2'sinin (n=58) okur-yazar olduğu, %32,2'sinin (n=123) ilkokul mezunu, %5'inin (n=19) ortaokul mezunu, %4,5'inin (n=17) lise mezunu, %2,6'sinin (n=10) yüksekokul/ üniversite mezunu olduğu belirlendi. Yaşlıların eğitim durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=21,660;p=0,001<0,05$ ) (Tablo 6.2.1).

Yaş dağılımına göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %42,7'sinin (n=47) 65-69 yaş, %25,5'inin (n=28) 70-74 yaş, %31,8'inin (n=35) 75 yaş ve üstü grubunda; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %39,8'inin (n=152) 65-69 yaş, %23,8'inin (n=91) 70-74 yaş, %36,4'ünün (n=139) 75 yaş ve üstü grubunda olduğu belirlendi. Yaşlıların yaş dağılımına göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $X^2=0,780; p=0,677>0,05$ ) (Tablo 6.2.1).

Cinsiyet durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %27,3'ünün (n=30) kadın, %72,7'sinin (n=80) erkek olduğu; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %46,6'sinin (n=178) kadın, %53,4'ünün (n=204) erkek olduğu belirlendi. Yaşlıların cinsiyet durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=13,069;p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.1).

Çocuk sahibi olma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %97,3'ünün (n=107) çocuğunun olduğu, %2,7'sinin (n=3) çocuğunun olmadığı; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %91,4'ünün (n=349) çocuğunun olduğu, %8,6'sinin (n=33) çocuğunun olmadığı belirlendi. Yaşlıların çocuk olma durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=4,401;p=0,022<0,05$ ) (Tablo 6.2.1).



**Tablo 6.2.2. Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Fiziksel Değişkenlerin Dağılımı (N=492)**

Fiziksel Değişkenler		Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar (N=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar (N=382)		p
		n	%	n	%	
<b>Hastalık Olma Durumu</b>	Var	88	80,0	322	84,3	X <sup>2</sup> =1,133 p=0,178
	Yok	22	20,0	60	15,7	
<b>Sigara Kullanma</b>	Hiç içmemiş	42	38,2	208	54,5	X <sup>2</sup> =10,088 p=0,006**
	İçip bırakmış	54	49,1	128	33,5	
	İçiyor	14	12,7	46	12,0	
<b>Alkol Kullanma</b>	Hiç kullanmamış	76	69,1	305	79,8	X <sup>2</sup> =9,689 p=0,008**
	Bırakmış	34	30,9	70	18,3	
	Kullanıyor	0	0,0	7	1,8	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	15	13,6	18	4,7	X <sup>2</sup> =10,870 p=0,002**
	Çalışmıyor	95	86,4	364	95,3	
<b>Gelir Durumu</b>	Emekli aylığı	89	80,9	249	65,2	X <sup>2</sup> =13,657 p=0,008**
	Dul aylığı	3	2,7	29	7,6	
	İhtiyarlık maaşı	12	10,9	44	11,5	
	Geliri yok	6	9,4	60	15,7	
<b>Gelir Durumu Yeterliliği</b>	Yeterli değil	32	29,1	206	53,9	X <sup>2</sup> =26,972 p=0,000***
	Ancak yetiyor	72	65,5	144	37,7	
	Yeterli bazen artıyor	6	5,5	32	8,4	
<b>Yaşadığı Yer</b>	Evde kalan yaşlı	103	93,6	307	83,0	X <sup>2</sup> =7,757 p=0,003**
	Huzurevinde kalan yaşlı	7	6,4	65	17,0	
<b>Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>	Yetersiz	2	1,8	54	14,1	X <sup>2</sup> =12,848 p=0,000***
	Yeterli	108	98,2	328	85,9	
<b>Bilimsel, Teknik ve Kültürel Bilgiye İhtiyaç Duyma</b>	Her zaman	35	31,8	29	7,6	X <sup>2</sup> =45,510 p=0,000***
	Hiçbir zaman	64	58,2	318	83,2	
	Zaman zaman	11	10,0	35	9,2	

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

Hastalık olma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %80'ninin (n=88) hastalığının olduğu, %20'sinin (n=22) hastalığının olmadığı; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %84,3'ünün (n=322) hastalığının olduğu, %15,7'sinin (n=60) hastalığının olmadığı belirlendi. Yaşlıların hastalık olma durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $X^2=1,133$ ;  $p=0,178>0,05$ )(Tablo 6.2.2).

Sigara kullanma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %38,2'sinin (n=42) hiç sigara içmediği, %49,1'inin (n=54) içip bıraktığı, %12,7'si (n=14) halen içtiği; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %54,5'inin (n=208) hiç sigara içmediği, %33,5'inin (n=128) içip bıraktığı, %12,0'sinin (n=46) halen içtiği belirlendi. Yaşlıların sigara kullanma ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=10,088$ ;  $p=0,006<0,05$ )(Tablo 6.2.2).

Alkol kullanma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %69,1'inin (n=76) hiç alkol kullanmadığı, %30,9'ünün (n=34) alkolü içip bıraktığı; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %79,8'inin (n=305) hiç alkol kullanmadığı, %18,3'ünün (n=70) alkolü içip bıraktığı, %1,8'inin (n=7) halen alkol kullandığı belirlendi(Tablo 6.1.15). Yaşlıların alkol kullanma ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=9,689$ ;  $p=0,008<0,05$ )(Tablo 6.2.2).

Çalışma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %13,6'sının (n=15) çalıştığı, %86,4'ünün (n=95) çalışmadığı; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %4,7'sinin (n=18) çalıştığı, %95,3'ünün (n=364) çalışmadığı belirlendi. Yaşlıların çalışma durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=10,870$ ;  $p=0,002<0,05$ )(Tablo 6.2.2).

Gelir durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %80,9'unun (n=89) emekli aylığı, %2,7'sinin (n=3) dul aylığı, %10,9'unun (n=12) ihtiyarlık maaşı, %9,4'ünün (n=6) gelirinin olmadığı; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %65,2'sinin (n=249) emekli aylığı, %7,6'sının (n=29) dul aylığı, %11,5'inin (n=44) ihtiyarlık maaşı, %15,7'sinin (n=60) gelirinin olmadığı belirlendi. Yaşlıların gelir durumunun dağılımına göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu( $X^2=13,657$ ;  $p=0,008<0,05$ )(Tablo 6.2.2).

Gelir durumunun yeterliliğine göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %29,1'inin (n=32) gelir durumunun yeterli olmadığını, %65,5'inin (n=72) gelirin ancak yettiğini, %5,5'inin (n=6) gelirin bazen arttığı; sağlıklı yaşlanamayan yaşlıların %53,9'unun (n=206) gelirinin yeterli olmadığını, %37,7'sinin (n=144) gelirinin yeterli olduğu, %8,4'ünün (n=32) gelirin bazen arttığı belirlendi. Yaşlıların gelir durumunun yeterliliğine göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=26,972;p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.2).

Yaşadığı yere göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %93,6'sının (n=103) evde kalan yaşlı olduğu, %6,4'ünün (n=7) huzurevinde kalan yaşlı olduğu; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %83'ünün (n=317) evde kalan yaşlı, %17'sinin (n=65) huzurevinde kalan yaşlı olduğu belirlendi. Yaşlıların yaşadıkları yere göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=7,757;p=0,003<0,05$ ) (Tablo 6.2.2).

Günlük yaşam aktivitelerini yapma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %1,8'inin (n=2) günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersiz olduğu, %98,2'sinin (n=108) günlük yaşam aktivitelerini yapmada yeterli olduğu; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %14,1'inin (n=54) günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersiz olduğu, %85,9'unun (n=328) günlük yaşam aktivitelerini yapmada yeterli olduğu görüldü. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarına göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=12,848;p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.2). Günlük Yaşam Aktiviteleri toplam puan ortalamasının kesme noktasına göre kategorize edilmesiyle oluşturuldu (Tablo 6.2.3).

Bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duyma durumuna göre, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %31,8'inin (n=35) bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye her zaman ihtiyaç duydukları, %58,2'sinin (n=64) bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye hiçbir zaman ihtiyaç duymadığı, %10'unun (n=11) zaman zaman bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duyduğu; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %7,6'sının (n=29) bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye her zaman ihtiyaç duydukları, %83,2'sinin (318) bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye hiçbir zaman ihtiyaç duymadığı, %9,2'sinin (n=35) zaman zaman bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duyma olduğunu belirlendi. Yaşlıların bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duymalarına göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=45,510;p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.2).

**Tablo 6.2.3. Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri Puan Ortalamasına Göre Dağılımları (N=492)**

	Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar (n=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar (n=382)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<b>Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği</b>	12,655	1,799	10,890	3,089	7,565	<b>0,000***</b>

\*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puan ortalamaları sağlıklı yaşlanma değişkenine göre fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=7,565;p=0,000<0,05). Sağlıklı yaşlanan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puanları ( $\bar{X}$ =12,655±1,799), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puanlarından ( $\bar{X}$ =10,890±3,089) yüksek bulundu (Tablo 6.2.3).

**Tablo 6.2.4. Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Psikolojik Değişkenlerin Dağılımları(N=492)**

Psikolojik Değişkenler	Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar (N=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar (N=382)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<b>Geriatrik Depresyon Ölçeği</b>	11,696	7,184	18,800	7,545	-9,035	<b>0,000***</b>
<b>Yaşam Doyumu Ölçeği</b>	11,227	4,212	8,296	4,239	-6,400	<b>0,000***</b>
<b>Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği</b>	50,336	9,257	42,877	9,551	-7,267	<b>0,000***</b>

\*\*\*p<0,001

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=11,696\pm 7,184$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}=18,800\pm 7,545$ ) düşük bulundu. Yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=-9,035$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.4).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların yaşam doyumu puan ortalamaları ( $\bar{X}=11,227\pm 4,212$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların yaşam doyumu puan ortalamalarından ( $\bar{X}=8,296\pm 4,239$ ) yüksek bulundu. Yaşlıların yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=-6,400$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.4).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=50,336\pm 9,257$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}=42,877\pm 9,551$ ) yüksek bulundu. Yaşlıların stresle başa çıkma yolları ölçeği puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=-6,400$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.4).

**Tablo 6.2.5. Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Sıkıntılı Zamanlarda Rahatlamada Kullandıkları Değişkenlerin Dağılımları (N=492)**

Psikolojik Değişkenler		Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar (N=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar (N=382)		p
		n	%	n	%	
Sıkıntılı Zamanlarda Rahatlama Durumu	İbadet etme	53	48,2	149	39,0	X <sup>2</sup> =16,206 p=0,006
	En yakın çocuğu /arkadaşı ile paylaşma	21	19,1	46	12,0	
	Yalnız kalmayı tercih etme	10	9,1	83	21,7	
	Ağlama/bağırma	16	14,5	70	18,3	
	Dışarı çıkma	8	7,3	16	4,2	
	Sigara kullanma	2	1,8	18	4,7	

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

Yaşlıların sıkıntılı zamanlarda rahatlamak için yaptıkları uygulamaların dağılımına bakıldığında, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %48,2'sinin (n=53) ibadet ettiği, %19,1'nin (n=21) en yakın çocuğu/arkadaşı ile paylaştığı, %9,1'nin (n=10) yalnız kalmayı tercih ettiği, %14,5'nin (n=16) ağladığı/bağırıldığı, %7,3'nün (n=8) dışarı çıktığı, %1,8'nin (n=2) sigara kullandığı; sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ise %39'unun (n=149) ibadet ettiği, %12'sinin (n=46) en yakın çocuğu/arkadaşı ile paylaştığı, %21,7'sinin (n=83) yalnız kalmayı tercih ettiği, %18,3'nün (n=70) ağladığı/bağırıldığı, %4,2'sinin (n=16) dışarı çıktığı, %4,7'sinin (n=18) sigara kullandığı belirlendi. Yaşlıların sıkıntılı zamanlarda rahatlamak için yaptıkları uygulamalar ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (X<sup>2</sup>=16,206;p=0,006<0,05)(Tablo 6.2.5).

**Tablo 6.2.6. Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerin Dağılımı (N=492)**

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar (N=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar (N=382)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<b>Aile Açısından Algılanan Sosyal Destek</b>	21,291	6,817	16,414	8,428	5,567	<b>0,000***</b>
<b>Arkadaşlar Açısından Algılanan Sosyal Destek</b>	17,782	7,768	13,542	7,811	5,023	<b>0,000***</b>
<b>Özel Bir İnsan Açısından Algılanan Sosyal Destek</b>	17,846	8,023	13,422	8,027	5,094	<b>0,000***</b>
<b>Algılanan Sosyal Destek Toplam</b>	52,623	21,434	39,082	20,314	-5,906	<b>0,000***</b>

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların aile açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ( $\bar{X}=21,291\pm6,817$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların aile açısından algılanan sosyal destek puan ortalamalarından ( $\bar{X}=16,414\pm8,428$ ) yüksek bulundu. Yaşlıların aile açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=5,567$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.6).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ( $\bar{X}=17,782\pm7,768$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek puan ortalamalarından ( $\bar{X}=13,542\pm7,811$ ) yüksek bulundu. Yaşlıların arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=5,023$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.6).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların özel bir insan açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ( $\bar{X}=17,846\pm8,023$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların özel bir

insan açısından algılanan sosyal destek puanlarından ( $\bar{X}=13,422\pm 8,027$ ) yüksek bulundu. Yaşlıların arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=5,094$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.6).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=52,623\pm 21,434$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların algılanan sosyal destek toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}=39,082\pm 20,314$ ) yüksek bulundu. Yaşlıların algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=-5,906$ ;  $p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.6).



**Tablo 6.2.7. Yaşlıların Sağlıklı Yaşlanma Durumlarına Göre Yaptıkları Sosyal ve Kültürel Faaliyetlerin Dağılımı\***

Sosyal ve Kültürel Faaliyetler	Sağlıklı Yaşlanan Yaşlılar(N=110)		Sağlıklı Yaşlanmayan Yaşlılar(N=382)		p
	n	%	n	%	
Kitap/gazete okuma	41	37,3	62	16,2	$X^2=22,847$ <b>p=0,000***</b>
El sanatları ile uğraşma	22	20,0	35	9,2	$X^2=9,793$ <b>p=0,002***</b>
Kahveye gitme	30	27,3	34	8,9	$X^2=25,475$ <b>p=0,000***</b>
TV seyretme/radyo dinleme	65	59,1	193	50,5	$X^2=2,513$ p=0,070
Arkadaş ziyareti yapma	66	60,0	120	31,4	$X^2=29,683$ <b>p=0,000***</b>
İbadet etme	28	22,5	86	25,5	$X^2=0,415$ p=0,300
Bahçe işleri ile uğraşma	8	7,3	23	6,0	$X^2=0,227$ p=0,387
Kaplıcalara gitme	21	19,1	31	8,1	$X^2=10,885$ <b>p=0,002**</b>
Sinemaya/tiyatroya gitme	5	4,5	3	0,8	$X^2=7,549$ <b>p=0,016*</b>
Günün belli saatlerinde uyuma	54	49,1	75	19,6	$X^2=38,310$ <b>p=0,000***</b>
Sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ait uygulamanın olmaması	2	1,8	117	30,6	$X^2=38,659$ <b>p=0,000***</b>
Yürüyüş yapma	92	83,6	182	47,6	$X^2=44,837$ <b>p=0,000***</b>
Arkadaşlarla çay günü yapma	17	15,5	48	12,6	$X^2=0,622$ p=0,261

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

\*p<0,05      \*\*p<0,01      \*\*\*p<0,001

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların yaptıkları sosyal ve kültürel faaliyetlerin dağılımına bakıldığında; sağlıklı yaşlanan yaşlıların %37,3'ünün (n=41), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %16,2'sinin (n=62) kitap/gazete okudukları belirlendi.

Yaşlıların kitap/gazete okuma alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=22,847;p=0,000<0,05$ )(Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %20'sinin (n=22), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %9,2'sinin (n=35) el sanatlarıyla uğraşdığı bulundu. Yaşlıların el sanatları ile uğraşma durumu ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=9,793;p=0,002<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %27,3'ünün (n=30), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ise %8,9'ünün (n=34) kahveye gitme alışkanlığı olduğu görüldü. Yaşlıların kahveye gitme alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=25,475;p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %59,1'inin (n=65), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %50,5'inin (n=193) TV seyretme/radyo dinleme alışkanlığı olduğu görüldü. Yaşlıların TV seyretme/radyo dinleme alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $X^2=2,513;p=0,070>0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %60'ünün (n=66), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ise %31,4'ünün (n=120) arkadaş ziyareti yaptıkları görüldü. Yaşlıların arkadaş ziyareti yapma alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=29,683;p=0,000<0,05$ )( Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %22,5'inin (n=28), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %25,5'inin (n=86) ibadet ettikleri görüldü. Yaşlıların ibadet etme alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $X^2=0,415;p=0,300>0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %7,3'ünün (n=8), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %6'sının (n=23) bahçe işleri ile uğraştıkları görüldü. Yaşlıların bahçe işleri ile uğraşma faaliyetleri ile sağlıklı yaşlanma durumlarına göre istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmadı ( $X^2=0,227;p=0,387>0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %19,1'inin (n=21), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %8,1'inin (n=31) kaplıcalara gittikleri görüldü. Yaşlıların kaplıcalara gitme alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=10,885$ ;  $p=0,002<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %4,5'inin (n=5), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %0,8'inin (n=3) sinema/tiyatro gitme alışkanlığı olduğu görüldü. Yaşlıların sinema/tiyatro gitme alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=7,549$ ;  $p=0,016<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %49,1'inin (n=54), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %19,6'sının (n=75) günün belli saatlerin de uyurum yanıtını verdikleri görüldü. Yaşlıların günün belli saatlerin de uyuma alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=38,310$ ;  $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %1,8'nin (n=2), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %30,6'sının (n=117) Sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ait uygulamanın olmadığı görüldü. Yaşlıların sağlıkları için yöresel kültüre ait uygulamanın olmaması ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $X^2=38,659$ ;  $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %83,6'sının (n=92), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %47,6'sının (n=182) yürüyüş yaptıkları görüldü. Yaşlıların yürüyüş yapma alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $X^2=44,837$ ;  $p=0,000<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %15,5'inin (n=17), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %12,6'sının (n=48) arkadaşlarla çay günü yaptıkları belirlendi. Yaşlıların arkadaşlarla çay günü yapma alışkanlığı ile sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $X^2=0,622$ ;  $p=0,261>0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Univariate analiz sonucunda her bir bağımsız değişkenin sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı yaşlanmama üzerindeki etkisi değerlendirildikten sonra, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel değişkenler logistik regresyon (Forward-LR) metoduyla sınandı.

### 6.3 SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİNDE ETKİLİ OLAN DEĞİŞKENLERE AİT BULGULARIN DAĞILIMI

Tablo 6.3.1 Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modelinde Etkili Olan Değişkenlerin Dağılımı

		B	p	OR	OR için 95% Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Çalışma durumu	Çalışıyor					
	Çalışmıyor	-1,46	<b>0,003**</b>	4,31	1,64	11,35
Gelir durumu yeterliliği	Yeterli değildir		<b>0,003**</b>			
	Ancak yetiyor	0,79	<b>0,010*</b>	2,20	1,20	4,01
	Yeterli bazen artıyor	-0,66	0,244	1,94	0,64	5,91
Bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ilgi duyma	Her zaman		<b>0,012*</b>			
	Hiçbir zaman	-0,36	0,347	1,44	0,68	3,05
	Zaman zaman	-1,55	<b>0,003**</b>	4,70	1,67	13,26
Stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam		0,05	<b>0,004**</b>	1,05	1,02	1,08
Geriatrik depresyon ölçeği toplam		0,08	<b>0,000***</b>	1,08	1,04	1,12
Günlük yaşam aktivite durumu	Yetersiz					
	Yeterli	1,55	<b>0,050*</b>	4,69	1,00	21,99
Arkadaş ziyareti yapma		0,66	<b>0,023*</b>	1,94	1,09	3,44
Günün belli saatleri de uyuma		1,19	<b>0,000***</b>	3,29	1,77	6,12
Sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ilişkin uygulamanın olmaması		-1,54	<b>0,059</b>	4,66	0,94	23,05
Yürüyüş yapma		1,06	<b>0,006**</b>	2,89	1,36	6,11
Model sabiti		-5,93	<b>0,000***</b>			

\*p<0,05      \*\*p<0,01      \*\*\*p<0,001

Multivariate Analizi (Lojistik Regresyon)

Sağlıklı yaşlanma bakım modelinde etkili olan değişkenlere Tablo 6.3.1'e göre bakıldığında;

Çalışmayan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=4,31 (1,64–11,35) kat düşüktür (p=0,003<0,01).

Gelir durumunun ancak yettiğini ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=2,20 (1,20–4,01) kat yüksektir (p=0,010<0,05).

Bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye zaman zaman ilgi duyan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=4,70 (1,67–13,26) kat düşüktür (p=0,007<0,01).

Günlük yaşam aktivitesi yeterli düzeyde olan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=4,69 (1,00–21,99) kat yüksektir (p=0,050<0,05).

Stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puan ortalaması yüksek olan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=1,05 (1,02–1,08) kat yüksektir (p=0,004<0,01).

Geriatrik Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması düşük olan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=1,08 (1,04–1,12) kat yüksektir (p=0,000<0,001).

Arkadaş ziyareti yaptığını ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=1,94 (1,09–3,44) kat yüksektir (p=0,023<0,05).

Günün belli saatlerinde uyduğunu ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=3,29 (1,77–6,12) kat yüksektir (p=0,000<0,001).

Sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ilişkin uygulamanın olmadığını ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=4,66 (0,94–23,05) kat düşüktür (p=0,059<0,05).

Yürüyüş yaptığını ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=2,89 (1,36–6,11) kat yüksektir (p=0,006<0,05).

Univariate analizde anlamlı çıkan diğer değişkenler multivariate modelde anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

## 7. TARTIŞMA

Kişinin geleceği, dünü ve bugünü üzerine kurulur. Bir başka deyişle kişiler de toplumlar gibi kendi tarihlerini yaşarlar. Kişinin yaşlılığı çocukluğunda ve gençliğinde geliştirdiği kişilik özelliklerine bağlıdır. Bu sebeple hem kişiler bu gerçeğin farkında olarak yaşamını sürdürmeli, hem de devlet insan yetiştirme politikasının içinde insanlara kişilik bütünlüğü kazandıran değerleri vermelidir. Kişilik bütünlüğü kazanmış insanlar sağlıklı ve başarılı bir şekilde yaşlanacaklar, yaşlandıklarında da toplumla uyum içinde yaşayacaklardır; bu tür fertlerden oluşmuş bir toplum da sağlam temeller üzerinde oturacaktır.

Sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular; iki bölüm altında tartışıldı. Birinci bölümde, **Univariate analizleri** ile sağlıklı yaşlanmayı ve sağlıklı yaşlanmamayı etkileyen değişkenlerin belirlenmesi sonucu oluşan bağımsız değişkenlerin tartışılması; ikinci bölümde ise, **Multivariate analizi** sonucu modelin oluşmasında etkili olan bağımsız değişkenlerin tartışılması yer almaktadır.

### 7.1.YAŞLILARIN SAĞLIKLI YAŞLANMA DURUMLARINI ETKİLEYEN SOSYO-DEMOGRAFİK, FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYO-KÜLTÜREL DEĞİŞKENLERİN UNİVARIATE ANALİZ SONUCUNDA ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI

**Yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarına göre tanıtıcı özelliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.1);**

Yapılan araştırmada medeni durum ile sağlıklı yaşlanma arasındaki dağılım incelendiğinde, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %70'inin evli, sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ise %53,7'si evlidir (Tablo 6.2.1). Araştırmada evli olan yaşlıların bekâr, ayrı yaşayan ya da dul olan yaşlılardan fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden daha iyi durumda olması olumlu bir değişkendir. Çünkü yaşlılar

için aile en önemli destek kaynağıdır. Yiğit (2009)'ın huzurevinde kalan yaşlıların sosyal destek sistemlerini araştırdığı çalışmasında; yaşlıların %20,5'inin evli olduğu, evli olanların aile desteği puanlarını, hiç evlenmemiş, dul ve boşanmış yaşlıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Evli olan yaşlıların aile desteği ve özel kişi desteği yüksek bulunmuştur. Bu da sosyal desteği olumlu algılamada ailenin en önemli destek kaynağı olduğunu ortaya koymaktadır (58). Yapılan araştırmalarda arkadaş ve aile ilişkilerinin, sosyal ortamlara katılma ve bağımsız olmanın yaşlılarda yaşamı anlamlandırmada önemli olduğunu belirlemişlerdir. (6, 21, 38, 58, 185, 229, 230).

Kaya (1999) evde kalan yaşlılarla çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt başlıkları arasında anlamlı fark saptamış( $p<0,05$ ), evli olanların yaşam kalitesini daha yüksek düzeyde bulmuştur (48). Bektaş'ın araştırmasında da sonuç benzerlik göstermektedir (6).

Polat ve kahraman (2013)'ın huzurevinde kalan 93 yaşlı birey sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmalarında, evli olan yaşlı bireylerin, özel birinden destek alma durumuna göre ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (185). Kültür yapısındaki değişim, kentleşmenin etkisi, aile yapısının değişmesi, ailesiyle yaşayan yaşlıların yalnız yaşamasına, ailede yaşlıya yüklenen anlamın olumsuzlaşmasına, sosyal ilişkilerin azalmasına, sevdiği arkadaşlarının ve eşinin kaybı, tamamen kendi dünyasına çekilmesine, yalnızlaşmasına zemin hazırlamıştır. Yaşlılık döneminde bu sürecin getirdiği fiziksel rahatsızlıklar önemli olmasına rağmen sosyal sorunlar ve sosyal sorunların getirdiği psikolojik sorunların daha önemli olduğu literatürde vurgulanmaktadır (231, 232, 233, 234, 235, 236, 237). Sağlıklı yaşlanma da psikolojik ve sosyal boyutu etkileyen medeni durum fiziksel boyutu da olumlu olarak etkilemektedir. Bu araştırmada da evli olan yaşlıların hayatlarını daha düzenli olarak devam ettirmeleri, evli kişilerin duygusal, maddi ve manevi yönden daha çok destek görmesi yaşam kalitelerinin artmasına, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da olumlu değişmelere sebep olmasından kaynaklanabilir. Araştırma sonucu literatür sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir.

Araştırmada eğitim durumunun sağlıklı yaşlanmayı etkileyen önemli bir değişken olduğu belirlendi. Sağlıklı yaşlanan yaşlıların eğitim düzeyi, sağlıklı yaşlanmayanlara göre daha yüksek bulundu. Sağlıklı yaşlananların %6,4'ü yüksekokul/üniversite mezunu iken, sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %2,6'sı yüksekokul/üniversite mezunudur (Tablo 6.2.1). Sağlıklı yaşlanma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından önemli derecede etkilenmektedir. Sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlerin en başında eğitim gelmektedir. Eğitim kişide istenilen davranışları kazandırmayı amaçlamaktadır. Kişinin kendi sağlık durumunun farkında olması, olumlu sağlık davranışları kazanması, doğru bildiklerini uygulamaya dönüştürebilmesi ve yanlışlardan uzak durması sağlıklı bir yaşamı ve beraberinde sağlıklı bir yaşlanmayı getirecektir. Eğitim düzeyi arttıkça bireyler bilinçlenmekte, hastalık oluşumunda rol alan birçok etkeni daha iyi bilip, kendilerini bu hastalıklardan koruyabilmektedirler (98, 231). Ayrıca eğitilmiş insanlar gerek değişen şartlara göre kendilerini yetiştirmede, gerek çevrelerine ve topluma uyum sağlamada başarılı ve uyumlu olurlar. Çünkü eğitim yoluyla insanın kişiliği geliştirilirken zevk ve kabiliyetleri de gelişir. Böyle insanlar yaşlandıklarında da kazandıkları ve alıştıkları yaşam biçimlerini sürdürmeye devam ederler. Tseng ve ark. (2000)'nin çalışmasında eğitim seviyesinin artması ile kişinin sosyo-ekonomik statüsünün de arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (232). Çalışmada da eğitim düzeyi sağlıklı yaşlanmada önemli bir bağımsız değişkendir. Yalnızca olumlu sağlık davranışlarının oluşturulması fiziksel rahatsızlıkların önlenmesi değil psikolojik rahatsızlıklarla da uygun baş etmenin gerçekleştirilmesinde önemlidir.

Bahar (2005)'in huzurevinde kalan 60 yaşlı birey üzerinde yaptığı çalışmada yaşlıların eğitim durumları ile depresyon puanlarını karşılaştırmış, okuryazar olmayan yaşlıların depresyon puan ortalaması, diğer öğrenim düzeylerine göre yüksek bulunmuştur (37). Bu araştırma sonucundan farklı olarak Polat ve kahraman (2013)'in yaptıkları çalışmalarında ilköğretim mezunu olan yaşlıların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve beslenme alt boyut puanlarının yüksek olduğunu, eğitim düzeyi düşük ve kronik hastalığa sahip olanların araştırmada çoğunlukta olduğu, bunun sonucunda da sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının daha fazla olması, sağlıklarına yönelik



farkındalıklarının artması ile sahip oldukları bilgilerin davranışa dönüştürmelerinden kaynaklanabileceği şeklinde açıklamışlardır (185).

Devlet İstatistik Enstitüsü 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan 65 ve daha yukarı yaştaki bireylerin değişik özelliklerinin incelenmesinin amaçlandığı 1300 kişi üzerinde yapılan çalışmada, araştırmaya katılan 65 yaş ve üzerindeki yaşlı kişilerin eğitim durumları incelendiğinde, kadınların yarısından çoğunun (%58) okur-yazar olmadığı, % 19,5'inin ilkokul mezunu ve % 3,3'ünün de lise ve yüksek eğitimli oldukları görülmüştür. Erkeklerde ise en büyük bölümü %45,9 ile ilkokul mezunları almaktadır. Erkekler arasında yaklaşık 10 kişiden birisi (%9,3) lise ve yüksekokul eğitimi almıştır (237). Benzer şekilde Khorşid ve ark. (2004) huzurevinde kalan 206 yaşlının yalnızlık düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, yaşlıların eğitim düzeyleri arttıkça yalnızlık düzeylerinin azaldığı ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır (98). Aynı araştırma sonucuna göre eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların eğitim düzeyi düşük olanlara göre ekonomik, entelektüel ve sosyokültürel düzeyleri yüksek olması nedeniyle sosyal ve kültürel etkinliklere daha çok katılmalarına ve daha fazla uğraşlarda bulunmasına bağlamışlardır. Devletin eğitim politikası herkese zorunlu eğitimi olduğunca uzun vermeli, mümkün olduğunca da her insana istekli ve yetenekli olduğu alanda eğitim görme olanağı sağlayarak insanların kendilerini gerçekleştirmelerini sağlamalıdır. Böylece hem kendini gerçekleştirme düzeyine gelmiş bireyler huzurlu ve uyumlu yaşayacaklar, hem de bu tür bireylerden oluşan toplum hızla kalkınacak ve gelişecektir. Ayrıca gelecekte de daha sağlıklı yaşlanan bir nüfusa sahip olunacaktır. Bu çalışma sonuçları yapılan araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya alınan yaşlıların cinsiyet değişkeni ile sağlıklı yaşlanma arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlıklı yaşlanan yaşlıların %27,3'ü sağlıklı yaşlanmayanların %46,6'sı kadındır. Sağlıklı yaşlanan erkeklerin (%72,7) oranı kadınlardan daha yüksektir (%27,3). Erkekler kadınlara göre sağlıklı yaşlanmaktadır. Bu nedenle cinsiyet sağlıklı yaşlanmada önemli ve anlamlı bir değişkendir( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.1). Kadınlarda ortalama yaşam süresi daha uzundur; bu nedenle kadın nüfusu, erkek nüfusa göre daha fazladır (193). Eşlerini

kaybeden ve yalnız kalan kadınlar, zorlu yaşam mücadelelerini tek başlarına sürdürmek zorunda kalırlar. Tıbbi olaylar, sosyo-ekonomik ve çevresel koşullar ve diğer stres etkenlerinden daha çok etkilenirler. Bu faktörler düşünüldüğünde kadınların sağlıklı yaşam uygulamalarına gereken önemi vermemesi cinsiyet açısından etkili bir faktördür. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapılan çeşitli araştırmalarda kadın cinsiyetinin malnutrisyon açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (22, 97, 103). Cinsiyet temelli bu farklılıklar, sağlık riskleri ve hastalıklarla başa çıkma yolları üzerinde ve kadınların sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarında farklılıklar göstermektedir. Avustralya’da yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla mental sağlıklarının daha kötü, ancak genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (99).

Ceyhan (2005)’ın 225 evde kalan yaşlının yalnızlık düzeyini değerlendirmek için yaptığı araştırmasında, kadınların erkeklere göre daha fazla yalnızlık hissettiği, kadınların daha duygusal bir yapıya sahip olmaları bağıllık ve şefkat hislerinin erkeklere göre daha fazla olması bu farklılık için gerekçe gösterilmiştir (21). Kadınların bu özelliklerinden dolayı psikolojik rahatsızlıklara daha fazla aday olduğunu gösteren literatür çalışmaları bulunmaktadır. Bunlardan Demiröz (2011)’ün yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmaya göre kadınlarda depresyon düzeyi (%35,2), erkeklere göre (%23) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (72). Yine Özmete (2008) çalışmasında erkek yaşlı bireylerin kendilerini daha sağlıklı ve aktif hissettiklerini bulmuştur (52).

