

**T.C**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İLİ TEKKEKÖY İLÇESİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ**  
**ÜZERİ KİŞİLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Dr. Hülya DOĞAN**

**Samsun**  
**Ağustos- 2011**

**T.C**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İLİ TEKKEKÖY İLÇESİNDE YAŞAYAN 65**  
**YAŞ ÜZERİ KİŞİLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Dr. Hülya DOĞAN**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Şennur DABAK**

**Samsun**  
**Ağustos-2011**

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından **Halk Sağlığı** Programında **Doktora tezi** olarak kabul edilmiştir.

  
Başkan : Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN                      Ondokuz Mayıs Üniversitesi

  
Üye : Prof.Dr.Songül ACAR VAİZOĞLU                      Hacettepe Üniversitesi

  
Üye : Prof.Dr.Faruk BAĞIRICI                      Ondokuz Mayıs Üniversitesi

  
Üye : Prof.Dr.Şennur DABAK                      Ondokuz Mayıs Üniversitesi

  
Üye : Yrd.Doç.Dr.Melek COŞKUN                      Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tezin Adı : Samsun İli Tekkeköy İlçesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Tezi Teslim Eden : Hülya DOĞAN

Tez Savunma Sınav Tarihi : 12.09.2011

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Şennur DABAK

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

**Prof.Dr.Süleyman KAPLAN**  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarım sırasında destek ve yardımlarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; tez danışmanım Prof. Dr. Şennur Dabak'a, Anabilim Dalı Başkanı'mız Prof. Dr. Yıldız Pekşen'e, Prof. Dr. Cihad Dünder'a, Doç. Dr. Ahmet Tevfik Sünter'e, Doç. Dr. Sevgi Canbaz'a, Yrd. Doç. Dr. Melek Coşkun'a ve beni destekleyen arkadaşlarım Uzm. Dr. Özlem Terzi'ye, Uzm. Dr. Hatice Nilden Arslan'a, Dr. Sibel Uyan'a, Dr. Remzi Karşı'ya....

Çalışma için izin veren Samsun Sağlık Müdürü Dr. Mustafa Kasapoğlu'na, Tekkeköy Toplum Sağlığı Sorumlu Hekimi Dr. Şuayib Edinsel'e, Tekkeköy İlçesinde görev yapan aile hekimlerine....

Araştırma için aile hekimliklerinden verileri toplayan Ebe Serap Kilim'e ....

Araştırmaya katılan tüm yaşlılarla yüz yüze görüşmeleri yapıp yaşlılara yakınlık ve ilgilerini kaybetmeyen Ebe Ayşe Çelik, Ebe Hatice Gök, Ebe Nimet Özal Oruç, Ebe Serpil Ordu, Ebe Yasemin Çelik, Çevre Sağlık Teknisyeni (ÇST.) Selçuk Polat, ÇST. Vehbi Koç'a ....

Hayatımın her döneminde olduğu gibi, yoğun tez çalışması sürecinde sevgi ve destekleri ile yanımda olan sevgili babam ve kız kardeşime...

Tıp mesleğini seçmemi benden çok isteyip, hayat boyunca yanımda olmasını isteyip 65 yaşına ulaşmadan kaybettiğim merhum anneme...

**ÖZET**  
**SAMSUN İLİ TEKKEKÖY İLÇESİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ ÜZERİ**  
**KİŞİLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hülya DOĞAN, Doktora Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Ağustos 2011

Koruyucu sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmeler sonucunda doğumda beklenen yaşam süresi uzamış, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus artmıştır. Yaş ilerledikçe kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Bu çalışma ile Samsun ili Tekkeköy ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini, 6.852 kişi olan evrenden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 364 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri 01.10.2009 – 01.02.2010 tarihleri arasında, örneklem grubundaki yaşlıların evlerinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Sosyodemografik özellikleri içeren anket formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old) sağlık personeli tarafından uygulanmıştır.

Araştırma kapsamındaki 364 kişinin 178'i (% 48,9) erkek, 186'sı (% 51,1) kadın olup; yaş ortalaması  $73,1 \pm 6,9$  yıldır. Katılımcıların % 62,4'ünün evli olduğu, %33,5'i okuma yazma bilmediği; %98,4'ünün sosyal güvencesi olduğu, %81,9'unun kronik hastalığı bulunduğu, %57,7'sinin eşi veya eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma grubunda WHOQOL-Old toplam skor ortalaması  $55,9 \pm 11,5$  olarak bulunmuştur. Alt alan ortalamalarına göre ise yaşam kalitesi en iyi olan alan yakınlık olup; bunu sırasıyla sosyal katılım, ölüm ve ölmek, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri, duyuşsal yetenek ve otonomi alanları takip etmiştir. WHOQOL-Old toplam skor ortalaması ileri yaş grubunda, kadınlarda, okuryazar olmayanlarda, ev kadını olanlarda, kronik hastalığı bulunanlarda ( $p < 0,05$ ) ve eşinden ayrılmış olanlarda ( $p > 0,05$ ) daha düşük bulunmuştur.

Sonuç olarak elde edilen veriler; yaşlı bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık durumundan etkilendiğini gösterir niteliktedir.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, sağlık, yaşam kalitesi, WHOQOL-Old

## ABSTRACT

### THE EVALUATION OF THE LIFE QUALITIES OF PEOPLE OVER 65 YEARS OLD LIVING IN SAMSUN IN TEKKEKÖY

Dr. Hülya DOĞAN M.D. Doctorate Thesis

Ondokuz Mayıs University, Samsun, August 2011

As a result of positive developments in the preventive health services the life expectancy of birth have prolonged, the elderly population in our country have increased, as well as all over the world. Advancing age decreases the life quality of people. In this study, it is aimed to evaluate the life quality of the population aged 65 years and over, in Tekkeköy- Samsun.

The cross-sectional type samples of the study was 364 randomly selected people from the whole group of 6852. The data of the study was collected by interviewing face to face in 01.10.2009 – 01.02.2010. The socio-demographic questionnaire and World Health Organization Quality Of Life Module (WHOQOL-Old) in the elderly were carried out by health personnel.

The 178 of total 364 people (48.9 %) was male and 186 of 364 people (51.1 %) was female. Their average age was  $73.1 \pm 6.9$  years. The 62.4% of participants were married and 33.5% of the were illiterate. The 98.4% of them have social security and 81.9% of them have a chronic disease, 57.7% of them live with his/her wife/husband or with wife/husband and children. The average score of WHOQOL- Old in the research group was  $55.9 \pm 11.5$ . According to sub-domain averages, the best life quality domain is intimacy and subsequently social participation, death and dying, past, present and future activities, sensory abilities and autonomy. The WHOQOL- Old total score average is meaning fully low in the old age groups, women, the illiterate, housewives and those who have chronic diseases. ( $p < 0,05$ ). The scor average is lower in those who divorced, too ( $p > 0,005$ ).

The data acquired as a result shows that the health quality of old people is affected by age, gender, marital status, education level, profession and chronical diseases.

**Key words:** elderly, health, quality of life, WHOQOL-Old

## KISALTMALAR

<b>ÇST</b>	: Çevre Sağlık Teknisyeni
<b>HÜNEE</b>	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>WHO / DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>WHOQOL-OLD.TR</b>	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlılık Versiyonu Türkçe Sürümü
<b>DNA</b>	: Deoksi Ribonükleik Asit
<b>OECD</b>	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
<b>UN / BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>S.B.</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>TSHGM</b>	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>DİE</b>	: Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>H.Ü. GEBAM</b>	: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>HDL</b>	: High Density Protein (Yüksek yoğunluklu lipoprotein)
<b>LDL</b>	: Low Density Protein (Düşük yoğunluklu lipoprotein)
<b>PaO<sub>2</sub></b>	: Kısmi Oksijen Basıncı
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	: Kısmi Karbondioksit Basıncı
<b>BMH</b>	: Bazal Metabolizma Hızı
<b>ATP</b>	: Adenozin Trifosfat
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>OY</b>	: Okur yazar
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>AHBS</b>	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

<b><u>İÇİNDEKİLER</u></b>	<b><u>SAYFA NO</u></b>
<b>Teşekkür</b>	IV
<b>Özet</b>	V
<b>Abstract</b>	VI
<b>Simgeler ve Kısaltmalar</b>	VII
<b>İçindekiler</b>	VIII
<b>Tablo Listesi</b>	XIII
<b>Şekil Listesi</b>	XV
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	4
2.1. Yaşlılık ve Tanımı	4
2.2. Yaşlanma ile İlgili Teoriler	6
2.2.1. Somatik Mutasyon Teorisi	6
2.2.2. Serbest Radikal Teorisi	7
2.2.3. Hücre Yaşlanması Teorisi	7
2.2.4. Bağışıklık Teorisi	7
2.3. Demografik Dönüşüm	7
2.4. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanan Nüfus	9
2.5. Yaşlanma ile İlgili Ulusal Politikalar	14
2.6. Yaşlanma ile Birlikte Görülen Organ ve Sistem	17
Değişiklikleri	
2.6.1. Kardiyovasküler Sistem	17
2.6.2. Solunum Sistemi	18
2.6.3. Gastrointestinal Sistem	19
2.6.4. Renal Sistem	20
2.6.5. Metabolik ve Endokrin Sistem	21
2.6.6. Kas İskelet Sistemi	22
2.6.7. Sinir Sistemi	24
2.6.8. Bağışıklık Sistemi	24
2.6.9. Deri	25
2.6.10. Duyular	26
2.6.11. Üreme Sistemi	27



2.6.12. Psikososyal Değişiklikler	27
2.6.13. Beden Bileşiminde Değişme	27
2.7. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Sorunlar	28
2.8. Aktif Yaşlanma	30
2.8.1. Karşılıklı Etkileşen Belirleyiciler	31
2.8.2. Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Sistemleri ile İlgili Belirleyiciler	32
2.8.3. Davranışsal Belirleyiciler	33
2.8.4. Kişisel Belirleyiciler:	35
2.8.5. Fiziksel Çevre ile İlgili Belirleyiciler	35
2.8.6. Sosyal Çevreye Bağlı Belirleyiciler	36
2.8.7. Ekonomik Belirleyiciler	37
2.9. Yaşlıların Yaşadığı Yerler	37
2.10. Yaşam Kalitesi	38
2.11. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	39
2.11.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü	40
2.12. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	41
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	45
3.1. Araştırmanın Tipi	45
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Bölgenin Tanımlanması	45
3.2.1. Genel Bilgiler	45
3.2.2. Ekonomi	45
3.2.3. Nüfus	46
3.2.4. Sağlık	47
3.2.5. Öğrenim	47
3.3. Araştırmanın Evreni	47
3.4. Örneklem	48
3.5. İzin	49
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	49
3.6.1. Sosyodemografik Veri formu	50
3.6.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old)	50

3.7. İstatistiksel analiz	51
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları	51
<b>4. BULGULAR</b>	<b>52</b>
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	52
4.1.1. Cinsiyet	53
4.1.2. Yaş	53
4.1.3. Medeni Durum	53
4.1.4. Öğrenim Durumu	53
4.1.5. Çalışma Durumu	55
4.1.6. Sağlık Güvence Durumu	56
4.2. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri	56
4.2.1. Kronik Hastalığı Olma Durumu	56
4.2.2. Sürekli İlaç Kullanma Durumu	57
4.2.3. Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu	58
4.3. Diğer Özellikler	59
4.3.1. Birlikte Yaşadığı Kişiler	59
4.3.2. Kendisine Ait Odasının Bulunma Durumu	59
4.3.3. Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algıları	60
4.3.4. Yaşlılığı Tanımlama Hakkındaki Algıları	60
4.4. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Puanlarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	61
4.4.1. Yaşam Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi	62
4.4.2. Yaşam Kalitesinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	63
4.4.3. Yaşam Kalitesinin Medeni Durumuna Göre Değerlendirilmesi	64
4.4.4. Yaşam Kalitesinin Öğrenim Durumu Açısından Değerlendirilmesi	65
4.4.5. Yaşam Kalitesinin Çalışma Durumu Açısından Değerlendirilmesi	66

4.4.6. Yaşam Kalitesinin Kronik Hastalığı Olması Açısından Değerlendirilmesi	67
4.4.7. Yaşam Kalitesinin Sürekli İlaç Kullanma Duruma Göre Değerlendirilmesi	68
4.4.8. Yaşam Kalitesinin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi	69
4.4.9. Yaşam Kalitesinin Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Değerlendirilmesi	70
4.4.10. Yaşam Kalitesinin Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algı Durumuna Göre Değerlendirilmesi	71
4.4.11. Yaşam Kalitesinin Yaşlılığı Tanımlama Algı Durumuna Göre Değerlendirilmesi	72
<b>5. TARTIŞMA</b>	74
5.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	74
5.1.1. Yaş	74
5.1.2. Cinsiyet ve Medeni durum	74
5.1.3. Öğrenim Durumu	75
5.1.4. Çalışma Durumu	75
5.1.5. Sağlık Güvencesi Durumu	75
5.2. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri	76
5.2.1. Kronik Hastalığı Olma Durumu	76
5.2.2. Sürekli İlaç Kullanma Durumu	76
5.2.3. Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu	76
5.3. Diğer Özellikler	77
5.3.1. Birlikte Yaşadığı Kişiler ile İlgili Değerlendirme	77
5.3.2. Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algıları	77
5.3.3. Yaşlılığı Tanımlama Hakkındaki Algıları	77
5.4. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi	78

5.4.1. Yaş Grupları Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi	79
5.4.2. Cinsiyet Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi	79
5.4.3. Medeni Durum Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi	79
5.4.4. Öğrenim Durumu Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi	80
5.4.5. Çalışma Durumu Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi	80
5.4.6. Kronik Hastalığı Olma, Sürekli İlaç ve Yardımcı Cihaz Kullanma Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi	80
5.4.7. Yaşama Ortamı ve Yaşlılık Algısı Açısında Yaşam Kalitesinin Değişimi	81
5.5. Kısıtlılıklar	81
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER</b>	83
<b>7. KAYNAKLAR</b>	86
<b>8. EKLER</b>	98
<b>EK-1</b> Samsun Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onay Yazısı	98
<b>EK- 2</b> Sosyodemografik Veri Formu	99
<b>EK-3</b> Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-Old)	101
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	106

## **TABLO LİSTESİ**

## **SAYFA NO**

<b>Tablo I.</b> Dünyanın değişik bölgelerinde yaşlı nüfus değerleri	10
<b>Tablo II.</b> Türkiye’ de cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süreleri (2010-2025)	12
<b>Tablo III.</b> Ülkemizde 2008 yılı HÜNEE göre 65+ yaş grubunda yaş grubunda kadın ve erkeklerin % dağılımı	12
<b>Tablo IV.</b> Samsun Tekkeköy merkez ilçesinde yaşayan altı yaşından büyük kişilerin öğrenim durumlarına göre dağılımı	47
<b>Tablo V.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı	52
<b>Tablo VI.</b> Araştırma grubunun yaşlıların öğrenim durumunun cinsiyete göre dağılımı	54
<b>Tablo VII.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların çalışma durumunun cinsiyete göre dağılımı	55
<b>Tablo VIII.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların kronik hastalığı bulunma durumunun cinsiyete göre dağılımı	57
<b>Tablo IX.</b> Araştırma grubuna giren yaşlılarda en sık rastlanılan kronik hastalık tanılarının cinsiyete göre dağılımı	57
<b>Tablo X.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların yardımcı cihaz kullanmasının cinsiyete göre dağılımı	58
<b>Tablo XI.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların birlikte yaşadığı kişi durumunun cinsiyete göre dağılımı	59
<b>Tablo XII.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların yaşlılığın başlama yaşı algılarının cinsiyete göre dağılımı	60
<b>Tablo XIII.</b> Araştırma grubuna giren yaşlıların yaşlılığı tanımlama algılarının cinsiyete göre dağılımı	61
<b>Tablo XIV.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	62
<b>Tablo XV.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının cinsiyete göre dağılımı	63

## **TABLO LİSTESİ (DEVAMI)**

<b>Tablo XVI.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-old ortalama alan puanlarının medeni duruma göre dağılımı	64
<b>Tablo XVII.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-old ortalama alan puanlarının öğrenim durumuna göre dağılımı	65
<b>Tablo XVIII.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı	66
<b>Tablo XIX.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının kronik hastalığı olma durumuna göre dağılımı	67
<b>Tablo XX.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının sürekli ilaç kullanma durumuna göre dağılımı	68
<b>Tablo XXI.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının yardımcı cihaz kullanma durumuna göre dağılımı	69
<b>Tablo XXII.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının evde yaşadığı kişilere göre dağılımı	70
<b>Tablo XXIII.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old ortalama alan puanlarının yaşlılığın başlama yaşı hakkındaki algı durumuna göre dağılımı	71
<b>Tablo XXIV.</b> Araştırma grubunda WHOQOL-Old alan puanlarının yaşlılığı tanımlama durumuna göre dağılımı	72

<b><u>SEKİL LİSTESİ</u></b>	<b><u>SAYFA NO</u></b>
<b>Şekil 1.</b> Dünyada ve gelişim bölgelerinde nüfusun ortanca yaşı (1950–2050)	11
<b>Şekil 2.</b> Yaş gruplarının yüzde dağılımları, Türkiye 1935-2050	13
<b>Şekil 3.</b> Nüfus piramidi, Türkiye 2010	14
<b>Şekil 4.</b> Aktif yaşlanmanın belirleyicileri	32
<b>Şekil 5.</b> Tekkeköy ilçe haritası	46

## I. GİRİŞ

Yaşlanma; ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanmıştır. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür. Yaşam süresini belirleyen en önemli faktör genetikdir. Ancak, yaşam tarzı, çevresel faktörler, hastalıklar ve kişilerin olumsuz koşullar ile başa çıkma yolları gibi pek çok etken de yaşam süresinin belirlenmesinde rol oynamıştır (Toprak ve ark., 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün tanımına göre "yaşlılık" çevresel etkenlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması'dır (Hotten, 2008). Son 25 -30 yıl içinde enfeksiyon hastalıkları ile savaşım, beslenme koşullarının daha iyiye doğru gitmesi, genel sağlık koşullarının düzelmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümleri azalmıştır. Bu durum yaşam süresinin uzamasına ve dünyada yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur (Ulusel, 2004). Dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmıştır.

DSÖ' nün verilerine göre, 2000 yılında dünyada 60 yaş üstü 600 milyon kişi varken, 2005 yılında dünyada bunun iki katına çıkması, 2050 yılında ise 60 yaş üstü nüfusun 2 milyarı bulacağı tahmin edilmektedir (WHO 2007a). 2009 yılında %11 olan yaşlı nüfus oranının 2050 yılında artarak %22 olması beklenmektedir (United Nations, 2009). Türkiye'de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. 2008 yılında %6,8 olan 65 yaş ve üzeri nüfus yüzdesinin (HÜNEE, 2008), 2050 yılında %17,6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007).

Son 30-40 yıl içinde tıp ve teknoloji alanında gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması, beslenme alışkanlıklarının olumlu yönde gelişmesi gibi faktörler ölüm hızını azaltmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, doğurganlık hızını ve bebek ölüm hızını azaltmıştır. Bütün bunların sonucunda, doğumda beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (Güler ve Çobanoğlu, 1994).

Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzaması istenilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir.



Yaşlanan bir toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini sürdürme, sosyal ve ekonomik olarak önem taşımaktadır (Koçoğlu ve Bilir 2002). Yaşlanma, kronik hastalıklar, artan yeti yitimi ve başkalarına daha fazla bağımlılıkla ilişkili olduğundan, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yaşamın kalitesi de önem kazanmıştır (Yazgan ve ark., 2006; Yıldırım ve ark. 2004, Gebam, 2002c ).

Yaşam kalitesi nesnel olmaktan çok öznel bir kavramdır ve bu yüzden yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamaktadır (Lin ve ark., 2008; Mandzuk ve McMillan 2005). Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak sosyoloji alanında kullanılmış ve günümüzde diğer disiplinlerde de kullanılmaya başlanmıştır (Lin ve ark., 2008). Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren genel olarak “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir (Eser, 2006). Ayrıca, yaşam kalitesi kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak da tanımlanmıştır (Ercan, 2010).

DSÖ ise yaşam kalitesini, “ Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” olarak tanımlamıştır (WHO, 1998c).

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, sağlığı geliştirme ve yaşlıların yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Sağlığı geliştirme davranışları özellikle fonksiyonel bağımsızlığı devam ettirme ve yaşam kalitesini geliştirmede daha önemli hale gelmiştir. Yaşlılar için sağlığı geliştirme, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık, yüksek bilişsel düzey, fiziksel fonksiyonellik ve aktif yaşam ile ilişkilidir. Yaşlılarda sağlığı geliştirme davranışları, genç yaşta meydana gelen ölümlerde yaşamın potansiyel kayıp yıllarını azaltmayı destekler ve geri kalan yaşamın daha kaliteli olmasını temin etmiştir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi yaşlılarda sağlığı geliştirmede etkili olduğu gibi sağlık hizmetlerindeki harcamayı da azalttığı öne sürülmektedir. Bu nedenlerle yaşam kalitesi, yaşlılarda sağlığı geliştirmek için anahtar hedef olarak görülmektedir (Lee ve ark., 2006).

Yaşlılık dönemi bireyin üretimden çekildiği, bağımlılığın ve kaza riskinin arttığı, bedensel gücün azaldığı, yeti yitimlerinin arttığı, bedeninin dış çevreye uyumunun zayıfladığı, pek çok kronik hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı bir dönem olarak hem sağlık sistemini hem de sosyal ve ekonomik sistemleri ilgilendiren çok kesimli, çok disiplinli hizmet gerektiren bir toplum sağlığı sorunu olmuştur (Kaner, 2009).

Çağdaş hekimliğin amacı, tüm kişilerin sağlığını korumak ve daha ileriye götürmek, iş verimini arttırmak, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakat kalanları işe alıştırmak için bilgi üretmek ve uygulamaktır. Sağlığın korunması, biyolojik, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilmiştir (Çiftcioğlu, 2010).

Yaşam süresinin uzaması ve toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusunun artmasıyla, yaşlı nüfusun sağlık bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının saptanarak buna yönelik çözüm üretilmesini gerektirmiştir. Yaşlıların sağlığını geliştirme ve koruma için yapılacak her bir girişim dolayısıyla yaşlıların yaşam kalitesini etkileyecek ve daha iyi bir konuma ulaşmasını sağlamıştır.

Bu çalışmada Samsun ili Tekkeköy merkez ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## II. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlılık ve Tanımı

Yaşlılık ile ilgili eski kaynaklar 2400 yıl önceye dayanmaktadır. Bu konudaki, ilk yazılı kaynak Homeros'un "İlyada ve Odyssea" adlı eseridir. Bu eserde yaşlı Nestor karakteri ile bilge bir insan tanımlaması yapılmıştır. Yine Sophokles, 89 yaşında iken yaşlı insanı; "bilge" olarak tanımlamakta ve öğütlerine kulak verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Aristoteles ise yaşlılığı tersten tanımlayarak "hastalık erken gelen bir yaşlılık, yaşlılık ise doğal bir hastalıktır" demiştir. Eski çağlarda birçok ünlü düşünür yaşlanmayı doğal ve olağan bir süreç olarak tanımlamıştır (Gökçe Kutsal, 2003).

Tıbbın ve teknolojinin gelişmesiyle pek çok hastalık önlenememiş veya etkili tedavileri bulunmuş ve bunun sonucu olarak, özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ortalama yaşam süresinde önemli artış tespit edilmiştir. Yirminci yüzyılın başına kadar dünyada ortalama yaşam süresi 45 yaş bulmamasına karşın, gelişmiş ülkelerde bugün ortalama yaşam süresi 75-80'li yaşlara ulaşmıştır (Akın, 2006).

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan bir süreçtir. Yaşam süresinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağı olmuştur. Anne rahminde embriyo döneminden başlayarak, fetus, yenidoğan, bebeklik, çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve nihayet yaşlılık dönemleri olarak devam etmiştir. İnsan bedeninin anatomik, fizyolojik, zihinsel özellik ve kapasitesinin gücü, sınırları ve yeteneklerinin açık, doğru, gerçek olarak bilinmesi, bunların zorlanmadan uygun şekilde kullanılmasını sağlamıştır. İnsan vücudunun özellik ve kapasitesini bilerek yaşam aktivitelerini devam ettiren kişinin vücudu, yaşamın sonuna kadar sağlıklı ve dinç kalmıştır (Gökçe Kutsal, 2003; Kutsal, 2005; Güler ve Çobanoğlu, 1994).

İnsanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, ölümden önce yaşanan ve kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği dönem ise yaşlılığın diğer bir tanımlama olmuştur (Bilir, 2006).

Yaşam sürecindeki gelişme ve olgunlaşmayı takip eden, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin en yoğun olduğu, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıktığı dönem olan yaşlılık 65 yaş ve üzerini kapsamıştır (Sütuluk ve ark., 2004; Sağlık Bakanlığı, 2000). Yasaların kabul ettiği yaşlılık sınırı 65 olmakla birlikte, kişinin bağımlılığa geçtiği yaş, çoğunlukla 75 yaş civarında olmaktadır (Bilir, 2006; Uncu,

2006). Bazı yazarlar yaşlılığı, genç yaşlı (65 – 74 yaş), orta yaşlı (75 – 84 yaş) ve ileri yaşlı (85 ve üzeri yaş) olarak sınıflandırmıştır (Aydın, 2009).

DSÖ ise yaşlılığı üç dönem olarak sınıflandırmıştır (WHO, 1999):

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

**Yaşlılar (60–74 yaş):** Altmış ile 74 yaş grubunu kapsayan bu dönem, sıklıkla emekliliği takip eden bir dönemdir. Fonksiyonel olarak, çok büyük kayıpların gözlenmediği ve beklenmediği bir dönemdir. Hatta bazen genç yaşlılık olarak da tanımlanır.

**İleri Derecede Yaşlılar (75 yaş ve üzeri):** Yetmiş beş yaş ve üzeri yaş grubunu içeren bu dönemde, sıklıkla fonksiyonel kayıplar gözlenir. Yine de kişi, genellikle belli bir oranda başkalarına bağlı olmadan yaşamını sürdürebilecek durumdadır. Fakat 85 yaş ve üzeri bireyler özel bakıma, özel evlere veya yardımcıya ihtiyaç duyabilirler.

Yaşlılık; başlangıcı 60 – 65 yaş olarak kabul edilen, biyolojik, fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel olarak değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir (Doruk ve ark., 2005; Açıklık ve ark., 2008; Güler ve Çobanoğlu, 1994; Toprak ve ark., 2002; Akın, 2006).

**Biyolojik yaşlılık;** yumurtanın döllenişle başlayıp, tüm yaşam boyu süren bir olaydır. Yaşlanmaya bağlı olarak, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerdir. Biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır. Yaşlanma, genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin fizyolojik başa çıkma yolları, işgücü, psikolojik ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir.

**Fizyolojik yaşlanma;** biyolojik yaşlanmaya bağlı olarak organlarda meydana gelen değişikliklerdir.

**Fonksiyonel yaşlılık;** aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonlarını devam ettirememesidir.

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

**Psikolojik yaşlılık;** kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki değişimleri kapsamaktadır.

**Ekonomik yaşlılık;** parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesidir. Yaşlı bazen işten ayrılan, yani emekli olan kişi olarak da tanımlanabilir.

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

**Patolojik yaşlılık;** normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır. Yaşlanma bireysel olmakla beraber her toplumun kendine özgü değerleri ve yaşlılığa atfedilen bu değer, toplumda yaşlıya verilen yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır.

Toplum yaşlanması 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir. Toplumlar yaşlı bireylerin oluşturduğu gruplar açısından 4 gruba ayrılmıştır (İzgi, 2009).

**1.Genç Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranının %4'den az olduğu toplumdur.

**2.Erişkin Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranının %4–7 arasında olduğu toplumdur (Çin ve Türkiye gibi Batı Asya, Güney Amerika bölge ülkeleri).

**3.Yaşlı Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranının %7–10 arasında olduğu toplumdur (Kanada, Avustralya, Japonya gibi).

**4.Çok Yaşlı Toplum:** 65 yaş üzeri nüfus oranının %10'un üzerinde olduğu toplumdur. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş Avrupa ülkeleri genellikle bu gruptadır.

## **2.2. Yaşlanma ile İlgili Teoriler**

Yaşlanmaya özgü değişikliklerle ilgili moleküler düzeyden organ sistemlerinin fonksiyonlarına kadar birçok teori üretilmiştir. Bunlardan başlıcaları;

### **2.2.1. Somatik Mutasyon Teorisi**

Somatik hücrelerde yaşam boyu biriken mutasyonlar birçok hastalığa neden olur. Somatik mutasyon teorisi, mitokondrial DNA (Deoksi Ribonükleik Asit) mutasyonlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Walburg ve HE, 1975).

