



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON PROGRAMI**

**YAŞLININ YAŞADIĞI YERİN DEPRESYON, GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nafiz KOPARAN**

**Danışman
Prof. Dr. Hürriyet Gürsel YILMAZ**

İstanbul-2019

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON PROGRAMI**

**YAŞLININ YAŞADIĞI YERİN DEPRESYON, GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nafiz KOPARAN**

**Danışman
Prof. Dr. Hürriyet Gürsel YILMAZ**

İstanbul-2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nafiz KOPARAN tarafından hazırlanan *“Yaşlının Yaşadığı Yerin Depresyon, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06.02.2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Hürriyet YILMAZ
: Haliç Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Feryal SUBAŞI
: Yeditepe Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üy.Berrak YIĞIT
: Haliç Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür

İntihal Raporu

Ekimcan Akdemir

Tumitin Orjinallik Raporu

İşlem Kodu: 274002314-6-403

AKSAA: 02889899

Yeni Sayı: 6142

Gönderildi:

YAŞARIN YAŞARLI HERİNDEFFERON, GÜLLÜK RAŞ, Neftiz Kocaman İsaferiden

Bölümün Durumu		Kapsam gerektiren durumlar	
Değerlendirildi	0/21	Faturala Durumu	9/15
		Yeni Durum	4/5
		Öğrenci Durumu	9/15

Yarın	Bölümün Durumu	İşlem Kodu	AKSAA	Yeni Sayı	Gönderildi	Yayımlandığı (Bölüm)	Ülke
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR
20-March-2020	Yeni Durum	274002314-6-403	02889899	6142			TR

27/08/2019 tarihinde Art. Gör. Ayşe Nermin Gedikli tarafından yapılmıştır.
 [Signature]

06/02/2019

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi “Yaşlının yaşadığı yerin depresyon, günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof.Dr.Hürriyet Gürsel YILMAZ’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri örnekleri kendim topladığımı, ilgili analizleri yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.



Nafiz Koparan

ÖNSÖZ

Danışmanım Sayın Prof. Dr. Hürriyet Gürsel YILMAZ'a, başta Nezih Huzurevi sakinleri olmak üzere çalışmama katılan tüm katılımcılara, eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği geçen değerli hocalarıma, her zaman yanımda olan sevgili aileme, emekleri ve destekleri için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Şubat-2019

Nafiz Koparan

İÇİNDEKİLER

TEZ ETİK BEYANI	I
ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	V
ÇİZELGELER	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılığın Tanımı	3
2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	4
2.3. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri	4
2.4. Yaşlılarda Ruhsal Durum.....	5
2.5. Yaşlılarda İşlevsel Düzey	7
2.6. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi	8
2.7. Yaşlılarda Sosyal İştirak Ve Etkileyen Faktörler.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Çalışmanın Amacı Ve Tipi	13
3.2. Çalışmanın Yeri, Zamanı, Evreni Ve Örneklemi.....	13
3.3. Veri Toplama Yöntemi	13
3.4. Veri Toplama Araçları	13
3.4.1. Geriatrik Depresyon Skalası	13
3.4.2. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası	14
3.4.3. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi.....	14
3.4.4. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD).....	14
3.4.5. Boş Zaman Aktiviteleri Formu	15
3.4.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	15
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA	19
6.SONUÇLAR	27
7.ÖNERİLER	28
8.KAYNAKLAR	29
9.EKLER	36
Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu	36
Ek 2: Sağlık Durumu İle İlgili Veri Formu.....	37

Ek 3: Boş Zaman Aktiviteleri Formu.....	38
Ek 4: Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	40
Ek 5: Lawton-Brody Enstrumental Günlük Aktivite Skalası.....	42
Ek 6 : Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	43
Ek 7: WHOQOL-OLD.....	45
Ek 8: Gönüllü Bilgilendirme Ve Onay Formu.....	49
Ek 9: Etik Kurul Onayı	51
Ek 9: Kurum İzni	53
10.ÖZGEÇMİŞ.....	54

KISALTMALAR

BZA	: Boş Zaman Aktiviteleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	: Enstrumental Günlük Yaşam Aktivitesi
GDS	: Geriatrik Depresyon Skalası
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHOQOL-OLD	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Formu

ÇİZELGELER

- Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri
- Çizelge 4.2. Katılımcıların eğitim durum verileri
- Çizelge 4.3. Katılımcıların medeni durum verileri
- Çizelge 4.4. Testlerin değerlendirilmesi
- Çizelge 4.5. Boş zaman aktivitelerinin değerlendirilmesi

ÖZET

YAŞLININ YAŞADIĞI YERİN DEPRESYON, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma yaşlının yaşam ortamının depresyona, günlük yaşam aktivitesine ve yaşam kalitesine etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 65 yaş üzerinde farklı mekanlarda yaşayan (huzurevinde, evde yalnız ve evde aile ile yaşayanlar) toplam 180 yaşlı bireyden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan olgular demografik özellikleri yanında yaşlılıkla ilişkili hastalık ve özgeçmişleri yönüyle ilgili incelendi. Farklı ortamlarda yaşayan üç gruptaki geriatrik olgunun, sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları kaydedildi. Her grubun depresyon durumu Geriatrik Depresyon Skalası ile, günlük yaşam aktiviteleri Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ile, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) ile, boş zamanlarının değerlendirilmesi ise Boş Zaman Aktiviteleri Formu kullanılarak ölçüldü. Verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows version 23.0 kullanıldı. Gruplar kendi aralarında F Testi (ANOVA) ve Independent Samples T Testi ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilere göre gruplar arası Geriatrik Depresyon düzeyi anlamlı bulunmamıştır ($p=0,219$). Günlük yaşam, boş zaman aktiviteleri ve yaşam kaliteleri düzeyi gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre yaşlıda yaşam yerinin Geriatrik Depresyon düzeyine etkisi bulunmazken, günlük yaşam, boş zaman aktivite seviyesine ve yaşam kalitesine etki ettiği bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Huzurevi, evde yaşayan yaşlı, depresyon, günlük yaşam aktivitesi, yaşam kalitesi, boş zaman aktivitesi

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE LIVING ENVIRONMENT OF THE ELDERLY ON DEPRESSION, DAILY LIFE ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE

This study was planned to investigate the effect of the living environment of the elderly on depression, daily life activity and quality of life. The sample of the study consists of 180 elderly people over 65 years of age living in different places (living in a nursing home, at home alone and with family). Demographic characteristics, age related illnesses and history of the patients were examined. Sociodemographic characteristics and health status of geriatric patients in three different groups were recorded. Depression status of each group with Geriatric Depression Scale, daily life activities Lawton and Brody's Instrumental Daily Life Activities Scale and Barthel Daily Life Activities Index, quality of life assessment with the Quality of Life Scale (WHOQOL-OLD), leisure time assessment measured using Time Activities Form. Statistical Package for Social Science (SPSS) version 23.0 was used for data analysis. The groups were compared with each other by F Test (ANOVA) and Independent Samples T Test. Statistical significance was evaluated at $p < 0.05$. According to the data obtained from the study, Geriatric Depression level between the groups was not significant ($p = 0.219$). Daily life, leisure activities and quality of life were statistically significant between the groups. According to the results we obtained from the study, while the place of living in elderly did not have an effect on geriatric depression level, it was found to affect daily life, leisure activity level and quality of life

Key words: Nursing home, older people, depression, daily life activity, quality of life, leisure activity

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanan insanların yaşamlarında birçok değişim meydana gelmektedir. Fiziksel ve ruhsal olarak sağlığı bozulabilmektedir. Dünyada yaşlı nüfusun artmasına orantılı olarak yaşlılık dönemi sorunları da giderek önem kazanmaktadır.

Yaşlanma, hayat boyu devam eden ve yetişkinlik döneminden itibaren yavaş yavaş başlar. Bu başlangıcın ve bitişin belirli bir zamanı yoktur. Bu süreçte vücutta biyolojik, fizyolojik ve psikolojik bazı değişimler gerçekleşir. (Carole ve Jenifer, 1994; Çağatay, 1997). Dünyada artan bir nüfus gözlenmektedir. Yaşlı nüfusunun artması, dünya genelinde artan yaşam süresi ve doğurganlığın azalmasıyla doğru orantılıdır. Türkiye’de de dünyadaki tabloya benzer olarak yaşlı sayısı artmakta ve ilerleyen yıllarda nüfus yoğunluğunda yaşlıların önemli bir oranda olacağı düşünülmektedir (Bilir, 2006).

İleri yaşlarda sağlıklı kalmak, insan ömrünün uzaması ve yaşlı sayısının artışıyla birlikte önemli hale gelmiştir. Bir grup yaşlı ihtiyaçları sebebiyle huzurevinde yaşarken, bir grup yaşlı ise kendi evlerinde konforlu şekilde yaşamlarını devam ettirebilmektedir. Ülkemizde geleneksel aile bağlarından dolayı yaşlıların ailesi ve çocuklarıyla birlikte yaşama istekleri yüksek olmasına rağmen son yıllarda ülkemizde de çekirdek aile yaşamının artmasıyla huzurevi ihtiyacı hasıl olmuştur. (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Yaşlıların huzurevlerinde kendilerini ve çevreyi sorgulama ve tanıma imkanları kısıtlanmaktadır bu da kişileri buldukları ortamdan soyutlanmaya götürebilmektedir. Ruhsal sağlık bakımından riskli sınıfta olan bu grup huzurevinde daha da fazla problemlerle karşı karşıya kaldıkları için toplumdan uzaklaşmaya başlamaktadır (Altıparmak, 2009).

Yaşlıların sosyal çevresi onların fiziksel ve psikolojik sağlık durumunu olumsuzluklara karşı korumaktadır bu da moral düzeyinde artışa ve stresle baş edebilmede yaşlılara pozitif şekilde destek vermektedir (Parlakdemir, 2017).

Toplumdan uzak olarak yalnız ve huzurevinde yaşayan yaşlılar bedensel ve ruhsal olarak olumsuz olarak etkilenmekte ve pasif bir hayat sürdürmelerini sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda sosyal olarak desteklenen yaşlıların iyileşmelerinin ve sağlık durumlarının gelişimi olumlu etkilendiği gözlenmektedir (Kıpçak ve Dedeli 2016).

Ailesi ile yaşayan yaşlıların ülkemizde, huzurevinde yaşayanlara göre daha üretici ve daha mutlu bir durumda oldukları belirtilmektedir. (Demir ve ark., 2013).

Yaşlılarda yaşam kalitesi, toplumla iç içe yaşamayla, düzgün sağlık hizmetine doğru erişimle, arkadaşlık ve komşuluk bağlarıyla ve topluma faydalı uğraşlarla ilişkilidir (Durak, 2015).

Yaşlılıkta sağlıkla ilgili yaşam kalitesi önem arz etmektedir ve çok boyutlu kavramları içermektedir. Ağrı ve fonksiyonel yeterlilik kadar toplumsal ve duygusal mutlulukta bu kavram içerisinde yer almaktadır (Eser ve ark., 2010).

Yaşam kalitesi olumsuz olarak en çok yaşlılıkta etkilenmektedir. Bu evrede kronik hastalıklar, popülasyonun geri kalanından anlamlı derecede daha fazladır. Kronik hastalıklar sebebiyle yaşlılar toplum içinde daha kısıtlı hayat sürer ve yaşam kaliteleri düşer (Arpacı ve ark., 2015).

Günlük yaşamlarında bağımlı olan yaşlıların hayatlarını bir kurumda sürdürmeleri uygun görülebilir. Fakat ülkemizdeki huzurevlerine bakıldığında genellikle ev ortamından uzak çok paylaşımlı büyük odalardan oluştukları görülmektedir. Bu ortamlarda özel yaşam hakkı ve yalnız kalabilme olanağı sınırlanmaktadır. Tüm bu negatifiğe rağmen özellikle ileri yaşlardaki yaşlılar huzurevinin sunduğu beslenme ve bakım hizmetleri onlara cazip gelmekte ve yaşam kalitelerini artırmaktadır. Huzurevinde hayat sürme, daha ekonomik ve daha fazla etkileşime olanak sağlamaktadır (Arpacı, 2005).

Bu çalışmada her geçen gün artan bir nüfusu oluşturan yaşlıların psikolojik durumlarını korumak ve moral seviyelerini yükseltmek, bağımsız yaşama kabiliyetinin ve niteliğinin artırılması için yaşlıların yaşadıkları platformların etkinlik derecelerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

- Huzurevinde yaşayan grubun psikolojik yönden en kötü durumda olması beklenir.
- Evde yalnız yaşayan grubun fiziksel aktivite seviyesinin en yüksek olması beklenir.
- Evde aile ile yaşayan grubun yaşam kalitesi en iyi olması beklenir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerimizde azalmaya neden olan kronik ve ilerleyen bir süreçtir. Vücudumuzdaki fizyolojik yapılarda zamanla ortaya çıkan ve geri dönüşsüz değişikliklere yaşlanma diyoruz (Kutsal, 2008).

Yaşlılığın belirli bir tanımlaması yoktur fakat fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olarak pek çok tanımı vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı kabul etmekte ve bu süreyi “65 yaş ve üzeri” olarak uygun bulmaktadır. Yaşlılık kelimesi yaşam süresinin geç dönemlerini ifade eden bir tanımlama olarak bireyde her yönüyle bazı değişimler yaratan kayıp ve çöküşlerdir. Bu dönemde fiziksel kayıplarla birlikte ekonomik ve sosyal kayıpların yaşanılması beklenmektedir. Bu nedenle yaşlılık bir yanda tıbbi diğer yanda ise toplumsal bir nitelik taşımaktadır (Onat, 2007).