Ulusel (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha bağımlı olduğu, bununda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda görülen depresyon oranının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur (238). 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. Tarihsel gelişim süresince tüm toplumlarda kadınlara karşı ayrımcılığın uygulanmış olduğu belirlenmiştir. Sosyo-kültürel görüşe göre, kadınlara iyi eş, iyi anne, zihinsel olarak bağımlı ve uysal olmaları gibi kültürel mesajlar yüklenmekte, kadınların

kendisinden beklenen rollere karşı yoğun ikili duygular yaşaması, kadınların depresyona yatkın hale getirildiği bildirilmektedir (239, 240). Kadının statüsü genelde kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, aile ve toplum içindeki rolü, değeri gibi faktörlere bağlıdır (241, 242, 243, 244, 245). Ayrıca toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, kadın erkek eşitsizliği görülmektedir. Literatüre bakıldığında, kadınların kendi sağlıklarından çok ailelerinin ve çocuklarının sağlığına özen gösterdiği ifade edilmektedir (239, 245). Bu durumun geleneksel olarak toplumumuzda kadınların çocuklarının, eşlerinin özellikle de kalabalık ailelerde aile büyüklerinin sağlığından sorumlu kişi olarak kabul edilmeleri ve onların sağlıklarını kendi sağlıklarının üzerinde tutmalarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (138, 245, 246). Bütün bu faktörler, kadınların sağlıklı yaşlanamaması ve yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olmasının nedeni olabilir. Sosyal güvencesizlik, düşük maaşları ve ortalama yaşam beklentisinin erkeklerden daha yüksek olması nedeniyle kronik hastalıkların görülme insidansının kadınlarda daha yüksek olması ve bu nedenle kadın yoksulluğunun daha derinden yaşanmasıdır (244). Ülkemizde yaşı altmışın üzerinde olan 3,2 milyon kadının %90'dan fazlası yoksulluk sınırının altında kalan bir gelirle yaşamını sürdürmektedir (73). Literatürde yaşlıların cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çok araştırmalarda kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları görülmektedir (6, 52, 75, 96, 104). Drageset ve ark. (2008)'nin huzurevinde yaşayan yaşlılar ile evde yaşayan yaşlılar arasında sağlıklı ilgili yaşam kalitesi farklarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etken olduğunu erkeklerin kadınlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (65). Bu araştırma sonuçları ve literatür bilgileri çalışma ile uyumludur. Dolayısıyla sayılan nedenlere bağlı olarak yaşlı kadınların yaşlı erkeklere göre sağlıklı yaşlanmadığı söylenebilir. Bu nedenlerden dolayı da çalışma sonucunda kadınların sağlıklı yaşlanmadığı belirlendi.

Diğer bir bağımsız değişken olan çocuk sahibi olma durumu ile sağlıklı yaşlanma arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlıklı yaşlanan yaşlıların

%97,3'ünün, sağlıklı yaşlanmayanların %91,4'ünün çocukları olduğu belirlendi. Yaşlıların çocuk olma durumuna göre sağlıklı yaşlanma durumları arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6.2.1). Aksüllü (2002) çalışmasında evde yaşayan yaşlıların çocukları/arkadaşlarıyla paylaşarak sosyal destek bulduklarını bildirmiştir (190). Bektaş (2008)'in huzurevinde yaşayan çalışma grubu ve ev ortamında yaşayan kontrol grubu olarak yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında; çocuk sahibi olma huzurevinde yaşayan yaşlıların %72 (n=144)'sinin çocuk sahibi olduğu, ev ortamında yaşayan yaşlıların %98,5 (n=187)'inin çocuk sahibi olduğunu saptamıştır. Aynı araştırmaya göre ev ortamında kalan ve çocuk sahibi olan yaşlıların huzurevinde kalan yaşlılara göre hayatlarından daha fazla memnun olduklarını belirtmiştir (6).

Gülseren ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların %73'ünün çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir (233). Bu konu ile ilgili olarak Ceyhan (2005)'in çocukları olan ve olmayan yaşlı bireylerin yalnızlık puan ortalamaları karşılaştırılmış, çocuk sahibi olmayan bireylerin yalnızlık puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur (21). Literatürde çocuk sahibi olmanın yaşlının yalnızlık düzeyini etkilemediğini gösteren araştırma da mevcuttur (98). Bu durum yaşlılar ile çocukları arasındaki iletişimin ya da sosyal desteğin niteliğinin de etkili olabileceği söylenebilir. Kültürümüzde ana baba ve yetişkin çocuklar arası dostça, sevgiye dayalı ilişkiler ana babaya destek sağlama konusunda motive edici bir öge olarak kabul edilmektedir (247). Aynı zamanda çocuklar sosyal güvence olarak algılanmakta, destek olarak kabul edilmekte ve buna paralel olarak çocuklardan bu beklentileri karşılamaları istenebilmektedir. Geleneksel Türk aile yapısında, yetişkin çocuklar ebeveynlerine ölünceye kadar bakma, etkileşimi sürdürme ve yalnız bırakmama çabasıdadır. Çünkü toplum, ailesi tarafından yalnız bırakılan yaşlı bireyin çocuklarını kınamaktadır. Bunların altında "ataya saygı ve sahip olma" sorumluluğu yatmaktadır (50, 138). Araştırmada yaşlıların çocukları ile olan ilişki durumu sorgulanmamış ancak çocuk sahibi olmanın sosyal destek açısından olumlu yararları olması açısından bireyin sağlıklı yaşlanmasında olumlu değişken olarak değerlendirildi. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yalnız, bağımsız yaşama oranının arttığı, oğlu-kızı veya yakınları ile yaşama oranının azalması yaşlıların yakınları ile birlikte yaşadıkları

zaman kendilerini güvende hissettikleri sevgi ve saygı gördükleri ortamda doyum sağladıkları, dolayısıyla psikolojik açıdan mutlu olmaları sağlıklı yaşlanmada önemli olduğu söylenebilir.

### **Yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarına göre fiziksel değişkenlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.2);**

Araştırmada hastalık olma durumu ile sağlıklı yaşlanma arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %80'inde doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalık var iken, sağlıklı yaşlanmayanlarda bu oran %84,3'dür (Tablo 6.2.2). Her iki grupta da kronik hastalık görülme oranı yüksek ve benzerlik gösterdiği için aralarında istatistiksel düzeyde fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kronik hastalıklar, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyerek hastalığın etkilerini daha da arttırmaktadır. ABD'de 65 yaş üzeri bireylerin % 77'sinde birden fazla kronik hastalık olduğu bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki kronik hastalık sıklığının 1990'da tüm hastalıkların % 51'ini oluşturduğu belirlenmiş, 2020 yılına kadar bu oranın % 78'e çıkacağı tahmin edilmektedir (34). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (2004) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, yaşlıların % 90'ında en az bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, % 15'inde dört veya daha fazla kronik hastalık bulunduğu; ülkemizdeki yaşlılarda en sık görülen ölüm nedenlerinin sırasıyla kardiyovasküler sistem hastalıkları, serebrovasküler olaylar, kronik dejeneratif akciğer hastalıkları, diabetes mellitus ve kanserler olduğu bildirilmektedir (101). Aşti (2004) yaptığı çalışmada, 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %90'ında bir kronik hastalık görülürken, %35 'inde iki, %23'ünde üç, %14'ünde dört ve üzeri kronik hastalık görülmektedir (28). Sonuç olarak yaşlılıktaki ölümlerin %85'i kronik hastalıklardan meydana gelmektedir. Kronik hastalıklar denge bozukluğu, kas güçsüzlüğü, fiziksel aktivitede azalma gibi hastalığın doğrudan veya dolaylı etkileri olabilir (16, 24, 30, 57, 248).

Yılmaz ve Sayıl (1996)'ın çalışmasına göre, kronik hastalık varlığının yaşlıların yaşam doyumu ve psikolojik durumu üzerine olumsuz etkilere neden olduğu saptanmıştır (25). Benzer şekilde Khorşid ve ark. (2004) huzurevinde

kalan yaşlılarla yaptıkları çalışmada hastalığa sahip olan yaşlıların yalnızlık düzeyini daha yüksek olduğu bulunmuştur (98).

Başkent Üniversitesi'nde yapılmış bir araştırmada; araştırmaya katılan yaşlıların %31,9'nun kalp-damar, %26,4'ünün diyabet, %30,8'inin hipertansiyon, %8,8'inin böbrek yetmezliği, %5,5'inin kanser sorunu, %14,3'ünün sindirim sistemi sorunu, %17,7'sinin ortopedik sorunu, %6,6'sının nörolojik sorunu ve %5,5'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığının bulunduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada %26,4'ünün çok sık uykusuzluk çektiği belirtilmiştir (26). Ulusel (2004) yapmış olduğu çalışmada yaşlıların sahip olduğu kronik hastalık sayısının fazlalığının günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık riskini arttırdığını bulmuştur (238).

Keskinoğlu ve arkadaşlar (2003)'nin yapmış olduğu bir çalışmada yaşlıların kronik hastalık prevalansının %66,5 olduğu, bunların çoğunluğunun kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabet, solunum yolu hastalıkları, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi hastalıkları olduğu görülmüştür (24). Bu çalışmada ise yaşlıların %73,2'sinin hipertansiyonu, %36,6'sının diabetes mellitus, %22,9'unun kronik arter hastalığı, %11,7'sinin kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %36,6'sının romatizmal hastalık, %14,1'inin sindirim sistemi rahatsızlıkları, %10,2'sinde prostat olduğu belirlendi (Tablo 6.1.2). Yaşlıların hastalık olma durumu ile sağlıklı yaşlanma arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Yaşın ilerlemesi ile birlikte biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönlerden gerilemeler görülmekte ve bu gerilemelere bağlı olarak kronik hastalık görülme oranı da artmaktadır. Araştırma kapsamındaki tüm yaşlılarda da organizmada bazı temel değişiklikler meydana gelmesi ve yaşamı etkilemesi kaçınılmazdır. Araştırma sonucu yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (28, 26, 36, 54, 101, 185, 229, 231, 234, 244).

Çalışma sonucunda geliştirilecek model ile sağlıklı yaşlanmayı etkileyen faktörlerin; 65 yaş ve üstü bireyler için yaşam kalitesini artırması, 65 yaş altı grup için oluşabilecek başta kronik rahatsızlıklar olmak üzere diğer psikolojik alana yönelik sorunlar da en aza indirilmeye çalışılacaktır. Daha ileri hedef olarak yaşlıların birinci basamak ve diğer sağlık kurumlarına başvurusu azalacak, önce aile ekonomisine sonra da ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır.

Çünkü kronik hastalıkları olan kişiler, olmayanlara göre sağlık kuruluşlarını 2 kat daha fazla kullanmaktadır (24, 30, 248). Ancak, yaşlılıkta karşılaşılan hastalıkların önlenmesi ya da geciktirilmesinden öte "sağlıklı" ve "başarılı" bir yaşlanmanın olanak ve yöntemlerini araştırma ve belirleme üzerinde uğraş verilmektedir. Yaşlılıkta fiziksel ve bilişsel fonksiyonların korunması, üretken ve aktif bir yaşam tarzının sürdürülmesi, toplum ve bireylerle sağlıklı ilişkilerin korunması ve geliştirilmesi günümüz sağlık hizmetlerinde yer alan mesleklerin amacı olmalıdır.

Araştırmada sigara ve alkol kullanımının sağlıklı yaşlanmayı etkileyen değişkenler olduğu belirlendi. Sigara kullanma durumu ile sağlıklı yaşlanma arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6.2.2). Sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirme konusunda en önemli faktör, riskli yaşam davranışlarından kaçınmaktır. Sigara, sağlıksız yaşam biçimi davranışları arasında en önemli risk faktörlerinden ve en yaygın olanıdır (112). Çalışmada sağlıklı yaşlanan yaşlıların %49,1'inin daha önce sigara içip bıraktığı, %12,7'sinin halen içtiği; sağlıklı yaşlanmayanların ise %33,5'inin daha önce içip bıraktığı, %12'sinin halen sigara içmeye devam etmekte olduğu saptandı. Alkol kullanımı çok olmasa da, sağlıklı yaşlanmayanlarda %1,8'inin hala kullanmaya devam etmeleri sağlıklı yaşlanma için risk faktörü olduğu belirlendi. Literatürde yaşlıların sigara ve alkol kullanma durumları ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, Bektaş (2008)'in kontrol ve çalışma grubu kullanarak 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında; çalışma grubunda 47 (%23,5) kişinin sigara veya alkol kullandığı 153 (%76,5) kişinin kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise 75 (%37,5) kişinin sigara veya alkol kullandığı, 125 (%62,5) kişinin kullanmadığı görülmüştür (6).

Gülseren ve ark. (2000) yaptığı çalışmada, huzurevinde yaşayanlarda sigara ve alkol kullanım oranının %33, ev ortamında yaşayanlarda sigara ve alkol kullanım oranlarının %50 olduğu bildirmektedir (233). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında yaşlılarda sigara ve alkol kullanım oranı %40–89,6 arasında değişmektedir. Bu değişken sonuçlar çalışmaların yapıldığı popülasyonun değişik sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklandığını göstermektedir (6, 233, 235). İtalya, Finlandiya ve Hollanda'da 65–84 yaş arası

2170 yaşlı erkek üzerinde yapılan bir araştırmaya göre; sigara içme sıklığı Finlandiya'da %18,6, İtalya'da %26,3, Hollanda'da %30,4 bulunmuştur (236). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan iki çalışmada sigara içme sıklığı Van'da %25, İzmir'de %9 olarak bulunmuştur (237, 238). Kayseri'de 65 yaş ve üstü yaşlılarda yapılan bir araştırmada yaşlıların %1,4'ünün alkol kullandığı belirtilmiştir (239).

Kerem ve ark. (2001)'nin huzurevinde yaşayan yaşlıların %36'sının sigara, %20'sinin alkol kullanmakta olduğunu, evde yaşayanların ise %20'sinin sigara, %16'sının alkol kullanmakta olduğunu bildirmişlerdir (240).

Chu ve ark. (2005) Çin'deki yaşlı toplumda yaptıkları çalışmada yaşlıların %18,9'unun sigara, %6,1'inin alkol kullanmakta olduğunu bildirmişlerdir (241). Hawk ve ark. (2006)'ı ise toplumda yaşayan yaşlılarda yaptıkları çalışmada sadece %2'sinin sigara, %3'ünün alkol kullandığını bildirmişler ve çalışmaya katılan yaşlıların sağlıklı bir yaşam stili olduğunu belirtmişlerdir (242). Araştırmalarda huzurevinde yaşayan yaşlılarda sigara ve alkol tüketiminin evde yaşayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (174, 233, 240). Yaşlanmanın kaçınılmaz bir süreç olmasına karşılık sağlıklı yaşam ilkeleri ve sigara içilmesi kontrol edilebilir, korunulabilir ve değiştirilebilir bir durumdur. Sigaranın yaşlılıkla birlikte gelişen pekçok sağlık sorununda artırıcı rol oynadığı dikkate alındığında, sigara içiminin kontrol edilmesinin gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır. Araştırmada yaşlıların çoğunluğunun bir kronik rahatsızlığı olması oranların literatüre göre daha yüksek olması sigara ve alkol kullanımının etkili olmandan kaynaklanabilir. Literatürde sağlık risklerinin bireysel yaşam şekli ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir (113). Ayrıca, yaşlıların karşılaştıkları stresörle başetmede alkol ve sigara kullanma etkisiz baş etme yöntemi olarak bilinmektedir (95, 113). Bu bilgiyi destekleyen Ceyhan (2005)'in 65 yaş ve üstü 225 yaşlının yalnızlık düzeyini değerlendirdiği çalışmasında; yaşlı bireylerin sigara içme durumu ile yalnızlık düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olmadığını belirlemiş ancak sigara içme davranışının yalnızlık duygusu ile başetmede tercih edilen bir yöntem olduğunu vurgulamıştır (21). Ayrıca insanlardaki bütün ölümlerin üçte birinin sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle olduğu ifade edilmektedir (13, 95). Sigaranın neden olduğu hastalıklar içerisinde kalp ve damar



sistemi hastalıkları kanserlerden daha büyük bir yer tutar. İnsanlardaki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan koroner kalp hastalığının meydana gelmesinde de sigara başlıca etyolojik faktörlerden birisidir. Koroner kalp hastalığı dışında genel anlamda arterioskleroz ve periferik damar hastalıkları da sigara içilmesi ile ilişkilidir. Çeşitli kanserler, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve felç gibi hastalıklar sigara içen genç ve orta yaştaki kişiler kadar yaşlı bireylerde de sık görülür. Bunun yanında dünya genelinde alkolün neden olduğu morbidite ve mortalite dünya hastalık yükünün %4,1'ini oluşturmakta sigara ve hipertansiyonun neden olduğu morbidite ve mortaliteye yaklaşmaktadır (65, 78). Alkol tüketiminin, toplumsal ve sosyal sonuçları dışında içlerinde karaciğer sirozu, gastrointestinal kanserler, pankreatit ve ülserin de bulunduğu 60'ın üzerinde tıbbi durumla nedensel ilişkisi bilinmektedir. 65 yaşın üzerindeki ortalama bir insanın günde 2-7 farklı ilaç kullandığı düşünülürse alkol-ilaç etkileşimlerinin olumsuz etkileri göz ardı edilemez. Yapılan bir çalışmada yaşlı alkoliklerde alkol kullanmayan yaşlılara göre major depresyon görülme sıklığı üç kat yüksek çıkmıştır (243).

Güleç ve ark. (2001) 865 emekli yaşlı subaylarla yaptıkları çalışmada, %46'sının alkol kullandığını, %14,3'ünün alkollü içki içme sorunu olan alkolik olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanımının ise %19,5'i olduğunu emekli subayların sağlığa zararlı alışkanlıklarının toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (243). Bu grupta yüksek oranlarda alkol kullanımı eğitim ve meslek farklılıklarından olabileceği gibi değişik sosyo-kültürel nedenlerden ve özelliklerden kaynaklandığı düşünülebilir. Dolayısıyla ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar yaşlılarda da söz edilen hastalık varlığı düşünüldüğünde sigara ve alkol kullanımının sağlıklı yaşlanmada önemli risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Araştırmada yaşlıların çalışma durumu, gelir durumu ve gelir durumunun yeterliliğinin sağlıklı yaşlanmada etkili değişkenler olduğu belirlendi. Sağlıklı yaşlanan yaşlıların çalışma oranları sağlıklı yaşlanmayanlara göre daha yüksektir. Çalışma hayatı yaşlıların rollerinde değişiklik meydana getirmeleri, ekonomik özgürlüğün sağlanması, kişilerarası etkileşimin artması, kendilerini gerçekleştirebilme ve kazandığı başarılarla kişisel doyuma ulaşabilme açısından

sağlıklı yaşlanmada önemlidir. Araştırmada, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %80,9'unun emekli aylığı, sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %65,2'sinin emekli aylığı bulunmaktadır. Sağlıklı yaşlanmayan yaşlılarda geliri olmayan ve ihtiyarlık maaşı alanların toplamı %27,2, sağlıklı yaşlananlarda bu oran %18,3'dür. Bir gelirin olması ve gelir düzeyinin yeterli olması ile sağlıklı yaşlanma arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.2). Hızlı bir şekilde yaşlanan toplumlarda meydana gelen en önemli sosyal risklerin başında, doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte, bakıma muhtaçlık riskinin geldiği düşünülmektedir (141). Yaşlı bireylerin başkalarına bağımlı olma riski, kişinin, özürsüzlük, yaşlılık, hastalık veya malullük gibi sebeplerden dolayı başkalarının sürekli olarak bedensel desteğine ihtiyaç duyma tehlikesini göstermektedir. Türkiye'de emeklilik aylığı almaya hak kazanmış kişilerin, sosyal güvenliklerinin sağlanması, yaşlıya verilen hizmetler içinde önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir (144). Emeklilik hakkı yaşama verilen değeri etkilemektedir. Dolayısıyla yaşlının gelire sahip olması ve yeterlilik düzeyi sağlıklı yaşlanmanın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutunu olumlu yönde etkilemektedir (18, 162). Kişi yaşlandıkça sağlığıyla ilgili harcamaları ve bakım masrafları artma eğilimi gösterir (22, 185, 249). Eğer kişinin sosyal güvencesi varsa, gelir düzeyi sağlıklı ve rahat yaşamasını sağlayabilecek düzeyde ise yaşam doyumu yükselir, sosyal katılımı artar, dolayısıyla sosyal uyumu da artar (29, 52, 250). Çünkü yaşlıların gelir düzeyleri onların sosyo-ekonomik düzeylerini de belirleyen faktörlerden biri olarak sosyal uyumları üzerinde etkili olan diğer yönlerini de etkiler.

Bektaş (2008)'in araştırmasında da araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvencelerinin olması ve ekonomik durumlarının iyi olması ortalama yaşam kalitesi puanlarını arttırmıştır (6). Baran (2005)'in araştırmasında, yaşlıların gelir düzeyleri ile sağlık durumları arasında ilişki bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzeye göre yaşlının sürekli bir sağlık sorununun olması durumuna ilişkin dağılım incelenmiş; alt sosyo-ekonomik düzeydeki yaşlıların %70,6, orta sosyo-ekonomik düzeydekilerin %70,3, üst sosyo-ekonomik düzeydekilerin %65 oranında sürekli bir sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Alt sosyo-ekonomik'den üst sosyo-ekonomik'e doğru sağlık sorunu olanların oranı düşmekte; sağlık sorunu olmayanların oranının yükseldiği bulunmuştur (162).

Baran ve ark. (2005)'nin araştırmasında çoğu zaman mutlu olduklarını belirten yaşlıların %45,4'ünün alt sosyo-ekonomik düzeyde, %53,3'ünün orta sosyo-ekonomik düzeyde, %55'nin üst sosyo-ekonomik düzeyde olduğunu saptamıştır (162). Yaşlanan, yalnız kalan ve yoksullaşan bireylerin kendilerine yetememesi nedeniyle, çeşitli sosyo-kültürel ve ekonomik sorunlar yaşandığı gözlemlenmektedir (73, 98). Bulucu ve Ünsal (2014)'ın Kırşehir ilinde düşük sosyoekonomik düzeye sahip 220 evde yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlı birey ile yaptıkları çalışmada; iş ve eğitim düzeyinin düşük olmasının bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmasına ve yeti yitimi yaşadıklarını belirtmişlerdir (244).

Khorşid ve ark. (2004) huzurevinde kalan 206 yaşlı birey üzerinde yaşlılığın yalnızlık düzeyini inceledikleri çalışmalarında, geliri olmayan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (98).

Ekonomik sorunların çoğu yaşlanan bireyin emekli olması ile iş ve gelir kaybından kaynaklanmaktadır. Bu sorunlardan bazıları; azalan gelire uyum sağlayamama, daha önceki ölçülere uygun yaşayamamanın verdiği sosyal ve psikolojik baskı, sağlık, beslenme gibi alanlara yapılan harcamaların artması, yetmeyen gelir nedeniyle yakınlarından parasal yardım alma ve yakınlarına yük olmanın getirdiği psikolojik baskıdır (73, 98, 185, 230, 247). Dolayısıyla yaşlıların çoğunluğu geçimlerini kendileri sağlamaktadır. Gelirin olmaması ya da yetersiz olması yaşlıyı tüm boyutlarda olumsuz etkileyebilir. Bireylerin gelirlerinin olmaması kendilerini başkalarına muhtaç, değersiz ve korumasız hissetmelerine neden olmakta yaşlılığın bağımlılığını arttırmaktadır. Gelir durumu aslında toplumun her bir bireyini etkilemekte ancak özel bakım gereksinimleri ve gelir edinmemeleri nedeniyle yaşlıları büyük ölçüde etkilemektedir. Gelir durumunun yeterliliği sosyal imkânlarının artmasına ve ekonomik sorunların yol açtığı stresörlere daha az maruz kalmasını sağladığı için sağlıklı yaşlanmada önemli bir değişken olarak bulunmuştur. Çalışma sonucu literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların yaşadığı ortamların sağlıklı yaşlanma durumuna etkisine bakıldığında; yaşlıların yaşamlarını sürdürdükleri ortam sağlıklı yaşlanmada anlamlı bulunmuştur. Sağlıklı yaşlanan yaşlıların

çoğunluğu ev ortamında kalmaktadır (%93,6). Sağlıklı yaşlanan ve huzurevinde kalan yaşlı düşük (%6,4) orandadır (Tablo 6.2.2). Ülkemizde, çeşitli nedenlerle geleneksel aile yapısının bozulması, ekonomik sorunların varlığı ve kadınların çalışma yaşamına katılması, zamanla sosyal yapıyı etkileyerek aile kurumunda küçülme ve çekirdekleşmeye yol açmıştır (73, 98, 246). Bu durum yaşlıyı gittikçe aileden soyutlamakta ve yalnızlığa itmektir. Yalnız kalan yaşlıların, yakınları ile olan görüşme sıklıkları azaldıkça, huzurevinde kalan yaşlılarda olduğu gibi kendilerine öz bakımları, sosyal ilişkileri, boş zamanlarını değerlendirme şekilleri birçok alanda sınırlılıklar olmaktadır. Aynı zamanda, geleneksel yapıda, aile içinde saygın ve otorite sahibi olan yaşlının hızlı bir değişim sonucu aile dışına itilip huzurevine yerleştirilmesi, yaşlıların çeşitli psikososyal sorunlar yaşamasına da neden olmaktadır. Bu durumda, bireyi destekleyen fiziksel, duygusal ve toplumsal kaynaklar azalmakta ve bu nedenle eskiden kullanılan çözüm yolları etkisini yitirmektedir. Böylece yaşlı birey soyutlanma, terk edilmişlik, kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Ruh sağlığı açısından risk grubunu oluşturan yaşlılar bu psikoloji ile yani, tercihi olmadan ve terk edilmiş hissederek huzurevinde yaşaması daha yoğun sorunlarla karşı karşıya gelmesine yol açmaktadır. Halen tüm dünyada yaşlıların çoğunluğu kurum dışında yaşamaktadır ve toplumun isteği de bu yöndedir (248). Bu nedenleri ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan, Sook ve ark. (2006)'nın huzurevinde ve kendi evlerinde Kore'de yaşayan yaşlıların sağlığı geliştirici davranışlarını karşılaştırdıkları çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık davranışları puanlarının evde yaşayanlara göre oldukça düşük olduğunu belirlemişlerdir (140). Araştırma sonucunda huzurevinde yaşayan bireylerin gereksinim duydukları bu davranışların eğitici programlar yapılarak hemşirelik müdahaleleri ile kazandırılabilceğini önermişlerdir (140).

Aksayan ve Cimete (1998)'nin çalışmasında yaşlıların %63,1'inin evde bakımı tercih ettikleri, evde bakımı tercih etme nedeni olarak %86,5'inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği belirlenmiştir (248).

Aylaz ve arkadaşları (2005)'nin huzurevinde yaptıkları çalışmada; yaşlıların %41,8'nin huzurevinde yaşamaktan çok memnun oldukları yine de huzurevinde kalan yaşlıların %52,5'nin kendi evlerinde yaşamak istediklerini

belirtmişlerdir (250). Yine Özer (2001)' in yaşam doyumu ile ilgili yaptığı çalışmasına göre, aile ortamında yaşayan kadın ve erkeklerin huzurevinde yaşayan kadın ve erkeklere göre yaşam doyumunun yüksek olduğu saptanmıştır (251). Ülkemizde de yaşlı bireylerin %96,4'ü kurum dışında yaşamaktadır ve yapılan araştırmalarda toplum içindeki yaşlı bireylerin ileride de ev ortamını tercih ettiği görülmektedir (181). Çünkü ev, yaşlı kişinin akıl ve ruh sağlığını devam ettirmede önemlidir ve yaşlı kişi için değişen dünyada bildik bir yerdir, bir sığınaktır; yaşlıların özerkliği için en uygun alandır. Yaşlı kişinin kendine ait evinin olması toplum ilişkilerinin devamını sağlar. Bu bakımdan yaşlının psikososyal tedavisini başında gelen, yaşlının mümkün olduğu kadar evinde bırakılmasına çalışılmalıdır. Bilim insanları, uluslararası kuruluşlar ve toplumlar yaşlının ev ortamında kalmasını sağlamanın bu amaca hizmet edeceğini kabul etmektedirler (248). Yaşlının ev ortamında kalmasını sağlama sağlık bakım harcamalarının azalmasına, fonksiyonel kapasitenin ve yaşam kalitesinin artmasına yardım etmektedir. Bu nedenle bireyin alıştığı ortamda yaşaması sağlıklı yaşlanmada önemlidir. Ev ortamında ve huzurevinde kalan yaşlıların karşılaştırıldığı bazı tanımsal araştırmalar mevcuttur. Bunlardan, Özer (2001)'in yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında, aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım puan ortalamalarını yüksek bulmuş ve yaşlıların sahip oldukları etkileşimde buldukları ortam ya da çevrenin kültürel özelliklerine göre değişiklik gösterdiğini vurgulamıştır (251).

Ekici ve Ünal (1992) tarafından yapılan Gaziantep huzurevi çalışmasında, huzurevinde yaşayan yaşlıların evlerinde yaşayanlara göre daha fazla psikolojik belirti gösterdikleri saptanırken (252), Afşar'ın (1993) yaptığı araştırmada; huzurevlerinde yaşayan yaşlıların evde yaşayanlara göre yaşlılık hakkında daha fazla olumsuz düşüncelere sahip oldukları, daha çok yalnızlık hissettikleri, daha fazla yakınları tarafından ihmal edilme düşüncesine sahip oldukları ve daha az uğraşta buldukları saptanmıştır (253). Literatür bu araştırma sonucunu desteklemektedir (254). Benzer şekilde, Çetin (2002)'in kırsal kesimde evde ve huzurevlerinde kalan 60 yaş ve üzeri yaştaki yaşlı bireylerde sosyal sorunların belirlenmesi ve karşılaştırılmasını incelediği çalışmasında sağlık

açısından değerlendirildiğinde, evde yaşayan yaşlıların %5,3'ünün huzurevinde yaşayan yaşlıların %19,1'inin kendilerini kötü hissettiği bulunmuştur (118).

Bektaş (2008)'in araştırmasında ev ortamında kalan yaşlıların yaşam kalitesi puanı huzurevinde kalanlardan yüksek bulunmuştur (6). Bu çalışmada evde kalan yaşlıların sahip oldukları sosyo-kültürel özellikler nedeniyle yaşlılar yalnız kalsalar bile huzurevini tercih etmemekte yalnız yaşamayı ancak alışık olduğu ortamda bulunmayı istemektedirler. Ev ortamında yaşayanların sağlıklarına daha fazla dikkat ettikleri ve hayata daha pozitif bakmaları sosyal ilişkilerini sürdürmeleri, yaşamlarından doyum almalarından kaynaklandığı söylenebilir. Yaşlı bireye sevgi ve saygının olduğu kendini güvende hissedeceği bir ortamın ailesi tarafından sağlanması yaşlı bireyin ruhsal sıkıntılarının daha az görülmesini sağlar. Gerek ev ortamında bulunan yaşlı bireylerin gerekse huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşının insan onuruna yakışır bir hayat yaşama hakkına sahip olmaları gerekir. Yapılan araştırmalar çalışmanın sonucuyla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmada yaşlılığın fiziksel boyutunu değerlendirmek amacıyla bağımsız değişken olarak alınan günlük yaşam aktivite durumunun sağlıklı yaşlanma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yapan yaşlıların sağlıklı yaşlandığı bulundu. Araştırmada sağlıklı yaşlanan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri %98,2'lik oranla yeterli düzeyde iken sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %85,9'unun yeterli düzeyde olduğu görülmektedir Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapma durumu ile sağlıklı yaşlanma arasındaki fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.2). Çalışmada günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalaması olarak bakıldığında da sağlıklı yaşlanan yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları daha yüksek bulundu( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.3). Günlük yaşam aktiviteleri beslenme, boşaltım, banyo yapma, giyinme, hareket gibi bireyin kendi bakımı için temel olan aktivitelerdir. Temel günlük yaşam aktiviteleri, bireyin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını (beslenme, giyinme, banyo, kişisel bakım, sandalye ve yatak arasında hareket etme, tuvalet kullanma, barsak ve mesane kontrolü, yürüme, merdiven kullanma) içerir (249, 255, 256, 257). Günlük yaşam aktivitelerinin çoğunun fiziksel ve bilişsel bileşenleri

oldugundan, bir işlevdeki bozulma fiziksel, bilişsel veya psikolojik bir nedene bağlı olabilir (56, 255, 258). Kayseri il merkezinde yapılan bir çalışmada, yaşlıların günlük aktiviteleri (yemek yeme, tuvalete gitme, banyo yapma, doktora gitme, seyahat etme, telefonla arama, alışveriş yapma vs.) sırasında %2 ile %32,5 arasında değişen oranlarda başkalarının yardımına ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (239).

Çuhadar ve ark. (2006)'nın çalışmasında yaşlılarda cinsiyet, yaş ve eğitim durumunun bilişsel bozukluk oluşumunu etkilediği, bilişsel bozukluk görülenlerin ise günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmekte güçlük çektiği belirlenmiştir (257). Yine Özer (2001)'in çalışmasında, gerek huzurevinde kalan gerekse aile ortamında, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapan yaşlıların yaşam doyumu puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapılabilmesinin bir bakıma öz bakım yeteneği olarak yorumlanmış ve yaşam doyumları yüksek bulunmuştur (251).

Günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmesi, sağlıklı yaşlılığın göstergelerinden biridir. Bu göstergeler yürüme, merdiven çıkma, oturduğu yerden kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerinin yaşlı tarafından bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmesidir (244, 249). Yaşla birlikte kardiyovasküler, nöromusküler, kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler, yaşlının yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorlanmasına neden olmaktadır (256). Yaşlanmayla beraber günlük yaşam aktivitelerinde oluşan kayıplar, günlük yaşam aktivitelerindeki performansa olumsuz olarak yansımaktadır. Yaşlılıkta fiziksel işlevsellikte yaşanan kayıplar, sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir (24, 234). Yaşlanmaya bağlı olarak, bilişsel süreçlerdeki ilerleyici gerileme ile günlük yaşam aktivitelerindeki işlevsellik (kişisel bakım vb.), sosyal ilişkiler ağı ve yaşam beklentileri arasında olumsuz ilişki vardır. Yaşlanmayla birlikte kronik ve dejeneratif bozuklukların artması, bilişsel süreçlerin gerilemesi sosyal ilişkilerin ve sosyal destek sistemlerinin zayıflaması, ekonomik durumun kötüleşmesi, ruhsal sorunlarında gelişmesine neden olmaktadır (258).

Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumlarını inceleyen birçok çalışmada, yaşın ilerlemesi ile birlikte bireylerde temel günlük yaşam

aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur (239, 244, 251, 253, 258, 259). Yine kadınların bağımlılık derecesi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınların kronik hastalıklara daha fazla sahip olmaları, öğrenim düzeylerinin düşük olması daha fazla bağımlı olmasına nedendir. Kadınların özellikle seyahat etme, parasal işlerin idaresi, alışveriş yapma, telefon etme gibi eğitim düzeyi ile yakından ilişkili aktiviteleri erkeklere göre daha fazla tek başlarına yapamadıkları görülürken, erkeklerin toplumsal roller açısından ağırlıklı olarak kadının yerine getirmesi beklenen ev temizliği, yemek hazırlama gibi aktiviteleri daha fazla tek başlarına yapamadıkları bulunmuştur (256, 260, 261).

Bilir ve ark. (2002)'nin Ankara'nın Altındağ Sağlık Ocağına başvuran yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmalarında; yaşlıların %4,9'u kendi başına giyinemediğini, %7,3'u ulaşım ihtiyaçlarını sağlayamadığını, %26,8'i ise kendi alışverişini yapamadığını ifade etmişlerdir (260).

Brown ve ark. (2004)'ünün çalışmasında beş hafta boyunca, haftada bir kez bahçe işleriyle uğraşan yaşlılarda transfer, yemek yeme ve tuvalet/banyo ihtiyacını giderme gibi günlük yaşam aktivitelerinde önemli değişiklikler olduğunu göstermişlerdir (262).