### **2.2.2. Serbest Radikal Teorisi**

Bu teoriye göre endojen olarak üretilen yüksek reaktivitedeki serbest radikaller somatik mutasyonlara ve protein hasarına yol açar. Serbest radikallerden oluşan oksidatif değişiklikler, yaşlılığın dejeneratif hastalıklarında artan bir öneme sahip olmuştur (Allison ve ark., 2000).

### **2.2.3. Hücre Yaşlanma Teorisi**

Hücre proliferasyonunu kontrol eden genler klonal yaşlanmanın sebeplerinden bulunmuştur. Hücre yaşlanması kromozom uçlarında telomer bölgesindeki DNA kayıplarını da kapsamıştır. Programlı hücre ölümü yani apoptozis de yaşlanma ile ilgili olmuştur. Hücre ölümü ayrıca iskemi ya da toksinler gibi nedenlerle de olabilir, buna “nekrotik hücre ölümü” denilmiştir (Hao ve ark., 2001).

### **2.2.4. Bağışıklık Teorisi**

Yaşlılarda görülen primer immün yanıt zayıflaması onları enfeksiyonlara duyarlı kılmıştır. Ayrıca, yaşlılarda düşük evre otoimmün ve inflamatuvar olayların artışı söz konusu olmuştur (Walford, 1974).

## **2.3. Demografik Dönüşüm**

Dünya toplumlarının demografik yapılarında yaşanmakta olan ve yapılan projeksiyonlarda da süreceği hesaplanan yaşlı nüfus artışı ile ilgili demografik değişim, toplumların ekonomik yapılarını da etkileyeceği düşünülerek demografik dönüşüm olarak adlandırılmaktadır. Demografik dönüşüm, dünyadaki yüksek doğum ve ölüm oranlarının tarihsel süreçte azalarak düşük doğum ve ölüm oranlarına ulaşmasını ifade etmektedir. Söz konusu süreç, 1800’lerin başında Avrupa’da sanayileşmenin başlaması ile ortaya çıkmıştır. 2100 yılında ise bu sürecin biteceği tahmin edilmektedir (Lee, 2003).

Demografik Dönüşüm Modeli’ni ilk defa 1929 yılında demograf Warren Thomson ortaya atmıştır. Modelde, demografik dönüşüm üç bölüme ayrılmış, daha sonra 1945’de Dudley Kirk ve Frank Notestein’in katkılarıyla model geliştirilerek dört bölüm olarak belirlenmiştir (Montgomery, 2003).

**Birinci Aşama:** Yüksek doğum ve ölüm oranlarının gerçekleştiği modern yaşam öncesi dönemdir. Nüfus artış hızının çok yavaş olduğu bir dönemi ifade etmektedir. Tarım toplumu döneminden 17. yüzyılın sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Doğum ve ölüm hızları % 30–50 arasında gerçekleşmektedir. Bu

dönemde çocuk ölüm hızlarının yüksek olmasına rağmen aile planlaması hizmetlerinin yeterince uygulanmaması nedeniyle doğum hızları yüksek olmuştur. Salgın hastalıklar, kötü sağlık koşulları, yiyecek kıtlığı ve savaşlar nedeniyle de yüksek ölüm hızları görülmüştür.

**İkinci Aşama:** Şehirleşme ve sanayileşmenin başladığı doğum hızlarının yüksek olduğu, ancak ölüm hızlarının azaldığı dönemdir. İlk olarak Kuzey Avrupa'da başlamıştır. Doğum hızları yüksek düzeyini korumuş, ölüm oranları ise tarım devrimi ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi sonucu düşüş göstermiştir. 18. yüzyılın sonunda başlayan ve 19. yüzyılın sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Özellikle sulama kanallarının geliştirilmesi ve yeni ekim teknikleriyle daha fazla ve daha kaliteli tarım ürünleri elde edilmesi, sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve bazı hastalıkların tedavi yollarının bulunması ölüm hızlarını düşürmüştür.

**Üçüncü Aşama:** 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın ortasına kadar olan gelişmiş sanayi dönemidir. Doğum ve ölüm hızları düşmüştür. Sanayi toplumuna geçişle birlikte geleneksel aile yapısının ve yaşam şeklinin değişmesi, kadınların öğretim düzeyinin artması doğum hızlarını azaltmıştır. Aynı zamanda teknolojideki gelişimin hızlanması, hastalıklarla ilgili tedavi yollarının bulunması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ölüm hızlarını düşürmüştür.

**Dördüncü Aşama:** İstikrarlı düşük doğum ve ölüm hızlarını ifade etmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra günümüze kadar olan dönemi kapsamaktadır. Tıp teknolojisindeki ilerleme, tarım sektöründeki nüfusun azalması, sağlık harcamalarının iyileştirilmesi ve sosyal alandaki gelişmeler söz konusu dönemde etkili olmuştur.

1947'de Blacker beşinci aşama olarak düşük doğurganlık aşamasını eklemiştir. Bu aşamada doğumlar ölümlerin de altına iner ve nüfus azalmaya başlamıştır (Bahar ve ark., 2009).

Böylece yaşam sürecinin erken yıllarındaki ölümlerin önlenmesi ile bireylerin uzun yaşaması sonucu artan yaşlı nüfus, tıp için başarı olarak algılanmaktadır. Çünkü sağlıklı ve uzun yaşama hep değer atfedilmiştir. Bu nedenle yaşlılık genel olarak arzu edilen yaşam dönemi kabul edilmemesine karşın, yaşlanabilme istenen bir durum, sosyoekonomik gelişmenin göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2007; İzgi, 2009).

#### 2.4. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanan Nüfus

Sağlık alanındaki gelişmelere ve sosyal koşullardaki iyileşmelere paralel olarak, ortalama yaşam süresi uzamakta, bu durum tüm dünya ve ülkemizde yaşlı nüfusun artmasına yol açmıştır.

Yirminci yüzyıl ortalama yaşam süresi açısından, bir devrime tanıklık etmiştir. Ortalama yaşam süresi, 1950–2000 yılları arasında 20 yıl artarak 66 yıl olmuştur ve 2050 yılına kadar 10 yıl daha artması beklenmektedir. Yirmi birinci yüzyılın ilk yarısındaki bu demografik zafer ve nüfusun hızla çoğalması sonucu, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Gelecek 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun 4 kat artması ve bu artışın gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesi beklenmektedir. Yaşlı nüfusun en hızlı artan grubu, ileri yaşta olanlar, yani 80 yaş ve üstünde olan kişilerdir. Dünyada, 2000 yılında 70 milyon olan ileri yaş grubunun, gelecek 50 yılda 5 kat artacağı tahmin edilmektedir (Bilir, 2006).

Dünya nüfusu her yıl %1,3 artarken, 65 yaş ve üzeri nüfus yıllık artış hızı %2,3'dür. İleri yaş nüfus (80 yaş ve üzeri) ise her yıl %3,5 artmaktadır (Bilir, 2006).

Dünya'nın değişik bölgelerinde yaşlı nüfus değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir (Güler ve Çobanoğlu, 1994). Bu küresel demografik değişimin, bireysel, toplumsal, ulusal ve uluslararası düzeyde önemli sonuçları bulunmaktadır (Bilir, 2006).

Yirminci yüzyıl sonunda yaşlı nüfusun yarısından çoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tespit edilmiştir. Yani gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus artışı fazladır (Bilir, 2006; Erkılıç ve ark., 2006).

Nüfusun yaşlanması 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli sağlık problemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde, insanlar 19 yüzyıla göre daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır (DİE, 1995). “Organisation for Economic Co-Operation and Development” (OECD- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) ülkelerinde de son 30 yıl içerisinde 65 yaşından itibaren insan ömrünün önemli oranda arttığı belirtilmiş ve 2003 yılında 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü kadınlarda 19,3 yıl, erkeklerde 15,9 yıl iken, bu rakamlarda 1970 yılından beri 3 kat artış olduğu görülmüştür (OECD, 2005).



**Tablo 1.** Dünyanın Değişik Bölgelerinde Yaşlı Nüfus Değerleri

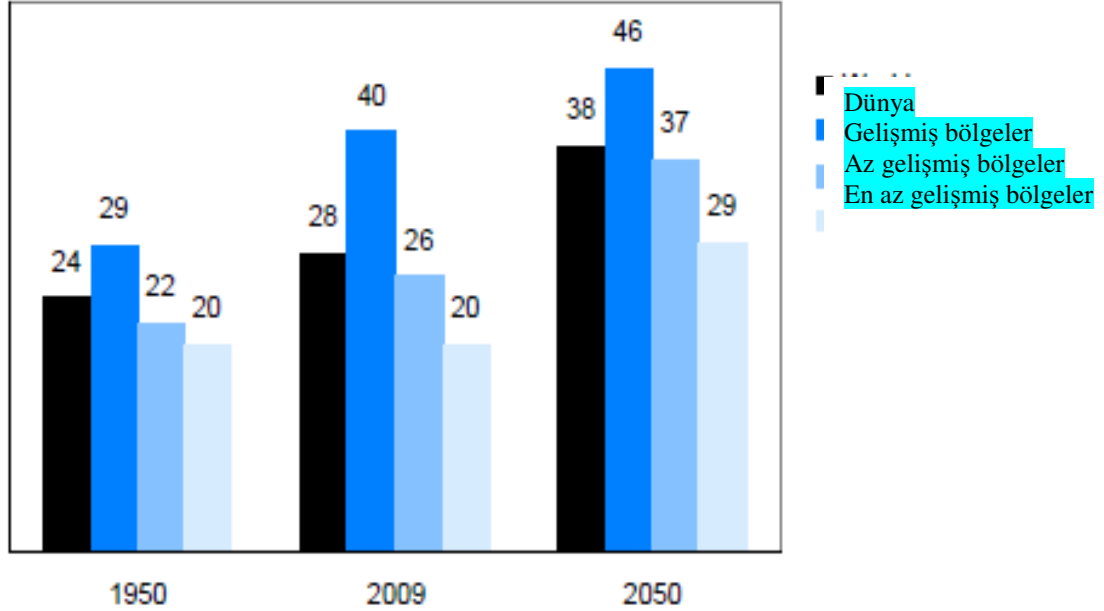
BÖLGE	YIL	65+ NÜFUS (%)	75+ NÜFUS (%)	80+ NÜFUS (%)
Avrupa	2000	15,5	6,6	3,3
	2015	18,7	8,8	5,2
	2030	24,3	11,8	7,1
Kuzey Amerika	2000	12,6	6,0	3,3
	2015	14,9	6,4	3,9
	2030	20,3	9,4	5,4
Asya	2000	6,0	1,9	0,8
	2015	7,8	2,8	1,4
	2030	12,0	4,6	2,2
Yakın Doğu ve Kuzey Afrika	2000	4,3	1,4	0,6
	2015	5,3	1,9	0,9
	2030	8,1	2,8	1,3

Kadınlar doğumda yaşam beklentisi açısından erkeklerden daha avantajlıdır. 1950–1955 yılları için 2,7 yıl olan bu fark, 2005–2010 yıllarına gelindiğinde 4,5 yıla çıkmıştır (Birleşmiş Milletler - BM, 2009).

1950 yılından 2009 yılına gelindiğinde dünya nüfusu için ortalama yaş 4 yıl artarak 24'ten 28'e çıkmıştır. 2050 yılında ortalama yaşın yaklaşık 10 yıl daha artması beklenmekte, böylece dünya nüfusunun yarısından fazlasının 38 yaşın üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik durumlarına göre bu artış değişiklik göstermekte olup, yüksek doğurganlığın sonucu olarak en az gelişmiş ülkelerde ortalama yaş en düşük olarak kalacaktır (Şekil 1) (Birleşmiş Milletler, 2009).

Günümüzde dünyada en yaşlı nüfusu olan ülke Japonya'dır. Bu ülkede doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık olarak 83 yıl olarak hesaplanmaktadır. Letonya ve Litvanya'da da beklenen yaşam süresi 72 yıl ile oldukça yüksektir. Bununla birlikte Afrika'daki birçok ülkede bu rakam 40 yıla kadar düşmüş durumdadır. Gelecekte yaşlı nüfusun en yüksek oranda Avrupa'da, en düşük ise Afrika'da olması beklenmektedir (WHO, 2007; Birleşmiş Milletler, 2001; Birleşmiş Milletler, 2009). Bu

artışın teknolojik ilerlemelerin sağladığı yaşam koşullarındaki iyileşmeler, tıpta sağlanan gelişmeler ve beklenen yaşam süresinin artmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.



**Şekil 1:** Dünyada ve gelişim bölgelerine göre nüfusun ortalama yaşı (1950 –2050)

Ülkemizde 1955 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 48 yılken günümüzde insanoğlu 50 yıl öncesine göre daha uzun yıllar yaşamaktadır ( Akın, 2006; Akgün ve ark., 2004; Sağlık Bakanlığı TSHGM, 2002). 65 yaş ve üzeri nüfus yüzdeleri 2000 yılında kadınlarda %9, erkeklerde %7,7 olup, bu yüzdelerin 2010 yılında kadınlarda %10,1; erkeklerde %8,6'ya, 2025 yılında ise kadınlarda %14,3'e; erkeklerde %12,3'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (Altay, 2003). Doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılı için kadında 71,5 yıl, erkekte 66,9 yıl iken , 2009 yılında kadında 76,1, erkekte 71,5, toplamda ise 73,7 yıl olmuştur (TUİK a ; TUİK b; Toprak ve ark., 2002 HÜNEE, 2008; Uncu, 2003; Güneş ve ark., 2005). Türkiye' de 2010–2025 döneminde cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süreleri Tablo II' de gösterilmiştir (TUİK b).

**Tablo II.** Türkiye’de Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri (2010–2025)

<b>YILLAR</b>				
<b>Cinsiyet</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
Erkek	71,6	72,1	72,7	73,1
Kadın	76,3	77,4	78,3	78,9
<b>TOPLAM</b>	<b>73,9</b>	<b>74,7</b>	<b>75,4</b>	<b>75,9</b>

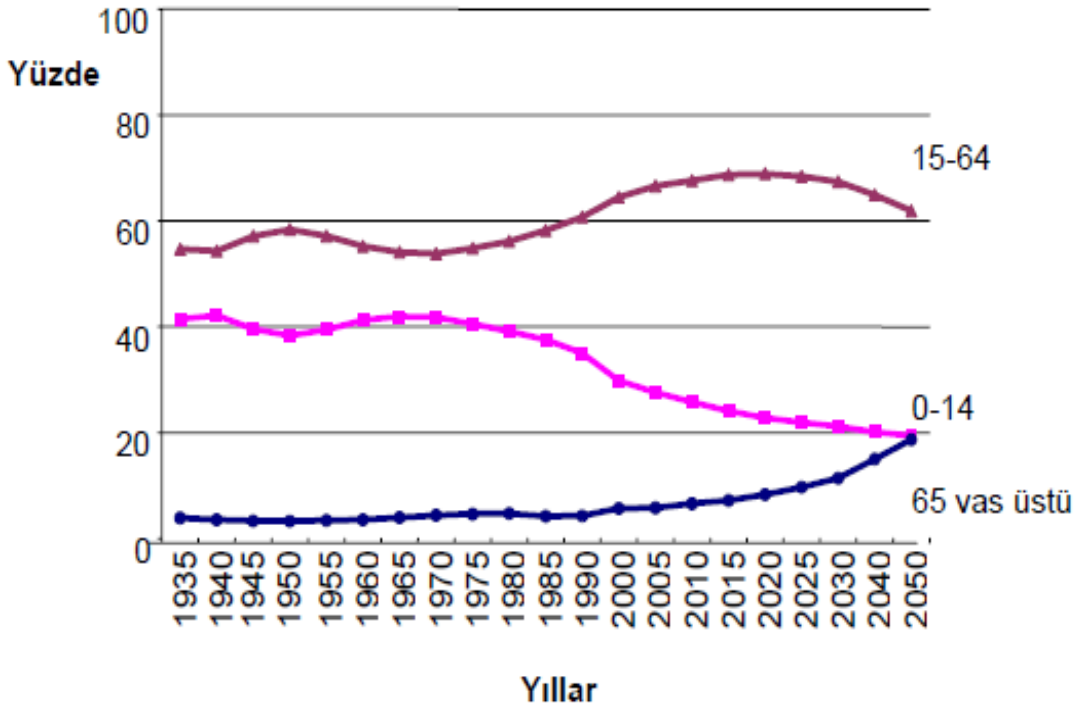
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) 2008’e göre 65 yaş ve üstü nüfus yaş grupları Tablo III’ de gösterilmiştir. Ülkemizde 1990 yılında nüfusun %4,5’u ve 65 yaş üzerinde iken, bu oran 1998’de %5,9, 2008 yılında HÜNEE göre %7,0 olmuştur. TÜİK 2010 raporuna göre nüfusun %7,2’si 65 yaş ve üzeri gruptadır. 2025 yılında ise, toplam nüfusun %9,0’unun 65 yaş üzeri olması beklenmektedir. Diğer bir deyişle her 10 kişiden 1’nin 65 yaş üstünde olacağı düşünülmektedir (HÜNEE, 2008; Uncu, 2003; Güneş ve ark., 2005).

**Tablo III.** Ülkemizde 2008 Yılı HÜNEE Göre 65+ Yaş Grubunda Kadın ve Erkeklerin Yüzde Dağılımı

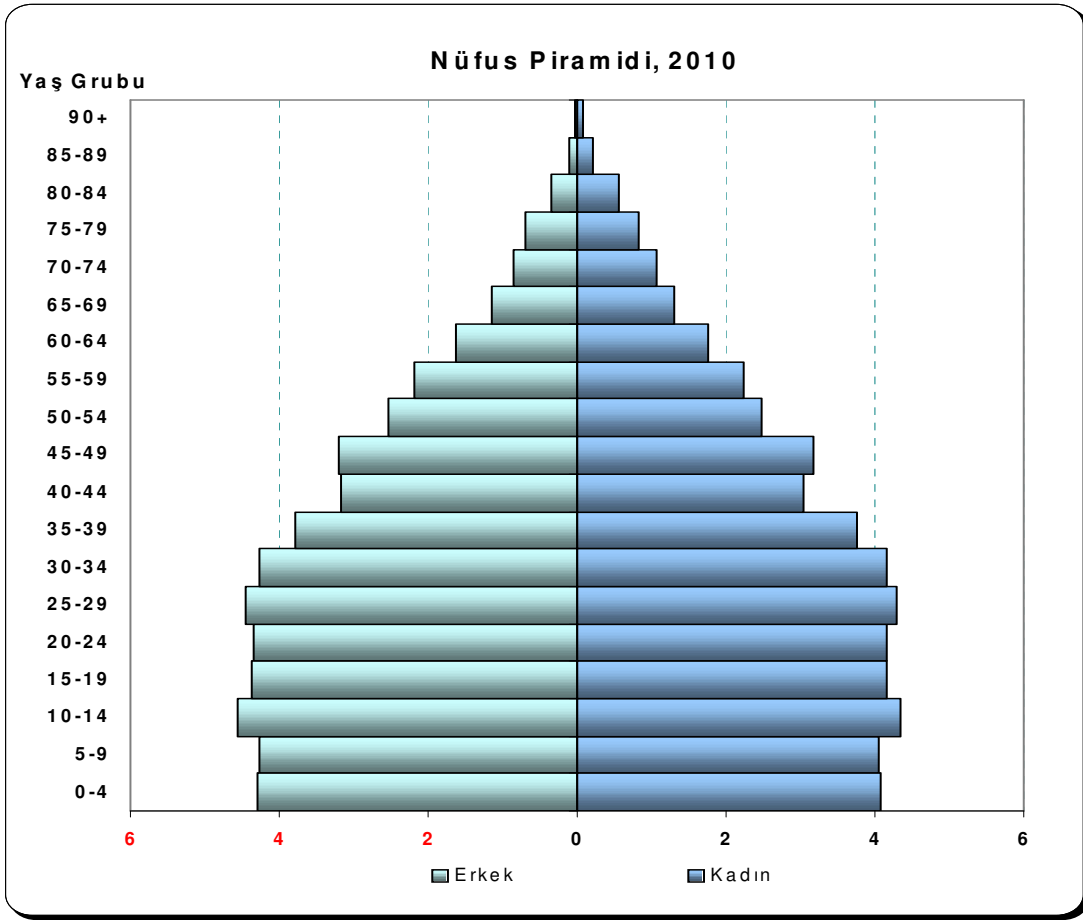
<b>Yaş Grubu</b>	<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>65 – 69</b>	2,1	2,4	2,3
<b>70 – 74</b>	1,7	1,9	1,8
<b>75 – 79</b>	1,5	1,5	1,5
<b>80+</b>	0,9	1,4	1,2

Ülkemizde 1940 ile 1960 yılları arasında genel olarak 20 olan nüfusun ortanca yaşı, 1970 yılından sonra sürekli bir artış göstererek, 2008 yılında erkekler için 25’e ve

kadınlar için 26'ya ulaşmıştır (HÜNEE, 2008). 2009 yılı sonuçlarına göre 28,8 olan ortalama yaş 2010 yılı sonuçlarına göre ise 29,2 (erkeklerde 28,7, kadınlarda 29,8) olarak belirlenmiştir (TUİK, 2009; TUİK, 2010). 2050 yılında Türkiye için ortalama yaşın 38,7 olacağı tahmin edilmektedir (Birleşmiş Milletler, 2001). Yaş gruplarına göre artış hızlarında önemli değişimler meydana gelmiştir. Genç yaş gruplarındaki nüfus artış hızı son yıllarda azalırken, ileri yaş gruplarının nüfusu Türkiye ortalamasından daha hızlı artmıştır. Bu neredeyse 5 milyonluk bir nüfusun 65 ve üzeri yaşta olduğunu belirtmektedir. Genç nüfusun büyüklüğü neredeyse aynı kalırken, 15–64 ve 65 ve üzeri yaş gruplarındaki nüfus büyüklüğündeki artışın gelecek yıllarda da devam edeceği beklenmektedir (HÜNEE, 2008). Türkiye’de 2009 yılında toplumun %8,8’ini 60 yaş ve üzeri grup oluşturmakta iken; 2050 yılında 60 yaş üzeri nüfusun % 23’ü, 65 yaş üzeri nüfusun % 17,9’u, 80 yaş üzeri nüfusun ise % 3,8 olacağı tahmin edilmektedir (Birleşmiş Milletler, 2001). TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yaş gruplarının yüzde dağılımları ve 2010 yılı nüfus piramidi Şekil II ve Şekil III’de gösterilmektedir (DPT, 2007; TUİK, 2010).



Şekil II. Yaş Gruplarının Yüzde Dağılımları, Türkiye 1935–2050



**Şekil III.** Nüfus Piramidi, Türkiye 2010

### 2.5. Yaşlanma ile İlgili Ulusal Politikalar

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. Maddesinin birinci bendinde “ Herkes kendisinin iyi olması ve sağlık için yeterli yaşam standartlarına; yaşlılıkta da gıda, giyim, ev, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler ve güvenlik haklarına sahiptir.” denilmiştir (Birleşmiş Milletler, 2010a).

DSÖ'nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında 5. hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken, 13. hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya ilişkin düzenlemeler getirmiştir ( Sağlık 21, 2001).

Kahire'de yapılan, Türkiye'nin de katıldığı “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı”nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması,

yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir (DPT, 2007; Tıktık, 2007).

İlk defa 1982 yılında Viyana’da yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek adına “I. Yaşlılık Toplantısı” düzenlenmiştir. Toplantıda kabul edilen “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” BM Genel Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Beş başlıkta özetlenebilecek detaylı öneriler sunmuştur (Tıktık, 2007; Birleşmiş Milletler, 2008).

1. Bağımsız yaşam,
2. Katılımcılık,
3. Bakım,
4. Onurlu yaşam
5. Kendini gerçekleştirme

8 – 12 Nisan 2002 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Madrid’de düzenlenmiş olan “II. Yaşlılık Toplantısı”nda ise, yaşlı nüfusun yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar oluşturulması ekseninde “Uluslararası Eylem Planı” hazırlanmıştır (Kıssal, 2008, Birleşmiş Milletler, 2008). Yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili çeşitli konulara yer verilmiş olan bu planda, bir yandan yaşlıların sahip olmaları gereken bazı haklara işaret edilirken, bir yandan da yaşlılardan yararlanılması, böylelikle yaşlıların aktif halde tutulması bakımından neler yapılabileceği üzerinde durulmuştur. Eylem planında yer alan başlıca amaç, hedef ve taahhütler şu şekildedir.

(a) Yaşlıların bütün insan haklarının ve temel özgürlüklerinin tam olarak tanınması ve gerçekleştirilmesi. Ayrıca yaşlılıkta yoksulluğun ortadan kaldırılması ve yaşlılar için Birleşmiş Milletler İlkelerini içeren güvenli yaşlanmanın sağlanması,

(b) Yaşlıların, gelir getiren gönüllü işler dahil olmak üzere, toplumun ekonomik, politik ve sosyal yaşamlarına tam ve etkili olarak katılması amacıyla güçlendirilmesi,

(c) Yaşlıların ayrı bir grup olmadığı göz önüne alınarak, yaşam boyu öğrenme ve toplum içinde yer alma olanaklarına erişim gibi fırsatların yaşamın ileri yıllarında da sağlanarak yaşam boyunca bireysel gelişme, kişisel tatmin ve iyi olma durumunun sürdürülmesi,

(d) Bütün ekonomik, sosyal, kültürel hakların yanında vatandaşlık ve siyasi haklara da sahip olmanın sağlanması ve yaşlılara karşı her türlü şiddet ve ayrımcılığın ortadan kaldırılması,

(e) Cinsiyete dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması yoluyla yaşlılarda cinsiyet eşitliğinin sağlanması,

(f) Sosyal kalkınma için ailenin önemi, kuşaklar arası bağlılık, dayanışma ve karşılıklı ilişkilerin öneminin kavranması,

(g) Yaşlılar için, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler dahil olmak üzere, sağlık hizmetleri, destek ve sosyal koruma sağlanması,

(h) Uluslararası Eylem Planı'nın uygulamaya dönüştürülmesi için yaşlılar ile hükümet, sivil toplum ve özel sektörün bütün düzeyleri arasında işbirliğinin kolaylaştırılması,

(i) Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde, birçok diğer konunun yanı sıra yaşlanmanın bireysel, sosyal ve sağlık yönleri üzerinde odaklanmak amacıyla bilimsel araştırmalar yapılarak bu konuda bilgi ve becerilerin artması ve teknolojiden yararlanılması,

(j) Yaşlanmakta olan bireylerin durumlarının ve farklı koşullarının tanınması ve onları etkileyen konularda seslerini duyurmalarının sağlanması için yolların araştırılması gerektiğinin kabul edilmesi (GEBAM, 2002b).

Ayrıca, yaşlanma konusuna daha fazla dikkat çekmek amacıyla BM tarafından 1999 yılı "Yaşlılar Yılı" olarak ilan edilmiştir (Tıktık, 2007).

Türkiye'de ise, "Herkesin Sağlık Stratejileri" çalışmaları, 1997'de İstanbul'da yapılan DSÖ 47. Avrupa Bölge Komitesi toplantısı ile hız kazanmıştır. Belirlenen hedefler üzerinde Türkiye'nin görüşleri belirtilmiş, bir yıl sonra Kopenhag'da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı'nda ise, "Sağlık 21" başlığı altında resmen kabul edilmiştir. Avrupa Bölgesi'ne dâhil bütün ülkelerin devlet başkanlarına bir mektup gönderilerek bu girişimin ve sektörler arası çalışmanın önemi vurgulanmıştır. Türkiye'de "Ulusal Sağlık Politikası" oluşturulması girişimi Sağlık Bakanlığı (S.B.) öncülüğünde başlatılmıştır. Ulusal Sağlık 21 Politikası'nın 7. hedefi yaşlıların sağlığı ile ilgilidir. Bu hedefe göre; 2020 yılına kadar ergen, yaşlı ve özürülülerin daha sağlıklı ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak, amaçlarındandır (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Bu bağlamda dünyada ve Türkiye’de sağlık hedefleri içinde, özel bir grup olan ve bundan dolayı özel bakım ve hizmet gerektiren yaşlı bireylere yönelik hizmetler belirlenmiştir (Ölüç, 2007).