Yaşlılık, kendine bakımında yetersiz kalma, sağlık ve sosyal anlamda başkalarına bağımlı olunmasıdır. Hukuki ve çalışma yönünden bakılırsa yaşlılık, çalışma gücünün azaldığı ve emekli olduğu süreç olarak görülmektedir (Berberoğlu ve ark., 2002).

Yaşlılar, gerontologlar tarafından sosyal olarak belirli rollere ve edindikleri kazanımlara göre sınıflandırmaktadırlar. Sosyal roller, baba, büyükbaba gibi emeklilik yaşantıları olaylarıdır. Fizyolojik olarak yaşlılık, yapısal ve işlevsel değişkenlikleri kapsamaktadır. Bu değişkenlikler arasında hafıza kaybı, vücut postüründe olumsuz değişim, deride kırışıklıklar gibi tekrar düzeltilemeyen kayıplar görülmektedir (Muammer, 2016). Psikolojik olarak yaşlılık, bireylerin duygularında ve davranışlarında meydana gelen değişimlerdir (Soyuer, 2008).

Yaşlanma, yaşamla başlayan ve yaşam döngüsü boyunca devam eden bir dizi işlemdir. Hayatının kapanış periyodunu, hayata döndüğü zamanı, geçmişteki başarılarını yaşamaktadır ve yaşam alanını sonlandırmaya başladığı zamanı temsil etmektedir. Yaşlılığa eşlik eden değişikliklere uyum sağlamak, bireylerin esnek olduğunu ve yaşamlarında bu zamana ortak olan değişikliklere uyum sağlamak için yeni baş etme becerileri geliştirmeleri gerekir. (Singh ve Misra, 2009).

2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

DSÖ ve bilim adamlarının kabul ettiği sınıflandırmada 65-74 yaş arası erken yaşlılık dönemi, 75-84 yaş arası orta yaşlılık dönemi, 85 yaş ve üzeri ileri yaşlılık dönemi biçimindedir. (Dönmez, 2010).

Yaş özelliklerine göre sınıflandırıldığında dünya toplumları dört farklı gruba ayrılmaktadır. Genç yaş ortalamalı toplumlarda nüfusun % 4'ünden azı 64 yaş üzeridir. Az gelişmiş ülkelerde nüfus yapısı genç toplum özelliği göstermektedir. Doğu Akdeniz Kuzey Afrika ülkeleri bu gruptadır. Yetişkin toplumlarda ise altmış dört yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır. Çin, Batı Asya ve Güney Amerika ülkeleri bu gruptadır. Yaşlı toplumlarda ise 65 yaş üstü kişilerin nüfusa oranı %7-10 aralığındadır. Almanya, Avusturya, Hollanda gibi bazı Avrupa ülkeleri, Rusya, Kanada, Avustralya, Japonya gibi ülkeler bu gruptadır. İleri yaşlı toplumlarda ise yaşlı nüfus oranı toplam nüfusun %10'unun üzerindedir ve doğurma hızı çok düşüktür. Norveç ve İsveç gibi gelişmiş ülkeler genellikle bu grupta yer almaktadır (Bakar, 2012).

Yaşlılık yedi farklı başlık altında sınıflandırılabilir. Normal yaşlılık, zamana bağlı olarak hastalık görülmeden fizyolojik ve anatomik değişikliklerle ortaya çıkmaktadır. Patolojik yaşlılık; sağlık problemleriyle geçen olaylardır. Sosyal yaşlılık, kültürel olarak değişkenlik gösterir ve sosyal konum ve yönlerin farklılaşmasıyla adlandırılır. Kişinin davranışlarındaki değişiklikler psikolojik yaşlılıktır. Maddi durumlardaki değişikliklerle yaşlıların yaşam biçimlerinin değişmesi, kişinin emeklilik süreci ekonomik yaşlılık ile tanımlanır. Kronolojik yaşlılık ise geçen zamana göre, bir yıllık sürelerle tanımlanır. Tüm yaşam boyu devam eden zamana bağlı olarak kişilerin anatomisinde ve fizyolojisinde ortaya çıkan biyolojik yaşlılıktır (Bakar, 2012).

2.3. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri

Yaşlanmayla insan vücudunda belirli fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bazı sağlık ve çevresel faktörler bu fizyolojik değişiklikleri olumsuz olarak daha da etkilemektedir (Bilir, 2004).

Fizyolojik değişiklikler, gastrointestinal, endokrin, immün, genitouriner, alt üriner, santral sinir, kardiyovasküler, deri, solunum ve kas-iskelet sistemimdeki değişikliklerdir. Gastrointestinalde, kronik hastalıklar ve ilaçlara bağımlı ağzın kuruması, tat bozukluğu, yutmada güçlük, gastrik ve bağırsak kökenli kanserler görülebilir. Endokrinal yaşlılık ile

pankreas ve tiroid yapısı bozulur. Diabetes Mellitus (DM) genellikle asemptomatik seyrederek. İmmün sistem değişiklikleri genelde lösemilerin görülmesi, pnömoni gibi enfeksiyonda artma ve viral enfeksiyonlara yatkınlık olarak görülebilir. Genitoüriner sistemde böbreklerde fonksiyon bozulması, idrar inkontinansı, erkeklerde prostat büyümesiyle beraber prostat kanser görülme artışı şeklinde değişiklikler gözlenebilir. Kardiyovasküler sistemde, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve kalp yetmezliği çok rastlanan değişikliklerdir. Merkezi sinir sistemi hastalıkları içinde Alzheimer'ın görülme sıklığı 65 yaş üzerinde %5 iken bu oran her 5 yılda 2 katına çıkmaktadır. Serebral ilevlerde görülen en önemli farklılık yavaşlamadır. Yaşlılıkla birlikte deri elastikiyetini kaybeder ve kırışıklıklar meydana gelir (Taşar ve ark.,2012).

İlerleyen yaşla birlikte yaşlılar gözle doğrudan ya da diğer sistemlerin etkisiyle olumsuz olarak etkilenir. Katarakt, glokom ve diyabetik nöropati görmede en önemli kayıp nedenleridir ve bu da yaşlıyı yaşamında olumsuz yönde etkilemektedir (Kartal,2012).

Duyusal işlevsel olmak, yaşlıda yaşam kalitesi, hayata aktif katılım ve ruhsal sağlığın olumlu olmasından dolayı önemlidir. İşitme kaybı iletişimi kısıtlaması sebebiyle en tahrip edici duyu kaybıdır. Sağlıklı yaşlanmak için koruyucu uygulamalar bulunmaktadır bunlar, sağlıklı beslenmek, sigaradan uzak durmak ve düzenli egzersiz yapmaktır (Bilir, 2008).

Yaşlılıkta yaşamı tehdit eden hastalıklar vardır. Bunlar kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), DM, demanstır. Hem hayati hem de yeti kaybına neden olan hastalıklar ise bilişsel bozukluklar, inme, diyabet, KOAH, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve osteoporozdur. Sadece yeti kaybına neden olanlar, Parkinson hastalığı, görme sorunları ve artritler olarak görülmektedir. 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %90'ında bir, % 15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalık bir arada görülmektedir. İnkontinans, uyku bozuklukları, bası yaraları, ağrı ve düşmeler yaşlılarda görülmekte ve multifaktöriyel nedenlerle oluşmaktadır ve yaşlılar üzerinde oldukça kötü sonuçlar getirmektedir (Kutsal ve ark., 2012).

Fonksiyonel yeteneklerinin kaybı ile yaşlılar, GY'larında kısıtlanma ya da tamamen ortadan kalkma ve giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale gelmektedirler. (Çuhadar ve ark.,2006).

2.4. Yaşlılarda Ruhsal Durum

Yaşlılık, yaşam boyunca kayıpların ve çöküşün görüldüğü süreçtir. Yaşlılıkla birlikte biyolojik ve toplumsal dürtülerde azalma olmaktadır ve bu nedenle duygusal anlamda çökmeler meydana gelmektedir (Bahar ve ark., 2005)

Yaşlanmayla birlikte düşünme hızı yavaşlar, yaratıcılık azalır ve dikkatsizlik artar bunların nedeni ise duyuları zayıflamasıdır. Bu sebeplerden ötürü gelişen depresyon ve anksiyete yaşanmasında, yaşlıların kendilerini işe yaramaz hissetmeleri, hafıza kaybı, kuşkucu tavırlar, etraflarına karşı ilgilerinin azalması ve başkalarına bağımlı hale gelmeleri etkilidir (Kaya 1999, Bahar ve ark., 2005).

Depresyonla birlikte yaşlılarda, değersizlik, yetersizlik, duygu ve düşünceleriyle birlikte düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama gibi ruhsal bozukluklar görülür. Ek olarak diğer hastalıklarla ya da yalnız başına yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Depresyon, sadece yaşlanma sonucu değildir başlı başına bir hastalık durumu olduğu belirtilmiştir (Sütölk ve ark., 2004, Perlmutter ve ark., 2010, Savaş ve ark., 2010).

DSÖ'ye göre, ilerleyen yıllarda depresyon birlikte getirdiği hastalıklar, yaşam kalitesini düşürücü ve sağlık sorunlarını artırıcı etkileri açısından önemli bir sağlık sorunlarından biri olacaktır. Yaşlı popülasyonun yaklaşık olarak %10-15'ini etkileyen depresyon, huzurevlerinde bu oranı geçerek yaklaşık %25'ler seviyesinde görülmektedir (Bahar ve ark., 2005, Kulaksızoğlu 2009).

Depresyonla birlikte kişiler ekonomik kayıplar yaşamaktadırlar. Bu yönden önemli bir toplumsal problemdir. Emeklilikte, kişiyi psikososyal olarak olumsuz etkilemektedir. (Bahar ve ark., 2005).

Yaşlılıkla birlikte bireylerde fiziksel ve cinsel güç azalır, arkadaşlık ilişkileri bozulur, saygınlık derecesi azalır bu da yaşlılarda depresyona zemin hazırlamaktadır. Yine çeşitli çalışmalarda kadın olmanın, dul olmanın, düşük gelirli olmanın, yalnız yaşamının, kronik fiziksel rahatsızlığa sahip olmanın yaşlılara depresyon için olumsuz etkiler sunmaktadır (Kaya 1999, Candansayar 2005).

Anksiyete yaşlılarda sıklıkla görülmektedir. Yine bu yaşlıların yaklaşık olarak %10-15'i nevroiktir veya kişilik bozukluklarına sahiptir. Özellikle kadınlarda olmak üzere yaşlı hastaların yaklaşık %10-20'sinde, ciddi derecede anksiyete bulunmaktadır. (Uçku ve ark., 1992, Bahar ve ark., 2005).

Aile desteğinin, ekonomik yetersizlikte olan yaşlılarda depresyon belirtilerini azaltmıştır. Yaşlılar hayatları boyunca birçok kayıp yaşamış olduklarından sosyal olarak izole olmaya yatkındırlar. Seksen beş yaş ve üzerindeki bireylerde sosyalleşme yalnızca kendi çocuklarıyla gerçekleşmektedir. Bu yaşlılar, akrabalarıyla olan ilişkilerini giderek azaltmaktadırlar. Yaşlılardaki yeti kaybı; fiziksel ve psikolojik hastalıklar, sosyal ve ekonomik kayıplar bu dönemde yaşanacak sorunların çok yönlü olarak düşünülmesini öngörmektedir (Gülseren ve ark., 2000).

2.5. Yaşlılarda İşlevsel Düzey

Fonksiyonel düzey kişilerin günlük yaşamlarını devam ettirebilmesi için gerekli olan öz bakım, alışveriş, ev işleri, yemek yeme, giyinme ve sosyal aktivitelerde başkalarından yardım almadan yaşayabilme yeteneğini gösterir (Kayıhan, 2007).

Günlük yaşam etkinlikleri, temel günlük yaşam etkinlikleri ve yardımcı günlük yaşam etkinlikleri olmak üzere iki grupta incelenir. Bireyin günlük yerine getirmesi gereken öz bakım fonksiyonları (beslenme, giyinme, kişisel bakım, yürüme, vb.) içerir. Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise, bireyin toplumda bağımsız yaşaması için gereken etkinliklerdir (yemek yapma, ev işi, para idaresi, telefon kullanma vb.) (Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

Günlük yaşam etkinliklerine katılım, ilerlemiş yaşlılarda ev yaşantısının sorunsuz geçmesi ve mutluluklarının artması için önemli yer edinmektedir. Birçok günlük aktivitelerini yaptıkları, hem komşuluk hem ev içi bölgesi yaşlılar için önemli yaşam alanıdır. Bu nedenle araştırmalarda katılım değerlendirilirken ev içi ve komşu çevresi de dikkate alınmalıdır (Haak ve ark., 2008).

Yaşlıların yaşam kalitelerini günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) kısıtlılıklar olumsuz etkiler. 65 yaş ve üstündeki yaşlılarda, günlük yaşam aktivitelerinin bir veya daha çoğunda bağımlılık, 65-69 yaş arası yaşlıların yaklaşık %10'unun dışarı dan yardım istediği, 85 yaş ve üzerinde ise yaklaşık %47'sinin günlük yaşam aktivitelerinde dışarıya bağımlı olduğu gözlenmektedir (King ve ark., 2002).