Bulucu ve Ünsal (2014)'in çalışmalarında bireylerin ilerleyen yaş grubunda olmasının, kadın olmanın, eğitim düzeyinin düşük olmasının GYA ve yeti yetiminde risk grubunu oluşturduğu, yaşlıların çoğunlukla kronik hastalıklarının olmasının GYA ve yetiyitimi yaşama yönünde risk oluşturduğu saptanmıştır (244).

Mutlu (2012)'nin 400 yaşlı üzerinde yaptığı araştırma sonucuna göre yaşlı bireylerin kişisel günlük yaşam aktivitelerinden yeme içmede %43'ünün, giyinmede %38,5'inin, banyo yapmada %47'sinin ev işi yapmada %53,6'sının kısmen ya da tamamen bağımlı olduğu bulunmuştur (135). Huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam uğraşları karşılaştırılan birçok çalışmada, huzurevindeki yaşlılarda bağımlılık oranının evde yaşayan yaşlılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (136, 263, 264).

Yaşlılarda fiziksel, ruhsal ve bilişsel işlevlerde belirgin yetersizlikler ortaya çıkmakta ve günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, giderek



engellenmektedir (18). Ergun ve ark. (2003)'ının huzurevinde ve evde kalan 65 yaş ve üzeri yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmaya göre; günlük ve enstrümantal yaşam aktivite ölçeği skorları değerlendirildiğinde, huzurevi sakinlerinin temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma ve transfer açısından daha bağımlı oldukları saptandı. Temizlik ve yemek hazırlama açısından elde edilen bağımlılık skoru, bu hizmetler kurum tarafından karşılanmakta olduğu için, gerçek bağımlılığı göstermeyebilir. Ancak alışveriş yapma, yıkanma, ulaşım ve transfer açısından karşılaşılan bağımlılık, huzurevinde yaşayan yaşlıların daha yaşlı olması, bu yaş grubunda fonksiyonel yeti yitiminin daha fazla olabileceği ve bunun günlük yaşam aktivitesi üzerinde olumsuz etki yapabileceği şeklinde yorumlanmıştır (263).

Uncu ve ark. (2003)'ünün yaptığı çalışmada huzurevinde kalan bireylerden %19,7'sinin bahçede gezinme, %12,4'ünün merdiven çıkma, %23,3'ünün banyo yapma, %6,7'sinin tuvalete gitme, %2'sinin ise yemek yeme gibi daha çok fiziksel güç gerektiren konularda yardım aldıkları bildirilmektedir (265).

Aylaz ve ark. (2005)'inin huzurevinde yaptıkları çalışmada; yaşlıların otobüsle gitme, belli bir mesafe yürüyebilmede erkekler, kadınlara göre daha bağımsızdır. Alışveriş yapabilmeyi erkekler kadınlara göre daha bağımsız olarak yerine getirebilmektedir. Kişinin etkinlik düzeyini yaştan çok yaşam biçimi, çevre, kültür etkilemektedir (250). Uygun diyet, egzersiz ve sağlıklı yaşamla ilgili davranışlar yaşı ilerleyenlerde de fiziksel sağlık ve etkinliğin yüksek düzeyde kalmasını sağlayabilir. Değişik araştırmacıların ortaya çıkardığı sonuçlar, egzersiz alışkanlığını ileriki yaşlarına kadar sürdürebilenlerin, 20 yaşlarında hiç spor yapmamış bir gençten daha kondisyonlu olabileceğini göstermektedir. Böyle bir kapasiteye sahip olmak için ise haftada birkaç gün aktivite içinde olması yeterlidir (18). Bireyin düzenli olarak yaptığı günlük yaşam aktiviteleri, çalışma şekli, bedensel ve zihinsel egzersiz yaşının yaşam kalitesini etkileyebilir. Sağlıklı yaşlanan yaşlılarda, yaşlanmayanlara göre günlük yaşam aktiviteleri daha iyi olup olmadığına bakıldığında anlamlı bir şekilde sağlıklı yaşlananların günlük yaşam aktivitelerinin iyi olduğu saptandı. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmada bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ilgi duyma durumu ile sağlıklı yaşlanma durumu incelendiğinde, sağlıklı yaşlanan yaşlıların %31,8'inin sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ise %7,6'sının bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye her zaman ilgi duydukları belirlendi. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye hiçbir zaman ilgi duymadıklarını ifade edenler sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayanlarda yarısından fazla oranda iken zaman zaman yanıtı verenler birbirine yakın oranlarda olup istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.2). Yaşlanmayla birlikte bireyde fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak değişikliklerin olması, yaşlı bireylerin yaşam biçimlerini, yaşam kalitesini ve yaşam süresini etkilemektedir (104, 223). Yaşlılarda sağlığı geliştirme etkinlikleri; Yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmeleri, günlük yaşamlarında bağımsız olmaları bilişsel ve fiziksel işlevlerinin iyi düzeyde olması ve aktif yaşamaları ile ilişkilidir. Dolayısıyla; sağlıklı yaşlanma sürecini etkileyen faktörlerden birisi de sosyal yaşam etkinlikleridir. Sook ve ark. (2006)'nın huzurevinde ve kendi evlerinde Kore'de yaşayan yaşlıların sağlığı geliştirici davranışlarını karşılaştırdıkları çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık davranışları puanlarının evde yaşayanlara göre oldukça düşük olduğunu belirlemişlerdir. Araştırma sonucunda huzurevinde yaşayan bireylerin gereksinim duydukları bu davranışların eğitici programlar yapılarak hemşirelik müdahaleleri ile kazandırılabilceğini önermişlerdir (140).

Casserly ve ark. (2006) tarafından başarılı yaşlanma ile ilgili olarak eğitsel ilgiler ve boş zaman fırsatlarının, çeşitli organizasyonlar tarafından sağlanan eğitim program ve hizmetlerinin incelenmesi amacıyla Johnson County bölgesinde yapılan araştırmada 275 yaşlı yetişkin ile görüşülmüştür. Yaşlı yetişkinler arasında eğitim istenen en popüler konuların sağlıkla ilgili konular, finansal planlama, egzersiz ve fitness, sanat, edebiyat, seyahat ve kültür olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan 10 yaşlı yetişkinden birinin bakım verme konuları ve aile üyeleri ile daha etkili bir şekilde nasıl iletişim kurulacağı konularında daha fazla öğrenme isteği duyduğu belirlenmiştir (143).

Erişen (2010) tarafından Ankara'da, Türkiye'deki yaşlı nüfusun eğitimi için hazırlanacak olan eğitim programlarına yönelik yaşlıların eğitim ihtiyaçlarının ve beklentilerinin belirlenmesi amacıyla, 60 yaş ve üstündeki 128

yaşlı ile yapılan araştırmada, katılımcılar arasında %92,9 ile sağlık bakımı yeterliliği (fiziksel, zihinsel, ruhsal v.b.) konusunda eğitim ihtiyacı duyduklarını belirtenler önde gelmektedir. Bunu %59,3 ile boş zaman aktiviteleri (hobiler, boyama, el sanatları, yemek pişirme v.b.), %39,8 ile bilgi ve iletişim teknolojisi yeterlilikleri (bilgisayar, internet, cep telefonu v.b. kullanma), %32,8 ile yaşam becerilerinde bireysel yeterlilikler (bireysel ihtiyaçları karşılama, ev-araç gereçlerini kullanma, araba kullanma, bankaların kullanımı v.b.), %28,1 ile sosyo-kültürel aktiviteler, %25,7 ile gelirini arttırma becerilerini geliştirme, %21,0 ile bakım verme (çocuk bakımı ve eğitimi, hasta bakımı v.b.) konularında eğitim ihtiyacı duydukları saptanmıştır. Eğitim ihtiyacı duydukları diğer konuların ise değişim ve gelişimlere yönelik stratejilere uyum sağlama, ruhsal konular, yaşlılara yönelik politikalar ve uygulamalar (yaşlıların hakları, yaşlılara yönelik hizmetler v.b.), gönüllü organizasyonlar, finansal yönetim (miras paylaşımı v.b.), seyahat fırsatları ve tatil tesisleri, tüketici farkındalığı, dil yeterlilikleri, okuma-yazma kursları olduğu saptanmıştır (175).

Erci ve ark. (2001)'inin ev ziyaretlerinde ailelere verilen hemşirelik bakımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmedeki etkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışma 68 deney ve 59 kontrol grubundan oluşmuş ön test-son test yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmaya bireylerin aileleri de dahil edilmiş ve deney grubundaki bireylere ve ailelerine 3 ay süreyle haftada bir kez 2-4 saat süreyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bakım verilmiş ve bakım öncesinde ve sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda deney grubunda bakım öncesi ve sonrası ölçek puanları arasındaki farkın tüm alt ölçekler ve toplam ölçek için istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (266). Tiyatro, sinema gibi kültürel etkinlikler, dans, spor etkinlikleri, gezi ve seyahat gibi aktiviteler ve kitap, gazete okuma, sudoku, satranç oynama gibi entelektüel aktiviteler sosyal yaşam aktivitelerinden sadece bir kaçıdır. Bunları yapabilmeleri yaşlının ancak bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye gereksinim duyması ile sağlanabilir. Yaşlıların yaşadıkları ortam ve alışkanlıklarında rutinleşme yaşaması, yaşlıların sağlıkları için geçmişinden getirdiği davranışları ve kültürel alışkanlıklarını değiştirmesi zor bir süreçtir. 65 yaş ve üstü yaşlıların kültürel ya da herhangi bir bilgiye ihtiyaçlarının sürekli

olmaması sağlıklı yaşlanma için sahip oldukları var olan alışkanlıkları sürdürmeleri anlamına gelebilmektedir. Oysa ki öğrenmenin bilgiye ihtiyaç duymanın yaşı yoktur. Bu nedenle yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanma için durumlarının farkına varması sağlanarak, bilgilerden yararlanma isteği yaratılmalıdır. Nitekim yapılan araştırmalar bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

### **Yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarına göre psikolojik değişkenlerin dağılımları incelendiğinde (Tablo 6.2.4);**

Araştırmada psikolojik değişken kapsamında bağımsız değişken olarak ele alınan yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği toplam puan ortalamaları ile sağlıklı yaşlanma durumları incelendiğinde, sağlıklı yaşlanan yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=11,696\pm 7,184$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}=18,800\pm 7,545$ ) anlamlı derece düşük olduğu bulundu ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.4). Sağlıklı yaşlanmayanların geriatrik depresyon puan ortalamasının sağlıklı yaşlananlara göre daha yüksek olması araştırma sorusunun yanıtı olup, sağlıklı yaşlanmayan yaşlı bireyler için beklenen sonuçtur.

Yaşlılık, çok sayıda kaybın yaşandığı, riskli bir dönemdir. Yaşlanma sürecinde bireyin hayatında bedensel, ruhsal ve sosyal birçok değişiklikler meydana gelmekte, bu değişiklikler bireyi bir bütün olarak depresyona yatkın hale getirmektedir. Yine depresyon düzeyi yüksek olan yaşlıların ise günlük yaşam işlevlerini azaltabilmektedir (8, 12, 16, 37, 42, 234). Yaşlılıkla ilgili sorunların tıbbi ve toplumsal yönü önemlidir. Yaşlının biyolojik yapısı, deneyimleri, sorunlarla başa çıkma yöntemleri, fiziksel sağlığı, ekonomik koşulları, toplumdaki yeri, desteklenmesi, yalnız yaşaması psikolojik sağlığını etkiler ve bu etkilenim sonucu depresyon yaşlılarda sıklıkla ortaya çıkabilir. Yaşlılarda depresyon sıklığı, yapılan çalışmanın amacı ve kullanılan yöntemlere göre %1–60 arasında değişmektedir (24, 16, 37, 38, 48, 72, 117, 240, 267, 268).

Aksüllü ve Doğan (2004)'ın huzurevi ve kendi evinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeylerini karşılaştırdıkları

çalışmalarında, huzurevlerinde yaşayan %68,9'unda, evde yaşayan ise %27,9'unda depresyon saptanmıştır (38). 65 yaş ve üzeri yaşlılarda majör depresyon sıklığı %6 ve depresif belirtiler %11 (269, 270), Bekaroğlu ve arkadaşlarının, 1991 yılında Trabzon huzurevi ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığını sırasıyla %41 ve %29 olarak bildirmişlerdir (271). Maral (268) ise %48 Kerem ve arkadaşları (240) huzurevinde kalanlarda %40, Altındaş ve arkadaşları (49) %58 olarak tespit etmişlerdir. Bu rakamlar evde yaşayanlarda %24-%28'dir (220, 240).

Karadağ (2008)'in çalışmasında yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği ortalama  $\bar{X}=11,71+5,35$  puan olarak saptanmıştır. Geriatrik depresyon ölçeği kesme noktasına göre, araştırma kapsamına alınan yaşlılarda depresyon belirtilerin görülme sıklığı %34,6' olarak bulmuştur. Depresyon belirtileri görülme sıklığı; ileri yaşlarda, dul/boşanmışlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, kişi başına düşen gelir düzeyleri düşük olanlarda, sosyo-ekonomik düzeyini düşük olarak algılayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, tek başına yaşayanlarda, çocuklarının desteğinden yoksun, yakınları ile olan ilişkileri kötü, hareket yeteneği kısıtlı ve uyku sorunları olanlarda, ayrıca şiddete maruz kaldığını belirtenlerde yüksektir ( $P<0,05$ ) (270).

Ankara'da 2000 yılında yapılan bir çalışmada da depresyon sıklığı huzurevinde yaşayan yaşlılarda %48,1, evde yaşayan yaşlılarda %24,3 olarak bildirmiş, Bekaroğlu ve arkadaşlarının, 1991 yılında Trabzon huzurevi ve evde yaşayan yaşlılarda yapılan sonuçlarda da depresyon sıklığı benzerlik göstermiştir (271). Uçku ve Küey (1992) çalışmalarında, 65 yaş üzerinde depresif belirtileri %11, major depresyon yaygınlığını %6 düzeyinde saptamıştır. Yaşlılarda depresyonun gelişmesinde çeşitli etkenlerin rol oynadığı bildirilmektedir (267). Literatürde ortam ve kültürel değişikliğin depresyon ve bedenselleştirmede rol oynayabileceği belirtilmiştir (72, 49, 119, 270). Kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzeyde olmak, dul olmak, yalnız yaşamak, bilişsel bozukluğun varlığı, fiziksel hastalık ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik gibi etkenlerin yaşlılarda depresyon oluşumuna zemin hazırladığı gösterilmiştir (44).

Avustralya'da topluma dayalı ileriye yönelik bir araştırmada sağlık ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme, sosyal destekten yoksun olma, aktivite

düzeinin düşük olması ve bakım hizmetlerinin fazla kullanımının depresif semptom sayısını artırdığı saptanmıştır (269). Yaşlıların depresyon düzeylerini ve etkileyen faktörlere yönelik literatürde yapılmış çok sayıda araştırmalar bulunmaktadır (37, 43, 47, 48, 49, 72, 117, 119).

Bahar (2005)'in huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmaya göre; kurumda boş zamanlarını değerlendirme ve etkinliklere katılma, yaşlılığı kötü olarak algılama ve çocuk sayısı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yine aynı araştırma sonucuna göre yaşlıların depresyon düzeyi (17,05) yüksek düzeydedir (37). Bu araştırmada sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların geriatrik depresyon ölçeği toplam puanları ( $\bar{X}$ =18,800), yapılan araştırmalar ile benzerlik göstermektedir. Huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeyinin evde kalan yaşlılardan yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (117, 133, 250). Altındaş ve arkadaşları (2006)'nın çalışmalarında kendini sağlıksız hissedenlerde depresyon oranı yüksek bulunmuştur (49) ve bu sonuç çalışmadaki sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların depresyon puan ortalaması ile benzerlik göstermektedir

Depresyon yaşlıların fizyolojik ve sosyal alanlarını da etkilemektedir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; Blazer (1983) 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarla yaptığı çalışmasında, depresif semptomların sosyal desteği geliştirecek sosyal ağı etkileyebileceğini göstermiştir (119). Özgür'ün yaptığı çalışmada da sosyal ağ küçüldükçe, depresyon puanının arttığı saptanmıştır (120). Benzer şekilde, algılanan arkadaş ve aile destek puanları azaldıkça depresyon puanının arttığı saptanmıştır (120, 272). Ünal ve Bilge (2005)'nin 90 yaşlı hasta üzerinde yaptığı çalışmanın sonucuna göre, yalnızlık hissinin partnerin kaybının ardından daha fazla yaşandığı ve bu yalnızlık hissinin yaşlıda depresif semptomları arttırdığı, kognitif fonksiyonlarda değişimlere yol açtığını belirlemiştir (272, 273). Bu çalışma kapsamında, sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan tüm yaşlılarda depresyonun olduğu belirlendi (Tablo 6.2.4). Ancak sağlıklı yaşlanan yaşlılarda depresyon puan ortalamasının ( $\bar{X}$ =11,696±7,184) daha düşük olmasının bazı nedenleri olabilir; yaşlılık dönemine hazır olmaları, yaşamdan doyum almaları, baş etme yöntemlerine sahip olmaları, sosyal destek sistemlerinin yeterliliği, sağlığı iyi olarak algulamaları, yaşanılan ortam, sosyo kültürel yapının etkili ve olumlu yönde olmasından kaynaklanabilir. Aynı

zamanda toplumsal değerler ve kültürel etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Geniş ailenin toplumda yaygın oluşunun yaşlının statüsünü yükselttiği, bağımsız hane tercihlerinin eşlik ettiği çekirdek ailenin fazlalığının ise yaşlının statüsünü düşürdüğü ileri sürülebilir. Kastamonu'da kültürel olarak geniş aile yapısı çoğunlukla devam etmekte, aileler yaşlı bireyler ile birlikte oturmaktadır. Sağlıklı yaşlanan yaşlılarda yukarıda sayılan faktörlerden dolayı depresyon düzeyinin düşük olduğu söylenebilir. Sağlıklı yaşlanan yaşlıların depresyon puan ortalaması literatür araştırmalarından daha düşük bulunurken, sağlıklı yaşlanmayanlarda depresyon puan ortalaması literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışma kapsamında bulunan yaşlıların psikolojik değişken kapsamında, yaşlıların yaşam doyumu ile sağlıklı yaşlanma durumu incelendiğinde, sağlıklı yaşlanan yaşlıların yaşam doyumu puan ortalamaları ( $\bar{X}=11,227\pm4,212$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların yaşam doyumu puan ortalamalarından ( $\bar{X}=8,296\pm4,239$ ) yüksek olup, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.4). Yaşlılık bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla bir kayıplar dönemi olarak tanımlanabilir (27, 37, 38, 58). Kayıpların birbiri ile birleşmesi kişinin kendine olan saygısını azaltmakta ve yaşamdan yeterli doyum sağlanamamaktadır. Yaşam doyumu, bireyin ruh sağlığını etkileyen ve yaşlılığa uyumu belirleyen en önemli etmenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (59). Yaşlı bireylerin yaşam doyumları yalnızca nasıl yaşlandıklarına bağlı değil aynı zamanda dış koşullara nasıl uyum sağladıklarına da bağlıdır. Bireyin yaşamı boyunca beklentilerini gerçekleştirme düzeyi, başarıları, başarısızlıkları kişinin ruh sağlığını olumlu ya da olumsuz yönde etkiler. Bireyin toplumsal ilişkileri, yaşam biçimi, yaşam biçimine uyum sağlaması, içinde bulunduğu durumu kabullenme düzeyi de yaşam doyumunu etkiler (25, 59, 75, 254).

Yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmalara bakıldığında, Bowling (1990) çalışmasında yaş ile yaşam doyumu arasında etkileşim olduğu yaşın ilerlemesi ile yaşam doyumunun azaldığı saptanmıştır (255).

Karataş (1988)'in Seyranbağları huzurevi'nde yaptığı çalışmada yaş ile yaşam doyumu arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yaş değişkeninin erkeklerin yaşam doyumu üzerinde önemli bir etken olduğu saptanmıştır (225).

Çimen (1996)'in yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumlarının araştırıldığı çalışmasında, yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 10.30 olarak bulunmuştur (259). Özer (2001)'in huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlılarda yaşam doyumunu incelediği araştırmasında, yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması huzurevinde yaşayanlarda 9,07, aile ortamında yaşayanlarda ise 11,98 olarak belirlenmiştir (251). Yine İlhan (2003)'nin huzurevinde kalan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam doyumunu belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında, yaşam doyumu ölçeği puan ortalamasını 9,39 olarak bulmuştur (274).

Emiroğlu (1995)'nin Keçiören Güçsüzler yurdun da kalan 43 ve Seyranbağları huzurevi'nde kalan 77 yaşlı üzerinde sosyal uyum ölçeği kullanarak yaptığı araştırmada, “yaşlıların sosyal uyumları ile öğrenim düzeyleri” incelendiğinde iki değişken arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır. Yaşam doyumu açısından da akraba ve arkadaşlık ilişkileri etkili olmaktadır. Emiroğlu (1995)'nin Seyranbağları huzurevi'de akraba ve arkadaşları ile karşılıklı ziyaretleri sürdüren yaşlıların yaşam doyumu düzeyi yüksek bulunmuştur. Yaşlıların sosyal uyumunun çocukları ve akrabaları ile ilişkilerinden çok, arkadaşları ile ilişkilerini etkilemesi, araştırmanın önemli bulgularından birisi olarak ortaya çıkmıştır. Dostluğu, arkadaşlığı devam ettirmek kurumda kalan yaşlıların sosyal uyumlarını yükseltmektedir (12).

Tambağ (2010)'in huzurevinde kalan 21'i kadın ve 21'i erkek olan yaşlı bireylere psikoeğitimin etkinliğini değerlendirdiği araştırmasında, öncesi ve sonrası yaşam doyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiş; verilen psikoeğitimle yaşlı bireylerin yaşam doyumları (10,62 den 13,12'ye artmış ve  $(p<0,01)$  sağlıklı yaşam biçimi davranışları (145,95 den 166,55'e yükselmiş ve  $(p<0,01)$  puanlarının olumlu yönde arttığı saptanmıştır (34). Yine Özmete (2008) yaşlılıkta yaşamın anlamını; ekonomik yeterlilik, konut durumu, sağlık durumu gibi objektif ve yaşam doyumu, mutluluk, kişisel arası ilişki, aile içi iletişim gibi objektif refah göstergeleri açısından incelemiştir. Aynı araştırma



sonuçlarına göre, yaşlı bireylerin gelirlerinin yeterli düzeyde olmamasına rağmen idare ettikleri, konutları kendilerine ait olanların ekonomik açıdan daha rahat oldukları, erkek yaşlı bireylerin kendilerini daha sağlıklı ve aktif hissettikleri, eşleri hayatta olan ve çocuklarından sosyal destek görenlerin daha mutlu oldukları ve yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (52).

Çalışmada, yaşam doyumuna ilişkin elde edilen sonuçlar sağlıklı yaşlanan bireyler için sözü edilen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup sağlıklı yaşlanmayanlarda durum tam tersidir. Araştırma sorularımızdan sağlıklı yaşlanan yaşlılarda yaşam doyumları daha yüksek olup olmadığı sorusunun yanıtı olup, sonucun olumlu olduğu söylenebilir. Ericson'nun literatürde belirttiği gibi yaşlanan birey yaşamını gözden geçirir ve önceki yıllarını başarılı ve yaşanmış olarak kabul ederse, hem yaşamdan aldığı doyum artar hem de geleceğe iyimserlikle bakar (275). Bu doğrultuda sağlıklı yaşlanan yaşlıların mutlu oldukları, kendilerini değerli hissettikleri söylenebilir. Hayatını harcanmış olarak düşünen yaşlılar ise umutsuzluğa düşerler, hayal kırıklığına uğrarlar, sürekli geçmişleriyle hesaplaşarak pişmanlık duygusu yaşayabilirler. Yaşlı bireylerin sürekli geçmişleriyle hesaplaşma ve yaşadıkları zamandan zevk alamama durumlarında ise yaşam doyumları da azalır. Kültür yapısındaki değişim, kentleşmenin etkisi, aile yapısının değişmesi, ailesiyle yaşayan yaşlıların yalnız yaşamasına, ailede yaşlıya yüklenen anlamın olumsuzlaşmasına, sosyal ilişkilerin azalmasına, sevdiği arkadaşlarının ve eşinin kaybı, tamamen kendi dünyasına çekilmesine, yalnızlaşmasına zemin hazırlamıştır. Yaşlılık döneminde bu sürecin getirdiği fiziksel rahatsızlıklar önemli olmasına rağmen sosyal sorunlar ve sosyal sorunların getirdiği psikolojik sorunların daha önemli olduğu düşünülmektedir. Yaşlının yalnız olduğunu düşünmesi her şeyi olumsuz olarak algılamasına neden olabileceği ve yaşam doyumunu azaltacağı ve yaşlılık döneminde çıkan sorunları tetikleyeceği düşünülmektedir. Fonksiyonel yetersizlik yaşın ilerlemesi ile artmakta eşlik eden kronik rahatsızlık nedeniyle de yaşam doyumunu düşülebilmekte Bu çalışmada da sağlıklı yaşlanmayanlarda yaşam doyumunun düşük olmasının sebebi olup yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamında bulunan yaşlıların psikolojik boyut kapsamında, stresle başa çıkma yolları ile sağlıklı yaşlanma durumları arasındaki ilişki

incelediğinde; sağlıklı yaşlananlarda ölçek toplam puan ortalaması ( $\bar{X}=50,336\pm9,257$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ölçek toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}=42,877\pm9,551$ ) yüksek ve anlamlı bulundu ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.4). Yaşlanma ile birlikte yaşanan değişimler yaşlılarda stres yaratmaktadır. Yaşanan değişim stresi ve yeni durumlara uyum sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaşlı bireylerde; yaşam stresi ve mücadelesine fizyolojik cevap olarak fiziksel hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi) yanı sıra psikiyatrik hastalıklar (anksiyete, depresyon gibi) sıklıkla görülmektedir (185). Yaşlanma ile ortaya çıkan bu sorunlar ancak sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesi ile aşılabılır. Yaşlılarda günümüzde başa çıkma süreci ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; Pargament (1995) dini başa çıkmayı, bireyin problemlerle ve stresle mücadele süresinde inancı kullanma yolu olarak tanımlar (142). Araştırmalar yaşlı bireyler için yaşamın sıkıntılı anlarında başa çıkma metodu olarak dinin önemli bir etken olduğunu göstermektedir (143, 254, 276).

Şentepe (2009)'in 115 evde kalan 60 yaş ve üstü yaşlı ile dini baş etme ile ilgili yaptığı çalışmasında; sağlığını iyi (3,66), olarak değerlendirenlerin puanları orta (3,47) ve kötü (3,39) olarak değerlendirenlere göre yüksek bulunmuş ve daha çok başarılı başa çıkma tutumu olarak değerlendirilmiştir. Yine aynı araştırmaya göre; başarısız başa çıkmayı kullanmada ekonomik sıkıntı, aile içi sorunlar ve yalnızlık problemi yaşayanların aldıkları puanlar, ölüm olayı yaşayanların aldıkları ortalama puanlardan daha yüksektir. Buna göre, başa çıkma tarzını daha çok ekonomik sıkıntı ve aile içi problemler yaşayanların kullandığını bildirilmiştir (277). Yaşlıların sağlık durumlarını iyi olarak algılamalarının olumlu sağlık davranışı kazanmada etkili olabileceği düşüncesini Esin'in (1999) çalışma sonuçları da desteklemektedir (223).

Gümüş ve ark. (2012)'nin fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre huzurevinde kalan 66 yaşlı ile bakım gereksinimlerini inceledikleri çalışmalarında, %60,6 sosyal etkileşimde bozulma, %53'ünde yalnızlık, %36,4'ünde etkisiz bireysel baş etme hemşirelik tanısı belirlemişlerdir (249).

Hamarat ve arkadaşları (2002) yaşlı bireylerde stresin ve başa çıkma yollarının yaşam doyumuyla ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin yaş gruplarına göre aynı kaldığını bildirmişlerdir (278). Dolayısıyla çalışmada sağlıklı yaşlananların

yaşam doyumlarının yüksek olmasının stresle baş etme puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı şeklinde söylenebilir. Sağlıklı yaşlananların stres yaratan durumlarda bilişsel ve davranışsal çaba harcadıklarını içinde bulunduğu kültürün özellikleri ile baş etmede etkili yöntemler kullandıkları söylenebilir. Uygun başa çıkma yöntemleri kullanmak stresin oluşturacağı risk faktörlerini azaltacağı için önemlidir. Başta yaşlının ruhsal açıdan sağlıklı olmasının yanında, fiziksel ve sosyal yönden de oluşabilecek birçok rahatsızlığın önüne geçilmiş olur. Araştırma sorularından sağlıklı yaşlanmayanlarda stresle baş etme düzeylerinin sağlıklı yaşlanana göre daha düşük olup olmadığı sorusunun yanıtı olup, sağlıklı yaşlanmayanların stresle baş etme puanlarının düşük bulunması beklenen bir sonuçtur.

**Yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarına göre sıkıntılı zamanlarda rahatlamada kullandıkları değişkenlerin dağılımları incelendiğinde (Tablo 6.2.5);**

Psikolojik değişken olarak stres yaratan durumlar karşısında yaşlıların sıkıntılı zamanlarında rahatlamak için yaptıkları uygulamaların, sağlıklı yaşlanma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlıklı yaşlanan yaşlıların %48,2'sinin ibadet ettiği, %19,1'nin en yakın çocuğu/arkadaşı ile paylaştığı, %14,5 ağladığı/bağırdığı, %9,1'nin yalnız kalmayı tercih ettiği ve %1,8'nin sigara kullandığı; sağlıklı yaşlanmayanlarda ise %39'nının ibadet ettiği, %21,7'sinin yalnız kalmayı tercih ettiği %18,3 ağladığı/bağırdığı, %12'sinin en yakın çocuğu/arkadaşı ile paylaştığı, %4,2 dışarı çıktığı ve %4,7'sinin sigara kullandığı belirlendi. Sıkıntılı zamanlarda yapılan uygulamalar ile sağlıklı yaşlanma arasındaki fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6.2.5). Araştırmamızda yaşlıların stresle baş etmede etkili olarak kullandıkları yöntemlerin dağılımında; ibadet etme ve en yakın çocuğu ya da arkadaşlarıyla paylaşmasını yöntem olarak seçtikleri görüldü. Yaşlılar üzerine yapılan birçok araştırmada da başa çıkma yöntemi olarak din devamlı ilk sırada yer aldığı ve depresyonun şiddetini azalttığı bildirilmektedir (254, 277). Çalışmada yaşlıların stresle baş etmede kullandıkları, etkisiz yöntemlere bakıldığında; ağlama/bağırama, yalnız kalmayı tercih etme ve sigara kullanma olduğu bulundu.

Sonuç olarak uygun başa çıkma metotları kullanma sağlıklı yaşlanmak için önemli olup, başa çıkma tarzlarının etkin bir biçimde kullanılması stresin oluşturacağı risk faktörlerini azaltabilir.

**Yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarına göre algılanan sosyal destek değişkenlerin dağılımlarını incelediğimizde (Tablo 6.2.6);**

Çalışma kapsamında bulunan yaşlıların psikolojik değişken kapsamında; algılanan sosyal destek sistemlerinin sağlıklı yaşlanma durumuna etkisi incelendiğinde; sağlıklı yaşlananlarda aile açısından algılanan sosyal destek, arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek, özel bir insan açısından algılanan sosyal destek ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları, sağlıklı yaşlanmayanlardan yüksek olup sonuç istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.6). Araştırmanın planlaması aşamasında sağlıklı yaşlananlarda sosyal ilişkiler ve destek faktörleri, yaşlanmayanlara göre; daha iyi olup olmadığı sorusunun yanıtı olumlu olup, beklenen bir sonuçtur. Sosyo kültürel düzeyde uyum, aile, arkadaş ve toplumla ilişkileri, içinde yaşanılan sistemin normlarını, geleneklerini, adetlerini, baskılarını, çevresel değişimleri ve hızla gelişen teknolojiyi içerir. Sağlıklı yaşlanmada sosyal sistemlerin yeterliliği ve etkinliği önemlidir. Bu da sağlıklı yaşlananlarda sosyal sistemdeki yeterlilik olarak görülmektedir. Çünkü sosyal ilişkiler bir bireyin kişiliğinin gelişmesinde ve olumlu benlik imgesinin oluşmasında oldukça kritiktir. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi için ise sosyal ilişkilerin önemi daha da artmaktadır; çünkü yaşlanma ile birlikte azalan sosyal çevre yaşlının içine kapanmasına neden olup yaşlı bireyi yalnızlığa itebilmektedir (272). Yaşlılığa uyum sağlamaya çalışan bireylerin aile, akraba ve arkadaş çevresinin samimi ve destekleyici olması, yeni ilişkiler kurabileceği ortamlar sağlanması hem bu uyumu kolaylaştırıcı hem de yaşam doyumunu artırıcı bir etki yaratacaktır. Yalnızlık yaygın ve rahatsız edici bir durum olup yaşlı bireylerde fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının oluşmasında rol oynayabilmektedir (21, 27, 49, 50, 73). Yapılan çalışmalarda sosyal ilişkileri kötü olan yaşlı bireylerin güçlü ve geniş sosyal ilişkileri olan yaşlılardan sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu gösterilmiştir (38, 185). Bu

nedenle yaşı bireyin sosyal çevresiyle ilişkisini kesmemesi ve toplumda bir şeyler yapabildiğine inanması, bireyin sosyal uyumunu desteklemesi bakımından önemlidir (49, 50, 185). Bu konu ile ilgili Sütoluk ve ark. (2004)'nın çalışmasında sosyal ilişki kurulan bireylerin sayısındaki artışın, depresyon riskini azalttığını bildirmiştir (279).

Sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde önemli etkilerinin olduğu bilinmektedir. Sosyal desteğin, hem stres verici yaşam olaylarının oluşumunu hem de onların yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek; bireyin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve gösterilen emosyonel tepkide değişiklik meydana getirir (185). Bu yüzden, bireyler stres verici yaşam olayları ile etkili baş etme mekanizmaları olarak sosyal destek sistemleri geliştirirler. Mc. Culloch, sosyal desteğin mental sağlık için önemli olduğunu ifade etmiştir (280). Benzer şekilde sosyal desteğin öz saygıyı artırdığı ve sağlık algısını pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir (280). Birçok çalışmada, hastaların sosyal destek sisteminin hem kalitatif hem de kantitatif açıdan normallerden farklı olduğu bulunmuştur (4, 7, 58, 75, 102, 106, 280). Sorias (1992), hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisini incelediği çalışmasında sosyal desteğin sağlığı doğrudan olumlu bir şekilde etkilediği, ancak yaşam olaylarının verdiği stresi hafifleterek sağlığı kısmen koruduğu sonucuna varmıştır (280). Eskin (1993) aile ve arkadaşan algılanan sosyal destek, kişiler arası ilişkiler ve intihar olasılığı ölçeklerinin Türk toplumu üzerinde geçerlilik ve güvenilirliğini yapmıştır. Çalışması sonunda; algıladıkları sosyal desteği yüksek olan kişilerin intihar olasılığının düşük olduğu ve kişiler arası ilişkilerinin daha olumlu düzeyde olduğunu saptamıştır (281).