## **2.6. Yaşlanma ile Birlikte Görülen Organ ve Sistem Değişiklikleri**

Yaşlanma, birçok biyolojik olayın yer aldığı ilerleyen, tahmin edilebilen ve engellenemeyen değişikliklerle karakterize, organizmalarda hastalıktan bağımsız olarak gelişen bir dizi değişikliklerdir. Farklı organlar farklı hızlarda yaşlanırlar. Bu yaşlanma hızlarını yaş, genetik yapı, hayat tarzı ve çevresel faktörler belirler. Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların sayısı da artmaktadır (Ersan ve Arıoğul, 2002; Arpacı, 2005).

### **2.6.1. Kardiyo Vasküler Sistem**

Yaşlanma tek başına koroner arter hastalığı için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Diğer risk faktörleri de, örneğin homosistein düzeyi de yaşla beraber artar. Bu değişikliklerin etkisi kişi istirahat halinde iken minimaldir. Ancak, katekolamin ve sempatik sinir sistemi stimülasyonuna karşı kardiak inotropik ve kronotropik maksimal ve submaksimal cevaplar belirgin olarak azalmıştır. Maksimum kalp hızı yaşla beraber azalmıştır. Egzersizden sonra normale geri dönme süresi azalmıştır. Yaşlılarda sempatik uyarıya karşı azalmış adrenerjik yanıtın sebebi bilinmemektedir. Adenilat siklaz protein miktarında azalma, adenilat siklaz aktivitesinde azalma veya inhibitör G proteinlerinin artışının rolü olabilir ( Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007). Koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin %75’i 65 yaş ve üzerindeki yaşlarda görülür. Koroner arter hastalığı için en önemli risk faktörleri yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol, sigara içme, obezite, diabetes mellitus (DM), kalp hastalığı, aile öyküsü, egzersiz azlığı, kronik stres, düşük HDL (High Density Lipoprotein) kolesterol ve yüksek LDL ( Low Density Lipoprotein) kolesteroldür (Altay, 2003; Açıklık ve ark., 2008; Alpteker, 2008; Ersan ve Arıoğul, 2002).

Yaşla birlikte hipertansiyon (HT) görülme sıklığı da artmıştır. Birçok epidemiyolojik çalışma, hem sistolik hem de diastolik kan basıncının arttığını göstermiştir. Sistolik kan basıncındaki artış büyük arterlerdeki değişikliklere bağlanabilir. Aortanın luminal çapı, muhtemelen damarlarda genel olarak görülen komplians kaybını kompanse etmek için genişlemiştir. Bu komplians kaybı da elastinin fragmente olması, kollajen artışı, subintimal kalsifikasyon-kalınlaşması ve düz kas



hücrelerinde proliferasyondan dolayı oluşmaktadır. Nonenzimatik glikolizasyon kollajenin ve diğer matriks proteinlerinin çapraz bağ yapmasına sebep olmuştur. Fonksiyonel olarak bu değişiklikler komplians azalmasına ve arteriel basınç dalgalarının daha hızlı yansımaya, bu da artmış basınca sebep olmaktadır. İstirahat halinde yaşlı erkek ve kadınlarda ejeksiyon fraksiyonunda değişiklik olmaz. Maksimal egzersiz kapasitesi ve maksimal oksijen kullanımı yaşla beraber azalır. 65 yaş üzeri kadınlarda HT görülme sıklığı %48,6 erkeklerde ise %40,5'tir. Başarılı HT tedavisi serebrovasküler riski %50,0, kardiyovasküler riski %30,0 oranında azaltır. Diyabetik yaşlılarda HT tedavisi ile bu risk azalması daha belirgindir. Yüksek kan basıncı olan yaşlı bireylerin kan basınçlarının her gün doğru ve dikkatli bir şekilde ölçülmesi, tükettiği besinlerin izlenmesi, ilaç kullanım ile ilgili eğitimi yapılması, stres ile baş etme yöntemleri öğretilmesi ve fizik egzersizler yapılması için yönlendirilmesi gerekmektedir (Altay, 2003; Arpacı, 2005; Karadakovan, 2005).

### **2.6.2. Solunum Sistemi**

Yaşlanma ile birlikte, vücuttaki en belirgin değişikliklerin görüldüğü organlardan bir diğeri akciğer ve solunum sistemidir. Yaşlılarda, akciğerlerin kapasitesinde önemli azalmalar meydana gelir. Bunun dışında, yaşlılarda sık olarak görülen kronik bronşit ve amfizem de enfeksiyonların kolay yerleşmesine yol açar (Bilir, 2008). Periferik akciğer bir dizi anatomik değişikliğe uğrar. Elastik doku kaybına bağlı alveoler yollarda genişleme olur ve gaz değişim yüzeyinde azalma olur. Akciğerlerin bağımlı (altta olan) kısımları daha yüksek basınçta kapanır. Bu yüksek kapanma hacmi, respirasyonun birçok fazında daha çok hava yolunun kapanması anlamına gelir. Akciğerlerin alt kısmının kan akımı her zaman iyidir, yaşlandıkça daha yüksek kapanma hacminin oluşmasıyla ventilasyon perfüzyon uyumsuzluğu artar ve yaşla, kısmi oksijen basıncı azalır. Bu etki torasik mekanizmalardaki değişikliğe bağlı olarak, supin pozisyonunda daha belirgindir. Kısmi oksijen basıncı (PaO<sub>2</sub>) yılda yaklaşık %0,3 oranında (3 mmHg /10 yıl) azalır. Arteriel pH ve kısmi karbondioksit basıncı (PCO<sub>2</sub>) yaşla değişiklik göstermez. Yaşlanma akciğer esnekliğinde azalmaya yol açar. Yaşlanma süresinde kosta kırıkdağlarının kalsifiye olması ve vertebral arası disk alanlarının daralması göğüs kafesini sertleştirir, toraksın ön çapında artmaya, kosta hareketlerinde azalmaya neden olur. 65 yaşına gelindiğinde inspirasyon abdominal kaslara bağımlıdır. Bunlar otururken ve yatış pozisyonunda hava yollarını açmada

kısmen etkilidirler. Alveoller tamamen açılmasa da perfüze olmaya devam ederler. Perfüzyon sırasında alveoler gazlar atılır ve alveoler kollaps ve atelektazi oluşur. Karbon monoksit difüzyon kapasitesi erken 20'li yıllarda pik yapar, sonra gittikçe azalır. Alveollerdeki yapısal bozukluk ve kapiller yataktaki kayıplar sonucu gaz değişimi için gerekli yüzey azalır. Karbon monoksit difüzyon kapasitesi azalımı yaklaşık olarak yılda %0,5 kadardır. Yaşlılarda öksürük daha az kuvvetlidir ve yüksek kapanma hacmi nedeniyle de öksürük akciğerlerin belirli kısımlarını tamamen temizleyemez. Mukosilier fonksiyon da daha yavaş ve daha az etkilidir.

Sağlıklı yaşlı kişilerde yapılan bronkoalveolar lavaj sonuçları albumin, IgA, IgG ve nötrofillerde artma, tersine bronkoalveolar makrofajlarda da azalma görülmüştür. Yaşın ilerlemesiyle, pulmoner fonksiyonel rezervlerinde azalma olur. Pulmoner fonksiyon 30 yaşında pik yapar, bu pik yaşlılığa bağlı değişikliklerin ortaya çıkaracağı problemlerin de belirleyicisidir. Sigara içmeyen erkeklerde, zorlu vital kapasite her 10 yılda 0,2 – 0,3 litre arasında azalır. Kadınlarda değişiklikler nispeten daha azdır ve daha yavaştır. Total akciğer hacmi yaşla beraber belirgin bir değişiklik göstermez. Fakat yaş ilerledikçe, rezidüel hacim kapanma hacminin yüksek olmasından dolayı artar. İlerleyen yaşla birlikte akciğerlerde silial aktivite azalır ve savunma sistemi zayıflar. Bu iki değişiklik, yaşlılarda akciğer enfeksiyonu riskinin artmasına yol açar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı olarak solunum sayısında artma, akciğer genişlemesinde de azalma gerçekleşir. Buna bağlı yaşlılarda nefes almada güçlük ve öksürme güçlüğü gelişebilmektedir (Altay, 2003; Ersan ve Arnoğul, 2002; Ölüç, 2007; Açıkkel ve ark., 2008).

### **2.6.3. Gastrointestinal Sistem**

Yaşla beraber tükürük bezlerinde az da olsa bir dizi anatomik değişiklik olur. Asiner hücrelerde azalma olur. Tükürük elektrolitlerinde ve protinde değişiklik olmaz. Oral mukozanın epitelyumial kısmında incelme olur. Diş etlerinde çekilme olur, diş sementumu açığa çıkar. Bu da yaşlı hastalarda özellikle kanal çürüklerine yatkınlığı artırır. Yaşlı kişilerin lokmayı çiğnemeleri dişler tam olduğunda bile daha az etkilidir. Dolayısıyla lokmayı ağızlarında daha uzun süre tutarlar, daha büyük parçalar yutarlar. Yutma daha az koordine edilir. Özellikle üst üçte birlik kısımda çizgili kaslarda hipertrofi, alt üçte ikide ise düz kaslarda kalınlaşma olur. Peristaltizmi koordine eden miyenterik ganglion hücrelerinde azalma olur. Peristaltizm sırasında özafajial kontraksiyonların

amplitüdü azalır, fakat yiyeceğin hareket etmesinde aksama yoktur. Primer özafajial kontraksiyonların başlangıcı, hızı ve süresinde değişiklik yokken, sekonder kontraksiyonlar oldukça azalmıştır (Ölüç, 2007).

Yaşlanma ile birlikte mide mukozasında atrofi, mide boşalmasında ise hafif bir gecikme gözlenir (Altay, 2003; Brazeau, 2001).

İnce bağırsakta yemek borusuna karşı motilitede azalma olur. Kalsiyum, demir, laktoz, ksiloz ve vitamin D absorpsiyonunda azalma olur. Laktaz düzeyi azalır, bu da birçok yaşlı kişide süt ürünlerine karşı intolerans yaratır. Bunun yanı sıra, yağda kolay çözünen bileşimlerin (vitamin A, Vitamin K ve kolesterol) absorpsiyonu hızlıdır (Ölüç, 2007).

Kalın bağırsak motilitesinin azalması nedeniyle de konstipasyon yaygın olarak görülür. Opioid reseptörler arttığından yaşlılarda ilaçlara bağlı konstipasyona yatkınlık artmıştır (Ölüç, 2007). Yaşlılarda konstipasyon sorunu olduğu zaman uygun diyetin düzenlenmesi, gece yatarken ılık su içilmesi, sakıncalı olmadığı durumlarda kayısı – erik kompostoları ve hafif aktiveteler yapılması ve düzenli defekasyon alışkanlığı kazanılması önerilebilir (Altay, 2003; Brazeau, 2001).

Yaşla beraber karaciğer kütlesi azalır. Hepatik kan akımı her 10 yılda %10 azalır. Fakat fonksiyonel olarak, rutin karaciğer fonksiyon testlerinde değişiklik gözlenmez. Vitamin K bağımlı pıhtılaşma faktörlerinde azalma olur. Safra kesesinin anatomisi ve fonksiyonları yaşlılarda iyi korunsa da safra kompozisyonunun litojenik indeksi artar, bu da yaşlı kişilerde kolesterol safra taşı oluşumunu artırır. Pankreasın sindirimle görevli enzimlerinde ve bikarbonat üretiminde normal yaşlanmayla değişiklik olmaz (Ersan ve Arıoğul, 2002).

#### **2.6.4. Renal Sistem**

Böbrekler yaşla beraber hem anatomi hem de fonksiyon açısından değişmekle birlikte, bir zorlukla karşılaşmadıkça sıvı ve elektrolit dengesini oldukça iyi dengede tutar. Otuz ve 80 yaşları arasında renal kitle %25–30 oranında azalır, yerini fibröz doku ve yağ dokusu alır. Özellikle renal kortekste olan değişiklikler belirgindir. Dolayısıyla en uzun, idrarı maksimum konsantre etme yeteneğinde olan nefronlar kaybolurlar. Glomerüllerin, diffüz skleroze olarak 75 yaşına gelindiğinde %30'u harap olmaktadır. Filtre eden yüzeyde azalma olur. Bazal membran amino asit hidroksilasyonu nedeniyle kalınlaşır ve şeker içeriği artar. Renal piramitlerde interstisiyel fibrozis görülür. Toplayıcı

kıvrımların sayısı ve uzunluğu azalır. İntrarenal vasküler yapılarda ise, afferent arteriollerde spiralleşme, büyük arterler ve efferent arterlerin boyutunda azalma olur. Bu anatomik yapılarda değişiklik fonksiyonlarda önemli değişikliklere yol açar (Ölüç, 2007).

Yaşla beraber kreatinin klirensinde çizgisel bir azalma vardır. Fakat bir yaşlıdan diğerine değişik de gösterir. Bunun yanısıra idrar asidifikasyonunda azalma, asid yükünü atmada bozukluklar olur. İdrarı maksimum dilue etme ve su yükünü atmada da bozukluklar vardır. Yaşlı böbreklerde tübüler transport ve tübüler sayıda azalma olduğundan amino asit ve glukoz tutma özelliği de bozulmuştur ve glukoz eşiği daha düşüktür. Volüm kaybı veya tuz kısıtlamasına renin yanıtı azalmıştır. Atrial natriüretik peptid yaşla artar, aldosteron salınımını baskılayabilir. Ancak, anjiotensin konverting enzim inhibisyonunun renal kan akımı üzerine etkisi korunmuştur. Yaşla beraber böbreğin hormonal fonksiyonu olan, vitamin D hidroksilasyonu, paratiroid hormon, kalsitonin ve glukagon metabolizması yavaşlar. Eritropoetin üretimi ise yaştan etkilenmez (Ersan ve Arıoğul, 2002).

Yaşlılıkla beraber nefron ünitelerinin progresif olarak kaybedildiği bilinmektedir. Buna paralel olarak böbrek fonksiyonları da, yaşlanma ile beraber yaklaşık %50 azalmaktadır ve böbrek yetersizliğine yakalananların sayısında artış olmaktadır. Mesanenin kapasitesi ilerleyen yaşla birlikte azalır. Vücudun bağışıklık sisteminin zayıflaması ve idrar retansiyonunun oluşması nedenleri ile yaşlılarda boşaltım sistemi enfeksiyonlarına da eğilim fazladır (Arpacı, 2005).

Yaşlı kadınlarda üretranın kısa olması, sfinkter adalelerin gevşemesi, mesane kapasitesindeki azalma, idrar konsantrasyon ve asidifiye etme özelliğini yitirmeleri, çoğunlukla glikozürinin varlığı ve hijyen şartlarına uymadaki güçlük üriner enfeksiyona yatkınlıklarını artırmaktadır. Yaşlı erkeklerde ise prostat hipertrofisi, üriner staz, sonda kullanımı veya aletle müdahale gibi gerekli şartlar üriner enfeksiyonun oluşması için uygun ortam yaratır (Beğer, 2004).

#### **2.6.5. Metabolik ve Endokrin Sistem**

Yaşla beraber açlık kan şekerinde hafif artma olur. Bu artış 20 yaşından sonra yaklaşık olarak her 10 yılda %1 kadardır, fakat klinik olarak belirgin bir yükseliş değildir. Vücut kompozisyonunun değişimi (yağ oranında artma, kas kütlelerinde azalma), glukoz yanıtında değişikliklere sebep olan nedenlerdendir. Yaşlı pankreas

tarafından hiperglisemik durumlarda insülin sekresyonu bozulsa da plazma insülin düzeyi yaşla beraber yükselir. Bu muhtemelen insülinin vücuttan atılımında azalma olmasındandır. Periferal dokularda genel olarak insülin sensitivitesi azalmıştır. Sedanter hayat tarzı glukoz toleransının bozulmasında rol oynarken, egzersiz çalışmaları ileri yaşta bile glukoz toleransını düzeltebilir. Tiroid bezi ileri yaşlarda hacim olarak küçülür, daha fibrotik ve nodüler hale gelir. Dolaşımdaki tiroid hormon düzeylerinde rutin olarak bir değişiklik gözlenmez, fakat T4 metabolizması yavaşlamıştır. Yaşla beraber T4'ün T3'e konversiyonu azaldığından, hem total hem de serbest T3 düzeyi hafifçe azalsa da normal sınırlarda kalır. Tersine reverse T3 düzeyi artar, fakat bu da normal sınırlar içinde kalır. Tirotropin yaştan etkilenmez ve tiroid fonksiyonlarının doğru bir göstergesi olarak kalır (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

İleri yaşta kandaki diğer hormon düzeylerinde bazı değişiklikler olur. Kadın ve erkekte; paratiroid hormon, insülin, vazopressin, atrial natriüretik, peptid, foliküler stimüle hormon, luteinize hormon, leptin artarken; epinefrin, kortizol, tiroksin, tirotropin, adrenokortikotrop hormon, glukagon aynı kalır. Triiodotironin, büyüme hormonu, insülin benzeri büyüme faktör, dihidroepiandrosteron, dihidroepiandrosteron sülfat, renin, aldosteron, androsteron azalır (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

Kadınlarda overial testosteron artarken, östron, östrodiol, progesteron, testosteron azalır. Erkeklerde dehidrotosteron, serbest östron, serbest östrodiol artarken, dehidrotosteron aynı kalır, testosteron ve serbest testosteron azalır (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

Yaşlanma süreci ile birlikte insüline yanıt azalır ve kan glukoz değerleri yükselmeye başlar ve zamanla DM gelişir. Diyabetik hastalarda çoklu ilaç kullanımının oluşması için birçok faktör rol oynamaktadır. Yalnızca sıkı bir glisemik kontrol yeterli olmayıp eşlik eden çeşitli komorbiditenin varlığı nedeniyle ilaç tedavisi önemli yer tutmaktadır. Tip 2 diyabette iyi glisemik kontrolün önemi gittikçe daha çok anlaşılmaktadır (Good, 2002). Yağsız doku kitlesindeki azalma nedeniyle Bazal Metabolizma Hızı (BMH) azalmaktadır (Karadakovan, 2005).

#### **2.6.6. Kas – İskelet Sistemi**

İleri yaşta kaslarda görülen değişiklikler bir kişiden diğerine değiştiği gibi, aynı kişide farklı kas grupları da farklı yaşlanır. Genel olarak 30 yaşından 80 yaşına kadar vücut ağırlığına oranla kas kütlesi %30–40 azalır. Kas kuvveti azalır, kas kasılması da

değişir. Ayak bileği dorsifleksiyonuna bakıldığında pik gerginliğe ulaşması yavaşlar ve daha yavaş gevşer. Yaşla beraber tendonların ve bağların su içeriği azalır ve sertlik artar. Vücut kollajen dönüşümü azalır, böylece tendon ve bağların yeniden oluşumu yavaşlar. Eklem kıkırdağında belirgin değişiklikler olur. Eklem kıkırdağı, gerilim kuvvetinde azalma olur, kıkırdak kompozisyonunda belirgin kimyasal değişiklikler olur. Kıkırdağın su içeriği azalır. Proteoglikan monomer içeriği azalır, protean monomerleri polimerler halinde tutan protein bağında kırılmalar oluşur. Böylece polimer boyutları küçülür. Kondroidin sülfatta da birtakım değişiklikler olur. Kreatin sülfat artar. Kıkırdaktaki hiyalürinik asit artar, sinovial sıvı miktarında ise azalma olur (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

İleri yaşla beraber, hem erkeklerde hem de 15–20 yıldır menopozda olan kadınlarda hızla kemik kaybı olur (%0,5–3). Yaşla beraber paratiroid hormon düzeyinde artışla beraber kanda dolaşan vitamin D, büyüme hormonu ve insülin benzeri büyüme faktörlerinin azalması bir araya gelince, Tip II (senil) osteoporozis dediğimiz tablo oluşur. Postmenopozal kadınlarda ise, menopozu takip eden 10–15 yıl içerisinde hızlı kemik kaybı oluşur. Etki mekanizması tam olarak açıklığa kavuşturulamamışsa da, düşük östrojen düzeylerinden dolayı kemik ve kemik iliğince interlökin-1, interlökin-6 ve tümör nekrozis faktör üretimi artar. Bu sitokinler osteoklast aktivitesini stimüle ederler. Ayrıca östrojen eksikliğinin lokal ve sistemik olarak büyüme faktörlerini özellikle büyüme faktör ve insülin benzeri büyüme faktör 1 ve 2'nin üretimini de inhibe ettikleri bilinmektedir (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

Yaşlanma, kemik dokusunun hem miktarını hem de niteliğini etkiler. Kemik kitlesinde ve kuvvetinde azalma meydana gelir. Yaşlanmaya bağlı kemik kaybı kadınlarda menopoz sonrası hızlanır, osteoporoza yol açabilir. Osteoporoz da kemik kırılma risklerini artırır, bu risk 50 yaş üzerinde kadınlarda %40, erkeklerde ise %13'tür (Karadakovan, 2005). Bilinen bir gerçek var ki yaşlılıkla beraber kronik ve dejeneratif eklem hastalıklarının görülme sıklığı daha da artmaktadır. Yaş artıkça eklem yakınmaları da artmaktadır. 16 – 24 yaş grubunda eklem yakınmaları %5 iken, 85 yaş ve üzerinde %54'e çıkmaktadır (Bakar ve ark., 2002).

Altmış beş yaşındaki bireylerin kas kitlesi de % 25–30 oranında azalmıştır. Kas kitlesindeki azalmaya, vücudun yağ depolamadaki artışı eşlik eder. Kas kitlesinin kaybı kol ve bacaklarda incelmeye neden olurken, gövdede yağ birikmesi genel görünümü

değiştirir. Yaşlı kaslar daha çabuk yorulur. Uzun süre kasılı kalamazlar. Ayrıca yaşlı kaslarda miyogloblin ve ATP (Adenozin Trifosfat ) depolarının azalması da yorulmayı çabuklaştırır (Arpacı, 2005).

### **2.6.7. Sinir Sistemi**

Normal yaşlanmayla beynin ağırlığı belirgin olarak azalır. Beynin kan akımı %20 azalır, serebral otopregülasyonda azalmalar olur. Yaşa bağlı nöron kaybı diffüz değildir ve yeni teknikler kullanılarak yapılan son araştırmalara göre eskiden sanıldığından daha azdır. En belirgin kayıplar büyük nöronlarda görülmektedir. Örneğin, diğer hücreler aynı kalırken serebellum purkinje hücreleri ölür. Subkortikal bölgelerde locus cereleus ve substantia nigra'dan kayıplar olur. Beyin nöron kaybında apoptozisin de rolü olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Genel olarak, kortikal nöronlarda dendritik bağlarda azalma olur. Beynin bazı bölgelerinde özellikle hipokampus ve frontal kortekste lipofuksin birikir, fakat bunun fonksiyon üzerine etkileri bilinmemektedir. Kan damarlarında amiloid birikimi, nörofibriler kıvrımlar ve senil plaklar normal yaşlanan bir beyinde görülebilir, ancak bu Alzheimer Hastalığı'nda görüldüğü kadar yoğun değildir. Nörotransmitter sistemlerde de değişiklikler olur. Örneğin kolin asetilaz, kolinerjik reseptörler, aminobütirik asid, serotonin ve katekolaminler daha düşüktür. Bu azalmış düzeylerin klinik olarak anlamı tam bilinmese de bazı fonksiyonel değişikliklerde rol oynayabilir. Örneğin Alzheimer Hastalığı'nda düşük asetiltransferaz düzeyleri gibi. Tersine, monoamin oksidaz gibi bazı enzim aktivitelerinde artış olur. Bütün bu değişikliklerin negatif ve pozitif yönleri dış faktörlerce de etkilenir (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

Yaşlı kişiler, özellikle de santral sinir sisteminde rahatsızlığı olanlar, ilaç etkilerine karşı daha duyarlıdır. Birçok kişi için etkili ve güvenilir olan uyku ilaçları, yaşlı bir kişiyi konfüze edip, deliryuma sokabilir. Herhangi bir santral sinir sistemi rahatsızlığı olmayanlarda entellektüel performans en azından 80'li yaşlara kadar korunur. Fakat bazı işleri yerine getirmek daha uzun sürebilir. Bu da santral sistemde biraz yavaşlamayı gösterir. Dil fonksiyonları özellikle de kelime hazinesi 70'li yaşlara kadar daha iyi korunur. Diğer daha az belirgin değişiklikler, öğrenmede zorlanma (özellikle yabancı dilleri) ve klinik önemi olmayan unutkanlıktır (Ersan ve Arıoğul, 2002; Ölüç, 2007).

Yaşlanma ile merkezi sinir sistemini oluşturan sinir hücrelerinde kayıplar olur. Öğrenme ile bilgi depolama (bellek) yeteneklerinde azalma olur. Uyku derinliği azalır ve sık uyanmalarla uyku bölünebilir. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin en sık rastladığı nöropsikiyatrik rahatsızlığı olan demansın bu yaş grubunda görülme oranı %4'dür ve demanslıların yaklaşık yarısını Alzheimer hastalığı oluşturmaktadır (Özcan, 2010).

#### **2.6.8. Bağışıklık Sistemi**

Yaşla beraber immün fonksiyonlarında azalma görülür. Bu durum yaşlılarda, enfeksiyonlara karşı mücadele gücünü azaltır. Ayrıca deri asiditesindeki düşüş, toplam lenfosit sayısındaki azalış, lökositlerin enflamasyon alanına ulaşma hızındaki iniş, enflamasyona lökosit yanıtındaki gecikme enfeksiyon riskini artırmaktadır (Arpacı, 2005; Demircan, 2009).

Pnömonokok ve influenza aşılı kronik hastalığı olan yaşlılarda mortalite ve morbiditesi yüksek olduğundan tüm yaşlılara önerilmektedir. İnfluenza aşısı hem toplumda, hem de bakım kurumlarında yaşayan yaşlılarda influenza ya da pnömöniye bağlı hastaneye yatışları ve tüm nedenlere bağlı ölümleri azaltmaktadır (Aydın, 2009). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nce ücretsiz olarak 65 yaş ve üzerine ödenen pnömokok ve influenza aşısı birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yaygınlaştırılmalıdır.

Yaşlılarda kaza geçirme riski de yüksek olduğu için tetanoz aşısı da korunmada önemli bir yer tutmaktadır (Bourée, 2003; Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

#### **2.6.9. Deri**

İlerleyen yaşla birlikte epidermis inceler. Yaşlanma ile beliren deri kırışıklıkları, bağ dokusu dermisteki değişikliklerin bir sonucudur. Sonuç olarak dermisin sık sık katlandığı bölgelerde, özellikle göz ve ağız kenarları ile alında kırışıklıklar belirir (Arpacı, 2005). Yaşlıda deri ince, nazik, yaralanmaya ve basınca karşı duyarlı olup, deri yüzeyine yakın kapiller damar sayısının azalmasına bağlı olarak cildin kanlanması azalır. Deri altı yağ dokusu azaldığından kırışıklıklar ve torbalanmalar meydana gelmektedir. Ayrıca ter bezlerinin azalmasından dolayı deride kuruluk dikkati çeker. Bütün bu morfolojik değişimler piyodermilerin gelişmesini kolaylaştırır (Beğer, 2004).



### 2.6.10. Duyular

Yaşla beraber, göz anatomisinde bir dizi değişiklikler olur. Periorbital dokular atrofiye uğrar, göz kapakları gevşekleşir. Lakrimal bez fonksiyonu, göz yaşı oluşumu, goblet hücre fonksiyonu azalır. Azalmış göz yaşına rağmen, periorbital doku atrofisinden dolayı, lakrimal punktum yer değiştirir ve drenajın azalmasıyla gözde sulanma olur. Konjunktiva atrofiye uğrar ve rengi sararır (Ölüç, 2007).

Dokunmaya karşı korneal duyarlılık ileri yaşta %50 azalır. İris daha sert hale gelir, pupil daha küçük ve daha yavaş yanıt verir hale gelir. Retina nöron kaybından dolayı inceler. Lens ve iriste değişiklikler presbiyopia denilen değişikliklere yol açar. Lens elastisitesinde azalma ve silier kaslarda atrofiden dolayı, yakındaki nesnelere odaklanmak için gereken uzaklık artar. Bu, sinsice 40'lı yaşlarda başlar. Durağan cisimleri net olarak görme dereceli olarak azalırken, hareketli cisimleri net olarak görme daha belirgin olarak azalır. Yaşlı göz, ışıpta değişikliklere daha yavaş adapte olur, çünkü iris daha rijid, lens daha opaktır. Lenste değişiklikler ışık dağılımında belirgin artışa sebep olur, yaşlılar parlamalara daha hassastır. Katarakt ameliyatlarından sonra, göz kamaşmaları normale döner. Ayrıca kontrast duyarlılığında azalmadan dolayı, hedef ve geri planın birbirinden ayrılmasında güçlük çekebilir. Yaşanılan ortamın dekorasyonunda kontrastın artırılması gereği hatırlanması gereken bir faktördür (Ölüç, 2007).