Aileler yaşlı hastaların değerlendirilmesinde önemli yer edinmektedir. Küçülen aile yapıları, kadınların iş hayatında daha fazla yer edinmesi gibi etkiler yaşlıların evde bakımını zorlaştırmıştır. Görülen sorunların yanında kognitif bozukluklarda GYA'da bağımlılık

kurumsal bakımı ciddi anlamda göz önüne getirmiştir. Huzurevlerinde kalanların büyük çoğunun fiziksel ve bilişsel yetersizlik sahibi yaşlılar olduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir (Ölüç ve ark., 2007).

Huzurevleri gibi ortamlarda yaşayan yaşlıların genellikle diğer yaşlılarla ve çeşitlilik içermeyen ilişkiler kurdukları ve rutin bir hayat devam ettirdikleri söylenebilir. Bunun aksine ev ortamında yaşayan yaşlıların daha çeşitli ilişkilerde bulduklarını topluma daha bağlı kalabildiklerinin ve GYA daha fazla katılabilme olanağı buldukları düşünülebilir (Özekes, 2006).

Sağlıklı yaşlanmayı becerebilmek amacıyla ortaya koyulan hizmetler, egzersiz, beslenme, sosyal aktiviteler, boş zaman, öz bakım, ruhsal ve psikolojik mutluluk hali gibi faktörler eklenebilir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda, sosyal aktiviteye katılım ile fiziksel fonksiyonları ve yaşam kalitesini içeren sağlık sonuçlarının belirlenmesinde olumlu bağlantılar olduğu gözlenmiştir (Woo ve ark., 2006, Hwang 2010).

Dinselliğin ve ruhsal olarak iyi olma halinin, yaşama sevinci, anksiyete ve depresyonla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Ek olarak sigara içmek ve alkol kullanmak gibi faktörlerin yaşlılarda sağlığı önemli derecede olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmalarında belirttiği gibi sağlıklı yaşamın yaşlılıkta özelliği olduğunu desteklemektedir (Peel ve ark., 2005, Wolf ve ark., 2007, Hwang 2010).

2.6. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez 1960'larda ülkeler tarafından siyasal tedbirlerin alınmasında ortaya çıkmıştır. Gelir, eğitim, sağlık ve barınmanın yaşam kalitesiyle yakından ilgili olmasından dolayı bu amaçla kullanılmıştır. Patrick ve Erickson (1990) yaşam kalitesini tanımlarken, ölüme ve yaşam süresine, fonksiyonel duruma (sosyal, psikolojik veya fiziksel) ve sosyokültürel dezavantajlarına bakarak dikkate almışlardır.

Yaşam kalitesi kavramı incelerken, bireyin fiziksel ve ruhsal durumuna, bağımlılık düzeyine, sosyal ilişkilerine, dini inanışlarına ve çevre özelliklerine de bakmak gerekmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin kendisini iyi görmesi ve kendi sağlık düzeyine genel bir bakış açısı oluşturması ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesinde kişinin hastalığının

olmaması ve kişinin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan aktif olmasıyla birlikte hayatından memnun olmasını (Kayıhan, 2007).

Yaşam kalitesini sağlıklı bir seviyede tutmak ve korumak tıbbi müdahalelerde ana hedef olmasından dolayı yaşlılarda yaşam kalitesi önem kazanmıştır (Levasseur ve ark., 2008).

Sağlıklı ve doğru yaşlanmanın tanımı yaşlı sağlığı konusunda yapılan çalışmalar arttıkça güncellenmektedir. (Bowling ve Iliffe, 2006). Aktif yaşlanma DSÖ tarafından bu sebeple gündeme gelmiştir. Aktif olarak yaşlanırken bireyler, hayat boyunca fiziksel, mental, sosyal iyilik için önlerine çıkan imkanları en iyi seviyede değerlendirerek, üretkenliklerini ve hayatlarının kalitesini arttırmaktadır (Yücel, 2008).

DSÖ yaşam kalitesini; bireylerin kendi hayatlarındaki pozisyonlarının algılanması yanında içinde buldukları kültür ve değerler sistemi, hayattaki amaçları ve beklentilerinin açısından tanımlamaktadır (Çalıştır ve ark., 2006).

Politik, sosyal ve ekonomik etkenlerin, toplumda problemlili bir grup olarak görülen yaşlıların yaşam kalitesini etkilediklerini görmekteyiz (Dirik, 2005).

Yaşlıların yaşam kalitesini birçok sosyal faktör olumsuz olarak etkilemektedir. Yaşlıların yaşadığı ev ortamı, fiziksel sınırlılık ve ekonomik yetersizlikten ötürü beslenme bozuklukları, duysal kaynaklı yer değiştirme zorlukları, eşin ölümü ve yalnızlık, sosyal izolasyon ve iletişim bozuklukları da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Çalıştır ve ark., 2006).

Yaşlıların emekli olması durumunda yaklaşık olarak yarı yarıya düşmektedir. Cinsiyet, ırk, medeni durum, yaş farkı ekonomik olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (Oran ve ark., 2004).

Ev ve ailesel konular, çalışma durumu, sağlık kalitesi, gibi durumlar yaşlıların yaşam kalitelerini önemli derecede etkilerler. Yaşlılara has bir durum olmasalar da kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, yaşlılıkla ilişki içindedirler. Bu nedenle yaşlıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde ve yapılacaksa tedavi programlarının oluşturulmasında önemli değişkenlerdir (Telatar ve ark., 2004).

Yaşlıların artan sayılarından dolayı, yaşlanmanın getirdiği olumlu ve olumsuz durumların dikkate alınarak yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerinin belirlenmesinde yaşam kalitesi son noktadır. Bundan dolayı yaşlılar için kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri geçerli ve güvenilir olmalıdır (Netuveli ve ark., 2006, Günaydın 2010).

Yaşlıların toplumdaki aktiflik derecesi diğer etkenlere rağmen yaşam kalitesinin korunması ve artırılmasına bağlıdır. Yaşlı nüfusta hedeflenen ana faktörün sağlık sorunlarına duyarlı olan yaşlıların yaşam kalitelerinin korunmasıdır (Çubukçu, 2005).

Yaşam kalitesi, farklı kişilerde farklı dönemlerde, farklı anlamlar belirtmektedir. İnsan ömrünün giderek uzaması, yaşlı sayısının artması, yaşlıların daha da sağlıklı olarak yaşamasını gündeme getirmiştir ve toplumların bu gelişmeye hazırlıklı ve önlemlerini almış olmaları gerekmektedir. Yaşlının bağımsızlığının sorunsuz olarak devam ettirilebilmesi için yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Çubukçu, 2005).

Yaşlılık ve günlük yaşam olguları birlikte değerlendirildiğinde öncelikle kaliteli bir yaşamın güven altına alınması ve bunun yanı sıra yaşam kalitesinin yükseltilmesi gerekmektedir ve devamlılığının gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Tufan, 2003). Başka bir açıdan bakıldığında yaşam kalitesinin objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı tarafının olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Yaşam kalitesinin subjektif boyutuna baktığımızda kişinin yaşadığı çevrede kendisini nasıl hissettiği, objektif boyutunda ise bireyin boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri, eğitim, ekonomik durumu ve ev koşullarının dikkate alınması gerekmektedir. Çevre, eğitim, gelir düzeyi, sosyal iletişim ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşılabilirlik durumu yaşam kalitesini arttıran etkenlerdendir (Tufan, 2003).

2.7. Yaşlılarda Sosyal İştirak Ve Etkileyen Faktörler

Boş zaman aktiviteleri (BZA); bireyin iş ve GYA'dan ayrı olarak kendini mutlu edebildiği ve zevk almak için gerçekleştirdiği aktivitelerdir (Verghese ve ark., 2006).

BZA yaşlanmanın EGYA ve GYA ile birlikte oluşmasında önemli yer edinmektedir. BZA birçok aktiviteyi yapabilmek adına tercih edilebilir. Lawton BZA'yı üç şekilde değerlendirmiştir. İlki uzmanlık gerektiren aktivitelerdir bunlar kişinin yalnız ya da yardım almadan gerçekleştirebildiği aktivitelerdir. İkincisi kendini geliştirme aktiviteleridir ve tek başına yapılabilir ancak, yapılma amacına ulaşırken dışarıdan bir kişi tarafından desteklenmesi

ve yaşamında farklılık yapma şansı verilen aktivitelerdir. Son olarak sosyal aktiviteler ise katılımı artırmak için sosyal ilişkilerini devam ettirmek başkalarıyla pozitif iletişim kurulabilmesi için yapılan aktivitelerdir (Ülgen, 2012) .

Sosyal katılım bireyin parası, zamanı, aile, arkadaş ve çevresiyle ilgili olan büyük bir aktivite bölgesi içerir. Yaratıcı etkinliklere karşılık sosyal katılım ve BZA kitap veya gazete okumak, televizyon izlemek, herhangi bir sporla ilgilenmek gibi bireyin kendini geliştirmek için amaçlanmış davranışlardır (Hsu, 2007).

Uzun zaman boyunca çalışmayan yaşlılar başta olmak üzere tüm yaşlılar için boş zaman önemlidir. Bu durum bazı engel durumlarının oluşmasını engellemektedir. Çalışma hayatı ile boş geçen zaman arasında yaşlılar için belirsizlik olabilir fakat bu durum aktivite ile birleştiğinde diğer insanlara yararlı olmanın, kişisel sorumluluk duygusunu ön plana çıkarır. Genel anlamda boş zaman için varılan görüş yüksek derecede aktivite ile olumlu olduğu yönündedir (Goodman ve Bonder, 2008).

Yaşlılıkta, sosyal alandaki kayıplar, biyolojik ve psikolojik alandaki kayıplar ile birlikte gelmektedir. Kişilerin özellikleri, genetiği, aile ilişkileri, deneyimleri ve kültürel çevreleri, strese karşı tepkileri yaşlanmasında ruhsal durumunu etkileyen özelliklerdendir. Toplumun önemli boyutunu tehdit eden yaşlılık olgusunun getirmiş olduğu değişimlerin yarattığı sorunların farkındalığı ve çözümlenmesi için gösterilen önem günden güne daha da artmaktadır (Güneş ve ark., 2005).

Yaşlanmanın getirmiş olduğu sağlık ve sosyal anlamda değişimlerle birlikte yaşlıların aktivitelere gösterdikleri ilgileri ve yapabilme becerileri azalır. Be nedenle yaşlılıktaki pek çok problem düzenlenmemiş boş zaman fazlalığından dolayıdır. Çoğunlukla hafıza, dil, görsel algı yeteneği ve diğer karmaşık işleri yapma yeteneğindeki problemler yaşlılarda meydana gelmektedir bu da onların ileri kortikal işlevleri engeller ve güvensiz kılar (Yücel, 2008).

Komşuluk bağları, dini oluşumlar ve resmi olmayan toplantılar gibi toplum gereği yapılması gerekenler sosyal bağlılık şeklinde yorumlanabilir (Rubio ve ark., 2009).

Yapılan bir çok araştırmada sosyal bağları zayıf olan ve asosyal olan bireylerin hastalığa yakalanma ve ölüm oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir bu da sosyalleşmenin

kişilerde yaşam kalitesi ve psikolojik açıdan önem arz ettiğini belirtmiştir (Sorensen ve ark., 2002).

Yaşlıların gereksinimlerinden bir de akraba ve yakınlarıyla ilişkilerini iyi tutmaları gerektiğidir (Güneş ve ark., 2005). Buna zıt olarak yaşlılar çoğu kez fiziksel ve mental güçsüzlüklerinden dolayı tüm işlevlerden kendilerini çekme eğilimi içerisinde (Özer, 2001). Yaşlıların kendilerini değersiz hissetmeleri hayatlarından zevk almalarına önemli bir engel olarak düşünülmektedir. Çalışmayı bırakan yaşlılar emeklilikle birlikte, kendilerini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Yaşlılıkta en önemli durum işe yaramaz birey olduğu düşüncesini yenmesidir. Bu olumsuz düşüncenin üstünden gelmenin en iyi yolu kişinin kendin mutlu hissettiği, keyif aldığı faaliyetlerin içerisinde yer almasıdır. BZA'ya katılım yaşlıların hayatındaki değişimlere karşı güçlü durmasında bir dayanak oluşturmaktadır. (Şener, 2009).

Emeklilik döneminde yaşlıların boş zamanlarını kendi var olan potansiyellerine göre kullanmaları çok önemli durumdur. Bu da insanları işe yönelik olumlu bir tutum geliştirmelerinden yola çıkarak boş zamana yönelik yeni davranışlar geliştirmeyi öğrenmelidirler (Aiken, 1995)

BZA'nın yaşlıların refahını artırdığını bunun da bir işle meşgul olan insanların daha mutlu olduğunun görülmesinden dolayıdır. Boş zamanlarında bir uğraşısı olmayan bireylerin kötü alışkanlıklara yönlendikleri ileri sürülmüştür bu da psikolojik yönden düşük seviyeye gelmeyi kolaylaştırmıştır (Şener, 2009).