Yaşlıların sosyal destek sistemleri ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Aksüllü ve Doğan (2004)'ın huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada gerek huzurevinde, gerekse evinde ailesi ile ve yalnız yaşayan yaşlıların sosyal destek ve depresyon puanlarında fark bulunmuştur( $r=-0.42;p<0.05$ ). Aynı araştırmaya göre huzurevinde yaşayan yaşlılarda evde yaşayanlara göre depresif belirtilerin yüksek, sosyal destek algısının yetersiz

olduğunu, aile desteğinin yanı sıra arkadaş ve diğer kaynaklardan alınan desteğin de bireyleri olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca huzurevinde yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek ( $\bar{X}=26.28$ ) evde yaşayanlardan ( $\bar{X}=74.29$ ) önemli derecede düşük bulunmuştur (38).

Majercsik ve Haller tarafından (2004) yapılan araştırmada 384 erkek, 275 kadın yaşlı ele alınmıştır. Sosyal destek ve sağlık durumu yaşlının özellikle psikososyal problemleriyle ilişkilidir (282). Sosyal iletişim sağlıklı yaşamın önemli bir parçasıdır. Sosyal iletişimin azalması ile birlikte emosyonel ve sosyal yalnızlık artmaktadır (283, 284). Yine benzer şekilde Commerford ve Reznikoff (1996) sosyal desteğin az olmasının depresyonla ilişkili bir etken olduğunu bildirmiştir (284).

Çetin (2002)'in çalışmasında yaşlılara sosyal destek açısından baktığında huzur evlerinde kalanların %57'sinin dertlerini paylaşacakları arkadaşlarının olmadığı, evde yaşayanların ise %68'inin paylaşımında bulunabileceği arkadaşının olduğunu belirlenmiştir (118). Holmen ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada yaşlılarda düzenli olarak yapılan ziyaretlerin yalnızlık duyguları üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır (283). Yaşlıların yakınları tarafından ziyareti, yaşlının sosyal destek ihtiyacını karşılaması açısından olumludur. Benzer şekilde, Manoğlu (1990) İzmir huzurevlerinde yaptığı çalışmada, yaşlıların kaygı düzeyini yüksek saptamıştır. Kadınlarda, kronik hastalığı olanlarla anksiyete ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmış, yaşlıların sosyal aktivitelere yönelmesinin anksiyeteyi azalttığını bildirmiştir (285). Ayrıca yaşlılarda sosyal destek sistemleri yaşam doyumunu etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda; Altıparmak (2009)'ın Manisa huzurevinde kalan 130 yaşlının yaşam doyumunu ve sosyal destek sistemleri arasındaki ilişkiyi incelemiş, sosyal destek ile yaşam doyumunu arasında pozitif bir korelasyon olduğu başka bir ifadeyle sosyal destek arttıkça yaşam doyumunu artmaktadır (286). Aynı araştırmada sosyal destek ölçeğinden alınan puan dağılımı  $\bar{X}=44,7\pm 1,7$  (12–82); yaşam doyumunu ölçeğinden alınan puan dağılımı  $\bar{X}=23,1\pm 6,3$  (6–35) olarak bulmuştur.

İçlinin (2010) yapmış olduğu araştırma sonucuna göre, başarılı ve zor yaşlılığın anlamını oluşturan faktörler arasından maddi yeterlilik, fiziki sağlık, aile/akraba ve komşuluk ilişkileri, sosyal olma faktörleri öne çıkmıştır. Yine aynı

araştırmaya göre, toplumsal ilişkiler başarılı ve zor yaşlılığın anlamını oluşturmada önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (53). Aile-akraba ilişkilerinin, komşu, arkadaş ilişkilerinin, yaşlıları duygusal ve moral açılarından desteklediği görülmektedir. Baran'ın araştırmasında da aile ve akrabalık ilişkilerinin başarılı ve zor yaşlılık bağlamında belirgin bir faktör olduğu saptanmıştır (287). Arkadaş ziyaretlerinde bulunmanın ve sosyal gruplara katılmanın sağlıklı olmaya, düzenli fiziksel aktivitede bulunmaya ve GYA'nı bağımsızca yerine getirebilmeye olumlu etkileri bulunmaktadır (288).

Yiğit (2009)'in huzurevinde kalan 156 yaşlının sosyal destek sistemlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında; aile desteği ve arkadaş desteği orta düzeyde bulunurken, özel kişi desteğinin anlamlı derecede düşük çıktığı tespit edilmiştir. Aynı araştırmaya göre, akrabalarıyla ilişkileri kötü olarak değerlendiren yaşlıların sosyal destek algısı, akrabalarıyla ilişkileri iyi olan yaşlılara göre düşük, aileleriyle her şeyini paylaşıp, kararlara katılan yaşlıların aile desteği ve arkadaş desteği yüksek bulunmuştur (58). Esin (1999)'nin çalışmasında aile içi ilişkilerini "çok iyi" ifade edenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanı, "iyi" olarak ifade edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (223). Amerika'da yapılan bir çalışmada torunlarla büyükanne ve büyükbaba arasındaki ilişkilerin çok olumlu olduğu, bunun torunlar büyüyüp, evden ayrılıp kendilerine yeni bir düzen kursalar dahi aradaki olumlu ilişkilerin devam ettiği görülmüştür. Bunun nedeni tam olarak açıklanamasa da torunlar, büyükanne ve büyükbabaları tarafından büyütülmüş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (8).

Çalışma sonuçları ile değerlendirildiğinde sağlıklı yaşlananlarda algılanan sosyal destek ve alt boyutları, sağlıklı yaşlanmayanlara göre yüksek olması anlamlıdır. Çünkü gerek evlerinde gerekse huzurevinde kalan yaşlılar bireyin çevresindeki sosyal destek sistemini oluşturan aile, akraba, komşular, arkadaşların var olması, bireyin maddi ve manevi sorunlarının çözümünde destek göstermesi, bireyin sosyal hayatın zorluklarıyla daha kolay baş edip hayatın bütün güçlükleriyle daha fazla mücadele etmesini sağlayarak, hayatı kolaylaştırabilir. Yaşanan sorunlar aynı derecede yaşanmaya devam etse de bireylerin kendilerini daha güçlü, daha mutlu, daha iyi hissetmesini sağlayarak daha kaliteli bir yaşlılık

dönemi sunulacaktır. Bu da sağlıklı yaşlanmaya olumlu katkı sağlamaktadır. Araştırmada elde edilen sonuçlar, literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

### **Yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarına göre sosyal ve kültürel faaliyetlerin dağılımlarını incelediğimizde (Tablo 6.2.7);**

Çalışma kapsamında bulunan yaşlıların sosyal ve kültürel faaliyetlerin dağılımını sağlıklı yaşlanma durumlarına göre incelendiğinde, kitap /gazete okuma, el sanatlarıyla uğraşma, kahveye gitme ve arkadaş ziyareti yapma durumları ile sağlıklı yaşlanma arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ); TV seyretme/radyo dinleme, sinema/tiyatroya gitme, ibadet etme ve bahçe işleri ile uğraşma faaliyetleri ile sağlıklı yaşlanma arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ )(Tablo 6.2.7). Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri, her yaş grubunda mutlu yaşamayı sağlayan programlardan biridir. Yapılan araştırmalarda sosyal faaliyetler farklılık gösterebilmektedir. Daha çok boş zamanı bulunan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme faaliyetleri toplumların kültürel yapısı ve değer yargılarıyla yakından ilişkilidir. Çalışmada sağlıklı yaşlanan yaşlıların el sanatlarıyla uğraşma ve kahveye gitme faaliyetlerinin Kastamonu kültürüne ait bir durum olduğu söylenebilir. Aile ekonomisine katkının yanında yaşlının üretkenliğini, sosyal ilişkilerini olumlu yönde geliştirmektedir. Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayanlarda TV seyretme/radyo dinleme, ibadet etme ve bahçe işleri ile uğraşma oranları birbirine yakındır. Aslında tüm yaşlıların genelde yaptığı sosyal faaliyet TV seyretme/radyo dinleme ya da ibadet etme şeklindedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında; Kerem ve ark. (2001)'nin 50 huzurevinde kalan ve 50 evde kalan 65 ve üstü yaşlıları değişik yönden değerlendirdikleri çalışmalarında, bireylerin %78'inin boş zamanlarını daha çok TV izleme, radyo dinleme, sohbet etme gibi pasif rekreasyonel aktivitelerle, %22'sinin ise bahçe işleri, tamirat, yürüme vb. gibi aktif rekreasyonel aktivitelerle uğraştıkları belirlenmiştir. Her iki grupta da birinci sırayı TV seyretme, radyo dinleme gibi aktivitelerin aldığı görülmüştür. Bunun yanında arkadaşlarla sohbet, gazete-kitap-dergi okuma oranının huzurevinde yaşayanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (240).



Karadağ (2008)'ın 65 yaş üstü Elazığ merkezinde yaşayan 630 yaşlının depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, yaşlıların %11,1'i bir hobisinin olduğunu ifade etmiştir. Bahçe işleri ile uğraşmak, örgü örmek, kitap okumak en fazla uğraşılan hobiler olarak bildirilmiştir (270).

Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmede hem ülkenin, yaşanılan şehrin hem de bireylerin sosyo-ekonomik durumları, insanların kültürel yapıları, var olan gelenekler ve görenekler genel olarak etkili olabileceği gibi yaşlının fiziki yetersizliği ve hastalıkları da etkili olabilir. Kültür, öğrenilen ve bir dünya görüşü olarak kuşaklardan kuşaklara aktarılan bir düşünce ve davranış şeklidir. Bu anlayış içinde “*boş zaman değerlendirme*” bir yaşam biçimi haline almıştır. Çalışmada kültürel etkinliklere katılımın azlığı yaşlıların yüksek oranlarda TV izliyor olmalarından kaynaklanabilir. Aslında kültürel etkinliklere katılım Türk toplumunun yapısına uygun çünkü genel olarak kültürel etkinliklere katılım ülkemizde düşüktür. Değirmenci (2005)'nin yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi için yaptığı çalışmasında 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 (289). Boş zaman etkinliklerine katılım bireylerin ayıracağı zamana, parasal imkânlarla, toplumun değişen kültürel yapısına göre farklılıklar göstermektedir. Bu açıdan ülkemizdeki yaşlılar, sosyal açıdan gelişmiş ülkelerdeki yaşlı akranlarına kıyasla daha sınırlı bir yaşam sürdürmek durumunda kalmaktadırlar. Örneğin; Avrupa'da neredeyse her yaşlı elde ettiği gelirle bir başka ülkede tatil yapabilecek olanağa sahipken, ülkemizdeki yaşlıların büyük bir çoğunluğu düşük düzeyde bir gelire sahip olduğu için kendi ülkelerinde dahi tatil yapma olanağından mahrumdur (73).

Houx ve Jalles (1993) tarafından yapılan bir çalışmada, yaşlılardaki hafıza kayıplarında, yaşın dışında kalan eğitim, entelektüel aktivite ve örneğin, haftalık okuma süresinin önemli etkileri olduğu saptanmıştır (290).

Adana huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşlılardan herhangi bir hobisi olanların %15,6'sının, hobisi olmayanların

%32,1'inin depresyon belirtileri olduğu belirtilmiş, el işi yapma, sosyal aktivitelere katılım ve diğer aktiviteler gibi hobilerin depresyonu önleyici bir faktör olduğu bildirilmiştir (279). Yaşlıların daha aktif bir yaşam sürmeleri ve boş zamanlarını değerlendirmeleri için düzenli uğraşılara gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Çünkü Altuğ ve ark. (2009) evde yaşayan yaşları 51-90 arasında 283 birey üzerinde yaptıkları araştırmanın sonucuna göre; sosyal güvencesi olanların, yaşadığı ortamdan memnun olanların, boş zaman aktivitelerine katılanların, sürekli ilaç kullanmayan ve kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (291).

Özer (2001)'in evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmasında, huzurevinde yaşayan yaşlı kadın ve erkeklerin boş zamanlarını değerlendirme durumlarına göre yaşam doyumu puan ortalamaları arasında fark bulunurken evde yaşayan yaşlılarda fark bulunmamıştır. Bu farklılığın huzurevinde kalan yaşlıların fiziksel aktivite yaparak boş zamanlarını değerlendirdiklerinden kaynaklandığını bulmuştur (251).

Boş zaman aktivitelerinin refah üzerindeki etkisi konusundaki bir diğer yaygın görüş insanların bir işle meşgulken daha sağlıklı ve mutlu oldukları şeklindedir. Hiçbir uğraşı ile meşgul olunmayan zamana sahip olmanın psikolojik olarak risk oluşturduğu ve can sıkıntısı nedeniyle kişiyi zararlı alışkanlıklara teşvik ettiği ileri sürülür. Nitekim bazı araştırmalar boş zamanlarında hiçbir faaliyetle uğraşmayan ve sıkılan insanların sağlık açısından zararlı bir takım davranışlara yöneldiklerini ve daha düşük fiziksel ve mental sağlık düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (59, 291). Çetin (2002)'in çalışmasında, boş zamanlarında etkinlik yapanların oranı evde yaşayan yaşlılarda huzurevinde yaşayanlara göre daha yüksek değerde bulunmuştur (118). Aksüllü (2002) çalışmasında yaşlıların yaşlılığın vermiş olduğu hareket kısıtlılığıyla boş zamanlarında TV izlemek/ radyo dinlemek gibi pasif egzersizleri tercih ettiklerini belirtmiştir (190). Koenig ve ark. (1992) ise çalışmalarında dinsel uğraşlarla ilgilenen depresif yaşlı bireyleri izlemiş ve bu dönemde depresyon şiddetinin azaldığını belirlemişlerdir (292). Bahar ve ark. (2005)'nin çalışmasında yaşlıların kurum içinde boş zamanlarını değerlendirme durumları ile ortalama depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (47).

Altay ve Avcı (2009)'nın Samsun huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların boş vakitlerini daha çok televizyon izleyerek geçirdikleri bildirilmektedir. Bu durumun, yaşlıların sosyal olaylara ilgi duyduklarını gösterebileceği gibi, yalnızlığın bu şekilde giderilmeye çalışılması ile ilgili de olabileceğinden söz edilmektedir (293). Wong (2003), demografik/psikososyal özellikler ve eğitim durumu ile boş zaman fiziksel aktivitesine katılım arasında negatif bir ilişki bulmuştur (294). Amerika'da 196 yaşlı kişinin %80'den fazlasının, boş zamanlarını arkadaş ziyaretleri yaparak, TV izleyerek ve radyo dinleyerek geçirdikleri görülmüştür (295). İnal ve arkadaşları (2003)'nin yapmış oldukları bir çalışmada; boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıklarına göre yapılan karşılaştırmalarda, düzenli yürüyüş ile beraber çeşitli el sanatları ile ilgilenen yaşlıların yaşamdan memnun olma puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (296).

Şener (2009)'in yaşlılık, yaşam tatmini ve boş zaman faaliyetlerini incelediği çalışmasına göre, boş zaman faaliyetleri yaşam doyumunu etkileyen bir etmendir. Boş zaman faaliyetleri yaşlı bireyin değişen yaşamına uyum sağlamasını kolaylaştırdığı için yaşam kalitesini etkiler. Boş zaman faaliyetlerine katılan bireylerin yaşlılığa daha olumlu baktıkları, değişen yaşamlarına kolay uyum sağladıkları, fiziksel ve mental yönden daha sağlıklı oldukları, yaşam doyumlarının ve yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiş, yaşlıların etkinlik yapabilecekleri sosyal hizmet veren kurumların yaygınlaştırılması gerektiği saptanmıştır (123). Altan (2011)'in özel huzurevinde kalan 31 yaşlının pasif müzik terapisinin uyku kalitesine etkisini değerlendirdiği çalışmasında, bireylerin %38,7'sinin uyku problemleri olduğunda uykuya rahat dalmalarını sağlayan alışkanlıklarının olduğu ve bu alışkanlıkların %25,8'inin TV izlemek, % 16,1'inin sohbet etmek, %6,5'inin müzik dinlemek, %3,2'sinin kitap/okumak ve %3,2'sinin ise kalkıp dolaşmak olduğu saptandı (297).

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görünmektedir. Daha çok boş zamanı bulunan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme faaliyetleri toplumların kültürel yapısı ve değer yargılarıyla yakından ilişkilidir. Çalışan ve üreten insan; özellikle

emeklilikle birlikte, kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunu hiçbir zaman düşünmemektir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu ise, kişinin kendine mutluluk veren, keyif aldığı faaliyetlere katılmasıdır. Çünkü boş zaman faaliyetlerine katılım yaşlılık sonucunda kişinin yaşantısında meydana gelen değişikliklerle baş etmesine yardım eden önemli bir faktör olup yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin önemli belirleyicisidir. Dolayısıyla sağlıklı yaşlanma için yaşlılara yönelik fizik aktiviteyi arttırmak amacıyla sportif, eğlendirici-dinlendirici etkinliklerin geliştirilmesi, yaşlıların yaşam doyumlarını arttıracak, boş zamanlarını daha üretken ve yararlı biçimde geçirebilmelerine fırsatlar sağlayacak, onları motive edecek geziler, iş atölyeleri ve benzeri düzenlemelere gidilerek onları toplumsal yaşam içerisinde üretici duruma getirerek uyum sağlamalarına yardımcı olunması sağlanacaktır. Bu da sağlık personelinin sorumluluğu olmalıdır. Yaşlılara hizmet verecek olan personelin hizmeti götüreceği kitle hakkında ne kadar çok bilgiye sahip olursa, elde bulunan olanaklarla o denli etkin hemşirelik müdahalelerde bulunulabilir.

Çalışma kapsamında bulunan yaşlıların kültürel olarak yaptıkları uygulamaların sağlıklı yaşlanma arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı yaşlananlarda kaplıcalara gitme, sinemaya/teyatroya gitme, günün belli saatlerin de uyuma ve yürüyüş yapma oranları, sağlıklı yaşlanmayanlara göre daha yüksek olup, sağlıklı yaşlanma arasındaki fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.7).

Çakıroğlu (2000)'nin 150 yaşlı hasta üzerinde yaptığı araştırma sonucuna göre, yaşlıların %26,7'si fiziksel aktivite yaptığını ve yaptıkları fiziksel aktivite türünün "yürüyüş" olduğunu belirtmiştir (122). King ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada haftada en az 2 kez, 40 dakika düzenli egzersizin ve iyi bir beslenmenin yaşlıların 6-12 aylık periyod süresince vücut ağrıları'nı azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı'nı bulmuşlardır (298).

Resnick (2000) çalışmasında yaşlıların %53'ünün egzersizin yararını bilmelerine rağmen düzenli egzersiz yapmadığını, yaşlılara verilen eğitimin egzersiz davranışlarını artırdığını bulmuştur (299). Yaşlanan erkek ve kadınlarda egzersiz belli başlı bütün kas-iskelet bozukluklarını önleyici önemli bir

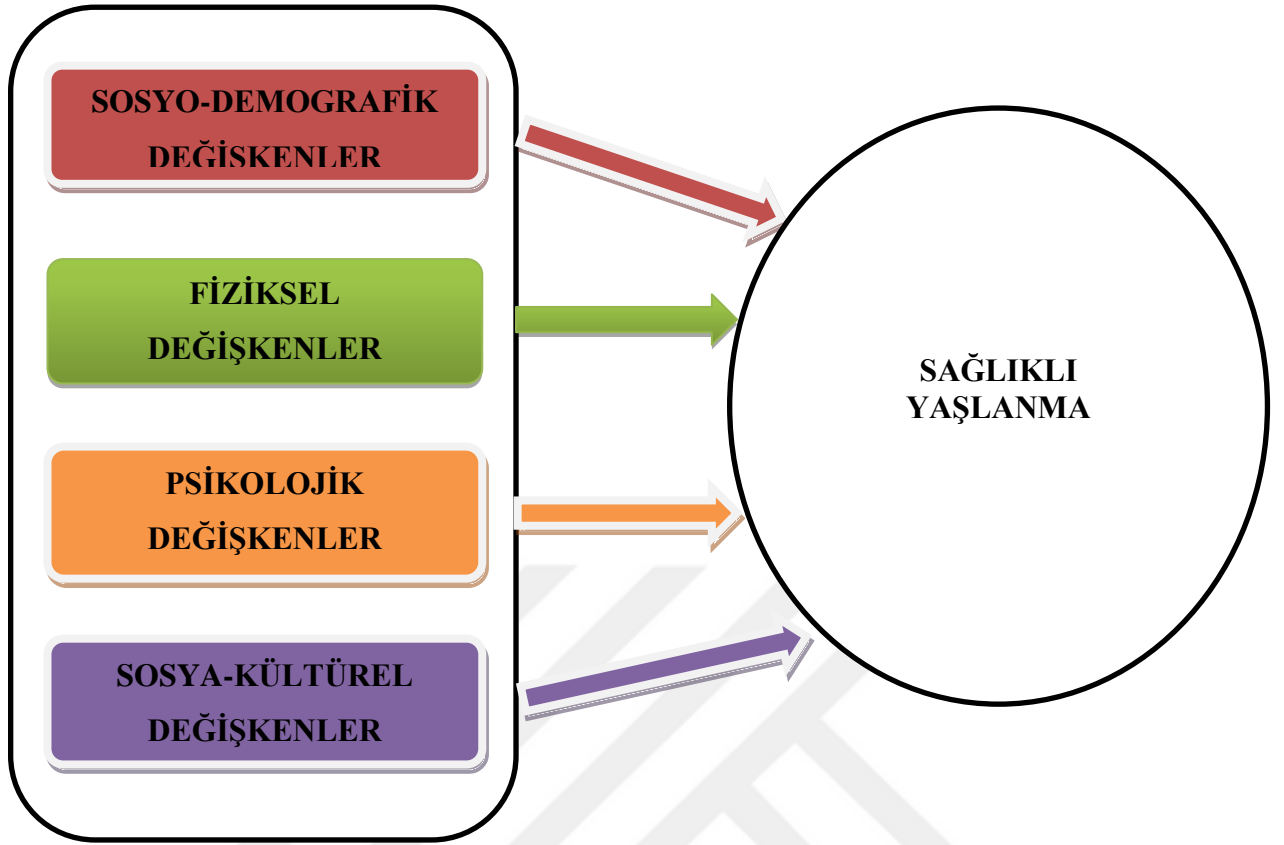
etkinliktir. Özellikle egzersiz alışkanlığının az olduğu yaşlılarda egzersiz yokluğu, yanlış beslenme, aşırı kilolu, şişman kadın sayısında artışa yol açmaktadır. Yaşlılarda fiziksel aktivitenin sağlanması sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Yaşlılık dönemindeki hareketsiz yaşam, kardiyovasküler hastalıklar açısından önlenemez risk faktörüdür (102, 249). Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, bedenin işlevinin bozulmasını geciktirir ve yaşlılıkta kaliteli bir yaşam sürdürülmesine katkı sağlar (134). Literatürde düzenli egzersiz yapılmasının ve aktif bir yaşam sürdürülmesinin yaşlılıkla birlikte artış gösteren sistem hastalıklarının oranında bir azalmaya yol açtığını, ayrıca, uygun egzersiz programı uygulanan yaşlılarda fiziksel uygunluğun ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin arttığı vurgulanmıştır (300, 301, 302). Aktiviteler, yaşam için yeme, içme kadar gereklidir. Her bireyin, ev içerisinde ve dışarıda, fiziksel ve mental rolleri üzerine kurulu, düzenli aktivitesi olmalıdır. Aktivite deneyimlerinin yaşlılara ne anlam kattığını ortaya koymak için özellikle farklı etnik kültürel gruplarda da daha ileri çalışmalar yapmaya ihtiyaç duyulmaktadır (301, 302). Yine yaşlılar üzerindeki çalışmalarda fiziksel egzersiz azlığının yaşlanmayı hızlandırdığı belirtilmektedir (27, 40, 126, 127, 128).

Tüm bireyleri ve nüfusları çevreleyen kültür yaşlanmayı da biçimlendirmektedir. Kastamonu Batı Karadeniz Bölgesinde olan bir il olup araştırma, Kastamonu merkezde planlanmış olmasına rağmen yaşlı bireylerin köylerle olan bağı köy mesafeleri yakın olması nedeniyle devam etmektedir. Yaşlıların sağlıkları için alışkanlık haline getirmiş oldukları kaplıcalara gitme ve günün belli saatlerinde uyuma sağlık için yapılan uygulamalar olduğu ve bu uygulamaları yapma durumları ile sağlıklı yaşlanma arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Bunun yanında sağlıklı yaşlanmayanların %30,6'sının sağlıklı yaşlanmak için yaptıkları kültürel bir uygulamalarının olmadığı da görüldü. Sağlıklı yaşlananların %15,5'inin, sağlıklı yaşlanmayanların %12,6'sının arkadaşları ile çay günü yaptıkları bulundu. Arkadaşları ile çay günü yapma, yaşlı bireyler için sıradan bir uygulama olması ayrıca önemsiz olarak görülmesinden dolayı sağlıklı yaşlanma için önemli olmadığı söylenebilir ( $p>0.05$ )(Tablo 6.2.7). Sağlıklı yaşlanan yaşlıların %83,6'sı, sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %47,6'sının yürüyüş yaptıkları bulundu. Sağlıklı yaşlanmada da fiziksel aktivite kapsamında

düzenli olarak yapılan yürüyüşün birçok yararı bulunmaktadır (300, 302). Günümüzde tüm yaş gruplarında sağlıklı yaşam için egzersiz ve yürüyüşün önemi giderek daha da artmaktadır. Bu çalışmada da yürüyüş yapma ile sağlıklı yaşlanma arasında anlamlı ilişki bulundu. Kerem ve ark. (2001) çalışmasında yaşlıların egzersiz yapma oranlarının %9 gibi oldukça düşük bir oranda olduğu bulunmuştur (240). Benzer şekilde, Polat ve kahraman (2013)'ın yaptığı çalışmada da yaşlı bireylerin egzersiz puanlarının düşük olduğunu bildirmişlerdir (185).

Düzenli olarak yapılan fizik egzersizin hem bedensel, hem de ruhsal ve sosyal sağlık bakımından olumlu etkileri vardır. Düzenli spor yapmak yaşamı boyunca kişiyi daha özgür kılar ve yaşlılıkta günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız bir şekilde yapabilmesini sağlar. Çalışmada sağlıklı yaşlanan yaşlı bireylerin günlük aktiviteleri yerine getirmede yeterli olduğu da bulundu (Tablo 6.2.2). Handerson ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada hem fiziksel hem de kültürel değerlerin kadınların fiziksel aktivite davranışlarını etkilediğini bulmuşlardır (303). Bu çalışma sonuçları çalışmayı desteklemektedir. Çalışmada da yaşlıların egzersiz yapmayı alışkanlık haline getirmiş olmaları sağlıklı yaşlanmada önemli olduğu bulundu. Yaşlı bireylerin sağlığı koruma davranışları; yaşamla ilgili aktif uğraşları, yüksek bilinç ve fiziksel fonksiyonları ve bağımsızlığı ile ilgilidir. Yaşlı bireylerin sağlığı koruyucu davranışlar göstermelerinin sağlık bakım ücretlerini azaltma, yaşam kalitesini artırma ve sağlık durumunu düzeltme gibi yararları vardır (38, 185, 240, 303).

Çalışma, ülkemizde yapılan retrospektif bir araştırma özelliği taşıması, geniş kapsamlı ve ilk yapılan araştırma olmasından dolayı önemlidir.



#### Risk Faktörleri

#### *Şekil II. Univariate Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Etkileyen Faktörler*

**Sosyo-demografik Değişkenler:** Cinsiyet, yaş, çocuk olma durumu, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve gelir durumunun yeterliliği,

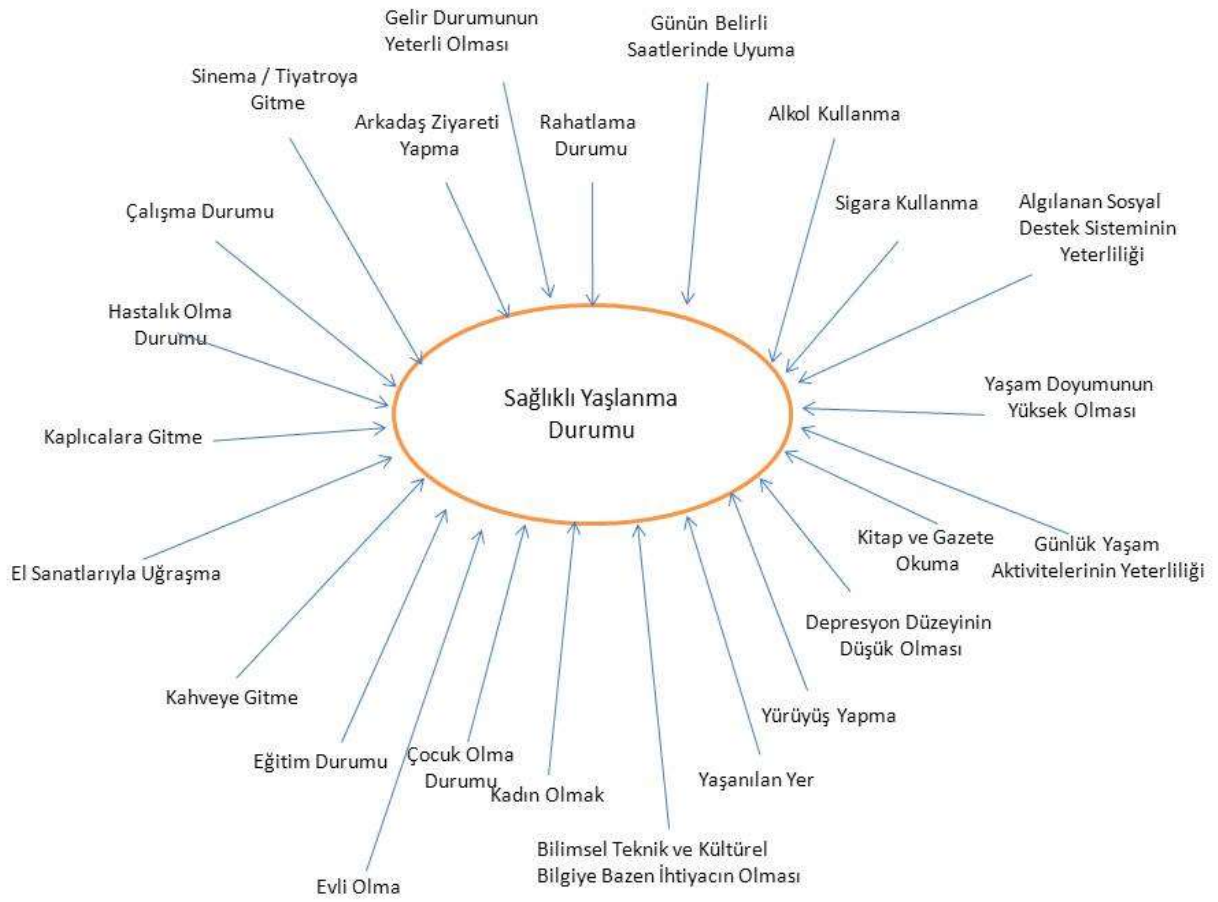
**Fiziksel Değişkenler:** Hastalık olma durumu, sigara kullanma, alkol kullanma, yaşanılan yer, günlük yaşam aktivitelerinin yeterliliği, bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duyma,

**Psikolojik Değişkenler:** Depresyon düzeyi, stresle baş etme düzeyi, yaşam doyumu ve sıkıntılı zamanlarda kullanılan yöntem,

**Sosyo-kültürel Değişkenler:** Sosyal özellikler; kitap/gazete okuma, dinlenmek/yürümek, el sanatlarıyla uğraşma, TV seyretme/radyo dinleme, kahveye gitme, sinema/tiyatroya gitme, arkadaş ziyareti, bahçe işleri ile uğraşma, ibadet etme ve algılanan sosyal destek sistemleri,

Kültürel özellikler; kaplıcalara gitmek, sinemaya/tiyatroya gitmek, günün belli saatlerinde uyumak, sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ilişkin uygulamanın olmaması, arkadaşları ile çay günü yapmak, yürüyüş yapmak olarak gruplandı.

Daha sonra değişkenlerin bağımlı değişken olan sağlıklı yaşlanma üzerine etkisini araştırmak için değişkenler sosyo-demoğrafik, fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel olarak gruplandırılıp bağımlı değişken olan sağlıklı yaşlanma üzerine etkisi logistik regresyon (Forward-LR) metoduyla sınandı.



**Şekil III. Univariate Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Etkileyen Faktörlerin Tek tek gösterimi**



## 7.2. SAĞLIKLI YAŞLANMA DURUMLARINI ETKİLEYEN FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYO-KÜLTÜREL BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERDEN, SAĞLIKLI YAŞLANMAYI ETKİLEYEN LOGİSTİK REGRESYON ANALİZ SONUCUNDA ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Sağlıklı yaşlanma bakım modelinde etkili olan değişkenlerin dağılımını incelediğimizde(Tablo 6.3.1);

\*Yaşlıların medeni durum, cinsiyet, eğitim, çalışma, gelir durumu, gelir durumunun yeterliliği, çocuk olma, yaşanan ortam, hastalık, sigara ve alkol kullanma, bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duyma, günlük yaşam aktivitelerinin yeterli olma, sıkıntılı zamanlarda yapılan uygulamalar demografik ve fiziksel boyutta alınan bağımsız değişkenlerin sağlıklı yaşlanmada univariate analizinde etkili oldukları belirlendi. Ancak bu bağımsız değişkenlerden sağlıklı yaşlanma üzerinde etkisi olanlar; çalışma durumu, gelir durumunun yeterliliği, günlük yaşam aktivitelerinin yeterli olma durumudur. Logistik regresyon analizinde diğer bağımsız değişkenlerin sağlıklı yaşlanma üzerine etkisi araştırıldı ve anlamlı bir ilişki bulunmadı.

-Çalışmayan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı çalışan yaşlılara göre OR=4,31 (1,64–11,35) kat düşüktür ( $p<0,01$ ). Çalışmama durumu sağlıklı yaşlanmayı 4,31 kat düşürmektedir.