Duyuma ile ilgili sistemlerde de fonksiyonel azalmalara sebep olacak birtakım anatomik değişiklikler olur. Dış kulak kanalı atrofiye olur, duvarları inceler. Buşon daha kuru hale gelerek tıkanma yapma olasılığı artar. Timpanik membran kalınlaşır, daha mat ve beyaz görünür. Yine de ses iletimi korunmuştur (Ölüç, 2007). İç kulakta değişen derecelerde değişiklikler olur; korti organında kıl hücrelerinde kayıp, kohlear nöronlarda kayıp, basilar membranda sertleşme ve işitme ile ilgili işitsel mekanizmalarda kalsifikasyon, stria vaskularis kapillerlerinde kalınlaşma ve spiral ligamentte dejenerasyon. Bütün bu değişikliklerin özeti, hem yüksek hem de alçak frekanslı işitmede azalmadır. Yaşla dildeki papilla sayısı azalsa da, nörofizyolojik yanıtlar değişmez. Fakat koku alma keskinliği azaldığından, tat alma değişir. Kokuları ayırt etme eşik düzeyi 80 yaşında %50 artarken, tanıdık kokuları hatırlama %15 azalır. Bütün bunlar sonucu yemekten zevk alma azalır ve yaşa bağlı olarak karışık yiyeceklerdeki tatları ayırt etme özelliğinde azalma olur (Ersan ve Arıoğul, 2002).

Önlenebilecek olan görme ve işitme kayıplarının erken tanısı açısından yaşlılar oftalmolojik ve odyolojik kontrollerini ihmal etmemelidirler (Akgün ve Erdal, 2007; Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010)

#### **2.6.11. Üreme Sistemi**

Kadınlarda overler, uterus, vajina ve göğüslerde belirgin anatomik değişiklikler olur. Overler menopoz sonrası dönemde 20 gr'dan 2,5 gr'a düşerler. Fibrotik ve içe dönük hale gelirler. Corpus luteae ve corpora albicantia atrofiye uğrar, overlerin foliküler stimüle hormon ve lutinize hormona yanıtı azalır. Östrojen ve progesteron üretimi azalır. Testosteron ve androstenedoin üretimi, overial ve adrenal androjenlerin testosterona ve östrona dönüşümü azalmıştır. Vajinal sekresyonları azalır, pH artar, mikrobiyal flora değişir, vajinal lubricasyon (kayganlık) azalır.

Erkeklerde üreme yeteneğinde dereceli bir azalma vardır, yine de kadınlar gibi tamamen kaybetmezler. Sperm üretimi azalır, kromozal anormallikleri de artmıştır. Seminiferöz tubuller dejenere olur. Sertoli hücreleri daha çok çekirdekli olur ve daha az Leydig hücresi görülür. Benign prostat hiperplazisi 85 yaşlarındaki erkeklerin %90'ında bulunur. Bunun hastalık sonucu mu yoksa yaşlanmanın bir parçası mı olduğu tam açıklanmış değildir. Prostat sekresyonlarının hacmi azalır. Total ve serbest testosteron miktarı azalır. Seks hormon bağlayan globulin yaşla arttığından, testosteronun serbest kısmının miktarı yaşla beraber lineer olarak azalır, bu kısmen de testiküler azalmadandır. Foliküler stimüle hormon salınımını kontrol eden serum inhibin düzeyi yaşla azalır. Luteinin hormonu erkeklerde daha az bioaktif olabilir. Ayrıca santral sinir sisteminin yaşla beraber foliküler stimüle hormon ve luteinize hormon üzerine kontrol edici etkisinde değişiklik olduğuna dair kanıtlar da vardır (Ersan ve Arıoğlu, 2002).

#### **2.6.12. Psikososyal Değişiklikler**

Yaşlılık döneminde görülebilen bazı sosyal ve fizyolojik değişiklikler beraberinde psikolojik sorunlar getirmektedir. Yaşlılarda bir ya da daha fazla kronik hastalık olması nedeniyle yaşam biçimi değişiklikleri, kronik hastalıkların neden olduğu psikolojik sorunlar hem yaşlı bireyi hem de yaşlıya bakım veren bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlanma ile birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında azalma görülebilir. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya hareketlerdeki yavaşlama da eşlik edebilir. Yaşlıda mutsuzluk, depresyon, öz güven

kaybı, endişe, öfke, suçluluk duygusu, paranoid davranışlar ve egoizm görülebilir (Arpacı, 2005).

### **2.6.13. Beden Bileşiminde Değişme**

Yaşlanma, kas ipliklerinde büzülme kaybı ile belirginleşir. Aynı zamanda kemiğin mineral ve yumuşak doku içeriğindeki yıkım, yapım sürecinden daha çoktur. Kemik ve kaslardaki bu kayıplar, boyun kısalması, kemiklerin kırılabilirlik riskinin artması, derialtı yağ tabakasının incilmesi, diş kayıpları, bacaklardaki eğrilikler ve kamburlaşma gibi değişikliklere neden olur. Kasların belirli hareketleri yapabilme yetenekleri azalır (Arpacı, 2005).

Yağ kitlesi oranı 65 yaş ve üstü bireylerde 25 yaşındaki genç bir insana göre %10 – 20 arasında artmaktadır. Buna ilaveten vücut su miktarında %10 – 15 azalma olmaktadır (Kırılmaz, 2010).

### **2.7. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Sorunlar**

Yaşlının; sadece organ, sistem veya hastalık bazında değil işlevsellik bazında ve multidisipliner bir anlayışla değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlılarda hastalıklar sık görülmekle birlikte, hastalıklar ilerleyen yaşın doğal ve kaçınılmaz sonucu değildir. Yani yaşlılıkta sağlık sorunlarında yaş tek belirleyici değildir (Ölüç, 2007). 65 yaş ve üzeri kişilerin çoğunda bir veya daha fazla hastalık bir arada bulunmaktadır. Bu nedenle hastanelerde en uzun süre kalan hastalar ileri yaş grubundakilerdir.

Yaşlı kişiyi değerlendirme değişik birçok problemi kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve en önemlisi çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalıdır. Belli bir organ sistemine veya hastalığa ait olmayan, bazı belirtilere, yaşlı hastalarda sık rastlanmaktadır. Yaşlı hastada baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, baş dönmesi, nefes darlığı, inatçı, öksürük, ses kısıklığı, göğüs ağrısı, ele gelen kitle, kabızlık, sık idrara çıkma, çok su içme, anormal kanama gibi durumlar dikkatle değerlendirilmelidir. Yaşlıların ve aile fertlerinin bu belirtileri “yaşlılıktandır” diyerek doğal karşılımları hatalı bir yaklaşımdır. Bu belirtiler hekime mutlaka iletilmelidir. Önemli hastalıkları atlamamak gerekir ki, bu semptomlar önemli hastalık belirtisi olabilir. Bu semptomlara bağlı olabilecek daha önemli sorunlardan bazıları şunlardır.

**Baş ağrısı;** yaşlılarda ani olarak başlayan baş ağrısı, beyin tümörüne veya temporal arterit denilen damar hastalığına bağlı olabilir. Boyun omurlarındaki kırık

dejenerasyonu veya kireçlenmeye bağlı olarak enseye yayılan baş ağrılarının olabileceği de göz önüne alınmalıdır.

**Halsizlik;** aniden gelişirse miyokard enfarktüsü, beyin damarları ile ilgili hastalıklar veya bir enfeksiyon akla getirilmelidir. Süreğen bir şekilde gelişen halsizlik ise kalp hastalığını, kansızlığı, süreğen akciğer hastalıklarını, tiroid bezi hastalıklarını, bu ilaçların olası yan etkilerini ve bazı psikiyatri ilaçlarının yan etkilerini düşündürmelidir.

**İştahsızlık;** depresyon, süreğen karaciğer, böbrek veya mide- barsak sistemi hastalıkları yanında tat veya koku alma duyusunda kayıp olan yaşlılarda yeme isteğinde azalmaya bağlı olabilir.

**Baş dönmesi;** sıklıkla boyun damarlarındaki sorunlara bağlı olarak beyin kanlanmasında ortaya çıkan bozukluğa bağlıdır. İç kulak hastalıkları, beyincik ve beyin sapı ile ilgili sorunlar veya tansiyon düşmesi sonucunda gelişir.

**Kabızlık;** beslenirken lifli besinlere yer verilmemesine, karın ve kalça adalelerinde kuvvet kaybına bağlı olarak gelişebilir.

**Göğüs ağrısı;** kalp damar hastalıklarına, enfarktüse, atardamar yırtılmalarına, akciğer damarlarında tıkanıklığa, göğüs boşluğunda hava toplanmasına, pnömoniye, kalp zarı iltihabına, safra kesesi hastalıklarına, ülsere, sinir ucu iltihaplarına, yemek borusu hastalıklarına veya kas iskelet hastalıklarına bağlı olabilir.

**Bayılma;** beyin kan akımının azalmasına bağlı olarak gelişebilir. Kalp atımında düzensizlik, tansiyon düşmesi, damar sisteminde bozukluklar, beyin damarlarında tıkanıklık veya kanama, kalbin pompalama sistemindeki bozukluklar bayılma ve bilinç kaybına neden olabilir. Bazı ilaçların da bilinç kaybı yapabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir. Diüretik, tansiyon, kalp, depresyon veya başkaca psikiyatrik hastalıklar için ilaçlar bayılmaya neden olabileceğinden bilinç kaybı gelişen hastaların yakınları mutlaka hastanın kullanmakta olduğu ilaçları hekime bildirmeli ya da hastaneye giderken ilaçları yanlarına almalıdır (Ölü, 2007; Kutsal, 2005; Bilir, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2002).

## 2.8. Aktif Yaşlanma

Birleşmiş Milletler yaşlı insanlar için beş temel ilke benimsemiştir (Birleşmiş Milletler, 2007);

- Bağımsızlık,
- Katılımcılık,
- Bakım,
- Kendine yetebilme
- Huzur).

Bu sözcükler mutlu ve üretken bir yaşlılık sürecini çağrıştırmaktadır. Mutlu ve üretken yaşlılığın yolu ise sağlıklı yaşlanmadan geçer. DSÖ'nün 1998 Sağlık Raporundaki verilere göre Türkiye'de her yüz kişiden 38'i 50 yaşına varmadan ölmektedir (WHO,1998b). Sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin arttırılması, yataklı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Unutulmamalıdır ki her yaşlı birey, toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalıdır (Kutsal, 2006).

DSÖ sağlığı, yalnızca sakatlık ve hastalıkların olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumu olarak tanımlamıştır (WHO, 2006). Yaşam boyunca sağlığı korumak ve geliştirmek için yapılan çalışmalar sağlıklı yaşlanma olarak adlandırılabilir. Giderek nüfusun daha büyük bölümü yaşlı olarak yaşamını sürdürmekte, bu durum da sağlıklı yaşlanmanın önemini ortaya koymaktadır. Sağlıklı yaşlanma Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı içinde yer almaktadır, bu yaklaşımda tüm sağlık sistemleri için, kişileri yaşlılık döneminde kronik hastalıklardan, yeti yitiminden korumak ve mental sağlığın sürdürülmesini sağlamak ayrıcalıklı bir sorumluluk olarak önerilmektedir (İlhan, 2008).

Başarılı yaşlanma yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın en temel göstergeleridir. Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel

özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir (DPT, 2007).

Aktif yaşlanma, kişi yaşlandıkça yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını düzenleme sürecidir (WHO, 2002a). Sağlıklı yaşam beklenti süresini ve yaşam kalitesini sakat ve bakıma ihtiyacı olanlar dahil herkes için uzatmayı hedeflemektedir (WHO, 2001).

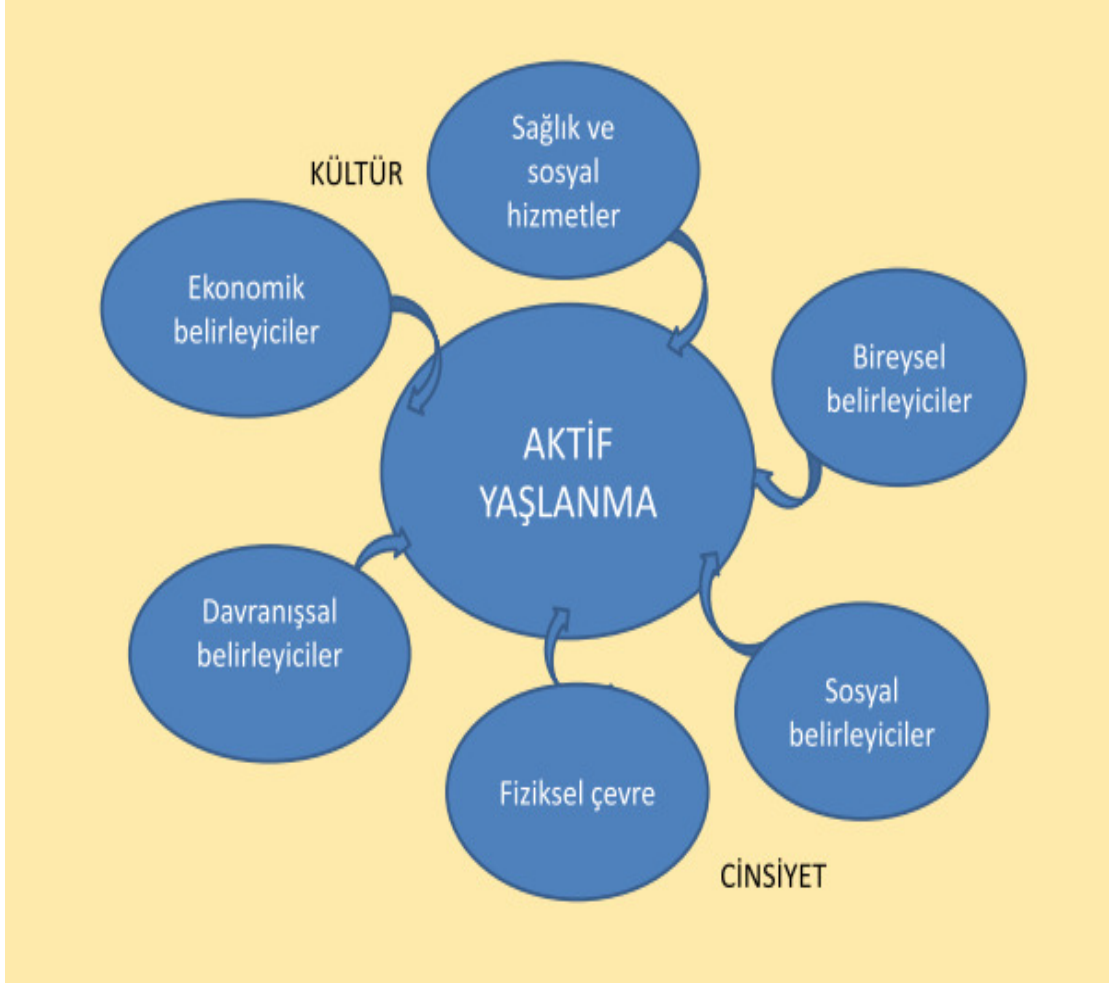
Sağlığı etkileyen değişik faktörlerin yaşam üzerindeki etkisi bilinirse, yeni bilgiler doğrultusunda aktif yaşlanmanın üç komponentine (sağlık, katılım ve güvenlik) yönelik yaklaşımlar geliştirilebilir. Örneğin, infant döneminde ‘uyarı ve güvenli sevginin’ kişinin öğrenme ve diğerleri ile geçinme yeteneğini tüm yaşamı boyunca etkilediği düşünülmektedir. Yetişkin yaşamın belirleyicisi olan işin, kişinin yaşlılığa finansal olarak hazırlanmasında etkisi büyüktür. İnsana kıymet veren, yüksek kaliteli ve uzun süreli bakıma ulaşılabilirlik, yaşamın ileriki yıllarında özellikle önemlidir. Gençler ve yaşlılar nüfusun en hassas gruplarını oluşturmuştur (Toprak ve ark., 2002).

“Aktif yaşlanma” terimi, DSÖ tarafından 1990’ların sonunda benimsenmiştir. Sağlıklı yaşlanmadan daha kapsamlı bir içerik benimsenmiş ve sağlık bakımına ek olarak kişilerin ve toplumların yaşlanmasına etki eden faktörler de göz önüne alınmıştır. Aktif yaşlanma, kişileri, aileleri ve ulusları çevreleyen birçok etkene bağlıdır. Aktif yaşlanmanın belirleyicileri Şekil 4’de gösterilmektedir (WHO, 2002a).

### **2.8.1. Karşılıklı Etkileşen Belirleyiciler:**

#### *Kültür ve cinsiyet*

Kişileri ve toplumları çevreleyen kültür, aktif yaşlanmanın diğer tüm belirleyicilerini etkilediği için yaşlanma biçimini şekillendirir. Kültürel faktörler sağlıklı davranış arayışını da etkiler. Cinsiyet, değişik politik seçeneklerinin uygunluğunu ve bunların kadın ve erkeklerin iyilik halini nasıl etkileyeceğini göz önüne alması gereken bir ‘mercek’tir (WHO, 2002a). Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır, ama daha uzun yaşamak sağlıklı yaşlanmak anlamına gelmemelidir. Yaşlılıkta izlenen hastalıklarda cinse bağlı farklılıklar izlenebilmektedir. Kadınlar uzun yaşadıkça yaşlılığa bağlı kronik hastalıklarla daha fazla karşılaşmaktadırlar (WHO, 1999).



**Şekil 4:** Aktif yaşlanmanın belirleyicileri

#### **2.8.2. Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Sistemleri ile İlgili Belirleyiciler:**

Aktif yaşlanmayı sağlamak için, sağlık sistemlerinin yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri ile uzun süreli bakıma eşit erişmeye odaklı bakış açısına ihtiyacı vardır (WHO, 2002a).

*Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma:*

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını geliştirmelerini ve kontrol altına almalarını sağlama sürecidir. Hastalıkların önlenmesi ise kişiler yaşlandıkça sıklıkla karşılaştıkları bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanma gibi hastalık ve durumların önlenmesini içerir (Toprak ve ark., 2002).

Hastalıklardan korunma stratejileri ki bunlar enfeksiyon hastalıklarını da içerebilir, her yaş grubu için bütçede tasarruf sağlanması demektir. Örneğin; ileri

yaştaki yetişkinlerin influenzaya karşı aşılınmasıyla, bir aşı için harcanan 1 dolara karşılık, tedavide 30 ile 60 dolar tasarruf sağlandığı tahmin edilmektedir (WHO, 2002a). DSÖ 2001 yılında aktif yaşlanma programı çerçevesinde dünya çapında sağlıklı yaşlanmaya yönelik sağlığı geliştirme hareketi başlatmıştır (WHO, 2001).

*Tedavi edici hizmetler:*

Dünyada küresel hastalık yükünde kronik hastalıkların önemli bir yer tutmaya başlaması ile “bul ve düzelt” modeli yerine sürekli, koordineli ve kapsamlı bakım hizmetlerine ağırlık verilmeye başlanmıştır. Bu, halen akut hastalıklar etrafında organize edilmiş olan sağlık sistemlerinin yeniden organizasyonunu gerektirir. Sağlık hizmetleri sunumunda, mevcut bakım modelleri, hızlı yaşlanan nüfusun ihtiyacını karşılamakta yetersizdir. Nüfus yaşlandıkça kronik hastalıkları geciktirmek ve yaşam kalitesini geliştirmek için kullanılan tıbbi müdahale yöntemlerine talep artacaktır (WHO, 2002a).

*Uzun süreli bakım:*

Uzun süreli bakım “kendi bakımını tümüyle yapamayan kişilerin, olası en fazla bağımsızlık, otonomi, katılım, kendi kendine yeterlilik ve haysiyeti ile kişisel tercihlerine göre olası en üst düzeyde yaşam kalitesi elde edebilmesini sağlamak için resmi olmayan bakıcılar (aileler, arkadaşlar, komşular) ve/veya sağlık ve sosyal hizmetler uzmanları tarafından alınan aktiviteler bütünü” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2000).

*Ruh sağlığı hizmetleri:*

Aktif yaşlanmada önemli rol oynayan ruh sağlığı hizmetleri, uzun süreli bakımın bir parçası olarak entegre edilmelidir. Yaşlılarda tanısı konulmamış ruhsal bozukluklara özellikle depresyon ve intihar eğilimlerine karşı dikkatli olunmalıdır (Arslan, 2011).

**2.8.3. Davranışsal Belirleyiciler:**

Yaşam biçimi, geniş toplum kesimlerini etkilemesi ve değiştirilmesi olası unsurlardan oluşması nedeniyle sağlıklı yaşlanma hedeflerine ulaşmada önemli rol oynamaktadır (Aydın, 2006). Sağlıklı yaşam biçimi ileri yaşlarda da benimsenebilir. Kişinin kendi bakımına aktif katılımı ve sağlıklı yaşam biçimlerinin adapte edilmesi tüm yaşamı boyunca önemlidir (Toprak ve ark., 2002). Kötü sağlığın davranışsal belirleyicileri ile ilgili araştırmaların çoğu sigara kullanımı, kötü beslenme, fiziksel



inaktivite ve alkol kullanımı üzerinde yoğunlaşmıştır ki, DSÖ bu nedenlerin dünya kronik hastalık yükünün üçte birinden sorumlu olduğunu bildirmektedir (WHO, 2002b).

*Sigara ve alkol kullanımı:*

Sigara, en önemli engellenebilir hastalık ve erken ölüm nedenidir. Sigara kullanmayı bırakmanın faydaları her yaş grubu için fazladır ve uygulanmalıdır. Yaşlı bireylerin tütün kullanma alışkanlığını hiç edinmemiş olmaları önemlidir. Bununla birlikte özellikle erkekler arasında tütün kullanımının oldukça yaygın bir alışkanlık olduğu da bilinmektedir. Uzun zaman sigara kullanmış bir yaşlı, ilerleyen yaşından dolayı sigarayı bırakmasının net bir yararı olmayacağı düşüncesine sahip olabilir. Kuşkusuz sigarayı erken yaşta bırakanlardaki risk azalması daha belirgindir, ancak 60 yaşından sonra sigarayı bırakanlarda da akciğer kanseri riskinde dikkate değer bir azalma olduğu saptanmıştır (CDC, 2003; WHO, 2003).

Alkol tüketiminin, toplumsal ve sosyal neticeleri dışında içlerinde karaciğer sirozu, gastrointestinal kanserler, pankreatit ve ülserin de bulunduğu 60'ın üzerinde tıbbi durumla nedensel ilişkisi bilinmektedir. Dünya genelinde alkolün neden olduğu morbidite ve mortalite, dünya hastalık yükünün %4,1'ini teşkil etmekte ve sigara ve hipertansiyonun neden olduğu morbidite ve mortaliteye yaklaşmaktadır (Romm ve ark., 2005). Yaşlı insanların, gençlere göre daha az içki içme eğilimine rağmen yaşla birlikte oluşan metabolizmadaki değişiklikler, alkole bağlı hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır. Yaşlı insanlar alkole bağlı düşme ve yaralanmalar, alkol ve ilaç tedavisinin kombinasyonu ile ortaya çıkabilecek olası tehlikelere karşı büyük risk altındadır. Gençlere olduğu kadar, alkol sorunu olan yaşlıların tedavisi için de hizmet sunulmalıdır (Çelik, 2007; Naharcı ve Doruk, 2009).

*Fiziksel aktivite:*

Düzenli, orta düzeyde fiziksel aktivitelere katılmanın kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden korunma ötesinde, hemen hemen tüm organ sistemlerinde olumlu etkileri mevcuttur. Egzersiz, osteoporoz ve kırıklardan korunmada, tedavi ve rehabilitasyonun en önemli öğelerinden biridir. Yaşlılarda egzersizin denge, dayanıklılık, barsak motilitesi, uyku, sosyal yaşam, duygu durumu ve zihinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir. Pek çok ülkede yaşlılar sedanter bir yaşam sürmektedir. Etnik azınlıklar, yaşlılar, engelliler genelde fiziksel aktiviteden yoksun bir yaşam sürmektedirler. Politika ve programlar, inaktif olan bu kişileri yaşlandıkça aktif

olmaları için cesaretlendirmeli ve bunun için fırsatlar sağlamalıdır (Toprak ve ark., 2002; Aydın, 2006).

#### *Sağlıklı beslenme:*

Aşırı enerji alımı insanlar yaşlandıkça obezite, kronik hastalık ve sakatlık riskini artırır. Gıda temin edememek, beslenme ile ilgili bilgi eksiklikleri gibi nedenler de ileri yaşlarda malnutrisyona yol açabilir (Toprak ve ark., 2002).

#### **2.8.4. Kişisel Belirleyiciler:**

##### *Biyoloji ve genetik:*

Biyoloji ve genetik kişinin nasıl yaşlanacağını temel belirleyicileridir. Yaşa bağlı hastalıkların görülme riski yaş ilerledikçe giderek artar. Diğer bir ifadeyle yaşlı insanların gençlere göre daha sık hastalanmasının nedeni, hastalığa yol açan davranışların, dış faktörlerin ve çevresel etkilenimin yaşla birlikte artmış olmasıdır (Kirkwood, 1996; Gray, 1996).

##### *Psikolojik faktörler:*

Normal olarak yaşlanırken kognitif kapasitede –öğrenme süreci, hafıza dahil- bir miktar azalma olur. Bu fonksiyonlardaki azalmayı yaşlılık dışında tetikleyen bazı faktörler de vardır.

Bunlar;

- Kullanmama (uygulama eksikliği)
- Hastalıklar (depresyon gibi)
- Davranışsal faktörler (alkol ve ilaç kullanımı gibi)
- Psikolojik faktörler (motivasyon eksikliği, beklentilerin düşük olması, güven eksikliği gibi)
- Sosyal faktörler (yalnızlık, izolasyon gibi) (WHO, 2002a).

#### **2.8.5. Fiziksel Çevre ile İlgili Belirleyiciler:**

##### *Fiziksel çevre:*

Çevre, bireysel ve toplumsal düzeyde yeniden üretimi oluşturacak ve yaşlıların özgür hareket etmesini sağlayacak biçimde tasarlanmış, güvenli ve huzurlu bir yaşam imkânı sağlanması anlamına gelmektedir (Arun, 2008). Fiziksel çevre; özellikle yaşlılar için bağımlılık ya da bağımsızlık arasındaki farkın temel kaynağıdır. Buna bağlı olarak güvenilir olmaması demek dışarı çıkamama, izolasyon, depresyon, hareketsizlikle ilgili

problemlerin artması demektir. Ayrıca toplum hayatına katılabilmek için erişilebilir ve uygun toplu taşıma hizmetlerine ihtiyaç vardır (WHO, 2002a).

*Güvenli barınak:*

Almanya'da evlerin % 65'inin yaşlılar için uygun olmadığı bildirilmiştir. Üstelik kazanılmış alışkanlıklarından dolayı yaşlılar bu durumun farkında değildir. Yaşlılar için tasarlanmış evlerin normal kabul edilen kişiler için de daha kullanışlı olduğu ortaya çıkmıştır (Arslan, 2011).

*Temiz su, temiz hava ve güvenli gıda:*

Yaşlılar için güvenli gıda, temiz su ve temiz havaya ulaşım mutlaka sağlanmalı, yaşlı dengeli beslenmeli, vücudunun ihtiyacı olan temel elementleri kapsayan bir beslenme tipini benimsemelidir (WHO, 1999).

**2.8.6. Sosyal Çevreye Bağlı Belirleyiciler:**

Yaşlanırken katılımcı, güvenli ve sağlıklı olmayı etkileyen sosyal çevre unsurları; *sosyal destek, eğitim ve hayat boyu öğrenim fırsatı, barış, istismar ve şiddetten korunma* gibi unsurlardır. Bu unsurların eksikliği, yalnızlık, sosyal izolasyon yaşlılarda sakatlık ve ölüm riskini artırır (WHO, 2002a).

Yaşlılık dönemi; bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir. Yaşlılık döneminde görülen sosyal ve bedensel değişimlerle birlikte son yıllarda dünya boyutunda tartışılan bir durum olan yaşlı istismarı ve ihmali konusu gündeme gelmiştir (Turla ve Yılmaz, 2007). Nüfusun yaş ve sosyal yapısı değiştikçe yaşlı istismarı artmaktadır. Yapılan çalışmalara ve DSÖ' nün tahminlerine göre %4 ile %6 oranında yaşlı psikolojik, fiziksel, duygusal ya da ekonomik yönden istismara uğramaktadır (Kurrle, 1992; Comijs ve ark.,1998; WHO, 2007).