EGYA, BZA ve sosyal aktiviteler bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmelerinde olumlu katkıda bulunmaktadır. Bu doğrultuda yaşlıların aktivitelerle meşgul olması aileleri ve toplumla ilişkili kalmasını sağlar (Marsiske ve ark., 2002, Perlmutter ve ark., 2010)

Hem fiziksel hem de kognitif olayların beraber gerçekleştirilmesi bilişsel aktivitelerin tek başına yapılmasından daha etkili bir sonuç ortaya koyar yaşlılar için. Farklı şekillerde yapılan boş zaman aktiviteleri, bilişsel sapma üzerinde çok güçlü etkendir, bu sebeple yaşlılık döneminde bilişsel fonksiyonları desteklemek amaçlı yapılan programlar faydalı etkiler sağlar (Niti ve ark., 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı Ve Tipi

Bu araştırmayla, yaşlının yaşam yeri ile depresyon durumu, günlük yaşam aktivitesi ve günlük yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

3.2. Çalışmanın Yeri, Zamanı, Evreni Ve Örneklemi

Bu çalışma, İstanbul ili Kadıköy ilçesi sakinleri ve Nezih Huzurevleri sakinleri ile Haziran 2017- Temmuz 2017 tarihleri aralığında yapılmıştır. Yapılan çalışmaya, Kadıköy İlçesi sakinlerinden evde yalnız yaşayan 30 (otuz) kadın ve 30 (otuz) erkek, evde ailesiyle yaşayan 30 (otuz) kadın ve 30 (otuz) erkek ve Nezih Huzurevleri sakinlerinden 30 (otuz) kadın ve 30 (otuz) erkek katılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden danışanlar "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu" okumuş ve şartları kabul ettikten sonra çalışmaya dahil edilmiştir (EK 8). Bizzat bireylerle yüz yüze görüşülerek anketler uygulanmıştır. Çalışma için, Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından Etik Kurul Onayı alınmıştır (EK 9).

Çalışmaya, DSÖ tarafından yaşlı kabul edilen "65 yaş ve üzeri" psikolojik, ortopedik, nörolojik, romatolojik ve kanser gibi sorunlara bağlı hiçbir kronik hastalık tanısına sahip olmayan, demans ve psikoz gibi sebeplerle iletişim sorunu yaşamayan olgular dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya veri toplamak amacıyla, katılımcılara araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu (EK 1), Sağlık Durumu İle İlgili Veri Formu (EK 2) ve Boş Zaman Aktiviteleri Formu (EK 3); Geriatrik Depresyon Skalası (EK 4), Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EK 5), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK 6), Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) (EK 7) araştırma soruşturma yöntemiyle, bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Bu kapsamda hazırlanan form, kişisel bilgilere ilişkin bilgiler içermektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Geriatrik Depresyon Skalası

Yaşlıların depresif semptomlarının değerlendirilmesi için Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Turan ve ark. (1997) tarafından yapılmış Yesavage ve ark. (1983) Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) kullanılarak 30 soruluk GDS kullanılmıştır. Ölçek değerlendirilirken

1'er puanla eşleştirilen sorular, olumlu soruların yanıtı hayır, olumsuz soruların cevabı evettir. Ölçeğe göre; 0-10 puan "depresyon yok", 11-13 "muhtemel depresyon" 14 ve üzeri "kesin depresyon" için anlamlı kabul edilmektedir (EK 4).

3.4.2. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

Bağımsız yaşam sürmeye yönelik Lawton ve Brody tarafından Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Skalası (Lawton ve Brody, 1969) oluşturulmuştur. Bu skalaya göre yaşlıların EGYA' sını belirlerken; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, yolculuk yapabilme, ilaçları kullanabilme ve mali işler ile ilgili sekiz temel başlıktan oluşan bilgiler kullanılmaktadır. Yaşlıların EGYA' larının değerlendirilmesi; birey etkinlikleri bağımsız olarak yapıyorsa '1 puan', yardımcı ya da hiç yapmıyor ise '0 puan' verilerek yapılmıştır. EGYA sonucuna göre 0-8 arası puan aralığında bağımlılık seviyesi derecelendirilmektedir (EK 5).

3.4.3. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Toplum içinde bağımsız yaşamaya yönelik Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Mahoney ve Barthel 1965) geliştirilmiştir. Bu indekse göre günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilirken birey için; beslenme, tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş, öz bakım, tuvalet kullanma, yıkanma, düz yüzeyde yürüme, merdiven inip çıkma, giyinip soyunma, bağırsak ve mesane bakımı olmak üzere on temel başlık incelenir. İndekste yer alan 2.ve 6. sorular 15 puan, 1,4,7,8,9,10. sorular 10 puan, 3. ve 5. sorular 5'er puan verilerek değerlendirme gerçekleştirilir. 0-20 puan arası "tam bağımlı", 21-61 puan arası "ileri derecede bağımlı", 62-90 puan arası "orta derece bağımlı", 91-99 puan arası "hafif derecede bağımlı" ve 100 puan "tam bağımsız" olarak değerlendirilmektedir (EK 6).

3.4.4. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)

Yaşam kalitesini yaşlılarda değerlendirmek için 24 sorudan oluşan WHOQOL-OLD kullanılmıştır (Eser ve ark., 2005). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. WHOQOL-OLD ölçeği 24 likert tipi sorudan oluşmaktadır. Bu sorular, duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler, sosyal katılım, ölmek ve ölüm ve yakınlık olmak üzere altı temel başlıktan oluşmaktadır. Duyusal fonksiyonlar; görme, koku, tat alma, iştah, iştirme ve dokunma duyularındaki farklılıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini sorgular. Özerklik; bağımsızlık, saygı, genel yaşamı kontrolü,

özgür şekilde tercih yapma ve bu etkenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini inceler. Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri; geçmişte elde edilen başarıların ve bu başarıdan hayat boyu memnuniyet durumu, kişinin geçmişinden söz etmek ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri değerlendirilmektedir. Sosyal Katılım; zamanı kullanım ilgilidir ve bu kullanım hakkında görüşler ve faaliyetlere katılma durumunu sorgular. Yakınlık; başkalarıyla ilişkileri ve sosyal desteği inceler. Ölüm ve ölmek; ölümün kaçınılmazlığını ve ölümün manası hakkındaki düşünceleri araştırmaktadır. Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek 5 puandır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesi de artmaktadır (EK 7).

3.4.5. Boş Zaman Aktiviteleri Formu

Yaşlılar için BZA, entelektüellik, sosyalikl, rekreasyonel aktiviteler, dini faaliyetler ve fiziksel aktiviteler olmak üzere beş ana başlıkta toplanıp farklı bir formda değerlendirilmiştir (Ülgen, 2012). Toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Aktivitelerin yapılma sıklığı likert tipi puanlama ile kaydedilmiştir (EK 3).

3.4.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde ettiğimiz verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Science) (IBM SPSS Inc. Chicago, IL) programıyla yapılmıştır. Ortalama standart sapma ($ort \pm ss$) değerleri tablolarda verilmiştir. Verilerin tahlilinde frekans, aritmetik ortalama, standart ortalama, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Birbirinden bağımsız üç grubumuz olduğundan, ortalamaları karşılaştırmak için F Testi Varyans Analizi (ANOVA, Analysis Of Variance) ve Independent Samples T Testi uygulanmıştır. Üç grubu kendi aralarında ikili olarak değerlendirmek için de Ki-Kare Testinden yararlanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya gönüllülük esasına dayanarak, her grupta 30 kadın ve 30 erkek olmak üzere 3 grupta toplam 180 birey katıldı; 1. Grup: Huzurevinde yaşayanlar, 2.Grup: Evde Yalnız Yaşayanlar ve 3.Grup: Evde Aile ile Yaşayanlar.

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	*p
1.Grup (n=60)	Erkek (n=30)	73,77	±4,86	0,807
	Kadın (n=30)	73,47	±4,59	
	Toplam	73,61	±4,69	
2.Grup (n=60)	Erkek (n=30)	71,86	±3,81	0,973
	Kadın (n=30)	71,83	±3,86	
	Toplam	71,85	±3,80	
3.Grup (n=60)	Erkek (n=30)	73,73	±3,32	0,946
	Kadın (n=30)	73,80	±4,23	
	Toplam	73,76	±3,77	
Toplam (n=180)	Erkek (n=90)	73,12	±4,10	0,887
	Kadın (n=90)	73,03	±4,28	
	Toplam	73,07	±4,18	

*Independent Samples T Testi

Katılımcıların yaş dağılım sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durum dağılımı Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların eğitim durum verileri

Eğitim Durumu	1.Grup (n=60, (%))	2.Grup (n=60, (%))	3.Grup (n=60, (%))	*p
İlkokul	8 (%13,33)	1 %1,66	0 %0	0,000
Ortaokul	13 %21,67	4 %6,67	4 %6,67	
Lise	21 %35,00	16 %26,67	25 %41,64	
Üniversite	18 %30,00	39 %65,00	31 %51,67	

*Ki kare

Üç gruptaki katılımcıların eğitim durum veri sonuçlarına göre gruplar arasında farklılık bulunmuştur (p=0,000).

Çalışmaya katılan bireylerin medeni durum dağılımı Tablo 4.3.'de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Katılımcıların medeni durum verileri

Medeni Durum	1.Grup (n=60, (%))	2.Grup (n=60, (%))	3.Grup (n=60, (%))	*p
Eşi ölmüş	41 %68,33	45 %75,00	50 %83,33	0,218
Evlenmemiş	4 %6,67	5 %8,33	1 %1,67	
Boşanmış	15 %25,00	10 %16,67	9 %15,00	

***Ki kare**

Katılımcıların medeni durum veri sonuçlarına göre gruplar arasında farklılık bulunamamıştır (p=0,218).

Çalışmaya katılan bireylere uygulanan testlerin değerlendirilmesi Tablo 4.4.'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Testlerin değerlendirilmesi

		1.Grup (ort.±ss)	2.Grup (ort.±ss)	3.Grup (ort.±ss)	*P
	GDS ⁰⁰	6,93±2,82	7,83±3,03	7,5±2,67	0,219
	Lawton ve Brody EGYA ⁰⁰	7,35±0,65	7,40±0,62	7,23±0,69	0,014 ^w
	Barthel GYA ⁰⁰	95,75±4,20	98,17±2,43	96,08±3,33	0,000 ^w
WHOQOL-OLD	Duyusal İşlevler	6,41±0,56	6,21±0,61	6,70±0,96	0,002 ^w
	Özerklik	16,56±1,66	18,73±1,40	18,56±1,74	0,000 ^w
	Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri	16,10±1,11	16,98±1,32	16,66±1,38	0,001 ^w
	Sosyal Katılım	11,51±1,62	13,86±1,89	13,53±1,84	0,000 ^w
	Ölüm ve Ölmek	6,96±1,68	5,83±1,85	6,53±2,13	0,005 ^w
	Yakınlık	18,73±1,11	19,16±1,06	18,80±1,13	0,071

* F Testi (ANOVA)

00 GDS: Geriatrik Depresyon Skalası, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi, GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi, WHOQOL-OLD: Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Formu
w p<0,05

Üç grup, kendi aralarında karşılaştırıldığında; GDS ve WHOQOL-OLD (Yakınlık) istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Katılımcılarının boş zaman aktivitelerinin değerlendirilmesi Tablo 4.5.'te yer almaktadır.

Tablo 4.5. Boş zaman aktivitelerinin değerlendirilmesi

	1.Grup (n=60, (%))		2.Grup (n=60, (%))		3.Grup (n=60, (%))		*P
Entelektüel	Her gün	36 %60,0	Her gün	40 %66,7	Her gün	40 %66,7	0,057
	Haftada 1-2	13 %21,7	Haftada 1-2	18 %30,0	Haftada 1-2	18 %30,0	
	Ayda 1'den daha az hiç	11 %18,3	Ayda 1'den daha az hiç	2 %3,3	Ayda 1'den daha az hiç	2 %3,3	
Sosyal	Haftada 1	16 %26,7	Haftada 1	27 %45,0	Haftada 1	27 %45,0	0,044
	2 Haftada 1	11 %18,3	2 Haftada 1	16 %26,7	2 Haftada 1	16 %26,7	
	Ayda 1	1 %1,7	Ayda 1	2 %3,3	Ayda 1	2 %3,3	
	Ayda 1'den daha az hiç	32 %53,3	Ayda 1'den daha az hiç	15 %25,0	Ayda 1'den daha az hiç	15 %25,0	
Dini	Her gün	36 %60,0	Her gün	17 %28,3	Her gün	17 %28,3	0,000
	Haftada 1	12 %20,0	Haftada 1	16 %26,7	Haftada 1	16 %26,7	
	Ayda 1'den daha az hiç	12 %20,0	Ayda 1'den daha az hiç	27 %45,0	Ayda 1'den daha az hiç	27 %45,0	
Rekreatif	Her gün	60 %100	Her gün	60 %100	Her gün	60 %100	a
Fiziksel	Her gün	6 %10,0	Her gün	14 %23,3	Her gün	14 %23,3	0,018
	Ayda 1'den daha az hiç	54 %90,0	Ayda 1'den daha az hiç	46 %76,7	Ayda 1'den daha az hiç	46 %76,7	

* F Testi (ANOVA)

a: rekreatif verileri sabit olduğundan dolayı istatistik hesaplanamamıştır

Yaşam yerlerine göre yaşlılar istatistiksel olarak kendi aralarında karşılaştırıldığında; sosyal, fiziksel ve dini olarak boş zaman aktivitelerine katılımında birbirleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05).

5. TARTIŞMA

Türkiye'deki ortalama yaşam süresi Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre kadında 80 erkekte 75 ve ortalama 78 yaşdır (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 16 Mart 2017). Bu veriler Türkiye'nin giderek yaşlı nüfusun yüksek olduğu bir ülke olma özelliği taşıyacağını ortaya koymaktadır. Bizim araştırmamızın sonuçları da geriatrik yaş ortalamasının 73,12 olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızdaki olgulardan, kadınların yaş ortalaması 73,03 ve erkeklerin yaş ortalaması 73,12 olmuştur.