-Yaşlıların gelir durumunun yeterliliği sağlıklı yaşlanmayı OR=2,20 (1,20–4,01) kat yükseltmektedir. Gelir durumunun yeterliliği Logistik regresyon analizi sonucunda sağlıklı yaşlanmayı 2,20 kat arttırmakta ve anlamlı bir değişken olduğu saptandı ( $p<0,01$ ).

-Günlük yaşam aktivitesi yeterli düzeyde olan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma OR=4,69 (1,00–21,99) kat yükseltmektedir. Günlük yaşam aktivitenin yeterli düzeyde olması sağlıklı yaşlanmayı 4,69 kat arttırmaktadır ve sağlıklı yaşlanmayı etkileyen olumlu ve anlamlı bir değişkendir ( $p<0,05$ ).

-Bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye zaman zaman ilgi duyan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma OR=4,70 (1,67–13,26) kat düşüktür. Bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ilginin olmaması sağlıklı yaşlanmayı 4,70 kat düşürmektedir ( $p<0,01$ ).

\*Sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı yaşlanmamayı etkileyen psikolojik değişkenlerden depresyon düzeyi, algılanan sosyal destek sistemleri, stresle baş etme durumu ve yaşam doyumu univariante analizinde anlamlı bulundu. Logistik regresyon analizinde sağlıklı yaşlanmayı, geriatrik depresyon düzeyinin düşük olması ve stresle baş etme düzeyinin yüksek olması sağlıklı yaşlanma durumunu anlamlı düzeyde etkileyen bağımsız değişken olarak tesbit edildi( $p<0,05$ ).

-Geriatrik depresyon ölçeği toplam puanı düşük olan yaşlılarda, sağlıklı yaşlanma oranı OR=1,05 (1,04–1,12) kat yüksektir. Depresyon düzeyinin düşük olması sağlıklı yaşlanmayı OR=1,05 kat artırmaktadır ( $p<0,01$ ).

-Stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puanı yüksek olan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=1,05 (1,02–1,08) kat yüksektir ( $p=0,004<0,01$ ). Stresle başa çıkma düzeyinin yüksek olması sağlıklı yaşlanmayı OR=1,05 kat artırmaktadır.

-Sağlıklı yaşlanma etkileyen sosyo-kültürel boyutta arkadaş ziyareti yaptığını söyleyen yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=1,94 (1,09–3,44) kat yüksektir ( $p=0,023<0,05$ ).

-Günün belli saatlerinde uyduğunu ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=3,29 (1,77–6,12) kat yüksektir ( $p=0,000<0,001$ ).

-Sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ilişkin uygulamanın olmadığını ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=4,66 (0,9–23,05) kat düşüktür ( $p=0,059<0,05$ ).

-Kültürel olarak yürüyüş yaptığını ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=2,89 (1,36–6,11) kat yüksektir ( $p=0,006<0,05$ ).

Univariate analizde anlamlı çıkan diğer değişkenler multivariate modelde anlamsız bulundu ( $p>0,05$ ).

Son olarak sağlıklı yaşlanmayı gelir durumunun yeterliliği, günlük yaşam aktivitelerinin yeterli düzeyde olması, depresyon düzeyinin düşük, stresle baş etme düzeyinin yüksek, arkadaş ziyareti yapma, günün belli saatlerinde uyuma, kültürel olarak yürüyüş yapanların sağlıklı yaşlanma modelinde sağlıklı yaşlanmayı arttıran değişkenler olduğu, bilimsel teknik ve kültür bilgiye ihtiyaç

duymama, sağlıklı yaşlanmak için yoresel kültüre ilişkin uygulamanın olmaması ve çalışmama durumu sağlıklı yaşlanma modelinde sağlıklı yaşlanmayı azaltan değişkenler olduğu saptandı (Tablo 6.3.1)(şekil III).



## 8. SONUÇ

Sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirmek amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışma sonunda elde edilen sonuçlar:

Modelde, sağlıklı yaşlanmayı başaran yaşlılar ile başaramayanların fiziksel, psikolojik ve sosyal durumları arasında fark saptandı, bu sonuç araştırma hipotezini destekledi.

Araştırmanın sorularından sağlıklı yaşlanmaya katkı yapmak amacıyla kendi kültürümüze uygun bir profesyonel sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirebilir mi? şeklinde olup araştırma sonucunda model geliştirildi. Araştırmada hazırladığımız sorulara, elde ettiğimiz yanıtlar ise birbirini destekler nitelikte bulundu.

### ***1. Evde ve Huzurevinde kalan yaşlılara ilişkin özellikler incelendiğinde;***

-Araştırmaya katılan yaşlıların büyük bir çoğunluğunun evde yaşadığı belirlendi (Tablo 6.1.1).

-Evde ve huzurevinde kalan yaşlılarda tanısı konulmuş hastalıklardan hipertansiyon yüksek oranlarda bulundu (Tablo 6.1.2).

### ***2. Sağlıklı yaşlanma durumlarına yönelik özellikler incelendiğinde;***

-Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların yarısından fazlasının evli olduğu,

-Sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların %40,6'sının eğitim düzeyi okur yazar iken sağlıklı yaşlanan yaşlıların %40,9'unun ilkokul mezunu olduğu ( $p<0,05$ )(Tablo 6.2.1),

-Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların yarısına yakın bir kısmı 65-69 yaş grubunda, sağlıklı yaşlananların %31,8'i 75 yaş ve üstü, sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların ise %36,4'ü 75 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.2.1),

- Sağlıklı yaşlananların büyük çoğunluğu erkek olup, kadınlara göre daha sağlıklı yaşlandığı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.1),
- Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayanların tamamına yakın kısmının çocuğunun bulunmadığı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.1),
- Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık olma oranlarının birbirine yakın olduğu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlananlar ve yaşlanmayanlarda sigara içme oranlarının benzer olduğu ( $p<0,05$ ) ama alkol kullanma durumunun sağlıklı yaşlanmayanlarda yüksek olduğu ve alkol kullanma ile sağlıklı yaşlanma arasında ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlanan yaşlıların çalışma durumları sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların çalışma oranlarından yüksek bulunduğu ve çalışma durumunun sağlıklı yaşlanmayı etkilediği ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların yarısından fazlasının gelir durumunun yeterli olmadığı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlananların tamamına yakınının evde yaşadığı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlananlar bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye her zaman ihtiyaç duyarken, sağlıklı yaşlanmayanların çoğunluğunun bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye hiçbir zaman ihtiyaç duymadığı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu sağlıklı yaşlanan yaşlılara göre yetersiz olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.2),
- Sağlıklı yaşlananların günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları sağlıklı yaşlanmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.3),
- Sağlıklı yaşlananların depresyon düzeylerinin sağlıklı yaşlanmayan yaşlılara göre daha düşük olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.4),
- Sağlıklı yaşlananların yaşam doyumu puan ortalamalarının sağlıklı yaşlanmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.4),
- Sağlıklı yaşlananların stresle başa çıkma yolları puan ortalamaları sağlıklı yaşlanmayan yaşlılara göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.4),
- Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların sıkıntılı zamanlarda rahatlamak için kullandıkları yöntemlerin benzer şekilde ibadet etme olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.5),

- Sağlıklı yaşlanmayanların algılanan sosyal destek sistem puan ortalamalarının sağlıklı yaşlanan yaşlılara göre düşük olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.6),
- Sağlıklı yaşlanan yaşlılar sosyal ve kültürel uygulamalar kapsamında kitap/gazete okuma, el sanatlarıyla uğraşma, arkadaş ziyareti yapma, günün belli saatlerinde uyuma ve kahveye gitme faaliyetlerinde bulunduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.7),
- Sağlıklı yaşlanmayanların %30,6'sının sağlıklı yaşlanmak için yaptığı bir uygulamasının olmadığı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.7),
- Sağlıklı yaşlanan yaşlıların büyük çoğunluğunun yürüyüş yaptıkları ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.7),
- Örnekleme kapsamına aldığımız Batı Karadeniz bölgesinde yaşayan yaşlıların sağlıklı yaşlanma oranının düşük (%22,3) olduğu bulundu.

## ***2.Sağlıklı Yaşlanma Modeline İlişkin Özellikler İncelendiğinde;***

Sonuçta değişkenlerin tek tek değil, birlikte anlam kazandıkları düşünüldüğünde; depresyon düzeyinin düşük, stresle baş etme düzeyinin yüksek, arkadaş ziyareti ve düzenli yürüyüş yapan, bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyacı olan, günün belli saatlerinde uyuyan, günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yapan yaşlıların daha sağlıklı yaşlandıkları bulundu. Yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlıklı yaşlanma için;

- Depresyon düzeyi düşük olan yaşlıların depresyon düzeyi yüksek olan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,001$ ).
- Günlük yaşam aktiviteleri yeterli olan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri yetersiz olan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,05$ ).
- Çalışma durumu olmayan yaşlıların çalışma durumu olan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı düşüktür ( $p<0,01$ ).
- Gelir durumu yeterli olan yaşlıların gelir durumu yetersiz olan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,01$ ).
- Bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyaç duymayan yaşlıların sağlıklı yaşlanma oranı düşüktür ( $p<0,01$ ).

-Stresle başa çıkma düzeyi yüksek olan yaşlıların stresle baş etme düzeyi düşük olan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,001$ ).

-Arkadaş ziyareti yapan yaşlıların arkadaş ziyareti yapmayan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,05$ ).

-Günün belli saatlerinde uyduğunu ifade eden yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,001$ ).

-Yürüyüş yapan yaşlıların yürüyüş yapmayan yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma oranı yüksektir ( $p<0,05$ ).

- Sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ait uygulaması olmayan yaşlıların, sağlıkları için yöresel kültüre ilişkin uygulamaları olan yaşlılara göre, sağlıklı yaşlanma oranı düşüktür ( $p<0,05$ ).

Literatür bilgileri ile çalışma sonuçları karşılaştırıldığında yaşlıların fiziksel olarak aktivite yapması, stresle baş etme düzeylerini geliştirmiş olmaları, depresyon düzeylerinin düşük olması, sosyal destek kapsamında arkadaş ziyaretlerinde bulunma sağlıklı yaşlanmayı arttıran faktörler olup bu faktörler literatürde sağlıklı yaşlanma kriteri olarak geçmekte ve elde edilen sonuçlar literatürle uyumludur. Sağlıklı yaşlanmada kriter olmayan ancak literatürde etkisi olduğu bilinen bazı faktörler belirlendi. Bunlar; yaşlıların çalışma durumları, gelir düzeyinin yeterliliği, günlük yaşam aktivitelerinin yeterli düzeyde olması ve günün belli saatlerinde uyuma, yaşlı bakım modelinde literatürden farklı olan faktörler olarak bulundu. Ayrıca bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyacın zaman zaman olması ve sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ilişkin uygulamanın olmaması, sağlıklı yaşlanmayı azaltan faktör olduğu belirlendi, literatürde sağlıklı yaşlanma üzerine direkt etkisine rastlanılmadı.

Elde edilen sonuçlar ve literatür bilgisi ışığında uygulamaya, yaşlının kendisine ve hemşirelik mesleğine yönelik olarak çok boyutlu sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirildi.

## 8.1. ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda;

-Gelecekte araştırmacı tarafından geliştirilen sağlıklı yaşlanma bakım modelinin uygulamada kullanılması, farklı toplumlarda yaşayan farklı kültüre sahip olan yaşlılarda kullanılarak elde edilen sonuçların değerlendirilmesi önerilebilir.

-Sağlıklı yaşlanma sürecinde hemşirelik süreci bakım yönteminden de yararlanılabilir.

-Hemşirelikte sağlıklı yaşlanmaya hizmet verecek bakım modelinin uygulanması,

-Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanma oranları düşüktür. Kastamonu Valiliği ve Halk Sağlığı Müdürlükleri aracılığı ile belli zaman aralıklarında düzenli yürüyüşlerin bütün yaş gruplarına ve toplumun tüm kesimlerine planlanması,

-Çalışan yaşlı bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha sağlıklı olmaları nedeniyle gerek ev ortamında yaşayan gerek huzurevinde yaşayan yaşlıların üretkenliğini arttıracak iş, uğraş aktivitelerinin gerekli kurumlar aracılığıyla yapılması, bu alanda çalışacak hemşirelerin hizmet içi eğitim, sertifika programları ve yüksekisans programları ile desteklenmesi ve bu alana istihdam edilmesi,

-Sağlıklı yaşlanmanın temelini okul ortamında geliştirilmeye çalışılması ve bu konuda okul sağlığı hemşireleri tarafından çocuk ve ailelerin düzenli eğitim programlarına alınmalarının sağlanması,

-Batı Karadeniz Bölgesinde yaşayan yaşlıların kendi kültürlerine ait yaşam tarzı içinde bilimsel ve kültürel bilgiye ihtiyacın sağlıklı yaşlanmadaki önemi açıktır. Bu da ancak ekonomik güçle olmaktadır. Bu yaş grubuna yönelik yapılacak olan yatırımların planlanması düzenli olarak kültürel gezilerin düzenlenmesi,

-Sağlıklı yaşlanma bakım modelinde etkisi saptanan çalışma durumu ve gelir durumunun yeterliliğidir. Yaşlılara gelir kaynağı sağlayacak kısa sürelerde istedikleri zamanlarda çalışabilecekleri iş alanları oluşturulmalı,



- Tüm yaş dönemleri için beden ve ruh sağlığının korunması onların yaşlanma sürecini olumlu olarak etkileyeceğinden ruh sağlığını korumada ve sosyal becerilerini arttırmada serbest zaman hizmeti veren kuruluşların yaygınlaşması,
- Sağlıklı yaşlanmada önemli olan sosyal destek, stresle başetme ve yaşam doyumudur. Yaşlıların sosyal hayattan kopmalarını önlemek ve yaşam doyumlarını artırmak için hem ailenin hem de toplumun desteği birlikte sağlanmalıdır. Ailenin yaşlının ihtiyaçlarını karşılamada tek başına yetemediği durumda devletin sosyal desteği devreye girerek yaşlı bireyin mutluluğu hedef haline gelmelidir. Planlanan sosyal politikalar, yaşlıları korumayı hedef alarak yaşlıların değişen demografik, kültürel ve toplumsal değişimleri dikkate alınarak planlanmalı ve uygulanmalı,
- Ev ortamında yaşayan yaşlıların daha sağlıklı yaşlandıkları, bu nedenle yaşlıların mümkün olduğunca ev ortamında yaşamı desteklenmelidir. Yaşlıların ev ortamında güvenliğinin sağlanması için, yaşlının yaşamını kolaylaştıran evler inşa edilmeli, denetlenmeleri devlet tarafından sağlanmalıdır. Bu evlerde yaşlı hem bağımsızlığını sürdürebilecek hem de kendini güvende hissedecek ve sağlıklı yaşlanacaktır. Ayrıca yaşlılara verilecek bakım hizmetlerinde “evde bakım” ya da “gündüz bakımevleri” gibi örgütlenmelere öncelik verilmeli,
- Toplumun önemli bir parçası olan yaşlı bireyin bu dönemde aktif, üretken ve başarılı bir yaşam sürmesindeki en önemli faktör “sağlıklı yaşlanmadır”. Bu nedenle “yaşlı sağlığının korunması” ve “sağlıklı yaşlanma” politikalarının geliştirilmesi açısından sağlık profesyonellerinin yaşlı bireyin sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarını ve etkileyen destek faktörlerini değerlendirmeleri,
- Sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı bir yaşam sürmek için stresle başetme yöntemleri ve kronik hastalıkların yönetimi konusunda hemşirelerin hasta ve sağlıklı bireyleri, düzenli eğitim programlarına almaları,
- Sağlıklı yaşlanma bakım modeli eğiticiler tarafından sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanmaları önerilebilir.

## **8.2.SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİ GELİŞTİRME (SYBM)**

### **GİRİŞ**

Model, genellenebilen, gerçekçi, uygulanabilir soruları yanıtlayabilen; kullanımı sonucunda sağlığın psikolojik, sosyal, biyolojik boyutunu yönlendirip, yarar sağlayabilen bilimsel bir hemşirelik hizmeti verme biçimidir.

Bu model hemşirelik hizmetinin daha bilinçli ve bilimsel temellere dayalı olarak verilmesini; profesyonel yaklaşımları güçlü kılmayı sağlayacaktır. Sağlık bakım hizmetinde var olan bir sorunu çözmek ya da hizmeti geliştirerek sağlığa katkı yapmak gereksinimi olduğunda rahatlıkla kullanılabilir.

İnsanlar ve sağlık için geliştirilen model Şekil V’te sunulmuştur.

### **8.2.1. MODEL OLUŞTURMA AŞAMALARI**

#### **I. Modelin Geçmişi Hakkında Bilgi**

Modeli oluşturabilmek için var olduğuna inanılan sağlıklı yaşlanma sorunu öncelikle kapsamlı olarak araştırıldı ve araştırma sonuçları değerlendirildi. Bunun için amaç; ülkemiz insanının sağlıklı olarak yaşlanıp, yaşlanmadığını araştırarak bunun neden ve sonuçlarını saptanması, değerlendirilmesi kültürel yapıya ve gereksinimlere uygun bir bakım modelinin geliştirilmesidir. Elde edilen sonuçlar ve modelin uygulamaya konması ise geleceğe yönelik olarak bireylerin sağlıklı yaşlanmasına, dolayısıyla toplumda psiko-sosyo-ekonomik yönden bir rahatlama neden olabilecek ve dünyada gelişmiş ülkelerin standartlarına ulaşmayı sağlayacaktır. Dolayısıyla bu araştırma, sağlıklı yaşlanma durumları araştırılarak, ülkemizde ilk kez geliştirilecek olan sağlıklı yaşlanma bakım modelinin önce yaşlının kendisine, ailesine, gençlere, ülke ekonomisine ve yaşlıya hizmet veren başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına ve

toplum refahına katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Ülkemizde bu alana yönelik geliştirilmiş bir model çalışması yoktur. Ayrıca hemşireliğin geldiği ve getirilmek istenen nokta, ülkemizin sağlık sistemi, sağlık sorunları, kültürel özellikleri düşünüldüğünde geliştirilmiş modelleri test etmenin ötesinde kendi kültürümüze uygun modellerimizi geliştirmek bir zorunluluk olmuştur. Ayrıca Türkiye’de yetkililerin sağlıklı bir yaşlılık politikası üretebilmesi için yaşlılık konusunda yapılacak bilimsel araştırmalara ihtiyaçları artmaktadır. İşte bu ihtiyacı giderebilecek olan en önemli meslek grubu da hemşirelerdir.

Araştırmadan elde edilen bilimsel ve izlenebilen sonuçlara özet olarak bakıldığında, medeni durum, eğitim durumu ve çocuk olma durumu sağlıklı yaşlanmada önemli iken yaş faktörü anlamsız bulundu. Fiziksel boyut kapsamında, erkeklerin kadınlara göre, çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre, gelir durumu olan bireylerin gelir durumu olmayanlara göre, gelir durumu yeterli olan bireylerin gelir durumu yeterli olmayanlara göre, bireylerin kaldıkları ortamlar arasında, evde kalan yaşlının huzurevinde kalan yaşlılara göre sağlıklı yaşlandıkları, bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye ihtiyacın olması, günlük aktivitelerini yeterli düzeyde yapılması sağlıklı yaşlanmada etkili ve anlamlı değişken olarak bulundu. Sıkıntılı zamanlarda bireylerin yaptıkları uygulamalar arasında sağlıklı yaşlanan ve yaşlanmayanlar arasında fark bulundu. Psikolojik boyut kapsamında; sağlıklı yaşlanan bireylerin depresyon düzeyi sağlıklı yaşlanmayanlara göre düşük, sağlıklı yaşlanan bireylerin yaşam doyumları, sağlıklı yaşlanmayan bireylerin yaşam doyumlarından yüksek bulundu. Sağlıklı yaşlanan bireylerin stresle başa çıkma düzeyi, sağlıklı yaşlanmayan bireylerin stresle başa çıkma düzeylerinden yüksek bulundu. Sağlıklı yaşlanan bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşlanmayan bireylerin algılanan sosyal destek sistemlerinden yüksek bulundu. Yapılan sosyal-kültürel faaliyetlerin etkililik düzeylerine bakıldığında, kitap/gazete okuma, el sanatlarıyla uğraşma, kahveye gitme, arkadaş ziyareti yapma, kaplıcalara gitme, sinema ve tiyatroya gitme, sağlıklı yaşlanmak için yöresel kültüre ait uygulamanın olmaması, günün belli saatlerinde uyuma bireylerin sağlıklı yaşlananlarla yaşlanmayanlar arasında sonuç anlamlı iken, TV seyretme, radyo dinleme, ibadet etme, arkadaşlarla çay günü yapma, bahçe işleri ile uğraşma aktiviteleri sağlıklı yaşlanan bireylerle

sağlıklı yaşlanmayan bireyler arasında fark anlamlı bulunmadı. Univariate analiz sonucunda her bir bağımsız değişkenin sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı yaşlanmama üzerindeki etkisi değerlendirildikten sonra, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel boyutta alınan veriler logistik regresyon (Forward-LR) metoduyla sınımlama sonrasında sağlıklı yaşlanmada etkili olan değişkenler saptandı. Bunlar; çalışmayan yaşlılar, bilimsel kültürel bilgiye bazen ilgi duyma, sağlıklı yaşlanmak için yapılan kültürel uygulamanın olmadığını ifade eden bireylerde sağlıklı yaşlanma düşük, gelir durumunun ancak yettiğini söyleyen, günlük yaşam aktivitesi yeterli düzeyde olan, stresle başa çıkma düzeyi yüksek olan, geriatrik depresyon düzeyi düşük olan, arkadaş ziyareti yaptığını, günün belli saatlerinde uyduğunu, yürüyüş yaptığını ifade eden bireylerde sağlıklı yaşlanma oranı yüksek bulundu.

I. Aşama kapsamında; araştırmamızın başlangıcında ulaşılması planlanan varsayımlar ya da ulaşılması planlanan sorulara ulaşıp ulaşılmadığına ya da ne kadar ulaşıldığına bakıldığında;

-Örnekleme kapsamına aldığımız Batı Karadeniz bölgesinde yaşayan yaşlıların ancak %22,3'ünün sağlıklı yaşlandığını söyleyebilir.

-Bireylerin medeni durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, çocuk olma durumu, bireylerin çalışma durumları, sıkıntı zamanlarda kullanılan yöntemler, bilimsel ve kültürel bilgiye ihtiyaç duyma, gelir düzeyinin yeterliliği, sigara ve alkol kullanma durumu, bireylerin yaşadıkları ortam, kültürel olarak yürüyüş yapma ve günün belli saatlerinde uyuma sağlıklı yaşlanmada etkili faktörler olarak bulundu.

-Sağlıklı yaşlananların günlük yaşam aktiviteleri, sağlıklı yaşlanmayanlara göre yüksek bulundu. Günlük yaşam aktivitesi yeterli düzeyde olan yaşlılarda sağlıklı yaşlanma oranı OR=4,69 (1,00–21,99) kat yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

-Sağlıklı yaşlanan yaşlılarda yaşam doyum düzeyi sağlıklı yaşlanmayanlara göre yüksek bulundu. Sağlıklı yaşlananlarda yaşam doyumunu ise orta düzeyde bulundu ( $p<0,05$ ).

-Sağlıklı yaşlanmayanlarda geriatrik depresyon düzeyi yüksek bulundu. Sağlıklı yaşlananlarda depresyon düzeyi düşüktür. Depresyon düzeyinin düşük olması sağlıklı yaşlanmayı OR=1,08 (1,04–1,12) kat arttırmaktadır ( $p<0,001$ ).

-Sağlıklı yaşlanan ve sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların stres ile başetme düzeyleri puan ortalamaları arasında fark bulundu. Sağlıklı yaşlanan yaşlıların stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=50,336\pm9,257$ ), sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}=42,877 \pm 9,551$ ) yüksek bulundu ( $p<0,001$ ).

-Sağlıklı yaşlananlarda sosyal ilişkiler ve destek faktörleri, yaşlanmayanlara göre; daha iyi olduğu bulundu. Sağlıklı yaşlanan yaşlıların aile açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları, arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları ve özel bir insan açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları, sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların aile açısından algılanan sosyal destek puanları, arkadaşlar açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları, özel bir insan açısından algılanan sosyal destek puan ortalamalarından yüksek bulundu ( $p<0,001$ ).

-Sağlıklı yaşlanan yaşlılarda sağlık sorunları ile sağlıklı yaşlanmayan yaşlıların sağlık sorunları arasında ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Sonuç olarak; bu çalışmada sağlıklı yaşlanmayı başaran yaşlılar ile başaramayanların fiziksel, psikolojik ve sosyal durumları arasında fark olup, ülkemizde araştırmanın yapıldığı Batı Karadeniz bölgesinde yaşlıların ancak %22,3'ünün sağlıklı yaşlandığı saptandı.

Araştırmada tündengelim yönteminden yararlanılmış olsa da, tümevarımsal teori stratejilerini de içermektedir. Bu stretejiler hemşirelik girişimlerini tanımlamaktadır.

## **II. Modelde Yer Alan Belli Başlı Kavramlar, Tanımları ve Sağlıklı Yaşlanma Arasındaki İlişkinin Kurulması**

Modelin bu aşamasında, öncelikle tüm hemşire kuramcılarının üzerinde durduğu dört ana kavram aşağıdaki şekilde açıklandı:

**Hemşire:** İnsanlara optimal sağlıklarını kazandırmada, devam ettirmede ve geliştirmede yardım eden; sağlık istatistik ivmesini yükselten, bilimsel temele dayalı profesyonel kişidir. Hemşirelik ise, sağlık bakım sistemi içerisinde otonomisi olan; insanın sağlık arama davranışına yardım eden; insanların sağlık

statüsünü, sağlık değerlendirilmesini, sağlık gücünü değerlendiren ve arttıran; hastalık ya da sorunlar yerine insan sağlığı ve gücüne odaklanan sağlıklı yaşam süresini arttırma hedefi olan bilimsel nitelikte bir disiplindir.

**İnsan:** Zaman zaman eğitim, destek ve rehberlik gereksinimi içinde olan, biyopsikososyal varlık olup; sağlık arayışı davranışı gösterir. Genç ve dinamik kalmaya ilgili ve isteklidir. Biyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyo-kültürel, entelektüel ve ruhsal etkenler arasındaki ilişkilerin, etkileşimin dinamik bir bileşkesidir. Bedensel ve ruhsal boyutu arasında entegrasyonu sağlayabilen ve bir denge içinde sürdürülebilir kompleks bir sistemdir. Bu entegrasyonun oluşturduğu bütünlük parçaların toplamından daha fazla ve farklı özellikler gösterir. Böylece bir başkasına benzemeyen, yeri doldurulamayan, kendine özgü düşünceleri olan, çevresini sürekli değiştiren ve değişen bir çevrede var olan, devamlı büyüyen, değişen ve gelişen uyuma dönük bir sistemdir. Günlük yaşam aktivitelerini ve gereksinimlerini bağımsızca karşılayabilen, istemli ve istemsiz tepkiler gösteren bir varlıktır. Her birey kendi içinde büyük bir potansiyele sahiptir. Kendi bütünlüğü, sağlığı için sorumluluğu vardır ve bağımsızlığını sürdürme çabasındadır. Yaşam ve güç dolu, fiziksel ve zihinsel üretkenliğini, potansiyelini en üst düzeyde kullanabilir. Yetersiz kaldığında profesyonel yardım arar ancak pasif bir alıcı konumunda değildir, sağlık bakımında karar verme rolü devam eder. İnsanın özellikleri ve koşulları sağlığını, insanın sağlığı aile ve toplumun sağlığını belirlemekte, toplum ve çevre koşulları da insanın sağlığını etkilemektedir. İnsan, toplum, sağlık ve hemşirelik kavramları arasında sürekli ve çok yönlü bir ilişki vardır.

**Sağlık:** Optimal sağlık önemlidir. Bireyin optimal sağlığı onun fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, kurumsal, felsefi, ruhsal sağlık bütünlüğünü içerir. Sağlıklı insan davranışı, insan gereksinimi giderme eğilimidir. İnsan ne durumda olursa olsun (hasta, engelli ya da iyi) hep sağlık arayışı içindedir. Sağlık dinamik ve değerlendirilebilir bir durumdur.

**Çevre:** Bireyin dışında kalan ve onu etkileyen tüm alanı kapsar. Bunlar fiziksel (hastalık yapan ajanlar, gürültü, çevre kirliliği v.b.), sosyal (aile, arkadaş, iş, toplum, sağlık sistemi ile ilişkiler v.b.), kültürel (yaşam biçimi, din, dil, ahlaki normlar ve kurallar, değerler, inançlar v.b), ekonomik (bireyin ve ailenin geliri,

devletin sağladığı imkânlar v.b.) ve gelişen teknoloji ile ilgili şartları içerir. Değişen çevrede kişi büyüme ve gelişmeyi devam ettirme, kendisi ve başkaları için yaşamın anlamını zenginleştirme fırsatına sahiptir. Aile, arkadaşlar ve toplum kişinin sağlığını birçok yönden etkilemektedir. Bunlar, sağlığını algılamayı, tepkilerini, sağlığını koruma ve geliştirme isteğini ve davranışını, iyileşme umudunu, bireyin yaşamının anlamını kavrama, motivasyonunu ve sosyal yaşamı içerir. Sosyal destek sistemlerinin varlığı ve yeterliliği kişi üzerinde direkt, hem de indirekt etkiye sahiptir. Aile ve diğer sosyal ilişkiler gibi kişinin sosyal destek sistemleri, geçerli başatme kaynakları olarak da hizmet edebilir ve sağlıklı yaşamı etkileyebilir. Hemşireler tüm çevreyi değiştirme özelliğine sahip olmasalarda, sağlık için onu terapötik bir ortama dönüştürebilirler. Ses, kirlilik, enfeksiyon ve olumsuz insan ilişkilerinden arındırılmasına yardımcı olabilirler.

### **III. Modelde Yer Alan Diğer Bileşenler (Kavramlar), Tanımları ve Sağlıklı Yaşlanma Arasındaki İlişkinin Kurulması**

Modelimizde yer alan diğer bileşenler aşağıdaki şekilde açıklandı.

**Yaşlılık:** Fizyolojik bir olay olarak ele alındığında, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanabilir. Yaşlılık, aynı zamanda biyolojik ve sosyal şartlar tarafından önemli derecede etkilenen bir durumdur. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin arttığı, bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği bir dönemdir. Yaşlanma: biyolojik bir süreç ise de kalıtım, yaşam biçimi, yapılan iş, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar ve bireyin kişilik yapısı, toplumun ve çevresinin bireyi, bireyin de kendini algılayışı vb. gibi etmenler nedeni ile bireysel farklılıklar da içerir. Sağlıklı yaşlanma ise intrauterin yaşamdan başlayarak yaşam boyu süren ve yaşlılık dönemini de kapsayan bir sağlığı koruma ve geliştirme anlayışını içermektedir (199).

Sağlıklı yaşlanma kavramı birbirleriyle çok yakınan ilgili üç temel boyutu içermektedir. Bunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır.

**Yaşlı bakımı:** Yaşlının sağlık, sosyal ve ekonomik yönden korunmaya, bakıma ve gözetime daha fazla gereksiniminin olmasıdır. Yaşlı bakımının iyi nitelikler taşıması geniş kapsamlı, kolay, uygulanabilir, uyumlu, bireye özgü, etik ve kültürel değerler karşısında sorumlu, mültidisipliner ve sistematik olmasına bağlıdır.

**Stres ve stresle baş etme:** Stres sözcüğü insanda zorlanma yapan uyum ve dengeyi bozan, fiziksel, çevresel, ruhsal, toplumsal ve psikososyal etkenleri, organizmada bu etkenlere karşı gelişen olumsuz değişiklikleri ve tepkileri anlatmak için kullanılır. Stres kişinin yaşamında tüm boyutları etkileyebilen bir fenomendir. Kişinin kaynakları tehdit edici etkileşimler olarak bilinen risk faktörleri azaltmaya veya yok etmeğe yeterli olmayınca fiziksel ve ruhsal distress yaratabilir. Stres iç ve dış uyaranlara tepki veren bireyin sübjektif deneyimleridir ve homeostazisi tehdit eder. Hastalığın yarattığı sorunlarının, kişinin içinde bulunduğu durumun etkin yönetimine yönelen çabaları ifade eder. Bu çabalar, dengeyi sürdürebilmeye veya tekrar bir denge kurmaya yönelik bilinçli ya da bilinçsiz olabilir. Her kişi yaşam olayları ile baş etmede ve deneyimlemede diğerlerinden ayrı ve eşsizdir, ayrıca her birey eşsiz bir baş etme repertuarına sahiptir. Başa çıkma süreci, kişinin sağlık sorununa bir anlam verme ve yaşamına getirdiklerinin bilişsel değerlendirilmesi ile başlar. Bu değerlendirme, çeşitli başa çıkma becerilerinin ve uyumsal davranımların kullanımı ile devam eder. Yaşlıların stresle baş etme puanlarının yüksek bulunması sağlıklı yaşlanmayı yükseltmektedir.

**Yaşam doyumunu:** Bireyin ruh sağlığını etkileyen ve yaşamın her evresinde dolayısıyla yaşlılığa uyumu da belirleyen en önemli etmenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yaşam doyumunu, kişinin yaşamdan ne istediği ile ne elde ettiğinin karşılaştırılmasından elde edilen sonuçtur. Yaşlı bireylerin sağlık durumları, ekonomik şartları, etkinlik düzeyleri yaşam doyumunda önemli belirleyicilerdir. Yaşlılıkta yaşam doyumunun üzerinde durulmasının nedeni, yaşlıların ruh sağlığı açısından risk grubu olarak kabul edilmesi ve yaşam doyumunun da ruh sağlığını etkileyen çok önemli bir etmen olmasıdır. Düşük yaşam doyumunu düzeyi skoru sosyal ilişkiler, zihinsel ve fiziksel sağlıktaki ciddi problemlerin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bizim araştırmamızda etkili



bir değişken olarak saptanmadığından sağlıklı yaşlanmada etkili olduğu için ikinci derecede bir kavram olarak ele alınmıştır.

**Depresyon:** Depresyon yoğun üzüntü hissi, faaliyetlere ilginin kaybolması ve genellikle aşırı suçluluk ya da değersizlik hisleri ile belirlenen bir duygu durum bozukluğudur. Depresyon kişinin hastalığına uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, hastalığın seyrini, prognozu, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkiler. Özellikle 65 yaş ve üstü yaşlılar için tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Yaşlanmayla fiziksel görünüm, güç, rol ve konum açısından kayıplar oluşması, yeti yitimi ve fiziksel hastalıkların giderek artması, kişinin çevreye bağımlı hale gelmesi nedeniyle, yaşlı bireylerin ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına göre farklı olması gerekir. Sosyal ilişkilerin azalması, yalnız yaşama, yoksul olma, sevilen kişilerin kaybı, saygınlığın ve bireysel yetkinliğin azalması depresyon gelişimini kolaylaştırmaktadır. Depresyon yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Araştırmamızda geriatrik depresyon puanının düşük olması sağlıklı yaşlanmayı yükselten birinci derecede ve önemli bir değişken olarak bulundu.