Şiddet, toplumu oluşturan bütün bireyleri etkilemekle birlikte incinebilirliği daha fazla olan bazı gruplar tanımlanmıştır; bu gruplardan birisi de yaşlılardır (Krug ve ark., 2002). Yaşlı istismarı özellikle son on yıl içerisinde üzerinde durulan bir aile içi şiddettir. Her toplumda, her kültürde ve her ekonomik düzeyde görülebilen istismar sadece aile içinde veya genel nüfusta değil, sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda da görülen fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıya zarar verme ve ondan faydalanma şeklinde kendini gösteren ciddi toplumsal bir sorundur (Sayan ve Durat, 2004).

### **2.8.7. Ekonomik Belirleyiciler:**

*Gelir:* Fakirlerde sağlık sorunu ve sakatlık riski daha yüksektir. Yaşlıların; özellikle kadın olup kırsal kesimde yalnız yaşayanların yeterli bir geliri yoktur.

*Sosyal güvenlik*

*İş:* Çalışma durumu yaşlılarda ölüm konusunda koruyucu etkiye sahiptir (Toprak ve ark., 2002).

### **2.9. Yaşlıların Yaşadığı Yerler**

DSÖ' nün 2000 yılında "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" başlıklı hedeflerine bakınca, yaşlı sağlığı ayrı bir önem kazanmış ve bu başlık altındaki hedefler iki grupta toplanmıştır. Bunlardan ilki "65 yaşında sakatlık olmadan yaşam beklentisinde %20'lik bir artışın sağlanması" ve ikincisi de "Özerklik, öz saygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan, ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen seksenli yaşlardaki insanların oranının en az %50 arttırılması" dır (Arda, 2005).

Ülkemizde hızlı nüfus artışı, kentleşme, çekirdek aileye dönüşüm, ekonomik sorunların varlığı, kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek ailenin yaygınlaşması sonucunda konutların küçülmesi nedeniyle yaşlılar için uygun ve yeterli olmaması, gençlerin yaşlılığa bakış açısı, kuşaklar arası iletişim bozuklukları, sağlığın bozulması ve bağımlılık yaşlıların evde bakımını güçleştirmekte ve yaşlılar aile ortamından farklı olan huzurevlerine yerleştirilmektedir. Bu değişim yaşlılık sorunlarının da artışına neden olmaktadır (Hutten, 2008; Ulusel, 2004; Terakye ve Güner, 1997; Eker ve ark., 1998).

Aile yapısındaki değişme özellikle yaşlıyı çocuklarından ayrı yaşama itmiştir. Bu yeni aile sisteminde kalabilirlerse de yaşlının ailedeki yeri ve ilişkileri önemli değişikliklere uğramıştır. Geleneksel düzende yaşlının sahip olduğu statü ve saygınlık bu yeni düzende zayıflamış, hatta bazen yok olmuştur. Geniş aile kurumundan çözülmeye, çekirdek aileye dönüşmeye yol açan sosyo – ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturlan evi dar ve yetersiz bulma gibi biçimler şeklinde kendini göstermekte, bireydeki bu yansımalarıyla önemli sağlık ve bakım sorunlarını yaratmaktadır. Yıllardır aile içinde söz sahibi olan yaşlılar, kentlerde yaşam koşullarının güçleşmesiyle ailelere yük olmaya başlamıştır. Ekonomik koşulların zorlu olduğu ailelerde daha da belirginleşen bu durum aile içindeki samimi duyguların yitmesine ve saygının zayıflamasına neden olmaktadır (Tıktık, 2007; Öz, 2002).

Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte yaşanan ekonomik güçlükler yaşlı bireyin evde veya kurumda bakımında bakım ilişkisi yeterince desteklenemediği durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelebilmektedir (Koştu, 2005; Uysal, 2002; Keskinoglu ve ark., 2004; Bilgili, 1996).

Yaşlıların aile ortamında bulunmasının onların manevi dünyalarını destekleyici ve zenginleştirici olduğu açıktır. Ancak bu durumun göz önünde bulundurulması gereken bir başka boyutu da, ailelerin ekonomik olarak bu durumu sürdürmekte yaşadıkları sıkıntılardır. Söz konusu ortamın sürdürülebilirliği için, yaşlılarına bakan ailelerin ekonomik açıdan bir ölçüde desteklenmeleri sosyal bir devletten beklenen bir görevdir (Arda, 2005). Bu konuyla ilgili olarak 9. Kalkınma Planında “ Yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmeti desteklenecek, kurumsal bakım konusunda ise huzurevlerinin sayısı ve kalitesi artırılacaktır” ifadesi yer almaktadır (DPT, 2006).

#### **2.10. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi yeni bir kavram değildir. İlk olarak Yunan felsefesinde, insanların memnuniyeti tanımlanmış ve Aristo mutsuzluğu tanımlarken yaşam kalitesine değinmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası, ekonomik büyüme ve yaşam standartlarının gelişmesi sonucu, refah durumu, memnuniyet düzeyi ve psikolojik donanımına ilişkin beklentileri yükselmiştir (Mandzuk ve ark., 2005).

Kelime olarak yaşam kalitesi, sözlüğe ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında girmiş ve iş, barınma, çevre, görsel sanatlar ve sağlık gibi geniş alana yayılmış faktörleri içeren “iyi yaşam” adıyla ele alınarak vurgulanmıştır. Buna rağmen günümüzde, bireysel değerlerin farklı olması nedeniyle yardımcı faktörleri tanımlamak karmaşık olmuş ve yaşam kalitesi farklı tanımlanmıştır. Bunun yanında yaşam kalitesi terimi gazeteciler, politikacılar, reklamcılar tarafından kullanılmış ve hükümetler tarafından günlük konuşmalarda, sağlık hizmetlerinde ve araştırma alanlarında kullanılmıştır (Holmes, 2005).

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle ortak bir tanımlanamamıştır. Yaşam kalitesi kelime olarak araştırmacılar tarafından bireysel algı (Bowling, 1995), yaşam doyumu (Ferrans, 1990), iyilik, refah (Ferrans, 1990) olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi tanımı yapılırken “cevap”, “tahmin”, “ölçme”, “deneyim”, “değerlendirme” gibi bireye ve ilgili kişiye özgü sözcükler kullanılmıştır (Haas, 1999).

Yaşam kalitesinin beş farklı bakış açısıyla tanımlaması yapılmıştır. Yaşam kalitesi, felsefi bakış açısıyla, insani varoluşun özü, iyi yaşamın tanımı olarak; etik bakış açısıyla, yaşamın kutsallığına odaklanarak; ekonomik bakış açısıyla, ekonomik büyümenin, gayri safi milli hasıla ve yaşam beklentisinin artması sonucu eşit yaşam kalitesi olarak; sosyolojik bakış açısıyla, bireysel koşullar ve kültür arasındaki ilişkiye göre sosyal durum olarak; psikolojik bakış açısıyla ise yaşama verilen değer, hedeflerini gerçekleştirme olarak tanımlanmıştır (Taylor ve ark., 2008; Ercan, 2010).

DSÖ ise yaşam kalitesini, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonu algılaması şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1998c).

Yaşam kalitesi kuramsal olarak bireysel özellikleri (fiziksel ve mental sağlık, psiko-sosyal iyilik ve fonksiyonellik) ve dış etkenleri (sosyo- ekonomik durum, iş, çevre yapısı, toplumsal yapı ) içermektedir. Ancak bu alanların yaşam kalitesini belirleyicisi olup olmadığı tartışmalıdır (Bowling ve Gabriel, 2007).

### **2.11. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi**

DSÖ'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır.

Yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'te yayınlamış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır (Testa ve ark., 1996).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlar olarak tanımlanmıştır (Kayıhan, 2010). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsamaktadır (Peel ve ark., 2007).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbirleriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır. Bunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini

algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir (Martins ve ark., 2009; Telatar ve Özcebe, 2004).

### **2.11.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü**

Yaşam kalitesi için farklı tanımlar yapıldığı gibi farklı şekillerde de ölçümü yapılmaktadır. Bunun nedeni, bu kavramın çok çeşitli farklı tanım ve içeriğinin olmasıdır. Yaşam kalitesi ölçümünün yapılması, uyarlanması, test edilmesi son 20 yıldır Avrupa ve Kuzey Amerika'da katlanarak artmaktadır. Yaşam kalitesi ölçeği kullanımını gösteren bazı rehberler yapılmıştır. Bu ölçeklerin bazıları yaşam doyumu, mutluluk, iyilik hali gibi aynı içeriği yansıtırken, diğer ölçekler depresyon, anksiyete, sağlık durumu, fonksiyonel durum, bağımsızlık ve öz-değerlilik gibi farklı içeriği yansıtmaktadır (Paskulin ve ark., 2007).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen pek çok ölçek vardır. Bu ölçekler genel toplum (sağlıklı gruplar) ya da çeşitli sağlık koşullarında hasta gruplar için geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri genel amaçlı ve hastalığa özgü olarak iki kategoridir.

*Genel amaçlı ölçekler:* Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçen ölçeklerdir. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile), Hastalık Etki Profili (Sicknes Impact Profili), SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36)'yı içerir.

*Özel amaçlı ölçekler:* Özel amaçlı, spesifik hastalık koşulu olan hastalar için geliştirilmiştir. Artrit Etkisini Değerlendirme Ölçeği (AIMS) ve Multiple Sklerosis QOL-54 (Multiple Sclerosis QOL- 54) gibi 'hastalığa özel' ölçeklerdir.

Ayrıca çoklu alan ya da ağırlıklı tercih sonucuna ya da önemli değerler içerisinde değerlendiren sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri de vardır. Tercih temelli olan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri ise İyilik Hali Skalası (Quality Of Well-Being Scale) ve EuroQOL Five Dimension (EQ-5D) dir (Hickey ve ark.,2005; Peel ve ark., 2006).

Yaşlıların yaşam kalitesi değerlendirilirken, iki önemli sorun dikkati çekmektedir. Birincisi, yaşlılarda kullanılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin yaşlılar için geliştirilmemiş olup, genç yetişkinler, daha çok fiziksel yeterliliği olan

yetişkinler için geliştirilmiş olmasıdır. Bu durum, fiziksel fonksiyonu yeterli olmayan yaşlıların göz ardı edilmesine neden olmaktadır. İkincisi ise genç yetişkinler için geliştirilmiş olan ölçeğin yaşlılarda kullanılmasıyla, yaşlıların yaşam kalitesi ölçümü uygulanmasında ve ölçümün amacına ulaşmasında problemlere neden olabilmektedir (Lee ve ark., 2006). Yaşlıların yaşam kalitesi ölçümünde, depresyon, demans, yetersizlik (günlük aktivitelerde), günlük yaşam aktiviteleri önemli rol oynamaktadır (Hickey ve ark., 2005).

Yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin literatür çok geniştir ve bunların çoğunluğu yaşlıların yaşam kalitesine ait tanım ve içeriği ele almaktadır. En önemli tartışmalardan birisi yaşlıların yaşam kalitesi ile gençlerin yaşam kalitesi arasında farklılık olduğuna yönelik yapılmaktadır. Örneğin, bir işte çalışıyor olmak emekli yaşlılar ile ilgili olmayabilir, ancak duysal yetersizlik ve psikolojik değişiklikler onların yaşam kalitesini etkileyebilir. Ayrıca yaşlıların birçok sağlık problemi olmasına rağmen sağlıkları ve yaşam kaliteleri hakkında daha iyimser olabilirler. Yaşlıların yaşam kalitesinde bu farklılıkların, sağlık ve fonksiyonel durum, sosyal destek ve çevreden kaynaklandığı belirtilmiştir (Paskulin ve Molzahn, 2007).

Yakın zamana kadar, yaşlılara özel yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesi için gerekli özen gösterilmemiştir. İlk olarak, yaşlılar için 19 soru içeren, yaşlıyı sosyal açıdan değerlendiren CASP-19 geliştirilmiştir (Kontrol, Otonomi, Farkındalık, Memnuniyet başlıklarını içermektedir). İkinci geliştirilen yaşam kalitesi ölçeği ise DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL-100'ün yaşlılar için özelleştirilmiş olan WHOQOLD-OLD ölçeğidir (Hickey ve ark.,2005).

## **2.12. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi**

DSÖ sanayileşmiş ülkelerin yaşlanmadan önce zenginleşmiş olduklarını, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerin zenginleşmeden önce yaşlanacaklarını belirtmekte, bu nedenle dünyadaki bütün ülkelerin, yaşlanmanın artışı anlamına gelen demografik sürecin yaratacağı olumsuz sonuçlara karşı hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamaktadır (Arslan, 2011).

DSÖ Yaşlanma ve Sağlık Programı'nın gerekçesinde durum şöyle ifade edilmektedir: “Yaşlı kişilerin sağlığı denildiğinde, belirleyici konu olarak yalnızca hastalık prevalansı ya da hastalığın yokluğu görülemez ve görülmemelidir. Yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa da, hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi



olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilir” (Eser ve ark., 2010) . Toplumların yaşlanması, yani yaşlı nüfusun artması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Yani yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yaşamın kalitesi de önem kazanmaktadır (Lu ve Hu, 2002).

Yaşlanma doğal bir süreçtir, ancak yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlemlendiği, bağımlılığın arttığı bir dönemdir. Yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam işlevleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (Mikami ve Ogihara, 1999; Henderson, 2000). Bu sebeple yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık gelmektedir (Oktik, 2004). Ayrıca yaş ve yaşam kalitesi arasında ters orantı söz konusudur (Telatar ve Özcebe, 2004; Kurtuluş ve ark., 2006).

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedirler ve yaşlı insanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, alıyorsa tedavilerinin planlanmasında önemli değişkenlerdir (Abrams ve ark., 1995; Birtane ve ark., 2000).

Yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül korunma prensipleri temel alınarak, verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir. Sağlanacak hizmetler şu şekilde sınıflandırılabilir (Telatar ve Özcebe, 2004) :

1. Sağlığın geliştirilmesi
  - a. Temel sağlık hizmetleri
  - b. Bağışıklama
  - c. Taramalar
  - d. Birinci basamak sağlık hizmetleri

- e. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
- f. Göz sağlığı hizmetleri
- 2. Kamu hizmetleri
  - a. Semt bakım evleri (district nursing)
  - b. Ev ziyaretleri
  - c. Evde bakım
- 3. Sosyal servisler
  - a. Gündüz bakım evleri (Day centre)
  - b. Seyyar aşevleri
  - c. Geçici bakımlar
  - d. Komşu desteği projeleri
  - e. Başkasının bakımı altına girme (adult fostering)
  - f. Tatil aktiviteleri
  - g. Mesleki tedavi (occupational therapy)
- 4. Hastane
  - a. Acil tıbbi bakım
  - b. Acil psikiyatrik bakım
  - c. Erken taburculuk programları
  - d. Özel birimler
  - e. Rehabilitasyon
  - f. Ev ziyaretleri
  - g. Gündüz poliklinikleri

Yaşlılar, çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm iş ve uğraşlarından "elini ayağını çekmektedir" (Nahçıvan ve ark., 1999). Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunu hiçbir zaman düşünmemektir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu, kendine mutluluk veren işlerle uğraşmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görünmektedir. Çalışan ve üreten insan; emeklilikten kısa bir süre sonra, kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Artık eski "yaşantılarını anma" dönemine girmiş olduğunu düşünmektedir. Bu durum, doğal olarak yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Özer ve Karabulut, 2003).

Her yaşın kendine özgü özellikleri olduğu unutulmadan, yaşlı bireylerin bağımlı, salt tüketiciler konuma girmeleri engellenerek, güçleri, eğilimleri ve potansiyelleri doğrultusunda yaşamlarını sağlıklı ve aktif olarak sürdürmelerinin desteklenmesi gerekir. Geçmiş yaşantısında yaşam doyumu yüksek bireylerin üretkenliklerini yaşlılık döneminde sürdürmelerinin sağlanması önemlidir. Temel amaç yaşama yıllar katmak değil, yıllara yaşam katmaktır (Şener, 2010).

### **III. GEREÇ – YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Samsun ili Tekkeköy merkez ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusta yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacı ile yapılan kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Bölgenin Tanımlanması**

##### **3.2.1. Genel Bilgiler**

Samsun, Karadeniz sahil şeridinin orta bölümünde, Yeşilirmak ve Kızılırmak nehirlerinin Karadeniz'e döküldükleri deltalar arasında yer almaktadır. Coğrafi konum olarak 40° 50' - 41°51' kuzey enlemleri, 37°08' ve 34°25' doğu boylamları arasındadır. 9083 km<sup>2</sup>lik bir yüzölçümüne sahiptir. Kuzeyinde Karadeniz'in yer aldığı ilin; doğusunda Ordu, batısında Sinop, güneyinde Tokat ve Amasya, güney batısında ise Çorum yer alır. Alaçam, Asarcık, Ayvacık, Bafra, Çarşamba, Havza, Kavak, Lâdik, Salıpazarı, Terme, Ondokuzmayıs, Vezirköprü, Yakakent ilçelerinin yanı sıra Atakum, İlkadım, Canik, Tekkeköy de merkez ilçeleridir ([www.samsun.gov.tr](http://www.samsun.gov.tr)).

Tekkeköy, Samsun – Ordu karayolunun 13. km.den güneye doğru bir km. içeride yer alır. İlçenin doğusunda ve güneyinde Çarşamba ilçesi, batısında Canik Merkez ilçesi, kuzeyinde Karadeniz, güney batısında Asarcık ilçesi yer almaktadır. İlçe topraklarının yaklaşık 1/3 ü Çarşamba ovasının batıya uzantısı üzerinde diğer kısmı ise yüksekliği ilçe sınırları içinde 300 – 850 metre arasında değişen Canik Dağları ve etekleri üzerinde yer almaktadır ([www.tekkekoy.gov.tr](http://www.tekkekoy.gov.tr)).

##### **3.2.2. Ekonomi**

Önemli gelir kaynakları arasında Tarım ve Hayvancılık yer alır. İlçe topraklarının üçte biri Yeşilirmak'ın biriktirdiği verimli delta ovasının devamı olup, sulu tarıma elverişlidir. Tütün en büyük gelir kaynağıdır. İlçede yetiştirilen, karalahana, marul ve diğer sebze türleri ilçede, Samsun halinde ve İstanbul başta olmak üzere bazı illere sevk edilerek satılır. İlçede 1944 yılında kurulan Gelemen Devlet Üretim Çiftliği de yer almaktadır. Karadeniz bölgesinin kaliteli tohumluk ve yem ihtiyacını karşılamak amacıyla 46 bin dönümlük bir araziye kurulmuştur. Ayrıca bölgede teknik tarımı öğretmek ve arıcılığı geliştirmekte amaçları arasındadır. Çiftlikte meyvacılık ve fidancılıkta oldukça gelişmiştir. Kümes hayvancılığı alanında da üretim yapılmaktadır. Bir de tarım aletleri ve makinalarının tamiratının yapıldığı atölyeleri vardır. İlçe sınırları



### 3.2.4. Sağlık

01.03.2007'de ilçede bulunan yedi sağlık ocağı kapatılarak beş aile sağlığı merkezine çevrilmiştir. 14 aile hekimi, iki toplum sağlığı hekimi ile sağlık hizmeti verilmektedir.

### 3.2.5. Öğrenim

Tekkeköy Milli Eğitim Müdürlüğü verilerine göre, 2010–2011 öğretim yılında 43 ilköğretim, üç lise, iki mesleki ve teknik lise, bir anaokulu, iki özel rehabilitasyon eğitim merkezi olmak üzere toplam 51 okul ve 422 öğretmen mevcuttur. Eğitime devam eden öğrenci sayısı 9.059 öğrenci olup; rehabilitasyon öğrencilerinin sayısı 267'dir ([www.tekkekoy.meb.gov.tr](http://www.tekkekoy.meb.gov.tr)). 2010 ADNKS verilerine göre, ilçede altı yaşından büyük olup okuryazar (OY) olmayan 2.799 kişi bulunmaktadır (TUİK, 2010; Tablo IV).

**Tablo IV.** Samsun Tekkeköy Merkez İlçesinde Yaşayan Altı Yaşından Büyük Kişilerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

ÖĞRENİM DURUMU	KİŞİ SAYISI	%
OY değil	2.799	6,23
OY fakat okul bitirmemiş	9.125	20,31
İlkokul bitirmiş	13.862	30,85
İlköğretim bitirmiş	8.744	19,46
Ortaokul bitirmiş	1.607	3,58
Lise	5.665	12,61
Yüksekokul veya üniversite bitirmiş	1.374	3,06
Yükseklisans	59	0,13
Doktora	11	0,02
Bilinmeyen	1.687	3,75
<b>TOPLAM</b>	<b>44.933</b>	<b>100,00</b>

### 3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni Samsun Tekkeköy merkez ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri bireylerdir. Tekkeköy ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) kayıtlarına göre 65 yaş üzerinde kişi sayısı 6.852 olarak bulunmaktadır.

<u>Aile Sağlığı Merkezi</u>	<u>Kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişi sayısı</u>
Aşağı inik ASM	1 805
Balcalı ASM	442
Büyükü ASM	1 185
Kirazlık ASM	1 048
<u>Tekkeköy ASM</u>	<u>2 372</u>
TOPLAM	6 852

### 3.4. Örneklem

Tekkeköy ilçesinde görev yapan hekimlerin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden kendilerine kayıtlı kişilerin verileri kaydedilmiştir. Samsun Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem İstatistik Şubesi tarafından veriler Excel programına çevrilmiş, 65 yaş ve üstü yaşlılar belirlenmiştir. 65 yaş ve üstü yaşlı sayısı 6.852 olan araştırma evreninden, evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan aşağıdaki formül uygulanarak en küçük örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (Sümbüloğlu, 2002; Bertan ve Güler, 1997).

$$N \cdot t^2 \cdot p \cdot q$$

$$n: \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: 6.852

%95 güven aralığında p: 0.5

d: 0.05

t: 1.96

Bu formüle göre minimum birey sayısı 364 olarak hesaplanmıştır.

Çalışma sırasında ortaya çıkabilecek veri kaybı ve çalışma dışı bırakılması gereken olası olgular nedeniyle minimum örnek sayısının altına düşmemek amacıyla araştırmaya 420 birey alınmasına karar verilmiştir. Basit rastgele sayılar yöntemiyle, AHBS' deki kayıtlardan yararlanılarak örneklem grubu 210 erkek, 210 kadın olarak planlanmıştır. Bu bireylerden 17 kadın ve beş erkek ileri derece işitme özürlü, tanılı demans ve ileri Alzheimer hastaları olmasından; yedi kadın ve 27 erkek ise evde bulunmama, ölüm ve aile hekimliği sisteminde kayıtlı olup ilçede yaşamadıklarından

çalışma grubuna alınmamışlardır. Böylece toplam 364 yaşlı ile % 86,7 katılım sağlanmıştır.

### **3.5. İzin**

Çalışmanın yapılabilmesi için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli olan yazılı izin alınmıştır (Ek -I).

Araştırmada kullanılan, WHOQOL-OLD TR ölçeği, WHOQOL Türkiye grubu tarafından Türkçeye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışması bu grup tarafından yapılmıştır. Bu nedenle, araştırmacı veri toplama aşamasından önce WHOQOL Türkiye grubu başkanı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü Öğretim Üyesi, Prof. Dr.Erhan Eser ile görüşmüş ve araştırmanın amaç kapsam ve metodolojisi hakkında kendisine yazılı bilgi verilerek, ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için izin alınmıştır. Ölçeğin skorlaması WHOQOL Türkiye grubu olarak Prof. Dr. Erhan Eser ve ekibi tarafından yapılmıştır.

Her görüşmeden önce, anketörler kendilerini, yaptığı çalışmanın konusunu ve amacını katılımcılara anlatmış ve gönüllü katılım ilkesine uygun olarak katılımcılardan sözel onay almıştır. Ayrıca anketörler toplanılan verileri, araştırma amacı dışında kullanmayacağına dair, katılımcıları bilgilendirmiştir.

### **3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

Araştırmanın verileri 01.10.2009 ve 01.02.2010 tarihleri arasında, oluşturulan anket formu aracılığıyla, saptanan yaşlıların evlerinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Anket ön deneme amacıyla farklı bir ilçede 20 kişilik bir gruba uygulanarak denenmiştir. Sorular içinde ölmek ve ölümlle ilgili kısımda ön deneme grubu sorulara cevap vermede zorlanmıştır. WHOQOL-Old Ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından (2010) gerçekleştirildiğinden sorular değiştirilmemiştir.

Anket formları Tekkeköy Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan yardımcı sağlık personeline anketin uygulanması hakkında; uygulama öncesi eğitim verilmiştir. Daha önce de benzer bir çalışmada yer almış sağlık personeli seçilmiş; anketlerin uygulanması; örneklem grubuna ulaşamaması durumunda kişilerin Toplum Sağlığı Merkezine çağırılması kararlaştırılmıştır.



### 3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Yaşlıların tanımlayıcı bilgilerini elde etmek için 13 sorudan oluşan sosyodemografik form hazırlanmıştır (EK-II).

### 3.6.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD):

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) çalışması 1992 yılında o güne dek geliştirilen genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin batı kaynaklı olması ve ancak batılı kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanımaları gerekçesi ile dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla başlatılmıştır. Halen 40'dan fazla dil ve kültürde geçerli olan WHOQOL ölçeği geliştirme projesine Türkiye ekibi 1995 yılında katılmıştır. WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-Bref (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur (Akal, 2005).

WHOQOL-Old Ölçeği, 24 likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır (EK-III).

Bu alanlar;

1. Duyusal işlevler (1,2,10,20)
2. Otonomi (3,4,5,11)
3. Geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri (12,13,15,19)
4. Sosyal katılım (14,16,17,18)
5. Ölmek ve ölüm (6,7,8,9)
6. Yakınlık (21,22,23,24) alanlarıdır.

“*Duyusal işlevler*” boyutu ile duysal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirilir.

“*Otonomi*” boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini, kendi kararlarını kendi almayı ifade eder.

“*Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri*” boyutu yaşamdaki başarılarından elde edilen doyumunu ve geleceğe bakışı gösterir.

“*Sosyal katılım*” boyutu özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır.

“*Ölüm ve ölmek*” boyutu ise ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır.

“**Yakınlık**” boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendiren.

Her bir soru için olası en düşük puan 1,0, en yüksek puan 5,0'dır. Her alanın dört sorusu vardır. Tüm alanlar doldurulduğunda her alandan minimum 4 puan, maksimum 20 puan alınabilir. 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 numaralı sorular negatif sorulardır ve değerleri 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1 şeklinde dönüştürüldükten sonra alan skorları hesaplanmalıdır (Baysan, 2008). Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanabilir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Eser ve ark., 2010).

### **3.7. İstatistiksel Analiz**

Yaşlıların yaşam kalitesi ve etkileyebilecek olası sosyodemografik özelliklerle ilgili analitik karşılaştırmalar yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS versiyon 15.0 bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortanca (minimum- maksimum) veya aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma olarak verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda; parametrik olmayan değişkenler için Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U Testi; parametrik olanlar için Tek Yönlü Varyans Analizi (Post Hoc Tukey Testi) ve Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak alınan yaşam kalitesi puanına birden çok bağımsız değişkenin etkisini saptamak için de Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmanın temel kısıtlılığı, veri toplamının gündüz yapılmak zorunda olması ve erkeklerin dışa dönük faaliyetleri nedeniyle erkeklere ulaşamaması olmuştur.

Yaşlılığa bağlı duyu yitimi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklardan dolayı yaşlılarla iletişime geçilememesi de diğer bir sorun olmuştur.

Aile hekimliğinde kişilerin hekimlerini yaşadıkları mahalle ya da semt dışında seçebilmeleri sebebiyle, bölgede oturmayan yaşlılar da AHBS' e kayıtlıdır. Bölge dışında yaşayan kişilerin evrende bulunup, örneklem grubunda olamaması nedeniyle seçilecek örneklem grubu sayısı genişletilmiştir.

#### 4. BULGULAR

##### 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Yaşlıların sosyodemografik özellikleri Tablo V' de sunulmuştur.

**Tablo V.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	(n=178)		(n=186)		(n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grubu (yıl)</b>						
65-74	110	61,8	105	56,4	215	59,0
75-84	61	34,3	67	36,0	128	35,1
85 ve üzeri	7	3,9	14	7,6	21	5,9
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	137	77,0	90	48,4	227	62,4
Eşi Ölmüş	41	23,0	89	47,9	130	35,7
Eşinden Ayrılmış	-	-	6	3,2	6	1,6
Bekar	-	-	1	0,5	1	0,3
<b>Öğrenim Durumu</b>						
OY Değil	24	13,5	98	52,7	122	33,5
OY	41	23,0	38	20,4	79	21,7
İlkokul ve üzeri	113	63,5	50	26,9	163	44,8
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışan	58	32,6	10	18,7	68	18,7
Çalışmayan	128	67,4	160	81,3	288	81,3
<b>Sağlık Güvence Durumu</b>						
Var	176	98,9	182	97,8	358	98,4
Yok	2	1,1	4	2,2	6	1,6

#### **4.1.1. Cinsiyet**

Araştırma grubundaki 364 yaşlının 178'i (% 48,9) erkek, 186'sı (% 51,1) kadındır.