Depresyon yaşlı popülasyonunda en sık rastlanan ve sağlık profesyonellerini en fazla meşgul eden problemlerden biridir. Depresyonun yaşlı nüfusunda görülme oranıyla ilgili yapılan araştırmalar, yaşlılarda depresyonun yaygınlığını (%11-%76) göstermiştir (Bahar ve ark, 2005). Batıda, yaşlı nüfusunda depresyon görülme sıklığı yaklaşık %11,3 olarak bildirilmektedir (Patterson, 1995). Türkiye'de ise yaklaşık %10,2 ile %41 arasında yaşlılarda depresyon bulguları bulunmuştur (Demet ve ark, 2002; Şahin ve ark, 2003).

Aile toplum yapısında en temel yapıdır ve toplum ve birey arasındaki uyum aile aracılığıyla sağlanmış olur. Aileler, yaşlılar tarafından psikolojik ve sosyal destek güvencelerini sağlamak için en çok güvenilen kurumdur (Aksüllü ve Doğan, 2004). Huzurevindeki bekar veya dul olan yaşlıların depresyon sıklığı evde yaşayan bekar veya dul olan yaşlılardan daha yüksek seviyede bulunmuştur. Huzurevinde evli olup yaşayan yaşlıların depresyon oranı ile evli olup evde yaşayan yaşlıların depresyon oranı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulguya baktığımızda, aile desteğinin yaşlıları olumlu yönde etkiledi söylenebilir (Demir ve ark., 2013). Karakuş ve ark. (2003) tarafından yapılan bir araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlıların genel olarak depresyon puanı almadıkları ve günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda bağımsız oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızdaki GDS puan sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,219$). Grupların ortalama değerlerine (1.Grup 6,93, 2.Grup 7,83 ve 3.Grup 7,5) baktığımızda ise hiçbir grup depresyon aralığında bulunmamaktadır. Bu sonuçlara göre yaşanan mekânın depresyona herhangi bir katkısının olmadığı gözlenmiştir. Fakat huzurevinde yaşayanların depresyonu puan değeri en az seviyede olmaktadır.

Yaşlılık engel olunamayan biyolojik, kronolojik ve sosyal bir süreçtir ve bireyin günlük aktivitelerine katılımını azaltır. Bu değişim süresince yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik ve fiziksel değişimler sebebiyle yaşlılar; GYA'da daha bağımlı, bilişsel düzeylerinin azalmasıyla sosyal ilişkilerde negatif, depresyon belirtilerinin arttığı ve daha kendi kendine bir hayat sürerler. (Perlmutter ve ark., 2010).

Yaşlılıkla birlikte kişilerin sağlık ve sosyal problemleri de ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple yaşlılar, hayatlarında karşılarına çıkan engel ve sorunlarla yaşam sürdürürler. Yaş arttıkça, günlük yaşam etkinliklerinde zorlanmalar belirginleşmeye başlar (Berberoğlu ve ark. 2002).

Fonksiyonel durum değerlendirmesinde; yetersizliğin saptanmasında GYA ve EGYA birçok çalışma ve klinik alanda yaşlıların geniş kapsamda değerlendirilmesinde kullanılmıştır.

Çalışmamız sonucu üç farklı ortamda yaşayan yaşlılarda EGYA'nde gruplar arasında farklılık mevcuttur. İstatistiksel olarak anlamlıdır($p=0,014$). Grupların ortalama verilerine baktığımızda ise 1.Grup 7,35, 2.Grup 7,40 ve 3.Grup 7,23 seviyesindedir. Yaşanan mekânın günlük aktiviteye katkısının olduğu gözlenmiştir. Kendi işlerini yapmakta olan Evde Yalnız Yaşayanların en yüksek değerlerde bağımsızlık seviyesindeki grup olmuştur. Ailelerin, yaşlılarına koruyucu davranması ve onların ihtiyaçlarına destek vermesinden ötürü bağımsızlık aktivitesinin, çok büyük farklılık olmamakla birlikte diğer gruplardan daha düşük olduğunu düşünmekteyiz. Grupları belirleme kriterlerimizden yola çıkarsak gruplar arasındaki farklılığın kişilerin bağımsız yaşamına doğrudan çok belirgin bir ayırt edicilik göstermediğini de söyleyebiliriz. Literatürde bizim çalışmamızla paralel sonuç veren Özkes (2006) Huzurevleri gibi ortamlarda yaşayan bireyler genellikle diğer yaşlılarla ve farklılık içermeyen ilişkiler içinde oldukları ve sıradan bir yaşam sürdürdükleri söylenebilir. Bunun aksine ev ortamında yaşayan yaşlıların daha renkli ilişkilerde bulduklarını topluma daha bağlı olduklarının ve GYA daha fazla katılabilme imkanı buldukları düşünülebilir

GYA ve yardımcı GYA'daki bağımlılığı etkileyen demografik, sosyal ve psikolojik unsurların yanında özellikle egzersiz alışkanlığının olmamasının yaşlılarda olumsuz etkileri vardır (Larrieu ve ark., 2004). Yaşlı bireylerin egzersize katılımında cinsiyetleri, yaşları ve sosyo-ekonomik durumlarından etkilenen psikolojik ve fizyolojik unsurlar vardır. Anksiyete, depresyon, sosyal durum gibi etkenlerin yanında sağlık hakkındaki genel inanışlar ve bilgiler de aktivite düzeyi ile ilgilidir (Dipietro 2001, Avlund ve ark., 2003, Yücel 2008).

Yaşlılarda fiziksel olarak aktiflik varsa GYA ve EGYA'daki bağımlılık daha azdır (Guallar-Castillon ve ark., 2004). Etkinliklerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlara doğrudan etki etmesinden dolayı de yaşam kalitesi olumlu şekilde etkilenir (Yaffe ve ark., 2001). Özellikle yaşlılar, orta şiddetteki egzersizleri daha şiddetli olan egzersizlere göre tercih ederler, basit günlük fiziksel aktiviteler yapmak isterler. Yaşlıların düzenli aktivite yapmamlarından dolayı

aktivite esnasında harcanan süre değil haftalık olarak toplam süre kaydedilmelidir (Brach ve Van Swearingen 2002, Gal ve ark., 2005).

Araştırmamız sonucu üç farklı mekânda yaşayan yaşlılar için GYA sonuçları bakımından gruplar arasında farklılık mevcuttur ($p=0,000$). Grupların ortalamalarına (1.Grup 95,75, 2.Grup 98,17 ve 3.Grup 96,66) baktığımızda, huzurevi yaşamının, kişilerin birtakım servisleri hazır almaları nedeniyle daha düşük puanda kaldığını görmekteyiz. Evde yalnız yaşayanların kendi ihtiyaçlarını tek başına gidermektedir. Dışarıdan alınan yardımın kişiye günlük aktivite seviyesinde düşüş sağladığını söyleyebiliriz. Özer (2001)'in yaşlılarda yaptığı araştırmasında, aile ile yaşayanların kendine bakım puanlarını yüksek bulmuş ve yaşlıların yaşadıkları ortamın ve sahip oldukları kültürel çevreye göre farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Çalışmamızı destekleyen bir sonuç ortaya çıkarmıştır.

Gustavson ve Lee (2004) çalışmasında evde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin %12,9'unun yürümede veya GYA'da problemlerinin var olduğunu söylemiştir. Başka bir çalışmada ise GYA ve EGYA'da fiziksel olarak kısıtlı olan yaşlıların sosyal olarak az katılımlı oldukları görülmüştür (Chiao ve ark. 2011)

Birçok süreci olan yaşlanma fizyolojik anlamda engel olunamayacak bir süreçtir. Bu dönem içinde yaşlılarda meydana gelen fiziksel farklılaşmalar, kişilerin günlük faaliyetlerini sınırlandırmakta ve sağlık yönünden yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilemektedir (Balogun 2002, Tajvar 2008).

Paskulin ve Molzahn (2007) Kanada ve Brezilya'daki yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini araştırmıştır. Yaşam kalitesinin toplam yaşam kalitesi başta olmak üzere, fiziksel, psikolojik ve çevresel alanlarda da Kanada'daki yaşlılar daha iyi sonuçlar vermiştir, sosyal alanda ise belirli bir farklılık bulunamamıştır. Brezilyalı yaşlılarda yaşama kalitesi çevre dışında boş zamanlarını geçirme, ekonomik ve sağlık seviyesinin iyiliği ile ilgili olduğu bulunmuştur. Sağlık etkisi her iki grupta da anlamlıdır fakat kişisel ilişkiler anlamsızdır.

Çalışmamızda WHOQOL-OLD alt kategorilerinden olan duyuşal işlevler ile katılımcıların; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki farklılıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Duyusal işlevler sonuçlarına göre gruplar arasında farklılık bulunmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlıdır($p=0,002$). Grupların ortalama değerleri, 1.Grup 6,41, 2.Grup 6,21 ve 3.Grup 6,70 düzeyindedir. En düşük puanlamaya evde yalnız yaşayanlar sahip olmuştur. Bunu durumu evde aile ile yaşayanların duyuşal fonksiyonlarının kötüleşmesinin onların günlük faaliyetlerine katılabılnesini etkilemediğini ve

eksikliklerini evdeki aile bireyleri tamamlamasına bağlamaktayız. Yaşlının günlük faaliyetlerini gerçekleştirirken destek aldığı için olumsuz etkilenmediğini düşünmekteyiz. Literatüre baktığımızda, yaşlılıkla birlikte hem sağlık hem de sosyal sorunların da görüldüğünü söylemekteyiz. Bu sebeple yaşlılar, hayatlarını sahip oldukları engel ve sorunlarla devam ettirmektedirler. Yaşın ilerlemesi ile birlikte günlük yaşam etkileşiminde belirli zorluklar oluşmaktadır (Berberoğlu ve ark. 2002).

Araştırmamızda, WHOQOL-OLD özerklik sonuçlarında üç grup arasında farklılık bulunmaktadır ($p=0,000$). En yüksek puan değerine evde yalnız yaşayan yaşlı grubu sahip olmuştur (1.Grup 16,56, 2.Grup 18,73 ve 3.Grup 18,56). Evde yalnız yaşamak bireye kendi kararlarını kendi vermek zorunda olması bu sonucu ortaya çıkardığını düşünmekteyiz. En düşük puan değerine sahip olan huzurevi sakinleri belirli kurallara uymak zorundadırlar ve bu da bireylerin özgürce yapmak istediklerini belirli ölçüde limitleyebilmektedir. Toplu yaşamın kendine göre gerektirdiği kurallar bazen kişilerin beklentilerinde kısıtlılık oluşturabilir. Bu da özerklik yönüyle bireyleri kısıtlamaktadır. Çalışmamıza benzer sonuç veren, Sözen (2014) tarafından yapılan çalışmada, farklı yaşam yerlerine göre yaşam kalitesi alt başlığı olan "Özerklik" puanlamasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Kendi evinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi ortalaması "Özerklik" boyutunda skor ortalamasında daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda WHOQOL-OLD geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri veri sonuçlarına göre gruplar arasında farklılık mevcuttur. İstatistiksel olarak anlamlıdır($p=0,001$). Bu alt başlıkta, yaşlıların geçmişlerinde elde ettikleri başarıları ve bu başarının getirdiği memnuniyet, geçmişten bahsedilmesi ve gelecekle alakalı duygu ve düşünceler değerlendirilmiştir. Grup ortalamalarının birbirine yakın değerler de olsa huzurevinde yaşayanların diğerlerine göre hayattan en az memnun olduğunu söyleyebiliriz. Huzurevinde yaşama sebepleri bu durumu etkilemiş olabileceğini düşünebiliriz. Yalnız kalmak, ailelerinin olmaması ya da var olan aileleriyle ilgili beklentilerinin olmaması bu durumu tetiklemiştir diyebiliriz. Ailesiyle yaşayanların aileleri tarafından sahiplenilmesi bu yönüyle olumlu katkı sağlamış olabilir.

WHOQOL-OLD sosyal katılım verileri istatistiksel olarak anlamlıdır. Gruplar arasında farklılık mevcuttur ($p=0,000$). Grup ortalamalarına baktığımızda en yüksek puanı yalnız yaşayanlar almıştır. Yalnız yaşamının bireyleri karar verici konumunda tutmasından dolayı olumlu katkı sağladığını düşünebiliriz. Huzurevinde yaşayanların karar verici etkisi yetersiz olduğundan çalışmamızda huzurevinde yaşayanlar en düşük puanlamayı almıştır. Bölükbaş ve Arslan (2003) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerde yaklaşık %91,7'sinin

huzurevinde yaşamaktan memnuniyet duydukları ve vakitlerini televizyon seyrederek geçirmektedirler. Bu çalışmaya bakarsak huzurevinde sosyal katılım oranının düşük olduğunu söyleyebiliriz. Literatürde yapılan bir çalışmada, yaşlılar gençlik hayallerinin yok olması, ölümle daha yakın olmalarından dolayı kendilerini sosyal aktiviteler dışında tutmaktadırlar (Toprak ve ark. 2002). Bizim de çalışmamızda gruplar arası farklılık var olmasına rağmen puan ortalamalarının düşük (1. Grup,11,51, 2.Grup 13,86 ve 3.Grup 13,53) olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerde yaşlılara yapabilecekleri yetenekteki işlerle uğraşmaları için imkanlar oluşturulmaya çalışılmakta, gençleri bazı özgün becerileri öğretme imkanları sunulmaktadır. Bu da çalışmamızı destekler şekilde sosyal etkileşimin ülkemizdeki yaşlılarda daha az olduğunu göstermektedir. Çetin (2002)'in yaşlı bireyleri sosyal destek yönüyle incelediği çalışmasında huzurevlerinde yaşayanların %57'sinin sorunlarını paylaşacakları kimselerinin olmadığı, evde yaşayanların ise %68'inin çevresinde paylaşımında bulunabileceği kişilerin olduğunu belirlemiştir.