**Günlük yaşam aktiviteleri:** Kişinin gereksinimlerini karşılamaya yönelik yerine getirdiği, birbiriyle bağlantılı ve ilişkili olarak düşünülmesi gereken aktiviteleri içerir. Maslow'un temel gereksinimleri sıralaması fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimi, ait olma ve sevme gereksinimi, sosyal itibar gereksinimi, kendini gerçekleştirme gereksinimini içerir (196). Bireyin gereksinimlerini karşılaması bütüncül bir davranış biçimidir. Kişi bu gereksinimlerini yönelik günlük yaşam aktivitelerini bağımsızca sürdürürken, yaşın ilerlemesi ile birlikte yardıma ihtiyacı olabilir. Sağlıklı yaşlanan yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yerine getirmekte sağlıklı yaşlanmayı arttırmaktadır.

**Sosyal destek:** Sosyal destek (aile, arkadaş v.b) bireyin ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel gereksinimleri başka bireylerle kurduğu etkileşimle karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek, gereksinim duyan bireye yardım edebilecek kişilerin sayısı olarak ele alınmaktadır. Bireyin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından çok, sırlarını paylaşabileceği, güven duyduğu ve kendisi açısından önemli biriyle kurduğu

yakın bağı sosyal desteği oluşturmaktadır. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde etkilidir. Hayatımızın zor ve stresli dönemlerinde daha çok desteğe ihtiyacımızın olduğu ve bu destek sayesinde bu dönemleri daha kolay atlatabildiğimiz bir gerçektir. Yaşlı bireyler içinde sosyal desteğin gösterilmesi kadar, sosyal desteğin yaşlılar için ne ifade ettiği bizim için daha önemli olmaktadır. Yaşlı bireyler için sosyal destek anlamlı olursa kendini güvende hisseder ve yaşlılık dönemindeki stres yaratan sorunlarla mücadele edebilir. Sosyal destek, hasta olan bireyler kadar, sağlıklı bireyler için de önemlidir. Bu nedenle yaşlıların arkadaş ziyareti sosyal destek olarak sağlıklı yaşlanmada önemli bir faktör olarak bulundu. Bizim araştırmamızda sosyal destek sistemleri, modelde etkili olmadığı ancak sağlıklı yaşlanmada etkili olduğu için ikinci derecede bir kavram olarak ele alındı.

**Holizm:** İnanç ve aktivitelerle ilgili çok geniş bir kavramdır. Sağlık durumunda kişideki fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal alt sistemleri bütünleştiren birlik kavramıdır. Biyopsikososyal bütünlüğü ve beden-zihin-ruhsal etkileşimi anlatır. Bireyin bütün bu boyutlarını kapsamına alan bütüncül yaklaşım, iyi oluş haline anlam kazandıran bir felsefe ve tutumdur. Holizm felsefesi bütünün ve parçalarının birbirleriyle etkileşiminin önemini vurgular. Birey ile çevre arasındaki alışverişte holizm esastır ve değişime uyum gerektirir.

**Kültür:** Bireylerin sağlık gereksinimleri, kültürel yapılarına göre farklılık gösterir. Kültür, insan topluluklarının içinde yaşadıkları fiziksel ve toplumsal çevreye uyum çabalarından doğan bir yaşam biçimi olarak da tanımlanır. Farklı kültürlerdeki insanların kendi kültürel varlıklarını açıkça belirtmeleri temel insan hakkıdır ve saygı duyulmalıdır. Hemşirelerin bakım verdiği toplumu kültürel olarak derinlemesine tanıması ve değerlendirmesi önemlidir. Yaşlıların kültürel olarak yaptıkları davranışlardan; günün belli saatlerinde uyuma ve yürüyüş yapma sağlıklı yaşlanmayı artırırken, hiçbir kültürel alışkanlığa sahip olmama ve bilimsel, teknik ve kültürel bilgiye bazen ihtiyaç duyma, sağlıklı yaşlanmayı düşürmektedir.

**Yaşam biçimi:** Sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini arttıran davranışları göstermeyi de içermelidir, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır. Yaşlının psiko-sosyal bakımdan sağlıklı olabilmesi için; aile ve arkadaşlarla sağlıklı ilişkiler geliştirip, devam ettirme, iş, eğlence ve sosyal aktivitelerde aktif olmak, hayata karşı pozitif bir tutum içinde olma, uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmeyi umud etme, kişinin kendisi için anlamlı aktivite ve hobilerinin bulunması gerekmektedir. Dolayısıyla yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavramdır. Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkiler. Çalışma durumu bireyin sağlıklı yaşlanma açısından etkilidir. Çalışmayan yaşlıların sağlıklı yaşlanma oranları düşük bulundu.

#### **IV. Yaşlı Bakım Modelinin Geliştirilmesinde Etkilenilen Kuramlar**

Bu model, 65 yaş ve üstü yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumlarının araştırılarak, yaşlı bakım modeli geliştirilmesi için, yapılan araştırmanın sonuçlarına dayanarak tümevarım süreci ile geliştirildi. Öncelikle yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumları araştırıldı, sağlıklı yaşlanmayı etkileyen fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörler belirlendi, sonra bu faktörler arasındaki ilişki açıklandı. Model bütüncül yaklaşıma temellendirildi ve kavramsal çatıyı geliştirmek için Selye'nin Adaptasyon, Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri, Leninger'in Kültürler Arası Hemşirelik, Lazarus'un Başetme Kuramlarından yararlanıldı.

**Selye'nin Adaptasyon Teorisi:** Uzun süren stres sonucu çıkan Genel Adaptasyon Sendromu ve bu yanıtların bütün patolojik süreçlerin bir parçası olduğunu ve insanın stresten nasıl etkilendiğini ayrıntılı olarak açıklar (113). Yaşlı bakım modelinde yaşlının karşılaştığı stresörlerin sayıca fazlalığı stresörlere karşı azalan başetme yeteneği yaşlının psikolojik uyumunu etkilemekte davranışsal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu yönüyle model geliştirmede yararlanıldı.

**Dorothy E. Johnson Davranışsal Sistem Kuramı:** Johnson, insanı bir davranış sistemi gibi tanımlar. Kuramı, hasta hastalığına nasıl uyum sağlar ve var olan ya da olası strese uyum yapma yeteneği nasıl etkilenir sorularına odaklanılmıştır (198). Yaşlı bakım modelinde de yaşlının sağlığını sürdürebilmesi ve karşılaştıkları strese karşı gösterdikleri davranışlar yönüyle psikolojik boyut açısından kuramdan yararlandı. Kuram, hasta birey olarak ele alınmış ancak, sağlıklı yaşlanma bakım modeli hem hastanede yatan yaşlı hem de ev ortamında kalan yaşlının strese karşı gösterdiği davranış açısından ele alınmış ve kuramdan yararlandı.

**Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri:** Maslow'un temel insan gereksinimleri; fizyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimlerini içermektedir (71). Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması yaşlı bakım modelinde fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını belirleyen en önemli faktörler olduğu için bakım modelinin oluşmasında yararlandı.

**M. Leninger'in Transkültürel Bakım Kuramı:** Leninger'in kuramı, insanların kültürel inanış ve uygulama sistemleri içinde doğup, yaşayıp, hastalanıp, öldüklerini, fakat büyümek ve yaşamlarını devam ettirmek için insan bakımına bağımlı olduklarını ileri sürer (92). Yaşlı bakım modelinin temelini oluşturan bu kuram yaşlıların kültürel olarak sağlıkları için neler yaptıklarını ve batı karadeniz bölgesine ait inanç, değerler, alışkanlıkları ve kültürel farklılıkları kendi kültürümüzde ortaya koymak amaçlandı. Ayrıca modelin kültürel boyutunun oluşturulmasında önemli bir kuramdır.

**Lazarus'un Başetme Kuramı:** Baş etme, stresli durumları bireylerin değerlendirilmesini ve yönetimini içeren bir süreçtir. Lazarus ve Folkman'ın klasik baş etme modelinde primer değerlendirme, baş etme sürecinin esasıdır. Burada stres yaratan etkenin anlamı tanımlanır (132). İkincil değerlendirmede problem ve emosyon odaklı baş etmeye odaklanır. Yaşamın her alanında olduğu gibi yaşlılıkta da fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda meydana gelen stresörler bireyin uyumunu etkilemekte, geliştirilmemiş olan etkin baş etme yöntemi ya da var olan yöntemler yeterli olamamaktadır.

**Sosyal Öğrenme Teorisi:** Birçok kuram ve modelin temelinde sosyal öğrenme teorisi yer almaktadır. Örneğin Pender sağlığı geliştirme modelinde kullanmıştır. Öğrenme üzerine kişisel davranış ve çevrenin etkisinden söz eder. Bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemi vurgulanmaktadır. Sağlıklı yaşlanma bakım modelinde de bilişsel faktörlerin sağlığı algılaması üzerine etkisi vardır. Yaşlı bakım modeli yalnızca hasta yaşı ya da ailesi için değil özellikle toplumda yaşayan yaşlılar için planlanmış bir modeldir. Sosyal öğrenme insan davranışlarının her aşamasında önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık davranışlarının öğrenilmesi açısından bakıldığında; bireyin sosyal çevresinden yararlı ya da zararlı birçok davranışı öğrendiği görülmektedir. Sağlık eğitimini etkileyen çevresel faktörler olarak kabul ettiğimiz sosyal kültürel çevreden insanların özellikle geleneksel sağlık davranışlarını öğrendiği bir gerçektir. Birçok akademisyen araştırmacıya göre (3, 7, 12, 17), insan sağlığını etkileyen anormal ve istenmeyen davranışların birçoğu sosyal öğrenme teorisinin model alma ilkesi yoluyla gerçekleşmektedir. Bu yazarlara göre, alkolizm, cinsel davranış sapmaları, sigara içme, korkular, şiddet davranışları, çocuğa fiziksel istismar ve birçok anormal istenmeyen davranışlar bu şekilde öğrenilmektedir. Sosyal ortamda gözlemleyerek öğrenilen bir davranışın her zaman uygulamaya dönüşmesi söz konusu değildir. Model alınan davranış kazanılmış, ancak davranışa dönüşmemiş ve pekiştirilmemiş olabilir (304).

**Aile Etkileşim Teorisi:** Aile üyelerini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimin niteliğini açıklamakta kullanılır (305). Sağlıklı yaşlanma bakım modelinde yaşlının yaşlılığı algılama ve rolleri, aile içindeki iletişim şekli ve yeri, psikolojik, sosyal yönleri açısından önem taşımakta olup bu yönleri ile teoriden yararlanıldı.

#### **A. Araştırma Varsayımları Dikkate Alınarak Ulaşılan Varsayımlarla İlgili Önermeler**

- 1-Her bireyin (insanın) genetik özellikleri ve yaşadığı çevre, kültürü farklı olduğundan, sağlığını koruma, geliştirme potansiyeli değişir.
- 2-Bu potansiyel eğitim yolu ile değişip gelişebilir.

3-Hemşirelik bakımı yolu ile insanlar, optimal sağlığa ulaşır ve sağlıklı yaşlanma sürecini yakalar.

4-Her bireyin kendi sağlığı hakkında sorumluluk ve karar alma hakkı vardır.

5-İnsanların kendi sağlıklarını değerlendirme ve geliştirme ilgi ve isteği farklıdır.

6-Hemşireler, sosyal sağlık sisteminin bir parçası olup, toplumların sağlıklı kalıp, sağlıklı yaşlanmalarında etkin rol oynarlar.

7-Hemşirelik bakımı, optimal sağlığı elde edebilme özellik ve işlevlerine sahiptir.

8-Hemşireler, birey, aile ve toplumun optimal sağlığı elde edip sağlıklı yaşlanabilmesinde sağlık ekibi ile işbirliği içinde çalışır.

9-Sağlıklı yaşlanma süreci, politik yaklaşımlar, toplumsal bilinç ve sağlık eğitimi ile desteklenir.

## **B. Sağlıklı Yaşlanma Modelinde Hemşirelik İşlevleri**

Başlangıçta da belirtildiği gibi araştırma tümdengelimsel yönetime göre yapılmışsa da, tümevarımsal teori stratejilerini de içermektedir. Elde edilen sonuçlar çalışmayı stratejiler yardımı ile uygulanması gereken hemşirelik işlevlerine götürür (Bakınız Şekil III-a, III-b, III-c).

Hemşire; insanlara, yaşamları sürecince, her dönemde, sağlıklı olmalarına, sağlıklarını devam ettirmelerine, sağlıktan sapma durumlarının başlangıcında, doğru yolu bulmalarına destek veren profesyonel bir kişidir. Hemşireler bunu gerçekleştirebilmek için, aşağıdaki işlevleri yerine getirirler. Hemşireler;

-Birey ile görüşerek bir ön değerlendirme yaparlar. Bireyin sağlık statüsünü, öz bakım potansiyelini ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirirler.

-Bireyde, sağlık sorununa bağlı bir bağımlılık durumu varsa, hasta ailesi ve sağlık ekibi ile işbirliği yaparlar ve bireyi desteklerler.

-Bireye eğitim vererek, eksik bilgilerini telafi ederler.

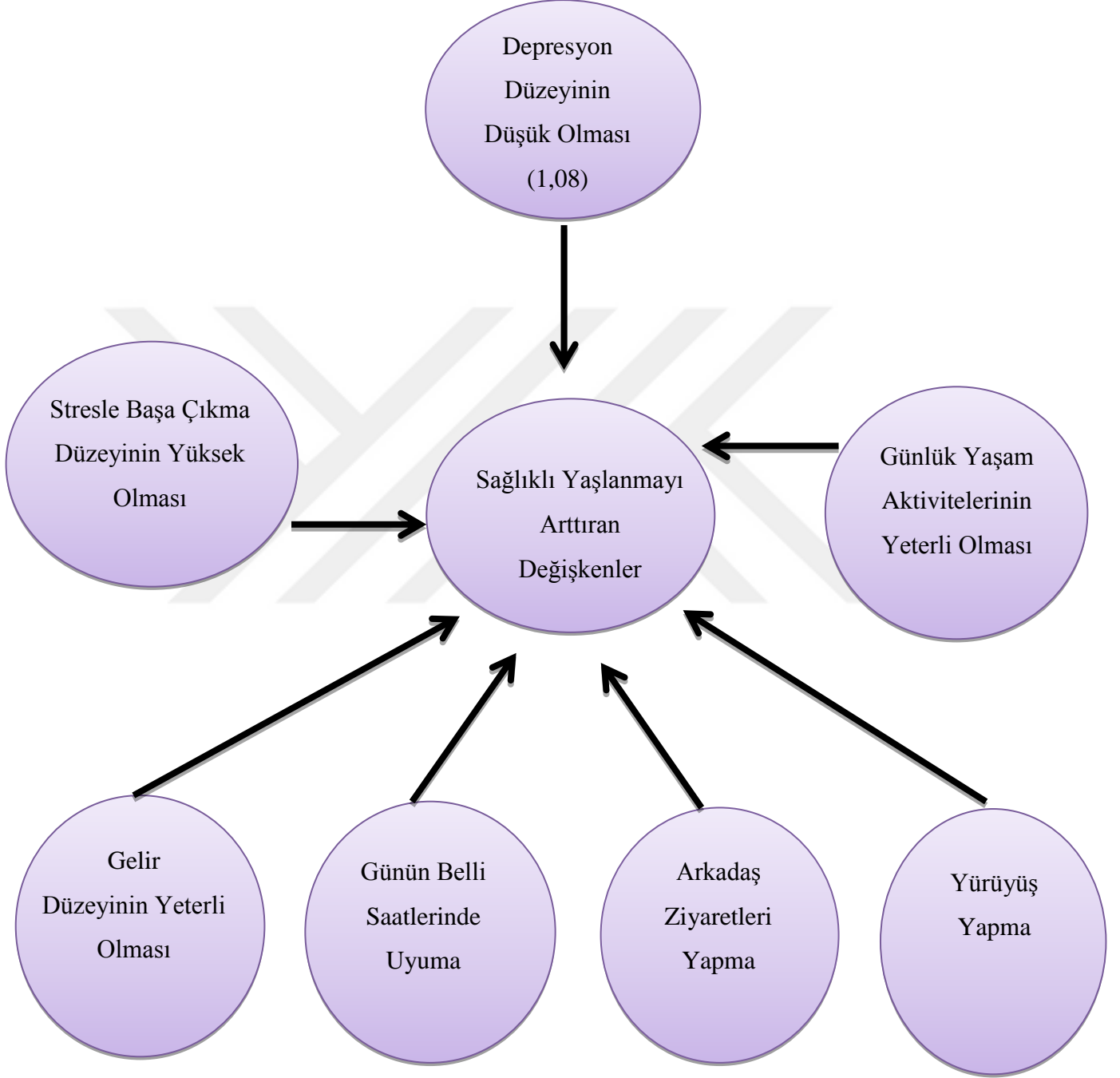
-Danışmanlık yaparak toplumsal bilinç oluşturlar.

-Sağlığını devam ettirmesi için bireyi motive ederler.

-Sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak politik süreçlerde görev alırlar.

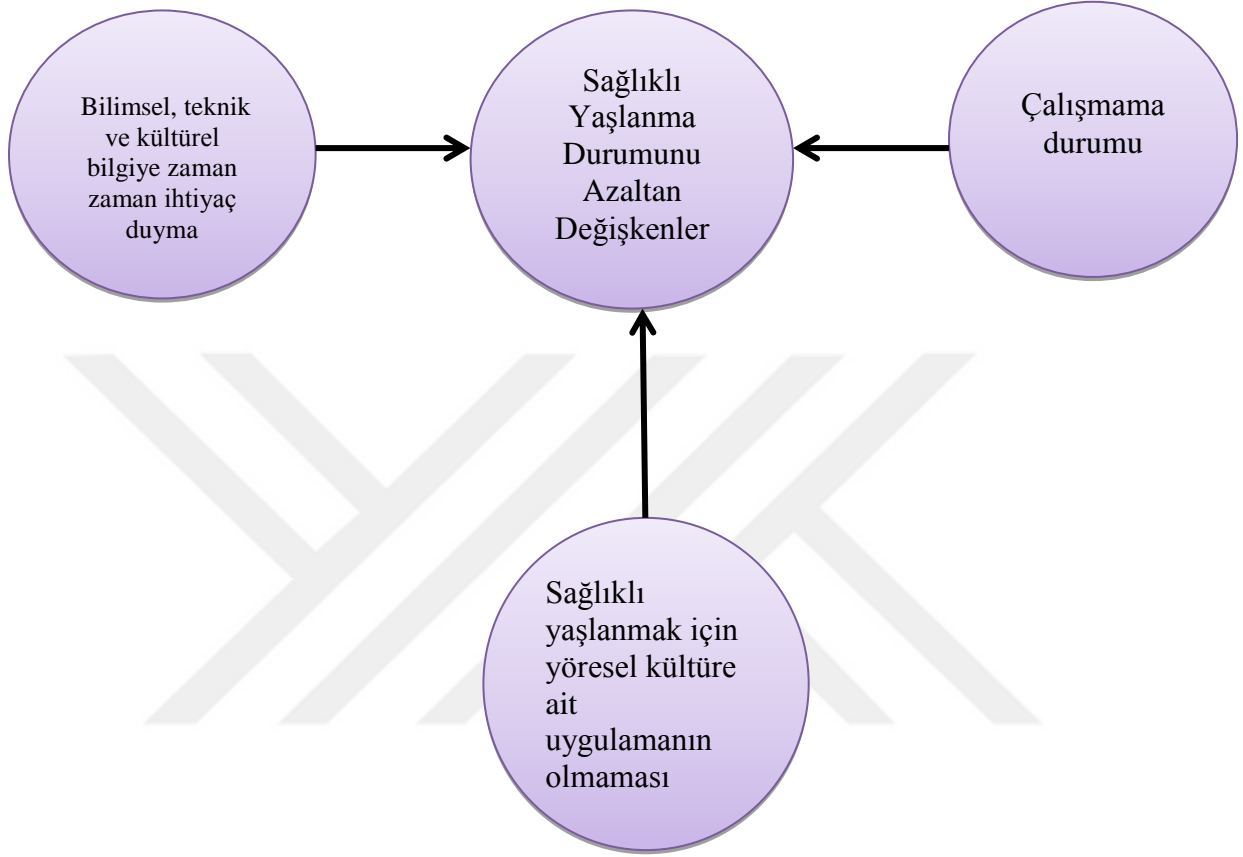
Böylece, hemşireler, bireyin sağlık potansiyelini arttırarak, toplumun sağlıklı yaşam sürmesi ve sağlıklı yaşlanmasına olanak sağlarlar. Bununla birlikte yaşadıkları toplumun sağlık ekonomisine de katkı sağlayabilir.



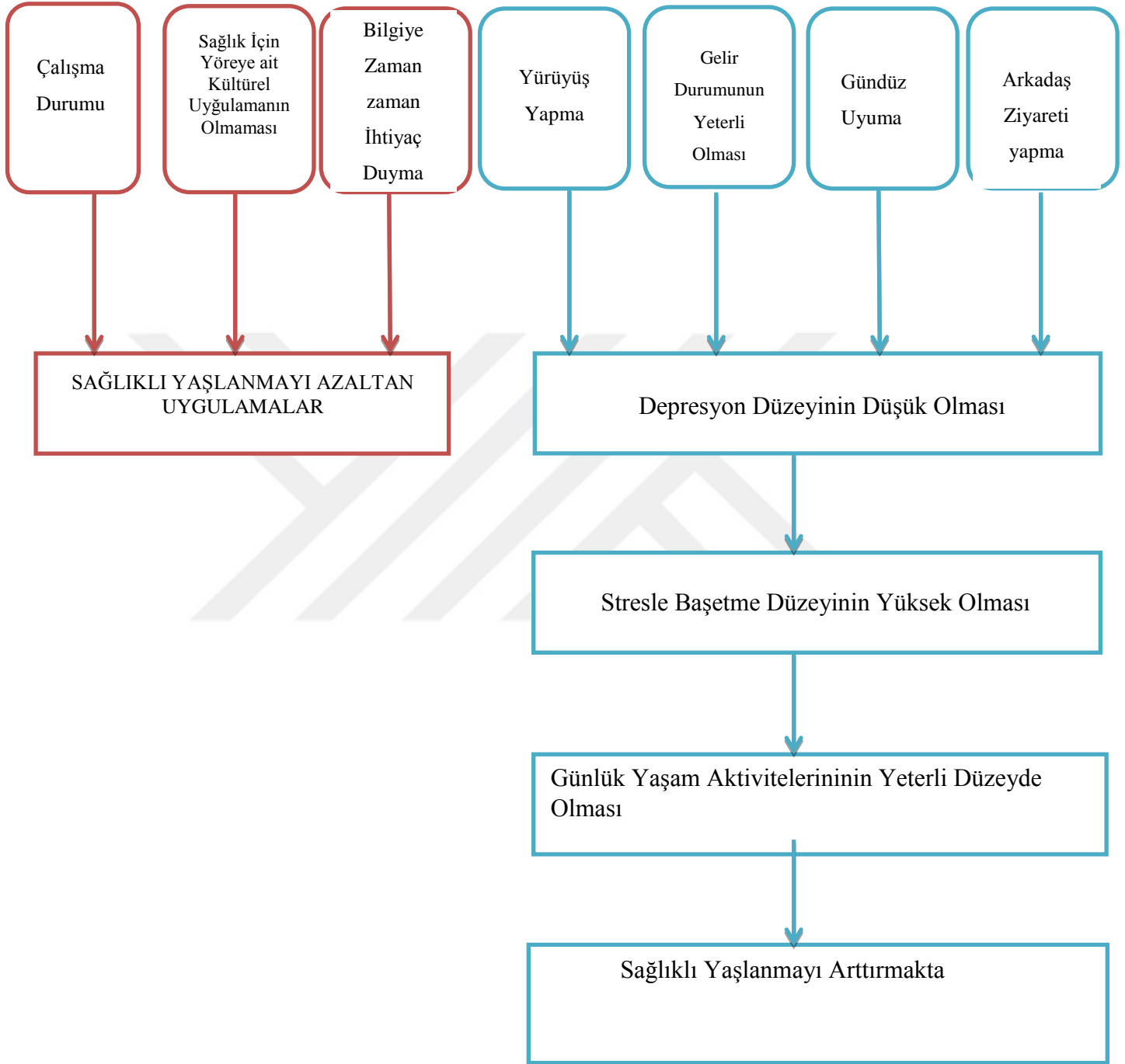


**Şekil III-a Logistik regresyon(Forward-LR) Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Arttıran Değişkenler**



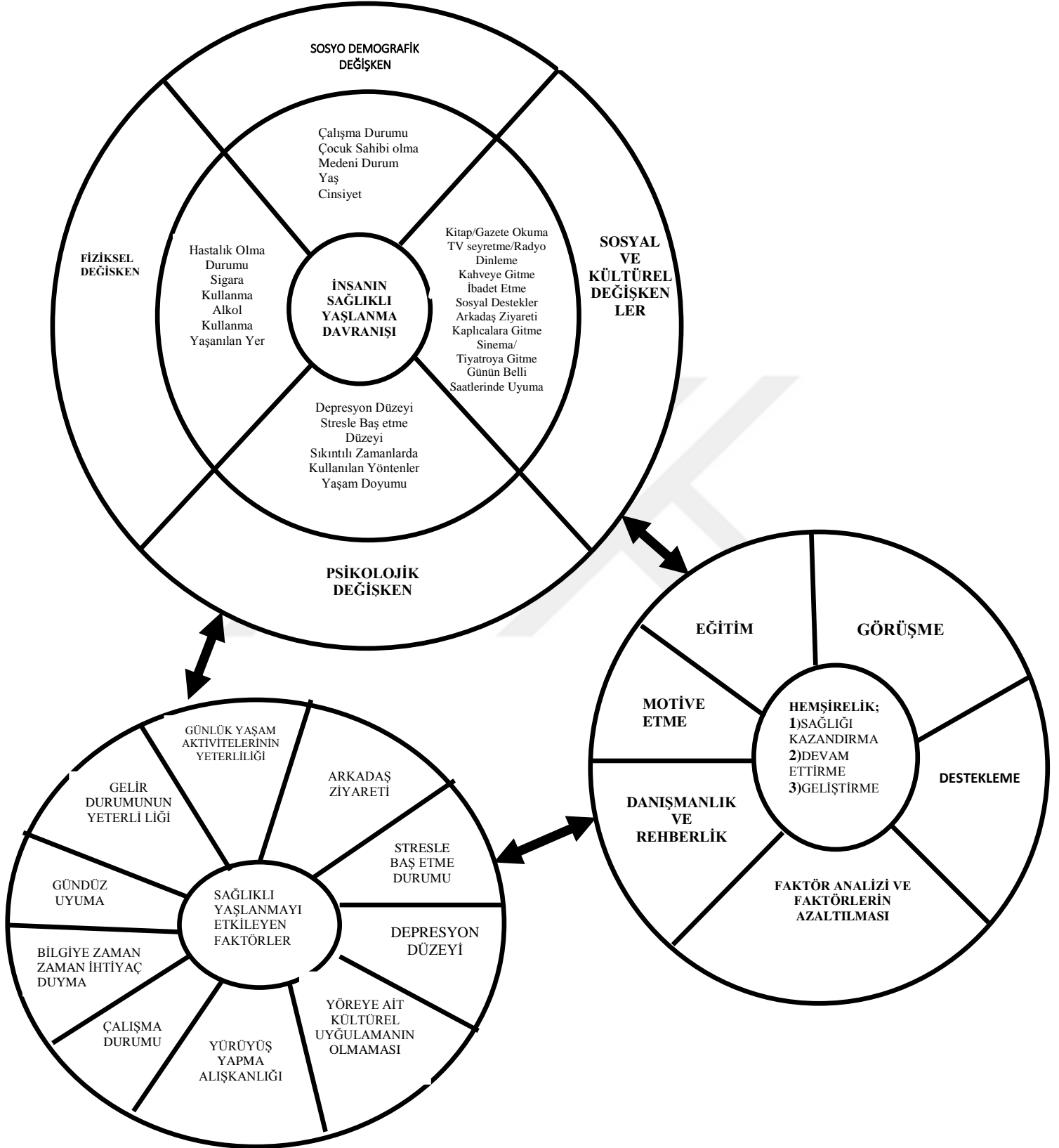


**Şekil III-b: Logistik regresyon (Forward-LR) Analiz Sonucunda Sağlıklı Yaşlanmayı Azaltan Değişkenler**



**Şekil III-c. Sağlıklı Yaşlanma Modelinde Etkili Olan Değişkenlerin İlişkisi**

## SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİ



ŞEKİL V: \*KAÇAN tarafından geliştirilmiştir.

## MODEL HAKKINDA ÖZ-DEĞERLENDİRME

Bu bölümde modelin iç tutarlılığı, mantıklı kullanım yeterliliği, uygulanabilirliği ve genellenebilirliği açıklandı. Model oluşturma basamaklarından Modelin iç tutarlılığının kontrol edilmesi ve modelin dış analizinin yapılmasını içermektedir.

Yaşlıların kültürel ve sosyal becerilerini artıran yöntemler geliştirmeleri, karşılaşılan streslerle baş etme biçimlerini yükseltir. Karşılaşılan streslerle etkili baş etme depresyon gibi ruhsal bir rahatsızlığın gelişmesini önler. Bireylerde ruhsal sıkıntıya yol açan rahatsızlıkların olmaması halinde yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirir. Sağlıklı yaşlanmayı azalttan ve arttıran her bir değişken, yaşlıların depresyon düzeyini, stresle baş etme düzeyini, günlük yaşam aktivite durumunu etkileyebilir. Ayrıca depresyon stresle başa çıkmada, bireylerarası ilişkilerde güçlük yaratır. Stresli yaşam olaylarında depresyon oranı yüksektir. Dolayısıyla depresyon düzeyinin artması, stresle baş etme durumunun yetersizliği ve günlük yaşam aktivitelerinin yeterli yapılamaması gibi değişkenler sağlıklı yaşlanmayı olumsuz etkiler. Bu süreç, çalışma kapsamındaki yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumunun araştırılmasıyla ortaya konulan bir sağlıklı yaşlanma bakım modelidir.

Günümüzde yaşlı nüfus özellikle desteklenmesi gereken özel gruptur. Bu grup için amaçlar ve amaçlara yönelik politikalar bilimsel çalışmalarla belirlenmektedir. Yapılan model çalışması hemşirelik literatür bilgisine katkı sağlayabilir. Yaşlılara hizmet veren sağlık personeli başta hemşireler olmak üzere yaşlılıkla ilgili sorunların çözümüne yönelik bir model kullanılarak sorunların belirlenmesi, girişimlerde bulunulması, gelecekte daha büyük bir sorunla karşılaşılmasını önleyecektir.

Holistik yaklaşım esas alınarak geliştirilen bu modeli hemşireler çok çeşitli alanlarda giderek artan sayıda erişkin döneminden itibaren bireylere bakım vermede kullanabilirler. Özellikle yaşlı bireylerle daha uzun süreli bir ilişki içinde olan hemşireler, bütüncül bir anlayış içinde yaşlıların sorunlarını ele almalı, etkin baş etme ve destek kaynakları oluşturmalarına katkıda bulunmalıdırlar.

Hemşirelik bakımının hedefi, sağlıklı yaşlanmayı desteklemektir. Bu nedenle, hemşire yaşlıların gereksinimlerini karşılarken, geliştirilmiş yaşlı bakım

modelini kullanabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Bu model hemşirelerin eğitimine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin, yaşlılarda sağlık sorunlarını erken dönemde farkına varmaları ve yaşının fiziksel fonksiyonunu devam ettirmek için uygun rehabilitasyon programları düzenlemelerinde sağlıklı yaşlanma bakım modeli örnek alınabilir.

Bu çalışmanın bulguları, yaşlıların büyük çoğunluğunda, %85,5'inde incelenen kronik hastalıklara sahip olduğunu göstermiş olup, yaşlılara tarama programlarının yaşının yaşadığı ortamda düzenli olarak uygulanmasının, yaşlılara sunulacak hizmetlerde koruyucu önlemler alınmasının önemini yansıtmaktadır. Yaşlıların daha sağlıklı ve mutlu, hayattan zevk alan bir yaşlılık dönemi geçirmesi için uygulamalarda hemşirelerin kullanabileceği anlaşılması kolay uygulanabilir bir modeldir.

Bu model kültürel ve demografik özellikleri farklılık gösteren yaşlı bireylere verilecek hizmetlerin daha detaylı planlanması ve uygulanması gereğini ortaya çıkarmıştır. Gerek geleneksel, gerekse kent kültürünün bireyin yaşlılığa hazırlanmasında ve bu anlamda geliştirilmiş bir sağlıklı yaşlanma bakım modelinin kullanılması, sağlıklı yaşlanmada önemli yer alan bir gerçektir. Çünkü yaşamın içinde yer alan ve bireyin içinde yer aldığı ve yaşadığı toplumla uyumunu, yaşlılığın getireceği sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamaya yardımcı olacak ve yaşlıların yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde yaşlılara uygun hizmetin sunulmasında sağlıklı yaşlanma bakım modelinin kullanılması yararlı olabilir.

Model Hemşirelik Araştırmalarında, Eğitimde, Hemşirelik Profesyonel Uygulamalarında kullanılabilir. Bunun için akademisyenlerin kanıta dayalı sonuçlar elde etmeleri gerekir. Model toplumda yaşayan 65 yaş ve üstü bireylere uygulanabileceği gibi sağlıklı yaşlanan toplum olabilmek için erişkin yaş grubundan itibaren her yaş grubundaki bireylere genellenebilir ve uygulanabilir. Model çocuk ve ergenlere değişiklikler yapılarak uyarlanabilir. Modelde sağlıklı yaşlanmayı artıran ve azaltan faktörler, yalnızca 65 yaşına gelmiş olan bireyler için değil, insan yaşamının tüm dönemlerinde özellikle yaşamın ilk yıllarında kazandırılacak alışkanlıklar olmalıdır. Bu şekilde yaşanacak yıllar daha sağlıklı

olacağı için ileride de, yaşlanma süreci gecikecek ve sağlıklı yaşlanan bir topluma sahip olunacağı düşünülmektedir.