#### **4.1.2. Yaş**

Araştırma grubundaki yaşlıların yaş ortalaması  $73,1\pm 6,9$  (min: 65, max: 107) yıl olup; erkeklerin  $72,8\pm 6,6$  (min:65, max:97) yıl, kadınların ise  $73,5\pm 7,1$  (min:65, max:107) yıl idi. Yaşlıların 215'i (%59,1) 65–74 yaş grubunda, 128'i (%35,1) 75 –84 yaş grubunda, 21'i de (5,8) 85 ve üzeri yaş grubundadır.

#### **4.1.3. Medeni Durum**

Araştırma grubundaki yaşlıların 227'si (%62,4) evli; 130'unun (%35,7) eşi ölmüş; 6'sı (%1,6) eşinden ayrılmış; 1'i (%0,3) de hiç evlenmemiştir.

#### **4.1.4. Öğrenim Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların 122'si (%33,5) okuryazar değil, 79'u (%21,7) okuryazar, geri kalan yaşlının 163'ü (%44,8) de ilkokul ve üzeri bir okul mezunudur.

Erkeklerin 24'ü (%13,5) okuryazar değil, 41'i (%23,0) okuryazar, 82'si (%46,1) ilkokul mezunu, 17'si (%9,5) ortaokul mezunu, üçü (%1,7) lise mezunu, 11'i (%6,2) de yüksek okul ve üniversite mezunudur. Kadınların ise 98'i (%52,7) okuryazar değil, 38'i (%20,4) okuryazar, 43'ü (%23,1) ilkokul mezunu, biri (%0,5) ortaokul mezunu, ikisi (%1,1) lise mezunu, dördü (%2,2) de yüksek okul ve üniversite mezunudur (Tablo VI).

**Tablo VI.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Öğrenim Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet			
	Erkek (n=178)		Kadın (n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>OY Değil</b>	24	13,5	98	52,7
<b>OY</b>	41	23,0	38	20,4
<b>İlkokul</b>	82	46,1	43	23,1
<b>Ortaokul</b>	17	9,5	1	0,5
<b>Lise</b>	3	1,7	2	1,1
<b>Üniversite</b>	11	6,2	4	2,2
<b>TOPLAM</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.5. Çalışma Durumu

Araştırma grubundaki yaşlıların 68'i (%18,7) halen aktif olarak çalışmakta iken, 146'sı (%40,1) emeklidir.

Erkeklerin 8'i (%4,5) işçi, 41'i (%23,0) çiftçi, 9'u (%5,1) serbest meslek sahibidir. Kadınların 150'si (%81,1) ev kadını, 10'u (%5,37) çiftçilik yapmaktadır. Erkeklerin 120'si (%67,8), kadınların 26'sı (%14,0) emeklidir. Serbest mesleğe sahip olan yaşlılarımız satıcı, bakkal ya da esnaflık yapmaktadır. Yaşlıların çalışma durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo VII' de gösterilmiştir.

**Tablo VII.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Çalışma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet			
	Erkek (n=178)		Kadın (n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>OY Değil</b>	24	13,5	98	52,7
<b>OY</b>	41	23,0	38	20,4
<b>İlkokul</b>	82	46,1	43	23,1
<b>Ortaokul</b>	17	9,5	1	0,5
<b>Lise</b>	3	1,7	2	1,1
<b>Üniversite</b>	11	6,2	4	2,2
<b>TOPLAM</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

#### **4.1.6. Sağlık Güvencesi Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların 358'inin (%98,4) sağlık güvencesi vardı. Erkeklerin 162'si (%91), kadınların 160'ı (%86) Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan (SGK) yararlanmaktadır. Erkeklerin 10'unun (%5,6), kadınların 22'sinin (%11,8) yeşil kartı vardır. Erkeklerin 4'ü (%2,2) özel sağlık sigortasından yararlanmaktadır. Erkeklerin 2'sinin (%1,1) ve kadınların 4'ünün (%2,2) sosyal güvencesi yoktur.

#### **4.2. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri**

##### **4.2.1. Kronik Hastalığı Olma Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların 66'sı (%18,1) kronik bir hastalığı olmadığını belirtmiştir. Erkeklerin 96'sı (%53,9), kadınların 79'u (%42,5) en az bir kronik hastalığı olduğunu; erkeklerin 29'u (%16,3), kadınların 55'i (%29,6) en az iki kronik hastalığı olduğunu; erkeklerin 9'u (%5,1), kadınların 30'u (%16,1) da en az üç kronik hastalığı olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo VIII – Tablo IX).

Tanılarına göre belirttikleri hastalıklar incelendiğinde ilk beş hastalığın hipertansiyon (HT), kardiyovasküler sistem hastalıkları, kas – iskelet sistem hastalıkları, diabetes mellitus (DM) ve solunum sistemi hastalıkları olduğu görülmektedir. Erkeklerin 71'inde (%39,9), kadınların 124'ünde (%67,4) HT; erkeklerin 48'sinde (%26,9), kadınların 46'sında (%24,7) kardiyovasküler sistem hastalıkları ilk iki sırayı almaktadır. Erkeklerin 17'sinde (%9,6), kadınların 42'sinde (%22,8) kas – iskelet sistem hastalıkları; erkeklerin 20'sinde (%11,2), kadınların 41'inde (%22,3) DM; erkeklerin 18'inde (%10,1), kadınların 16'sında (%16,0) da solunum sistemi hastalıkları değişik sıralamada saptanmıştır. Endokrin sistem, kanser, prostat, sinir sistemi ve psikolojik hastalıklar diğer hastalıklar içinde gruplandırılmıştır.

**Tablo VIII.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Kronik Hastalığı Bulunma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

	<b>Erkek</b>		<b>Kadın</b>	
	<b>(n=178)</b>		<b>(n=186)</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Tek Hastalık</b>	96	53,9	79	48,1
<b>İki Hastalık</b>	29	16,3	55	23,1
<b>Üç Hastalık</b>	9	5,1	30	10,7
<b>Yok</b>	44	24,7	22	18,1
<b>TOPLAM</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

**Tablo IX.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlılarda En Sık Rastlanılan Kronik Hastalık Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	<b>Erkek</b>		<b>Kadın</b>	
	<b>(n=178)</b>		<b>(n=186)</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hipertansiyon</b>	71	39,9	124	67,4
<b>KVS Hastalıkları</b>	48	26,9	46	24,7
<b>Kas İskelet Sistem Hastalıkları</b>	17	9,6	42	22,8
<b>DM</b>	20	11,2	41	22,3
<b>Solunum Sistem Hastalıkları</b>	18	10,1	16	16,0
<b>Diğer</b>	12	6,7	3	.1,6

#### 4.2.2. Sürekli İlaç Kullanma Durumu

Araştırma grubundaki yaşlıların 275'i (%75,5) kronik hastalıkları için sürekli ilaç kullanırken, 89'u (%24,5) ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Kronik hastalık için erkeklerin 123'ü (%69,1) kadınların 152'si (%81,7) sürekli ilaç kullanmaktadır.



### 4.2.3. Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu

Araştırma grubundaki yaşlıların 75'i (%20,6) yardımcı cihaz kullanmamaktadır. Erkeklerin 33'ü (%18,5), kadınların 42'si (%22,6) yardımcı cihaz kullanmamaktadır.

Araştırma grubundaki erkeklerin 81'i (%45,5), kadınların 84'ü (%45,2) en az bir yardımcı cihaz kullanmaktadır. Erkeklerin 54'ü (%30,3), kadınların 46'sı (%24,7) iki yardımcı cihaz kullanmaktayken erkeklerin 10'u (%5,6), kadınların 14'ü (%7,5) üç yardımcı cihaz kullanmaktadır.

Araştırma grubundaki erkeklerin 87'si (%48,8) kadınların 75'i (%40,3) dış protezi; erkeklerin 95'i (%53,3) kadınların 88'i (%47,3) gözlük; erkeklerin 37'si (%20,7) kadınların 53'ü (%28,4) baston; erkeklerin üçü (%1,6) kadınların ikisi (%1) işitme cihazı kullanmaktadır. Erkeklerin biri trakeostomi protezi kullanmaktadır.

Yaşlıların yardımcı cihaz kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo X' da gösterilmiştir.

**Tablo X.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Yardımcı Cihaz Kullanmasının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cihaz Sayısı	Erkek (n=178)		Kadın (n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Tek</b>	81	55,9	84	58,3
<b>İki</b>	54	37,2	46	32,0
<b>Üç ve Üzeri</b>	10	6,9	14	9,7
<b>TOPLAM</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

### 4.3. Diğer Özellikler

#### 4.3.1. Birlikte Yaşadığı Kişi Durumu

Araştırma grubundaki yaşlıların 146'sının (%40,1) eşi ile yaşadığı, erkeklerin 95'inin (%53,4) eşleriyle, 42'sinin (%23,6) çocukları ile 31'inin (%17,4) eş ve çocukları ile 10'unun (%5,6) ise yalnız yaşamakta olduğu; kadınların 51'inin (%27,4) eşleri ile 77'sinin (%41,4) çocukları ile 33'ünün (%17,7) eş ve çocukları ile 21'inin (%11,3) de yalnız yaşamakta olduğu saptanmıştır. Kadınların 4'ü (%2,2) kuma, annesi veya kardeşleri ile yaşamakta olduklarını ifade etmişlerdir. Yaşlıların birlikte yaşadığı kişi durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo XI' de gösterilmiştir.

**Tablo XI.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Birlikte Yaşadığı Kişi Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

	Erkek (n=178)		Kadın (n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Eşi</b>	95	53,4	51	27,4
<b>Çocukları</b>	42	23,6	77	41,4
<b>Eşi ve Çocukları</b>	31	17,4	33	17,7
<b>Yalnız</b>	10	5,6	21	11,3
<b>Diğer</b>	-	-	4	2,2
<b>TOPLAM</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

#### 4.3.2. Kendisine Ait Odasının Bulunma Durumu

Araştırma grubundaki erkeklerin 170'i (%95,5), kadınların 160'ı (%86,0) evde kendisine ait odası olduğunu belirtmiştir.

#### 4.3.3. Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algıları

“Sizce yaşlılığın başlama yaşı nedir ?” sorusuna yaşlıların 9’u (%2,5) “40” cevabını vermiş, yanıtlara göre yaşlılığın başlama yaşının ortalaması  $63,3\pm 9,8$  olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun yaşlılığın başlama yaşı ile ilgili algıları Tablo XIII’de sunulmuştur.

**Tablo XII.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Yaşlılığın Başlama Yaşı Algılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Erkek (n=178)		Kadın (n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%
44 yaş ve altı	-	-	9	4,8
45–59 yaş	29	16,3	34	18,3
60–74 yaş ve üzeri	124	69,7	125	67,2
75 yaş ve üzeri	25	14,0	18	9,7
<b>TOPLAM</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

#### 4.3.4. Yaşlılığı Tanımlama Hakkındaki Algıları

“Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız?” sorusuna araştırma grubundaki erkeklerin 73’ü (%41,0) “ihtiyarlık ve hastalık”, 22’si (%12,4) “ölüme yaklaşmak kötü bir şey”, 69’u (%38,8) “olgunlaşmak, rahat etmek, saygı görmek”, 12’si (%6,7) de “fikrim yok” yanıtını verirken, erkeklerin 2’si (%1,1) farklı yanıtlar vermiştir.

Kadınların 96’sı (%51,6) “ihtiyarlık ve hastalık”, 26’sı (%14,0) “ölüme yaklaşmak kötü bir şey”, 40’ı (%21,5) “olgunlaşmak, rahat etmek, saygı görmek, 18’i

de (%9,7) “fikrim yok” yanıtını vermiştir. Kadınların 6’sı ise (%3,2) soruları farklı ifade etmişlerdir (Tablo XIII).

**Tablo XIII.** Araştırma Grubuna Giren Yaşlıların Yaşlılığı Tanımlama Algılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Erkek (n=178)		Kadın (n=186)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>İhtiyarlık, Hastalık</b>	73	41,0	96	51,6
<b>Ölüme Yaklaşmak Kötü Bir Şey</b>	22	12,4	26	14,0
<b>Olgunlaşmak, Rahat Etmek</b>	69	38,8	40	21,5
<b>Fikrim Yok</b>	12	6,7	18	9,7
<b>Diğer</b>	2	1,1	6	3,2
<b>TOPLAM</b>	178	100,0	186	100,0

“Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız?” sorusuna diğer cevabını verenlerin cevapları incelendiğinde “yaşı yok, ağrıların artması, unutkanlık, kişiye göre değişir, daha ihtiyarlamadım delikanlıyım, yaşları alalım yaşlanmayalım, yavaşlama” gibi cevaplarla karşılaşılmıştır.

#### **4.4. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Puanlarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi**

Yaşam kalitesi temel alanları ve ortalama puanları sırasıyla yakınlık: 14,5±3,4, sosyal katılım: 13,5±2,9, ölüm ve ölmek: 12,9±3,1, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri: 12,7±2,5, duyuşsal yetenek: 12,2±2,6, otonomi: 11,9±3,4 ve toplam puan 55,9±11,5 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1. Yaşam Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki kişiler “genç yaşlı”, “orta yaşlı” ve “ileri yaşlı” olarak üç gruba ayrılmıştır. 65–74 yaşında olanlar “genç yaşlı”, 75–84 yaşında olanlar “orta yaşlı” ve 85 yaş ve üzerindeki ise “ileri yaşlı” kabul edilmiştir. Gruplar arasında duyusal yetenek, otonomi, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri, yakınlık alan puanlarında fark görülmezken; diğer alanlar ve toplam puan ortalamaları ileri yaşlılarda genç ve orta yaşlılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

WHOQOL-Old alan puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo XIV’ de sunulmuştur.

**Tablo XIV.** Araştırma grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Alanlar	Genç Yaşlı	Orta Yaşlı	İleri Yaşlı	F	p
	60–74	74–84	85 ve Üzeri		
	(n=215)	(n=128)	(n=21)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,1±2,6	12,3±2,7	12,5±1,2	0,5	0,621
Otonomi	11,9±3,4	11,9±3,4	11,8±3,7	0,1	0,936
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,6±2,7	12,9±2,1	12,0±2,1	1,4	0,253
Sosyal Katılım	13,7±2,9	13,5±2,9	11,7±2,4	4,9	<b>0,008</b>
Ölüm ve Ölmek	13,2±3,0	12,9±3,0	10,0±2,2	10,4	<b>0,000</b>
Yakınlık	14,7±3,5	14,3±3,3	13,2±3,1	1,9	0,148
<b>TOPLAM</b>	56,5±11,6	56,1±11,4	49,2±9,1	3,9	<b>0,022</b>

\*ANOVA,  $p<0,05$

#### 4.4.2. Yaşam Kalitesinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın yaşlılarda duyuşsal yetenek, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek alanları ile toplam puan istatistiksel olarak erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo XV).

**Tablo XV.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Alanlar	Erkek	Kadın	t	p
	(n=178) Ort±SS	(n=186) Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,6±2,6	11,8±2,6	3,2	<b>0,002</b>
Otonomi	11,6±3,6	12,2±3,3	1,6	0,109
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	13,1±2,5	12,3±2,3	2,8	<b>0,006</b>
Sosyal Katılım	14,0±2,6	13,0±3,0	3,3	<b>0,001</b>
Ölüm ve Ölmek	13,5±2,9	12,4±3,1	3,4	<b>0,001</b>
Yakınlık	14,5±3,3	14,4±3,5	0,2	0,823
<b>TOPLAM</b>	57,6±11,6	54,3±11,3	2,7	<b>0,007</b>

\* Bağımsız Gruplarda t Testi,  $p<0,05$

#### 4.4.3. Yaşam Kalitesinin Medeni Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki kişiler medeni durumlarına göre “evli”, “eşi ölmüş” ve “eşinden ayrılmış” olarak üç gruba ayrılmıştır. Araştırma grubundaki “hiç evlenmemiş” olan bir kişi istatistiksel analize alınmamıştır. Yaşam kalitesi puanları medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde eşinden ayrılmış yaşlılarda ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). WHOQOL-Old alan puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo XVI’de sunulmuştur.

**Tablo XVI.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Alanlar	Evli	Eşi Ölmüş	Eşinden Ayrılmış	$X^2_{K-W}$	p
	(n=227)	(n=130)	(n=6)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,0±2,5	12,5±2,7	12,8±2,9	3,437	0,179
Otonomi	11,9±3,5	11,9±3,4	10,9±2,0	0,681	0,712
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,7±2,5	12,7±2,2	12,2±4,4	0,048	0,976
Sosyal Katılım	13,8±2,8	13,1±2,9	11,3±4,5	5,677	0,059
Ölüm ve Ölmek	13,1±3,0	12,7±3,2	10,0±2,9	6,253	0,044
Yakınlık	14,9±3,1	14,0±3,7	10,8±4,6	9,600	0,008
<b>TOPLAM</b>	<b>56,8±11,3</b>	<b>55,1±11,5</b>	<b>45,8±15,4</b>	<b>3,901</b>	<b>0,142</b>

\* Kruskal Wallis Varyans Analizi,  $p<0,05$

#### 4.4.4. Yaşam Kalitesinin Öğrenim Durumu Açısından Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki kişiler öğrenim durumlarına göre “okuryazar değil”, “okuryazar” ve “ilkokul ve üzeri öğrenim almış” olarak üç gruba ayrılmıştır. Tablo XVII’deki yaşam kalitesi puanları öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları ve toplam puan okuryazar olmayan yaşlılarda okuryazar olan ve okul bitirmiş yaşlılara göre daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıca sosyal katılım alan puanı açısından okuryazar olan yaşlılarla ilkokul ve üzeri öğrenim almış yaşlılar arasında da anlamlı düzeyde fark bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo XVII.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

ALANLAR	OY Değil (n=122)	OY (n=79)	İlkokul ve Üzeri (n=163)	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,2±3,0	12,3±2,1	12,1±2,5	0,102	0,903
Otonomi	12,5±3,6	12,3±3,0	11,3±3,4	5,36	<b>0,005</b>
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,2±2,5	13,0±2,2	12,9±2,5	4,219	<b>0,015</b>
Sosyal Katılım	12,4±2,8	13,4±2,5	14,4±2,8	17,72	<b>0,000</b>
Ölüm ve Ölmek	12,0±3,2	13,2±2,6	13,6±2,9	13,927	<b>0,000</b>
Yakınlık	13,1±3,5	14,5±2,9	15,4±3,2	17,392	<b>0,000</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>52,4±12,2</b>	<b>56,9±9,4</b>	<b>58,1±11,3</b>	<b>9,496</b>	<b>0,000</b>

\*ANOVA,  $p<0,05$



#### 4.4.5. Yaşam Kalitesinin Çalışma Durumu Açısından Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi puanları çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde aktif çalışan yaşlılarda sosyal katılım, ölüm ve ölmek alan puanları ve toplam skor istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,05$ ).

WHOQOL-Old alan puanlarının çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo XVIII' de sunulmuştur.

**Tablo XVIII.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Alanlar	Aktif Çalışan	Çalışmayan	t	p
	(n=68) Ort±SS	(n=296) Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,7±2,7	12,1±2,6	1,805	0,072
Otonomi	12,0±3,6	11,9±3,4	0,245	0,807
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	13,0±2,2	12,6±2,5	1,308	0,192
Sosyal Katılım	14,3±2,6	13,3±2,9	2,428	<b>0,016</b>
Ölüm ve Ölmek	13,7±2,9	12,7±3,1	2,267	<b>0,024</b>
Yakınlık	14,6±3,3	14,4±3,5	0,282	0,778
<b>TOPLAM</b>	58,6±9,6	55,3±11,8	2,144	<b>0,033</b>

\* Bağımsız Gruplarda t Testi,  $p<0,05$

#### 4.4.6. Yaşam Kalitesinin Kronik Hastalığı Olması Açısından Değerlendirilmesi

Sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayan yaşlılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo XIX). Kronik hastalığı olmayan ile üç ve üçten fazla kronik hastalığı bulunanlar arasında sosyal katılım ve ölüm alan puanları açısından fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). İki kronik hastalığı olan yaşlılar ile üç ve üçten fazla kronik hastalığı olanlar arasında da ölüm alan puanı açısından fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo XIX.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Alanlar	Yok	Tek	İki	Üç	X <sup>2</sup> <sub>k-w</sub>	p
	(n=66)	Hastalık (n=175)	Hastalık (n=84)	Hastalık (n=39)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,6±2,6	12,3±2,6	11,9±2,2	11,6±3,0	5,803	0,122
Otonomi	12,6±3,4	11,6±3,3	11,7±3,3	12,3±3,2	5,603	0,133
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	13,2±2,1	12,7±2,6	12,4±2,3	12,5±2,6	2,688	0,442
Sosyal Katılım	14,3±2,7	13,1±2,7	13,9±3,1	13,0±3,1	12,317	<b>0,006</b>
Ölüm ve Ölmek	13,8±2,4	12,5±3,1	13,3±3,1	12,3±3,5	11,819	<b>0,008</b>
Yakınlık	14,4±3,0	14,1±3,3	15,0±3,5	14,6±4,0	3,969	0,265
<b>TOPLAM</b>	<b>59,5±10,3</b>	<b>54,6±12,0</b>	<b>56,4±11,2</b>	<b>54,6±11,0</b>	<b>7,854</b>	<b>0,049</b>

\*Kruskall Wallis Varyans Analizi,  $p < 0,05$

#### 4.4.7. Yaşam Kalitesinin Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Tablo XX' deki yaşam kalitesi puanlarının sürekli ilaç kullanma durumuna göre değerlendirilmesinde sürekli ilaç kullanan yaşlılarda ölüm ve ölmek alan puanları ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo XX.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Alanlar	Kullanan	Kullanmayan	M-W-U	p
	(n=275) Ort±SS	(n=89) Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,0±2,6	12,7±2,7	11072,50	0,173
Otonomi	11,8±3,4	12,4±3,4	10990,00	0,146
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,6±2,5	13,0±2,3	11685,50	0,518
Sosyal Katılım	13,4±2,9	14,0±3,0	10977,50	0,141
Ölüm ve Ölmek	12,8±3,2	13,5±2,7	10532,50	<b>0,047</b>
Yakınlık	14,6±3,5	14,0±3,2	10886,50	0,114
<b>TOPLAM</b>	55,3±11,5	57,8±11,5	10944,00	0,134

\*Mann Whitney U Testi,  $p<0,05$

#### 4.4.8. Yaşam Kalitesinin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi puanları yardımcı cihaz kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde cihaz kullanmayan yaşlılarda otonomi alan puanı, kullanan yaşlılarda da yakınlık alan puanı istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo XXI)

**Tablo XXI.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Yardımcı Cihaz Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Alanlar	Kullanan	Kullanmayan	M-W-U	p
	(n=289) ort±ss	(n=75) ort±ss		
Duyusal Yetenek	12,1±2,5	12,4±3,1	10806,50	0,969
Otonomi	11,7±3,4	12,8±3,5	8962,00	<b>0,020</b>
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,7±2,4	12,6±2,8	10802,00	0,965
Sosyal Katılım	13,7±2,9	13,0±2,9	9263,50	0,051
Ölüm ve Ölmek	12,9±3,1	12,9±3,0	10684,00	0,849
Yakınlık	14,7±3,5	13,7±3,1	8885,00	<b>0,015</b>
<b>TOPLAM</b>	56,0±11,4	55,6±12,1	10587,50	0,758

\*Mann-Whitney U Testi,  $p< 0,05$

#### 4.4.9. Yaşam Kalitesinin Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi puanları evde biriyle yaşama durumuna göre değerlendirildiğinde, tek başına yaşayan yaşlılarda yakınlık alan puanı istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo XXII).

**Tablo XXII.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Evde Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı

Alanlar	Ailesiyle	Akrabalarıyla	Yalnız	X <sup>2</sup> <sub>k-w</sub>	p
	(n=329) Ort±SS	(n=4) Ort±SS	(n=31) Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,1±2,6	12,3±1,7	12,8±2,6	3,572	0,168
Otonomi	12,0±3,5	12,3±1,7	11,6±2,9	0,178	0,915
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,7±2,5	13,3±1,9	12,8±2,3	0,211	0,900
Sosyal Katılım	13,6±2,9	13,8±5,2	12,6±3,0	4,213	0,122
Ölüm ve Ölmek	13,0±3,0	13,0±5,7	12,4±3,1	0,711	0,701
Yakınlık	14,7±3,3	12,8±6,4	12,2±3,9	12,93	<b>0,002</b>
<b>TOPLAM</b>	56,2±11,2	55,5±18,8	52,7±13,3	2,006	0,367

\*Kruskall Wallis Varyans Analizi,  $p< 0,05$

#### 4.4.10. Yaşam Kalitesinin Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algı Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Tablo XXIII’ de sunulan WHOQOL-Old alan puanlarının yaşlılığın başlama yaşı hakkındaki algı durumuna göre dağılımında “85 ve üzeri yaş” cevabını veren yaşlılarda, duyuşal yetenek ile sosyal katılım alan puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yakınlık alan puanı “60 – 74 yaş” cevabını veren yaşlılarda da anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo XXIII.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algı Durumuna Göre Dağılımı

Alanlar	60 Yaş	60–74	75–84	85 ve	X <sup>2</sup> <sub>k-w</sub>	p
	Altı	Yaş	Yaş	Üzeri		
	(n=72)	(n=249)	(n=30)	(n=13)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Duyusal Yetenek</b>	11,9±2,7	12,2±2,6	11,6±1,9	13,8±2,6	9,682	<b>0,021</b>
<b>Otonomi</b>	12,0±3,1	12,1±3,5	11,4±3,8	10,2±3,2	5,896	0,117
<b>Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri</b>	12,8±2,2	12,7±2,5	12,3±2,2	12,5±2,6	0,661	0,882
<b>Sosyal Katılım</b>	14,2±2,7	13,2±2,9	14,1±3,0	14,9±1,7	14,201	<b>0,003</b>
<b>Ölüm ve Ölmek</b>	13,2±2,8	12,7±3,1	13,6±3,2	14,0±2,2	4,793	0,188
<b>Yakınlık</b>	15,4±3,2	14,0±3,6	15,1±2,7	15,4±2,3	10,868	<b>0,012</b>
<b>TOPLAM</b>	57,7±10,0	55,2±12,1	56,4±11,2	59,2±6,1	4,006	0,261

\*Kruskall Wallis Varyans Analizi,  $p < 0,05$

#### 4.4.11. Yaşam Kalitesinin Yaşlılığı Tanımlama Algı Durumuna Göre Değerlendirilmesi

“Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız?” sorusuna “olgunlaşmak, rahat etmek, saygı görmek” yanıtını veren yaşlılarda, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alan puanları ile toplam skor istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo XXIV).

**Tablo XXIV.** Araştırma Grubunda WHOQOL-Old Ortalama Alan Puanlarının Yaşlılığı Tanımlama Durumuna Göre Dağılımı

Alanlar	İhtiyarlık, Hastalık	Ölüme Yaklaşmak	Olgunlaşmak	Diğer	X <sup>2</sup> <sub>k-w</sub>	P
	(n=169) Ort±SS	(n=48) Ort±SS	(n=109) Ort±SS	(n=38) Ort±SS		
Duyusal Yetenek	12,4±2,6	11,9±2,8	12,1±2,5	11,9±2,6	0,355	<b>0,314</b>
Geçmiş, Bugünkü ve Gelecek Aktiviteleri	12,7±2,5	12,6±2,7	13,0±2,1	11,8±2,6	7,737	0,052
Sosyal Katılım	13,0±2,7	13,2±3,0	14,8±2,8	12,4±3,1	31,266	<b>0,000</b>
Ölüm ve Ölmek	12,4±2,9	12,6±3,1	14,1±3,0	12,2±3,3	23,216	<b>0,000</b>
Yakınlık	14,0±3,3	13,9±3,8	15,7±3,2	13,6±3,3	20,897	<b>0,000</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>55,5±11,4</b>	<b>54,8±12,7</b>	<b>59,0±10,3</b>	<b>50,5±11,6</b>	<b>15,878</b>	<b>0,001</b>

\*Kruskall Wallis Varyans Analizi,  $p<0.05$

Ayrıca, çok değişkenli lineer regresyon modeli kullanılarak farklı değişkenlerin yaşam kalitesi puanına bağımsız etkileri incelendi. Modele göre elde edilen formül;  
Yaşam kalitesi puanı= 56,188 + (3,66 x öğrenim durumu) + (3,44 x kronik hastalık varlığı) + (-3,10 x çalışma durumu)  
olarak bulundu.