Çalışmamızda WHOQOL-OLD ölüm ve ölmek, veri sonuçlarında üç grup arasında farklılık bulunmaktadır ($p=0,005$). Ölüm ve ölmek durumu; ölüme ve ölmeye ilişkin endişeleri, kaygıları ve korkuları içerir. Bu modülle ölümün ne kadar kabul edildiği, ölümden kaçınılmayacağı ve ölümün anlamı ile ilgili yaşlıların düşünceleri araştırılmaktadır. Ölme korkusu en çok en yüksek puanı alan huzurevindeki yaşlılarda daha öne çıkmaktadır. Evde yalnız yaşamak sorumluluk isteyen karar olmasından dolayı yalnız olmayı tercih etmiş insan yaşlılık gerçeğini, onun getireceklerini kabullenmiş, tedbirlerini almıştır diyebiliriz. Ölüm korkusunu daha az hissedenden bu grup, ölümü yaşamın normal bir süreci gibi görüyor olabilir. Çalışmamızdan yola çıkarak sosyal yaşam ölüm korkusunu azaltıcı bir şey olmadığını söyleyebiliriz. Ölüm olgusu, batı toplumları ile doğu toplumları arasında farklı şekilde yorumlanmaktadır. Batıda ölüm hakkında konuşmaya gerek olmayan kader olarak görülürken, doğuda doğal bir olay olarak görülmektedir (Alatlı 2001). Yaşlıların yaşlanma süresince duyuşal işlevselliklerini kaybettikçe ve ölüme daha da yaklaşmış olmalarıyla ilgili gözlenen bir sonuç olarak düşünülebilir. Başka ülkelerde aynı yaş grubuyla ikiye ayrılarak yapılan analizlerde de duyuşal işlevlerin daha ileri yaşlarda daha düşük olduğu belirtilmiştir (Power ve ark. 2005). Ölüm, farklı toplumlarda birbirinden değişik biçimlerde kavramsallaştırılmaktadır. Eskiye özleme, yaşlanma belirtisi olarak değerlendirilirken yaşlılık ve ölümün yan yana olması yaşlı insanlarda karamsarlığa ve geleceği planlamak ve farklı uğraşlarla meşgul olmak düşüncesini, kendilerine olan güveni yok etmektedir (Toprak ve ark. 2002). Arpacı (2015) yapmış olduğu araştırmada yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen etkenleri incelendiğinde;

yaşam kalitesi alt başlıklarından en yüksek puan ortalamasının ölüm ve ölmek alt alanının olduğu görülmektedir.

WHOQOL-OLD alt kategorilerinden olan yakınlık sonuçlarına göre gruplar arasında farklılık bulunmamıştır ($p=0,71$). Yakınlık ile katılımcıların diğer kişilerle ilişkileri ve sosyal desteği incelenmiştir. Grupların ortalamaları (1.Grup 18,73, 2.Grup 19,16 ve 3.Grup 18,80) düzeyindedir. Yakınlık, Türkiye’de, “yaşlılara saygı” olarak anılandırılmaktadır. Bu kavram mahremiyetin dışarıdan yüksek seviyede izlenmesine sebep olur ve yaşlıların gerçekte düşük mahremiyette mi yoksa yüksek mahremiyette mi olduklarının farkının gözlenmesini engellemektedir. Çocuklar ve arkadaşlarla ilişkiler yönüyle yakınlık, yaşamdan güçlü haz duymadaki etkisi hem Yunanistan’da hem Türkiye’deki yaşlılarda birbirine benzer bir etkisi olduğu gözlenmiştir (Efklikes ve ark. 2003). Günlük yaşama katılım yaşlılar için evde bağımsız ve iyi bir hayat sürdürmeleri için önemlidir. Literatürdeki araştırmalarda bu araştırmayı evde yaşayanlar lehine desteklemektedir. Yaşlılar için birçok aktiviteyi yaptıkları ev hayatı ve komşuluk önemli bir yaşam alanıdır (Avlund ve ark. 1999, Christiansen ve ark. 2005). Wu ve Chan’in (2011) yaptığı araştırmada tek ya da çocuklarıyla yaşayan yaşlıların sosyal olarak izolasyondan olumlu etkilendiği bulunmuştur. Arpacı ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada yaşlıların eğitim durumu ile yaşam kalitesi alt alanı olan yakınlık yönüyle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu sonuca paralel olarak çalışmamıza katılan gruplardan en yüksek eğitim seviyesi olan 2.Grup’un en yüksek yakınlık puanını aldığını gözlemliyoruz.

Bektaş (2008)’ın araştırmasında evde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi puanı huzurevinde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer sonuçları da bizim çalışmamızda görebilmekteyiz. WHOQOL-OLD alt başlıklarının büyük çoğunluğunda evde yaşayan her iki grubun puanlarının huzurevinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu söyleriz.

Softa (2015) yaptığı araştırmada evde yaşayan yaşlıların yalnız kalsalar bile sosyal alanlarını terk etmedikleri ve huzurevini tercih etmedikleri görülmektedir. WHOQOL-OLD alt başlıklarını incelediğimizde en iyi skorların evde yalnız yaşayanlar tarafından söyleyebiliriz. Bu araştırmanın da bizim çalışmamıza paralel sonuçlar verdiğini belirtiriz.

Değirmenci (2005) yaptığı çalışmasında, yaşam kalitesinin bireyin zaman geçirme şekliyle ilişkilidir demiştir. Kişilerin aktif katıldığı aktiviteler yaşam kalitesini artırırken TV izlemek gibi pasif aktiviteler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmaya benzer

sonuçlara bakarsak, bizim çalışmamızın en düşük değerlerini alan grubun huzurevi sakinlerinin olduğunu ve huzurevinde yaşayanların yaşam kalitesinin düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Gautam ve ark.(2007) tarafından Nepal’de yapılan çalışmada BZA üç bölüme ayrılmıştır. Sosyal aktiviteler; komşularla görüşme sıklığı, arkadaş ziyareti, sosyalleşme oranı, yalnız yapılan aktiviteler; TV izleme, oyun gibi fiziksel aktiviteler, dini aktiviteler ise dua ve ibadatlere katılım alt başlıklarından oluşturulmuştur.

Silverstein ve Parker’ın (2002) İsveç’te 324 yaşlı ile çalışma yapmıştır. Bu çalışmada BZA, kültürel-eğlence aktiviteleri, üretken-kişisel gelişim aktiviteleri, dışarı-fiziksel aktiviteler, rekreasyonel-etkileyici aktiviteler, arkadaşlarla yapılan aktiviteler ve resmi grup aktiviteleri olmak üzere altı gruba ayrılmıştır.

Bizim çalışmamızda kullandığımız BZA formu, Ülgen (2012) tarafından ülkemizdeki yaşlıların yaşam şekline uyarlanarak entelektüel, fiziksel, sosyal, rekreasyonel ve dini olmak üzere beş kategoride oluşturulmuştur.

Gautam ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada TV izleyen, radyo dinleyen ve fiziksel aktivitede bulunan erkek ve kadınlarda depresif bulguların düşük olduğunu gözlemlemiştir. Türkiye’de de yaşlılar boş zamanlarını kahvehaneye gitmek, evde çocuk bakmak gibi sevdikleri aktiviteleri yaptıkları için mutludurlar (Şimşek vd. 2010). Bizim çalışmamızda her üç grubun da rekreasyonel olarak BZA’ya katılım aynı oranda çıkmıştır. Bu nedenle istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Ülgen (2012) yaptığı çalışmasında, sosyal aktivitelere katılımı yüksek olan yaşlıların komşularıyla her gün görüşen yaşlılar olduğunu bulmuştur. Evdeki yaşlıların sosyal katılım, entelektüel katılım ve BZA’ya katılımları yüksektir. Bizim çalışmamızda sosyal olarak BZA’ya katılımda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,044$). Grupların katılım oranlarında en sosyal grubun evde yaşayan iki grubun olduğunu görmekteyiz. Huzurevinde yaşam sosyal aktiviteleri sınırlandırdığını söyleyebiliriz.

Dodge ve ark.’nin (2008) yaptığı bir çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların fiziksel olmayan hobi uğraşlarını daha sık yaptığını gözlemlemiştir. Ülgen’nin (2012) yaptığı çalışmada, büyükşehirde veya şehirde yaşayanların kasaba veya köy göre BZA katılımlarını daha yüksek bulmuştur. Bu durumun sebebi eğitim seviyesinin kentlerde yüksek olmasından dolayı olabilir. Çalışmamızda entelektüel olarak boş zaman aktivitelerine katılımda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,057$). Fakat katılım yüzdelerinde evde yaşayan her iki grubun oranının yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

İlerlemiş yaştaki yaşlıların yaptığı BZA, ev merkezlidir ve daha az hareket ister ve bu yaşlılar ev hayatı dışında kültürel aktivitelere daha az zaman harcarlar (Crombie ve ark. 2004). Tiyatro, sinema etkinlikleri, spor ve gezi aktiviteleri daha az tercih edilir yaşlılar tarafından buna karşın TV izlemek kitap okumak daha fazla tercih edilir. Bu durumda toplumların kültürel yapısı da önemli yer edinmektedir (Bahar ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda fiziksel olarak BZA'ya katılımda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,018$). Grupların aktivitelere katılım yüzdelerinde evde yaşayan her iki grubun oranının yüksek olduğunu görmekteyiz.

Kılavuz (2005) dini aktivitelere katılmanın uzun sürecek aktiviteler olmasından dolayı yaşlılara arkadaşlık kurma açısından olumlu etkisi vardır. Yapılan bir çalışmada, yaşlılarda ibadet etmenin ve kalabalık toplantılara katılmanın kişileri mutlu ettiği ve tekrarlama isteği doğurduğunu söylemektedir (Warr ve ark. 2004). Çalışmamızda ise dini olarak BZA'ya katılımda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,000$). Grupların aktivitelere katılım yüzdelerinde huzurevinde yaşayanların evde yaşayan diğer iki grubun oranından yüksek olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamız, Türkiye ortalamalarına göre eğitim seviyesi yüksek bir ilçesinde sağlıklı yaşlı bireylerde yapıldı. Bu durumu çalışmanın bir sınırlılığı olarak kabul edebileceğimizin yanında, yaşlılardan elde edilecek verilerin, başka ilçe, kasaba veya köyde yapılacak benzer çalışmalarda daha farklı olacağı kuşkusuzdur.

Çalışmamıza katılan yaşlıların büyük bir kısmının EGYA ve GYA'da hiçbir şekilde bağımlı olmadığıdır. Bu durumun oluşmasındaki ana etkenin yaşlıların fiziksel performanslarının çok düşük olmamasıdır. Çalışmamıza dahil edilme kriteri olarak yaşlıların, genel anlamda sağlıklı olanlardan alınmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Daha farklı dahil edilme kriterleriyle farklı sonuçlara ulaşılabilir.

Çalışmamız özel kurum olan bir huzurevindeki olgularla yapılmıştır. Daha büyük, bulunduğu konum ve kalite anlamında farklı olan kurum sakinleriyle yapılacak çalışmaların sonuçları muhtemelen değişiklik gösterecektir.

6.SONUÇLAR

Beklendiğinin aksine bu araştırmanın sonuçları yaşlılarda depresyonun olmadığını ortaya koymuştur fakat depresyon yönüyle grup içi karşılaştırmalarda evde yalnız yaşayan grup diğer gruplara göre göre biraz daha fazla etkilenmiştir. .

Evde yalnız yaşayanlar, beklendiği gibi günlük yaşam aktiviteleri yönüyle en iyi seviyedeki olan gruptur. Evde yalnız yaşamak bireyleri daha aktif kılmaktadır. Huzurevi ve aile yanında yaşamak ise diğerlerinden alınan destek sebebiyle yaşamak günlük yaşam aktivite seviyesini olumsuz etkilemiştir.

Evde yalnız yaşayanlar yaşam kalitesi açısından en iyi seviyedeki yaşlı grubudur. Huzurevinde ve aile ile birlikte yaşamak yaşlıların yaşam kalitesini düşürmüştür.

Evde aile ile yaşamak, beklendiği gibi yaşlıların yaşam kalitelerini duyuşal işlevler bakımından yaşam gruplara göre daha olumlu etkilenmiştir.

Evde yalnız yaşayan yaşlılar, özerklik, geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve yakınlık yönünden yaşam kaliteleri yönünden diğer gruplara göre en yüksek seviyededir. Huzurevinde yaşamak beklendiği gibi en fazla etkilenmiştir.

Evde yalnız yaşamak, ölüm korkusunu en az hissettirmektedir. Huzurevinde yaşayanlar, ölüm ve ölmekten en olumsuz etkilenen yaşlılar olmuştur.