Yaşlıların kültürel ve sosyal becerilerini artıran yöntemler geliştirmeleri karşılaşılan streslerle baş etme biçimlerini yükseltebilir, depresyon gibi ruhsal bir rahatsızlığın gelişmesi önlenabilir ve günlük yaşam aktivitelinde yeterli düzeyde olmasını sağlayabilir. Sağlıklı yaşlanmayı azaltan ve arttıran her bir değişken yaşlıların depresyon düzeyini, stresle baş etme düzeyini ve günlük yaşam aktivite durumunu etkileyebilir. Dolayısıyla depresyon düzeyinin artması, stresle baş etme durumunun yetersizliği ve günlük yaşam aktivitelerinin yeterli yapılamaması gibi değişkenler sağlıklı yaşlanmayı olumsuz etkiler. Araştırma sonucunda modelde etkili olan kavramlar arasında da ilişki vardır. Bu araştırma yaşlıların sağlıklı yaşlanma durumunu sağlayabilecek sonuçları ortaya koyduğu ve bir model oluşturmaya ışık tuttuğu için yararlı olmuştur.

Model, hemşirelik eğitiminde, müfredat ders programları içeriğinde yer alabilir; hemşirelik profesyonel uygulamalarında kullanılabilir ve model ile kanıta dayalı araştırmalar yapılarak sonuçlar değerlendirilebilir.

Ayrıca model sağlıklı yaşlanma ile ilgili kavram ve bilgiler ortaya koyduğu için hemşirelik bilimsel bilgi içeriğinin artmasına da katkı sağlar. Geliştirilen model, sağlıklı yaşlanma konusunda toplum eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmesini sağlar, yaşlılığa yönelik psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden bütüncül bakış açısıyla ele alarak hizmetlerin planlanması için yol gösterici olabilir.

Uygulamada görev yapan hemşirelerin hizmet verdikleri bireylere sağlıklı yaşlanma konusunda eğitim yapmalarına katkı sağlayabilir. Model ayrıca sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılabilir. Çünkü modelin dayanağında birden fazla kuramdan yararlanılmıştır.

Sağlıklı yaşlanma modelinin eğitim aracı olarak kullanılması, toplum eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarına destek sağlayabilir. Ayrıca uygulamadaki personele, bireyin çevresinde bulunan kişilere de model kapsamında danışmanlık yapmaları için rehberlik sağlayabilir. Modelin kullanımı ile sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici rolü olan hemşirenin, sağlık ve hastalık

hakkında ya da gereksinim duyulan durumlarda düzenli ve programlı bir şekilde eğitim vermesinde rehberlik yapabilir.

Modelin uygulamada kullanımı yaşlılarda hastalıkların en aza indirilmesi, araştırma sonucunda sağlıklı yaşlanmayı arttıran faktörlerin yaşlıların yaşamına uygulanabilir hale getirilmesi, yaşam koşullarının düzeltilmesi ve riskli davranışların önlenmesini sağlayabilir.

Elde edilen sonuçlar ve bütüncül yaklaşım kapsamında, geliştirilen model bireylerin baş etme ve sosyal destek kaynakları oluşturmalarında destek sağlayabilir.

Yaşlıların yaşam doyumunun artırılması, yaşlılarda fiziksel sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik fiziksel aktiviteyi arttırmak amacıyla sportif, eğlendirici-dinlendirici etkinliklerin geliştirilmesini model ortaya koymaktadır. Yaşlıların boş zamanlarını daha üretken ve yararlı biçimde geçirebilmelerine fırsatlar sağlayacak ve onları motive edecek geziler, iş atölyeleri ve benzeri düzenlemelere gidilmesi konularında ilgili kurum ve kuruluşlara model rehberlik sağlayabilir.

Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli, bireylerin bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde, bütüncül yaklaşıma temellendirilmiş kolay ve kullanışlı bir modeldir.

## 9. TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Doktora ders aşamasında kendisinden yararlanma şansı bulduğum, tez konusunun belirlenmesi, planlanması ve çalışmalarımda desteğini veren ilk danışmanım değerli hocam, *Sayın Prof. Dr. Çaylan Pektekin'e*,

Tezin yürütülmesini, tamamlanmasını sağlayan ve her aşamasında destek veren danışmanım değerli hocam, *Sayın Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl'a*,

Tez izleme komitesinde yer alan çok değerli bilgi ve deneyimlerini ortaya koyarak çalışmaya anlamlı katkılar sağlayan, değerli hocalarım, *Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız'a*,

Araştırmam sırasında destek veren Çankırı İsmail Özdemir Huzurevi ve Karabük Yücel Huzurevi Çalışanları ve Yaşlılarına, Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğüne, görüşme sırasında tanıştığım tüm yaşlılara,

Umutsuzluklarımı ve hayal kırıklıklarımı benimle birlikte yaşayan ve varlığı ile her zaman bana güç veren sevgili aileme,

Ayrıca yaşamım boyunca olduğu gibi çalışma sürecimin içinde de her sevincimi, hüznümü, zorluklarımı paylaşan hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen doktora yapmama destek veren, *Sayın Selma Aydın ve Ali Aydın'a*, *Çocuklarım Batuhan ve Beyza Softa'ya* sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla  
Havva Kaçan Softa



## 10. KAYNAKLAR

1. Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. [www.itgevakif.com](http://www.itgevakif.com). Erişim Tarihi:10.03.2013.
2. Kurt G, Beyzataş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*. Erişim Tarihi: 15.04.2013, 24(2):32-39.
3. Toprak G, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H. Yaşlı Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Pelin Ofset, 2002.
4. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları. 2005.
5. Durmuş B. Yaşlı Hasta Bakımında Karşılaşılan Hemşirelik Sorunlarının İncelenmesi Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, Ankara, Başbakanlık-SHÇEK Basımevi. 1992.
6. Bektaş E. Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2008.
7. Tufan İ. Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak (Yaşlanmanın Sosyolojisi). İstanbul, Anahtar Kitaplar Yayıncılık. 2003.
8. Akın G. Her Yönüyle Yaşlılık (Gerontoloji). Ankara, Palme Yayıncılık. 2000.
9. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2007. [www.eyh.gov.tr](http://www.eyh.gov.tr), Erişim Tarihi:05.04.2013.
10. Onat Ü. Yaşlılığa genel bakış, sosyal hizmetler çocuk esirgeme kurumu. *İzmir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü Bülteni*. 2005, 5:11-12.
11. Bilir N, Subaşı NP. Yaşlılık Sorunları. İçinden: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Ç. Güler & L. Akın . Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
12. Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu (2. Bs.). Ankara: Şafak Matbaacılık Ltd. std.1995.
13. WorldHealthOrganization <http://www.who.int/ageing/primaryhealthcare/en/index.html>. Erişim Tarihi:15.04.2013.
14. Tümerdem Y. Gerçek yaş. *Türk Geratri Dergisi*. 2006, 9(3):195-196.

15. Öztürk G, Büyük Sürücü L. Adana Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstündeki Bireylerin Yaşlılık ve Sağlıklarına İlişkin Görüş ve Uygulamaları ile Mevcut Durumlarının Saptanması. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği-1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara: Başbakanlık-SHÇEK Basımevi 1992.
16. Yılmaz A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişikler. İçinden: Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. (Ed.): M Altındış. İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
17. Erdil F, Şenol Ç, Subaşı B. Yaşlılık ve Hemşirelik Hizmetleri. İçinden: Yaşlılık Gerçeği. GY Kutsal. (Ed): Hacettepe Üniversiteleri Hastaneleri Basımevi, Ankara. 2000.
18. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005, 29(1):23-63.
19. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TJFMPC*, 2012, 6:13-21.
20. WHO 2006. World Health Organization [WHO] (2009). The World Is Ageing Fast– Have We Noticed? Erişim Tarihi: 27.05.2013. <http://www.who.int/ageing/en/i444ndex.html>.
21. Ceyhan S. Kayser Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
22. Terakye G, Öz F, Üstün B. Yaşlılara Hizmet Veren Kurumlarda Çalışan Görevlilerin Yaşlılığa Bakış Açısı. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, Ankara: Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, 1992.
23. Birchfield PC. Elder Health. İçinden: Community Health Nursing.(Ed): M. Stanhope & J. Lancaster. United States: Mosby. 1996.
24. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M, Uçku R. İzmir çamdibi-1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. *Geriatrici, Türk Geriatrici Dergisi*, 2003, 6(1):27-30.

25. Yılmaz Ç, Sayıl I. Değişik Ortamlarda Yaşayan Yaşlılarda Psikiyatrik Semptomatoloji ve Yaşam Doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*.1996, 49(4):205-209.
26. Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş ve üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7(3):133-138.
27. Terakye G. Sağlıklı Yaşlanma. Duygusal Yaşam. Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Ankara: Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, 1992.
28. Aşti N. Yaşlı Ruh Sağlığı ve Bakımı. Yaşlı Bireyin Bakımı Paneli Sunumu. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi ve Ist European Day of International Medicine. Antalya, 2004.
29. Baran AG. Sosyolojik Açıdan Yaşlanma. Hacettepe Üniversitesi, Geriatrik Bilimler Araştırma Merkez Yayını-GEBAM, Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, Fersa Matbaacılık Ltd.Şti. 2007.
30. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(3):385-395.
31. Ericson E. İnsanın Sekiz Çağı. (T.B. Üstün ve V. Şar, Çev). Ankara, Birey ve Toplum Yayınları. 1982.
32. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO*, ED, 2009, 2(4):145-154.
33. Lehr U. Yaşlanmanın Psikolojisi, Bilimsel ve Teknik Yayınları, Çeviri Vakfı, Çeviri Ed: B. Çotuk 7. Baskı, İstanbul, 1994, 61-70.
34. Tambağ H. Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2010.
35. Rothscild, JM. LL. Leape. The Nature And Extent of Medical Injury in Older Patients. [www.aarp.org/research/health/healthquality/aresearch-import-546-2000-17.html](http://www.aarp.org/research/health/healthquality/aresearch-import-546-2000-17.html), aarp:washington dc. 2000, Erişim Tarihi: 22.05.2013.

36. Yardım N. Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar; Türkiye Perspektifi. İçinden: Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler.(Ed.): D. Aslan, E. Örtüm Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği Yayını, Palme Yayıncılık, 1.Baskı, 2012.
37. Bahar A. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2005.
38. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004, 5: 76-84.
39. Dönümcü Ş. 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü, Yaşlılarında Hakları Var!. Erişim: <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslihaklari.html> Erişim Tarihi. 12.03.2013.
40. Ünal P. Aktif Yaşlanma: Sağlıklı ve Üretken Yaşlanma. İçinden: Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. (Ed): M. Altındiş İstanbul Tıp Kitabevi. 2013.
41. Arslan Ş, Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Türk Geratri Dergisi*, 1999, 2:173-8.
42. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry İn Turkey*.2006,8:30-7.
43. Şahin E, Yalçın B. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Türk Geratri Dergisi*. 2003, 6:10-13.
44. Kurtoğlu D, Rezaki M. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1999, 10(3):173-179.
45. Ramachadran V, menon ms, aruganiri s. socio-cultural factors in late onset depression. *Indian J Psychiatry*, 1982, 94(3):268-273.
46. Lata H, Walia L. Aging: Physiological Aspects. JK Science. Journal of Medical Education and Rese 2007, 9(3):111-114.
47. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005,6:27-39.
48. Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon-I tanı ve değerlendirme. *Geriatrici*. 1999, 2(2):76-82.
49. Altıntaş H, Attila S, Sevensan F, Akçalar S, Sevim Y, Solak ÖS, Şahin KE, Velagiç Z. Ankara da Bir Yaşlı Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006, 5(5):332-342.

50. Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 2002, 10(2):17-28.
51. Diefenbach GJ, Stanley MA, Beck JG. Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, 2001, 5:269-274.
52. Özmete E. Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması. *Aile ve Toplum*. 2008, 4(15):7-20.
53. İçli G. Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli üzerine bir araştırma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2010, 1:1-13.
54. Budak E. Isparta İli Keçiborlu İlçesindeki Yaşlılarda Ev Kazaları Sıklığı ve Konut Durumunun Buna Etkisinin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Isparta, 2008.
55. Bulut Ü, Özçakar N. Nasıl Yaşlanıyoruz? Family Physician. Erişim ([www.turkishfamilyphysician.com](http://www.turkishfamilyphysician.com)). Erişim Tarihi: 13.02.2013.
56. Erdil F. Yaşlanan Toplum ve Evde Bakım. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. *Geriatri ve Gerontoloji*, Ankara.
57. Saygun M, Eser E. Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği: Neredeyiz. İçinden: Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. (Ed): D Aslan, M. Örtüm, Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği Yayını, Palme Yayıncılık, 1.Baskı, 2012.
58. Yiğit H. Yaşlıların Sosyal Yaşam Desteğini Algılamaları. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
59. Kudo H, Izumo Y, Kodamo H, Watanabe M, Hatakeyama R. Life Satisfaction İn Older People. *Japan Geriatrics Society*. 2007, 7:15–20.
60. Batlaş Z. Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Çağdaş Yaklaşım. Sağlık Psikolojisi, 1. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000.
61. Karadeniz G. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar, Göktuğ Yayıncılık, Baran Ofset, Ankara,2008.
62. Özvarış GB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. İçinden: Halk Sağlığı Temel Bilgiler.(Ed.) Ç. Güler & L. Akın Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
63. Jones L. Exploring health promotion. In: Promoting Health Knowledge And Practice. (Ed): J. Katz & A. Peberdy. London: Macmillan Pres Ltd. 1997.

64. Thomas SA. Caring in community health nursing.In: Community Health Nursing Caring In Action, JE. Hitchcock, P. E. Schubert & S. A. Thomas (Ed.).United States Of America: Delmar Publishers, 1999.
65. Drageset J, Natving GK, Eide GE, Clipp EC, Bondevik M, Nortvedt MW, Nygaard HA. Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of norway. *Journal Of Clinical Nursing*, 2008, 17:1227–1236.
66. Görpelioğlu S. Yaşlılık ve Getirdiği Sorunlar. İçinden: Adı Eylül:Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık.(Ed):G.Nejat,Nobel Tıp Kitabevi,İstanbul,2009.
67. Karakoç A. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışı Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2006.
68. Gochman DS. Health Behaviour Emerging Research Perspectives. New York, Plenum Pres,1988.
69. Ottawa Charter For Health Promotion. (1986). First International Conference on Health Promotion Erişim: 17.04.2013. <http://www.who.int/hpr/nph/docs/ottawacharterhp> Ottawa, Who/pr/Hep/95.1.
70. [www.erdalzorba.com/46sporla-aktif-yasam-ve-sagligimiz-kazand](http://www.erdalzorba.com/46sporla-aktif-yasam-ve-sagligimiz-kazand). Sporla Aktif Yaşam ve Sağlığımıza Kazandırdıkları. Erişim Tarihi: 16.04.2013.
71. Pender N, Barkauskas V. Health promotion and disease prevention toward exelence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 1992, 40(3):106-112.
72. Demiröz M. Huzurevinde ve Uludağ Üniversitesi Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıkları ve Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez, Bursa, 2011.
73. Danış MS. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık, GEBAM yayınları, [www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal.../yaslilik\\_yoksuluk\\_yanlizlik.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal.../yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf). Erişim Tarihi: 15.04.2013.
74. Ezgi B. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Öz Bakım Gücünün Yaşam Doyumlarına Etkisinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

75. Chen C. Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 2001, 54:57-79.

76. Hansen K. A Concept Analysis Of Healthy Ageing. *Nursing Forum*. 2005, 2:40: 45–57.

77. Bayraktar R. Orta Yaş ve Yaşlılıkta Psiko- Sosyal Değişmeler. İçinde: Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. (Ed): GY. Kutsal Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2004.

78. Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma, yaşam biçiminin rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006, 13(4):43–48.

79. Andrews G, Clark M, Luszcz M. Successful Aging In The Australian Longitudinal Study Of Aging: Applying The Macarthur Model Cross-Nationally. *Journal Of Social Issues*. 2002, 58(4):749–765.

80. Phelan AE, Anderson L, Lacroix ZA, Larsoon EB. Older Adults Views Of Successful Aging, How Do They Compare With Researchers Definition? *Jags*. 2004, 52:211–216.

81. Erdinçler DS. Yaşlıda Anamnez ve Fizik Muayene. İçinden: Klinik Gelişim Geratri.(Ed): B.Tanju, İstanbul Tabib Odası Yayını, 2012.

82. Seviğ Ü. Sağlıklı Yaşlanma İçin Temel Sağlık Alışkanlıklarının Kazandırılması, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, 1992.

83. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, Mcqueen DV, Potvin L, Springett J. Evaluation In Health Promotion Principles And Perspectives. Denmark: Who Regional Publications, European Series No:92, 2001.

84. Allender JA, Spradly BW. Community Health Nursing (5. Bs.). Usa: Lippincott Williams And Wilkins. 2001.

85. Gordon E, Golanty E, Brown KM. Health And Wellness: Physical Activity For Health And Well- Being, Boston, Jones And Barlett Publishers, 2002, 136-147.

86. Yalın S, Gök H, Toksöz R. Sedanter bireylerde kısa dönem düzenli egzersiz-diyet programının lipid profili üzerindeki etkileri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2001, 1(3):1-18.
87. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987, 36(2):76-81.
88. Bogota Declaration. Health Promotion And Equity, Health Promotion: An Anthology. Pan American Organization. 1992, 335.
89. Genç Y, Dalkılıç P. Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu ve Toplumsal Beklentileri, *The Journal of Academic Social Science Studies*,2013,6(4):461-482.
90. Spellbring M. Nursing's Role In Health Promotion. *Nursing Clinics Of North America*. 1991, 26(4):805-814.
91. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007,8:215-223.
92. Bekâr M. Kùltürler arası (transkùltürel) hemşirelik. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2001, 6(2):136-141.
93. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kùltür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 9(3):78-87.
94. Pocket Guide A. Culture and Nursing. Edt: Juliene G. Lipson, Suzanne L. Dibble, Pamela Minerik. UCSF Nursing Press. 1996, 1-23.
95. Bilir N. Sağlıklı Yaşam, Sigara ve Gençlik Genç Kalmak İçin Sağlıklı Yaşam İlkeleri. [www.undp.org.tr/publicationsdocuments/.../nhdr.bp15.04.2013](http://www.undp.org.tr/publicationsdocuments/.../nhdr.bp15.04.2013).
96. Yaşam Kalitesi Rehberi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, *Gebam*, 2003.
97. Sürücüoğlu MS, Özçelik AÖ. Yaşlılıkta Beslenme. İçinden: Yaşlılık: Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler. (Ed.):V. Kalınkara, Ankara, Odak Yayıncılık, 2004.
98. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Türk Geratri Dergisi*, 2004, 7(1):45-50.
99. Kolt GS, Driver RP. Gilles LC. Why older Australians participate in exercise and sport. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2004, 12(2):185-198.



100. World Health Organization. Healthy Ageing Practical Pointers On Keeping Well. Philippines. 2005.
101. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, 2004.
102. Karaöz S, Aksayan S. Yaşlılık ve Hemşirelik. İçinden: Adı Eylül, Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık,(Ed):N Gacar, Nobel Tıp Kitabevi, 2009.
103. Aksoydan E. Ankarada kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumlarının saptanması. *Türk Geratri Dergisi*. 2006, 9(3):150-157.
104. Bilir N. Sigara ve Yaşlanma, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi, GEBAM, Halk Eğitimi Etkinlikleri, [www.gebam.edu.tr](http://www.gebam.edu.tr). Erişim Tarihi: 16.04.2013.
105. Bilir N. Yaşlılarda Sağlık Taramaları. İçinde: Yaşlılar ve Belediyeler. (Ed): GY.Kutsal Ankara: İ. Aygül Ofset. 2005.
106. Emiroğlu V. Sosyo-Kültürel Yönleri ile Sağlıklı Yaşlanma. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi, 1992, 31-36.
107. Bilir N. Yaşlanan Toplum. İçinde: Gökçe Kutsal Y. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2004.
108. Bilir N. Yaşlılık ve Halk Sağlığı, Yaşlılık Gerçeği, Ankara Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, GEBAM, 2004.
109. Altay B. Yaşlılara Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi. Ankara, 2005.
110. Beğer T. Yaşlanma ve yaşlılık. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, İstanbul, 1998, 9-13.
111. Korkmaz G, Batur D, Karakuş E, Tel H. Alkol Bağımlısı Erkeklerin Yaşadıkları Güçlükler ve Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*. 2003, 7(1):21-26.
112. T.C. Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıklar Raporu. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.

113. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 9. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1996.
114. Selekler K. Yaşlanma ve Alzheimer Hastalığı. İçinde: Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma.(Ed.):GY Kutsal. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2004.
115. Arıoğul S. Yaşlanma ile Görülme Sıklığı Artan Hastalıklar. İçinde:(Ed.): GY Kutsal. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. 2004.
116. Çohaz O. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Geriatri ve Gerontoloji. (Ed.): GY Kutsal. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, 2006.
117. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 Yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004, 7:1.
118. Çetin S. Kırsal Kesimde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Sosyal Sorunlarının Belirlenmesi ve Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2002.
119. Blazer DG. Impact of late depression on the social network, *American Journal of Psychiatry*. 1983, 162-165.
120. Özgür G. Bornava Bölgesinde Oturan Emeklilerde Sosyal Destek Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. I. Ege Geriatri Kongresi, Ege Üniversitesi Basımevi, Özet Kitabı, 1992.
121. Schubert EP, Starsiak JM, Heron J. Health Promotion And Disease Prevention Perspectives. In: Community Health Nursing Caring In Action United States Of America: J. E. Hitchcock, P. E. Schubert & S. A. Thomas (Ed): Delmar Publishers. 1999.
122. Çakıroğlu F, Haklı G. Yaşlıların Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Beslenme Bilgileri ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2009, 2:89-104.
123. Şener A. Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş zaman Faaliyetleri, [www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf](http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf) : Erişim Tarihi: 26.10.2013.

124. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical Activity and Quality Of Life İn Older Adults. *The Journals Of Gerontology*. 2001, 23-35.
125. Ünal S, Subaşı F, Ay SM, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003, 6(3):95-99.
126. Baygören S. Fiziksel Aktivite ve Yaşlanma. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, *Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Dergisi*. 1998, 123–132.
127. Karaduman A. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz. İçinde: Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma.(Ed.): GY Kutsal. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2004, 75–84.
128. Barry HC, Eathorne SW. Exercise and aging issues fort he practitioner. *Med Clin North Am*. 1994, 78(2):357-376.
129. Bayık A, Erefe İ, Özgür G, Özsoy S, Uysal A, Özer M, Ergül Ş. Sağlıklı Yaşlanma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, No: 10. 2002.
130. Doğrul A. Alkol Kullanımı ve İntihar Olasılığının Stresle Başedebilme Yöntemleri İle İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2010.
131. Özgan H, Balkar B. Eğitim Fakültesi Öğrencileri Tarafından Sınıfta Algılanan Stres Nedenleri ve Kişisel Değişkenlerin Strese Olan Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2008, 7(24):337–350.
132. Lazarus R, Folkman S. Stres, Appraisal And Coping. New York: Springer Publishing Company. 1984.
133. Vural BK. Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998, 2(2):39-43.
134. Çakıroğlu F, Haklı G. Yaşlıların Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Beslenme Bilgileri ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2009, 2:89-104.
135. Mutlu Z. Yaşlı Bireylerde Yaşam Tatmini ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
136. Pehlivanoğlu A. Huzurevi ve Kırsal Alanda Evde Yaşayan 60 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yararlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin

Karşılaştırılması, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.

137. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal Of Aging And Health*. 2006, 18(3):359-384.

138. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yetiyitimi ilişkisi. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 2006, 9(3):170-176.

139. Chen M. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nursing*. 1999, 16(2):125-132.

140. Sook YK, Eun YJ, Sohyune RS, Kwuy BK. Comparison of health-promoting behaviors of noninstitutionalized and institutionalized older adults in Korea. *Journal Of Nursing Scholarship*. 2006, 38(1):31-35.

141. Arkanoc S. Grup İlişkileri. 1. Baskı, Alfa Basın Yayın Dağıtım, Eylül 4-6 İstanbul, 1993.

142. Pargament Kenneth I. Religion And Coping. *Aging, Spirituality And Religion*. (Ed.): A. Melvin Kimble. Minneapolis: Fortress Pres. Koenig, 1995.

143. Casserly E, Correia A, Frey J, Gleason J, Hawn S, Hill K. Successful Aging in Johnson County. The Johnson County Consortium on Successful Aging. September, 2006.

144. Smoyak, S.A. Self-Concept In The Nurse-Client Relationship. In: Interpersonal Relationships Professional Communication Skills For Nurses United States Of America: (Ed.): Arnold & K. U. Boggs (Ed.): W. B. Saunders Company. 1999.

145. Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. İzmir: Okullar Yayınevi, 2005.

146. Semra K. Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: Kendini tanıma, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010, 3(1):163.

147. Erdogan S, Nahçıvan N, Esin N, Brikçi S. Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik, *Hemşirelik Bülteni*. 1994, 8(32):28-35.

148. Nutbeam D. Promoting health and preventing disease: An international perspective on youth promotion. *Journal Of Adolescent Health*. 1997, 20:396-402.

149. Black JM, Matossorin JE. Medical Surgical Nursing. 5. Edition W. B. Sounder Company Phidelphia, Pensilvania. 1997.
150. Bender KW, Salmon ME. Community Health Nurse Roles. In: Community Health Nursing Caring For The Publics Health, United States Of America. (Ed.): S. K. Lundy & S. Janes Jones And Bartlett Publishers. 2001.
151. Akdemir N. Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler III. Ulusal Geriatri Kongresi. Marmaris, 2004.
152. Fadiloğlu Ç. Yaşlıda Evde Bakım. İçinden: Evde Sağlık ve Bakım. (Ed.):Ç.Fadiloğlu, G.Ertem, Aykar FŞ. Göktuğ Basın Yayın, Amasya, 2013.
153. Domrosh S. General strategies for motivating people to change their behavior. *Nurs Clin North Am*, 1991, 26(1):833-43.
154. Gönen E, Özmete E. Uzun Süreli Bakıma Karar Vermede Bilgi Teknolojisinden Yararlanma, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. (Ed.):V. Kalınkara, Ankara, 2001.
155. Blieszner R, Alley J. Familiy care giving fort he elderly: An Overview Of Recources. *Family Relations*. 1990, 38:97-102.
156. Altınel E. Yaşlılarda Genel Bakım. İçinden: Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. (Ed.): A. Mustafa İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
157. Bilgili N, Kubilay G. Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi, *Sağlık ve Toplum*. 2003, 13(1):35-43.
158. Louderback P. What's happening elder care: A positive approach to caregiving, *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 2000, 12(3):97-99.
159. Dean K, Holstein BE. Health Promotion Among Elderly. In Health Promotion Researchs Towards A New Social Epidemiolgy. (Ed.): Badura B, Kickbusch. Who Regional Publications European Series No: 37, Copenhagen. 1991.
160. Dramalı A, Demir F, Yavuz M. Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 1998.
161. <http://www.acikradyo.com.tr>. İ. Tufan Yaşlılık ve Toplumun Kaderi, 2005. Erişim Tarihi: 12.04.2013.
162. Baran AG, Kalınkara V, Aral N, Baran G, Akın G, Özkan Y. Yaşlı ve Aile ilişkileri: Ankara Örneği. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları, No:127, Ankara, 2005.

163. Tufan İ. Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık. <http://www.itgevakif.com>. itge\_bkm291011.pdf 2011, Muhtaç Erişim Tarihi: 12.04.2013.
164. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1. Baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
165. Bahar G, Bahar A, Savaş H. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 4(12):85-96.
166. WHO. Active Ageing. A Policy Framework, Geneva, 2002.
167. WHO. Health Of The Elderly, Technical Report Series 779, Geneva, 1989. Tarricone R, Tsouros Ad. (Eds). Home Care In Europe, Who Regional Office For Europe, Copenhagen, 2008.
168. Slatter P, McCormack B. Determinin Older People's Need For Care By Registered Nurses: The Nursing Needs Assessment Tool. *Journal Of Advanced Nursing*, 2005, 52(6):601-608.
169. Fadıloğlu Ç. Yaşlılığın Toplumsal Boyutu, İleri Geriatri Hemşireliği. Ed: Fadıloğlu Ç. Meta Basım, İzmir, 2006.
170. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu I. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7(2):105-110.
171. Türkmen B. Mesleki eğitimin esasları bağlamında sosyal hizmet eğitimine yeni model önerisi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2003, 11(2):269-276.
172. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2008, 1:39-49.
173. Gökkoca ZU, Baharlıetik N. Yaşlılık Döneminde Sosyal Hizmet Programları. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni. 1999, 20:3-4. <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/1999/sayi.3-4/baslik3.pdf>, 16.04.2013
174. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005, 29(1):23-63.
175. Erişen Y. Education of the elderly in turkey: their educational needs, expectations of educational programmes and recommendations to the related sectors, *Educational Research and Reviews*. 2010, 5(12):794-801.
176. Onat Ü. Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Yaşlı Hizmetlerinin düzenlenmesi, Sosyal Hizmet Sempozyumu 16-18 Ekim 1996, Bildiriler, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Ankara, 2001.

177. Eraslan A, Naneri F, Çubukçuoğlu H. ve Ark. Yaşlılık ve Sosyal Hizmetler Grup Raporu. 2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi-Bildiriler, Sosyal HizmetUzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını, Ankara, 1995.
178. Fadılıoğlu Ç, Tokem Y. Geriatrik Rehabilasyonda Hemşirenin Rolü, *Geriatric Dergisi*. 2004, 7(4):242.
179. Hoeman Sp. Rehabilitation Nursing Process And Application, Mosby-Year Book, Second Edition, 1996.
180. Allender JA, Spradley BW. Community Health Nursing (5th Edition). Usa: Lippincott Williams and Wilkins. 2001.
181. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye'de Gerontoloji Hemşireliği Eğitimi (1): Bir Sertifika Eğitim Programı Geliştirme Çalışması Programın Dayandığı Temeller, Deneyimler ve Eğitim Programı Önerisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001, 5(1):204.
182. Erdil F. Yaşlanma Nedeniyle Gelişen Fiziksel, Fonksiyonel, Bilişsel Ve Psikososyal Değişiklikler, Geriatri Hemşireliği Kursu Konuşma Metinleri Türk Geriatri 2010, Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, İzmir, 2010.
183. Aggletonp, Chalmers H. Models And Theories Five: Orem's and King's Theories, *Journal of Advanced Nursing*.1989, 14:365-372.
184. World Health Organisation, Health For All For The Twenty First Century, The Health Policy For Europe. Regional Office For Europe, Copenhagen, 1997, 33.
185. Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013, 18(4):213-218.
186. Erdil F. Yaşlının Evde Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar, Türk Geriatri Derneği, Geriatri ve Gerontoloji Haberleri, [www.geratri.org/pdf/geriatri-gazetesi.pdf](http://www.geratri.org/pdf/geriatri-gazetesi.pdf), 2010.
187. Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010, 5(13):126-140.
188. Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998, 2(1):59-63.

189. Bennett O. Advocacy İn Nursing. *Nursing Standard*. 1999, 14(11):40-41.
190. Aksüllü N. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2002.
191. Tufan İ. Yaşlanan Dünyada Bir Delikanlı. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını. 2001, 12(3):27-49.
192. Tufan İ. Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü, Antalya, Gerontoloji Yayınları. 2006.
193. TÜİK, Haber Bülteni, 14 Şubat 2013, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi: 22.05.2013.
194. TÜİK, Sayı: 13466, 20 Mart 2013, Haber Bülteni, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi: 22.05.2013.
195. Alligood Mr, Marriner-Tomey A. Nursing Theory Utilization & Application. Mosby Year Book Inc., St.Louis, 1997.
196. Mete S. Hemşireliğin Temel Kavramları. İçinden: Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. (Ed.): T Aştı, A Karadağ. Akademi Basım ve Yayıncılık, 2012.
197. Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi, I. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013.
198. Johnson DE. Development Of Theory: A Requisite For Nursing As A Primary Health Profession. In: The Nursing Profession Views Through The Mist, Mcgraw-Hill Inc. Chaska Nl (Eds): New York, 1978, 207-215.
199. Hardy ME. Theories: components, development, *Evaluation*. *Nursing Research*.1974, 23(2):100-107.
200. Akın B, Ümit S, Nimet K. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001, 1:33–39.
201. Bradshaw A. What Are Nurses Doing To Patients? A Review Of Thoeries Of Nursing Past And Present. *Journal Of Clinical Nursing*. 1995, 4:81–92.
202. Tomey AM, Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. Sixth edition,1989.



203. Narrow BW, Buschle KB. *Fundamental Of Nursing Practice*. In: Second Edition, A Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons Inc. New York, 1987, 67-74.
204. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evoulation of Nursing Models and Theories*. 2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company; 2005.
205. Pearson A, Vaughan B. *Nursing Models For Practice*. Heinemann Nursing, Professional Publishing Ltd Halley Court, Oxfort, 1986.
206. Aggleton P, Chalmers H. *Nursing Models And Nursing Process*. Macmillan Education Ltd, London, 1986.
207. Kim HS. Putting theory into practice: problems and prospects. *Journal Of Advanced Nursing*. 1993, 18:1632–1639.
208. King IM. *Toward A Theory For Nursing*. John Wiley And Sons Inc. New York, 1971.
209. Velioglu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.
210. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The Elements Of Nursing*. Third Ed: Churchill Livingstone, Edinburg, 1990.
211. Bishop SM, Theory Development Process. In: *Nursing Theorists And Their Work*, Marriner- Tomey A (Eds): 2. Ed. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1989, 40-50.
212. Marriner A. *Nursing Theorists And Their Work*. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1986.
213. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behaviour And Health Education*. 3rd Edition. Jossey-Bass. 2002.
214. Bond AE, Eshah NF, Bani-Khaled M, Hamad AO, Habashneh S, Kataua H, Al-Jarrah I, Kamal A, Hamdan FR. & Maabreh R. Who Uses Nursing Theory? An Univariate Descriptive Analysis Of Five Years' research Articles. *Scandinavian Journal Of Caring*. 2010, 25(2):404-409.
215. Alligood MR. *Philosophies, Models, And Theories: Critical Thinking Structures*. In *Nursing Theory: Utilization & Application*. MR. Alligood, A. M. Tomey (Eds), (3rd Ed), Newyork: Mosby Elsevier. 2006, 43-61.