Bu değişkenlerle modelin % 63'ü açıklanmaktadır ( $R^2 = 0,63$ ).

Yaşam kalitesi puanı yaşının öğrenim durumu, yaşlıda kronik hastalık bulunup bulunmaması ve yaşının çalışma durumu dikkate alınarak tahmin edilebilir. Yaşının öğrenim durumu, kronik hastalığının bulunup bulunmaması ve yaşının çalışma durumundan oluşan bağımsız değişken grubu ile yaşam kalitesi puanı arasındaki korelasyon  $r = 0,25$  olarak saptanmıştır. Buna göre oluşturulan modelin orta düzeyde korelasyonu olduğu söylenebilir (Aksakoğlu G, 2006).



## 5. TARTIŞMA

Yaşlı nüfusun artması, toplumda yaşlılarla ilgili sorunları ön plana çıkarmıştır.

Bu çalışmada Samsun ili Tekkeköy merkez ilçesinde evde yaşayan 65 yaş ve üzeri 364 bireyin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

### 5.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

#### 5.1.1. Yaş

Araştırma grubundaki yaşlıların yaş ortalaması 73,1±6,9 yıl olarak bulunmuştur. Yaş ortalaması Ölüç'ün (2007) Edirne'de yaptığı çalışmasında 71,8±5,6; Danış'ın (2009) Ankara'da yaptığı çalışmasında 76,2±7,3; Baysan'ın (2009) Manisa'da yaptığı çalışmasında 73,0±6,3; Aydın'ın (2009) Gaziantep'te yaptığı çalışmasında 73,5±0,2 bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermiştir.

Araştırma grubunun %59'u 65–74 yaş grubunda, %35,1'i 75–84 yaş grubunda, %5,9'u 85 ve üzeri yaş grubunda bulunmaktaydı. TÜİK (2010) Samsun ili Tekkeköy ilçesi yaş gruplarının sırasıyla %60,9, %34,3, %4,7 olan verileri bu çalışmayı desteklemektedir. Yaş grupları sırasıyla Aydın'ın (2009) çalışmasında %63,9, %29,7, %6,4; Baysan'ın (2008) çalışmasında %56,3, %37,1, %6,5; Ölüç'ün (2007) çalışmasında %70,7, %26,0, %3,3 ve Akal'ın (2005) Sivas ilinde yaptığı çalışmasında da %73,4, %23,1, %3,5 olarak bulunmuştur. Sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

#### 5.1.2. Cinsiyet ve Medeni Durum

Araştırma grubundaki 364 yaşlının %48,9'u erkek, %51,1'i kadın bulunmuştur. HÜNEE (2008) verilerinde %49 erkek, %51'inin kadın olduğu bulunmuş olup, çalışmamızı desteklemiştir. Bu oranlar sırasıyla Ölüç'ün (2007) çalışmasında %51, %49; Aydın'ın (2009) çalışmasında %45,9, %54,1; Baysan'ın (2008) çalışmasında %67,2, %32,8 ve Akal'ın (2005) çalışmasında da %48,1, %51,9 olarak bulunmuştur.

Araştırma grubundaki yaşlıların %62,4'ü evli, %35,7'sinin eşi ölmüş, %1,6'sı eşinden ayrılmış, %0,3'ü ise hiç evlenmemiştir. TÜİK (2010) Samsun ili Tekkeköy ilçesi medeni durum verileri sırasıyla %58,3, %37,7, %1,6, %2,3 olup, bu çalışmayı desteklemiştir. Aynı oranlar sırasıyla Baysan'ın (2008) çalışmasında %51,0, %46,2, %2,0, %0,8; Ölüç'ün (2007) çalışmasında %63,8, %34,4, %0,6, %1,2 bulunmuştur.

Aydın'ın (2009) çalışmasında ise %66,5'sinin evli, %32,1'nin eşi ölmüş ve %1,4'ünün de hiç evlenmemiş olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki erkeklerin %77'si, kadınların %48,4'ü halen evli durumdadır. Aydın'ın (2009) çalışmasında sırasıyla %80,7, %54,4 bulunmuş olup çalışmamızla da benzerlik göstermiştir. Ölüç'ün (2007) çalışmasında da oranlar sırasıyla %63,8 ve %40,2 olarak bulunmuştur. Dünyada da 2006 Birleşmiş Milletler verilerine göre, yaşlı erkeklerin %80'i evli iken, kadınların %48'i evli tespit edilmiştir (Aydın, 2009). Erkeklerin daha fazla evli bulunmasının nedeninin, erkeklerin eşleri öldükten veya eşlerinden boşandıktan sonra tekrar evlenmeleri olduğu düşünülmüştür. Kadınların ise Türk gelenek ve göreneklerinden dolayı tekrar evlenmeyerek çocukları ile yaşamayı tercih etmiş oldukları kanısına varılmıştır.

### **5.1.3. Öğrenim Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların %33,5'i okuryazar değildi; %21,7'si okuryazar, geri kalan yaşlının %44,8'i bir okul mezunu idi. TÜİK (2010) Samsun ili Tekkeköy ilçesi öğrenim durum verileri sırasıyla %36,9, %21,6, %41,5 olup, bu çalışmayı desteklemiştir. Aynı oranlar sırasıyla Baysan'ın (2008) çalışmasında %34,4, %17,6, %48,0; Ölüç'ün (2007) çalışmasında %24,2, %13,5, %34,0; Akal'ın (2005) çalışmasında %43,4, %22,6, %34 ve Aydın'ın (2009) çalışmasında da %58,1, %26,1, %15,8'i olarak saptanmıştır. Öğrenim durumu araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte yaşlı nüfusta okuma yazma bilmeme, okul bitirmeme oranı oldukça yüksektir.

Bu çalışmamızda erkeklerin %63,4'ü, kadınların %26,8'i bir okul mezunu bulunmuştur. HÜNEE (2008) verilerine göre erkeklerin %55,1'i, kadınların %22,7'si bir okul bitirmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermiştir. HÜNEE (2008) verilerine göre kadınların %76,4'ünün öğrenimi yoktur ya da bir okulu bitirmemiştir. Bu çalışmamızda da kadınların %73,2'si aynı durumdadır ve benzerlik göstermektedir. Kadınlar erkeklerden daha az öğrenim görmüşlerdir. Bu duruma ülkemizde geçmiş yıllarda öğrenim olanaklarının yeterli olmaması, temel eğitimin zorunlu olmaması, kız çocuklarının okula gönderilmemesinin neden olduğu düşünülmüştür.

### **5.1.4. Çalışma Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların %18,7'si halen çalışmakta iken, %40,1'i emeklidir. Baysan'ın (2008) çalışmasında aktif çalışan yaşlıların oranı %5'ten küçüktür. Aydın'ın (2009) çalışmasında çalışan yaşlıların oranı %5,5'dir. Araştırma grubundaki

yaşlıların % 13,5'i halen çiftçilik yaptığından aktif çalışmaktadır. Kadınların %80,6'sı ev kadınıdır. Bu durum aile içerisindeki iş bölümünde erkeklerin daha çok ailenin geçiminden, kadınların ise ev işlerinden sorumlu olmasından kaynaklanmaktadır (Şanlı, 2001). Kadınların tarlada yaptıkları çalışmanın meslek olarak sayılmamasından, ülkemizde aile içi görev paylaşımında kadınların daha çok ev idaresinden sorumlu tutulmasından dolayı ev kadını oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

#### **5.1.5. Sağlık Güvencesi Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların %98,4'ünün sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olmayanların oranı Baysan'ın (2008) çalışmasında %10,1; Ölüç'ün (2007) çalışmasında %5,0; Akal'ın (2005) çalışmasında %5,7; Aydın'ın (2009) çalışmasında ise %12,5 olarak bulunmuştur. Sağlık güvencesinin olması, sağlık hizmetlerine ulaşmanın ve sağlıkta eşitliğin sağlanmasının göstergesi olabilir. Bu çalışmamızda bu oran yüksek bulunmuştur.

### **5.2. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri**

#### **5.2.1. Kronik Hastalığı Olma Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların %81,9'unun kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Bu , Ölüç'ün (2007) çalışmasında %85; Baysan'ın (2008) çalışmasında %81,6; Aydın'ın (2009) çalışmasında %93; Özyurt ve arkadaşlarının (2007) Manisa Muradiye ilçesinde yaptıkları çalışmasında %70; Arslantaş ve arkadaşlarının (2006) Eskişehir Mahmudiye ilçesinde yaptıkları çalışmada ise %71,8 olarak bulunmuştur. Yaşlıların bildirdikleri tanıları incelendiğinde ilk beş hastalığın HT, kardiyovasküler sistem hastalıkları, kas – iskelet sistem hastalıkları, DM ve solunum sistemi hastalıkları olduğu görülmüştür. Türkiye'de 2004 yılında DALY'e neden olan ilk beş hastalık sıralaması da iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA), DM ve HT'dur (Sağlık Bakanlığı, 2004). Sonuçlar, bu çalışma ile benzerlik göstermiştir. Literatüre benzer biçimde kronik hastalık prevalansı kadın grubunda daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıklar yaşlılıkta beklenen bir durumdur.

#### **5.2.2. Sürekli İlaç Kullanma Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların %75,5'i kronik hastalıkları için sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır. Aydın'ın (2009) çalışmasında bu oran %87,0 olarak bulunmuştur. Türkiye'nin 12 farklı şehrinde 65 yaş ve üzerindeki 1433 yaşlı ile

görüülerek çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı Gökçe'nin (2006) çalışmasında yaşlıların % 84,7'sinin; Arpacı'nın (2008) huzurevinde yaptığı çalışmada ise yaşlıların %95,2'sinin düzenli ilaç kullandığı belirtilmiştir. Yaşlıların çoğunun kronik hastalığı olduğundan ilaç kullanımındaki yüksek oran beklenen sonuçtur.

### **5.2.3. Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu**

Araştırma grubundaki yaşlıların %75,4'ü yardımcı cihaz kullanmaktadır. Bu değer, Baysan'ın (2008) çalışmasında % 73,9 olarak bulunmuştu ve bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Yaşlıların %50,3'ü gözlük, %44,5'i diş protezi, %24,7'si baston, %1,4'ü de işitme cihazı kullanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, yaşlılarda yardımcı cihaz olarak diş protezi, gözlük, baston, işitme cihazı kullanımının yaygın olduğu bulunmuştur (Baysan, 2008; Aydın, 2009; Dudak ve ark., 2006; Çivi ve Tanrıku, 2000,). Fiziksel yetersizliğin fizyolojik ya da kronik hastalıklara bağlı olarak yaşlılıkta artması ve buna bağlı olarak yardımcı cihaz kullanımına ihtiyaç duyulması beklenen bir durumdur.

## **5.3. Diğer Özellikler**

### **5.3.1. Birlikte Yaşadığı Kişiler İle İlgili Değerlendirme**

Araştırma grubundaki yaşlıların %40,1'inin eşiyile, %17,6'sının eş ve çocuklarıyla, %32,7'sinin çocuklarıyla, %8,5'inin yalnız yaşadığı bulunmuştur. Aydın'ın (2009) çalışmasında bu değerler sırasıyla %34,8, %26,7, %23,3 ve %12,7 olarak saptanmıştır. Ölüç'ün (2007) çalışmasında ise %61,0'i eşi veya eşi ve çocuklarıyla beraber, %18,4'ü çocuklarıyla beraber, %17,3'ü ise yalnız yaşamaktadır. Kulaç'ın (2004) çalışmasında yalnız yaşama %18,9, Arslantaş'ın (2006) çalışmasında %18,9 olarak saptanmıştır. Farklı çalışmalar araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir (Baysan, 2008; Çubukçu, 2005; Kısacık, 2008; Kulaç, 2004; Yarış ve ark., 2002). Kadınlar daha çok çocuklarıyla birlikte yaşamaktadırlar. Kadınların eşleri öldükten ya da boşandıktan sonra tekrar evlenmeyi tercih etmedikleri kanısına varılmıştır.

### **5.3.2. Yaşlılığın Başlama Yaşı Hakkındaki Algıları**

Araştırma grubunda "Sizce yaşlılığın başlama yaşı nedir?" sorusuna yaşlıların yanıtının yaş ortalaması  $63.3 \pm 9.8$  olup; en küçük yaş 40, en büyük yaş 100 bulunmuştur. Çeçen ve Özbayır'ın (2010) çalışmasında benzer şekilde yaş ortalaması 55 olup, en küçük yaş 35, en büyük yaş 80 olarak saptanmıştır. Kırk yaş yanıtını verenlerin

tamamının kadın olması, yaşam kalitesinin kadınlarda daha düşük bulunmasını da açıklamaktadır.

### **5.3.3. Yaşlılığı Tanımlama Hakkındaki Algıları**

“Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız?” sorusuna araştırma grubundaki yaşlıların cevapları Tablo XIII’ de gösterilmiştir. Aydın’ın (2009) çalışmasında yaşlıların %35,8’inin yaşlılığı kötü bir durum olarak, %38,6’sının işe yaramazlık olarak ve %25,6’sının da güzel bir durum olarak algıladığı saptanmıştır. Bahar ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da yaşlıların %33,8’inin yaşlılığı kötü bir durum olarak, %36,6’sının ise işe yaramazlık olarak düşündüğü bulunmuştur. Bilir ve arkadaşlarının 2002 yılında Ankara Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi’nde yaptığı çalışmada yaşlıların %16,2’sinin yaşlılığı güzel bir durum olarak algıladığı saptanmıştır.

Çeçen ve Özbayır’ın (2010) çalışmasında yaşlılığı nasıl algıladıkları sorusunun yanıtları %92 yaşlılık hastalıktır; %92 kendini yorgun hissetmek olarak saptanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında yaşlıların %51,5’i yaşlılığı hasta olma, %34,3’ü bağımlı olma ve %17,2’si de yalnızlık olarak algılamıştır. Bu çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde yaşlılığın olumsuz algılanması yüksek sıklıktadır. Yaşlıların yaşlılığı algılama durumlarının yaşlılığa bağlı değişiklikleri kabullenişini de etkilediğini düşündürmektedir.

### **5.4. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi**

WHOQOL yaşlılık ölçeğinde (WHOQOL-Old) yaşlılık dönemine özel sorunlar sorgulanmıştır. Bunlar; duyulardan hoşnutluk, bağımsız olmak yani kendi kendine yeterek kararlarını verebilmek, geçmiş bugün ve gelecek ile ilgili düşünce ve beklentiler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlıktır. Bu çalışmada araştırma kapsamına giren yaşlıların yaşam kalitesi alt alanları ve yaşam kalitesi toplam ortalama puanları sırasıyla 12,2±2,6, 11,9±3,4, 12,7±2,5, 13,5±2,9, 12,9±3,1, 14,5±3,4 bulunmuştur.

Aydın’ın (2009) çalışmasında puanlar sırasıyla 11,5±0,1, 9,0±0,1, 8,1±0,1, 5,9±0,1, 11,9±0,1, 9,4±0,1 ve 55,8±0,5 olarak bulunmuştur. Saka ve arkadaşlarının (2010) Mardin il merkezinde 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptıkları çalışmada alan puanları sırasıyla 11,6±1,9, 12,4±3,6, 11,6±2,1, 11,5±2,4, 10,4±3,2, 12,8±3,0 ve 48,4±10,2 olarak saptanmıştır. Özyurt ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları

çalışmada duyuşal yetiler, otonomi, geçmiş ve bugün geleceğe ait düşünce ve beklentiler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ile yakınlık alan puanları sırasıyla 11,2±2.3, 12.7±2.5, 12.4±2.3, 11.5±2.6, 10.8±3.3 ve 14.4±2.0 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmamızda puanlar Gaziantep, Mardin ve Manisa’da yapılan çalışmalara göre benzer saptanmıştır. Çalışmada en yüksek alan puanı yakınlık alanına aittir. Yakınlık alan puanı kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir. Yaşlıların büyük kent merkezinde değil, daha kırsal olan bir yerde ve zaten yıllardır bildikleri çevrede yaşamalarından olduğu düşünölmektedir. En düşük alan puanı otonomi alanına aittir. Yaşlıların büyük oranda eşleriyle, çocuklarıyla ya da eş ve çocukları ile beraber yaşamasından dolayı kendi başlarına karar alamamasından olduğu düşünölmektedir.

#### **5.4.1. Yaş Grupları Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Çalışmada “genç yaşlı” grubun yaşam kalitesi toplam puanı 56,5±11,6, “orta yaşlı” grubun 56,1±1,4 iken, “ileri yaşlı” grubun 49,2±9,1’dir. Sosyal katılım, yakınlık, ölüm ve ölmek alan puanlarının yaş artıkça düştüğü saptanmıştır. Bu durum, literatürle benzerlik göstermektedir (Aydın, 2009; Özyurt ve ark., 2007; Ulusel ve ark., 2004; Turgul ve ark., 2004; Arslantaş ve ark., 2006). Puan düşüklüğünün nedeninin yaşın artması ile beraber yaşlının ölüme yaklaştığını düşünmesi, hareketlerindeki genç yaşlılığa göre kısıtlılık olması ve vaktinin daha büyük kısmını evinde geçirmesinden kaynaklandığı kanısına varılmıştır.

#### **5.4.2. Cinsiyet Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Yaşam kalitesi ortalama puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın yaşlılarda duyuşal yetenek, geçmiş, bugünkü ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek alanları ile toplam skor erkeklere göre düşük bulundu. Türkiye’de ve yurtdışında yapılan çalışmalarda da kadınların alan puanları erkeklerden düşük bulunmuştur (Aydın, 2009; Özyurt ve ark., 2007; Arpacı, 2008; Arslantaş ve ark., 2006; Turgul ve ark. 2004). Kadın cinsiyetinde olmak, yaşam kalitesini düşürmektedir. Öğrenimde eşitsizliğin olmasının, ev ekonomisine eşit katılamamasının ve aile ile ilgili karar alımında eşit söz hakkına sahip olamamasının yaşam kalitesi düşüklüğünde etkisi olduğu kanısına varılmıştır.

#### **5.4.3. Medeni Durum Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Bu çalışmamızda yaşam kalitesi ortalama puanları medeni durum açısından değerlendirilme yapıldığında eşinden ayrılmış yaşlılarda ölüm ve ölmek ile yakınlık

alan puanları düşük bulunmuştur. Aydın'ın (2009) Gaziantep ilindeki çalışması, Arslantaş ve arkadaşlarının (2006) Eskişehir Mahmudiye ilçesinde yaptığı çalışma ile Özyurt ve arkadaşlarının (2007) Manisa Muradiye'de yaptığı çalışmalar araştırmamızı desteklemektedir. Evli olan yaşlıların, bekar ve eşi ölmüş ya da eşinden ayrılmış yaşlılara kıyasla yaşam kalitelerinin ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli olmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin düşük olması eşin ölmesi ya da eşinden ayrılma sonucu yaşlıların çoğunlukla çocuklarıyla beraber yaşamak zorunda kalması, sevdiklerini kaybetme ve ölüm kaygısı nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

#### **5.4.4. Öğrenim Durumu Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır. Türkiye'de yaşlılarda yapılan diğer yaşam kalitesi çalışmalarında da öğrenim düzeyinin düşmesiyle yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir ( Ulusel ve ark., 2004; Arpacı, 2008; Aydın, 2009; Özyurt ve ark., 2007; Çalıştır ve ark., 2006; Ölüç, 2007). Bu çalışmada yaşam kalitesi toplam puan ortalaması okuryazar olmayan yaşlılarda  $52,4 \pm 12,2$ , okuryazar olan yaşlılarda  $56,9 \pm 9,4$ , ilkokul ve üzeri okul bitirmiş yaşlılarda  $58,1 \pm 11,3$  olarak bulunmuş olup, diğer çalışmalarda da benzer şekilde desteklenmektedir. Yaşlının okuryazar olmasının kişinin bağımsızlığını artırdığı ve dolaylı olarak da kişinin kendi öz güveninde de artışa neden olduğu sonucuna varılmıştır.

#### **5.4.5. Çalışma Durumu Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Çalışmada halen aktif olarak çalışan yaşlıların çalışmayan yaşlılara kıyasla yaşam kalitesi alan puan ortalamaları ve toplam skoru yüksek bulunmuştur. Aydın'ın (2009) Gaziantep'te yaptığı çalışmada da çalışmanın yaşam kalitesi üzerine artırıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Yaşlıların aktif hayata katılmasının onların işe yaramama, ihtiyarlama algılarını değiştirdiği düşünülmüştür.

#### **5.4.6. Kronik Hastalığı Olma, Sürekli İlaç ve Yardımcı Cihaz Kullanma Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Sağlık düzeyi yaşam kalitesiyle yakından ilişkilidir. Araştırma grubunda hiç kronik hastalığı olmayan yaşlıların yaşam kalitesi toplam skor ortalaması en az bir hastalığı olan yaşlılardan yüksek bulunmuştur. Türkiye'de ve yurtdışında yapılan çalışmalarda da kronik hastalığın bulunmamasının yaşam kalitesini pozitif etkilediği bulunmuştur (Arslantaş ve ark., 2006; Özyurt ve ark., 2007; Aydın, 2009).

Araştırma grubunda sürekli ilaç kullanan yaşlıların ölüm ve ölmek alan puanları ve toplam skor ortalamaları daha düşük saptanmıştır.

Sürekli ilaç kullanımı kronik hastalıkla ilgili olduğundan yaşam kalitesinin düşük çıkması beklenen sonuçtur.

Yardımcı cihaz kullanan yaşlıların yakınlık alan puanı cihaz kullanmayan yaşlılara göre yüksek, otonomi alan puanları ise bu çalışmamızda düşük bulunmuştur. Aydın'ın (2009) çalışmasında yardımcı cihaz kullanmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

#### **5.4.7. Yaşama Ortamı ve Yaşlılık Algısı Açısından Yaşam Kalitesinin Değişimi**

Araştırma grubunda evde ailesiyle yaşayan yaşlıların yakınlık alan puanları yalnız yaşayan yaşlılara göre yüksek bulunmuştur. Aydın'ın (2009) çalışmasına göre eş ile yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksektir. Bu sonuçlar da araştırmamızı destekler şekildedir.

Araştırma grubundaki yaşlılardan yaşlılığın 85 ve üzeri yaşlarda başladığını belirtenlerde duysal yetenek, sosyal katılım, yakınlık alan puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubundaki yaşlılardan yaşlılığı olumlu algılayan yaşlıların sosyal katılım, ölüm ve ölmek ile yakınlık alan puanlarıyla yaşam kalitesi toplam puanı yaşlılığı olumsuz algılayan yaşlılara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Aydın'ın (2009) çalışmasında da yaşlılığı güzel bir durum olarak değerlendiren yaşlılarda yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

#### **5.5. Kısıtlılıklar**

Benzer çalışma yapacak olan araştırmacıların ön test hazırlamasında aşağıdaki konuları incelemesinin faydalı olacağı düşünülmektedir:

- Yaşlının mesleği yanı sıra halen aktif olarak çalışıp çalışmadığı.
- Sürekli kullanılan yardımcı cihaz için; “cihazı kimin önerdiği”, “temin edip edemediği”, “kullanmak isteyip istemediği” ve “yardımcı cihaza ihtiyacı olup olmadığının” belirlenmesi.
- Erkeklerle kaçınıcı evliliklerinin olduğunun sorulması.



o Yaşlılara kendilerine ait odası olup olmadığı sorgulanırken, ayrıntılı olarak evde yatma odası dışında kendisine ait, kendisini rahat hissettiği bir ortamın olup olmadığı.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılık, yaşam sürecinin son ve önemli bir dönemidir, yaşanması gereken bir süreçtir. Bu dönem bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişiler arası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla bir kayıplar dönemi olarak tanımlanabilir. Kayıplar kişinin kendisine olan saygısını azaltmakta ve yaşamdan yeterli doyumun sağlanamamasına neden olmaktadır.

Yaşlılık, dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfusun giderek çoğalması ile birlikte, çok daha fazla önem kazanmıştır. Türkiye'de de, yaşlıların sayı ve oranının toplam nüfus içinde giderek çoğaldığı dikkate alınarak bu çalışma planlanmıştır. Samsun ili Tekkeköy merkez ilçesindeki 65 ve üstü yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen verilere göre;

- Yaşlıların büyük çoğunluğunun genç yaşlı (65–74 yaş), evli, eş ve/veya çocuklarıyla yaşamakta olduğu,
- Yaşlıların tamamı yakınının sosyal güvencesi olduğu,
- Yaşlıların az bir bölümünün hala aktif çalışıyor olduğu,
- Yaşlıların büyük bir kısmında en az bir kronik hastalığın bulunduğu, sürekli ilaç kullandığı ve yardımcı cihaz kullandığı,
- Orta (75–84 yaş) ve ileri (85 ve üzeri) yaşlıların öğrenim durumunun düşük olduğu, özellikle kadın yaşlıların ancak üçte birinin okul bitirmiş olduğu,
- Yaşam kalitesinin ileri yaştan, cinsiyetten, medeni durumdan, öğrenim durumundan, aktif çalışma hayatından ve kronik hastalığın bulunmasından etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu bulgular ışığında belirlenen öneriler aşağıdaki şekildedir.

- Temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında riskli grup oluşturan yaşlılara sunulacak hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında geniş bir bakış açısının sağlanması.
- Toplu Taşımacılığın sadece ana güzergahlarda olduğu ilçede mahallere ulaşılabilirliğin sağlanması ile yaşlının diğer kişilere bağımlılığının azaltılmasının planlanması.
- İlçede ulaşım durumunun dikkate alınmasıyla aile hekimlerinin yaşlılara dönük evde sağlık hizmetleri sunma sıklığının artırılması ile ilgili çaba gösterilmesi.

- İlçe yerel yönetimler tarafından evde sağlık ve bakım hizmet politikasının geliştirilmesinin sağlanması.
- Kendi evinde yaşama olanağı olmayan yaşlılara yönelik ilçe yerel yönetimleri tarafından gündüzlü / yatılı yaşlı bakımevleri açılması.
- Kurumlar arası işbirliği ile İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, İlçe Müftülüğü ve Toplum Sağlığı Merkezi ile beraber okuryazar olmayanların tespiti için tarama yapılması.
- Aktif yaşlanma politikası içinde olan fiziksel aktivitenin artırılması için yaşlılara yönelik park ve bahçe düzenlenmesinin sağlanması.
- İlçede en fazla görülen kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyonla ilgili tarama yapılması.
- En sık rastlanılan hastalıklardan bir diğeri olan kas-iskelet sistemi hastalıklarının tedavisi için diğer ilçe merkezine gitmek zorunda kalan yaşlılara bu hizmetin ilçede sunulabilmesi ile ilgili çabanın gösterilmesi.
- Yaşlıların kronik hastalık nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerini artırmak için ilçede hastane hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması.
- İlçe yerel yönetimler tarafından sosyal hizmetlerin artırılması.
- Kadınların evde yaptıkları üretimlerin pazarlanmasının düzenlenmesi ile kendilerine ekonomik katkıda bulunmalarının sağlanması.
- Koruyucu hekimlik uygulamaları içinde “yaşlı sağlığı” farkındalığının artırılması.
- “Aktif yaşlanma” nın ulusal politika olarak geliştirilmesi, yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korunarak, erken yaştan itibaren düzenli sağlık kontrollerinin yapılması konusunda uygulamalar düzenlenmesi.
- Yaşlılığın doğal sürecinde gelişen kronik hastalıkların erken teşhisinin sağlık taramaları ve periyodik sağlık muayeneleri ile sağlanması, yaşlıların kronik hastalıkları açısından eğitilmelerinin düzenlenmesi.
- Eğitim ve sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olması bilinciyle eğitimdeki cinsiyet farkının ortadan kaldırılarak genç nüfusun okula devam ettirilmesinin sağlanması.

- Okumayazma bilmeyen yaşlıların kurslara katılımının artırılmasını sağlayarak, sağlık durumunu iyileştirme ve geliştirme amacıyla yapılan bilgilendirme çalışmalarına katkıda bulunmalarının sağlanması.

- Yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olması göz önüne alınarak, kadınlara yönelik hizmetlerin üreme çağından başlatılarak arttırılmasının sağlanması.

- Yaşlıların kendi evlerinde olmasının yaşam kalitelerinin yükselmesi ile sonuçlanması nedeniyle yaşlıların kendi ortamlarından uzaklaşmadan bakılmalarının sağlanması ya da bakımları için verilen mevcut ekonomik desteğin yeniden düzenlenmesinin sağlanması.