7.ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen verilerin, hızla yaşlanma oranı artmakta olan ülkemizde yaşayan yaşlıların yaşam şekillerine göre depresyon düzeyleri, günlük aktivite seviyeleri ve yaşam kalitesine yönelik yapılacak çalışmalara katkıda bulunacağı görüşündeyiz. Gerek huzurevinde gerekse ev ortamında yaşayan yaşlıların boş zamanlarını verimli geçirebilecekleri aktivitelerin oluşturulmasının önemli olduğu görülmektedir. Aktivitelere katılımın aynı zamanda ruhsal problemleri minimize etmektedir. Yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirirken, sosyalleşme sürecinde öğrendiği bilgilerin ve deneyimlerin ait olduğu toplumun kültürel değerlerinin belirleyici olduğu görülmektedir. Modern çağın hedeflerinden olan başarılı yaşlanma kavramı, yaşlı sağlığının en önemli konusu olmaktadır ve yaşlılıkta en kaliteli sağlık hizmeti gerektirir. Yaşlı sağlığı için en önemli etkenin, yaşlıların yaşama haklarının korunması ve her zaman iyi yönde geliştirilmesi olduğu unutulmamalıdır.

8.KAYNAKLAR

- Aiken, L.R. (1995) *Aging. An Introduction of Gerontology*, (Foster D.S.), Sage Publication, California, 267 s.
- Aksüllü N, Doğan S. (2004) Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 5 (2): 76-84.
- Alatlı A (2001) *Viva LaMuerte*. Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Altıparmak, S. (2009) "Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler." *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 23.3: 159-164.
- Arpacı F. (2005) *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları Ankara.
- Arpacı F, Tokyürek Y, Bilgili N. (2015) Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1):1-11
- Avlund, K., Vass, M. and Hendriksen, C. (2003) Onset of Mobility Disability Among Community-dwelling Old Men and Women. The Role of Tiredness in Daily Activities. *Age Ageing*, 32(6): 579-584.
- Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 227-239.
- Bakar,N., (2012). Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Erzincan
- Balogun, JA, Katz JS. (2002). Physiological changes and functional limitations associated with aging: A critical literature review. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 13 (1):37-59.
- Bektaş, E. (2008). Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana bilim dalı, Uzmanlık Tezi*, Bursa.
- Berberoğlu, U.,Gül, H., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A.(2002) Edirne Huzurevinde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-demografik Özellikleri ve Katz İndeksine göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. *Turk. J. Ger., Geriatri* 5(4): 144-149.
- Bilir, N. (2004). "Yaşlanan Toplum," *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Ankara.
- Bilir,N.,(2008). Yaşlanan Toplum Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. *Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi*, Ankara.
- Bowling A., Iliffe S. (2006) Which Model of Successful Ageing Should be Used? *Baseline Findings From a British Longitudinal Survey of Ageing* Age Ageing, 35: 607-614.
- Bölükbaş N, Arslan H. Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*; 2003, 16(4): 235-239
- Brach, J.S. and VanSwearingen, J.M. (2002) Physical Impairment and Disability: Relationship to Performance of Activities of Daily Living in Community-dwelling Older Men. *Phys. Ther.*, 82(8):752-761.
- Büyükoşkun, A. (1990). Yaşlı Bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi*, Ankara.
- Candansayar, S. (2005) Yaşlanma ve Ruh Sağlığı. *Türk Geriatri Derneği*

- Ceyhan, S. (2005). Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Chiao, C., Weng, L-J., Botticello A., L. (2011) Social Participation Reduces Depressive Symptoms Among Older Adults: An 18-year Longitudinal Analysis in Taiwan. BMC Public Health, 11: 292.
- Crombie, I.K., Irvine, L. and Williams, B. (2004) Why Older People do not Participate in Leisure Time Physical Activity: a Survey Activity Levels, Beliefs and Deterrents. Age Aging, 33(3): 287-292
- Çalıştır, B., Dereli, F. Ayan, H., Cantürk, A. (2006) Muğla il Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Turk. J. Ger., 9(1): 30-33.
- Çetin, S. (2002). Kırsal Kesimde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Sosyal Sorunlarının Belirlenmesi ve Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Çoşkun,Ö.,(2012). Birinci Basamakta Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri Yaşlı Sağlığı Özel Sayısı 3.(6):83-86
- Çubukçu, S. (2005) Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 112s
- Çuhadar,D., Sertbaş,G.,Tutkun,H.,(2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. Anatolian Journal Of Psychiatry(7):232-239
- Değirmenci, Ç.A. (2005). Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Demir G,Ünsal A, Arslan GG, Çoban A. (2013) Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences ;2(1)
- Dipietro, L. (2001) Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and Their Relationship to Health and Function. J. Geron., 56A:13-22.
- Dirik, A. (2005) Geriatriklerde Mobilite Yeteneği, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon Düzeyi ve Mental Statünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 87s.
- Dodge, H. H., Kita, Y., Takechi H., Hayakawa T., Ganguli M., and Ueshima H.(2008) Healthy Cognitive Aging and Leisure Activities Among the Oldest Old in Japan: Takashima Study J. Geron. A Biol. Sci. Med. Sci., 63(11): 1193–1200.
- Dönmez,G.,(2010).Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bolu
- Drageset, J., Natving, G.K., Eide, G.E., Clipp, E.C., Bondevik, M., Nortvedt, M.W. and Nygaard H.A. (2008). Differences in health-related quality of life between older nursing home
- Durak, M. (2015) Yaşlılık Döneminde Psikososyal ve Bilişsel Gelişim, Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi ve Psikolojisi (Ed: Hasan Bacanlı ve Şerife Terzi), İstanbul: Açılım Kitap.

Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G ve ark. (2003) Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8(3): 178- 191.

Eser, E., Eser, S., Özyurt, C. ve Fidaner, C. (2005) Türk Yaşlıları Örneğinde Yaşam Kalitesi Algısı: Whoqol-Old Projesi Türkiye Odak Grup Çalışması. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(4):169-183.

Gal, D.L., Santos, A.C. and Barros, H. (2005) Leisure-Time Versus Full Day Energy Expenditure: a Cross-sectional Study of Sedentarism in a Portuguese Urban Population. *BMC Public Health*, 5: 16.

Gautam, R., Saito, T., Kai, I. (2007) Leisure and Religious Activity Participation and Mental Health: Gender Analysis of Older Adults in Nepal. *BMC Public Health*, 7: 299.

Goodman G., Bonder B. R. (2008) Preventing Occupational Dysfunction Secondary to Ageing, *Occupational Therapy for Physical Dysfunction, Sixth Edition* (Radomski M. V., Latham C. A. T.), Wolters Kluwer, Philadelphia, s977-999.

Guallar-Castillon, P., Santa-Olalla Peralta, P., Banegas JR, Lopez, E., Rodriguez-Artalejo, F. (2004) Physical Activity and Quality of Life in Older Adults in Spain. *Med. Clin. (Barc)*, 123(16) :606-610.

Gustavson, K., Lee, C.D. (2004) Alone and Content: Frail Seniors Living in Their Own Homes Compared to Those Who Live With Others. *Journal of Women and Aging*, 16(3-4): 3-18.

Güler, N. Akal, Ç. (2009) Quality of Life of Elderly People Aged 65 Years and Over Living at Home in Sivas, Turkey. *Turk. J. Ger.*, 12 (4): 181-189.

Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A., Vural, N. (2000) Huzurevinde Yaşamakta Olan bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4): 133-140.

Günaydın, R. (2010) Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi *Turk. J. Ger.*,13(4): 278-284.

Güneş, G.,Demircioğlu, N.,Karaoğlu, L.(2005) Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. *Türk Geriatri Dergisi*,8 (2): 78-83.

Haak, M., Fange, A., Horstmann, V., & Iwarsson, S. (2008). Two Dimensions of Participation in very Old Age and Their Relations to Home and Neighborhood Environments. *AJOT*, 62: 77–86.

Hsu, H. C. (2007) Does Social Participation by the Elderly Reduce Mortality and Cognitive Impairment. *Aging & Mental Health*, 11(6): 699–707.

Hwang, J. E. (2010) Promoting Healthy Lifestyles With Aging: Development and Validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) Using the Rasch Measurement Model. *AJOT*, 64: 786–795.

Karakuş A, Süzek H, Atay ME. Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2003;11:40-51.

Kartal,M.,(2012).Yaşlıda Görme Kaybı. *Derleme.Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*;3(6):44-48

Kaya, B. (1999) Yaşlılık ve Depresyon-1 Tanı ve Değerlendirme Yöntemleri *Turk. J. Ger. Geriatri* 2 (2): 76-82.

- Kayıhan, H. (2007), "Yaşam Kalitesi", 1. Ulusal Yaşlılık Konseyi Kongresi, İstanbul.
- Kıpçak, S, Dedeli, Ö. (2016), "Evaluation of the elderlies's attitudes towards young people Yaşlı bireylerin gençlere yönelik tutumlarının değerlendirilmesi." *Journal of Human Sciences* 13.2: 2682-2696.
- King, M.B., Whipple, R.H., Gruman, C.A., Judge, J.O., Schmidt, J.A., Wolfson, L.I (2002) The Performance Enhancement Project: Improving Physical Performance in Older Persons. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 83: 1060-1069.
- Kulaksızoğlu B. I. (2009) Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Klinik Gelişim* 22(4): 65-74.
- Kutsal,G.Y.,(2008). Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları.Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi
- Kutsal, Y.G., Evigör,S.,(2012). Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Türkiye Sağlık Raporu. s.505-512
- Larrieu, S., Peres, K. and Letenneur, L. (2004) Relationship Between Body Mass Index and Different Domains of Disability in Older Persons: the 3C study. *Internal Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 28(12): 1555-1560.
- Leung, G.T.Y., Leung, K.F., Lam, L.C.W. (2011) Classification of Late-life Leisure Activities among Elderly Chinese in Hong Kong. *East Asian Arch. Psyc.*, 21: 123-7.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., Tribble, D. (2008) Do Quality of Life, Participation and Environment of Older Adults Differ According to Level of Activity? *Health and Quality of Life Outcomes*. 6: 30
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*.1965;14:61-65.
- Marsiske, M., Klumb, P., Baltes, M. M. (1997) Everyday Activity Patterns and Sensory Functioning in Old Age. *Psychology and Aging*, 12(3): 444-457.
- Muammer, A. K. (2016) "Yaşlılık Olgusu Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma." *Journal of International Social Research* 9.42.
- Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D. (2006) Quality of Life at Older Ages: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging (wave 1). *J. Epidemiol. Community Health* 60: 357-63.
- Niti M, Yap KB, Kua EH, Tan CH, Ng, TP. (2008) Physical, Social and Productive Leisure Activities, Cognitive Decline and Interaction with APOE-e4 Genotype in Chinese Older adults. *Int. Psychogeriatr.*, 20: 237-251.
- Onat,Ü.,(2007). Temel Geriatri, Kutsal, GY., Aslan,D.,(Edt.).Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler.s.173-178 Güneş Tıp Kitabevleri Ankara
- Oran, T.N., Öztürk, H. (2004) Yaşlanmayla Birlikte Sık Görülen ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Vulva Problemleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4): 237-240.
- Ölüç, F. (2007). Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD. Dan. H. N. Dağdeviren. Edirne: Trakya Üniversitesi
- Özekes, M. (2006) Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Bellek Performansı üzerindeki etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 7(2): 27-41.

Özer, M. (2001). Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Parlakdemir, Y. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 16, Sayı 1, 2017

Paskulin, L.M., Molzahn A. (2007) Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. West J. Nurs. Res., 29(1): 10-35.

Patrick, D.L., Erickson, P. (1990) Assessing Health-Related Quality of Life for Clinical Decision-Making: Quality of Life Assessment (Walker R.S., Rosser, R.M.), Kluwer Academic Publishers, Lancaster ,s11-64.

Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005) Behavioral Determinants of Healthy Aging. Am. J. Prevent. Med., 28: 298–304.

Perlmutter, M. S., Bhorade, A., Gordon, M., Hollingsworth, H. H., & Baum, M. C. (2010) Cognitive, Visual, Auditory, and Emotional Factors that Affect Participation in Older Adults. AJOT, 64: 570–579.

Polat, Ü. ve Kahraman, B.B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi, 18(4):213-218.

Power M, Quinn K, Schmidt S ve ark. (2005) Development of the WHOQOL-Old module. Quality of Life Research, 14:2197–2214.

Psychiatry J. 2009 Jan;18(1):51-5. doi: 10.4103/0972-6748.57861. residents without cognitive impairment and the general population of Norway. Journal of Clinical Nursing, 17:1227-1236.

Rubio V., Bustos, R., Irigoyen, M.L., Cardona-Lopez X., Rojas-Triana, M., (2009) Plant hormones and nutrient signaling Plant Mol. Biol., 69, pp. 361-373

Savaş, S., Akçiçek., F (2010) Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 49(3):19-30.

Schneider, E.L. (1983) Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another View. NEJM 309: 854-856.

Silverstein, M., Parker, M.G. (2002) Leisure Activities and Quality of Life Among the Oldest Old in Sweden Research on Aging, 24: 528.

Softa, HK. (2015) Evde Ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik, Psikolojik Ve Sosyal Yönden İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi / Elderly Issues Research Journal, 2:63-76

Sorensen, L. V., Axelsen, U., Avlund, K. (2002) Social Participation and Functional Ability from Age 75 to Age 80. Scand J. Occup. Ther., 9: 71–78

Soyuer, F., Soyuer, A. (2008) Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(3): 219-224.

Sözen, F. (2014) Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 102s.

Sütölük, Z., Demirhindi, H., Savaş, N., Akbaba, M. (2004) Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. Türk Geriatri Dergisi (7): 148-51.