216. Helga Jonsdottir Rn; Phd, Nursing theories and their relationto knowledge development in iceland. *Nursing Science Quarterly*. 2001, 14(2):165-168.
217. Joyce J. Fitzpatric Ann L.Whall. Conceptual Models Of Nursing. Analysis and Applications. Guidelines for Analysis of Nursing Conceptual Models. Chapter Three, Appleton & Lange, Norwalk, California, 2. Ed: 1989.
218. Cody WK & Mitchell GJ. Nursing knowledge and human science revisited: practical and political considerations. *Nursing Science Quarterly*. 2002, 15(1):4-13.
219. Birol L. Sağlık ve Hastalık Kavramı, Hemşirelik Süreci, 6. Basım, Etki Matbaacılık, İzmir, 2004.
220. Hannon-Engel SL. Knowledge Development: The roy adaptation model and bulimia nervosa. *Nursing Science Quarterly*. 2008, 21(2):126-32.
221. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Nobel Yayın Dağıtımı, 2013.
222. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. *Hatiboğlu Yayınevi*, Ankara, 1996.
223. Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*. 1999, 12(45):87-95.
224. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirlik. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1997, 34(1):62-71.
225. Karataş SÇ, Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1988.
226. Eker D, Arar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995, 10(34):45-55.
227. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği. Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Psikoloji Dergisi*, 1995,10(34):56-73.
228. Yardımcı E, Tümerdem Y, Yardımcı O. Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Bir Araştırma. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Bildiri Kitabı). İstanbul Üniversitesi, 1998, 280-291.
229. Büyükçoşkun A. Yaşlı Bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1990.

230. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012, 3(1):13-2
231. Güven ŞD. Nevşehir İl Merkezindeki 65 yaş üzeri bireylerde Kronik Hastalıklar Prevalansı. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2003.
232. Tseng Su-Zu, Ruey H. Quality of life and related faktors among elderly nursing home Residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*. 2000, 18(5):304-311.
233. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2000, 3(4):133-140.
234. Çivi S, Tanrıku Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Geriatrics*. 2000, 3(3):85-90.
235. Özer EG, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçı E, Akpınar E. Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniği'ne başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2003, 6(3):89-94.
236. Houterman S, Boshuizen HC, Verschuren WMM, Giampaoli S, Nissinen A, Menotti A. predicting cardiovascular risk in the elderly in different european countries. *European Heart Journal*. 2002, 23(4):294-300.
237. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N. Van ili kent merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin sigara içme durumları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7(2):74-77.
238. Ulusal B. İzmir Balçova 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Etkinlikleri, Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2004.

239. Dudak AH, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri il merkezindeki yaşlıların mediko sosyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. *Geriatrics*. 2006, 9(4):202-212.
240. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Türk Geriatrics Dergisi*. 2001, 4:3.
241. Chu LW, Chi I, Chiu AYY. Incidence and predictors of falls in the chinese elderly. *Ann Acad Med Singapore*. 2005, 34:60-72.
242. Hawk C, Hyland JK, Rupert R, Colonvega M, Hall S. Assessment of balance and risk for falls in a sample of community-dwelling adults aged 65 and older. *Chiropractic & Osteopathy* 2006, 14(3):270.
243. Güleç M, Ceylan S, Hasde M, Ekerbiçer H. Ankarada ikamet eden emekli subayların sigara-alkol kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Geriatrics*. 2001, 4(1):7-10.
244. Bulucu GD, Ünsal A. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(1):577-586.
245. Sarımurat N. Psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlar ve ortak özellikleri, Nöröpsikiyatri Arşivi. 1993, 30(2):302-308.
246. Çelikoğlu İY. Küreselleşme Sürecinde Dünya'da ve Türkiye'de Kadın Emeğinin Konumu. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
247. Onur B. Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. İmge Kitabevi Yayınları, Ankara, 2011.
248. Aksayan S, Cimete G. Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri Olanakları Ve Tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı İstanbul, 1998.
249. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3(1):13-21.
250. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005, 12(3):177-183.

251. Özer M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.
252. Ekici H. Ünal S. Akyol Sağlık Ocağına Bağlı, Evinde Kalanlarla Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Semptom Taraması ve Yaşam Doyumu. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi. 1992, 121-129.
253. Afşar ZO. Toplum içinde Yaşayan ve Kurumlarda Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönden Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1993.
254. Klavuz AM. Yetişkinlik ve yaşlılık döneminde eğitim ve din eğitiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2002; 11(2):59-72.
255. Bowling A. Londra'da huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam doyumu. *Social Science Medicine* 1990, 31:1003-1011.
256. İnanır İ, Kayış A, Yılmaz K. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri. *Akad Geriatri*, 2013, 5:64-72.
257. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006, 7:232-239.
258. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8:78-83.
259. Çimen S. Yaşlı Bireylerde Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumlarının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994.
260. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağac M, Sıddıqı Z, Uluc F, Ulger Z ve ark. Ankara'da altındağ sağlık ocağı bölgesi'ne bağlı sakarya mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Türk Geriatri Dergisi*. 2002, 5: 97-102.
261. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006, 9(2):85-93.

262. Brown VM, Allen AC, Dwozan M, Mercer I, Warren K. Indoor gardening older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004, 30(10):34-42.
263. Ergun GÖ ve Ark. Adana huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniği'ne başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2003, 6(3):89-94,
264. Brings RC, Gossman MR. Balance performance among noninstitutionalized elderly people. *Physical Therapy*. 1989, 69(6):748-756.
265. Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa huzur evi yaşlılarının sosyodemografik özellikleri ve sağlık taraması sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002, 28(3):65-69.
266. Erci B. Kılıç D. Tortumluoğlu G. Ailelere verilen bakımın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Dergisi*. 2001, 4(1):33-40.
267. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1992, 29(1):15-20.
268. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin A. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001, 12:251-9.
269. Henderson AS, Korten AE, Jakomb PA. The Course Of Depression In The Elderly: A Longitudinal Community Based Study In Australia *Psychol Med*. 1997, 27:119-129.
270. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2008.
271. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in turkey. *Acta Psychiatr Scand*. 1991, 84:174-8.
272. Ünal G, Bilge A. İleri yaş gruplarında yalnızlık depresyon ve kognitif fonksiyonlarının incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8(2):89-93.
273. Er D. Psikososyal Açıdan Yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 4:11

274. İlhan NA. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
275. Erikson EH. Identity, Youth and Crisis. New York: WW. Norton. 1968.
276. Harold G. Religion, spirituality and aging. *Aging And Mental Health*. 2006, 10(1):1-3.
- 277.Şentepe A. Yaşlılık Dönemde Temel Problemler ve Dini Başaçıkma, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlahiyat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
278. Hamarat E, Thompson D, Steele D, Matheny K, Simons C. Age differencens in coping resources and satifcation with life among middleaged, young-old, and oldest old adults. *Journal Of Genetic Psychology*. 2002, 163(3):360-368.
279. Sütoluk Z. Demirhindi H. Savaş N. Akbaba M. Adana huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004, 7(3):148-151.
280. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları*. 1992, 9:33-49.
281. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993, 49(4):515-522.
282. Majercsik E, Haller J. Interactions between anxiety, social support, health status an buspirone efficacy in elderly patients. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2004, 28(7):1161-1169.
283. Holmen K, Ericson K, Winbald B. Social and Emotional Loneliness Among Nondemented And Demented Elderly People. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2000, 31(3):177-192.
284. Commerford MC, Reznikoff M. Relationship Of Religion And Perceived Social Support To Self-Esteem And Depression İn Nursing Home Residents. *Journal of Healty Psychology*. 1996, 130(1):35-50.

285. Manoğlu Z. İzmir Huzurevlerinde Depresyon Ve Kaygı Üzerine Bir Çalışma: Kadın Erkek Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1990.
286. Altıparmak S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2009, 23(3):159-164
287. Görgün BA. Yaşlılığın Anlamı Üzerine Niteliksel Araştırma. İçinde: *II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı*, (Ed.): V. Kalınkara, Denizli, 2003, 121-139.
288. Yoshimoto T. Kawata C. Negative Effect Of Perceived Transportation Problems On Social Activities Of Elderly People İn A Small Town Far From The Nearest Train Station. *Japanese Journal of Geriatrics*. 1996, 33(12):928-934.
289. Değirmenci ÇA. Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans tezi, 2005.
290. Houx PJ, Jolles J. Age Related Decline of Psychomotor Speed Effects of Age Brain Health Sex and Education: *Perceptual and Motor Skills*, 1993, 46:195–211.
291. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A ve Diğerleri. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2009, 1:48–60.
292. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, Goli V, DiPasquale B. Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically III Men. *American Journal of Psychiatry*. 1992, 149:1693–1700.
293. Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun huzurevi'nde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. *Türk Geriatri Dergisi*. 2009, 12:147–55.
294. Wong CH, Wong SF, Shen L. Correlates of habitual walking and sports/leisure time physical activity n older persons in Singapore: interaction effects between educational attainment and gender. *Annals Academic Medicinein Singapore*. 2003, 32(6):801-806.



295. Lee RE, King AC. Discretionary time among older adults: how do physical activity promotion interventions affect sedentary and active behaviors? *Annals of Behavioral Medicine*. 2003, 25(2):112-119.
296. İnal S, Subaşı F, Ay MS, Uzun S, Alpkaya U, Hayan O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Geriatrici*. 2003, 6(3):95-99.
297. Altan N. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
298. King AC, Pruitt LA, Phillips W, Rodenburg RA, Haskell W. Comparative effect of two physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2000, 55(2):74-83.
299. Resnick B. Health promotion practices of the older adult. *Public Health Nursing*. 2000, 17(3):160-168.
300. Wagstaff P, Coakley D: Physiotherapy and the Elderly Patient. Croom Helm LTD, London, 1988, 1-80.
301. Ross RR. Time-use in later life. *Journal of Advanced Nursing*. 1990, 15.
302. Güler EK, Eşer I, Khorshid L, Yücel SC. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: a case in turkey. *Nurs Outlook*. 2011, 21-28.
303. Henderson KA ve dig. A synthesis Of Perceptions About Physical Activity Among Older African, American and American Indian Women. *American Journal Of Public Health*. 2003, 93:(2):313-314.
304. Gözüm S. Bağ B. Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998, 1:2.
305. Miller PH. Gelişim Psikoloji Kuramları (Çeviri Ed: B Onur). Ankara, İmge Kitabevi, 2008.

Ek - 1



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/224  
KONU: Anket hk.

TARİH :21/08/2013

T.C. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI  
KARABÜK İL MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Havva KAÇAN SOFTA'nın, Yard. Doç. Dr. Özlem İŞİL'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması : Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması ile ilgili kurumunuza bağlı olan Karabük Yücel Huzurevi'nde anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK-3



Sağlık Bakanlığı

T.C.  
KASTAMONU VALİLİĞİ  
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 70909693-~~342~~-672  
Konu : Anket hk.

26/08/2013

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi:21.08.2013 tarih ve 225 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile "Sağlıklı Yaşam Durumlarının Araştırılması :Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket çalışması yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Yüksel KURULU  
Halk Sağlığı Müdürü

EK-3




T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/225  
KONU: Anket hk.

TARİH :21/08/2013

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
KASTAMONU HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Havva KAÇAN SOFTA'nın, Yard. Doç. Dr. Özlem İŞİL'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması : Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması ile ilgili bünyenizde bulunan ve ilişikteki listede sunulan Aile Sağlık Merkezlerinde anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygularıyla arz ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.  
2) Anketin uygulanacağı aile sağlık merkezlerinin listesi.

EK-1



T.C.  
KARABÜK VALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 52955250 / 300 -1970

11/06/2014

Konu : Anket Hk. (Havva Kaçan SOFTA)

T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 21/08/2013 tarih ve 224 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirttiğiniz üzere Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi Havva Kaçan SOFTA'nın " Sağlık Yaşlanma Durumlarının Araştırılması, Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" kapsamında tez çalışması ile ilgili il müdürlüğümüze bağlı kuruluşumuzdan Yücel Huzurevi Müdürlüğünde 02/09/2013-06/09/2013 tarihleri arasında anket çalışması yapmış olup, konuyla ilgili Valilik Makamından alınan 04/09/2013 tarih ve 283 sayılı olur ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Durmuş Ali DALDALLI  
İl Müdürü

EK :  
Olur (1 sayfa)

Adres : Yeşil Mah. Taşkent Cad. No :3/ KARABÜK  
Telefon : 0 370 415 61 51 Faks: 0370 4156890  
@-mail : [karabuk@aile.gov.tr](mailto:karabuk@aile.gov.tr)

Bilgi İçin : Mem . C. BEDİR  
Dahili Tel : 127  
Elektronik ağ : [www.aile.gov.tr](http://www.aile.gov.tr)



EK-1

T.C.  
KARABÜK VALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 52955250/ 300 - 283

04/09/2013

Konu : Anket

VALİLİK MAKAMINA  
KARABÜK

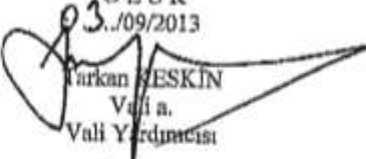
Istanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Öğrencisi Havva Kaçan SOFTA'nın Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğümüze vermiş olduğu 26/08/2013 tarihli dilekçesinde 02/09/2013--06/09/2013 tarihleri arasında arasında bağlı kuruluşlarımızdan Yücel Huzurevi Müdürlüğü'nde anket yapmak istediği belirtilmektedir.

Talep müdürlüğümüz tarafından değerlendirilerek kuruluşumuzdan hizmet alan bireylerin özel hayatlarının gizliliğine ve kişilik haklarına zarar verilmemesine özen gösterilerek, günlük aktivite programları aksatılmayacak şekilde, çekim yapılmadan basın davet edilmeden, kuruluş müdürlüğümüzün gözetim ve denetiminde, "Sosyal Hizmet Kuruluşlarını Ziyaret Yönergesi" doğrultusunda gerçekleştirilmesi İl Müdürlüğümüze uygun görülmüş olup;

Makamlarınızca'da uygun görüldüğü takdirde Olur'larınıza arz ederim.

  
Durmuş Ali DALDALLI  
İl Müdürü

EKLER :  
Dilekçe ve Ekleri

OLUR  
03./09/2013  
  
Tarkan BESKİN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

02./09/2013 Mem. : C. BEDİR

02./09/2013 İl Müd. Yrd. : S. ULUÇAY

Adres : Yeşil Mah. Taşkent Cad. No:3 KARABÜK

Telefon : 0 370 415 61 51 Faks: 0370 4156890

@-mail : [karabuk@aile.gov.tr](mailto:karabuk@aile.gov.tr)

Bilgi için : Mem. C. BEDİR

Dahili Tel : 210

Elektronik ağ : [www.aile.gov.tr](http://www.aile.gov.tr)



EL-2

T.C.  
ÇANKIRI VALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 13261477-776/2905

02.09/2013

Konu : Anket Uygulaması

VALİLİK MAKAMINA

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora programı öğrencisi Havva KAÇAN SOFTA'nın Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL'ın tez danışmanlığını yürüttüğü "Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması: Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması uygulamasının İsmail Özdemir Huzurevinde gerçekleştirilmek istenildiğine dair 21.08.2013 tarih ve 222 sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde; söz konusu yazı kapsamında "Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması: Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması uygulamasının İsmail Özdemir Huzurevinde herhangi bir ücret ödenmeksizin Kuruluş denetiminde gerçekleştirilmesini Olur'larınıza arz ederim

Alim ÇAYCI  
İl Müdür V.

OLUR

30/08/2013

Fatih YILMAZ  
Vali a.  
Vali Yardımcısı



EK-2

T.C.  
ÇANKIRI VALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 13261477-776 / 2917

03./09/2013

Konu : Anket Uygulaması

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ  
ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora programı öğrencisi Havva KAÇAN SOFTA'nın Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL'ın tez danışmanlığını yürüttüğü "Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması: Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması uygulamasının İsmail Özdemir Huzurevinde gerçekleştirilmesi hakkındaki Valilik Makamının 02.09.2013 tarih ve 2905 sayılı onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Osman DEMİR  
İl Müdürü

EK : Onay (1 sayfa)

DAĞITIM

- 1-İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müd.
- 2-İsmail Özdemir Huzurevi Müd.



EK-3



Sağlık Bakanlığı

T.C.  
KASTAMONU VALİLİĞİ  
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 70909693-~~342~~ 672  
Konu : Anket hk.

26/08/2013

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi:21.08.2013 tarih ve 225 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile "Sağlıklı Yaşam Durumlarının Araştırılması :Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket çalışması yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Yüksel KUTLU  
Halk Sağlığı Müdürü

#### EK-4

### SAĞLIKLI YAŞLANMA BAKIM MODELİ GELİŞTİRİLMESİ KONUSU ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsündeki Doktora çalışmam için Huzurevlerinde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde 65 yaş ve üstü yaşlılarda bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi “Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modelinin Geliştirilmesi”dir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Bu çalışmanın amacı; yaşlılarda sağlıklı yaşlanma sürecinin var olup olmadığını, bu süreci etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirlemek ve sağlıklı yaşamınıza katkı yapmaktır.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL  
İstanbul Bilim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Öğretim Üyesi

Öğrenci

Havva KAÇAN SOFTA  
İstanbul Bilim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

## EK-5

### YAŞLI TANITIM FORMU

Aşağıda bulunan sosyo-demografik bilgilerinizi tespit etmeye yönelik size okuyacağım soruları, size uygun olan seçenekleri belirtilerek cevaplayınız. Vereceğiniz cevaplar için teşekkür ederim.

**1. Cinsiyetiniz**

Kadın  Erkek

**2. Kaç yaşındasınız.**

65-69  70-74  75 ve üstü

**3. Medeni durumunuz nedir.**

Evli  Bekâr  Boşanmış  Dul  Ayrı yaşıyor

**4. Doğum yeriniz**

Kastamonu  Kastamonu dışı

**5. Bu şehirde ne kadar süredir yaşıyorsunuz**

Doğduğundan beri  10 yıldan az  10 yıldan fazla

**6. Eğitim durumunuz nedir.**

Okuryazar değil  Okur-yazar  İlkokul  Ortaokul  
 Lise  Yüksekokul/Üniversite

**7. Sosyal güvenceniz var mı?**

Var  Yok

**8. Şu anda çalışma durumunuz.**

Çalışıyor  Çalışmıyor (9.soruyu geçiniz)

**9. Daha önce hangi mesleği yaptınız**

- İşsiz  Ev hanımı  İşçi emeklisi  Memur emeklisi  
 Serbest meslek  Diğer.....

**10. Gelir durumunuz?**

- Emekli aylığı  Dul aylığı  İhtiyarlık maaşı  Yok  
 Diğer.....

**11. Gelir durumunuzun yeterliliği nedir.**

- Yeterli değildir  Ancak yetiyor  Yeterli bazen artıyor  
 İhtiyaç fazlası

**12. Çocuğunuz var mı?**

- Var  Yok (14. soruya geçiniz)

**13. Kaç çocuğa sahipsiniz.**

- 1  2  3 ve üzeri

**14. Şu an kimlerle yaşıyorsunuz**

- Yalnız başına  Eşi ile  Eşi ve çocuk/çocuklarıyla  
 Çocuğun ailesi ile birlikte

**15. Oturduğunuz yer.**

- Şehir merkezi  Kenar semt/Gecekondu  Huzurevi  Diğer

**16. Yaşadığınız ortamdan memnun musunuz?**

- Evet  Hayır

17. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Kitap /gazete okuma  Dinlenmek/yürümek  El sanatlarıyla uğraş  
 Kahveye gitme  TV seyretme/radyo dinleme  Sinema/tiyatro  
 Arkadaş ziyareti  İbadet ederim  Bahçe işleri ile uğraşırım

18. Kiminle ve nerede yaşamak istersiniz

- Evimde çocuklarımla  Evimde yalnız  Huzurevinde

19. Sizi ziyarete gelenler oluyor mu (19, 20 ve 21.sorular huzurevinde yaşayanlara sorulacak)

- Evet  Hayır (21. soruya geçiniz)

20. Geliyorsa ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- Her gün  Gün aşırı  Haftada bir kez  
 Ayda bir veya birkaç kez  Yılda bir veya birkaç kez

21. Akraba ya da yakınlarınızın yanına gider misiniz?

- Evet  Hayır  Bazen

22. Sıkıntılı zamanlarınızda rahatlamak için ne yaparsınız.

- İbadet ederim  En yakın çocuğum /arkadaşımla paylaşırım  
 Yalnız kalmayı tercih ederim  Ağlarım/bağırırım  Dışarı çıkarım  
 Sigara kullanırım

23. Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız.

- Kendimi yaşlı bulmuyorum  Yalnız kalmak  Muhtaçlık  
 Bağımsızlığın kaybı  Olgunluk dönemi  Hastalık  
 İşe yaramazlık  Ölüme yaklaşma  Çaresizlik

- Terk edilmişlik                       Üretken olma  
 Sevdiğim insanlarla birlikte olma

**24.** Uzun süre devam eden hastanede ya da sağlık kuruluşunda (Dr. tarafından) tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?

- Var     Yok (26. soruya geçiniz).

**25.** Hastalığınızın adı nedir.....

**26.** Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

- Evet (cevabınız evet ise 27. soruya geçin)                       Hayır

**27.** İlaçların isimleri nelerdir.

- Biliyor     Bilmiyor

**28.** Sigara içme durumunuz nedir

- Hiç içmemiş                       İçip bırakmış                       İçiyor...yıl/paket

**29.** Alkol kullanma durumunuz nedir

- Hiç kullanmamış                       Bırakmış                       Kullanıyor

**30.** Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz.

- İyi     Orta     Kötü

**31.** Sizce yaşlıların sorumluluğu kime ait olmalı?

- Aile                       Devlete                       İkisine birden                       Kendisi

32. Sağlıklı yaşlanmak için yaptığınız bir uygulama var mı?

( ) Var

( ) Yok (yok ise 34. soruya geçiniz)

33. Sağlıklı yaşlanmak için yaptığınız uygulamayı yazınız.....

34. Sağlığınıza yönelik inancınız var mı?

( ) Dr. gitmem

( ) İbadet ederim

( ) Şifalı bitkiler kullanırım/vitamin takviyesi yaparım

( ) Kendime dua okuturum

( ) Düzenli kontrollerimi yaptırırım ( ) Yok

35. Kültürel olarak sağlığınıza için düzenli yaptığınız uygulamalar nelerdir.  
Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

( ) Kaplıcalara gitmek

( ) Sinemaya gitmek/ tiyatroya etmek

( ) Günün belli saatleri de uyurum

( ) Sağlık İçin Yöresel olarak Yapılan kültürel alışkanlığım yok

( ) Yürüyüş yaparım

( ) Arkadaşlarımla çay günü yaparım.

36. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ilgi duyar mısınız?

( ) Her zaman

( ) Hiçbir zaman

( ) Zaman zaman

37. Türkçe dili dışında kullandığınız başka bir dil var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

38. Sağlık ve hastalığa yönelik inanç ve davranışlarınız nelerdir. (Ölüm, doğum ve hastalığa yönelik inançlar gelenek görenekler).

( ) Hastalık ölüm

( ) Hastalık yorgunluk

( ) Hastalık ceza

( ) Ölüm bir kurtuluş

( ) Sağlıklı olmak bağımsızlık

( ) Ölüm ayrılık

## EK-6

### SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SYBDÖ)

Aşağıda şimdiki yaşam tarzının veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olanı parantez içinde (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim.				
2.Sağlıkla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3.Kendimi beğenirim.				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5.Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6.Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7.Kan kolesterol düzeyini ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8.Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11.Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13.Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19.Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21.Geleceğe ümitle bakarım.				
22.Uzman kişilerce yönlendirilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23.Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				



	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
24.Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25.İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26.Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27.Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk. zaman ayırım.				
28.Sağlıkla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29.Kendi başarılarımla övünürüm.				
30.Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31.Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32.Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34.Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35.Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36.Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37.Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38.Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39.Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi, yakınlık gösteririm.				
40.Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41.Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42.Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43.Vücüdümü en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44.Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45.Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

## EK-7

### GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda size uygun olan yanıtı söyleyiniz.

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1.Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?		
2.Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?		
3.Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?		
4.Sık sık canınız sıkılır mı?		
5.Gelecekte umutsuz musunuz?		
6.Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?		
7.Genellikle keyfiniz yerinde midir?		
8.Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9.Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10.Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?		
11.Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?		
12.Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?		
13.Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?		
14.Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?		
15.Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?		
16.Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?		
17.Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?		
18.Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?		
19.Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		
20.Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?		
21.Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
22.Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?		
23.Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24.Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25.Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?		
26.Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		
27.Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		
28.Sosyal toplantılardan kaçınır mısınız?		
29.Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		
30.Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?		

## EK-8

### YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

**YÖNERGE:** Aşağıdaki ifadeleri dikkatle size okuduktan sonra, tamamen katılıyorsanız “EVET” katılmıyorsanız “HAYIR” ifadelerini söyleyiniz.

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1.Yaşlandıkça her şey beklediğimden daha iyi oluyor.		
2.Hayatım boyunca tanıdığım pek çok insandan daha şanslıyım.		
3.Bu günler hayatımın en değerli zamanları.		
4.Şu anda da gençliğimde olduğu kadar mutluyum.		
5.Hayatım şimdikinden daha mutlu olabilirdi.		
6.Bu yıllar hayatımın en iyi yılları.		
7.Yaptığım pek çok şeyi sıkıcı ve monoton buluyorum.		
8.İlerde ilginç ve güzel şeylerle karşılaşacağımı ümit ediyorum.		
9.Şu anda yaptığım şeyler her zaman olduğu gibi ilginç geliyor.		
10.Kendimi hayli yaşlı ve yorgun hissediyorum.		
11.Kaç yaşında olduğumu biliyorum ve bu beni rahatsız etmiyor.		
12.Geriye dönüp hayatıma baktığımda, olup bitenden bayağı memnun oluyorum.		
13.Geçmişteki hayatımı değiştirebilmek elimde olsa yine değiştirmek istemem.		
14.Kendimi yaşlılarımla karşılaştığımda, hayatım boyunca bazı yanlış kararlar verdiğimi düşünüyorum.		
15.Yaşlılarıma göre, ben daha iyi görünümdeyim.		
16.Şimdiden gelecek ay ve gelecek sene içinde neler yapacağımı planladım.		
17.Geriye dönüp baktığımda hayatımda önem verdiğim birçok şeyi elde edemediğimi görüyorum.		
18.Başka kişilerle kendimi karşılaştığımda sık sık daha çok üzülüyorum.		
19.Hayatta istediğim pek çok şeyi elde ettim.		
20.Başkası ne derse desin, bence insanların durumu iyiye değil kötüye gidiyor.		

**EK-9****ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ  
(GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU)**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemem için 1'den 7'ye kadar rakamlar vardır. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alacağım. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı söyleyiniz.

1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım,	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır

	kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.											
<b>12</b>	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşa bilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır		



## EK-10

### STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini söyleyiniz.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...		Sizi Ne kadar Tanımlıyor/Size Ne Kadar Uygun			
		%0	%30	%70	%100
1	Kimseyi bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
2	İyimser olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
3	Bir mucize olmasını beklerim.	( )	( )	( )	( )
4	Olay/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
7	Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.	( )	( )	( )	( )
8	Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
9	İçinde bulunduğum kötü durumu, kimseyi bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
11	Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	( )	( )	( )	( )
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	( )	( )	( )	( )
15	Problemin çözümü için adak adarım.	( )	( )	( )	( )
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...		Sizi Nekadar Tanımlıyor / Size Ne Kadar Uygun			
		%0	%30	%70	%100
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	( )	( )	( )	( )
18	Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	( )	( )	( )	( )
20	Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
21	Mücadeleden vazgeçerim.	( )	( )	( )	( )
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.	( )	( )	( )	( )
24	Olaylar karşısında “kaderim buymuş” derim.	( )	( )	( )	( )
25	“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissedirim.	( )	( )	( )	( )
27	“Benim suçum ne” diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
28	“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkasına danışırım.	( )	( )	( )	( )
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	( )	( )	( )	( )

**EK-11**  
**GYA ve AGYA ÖLÇEĞİ**

GYA /AGYA Ölçeği	Puanlama
1.Yardımsız duş alabiliyor veya banyo yapabiliyor musunuz? a) Evet (Vücudun bir kısmı için yardım alınabilir.) b) Hayır	1 0
2.Yardımsız giyinip soyunabiliyor musunuz? a) Evet (Ayakkabı için yardım alınabilir.) b) Hayır	1 0
3. Tek başınıza tuvalete gidip ihtiyaçlarınızı karşılayabiliyor musunuz? a) Evet (Baston ya da yürüteç, gece sürgü olabilir.) b) Hayır	1 0
4.Tek başınıza sandalyeden, yataktan kalkıp oturabiliyor musunuz? a) Evet ( Baston ya da yürüteç olabilir.) b) Hayır	1 0
5.Çok nadir kazalar dışında idrarınızı ve dışkınızı kaçırmadan tutabiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır	1 0
6.Tek başınıza yemek yiyip içebiliyor musunuz? a) Evet (Et kesmek ya da ekmeğe yağ sürmek için yardım alınabilir.) b) Hayır	1 0
7. Telefon edebiliyor musunuz? a) Numaralara bakıp telefonu çevirebilirim. b) Numarayı biliyorsam telefonu çevirebilirim. c) Telefonu çeviremem ama cevap verebilirim. d) Telefonu hiç kullanamam.	1 1 1 0
8. Tek başınıza alış-veriş yapabiliyor musunuz? a) Yardımsız her türlü ihtiyacımı alabilirim. b) Ancak çok küçük alış-verişleri yapabilirim. c) Herhangi bir alış-veriş için yanımda birine ihtiyacım var. d) Hiç alış-veriş yapamam.	1 0 0 0
9. Tek başınıza yemek hazırlayabiliyor musunuz? a) Tek başıma yeterli yemek planlar, hazırlar, servis yapabilirim. b) Malzeme hazır ise yemeği hazırlayabilirim. c) Isıtıp seviş yapabilirim. d) Yemeği yardımsız hazırlayıp servis yapabilirim.	1 0 0 0
10. Ev işlerini yapabiliyor musunuz? a) Yardımsız ya da ara sıra yardımla evin tüm işlerini yapabilirim. b) Tabak yıkamak, yatak yapmak gibi hafif ev işlerini yapabilirim. c) Hafif ev işlerini yapabilirim ancak kabul edilebilir bir temizlik derecesi elde edemiyorum d) Bütün ev işlerini ancak yardımla yapabiliyorum. e) Hiçbir ev işini yapamıyorum.	1 1 1 1 0
11. Çamaşır yıkayabiliyor musunuz? a) Kendi çamaşırlarımın tamamını yıkayabilirim. b) Çorap gibi küçük çamaşırlarımı yıkayabilirim. c) Bütün çamaşırlarımı başkasının yıkaması gerekiyor.	1 1 0



12. Ulaşım araçlarına binebiliyor musunuz? a) Tek başıma ulaşım araçlarına binebilir veya kendi otomobilimi kendim kullanabilirim. b) Toplu ulaşım araçlarına binemem, taksiye binebilirim. c) Yanımda biri olursa toplu ulaşım araçlarına binebilirim. d) Başka birisinin yardımı olursa taksi veya otomobil ile kısıtlı bir süre gezebilirim. e) Hiçbir yere gidemem.	1 1 1 0 0
13. Kendi ilaçlarınızı içebiliyor musunuz? a) Doğru dozda ve doğru zamanda ilaçlarımı alabilirim. b) Daha önce dozları ayarlayıp hazırlanırsa ilaçlarımı alabilirim. c) Kendi ilacımı alamam.	1 0 0
14. Paranızı idere edebiliyor musunuz? a) Mali işlerimi tek başıma ayarlayabilir, tasarruf yapabilirim. ( bütçe yapmak, çek yazmak, fatura ödemek, bankaya gitmek gibi.) b) Günlük küçük alışverişlerimin hesabını yapabilirim ancak büyük alışverişler, banka hesapları için yardıma ihtiyacım var. c) Hiç para hesabı yapamıyorum.	1 1 0

**EK-12**

mnesin@istanbul.edu.tr

02.10.2013

Sayın Havva Kaçan Softa,  
Taraflımdan Türk diline uyarlama çalışmaları yapılmış olan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği"ni, doktora tezinizde veri toplama aracı olarak kullanabilirsiniz. Lütfen kaynakçada aşağıdaki gibi gösteriniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

**Esin, M.N.** "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması", *Hemşirelik Bülteni*, **12:45**, (1999).

Doç.Dr.M.Nihal ESİN

---

**Kimden:** "havva kaçan" <kacanbe@hotmail.com>

**Kime:** mnesin@istanbul.edu.tr

**Gönderilenler:** 29 Eylül Pazar 2013 19:27:12

Hocam merhabalar;  
Ben Bilim Üniversitesi Hemşirelik Programında Doktora Öğrencisiyim. Adım Havva Kaçan Softa. "**Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması: Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirilmesi**" konulu doktora tez çalışması yapmak istiyorum. İzniniz olursa geliştirmiş olduğunuz Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Teşekküredirim.

**EK-13**

Turan Ertan (turanertan@yahoo.com)

02.10.2013

Havva Hanim

Geriatrik Depresyon Olcegini calismanizda kullanabilirsiniz

Prof. Dr. Turan Ertan  
Istanbul Universitesi  
Cerrahpasa Tip Fakultesi  
Psikiyatri ABD  
Turan Ertan MD  
Professor of Psychiatry  
Istanbul Univ.  
Cerrahpasa Med. Sch.

Tel: 0212 414 31 30  
0212 414 30 00 / 22084  
0212 414 30 00 / 22085

tertan@istanbul.edu.tr  
turanertan@yahoo.com

---

**From:** havva kaçan <kacanbe@hotmail.com>  
**To:** "turanertan@yahoo.com" <turanertan@yahoo.com>  
**Sent:** Tuesday, October 1, 2013 6:51 PM  
**Subject:**

Sayın Hocam Merhabalar;  
Ben Kastamonu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktayım. İstanbul Bilim Üniversitesinde doktora yapıyorum. Geliştirmiş olduğunuz "Geriatrik Depresyon Ölçeği 'ni Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması: Bir Yaşlı Bakım Modeli Geliştirme " konulu tez çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim

## EK-14

Sultan amur (sultan9487@gmail.com)

03.10.2013

Havva Hanım merhaba;

Yaşam doyum ölçeğini kullanmanızda bir sakınca yok. Başarılar dilerim. Sultan amur Karataş

3 Ekim 2013 14:39 tarihinde havva kaçan <[kacanbe@hotmail.com](mailto:kacanbe@hotmail.com)> yazdı:

Sayın Hocam Merhabalar;

Verdiğim rahatsızlık için özürdilerim. Size çok zor oldu ulaşmam. Ben Kastamonu

Üniversitesinde öğretim görevlisiyim. İstanbul Bilim

üniversitesinde "Sağlıklı Yaşlanma Durumlarının Araştırılması: Bir Yaşlı Bakım Modeli

Geliştirilmesi" konulu doktora çalışması yapmaktayım. Türkçe' ye uyarladığınız Yaşam Doyumu

Ölçeğini İziniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim. İyi çalışmalar



## EK-15

haluk.arkar@ege.edu.tr (haluk.arkar@ege.edu.tr)

02.10.2013

>sayın Havva Kaçan,  
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.  
Doç. Dr. Haluk Arkar

Sayın Hocam Merhabalar;

> Ben Kastamonu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisiyim.  
> İstanbul Bilim Üniversitesinde doktora yapmaktayım. Geliştirmiş olduğunuz  
> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'ni izniniz olursa yaşlılarda  
> kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim.  
>