- Yaşlı sağlığı ve bakımına yönelik olarak yapılacak uygulamalarda multisektöryel yaklaşım anlayışının benimsenmesi.

- Her yaşlının bireysel beceri, kültürel sermaye ve sağlık durumuna uygun olarak, sosyal faaliyetlere yönlendirilmesinin sağlanması.

- Yaşlının yaşam içinde alabileceği aktif rolleri alarak hayatının sürdürmesi ve bağımlı olmadan yaşamının sağlanması.

Yaşadığı ortamda yeterli sosyal desteğe sahip yaşlılar kendilerini daha az yalnız hissetmekte, yaşlılıkla ilgili tutumları daha olumlu ve yaşam kaliteleri daha yüksek olmaktadır. “Aktif yaşlanma” ile gelecekte toplumda hastaliksız, kendi kendine bakabilecek, toplum için bir yük olmak yerine üretime katkıda bulunabilecek yaşlıların sayısının artması sağlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

- Abrams W B, Beers M H, Berkow R. The Merck Manual of Geriatrics, Second Edition Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N.J. USA; 1995.
- Açıkel C, H., Arpacı F, Şimşek I, Ankara'da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(6): 515-522.
- Akal Ç. Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye' de yaşlı nüfus eğilim, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(2): 105-110.
- Akgün S, Erdal R. Yaşlılık kavramı ve yaşlıya yaklaşım, Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevleri, Ed.: Y.G. Kutsal, Ankara; 2007, 73-86.
- Akın G, Her Yönüyle Yaşlılık, Palme Yayıncılık, Ankara; 2006
- Aksakoğlu G., Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. II. Yazılım, İzmir, 2006; 283-299.
- Alleson, DB, Oberley, TD, Szweda LI, Weindruch R, Zainal, TA. Caloric restriction of rhesus monkeys lowers oxidative damage in skeletal muscle, FASEB J, 2000; 14: 1825-1836.
- Alpteker H. 65 yaş ve üzeri bireylerde evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi 2008; 12- 17.
- Altay B. Yaşlılara evde verilen hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2003; 1-5.
- Arda B. Başarılı ve Üretken Yaşlanmanın Temel İlkeleri, Türk Geriatri Derneği Yayınları, Ankara erişim tarihi, 22.11.2010.  
[www.geriatri.org/pdfler/saglikli\\_yaslanama2005/S\\_Y\\_2005\\_02.pdf](http://www.geriatri.org/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_02.pdf) ,
- Arpacı F. Ankara Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1), 2008; 1-13, Erişim: 8 Eylül 2008.  
[http://www.sonsigaram.org/yasad/2008\\_1.htm](http://www.sonsigaram.org/yasad/2008_1.htm) .
- Arpacı F. Farklı boyutlu bir yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Ankara, 2005, Erişim tarihi, 22.11.2010
- Arslan H N. Yaşlıların ortama göre yaşam kalitesi ve doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2011.

- Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (2): 81–89.
- Arun Ö. Yaşlı bireyin Türkiye serüveni: Kaliteli yaşlanma imkânı üzerine senaryolar. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008 7 (2): 313–330.
- Aydın S. Gaziantep ili Şehit Kamil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü populasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi 2009.
- Aydın Z D. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 13 (4): 43–48.
- Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 227–239.
- Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4 (12): 85–98.
- Bakar C, Kaymak G, Maral I, Özkan S, Sepici V. Bir üniversite hastanesi fiziksel tıp rehabilitasyon polikliniğe başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların tanıları. Türk Geriatri Dergisi. 2002; 5 (2): 59–63.
- Baysan N P. Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa, Uzmanlık Tezi, 2008.
- Beğler T. Yaşlıda başlıca enfeksiyon hastalıkları. Klinik Gelişim. 2004; 17 (2): 84–89.
- Bertan M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara 1997; (5 blm), 86.
- Bilgili N. Yaşlı istismarı ve ihmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1996; 6 (1–2) 67–77.
- Bilir N. Koruyucu hekimlik, sağlığın korunması ve yaşlılık. Arıoğul S (Editör). Geriatri ve Gerontoloji'den. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 2006, 53–60.
- Bilir N. Sigara ve yaşlanma. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>. Erişim tarihi: 19.03.2009.
- Bilir N. Yaşlılarda sigara bağımlılığı ile mücadele. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi. 2006; 52 (Özel Ek A): A47-A49.
- Bilir N, Aslan D, Güngör N ve ark. Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı bölgesine bağlı Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin bazı sosyal durumlarının saptanması. Turkish Journal of Geriatrics. 2002; 5 (3): 97–102.

- Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2000; 3 (4): 141–145.
- Bourée P. Immunity and immunization in elderly. *Pathologie Biologie*. 2003; 51 (10): 581–585.
- Bowling A. What things are important in people’s lives? A survey of public’s judgements to inform scales of health related quality of life. *Social science and Medicine*. 1995; 42: 1947 – 1462.
- Bowling A, Gabriel Z. *Ageing & society*. Cambridge Univ. Pres. Lay theories of quality of life in older age. 2007; 27: 827–848.
- Brazeau S. Polypharmacy and the elderly. *The Canadian Journal of CME*. 2001; 85–94.
- CDC. Designing and implementing an effective tobacco Counter - Marketing Campaign. Atlanta, 2003.
- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46 (7): 885–888.
- Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006;9: 30–3. <http://geriatri.dergisi.org/text.php3?id=289> Erişim tarihi: 15 Eylül 2008.
- Çeçen D, Özbayır T. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26 (3): 11–22.
- Çelik S. Alkol-İlaç Etkileşimleri. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2007; 3 (31): 24–7.
- Çiftcioğlu M., Samsun merkez ilçedeki ilköğretim okullarının fiziksel değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Doktora Tezi, 2010.
- Çivi S, Tanrıkulu M.Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 20003 (3): 85–90.
- Çubukçu S. Edirne’deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevelansı, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Danış M Z. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. GEBAM, Ankara. Erişim tarihi: 12.08.2010. [http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal\\_boyut/yaşlilik\\_yoksuluk\\_yalnızlık.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaşlilik_yoksuluk_yalnızlık.pdf).

- Danış M Z. Kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler: Ankara örneğinde bir alan araştırması. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2009.
- Demircan C. Yaşlılık ve sorunları. Erişim tarihi: 19.03.2009  
[http://www.ichastakileri.uludag.edu.tr/yogun/yaslilik\\_sorunlari.pdf](http://www.ichastakileri.uludag.edu.tr/yogun/yaslilik_sorunlari.pdf)
- Doruk H, Işık A T, Mas R M. Yaşlılarda ilaç kullanımının temel ilkeleri. 4. Ulusal Geriatri kongresi, Antalya, Özet Kitabı, 2005, 18–20, 21–23.
- DİE. Türkiye nüfusu demografik yapısı ve gelişimi 21. yy ortasına kadar projeksiyonlar. Ankara, 1995; No:1839, 156–157.
- DPT. Dokuzuncu Kalkınma Planı. Ankara, 2006.  
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani>. Erişim tarihi: 01.10.2010.
- DPT. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. 2007; Yayın No DPT: 2741.  
<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemla.pdf> Erişim tarihi: 01.10.2010
- Dudak A H, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri il merkezindeki yaşlıların mediko-sosyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Turkish Journal Of Geriatrics. 2006; 9 (4): 202–212.
- Eker E, Güleç C, Köroğlu E. Yaşlılık. Psikiyatrisi Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1998; 2: 1263-1290.
- Ercan N. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Erkılıç M. Yaşlının evi ve çevresi. Ankara, 2006. (serial online)  
<http://www.geriatri.org.tr/pdf/yaslininEviSon>.
- Ersan T, Arıoğul S. Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler. Hacettepe Tıp Dergisi. 2002; 33:68–72.
- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006; 5: 1–5.
- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü Whoqol-Old: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21 (1), 37–48.
- Ferrans C E. Quality of life: Conceptual issues seminars. In Oncology Nursing. 1990; 6, 248–254.



GEBAM (a). Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı, (Çev. Ed: G. Koçoğlu, N. Bilir), Ankara, 2002. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf> Erişim tarihi: 10.10.2010.

GEBAM (b). Yaşam kalitesi rehberi. II. Baskı, Ankara, 2002; 5–20.

GEBAM (c). Yaşlılıkta kaliteli yaşam. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr> Erişim tarihi: 10.02.2010.

Good B C, Polypharmacy in elderly patients with diabetes. Diabetes spectrum. 2002; 15 (4): 240–247.

Gray M J A. “Preventive Medicine”. in: Epidemiology in Old Age. Ebrahim S and Kalache A. (eds) London: BMJ Publishing Group. 1996.

Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlı ve Çevre. Çevre sağlığı temel kaynak dizisi No:24. Ankara; 1994. [serial online]. [http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1469\\_25css24.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1469_25css24.pdf) Erişim tarihi: 01.10.2010

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 (2): 78–83.

Haas B K. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. Western Journal of Nursing Research. 1999; 21 (6): 728–742.

Hao LY, Hemann, M T, Greider C W, Strong M A. The shortest telomere, not average telomere length, is critical for cell viability and chromosome stability. Cell. 2001; 107: 67–77. Erişim tarihi: 01.10.2010.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867401005049>.

Henderson A S. Epidemiology of psychiatric disorders. B J Sadock, V A Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins. 2000 vol. II: 2988–2997.

Hickey A, Barker M, Mc Gee H, Q’Boyle C. Measuring health-related quality of life in older patient populations. Pharmacoeconomics. 2005; 23 (10): 971–993.

Holmes S. Assessing the quality of life-reality or impossible dream? A discussion paper. International Journal of Nursing Studies. 2005; 42, 493–501.

<http://www.meb.tekkekoy.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.06.2010.

<http://www.samsun.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.06.2010

<http://www.tekkekoy.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.06.2010.

<http://www.un.org/ageing/iypop.html> Erişim tarihi: 02.11.2010.

<http://www.un.org/en/documents/udhr/> Erişim tarihi: 22.11.2010.

Hutton D. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva. WHO, 2008. Erişim tarihi: 01.10.2010.  
[http://www.who.int/ageing/publications/Hutton\\_report\\_small.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf).

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü), 2009. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara. Erişim tarihi: 22.10.2010.  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)

İlhan M N. Koruyucu sağlık hizmetleri yönünden antiaging bakımının önemi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 28 (1): 248–251.

İzgi M C. Etik açıdan yaşlı mahremiyeti: Huzurevi örneğinde hizmet alanlar ve verenler açısından bir değerlendirme. Ankara Üniversitesi Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi, 2009.

Kaner G. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde görülen depresif bulgular üzerine günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık düzeyinin etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi; 2009.

Karadağ M. Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 2008.

Karadakovan A. Yaşlılarda sağlık sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi. 2005; 21 (2): 169–175.

Kayıhan H. Yaşam kalitesi Erişim tarihi: 20.02.2010.  
[www.yaslilikrehberi.org.tr/userfiles/file/495\\_Yasam\\_Kalitesi.doc](http://www.yaslilikrehberi.org.tr/userfiles/file/495_Yasam_Kalitesi.doc).

Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakçefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7 (2): 57–61.

Kırılmaz B. Yaşlılarda kardiyovasküler ilaçların etkileşimi ve yan etkileri, Turkish Journal of Geriatric. Özel sayı, 2010; 2: 107–113.

Kısacık A. Sivas il merkezinde ikamet eden 60 yaş ve üzeri yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumları Erişim tarihi: 05.08.2008.  
<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasliarastirmasi.htm>.

Kıssal A. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkili olan etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2008.

- Kirkwood T. "Mechanisms of ageing." In epidemiology in old age. Ebrahim S and kalache A (eds) London. BMJ Publishing Group. 1996.
- Koçoğlu G O, Bilir N. Uluslar arası eylem planı. Ankara Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara, 2002; 3–18.
- Koştı N. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi. 2005. <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ou3/ou3makaleler.htm>. Erişim tarihi: 06.10.2006.
- Koştı N. Yaşlılıkta ölüm kavramı. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2005; 9: 4.
- Krug E G, Mercy J A, Dahlberg L L, Zwi A B. The world report on violence and health. Lancet.2002; 360: (10)83–88.
- Kulaç E. Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Uzmanlık Tezi, 2004.
- Kurle S E, Sadler P M, Cameron I D. Patterns of elder abuse. Med J Aust. 1992; 157, 673–676.
- Kurtuluş, Z, Yıldırım H, Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin geriatri kullanımı. Birikim Dergisi. 2006; 1 (2): 21–26.
- Kutsal Gökçe Y. "Editörden", Turkish Journal of Geriatrics. 2006. <http://www.geriatri.dergisi.org/text.php?id=303> Erişim tarihi:01.10.2010.
- Kutsal Gökçe Y. Temel Geriatri. Güneş Tıp Kitapevleri. Ed.: Y.Gökçe Kutsal, Ankara, 2007.
- Kutsal Gökçe Y. Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni. 2003 3 (4); 1–3.
- Kutsal Gökçe Y. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics (özel). 37–44. <http://www.geriatri.dergisi.org/pdf.php?id=326> Erişim tarihi: 10.08.2008.
- Kutsal Gökçe Y. Yaşlıların sağlık sorunları. Sağlıklı yaşlanma 2005. [http://www.geriatri.org/pdfler/saglikli\\_yaslanma\\_2005/S\\_Y\\_2005\\_06.pdf](http://www.geriatri.org/pdfler/saglikli_yaslanma_2005/S_Y_2005_06.pdf) Erişim tarihi: 01.10.2010.
- Lee R. The demographic transition: Three centuries of fundamentals of change. Journal of Economic Perspectives. 2003; 17 (4): 167–190.
- Lee, WT, Ko, S, Lee, KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-Dwelling elderly in Korea: A cross-sectionall survey international of nursing studies. 2006; 43, 293–300.

- Lin, P-C, Yen, M, Fetzer Sj. Quality of life in elders living alone in Taiwan. *Journal Of Clinical Nursing*. 2008; 17 (12): 1610–1617.
- Lu H, Hu M. Complementation on Shanghai health care for the elderly in the 21 st century. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*. 2002; 11: 18-50.
- Mandzuk, L L, Mc Millan, D E., A concept analysis of quality of life. *Journal of orthopaedic nursing*, 2005, 9,12–18.
- Martins J J, Schneider D G, Coelho FL, Nascimento E R, Albuquerque G L, Erdmann L E, Gama F O. quality of life among elderly people receiving home care service. *Acta paul Enferm*. 2009; 22 (3) 265–271.
- Mikami H, Ogihara T. Quality of life in the pharmacologically treated elderly patients. *Nippon Ronen Igalekai Zasshi*. 1999; 36 (3): 1, 86–90.
- Montgomery K. The demographic transition. Department of Geography and Geology, University of Wisconsin. 2003. Erişim tarihi: 02.09.2010.  
<http://www.uwmc.uwc.edu/geography/Demotrans/demtran.htm>.
- Naharcı M İ, Doruk H. Yaşlı popülasyonda düşmeye yaklaşım. *TAF Prev Med Bull*. 2009; 8 (5): 437–444.
- Nahcivan N Ö, Demirezen E, Erdoğan S. Birinci basamakta yaşlılarda depresyon ile ilişkili faktörler. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Trabzon, Özet Kitabı, 1999; 1–15.
- OECD Sağlığa Bakış: OECD göstergeleri, 2005. Özet (Serial online)  
<http://www.dataoecd/55/49/35636867.pdf>. Erişim tarihi: 01.10.2010.
- Oktik N. Huzurevinde yaşam ve yaşam kalitesi: Muğla örneği. Muğla Üniversitesi Yayınları. 2. Baskı, Muğla, 2004; 113–117.
- Ölüç F. Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, Uzmanlık Tezi, 2007.
- Öz F. Yaşamın son evresi. Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 2002; 10 (2): 17–28.
- Özcan L. 65 yaş ve üstü kişilerde ilaç kullanımı ve bilgi düzeylerinin sorgulanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, Yüksek Lisans Tezi, 2010
- Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ. Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatric sorunlar. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005; 8 (2): 94–100.
- Özer M, Karabulut Ö Ö. Yaşlılarda yaşam doyumu. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 2003; 6 (2): 72–74.

- Özyurt B C, Eser E, Çoban G, Akdemir S N, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 2007; 10 (3): 117–123.
- Paskulin, G L, Molzahn, A. Quality of life of older Adults in Canada and Brazil. *Western Journal. Nursing Research*. 2007; 29 (1): 10–26.
- Peel, N M, Bartlett, H P, Marshall, A L. Reliability and validity of WHOQOL-Old. *Australasian Journal on Ageing*, 2007, 26(4), 162–167
- Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*, 2005; 365 (9458): 519–30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15705462>  
Erişim tarihi:01.10.2010.
- Saatli G. Yaşlılarda yaşam kalitesi bileşenleri ve bu bileşenleri etkileyen değişkenler. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, Yüksek Lisans Tezi 2004.
- Sağlık 21. 21. yüzyılda herkese sağlık. (Çeviren Editör: Y. Öztürk, O. Günay). Erciyes Üniversitesi Yayınları, No: 126, Kayseri 2001.
- Sağlık Bakanlığı RSHMB. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Başkent Üniversitesi Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi. Hastalık Yükü Final Raporu; Ankara, 2004.
- Sağlık Bakanlığı. Herkese sağlık Türkiye'nin hedefi ve stratejileri. Hedef 21. Önsöz, Erişim tarihi: 10.12.2010.  
<http://sabem.saglik.gov.tr/Akademik.metinler/goto.aspx?id=1185>.
- Sağlık Bakanlığı, TSHGM Yaşlı sağlığı, Ankara, 2002 (serial online)  
[http://sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/196\\_yasli\\_sagligi.pdf](http://sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/196_yasli_sagligi.pdf).  
Erişim tarihi:01.10.2010.
- Saka G, Çiftçi S, Değer V, Arslan E. Mardin il merkezinde 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Özet kitabı, 2010; 213.
- Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010; 5 (13): 125–141.
- Sayan A, Durat G. Yaşlı istismarı ve ihmali: Önleyici girişimler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 7 (3): 97–106.
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyostatistik*, Ankara. 2002; 264.

Sütöruk Z, Tamam L, Savaş N, Kahraman Y, Nazlıcan E, Akbaba M. Huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Türk Geriatri Derneği. 2004; 7: 148-51.

şanlı, N. alışan kadınların iş yaşamına aile içi etkileşimi, uyumu ve karşılaştıkları sorunlar. Aktaş A, Arıkan , İl S, Onat Ü, Ünlü E. (Ed.), 1. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, I. Baskı, T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayını, Yayın No: 117, Ankara, 2001; 403-406.

şener A. Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri.  
<http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu-pdf>. Erişim tarihi:13.02.2010.

Taylor R M, Gibson F, Franck L S. A concept analysis of health - related quality of life in young people with chronic illness. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17, 1823-1833.

Telatar T G, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2004; 7 (3): 162-165.

Terakye G, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem, Yaşlılık. Kriz Dergisi 1997; 5 (2) 2: 95-101.

Testa, M A, Simonson DC. Assessment of quality -of-life outcomes. New England. Journal of Medicine. 1996; 334 (13) 835-40.

Tıktık A. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Devlet Planlama Teşkilatı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara. 2007. Erişim tarihi: 11.10.2007.  
<http://www.sp.gov.tr/documents/TurkiyedeYasliLarinDurumuveYaslanmaEylemPlanı.pdf>

Toprak İ, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N. Yaşlı Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Pelin Ofset, 2002.

TUİK(a). Erişim tarihi: 22.09.2010.  
<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=IlgiliGosterge&sayfa=giris&id=3712>

TUİK(b). Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri Erişim Tarihi: 22.10.2010.  
[http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=39&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11).

TUİK(c) Erişim tarihi: 01.05.2011.  
[http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=turkiye\\_ilce\\_koy\\_sehir.RDF&p\\_il1=55&p\\_ilce1=1849&p\\_kod=2&p\\_yil=2010&p\\_dil=1&desformat=html](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=turkiye_ilce_koy_sehir.RDF&p_il1=55&p_ilce1=1849&p_kod=2&p_yil=2010&p_dil=1&desformat=html)

TUİK; (2009). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2009 Yılı Sonuçları,  
[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb\\_id=39&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11)  
Erişim Tarihi: 12.11.2010.

- TUİK; (2010). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Yılı Sonuçları, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb\\_id=39&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11)  
Erişim tarihi: 10.02.2011.
- TUİK, Türkiye nüfusu demografik yapısı ve gelişimi 21. yüzyıl ortasına kadar projeksiyonlar. Ankara. No:2: 1839; 156-157.
- Turla A, Yılmaz E M. Yaşlılıkta istismar ve ihmal. Adli Psikiyatri Dergisi, 2007; 4 (4): 27–35.
- Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özügürlü B, Özgener N, Devenci H. Narlıdere ilçesinde 65 yaş üstü nüfusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. İzmir I. sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu. Özet Kitabı, 2004; poster no:6.  
<http://www.bayar.edu.tr/~saykad/posterbildiriler.doc>. Erişim tarihi: 10.02.2010.
- Ulusel B. İzmir Balçova 2 no’lu sağlık ocağı bölgesinde yaşlı bireylerin günlük yaşam etkinlikleri, bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk faktörlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2004.
- Uncu Y. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi. 2003; 6 (1): 31–37.
- United Nations, (2001). World Population Ageing 1950–2050. New York.  
Erişim tarihi: 02.11.2010.  
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/200turke.pdf>
- United Nations, (2007). United Nations Principles for Older Persons.  
[http://www.un.org/ageing/un\\_principles.html](http://www.un.org/ageing/un_principles.html) Erişim tarihi: 01.10.2010.
- United Nations, (2008). Guide to the national implementation of the Madrid international plan of action on ageing. Printed at United Nations Headquarters. New York. Erişim tarihi: 01.10.2010.  
[http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf).
- United Nations, (2009). Department of Economic and Social Affairs/Population Division, World Population Ageing 2009. ESA/P/WP/212, New York.  
[http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf).  
Erişim tarihi: 01.10.2010.
- Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. 2002; 5, 2, (5), 40–48.
- Walburg, H E. Radiation – induced. Life-shortening and premature aging. Journal Article. 1975; 75, Adv. Radiat Biol (5): 145–149.

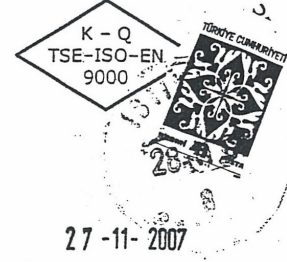
- Walford R L. Immunologic theory of aging: currebt status. Federation Proceedings 1974; sep, 33: (9) 2020–2027.
- WHO, (1998a). Programme on Mental Health. WHOQOL User Manuel. Geneva.
- WHO, (1998b). The World Health Report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all, Geneva.
- WHO, (1998c). WHO Quality of life Group, 1998. Development of the World Health Organization, WHOQOL-BREF Quality of life assesment. Psychological Medicine. 28 (3), 551–558.
- WHO, (1999). Aging: exploding the myths. WHO/HSC/AHE/ 99–1  
<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/> Erişim tarihi: 10.10.2010.
- WHO, (2000). Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898, Singapore.
- WHO, (2001). The Global Embrace Handbook.  
<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/> Erişim tarihi: 01.10.2010.
- WHO, (2002a). Active ageing, A policy framework.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.08.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.08.pdf)  
Erişim tarihi: 01.10.2010.
- WHO, (2002b). World health report 2002: Reducing Risks to Health, Promoting Healthy Life. Geneva. <http://www.who.int/whr/2002/en/>  
Erişim tarihi: 01.10.2010.
- WHO, (2003). WHO European Country Profiles on Tobacco Control, EUR/03/5041305, Copenhagen.
- WHO, (2006). <http://www.searo.who.int/EN/section898/section1441.htm>. Erişim tarihi: 04.10.2010.
- WHO, (2007). 10 facts on ageing and the life course  
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>  
Erişim tarihi: 04.10.2010.
- WHO, (2007). Older people and primary health care. Erişim Tarihi: 10.09.2010.  
<http://www.who.int/ageing/primary-health-care/en/index.html>.
- Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M. Trabzon 2 Nolu merkez sağlık ocağı merkezinde yaşayan yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2002; 5, 159–171. 7.
- Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşcu K.. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9 (3): 143-149.



## 8. EKLER

### EK I Samsun Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onay Yazısı

T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü.



Sayı : B.10.4.ISM.4.55.00.09 – 020 – 425/ 42761

Konu : Dr. Hülya DOĞAN'ın Tez  
Çalışması.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

*SAMSUN*

İlgi: 12/11/2007 tarih ve B.30.2.ODM.0.70.00.00/107 – 7459 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Dr.Hülya DOĞAN'ın "İlimiz Tekkeköy İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu tezi ile ilgili verilerin elde edilmesi amacıyla çalışma yapabilmesi için alınan Valilik Oluru ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

*[Signature]*  
Dr. Mustafa KASAPOĞLU  
Vali a.  
İl Sağlık Müdürü

EKİ : Valilik Oluru ( 1 Adet )

29.11.2007

07806

## EK II Sosyodemografik Veri Formu

1. Cinsiyet: 1.Erkek 2. Kadın
2. Yaşınız: .....
3. Medeni durumunuz:
  - 1) Evli 2)Eşi ölmüş 3)Eşinden ayrılmış 4)Bekâr
4. Eğitim durumunuz:
  - 1)Okur yazar değil 2)Okuryazar 3)İlkokul mezunu 4)Ortaokul mezunu 5)Lise mezunu 6)Üniversite / yüksekokul
5. Sosyal güvenceniz nedir?
  - 1)SSK 2)Bağkur 3) Emekli sandığı 4) Yeşil Kart
  - 5) Diğer (belirtiniz).....
6. Evde kiminle yaşıyorsunuz?
  - a) Eşi b) Çocukları c)Yalnız d) 1 ve 2 e) Diğer (belirtiniz) .....
7. Yaşadığınız evde size ait bir odanız var mı?
  - a) Evet b) Hayır
8. Mesleğiniz nedir?
  - a) İşçi b)Çiftçi c) Evhamımı d)Memur e)Emekli
  - g)Diğer(belirtiniz .....
9. Daha önce tespit edilmiş kronik bir hastalığınız var mı?
  - a) Hayır, yok f) Aterosklerotik kalp ve damar hastalığı
  - b) Hipertansiyon g) Kas – iskelet sistemi hastalığı
  - c) Kalp yetmezliği h) Diğer (belirtiniz) .....
  - d) KOAH
  - e) Diabetes mellitus

10. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?  
a) Evet (belirtiniz .....)  
b) Hayır
11. Sürekli kullandığınız yardımcı bir cihaz var mı?  
a) Takma diş b)Gözlük c) Baston d)İşitme cihazı  
e)Diğer (belirtiniz.....)
12. Sizce yaşlılığın başlama yaşı nedir? .....
13. Yaşlılığı nasıl tanımlarsınız?  
a) İhtiyarlık, hastalık b)Ölüme yaklaşma kötü bir şey c)  
Olgunlaşmak, rahat etmek, saygı görmek d) Fikri yok e)Diğer

### Ek III

## WHOQOL-OLD .TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005 (kısa format)

### Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

**Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

**Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?**

Hiç az	Çok derecede	Orta	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre, eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor: Eğer geleceğinizle ilgili hiç endişe duymuyorsanız o zaman da 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait olan sayıyı daire içine alınız.

*Yardımanız için teşekkür ederiz*

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri **ne kadar çok** yaşadığınız konusundadır.

**1. (F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**2. (F 25.3) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**3. (F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

**4. (F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

**5.(F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

**6. (F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**7. (F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**9. (F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri **ne ölçüde tam olarak** yaptığımız veya yapabildiğimiz hakkındadır.

**10. (F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

**11. (F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

**12.(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?**

Hiç memnun değilim	Çok az memnunum	Orta derecede	Çokça memnunum	Tamamen memnunum
1	2	3	4	5

**13. (F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

**14. (F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir.

**15. (F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**16. (F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**17. (F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**18. (F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**19. (F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

**20. (F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?**

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

**21. (F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**22. (F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**23. (F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**24. (F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

**Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?**

.....

**Yardımanız için teşekkür ederiz.**



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Hülya Doğan

Doğum Yeri : Samsun

Doğum Tarihi : 12 Ekim 1968

Medeni Hali : Bekar

Yabancı Dil : İngilizce

### Eğitim Durumu

Lise : Ondokuzmayıs Lisesi, Samsun (1985)

Lisans ve Yüksek Lisans: Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (1994)

Çalıştığı Kurum : Samsun 112 Acil Sağlık Hizmetleri 112 KKM

### İletişim Bilgileri

Adres : Esenevler Mah. 352. Sok. Elit Apt. 5/ 9 Atakum / Samsun

Tel : 0 532 225 14 67

E-posta: dogangenpr@gmail.com

dogangenpr@mynet.com