Şener A. (2009) Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Aktiviteleri. Hacettepe Üniv. Sosyolojik Araştırmalar e-dergisi, 1-18.

Tajvar, M, Arab M. ve Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8: 323.

Taşar, TP., Akçiçek,F.,(2012).Yaşlılıkta Fizyolojik Değişimler. *Türkiye Klinikleri. J.Fam Med-Special Topics. Derleme*;3(6):9-15

Telatar, T.G., Özcebe H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3):162-165.

Toprak İ ve ark.: Yaşlı sağlığı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık ve Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2002.

Triado, C., Villar, F., Sole, C., Celdran, M., Osuna, M.J. (2009) Daily Activity and Life Satisfaction in Older People Living in Rural Contexts. *The Spanish Journal of Psychology* 12(1): 236-245.

Tufan, İ. (2003) *Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak-Yaşlanmanın Sosyolojisi*, Anahtar Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 300s.

Turan Ertan, Engin Eker, Vedat Şar (1997) Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 34, 2;62-71

Uçku, R., Küey, L. (1992) Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi-yarıkentsel bir Bölgede 65 yaş üzeri Yaşlılarda Kesitsel bir Alan Araştırması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 29: 15-20.

Ülgen, Y.S. (2012) *Evde Yaşayan Yaşlılarda Sosyal Katılımnetkileyen Faktörlerin İncelenmesi*.Pamukkale Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,İş-Uğraşı Tedavisi Yüksek Lisans Programı Tezi.Denizli

Vergheze, J., LeValley, A., Derby C., Kuslansky G., Katz, M., Hall C., Buschke H., Lipton, R.B. (2006) Leisure Activities and the Risk of Amnestic Mild Cognitive İmpairment in the Elderly. *Neurology*, 66: 821–827.

Warr, P., Butcher, V., Robertson, I. (2004) Activity and Psychological Well-being in Older People. *Aging Ment. Health* 8(2): 172-83.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2007) Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *AJPM*, 32: 19-24.

Woo, J., Lynn, H., Lau, W. Y., Leung, J., Lau, E., Wong, S. Y., Kwok, T. (2006) Nutrient İntake and Psychological Health in an Elderly Chinese Population. *Int. J. Ger. Psyc.*,21: 1036–1043.

Wu, T., Chan, A. (2011) Families, Friends and Neighborhood of Older Adults: Evidence from Public Housing in Singapore. *J. Aging Res.*, 2012: 7.

Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V. and Browner, W.S. (1999) Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Non-demented Elderly Women: A Prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(5): 425-430.

Yazıcı, S.Ö., Kalaycı, I. (2015) Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 3(3), ÖS: Ergonomi, 385-390, ISSN: 1308-6693

Yesavage, J.A., Brink T.L., Rose T.L. ve ark., 1983, Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatric Research*, Vol. 17, No.1, pp 37-49.

Yiğit, H. (2009). Yaşlıların Sosyal Yaşam Desteğini Algılamaları. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yin, L. H. (2008) The Perceived Leisure Constraints of Retired Elderly People in Aldrich Bay. Honours Project, Hong Kong Baptist University, 90 ss.

Yücel, H. (2008) Evde ve Huzurevindeki Yaşlılarda Çok Amaçlı Aktivite Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 99s

9.EKLER

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-soyadı:

Yaş:

65-75

75-85

85 ve üstü

Cinsiyet:

Kadın

Erkek

Telefon:

Adres:

Yaşadığı ortam:

İstanbul

Medeni durumu:

Boşanmış

Eşi Ölmüş

Evlenmemiş

Yaşadığı yer:

Apartman dairesi

Müstakil ev

Huzurevi

Eğitim durumu:

Okur-yazar değil

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Yüksekokul mezunu

Çalışma durumu:

Emekli

Çalışıyor

Çalışmıyor

Gelir düzeyi:

1000 TL'den daha az

1000 TL ve üstü

Ailesi ile görüşme sıklığı:

Hergün

Haftada bir ya da birkaç kez

Ayda bir ya da birkaç kez

Komşusu ile görüşme sıklığı:

Hergün

Haftada bir yada birkaç kez

Ayda bir ya da birkaç kez

EK 2: SAĞLIK DURUMU İLE İLGİLİ VERİ FORMU

İlave hastalık durumu:

Kullandığı ilaçlar:

- Sürekli
- Sürekli değil

Gözlük:

- Var
- Yok

İşitme cihazı:

- Var
- Yok

Cerrahi operasyon geçirmiş mi:

Yürüme yardımcısı kullanımı:

Baston

KD

TS

Walker

Kendine yardım aleti: Var Yok

Tuvalet oturağı

Banyo oturağı

Sandalye yükselticisi

Yatak yükselticisi

Lazımlık

Diğer

EK 3: BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ FORMU

Entelektüel:	Hergün	Haftada bir-iki	Haftada bir	2haftada bir	Ayda1	Ayda1'den daha az/hiç
Kitap, gazete, dergi okumak						
Bulmaca çözmek						
Bilgisayar, internet kullanmak						
Kart, tavla , okey oynamak						
Kahvehaneye gitmek						
Satranç, dama , domino oynamak						
Markete gitmek						
Forumlara, tartışmalara katılmak						
Yazı yazmak, resim yapmak						
Müzik aleti çalmak						
El sanatı yapmak						
Sosyal:						
Şarkı söylemek						
Sosyal merkezlere katılmak						
Hobi kursuna katılmak						
Gönüllü işe katılmak						
Müze, sergi, tiyatro, konsere gitmek						
Arkadaşlarla görüşmek						
Dini Aktiviteler:	Hergün	Haftada bir-iki	Haftada bir	2haftada bir	Ayda1	Ayda1'den daha az/hiç
Namaz kılmak						
İbadethaneye gitmek						
Dini sohbetlere katılmak						
Rekresyonel aktiviteler:						
TV izlemek, radyo dinlemek						
Müzik dinleme						
Alışveriş yapmak						
Yemek pişirmek						

Balık tutmak						
Bitki ya da hayvan beslemek						
Örgü örmek						
Fiziksel:						
1-Vücut egzersizleri: Tai-chi, yoga, pilates						
2-Aerobik egzersizleri: Yürüyüş						
Kalistenik egzersiz						
Koşma						
Yüzme						
Dağa çıkma						
Dans etme						
Bisiklet, egzersiz cihazları kullanma						
Top/raket sporları yapmak						

EK 4: GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Ad Soyad:

Toplam Puan:

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız

- 1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz ?
evet hayır
- 2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz ?
evet hayır
- 3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz ?
evet hayır
- 4) Sık sık canınız sıkılır mı?
evet hayır
- 5) Gelecekte umutsuz musunuz?
evet hayır
- 6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?
evet hayır
- 7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?
evet hayır
- 8) Başınıza kötü birşey geleceğinden korkuyor musunuz?
evet hayır
- 9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?
evet hayır
- 10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?
evet hayır
- 11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?
evet hayır
- 12) Dışarıya çıkıp yeni birşeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?
evet hayır
- 13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?
evet hayır
- 14) Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?
evet hayır
- 15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel birşey midir?
evet hayır
- 16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?
evet hayır
- 17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?
evet hayır
- 18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?
evet hayır
- 19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?
evet hayır
- 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?
evet hayır
- 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?
evet hayır

- 22) Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?
evet hayır
- 23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?
evet hayır
- 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?
evet hayır
- 25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?
evet hayır
- 26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?
evet hayır
- 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?
evet hayır
- 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?
evet hayır
- 29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?
evet hayır
- 30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?
evet hayır

EK 5: LAWTON-BRODY ENSTRUMENTAL GÜNLÜK AKTİVİTE SKALASI

LAWTON-BRODY ENSTRUMENTAL GÜNLÜK AKTİVİTE SKALASI

<u>AKTİVİTE</u>	<u>PUAN</u>
TELEFONU KULLANABİLME	
<i>Telefonu rahatlıkla kullanabilir</i>	1
<i>Bir kaç iyi bilinen numarayı çevirebilir.</i>	1
<i>Telefona cevap verir, ancak arayamaz</i>	1
<i>Telefonu hiç kullanamaz</i>	0
ALIŞVERİŞ	
<i>Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar</i>	1
<i>Küçük alışverişlerini kendisi yapar</i>	0
<i>Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar</i>	0
<i>Alışveriş yapamaz</i>	0
YEMEK HAZIRLAMA	
<i>Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir</i>	1
<i>Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir</i>	0
<i>Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz</i>	0
<i>Yemeklerinin hazırlanması ve servisi edilmesine ihtiyacı vardır</i>	0
EV TEMİZLİĞİ	
<i>Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir</i>	1
<i>Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir</i>	1
<i>Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz</i>	1
<i>Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir</i>	1
<i>Hiç bir ev temizliği işine katılamaz</i>	0
ÇAMAŞIR	
<i>Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar</i>	1
<i>Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir</i>	1
<i>Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır</i>	0
YOLCULUK	
<i>Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır</i>	1
<i>Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz</i>	1
<i>Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir</i>	1
<i>Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobile sınırlıdır</i>	0
<i>Yolculuk yapamaz</i>	0
İLAÇLARINI KULLANABİLME SORUMLUĞU	
<i>İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir</i>	1
<i>İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir</i>	0
<i>İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz</i>	0
MALİ İŞLER	
<i>Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelir</i>	1
<i>Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir</i>	1
<i>Mali işlerini takip edemez</i>	0

Toplam Puan _____/17

EK 6 : BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.

0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.

5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı(10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).

5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

0 puan: Bağımlı

5. Yıkama(5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.

10 puan: Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüebilir.

6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.

Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma(10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan:Yapamaz

8. Giyinip soyunma(10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.

5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez

0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular)

5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan: İnkontinan

10. Mesane bakımı(10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kateterli hastalar, kateter bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

5 puan: Bazen tualete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıır.

0 puan:İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez

0-20 puan:Tam bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62-90 puan: Orta derecede bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100 puan: Tam bağımsız

EK 7: WHOQOL-OLD

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

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	Çok az	Orta derecede	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 örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşadysanız 5'i, "hiç yaşamadım" diyorsanız 1'i daire içine alın. Size uygun cevap bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5 arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

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	Çokça	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 yaptığınız veya yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız “tamamen” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da “hiç” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt “hiç” ve “tamamen” arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

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. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

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 cevaplarırken, 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

EK 8: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Nafiz Koparan tarafından Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı- soyadı, İmzası, Görevi

EK 9: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 154
KONU: Etik Kurul İzni

28.06.2017

Sayın; Nafiz KOPARAN

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Nafiz KOPARAN'ın Prof. Dr. Hüriyet YILMAZ'ın danışmanlığında yaptığı "Yaşlıların Yaşadığı Yerin Depresyon, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli araştırma kurumumuzun 28.06.2017 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İnşaatçı Cad. No:52 Beyoğlu-İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 03 78
etikkurul@halic.edu.tr Internet:www.halic.edu.tr



TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

Yayın Tarihi :10.12.2015
Revizyon Tarihi :25.01.2016
Revizyon No :01
Sayfa No :1 / 1

KARARLAR

Tarih: 28 Haziran 2017

Karar No :03

Toplantı Sayısı:06

Nafiz KOPARAN'ın Prof. Dr. Hümiyet YILMAZ'ın danışmanlığında yaptığı "Yaşının Yaşadığı Yerin Depresyon, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Abdurrahman EREN (Başkan)	Hukuk	Haliç Üniversitesi Rektör Vekili	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun VURAL	Tıp Fakültesi	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

ETKU:10

EK 9: KURUM İZİNİ



HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ FİZYO TERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ öğrencisi NAFİZ KOPARAN'NIN "Yaşlıların yaşadığı yerin depresyon, günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi" adlı teğ çalışması için NEZİH YAŞLI BAKİMEVİN'DE çalışma yapılması uygundur.

NEZİH YAŞLI BAKİMEVİ
Atatürk Cad. No: 157
Boğaziçi - Kağıtçı / İST
Tel: (0212) 452 01 00

Edvin SONGÖR
Mesul Müdür

Yüksek
Atatürk Cad. No:157 Beşiktaş
Kadıköy/İSTANBUL
Tel: 0212 452 01 00
Fax: 0212 452 01 00
info@halicuniv.edu.tr

Büyük
Fahriye Cad. No:16
Büyükdere/İSTANBUL
Tel: 0212 363 04 04
Fax: 0212 363 04 07
degişiklik@halicuniv.edu.tr

Açıköğretim
Fahriye Cad. No:163
Liseli/İSTANBUL
Tel: 0212 343 72 00
Fax: 0212 343 72 02
aok@halicuniv.edu.tr

Sağ
Sarıyer Cad. No:100
Maslak/İSTANBUL
Tel: 0212 212 17 17
Fax: 0212 212 19 47
sa@halicuniv.edu.tr

Reha
Çarşı Cad. Beşiktaş Cad.
Boğaziçi/İSTANBUL
Tel: 0212 550 77 11
Fax: 0212 550 77 06
info@halicuniv.edu.tr

10.ÖZGEÇMİŞ

13 Mart 1989 tarihinde Samsun'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Samsun ilinde tamamladı. Lisans eğitiminden Yeditepe Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde (İngilizce) tamamlayarak 2014 yılında mezun oldu. Lisansüstü eğitimine Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı bünyesinde devam etmekte. İstanbul Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde fizyoterapist olarak iş deneyiminin ardından 03 Mart 2016 tarihinden bu yana Haliç Üniversitesinde Öğretim Görevlisi olarak çalışmakta.